

חיים עם מאניה דפרסיה המדריך המלא



מחברים:

פרופ' לאון גרינהאוס
ד"ר ירדן לוינסקי

תוכן

חלק א: על ההפרעה

5

פרק 1: מהי מאניה דפרסיה

(הפרעה ביפולרית)?

5

איך נראית מאניה דפרסיה?

6

תסמינים נפוצים בסוגי מצבים נפשיים

8

מי יכול לסבול ממאניה דפרסיה?

9

מהלך החיים של הסובלים

9

פרק 2: הפרעות נלוות

11

חלק ב: מסגרות טיפול

13

פרק 3: למי פונים כשיש מאניה דפרסיה ..

13

פרק 4: איך מוצאים מטפל מתאים

15

אילו שאלות כדאי לשאול פסיכיאטר

15

אז איך בוחרים?

16

פרק 5: איזה מסגרת טיפולית מתאימה

17

השוני בין טיפול פרטי לטיפול ציבורי

17

חלק ג: הטיפול במאניה דפרסיה

19

פרק 6: הטיפולים האפשריים

19

הטיפול התרופתי

19

ליתיום (Lithium)

19

מייצבי מצב רוח

20

20

20

21

21

פרק 7: התמודדות עם תופעות לוואי

23

פרק 8: הריון ולידה

26

26

26

27

27

27

28

28

28

28

28

28

28

30

30

32

34

34

34

34

34



מבוא

מאניה דפרסיה, או בשמה השני ההפרעה הביפולרית, נמצאת הרבה בכותרות בשנים האחרונות. המודעות המוגברת הזו נובעת ממספר גורמים:

- א. עלייה במודעות הקהל הרחב והקהל המקצועי לחשיבות המחלות הפסיכיאטריות ולשכיחותן בקהילה.
- ב. פירסומם של מחקרים רבים המוכיחים את רמת הסבל של חולים אלו ושל בני משפחותיהם.
- ג. כניסתן של תרופות נוספות לטיפול במאניה דפרסיה.

מאניה דפרסיה פורצת בדרך כלל, אך לא רק, בתקופת ההתבגרות ועקב כך היא עלולה להשפיע רבות על כל תחומי החיים של הסובלים ממנה: היכולת לסיים את הלימודים, להתגייס לצה"ל, ליצור מערכות יחסים, להתחתן, להוליד ילדים ועוד.

הטיפולים במאניה דפרסיה השתפרו מאוד בשנים האחרונות וקיימות כיום תרופות שקל יותר ליטול, תרופות שניתן להמשיך ליטול גם בזמן ההריון ותרופות שמאפשרות להמשיך באורח חיים רגיל. למרות זאת, נותר עדיין הקושי של החולים להתמיד בטיפול וליישם את הרגלי החיים השגרתיים המסייעים להתמודדות טובה יותר עם ההפרעה.

אנו מקווים שהפרקים השונים במדריך יובילו בהצלחה את המטופלים ואת משפחותיהם במלאכה המורכבת שנקראת הטיפול במאניה דפרסיה.

פרופ' לאון גרינהאוס
ד"ר ירדן לוינסקי

פרק 1: מהי מאניה דפרסיה (הפרעה ביפולרית)?

מאניה דפרסיה, אשר מוכרת גם כהפרעה דו קוטבית או הפרעה ביפולרית, היא הפרעה נפשית המתאפיינת בשינויים משמעותיים ולפעמים גם קיצוניים במצב הרוח. אדם הסובל ממאניה דפרסיה נע בין קטבים של מצב רוח מרומם ופעילות יתר - הנקראים מאניה או היפומאניה בשפה הרפואית ובין תקופות של דיכאון המתבטא בירידה במצב הרוח, חוסר עניין והנאה מפעילויות והפרעה תפקודית ניכרת. משך התקופות הללו נע בין מספר ימים למספר חודשים. לעיתים תקופות אלו קצרות ומשתלבות בחייו של האדם, שאינו מודע להפרעה.

בחיי היומיום וכתגובה למצבי חיים שונים, כל בני האדם מרגישים מגוון של מצבי רוח ותחושות שונות. תחושות אלו יכולות לכלול בין היתר תסכול, אושר, עצבות או כעס. בדרך כלל התחושות הללו חולפות בתוך מספר שעות עד מספר ימים. אצל אנשים הסובלים ממאניה דפרסיה, מצב הרוח יכול לנוע בין שבועות שלמים בהם הם מרגישים נפלא לשבועות בהם הם חשים עצבות וחוסר תקווה. בין התקופות הללו הם יכולים להרגיש 'רגיל'. ניתן להבדיל בין מצבי רוח רגילים לבין מאניה דפרסיה בכך שבמאניה דפרסיה נגרמת בעיה תפקודית בחיי היומיום. האדם לא מסוגל לנהל קשרים בצורה תקינה ולפעמים יש לו פגיעה בבוחן המציאות (לדוגמה הוא יכול לחשוב שיש לו יכולות שאין לו באמת). במצבים היפומאניים, בהם השינויים במצבי הרוח פחות קיצוניים מאלו של מאניה האדם יכול לתפקד טוב ואפילו להצטיין בתחומים שונים. אנשים מסוימים מדווחים "שחבל שאי אפשר להישאר כך כל הזמן". אך אחרי היפומאניה בא הדיכאון הכל כך לא רצוי.





מאניה דפרסיה היא הפרעה חוזרת, כלומר מעל 90% מהאנשים שחווים אירוע של מאניה יסבלו מאירועים חוזרים, כאשר 70% בערך מהאפיזודות המאניות מופיעות לפני או אחרי אפיזודות דיכאוניות. מטרת הטיפול אם כן, היא לצמצם את הסבל הנובע מהדיכאון והמאניה ולהחזיר יציבות לחייו של המטופל.

אנשים עם מאניה דפרסיה מתארים את חייהם כרכבת הרים רגשית. המעבר בין שמחה לעצבות בצורה בלתי נשלטת מקשה על החולים לנהל אורח חיים "נורמלי" ויציב. ידידים, בני משפחה וחברים לעבודה צריכים פעמים רבות להתמודד עם חוסר היציבות והשלכותיו על חיי המטופל, אבל גם עם ההשלכות על חייהם שלהם.

הסובלים ממאניה דפרסיה מתקשים לשמור על אורח חיים רגיל: אפיזודות מאניות יכולות לגרום למשברים משפחתיים וכלכליים משמעותיים. בזמן אפיזודה מאנית, המטופלים יכולים להיות אימפולסיביים או להתנהג בתוקפנות, להשתכר, לבזבז כסף או להתנהג בצורה מינית חסרת אחריות. במצבים דיכאוניים החולה יכול לעבור תקופות ממושכות בהן הוא לא מתפקד ולא מפרנס. לעיתים קרובות מצבים אלו מובילים לגירושין, איבוד מקורות פרנסה, התרחקות של חברים ועוד.

האבחון של מאניה דפרסיה יכול להתעכב זמן רב. לפעמים המצבים המאנים או ההיפומאנים מופיעים רק לאחר מספר גלים של דיכאון. לפעמים החולה אשר פונה לרופא במצב של דיכאון לא מדווח לרופא, והרופא לא בודק עם המטופל האם היו בעבר גלים מאנים או היפומאנים. כתוצאה מכך, המטופל עשוי לקבל טיפול פחות מתאים למצבו האמיתי. לכן, חשוב תמיד לבדוק עם המטופל או מלוויו האם היו בעבר גלים של מצב רוח מרומם. כמו כן, ידוע שלמאניה דפרסיה נטייה משפחתית ברורה. לפיכך, חשוב לחקור האם בני משפחה אחרים סבלו ממצבים דומים.

איך נראית מאניה דפרסיה?

ישנם מספר מצבים נפוצים הקשורים במאניה דפרסיה:

במצב של דיכאון: המטופל מדווח על מצב רוח מדוכא, על חוסר עניין והנאה, בנוסף לשינויים אפשריים בתיאבון ובמשקל, נדודי שינה או ריבוי שינה. כמו גם עייפות וחוסר אנרגיה מלווים באי שקט או בחוסר תנועיות. רבים יסבלו מתחושת חוסר-ערך או אשמה ומבעיות בריכוז. מאפיין שכיח אך לא הכרחי הוא מחשבות חוזרות על מוות וחוסר טעם בחיים, מחשבות אובדניות, ולעיתים גם ניסיונות התאבדות, עד כדי התאבדות.

באפיזודה מאנית: יתכנו מצב רוח מרומם או רגזני, תחושת ערך עצמי מוגזמת, העדר צורך בשינה, ולעיתים דיבור מהיר ורב מהרגיל. המחשבות ירצו בצורה לא מאורגנת והריכוז ייפגע.

יתכנו אי שקט ועיסוק רב (ומוגזם) בפעילויות עיסקיות, לימודיות או מיניות ובכלל זה התנהגות אשר מתעלמת מההשלכות של הפעולות הללו (הימורים, יחסי מין לא מוגנים ועוד). במאניה יבלוט גם חוסר שיפוט עד כדי אבדן קשר עם המציאות. חולים מאניים עשויים לנהוג במהירות מופרזת ולסכן את עצמם או את הסביבה.

מאניה מדורגת לפי חומרתה. אפיזודות מתונות יחסית, ללא סימפטומים פסיכוסטיים או כאלה המהווים סכנה קריוות היפומאניה. התסמונת הכוללת אפיזודות דיכאוניות לצד אפיזודות היפומאניות נקראת הפרעה דו-קוטבית מסוג II, לעומת תסמונת הכוללת גם אפיזודות מאניות מלאות הקרויה הפרעה דו-קוטבית מסוג I. לרוב, הפרעה מסוג I סוערת יותר מכיוון שבאפיזודות מאניות האדם יכול לאבד את השליטה על התנהגותו ואפילו להגיע לאשפוז, לעומת אפיזודות היפומאניות שהן לרוב נשלטות. הדיכאוניות בשני סוגי ההפרעה יכולים להיות דומים בעצמתם.

ישנם גם מצבים בהם במהלך התקף של מאניה דפרסיה סובל המטופל לעתים ממצבים מעורבים (מיקס), שבהם יפקדו אותו לסירוגין סימפטומים של מאניה וסימפטומים דיכאוניים.

ישנם חולים אשר יעברו ברצף מדיכאון למאניה בלי הפוגה ביניהם, אפילו מספר פעמים בשנה. מצב זה קרוי "Rapid Cycling" – מחזוריות מהירה, ויש כאלו שאף יעברו מספר מצבים במהלך יממה אחת.

מהלך קליני אופייני למאניה דפרסיה





תסמינים נפוצים בסוגי מצבים נפשיים שונים במאניה דפרסיה

חשוב: יש לזכור שעצם קיום תסמין אינו מאבחן את ההפרעה, ויש לפנות לאיש מקצוע לצורך אבחון מקיף.

מאניה / היפומאניה (ההבדל בעצמת/חומרת הסימפטומים)	דיכאון
תחושת התעלות רוחניות גבוהה וקיצונית	ירידה או עלייה משמעותית בתיאבון
תחושת שהאדם כל יכול, פעלתנות יתר	שינוי במשקל הגוף - עלייה או ירידה
חוסר צורך בשינה	הפרעות שינה
מצב רוח מרומם או אופוריה או כעס יתר	תחושת עייפות וחולשה
עיסוק מוגזם בתוכניות חדשות	הפרעות במערכת העיכול
מרוץ מחשבות, עד כדי חוסר ארגון החשיבה	רתיעה ממגע פיזי בזולת
דיבור מהיר ועמוס	מיעוט בפעילות ובאנרגטיות
מוסחחות יתר	עצבות, ייאוש תהומי, רוגז, התפרצויות בכי, התפרצויות זעם
עיסוק מוגזם בפעילויות מהנות שיכולות להיות להן תוצאות חמורות כמו בזבז כספים, פעילות מינית חסרת גבולות וקבלת החלטות מסוכנות	חילופי מצב רוח קיצוניים שלא היו אופייניים בעבר
נסיעה מהירה ולא אחראית	הסתגרות חברתית וניתוק קשרים
שתייה מופרזת	אדישות ואיבוד עניין
קטטות	ירידה בחשק המיני
קניות מרובות, לא בהכרח חיוניות	ביקורת עצמית מוגזמת
שכנוע אחרים בקלות	תחושת חוסר אונים וחוסר תקווה, ריקנות, חוסר משמעות ואפאתיה
	תפיסת עולם קודרת ופסימית
	ירידה בריכוז, ירידה בזיכרון
	קושי בקבלת החלטות
	מחשבות אובדניות: חשיבה על התאבדות והאופן לבצעה, חשיבה על ההשלכות של התאבדות ומשאלת מוות
	שיפוט לקוי של המציאות, במיוחד של העצמי, דימוי עצמי נמוך
תסמינים יחודיים למאניה	
מחשבות שווא על גדלות	
פסיכוזה	



מי יכול לסבול ממאניה דפרסיה?

מאניה דפרסיה היא הפרעה יותר נפוצה משנדמה. המחקרים מראים שעד 1% מהאוכלוסיה סובלים ממאניה דפרסיה מסוג I ועוד 2-3% סובלים ממאניה דפרסיה מסוג II. גיל החציון של מועד פרוץ המחלה נע סביב גיל 17, כאשר אצל מעל 60% היא פורצת לפני גיל 18. כלומר מאניה דפרסיה פורצת מוקדם, אך מאובחנת מאוחר.

לגברים ונשים יש סיכוי דומה לחלות במאניה דפרסיה, אולם אצל גברים האפיזודה הראשונה נוטה להיות מאנית בעוד אצל נשים לרוב מדובר באפיזודה דיכאונית. יש מרכיב גנטי ברור למאניה דפרסיה, כמו למרבית ההפרעות במצב הרוח. בחולים עם קרוב משפחה מדרגה ראשונה הסובל מהמחלה, הסיכוי להופעת מאניה דפרסיה גבוה פי 10 מבאוכלוסיה הכללית (כלומר מעל 10%). גם גורמי לחץ סביבתיים ואישיים יכולים להשפיע על פרוץ המחלה ועל הופעת אפיזודות נוספות. למעשה, רבים מהסובלים ממאניה דפרסיה מדווחים על אירועי טראומה ואבדן בשלבים שונים של הילדות ויתכן כי אירועים אלו מאיצים את הופעת ההפרעה. גורמים ביולוגים שונים זווה כקשורים בהפרעה הביולוגית, כמו שינויים הורמונליים, שינויים בדפוסי השינה ושינויים באיזון חומרים שונים במוח, אולם אף לא אחד מהם מובהק מספיק כדי לאפשר לנו בדיקה חד משמעית לאבחון ההפרעה. בשנים האחרונות אנו מודעים יותר להשפעה השלילית של שימוש בסמים על מאניה דפרסיה. השימוש בסמים, כולל גראס, חשיש או קנאביס יכול לגרום להחמרה בגלים של המחלה.

מהלך החיים של הסובלים ממאניה דפרסיה

לאחר האפיזודה הראשונה, בין אם היא דיכאונית או מאנית, יכולים לעבור שבועות, חודשים או שנים עד לאפיזודה שנייה. תדירות האפיזודות משתנה מאדם לאדם. בעבר חשבו שבין אפיזודה לאפיזודה האנשים חווים חיי יום-יום רגילים לחלוטין ונטולי קשיים, אולם בניגוד למה שחשבו בעבר, רק 30% מהסובלים ממאניה דפרסיה חווים הפוגה מלאה (לפחות שנתיים עם שני סימפטומים או פחות). למרבית הסובלים אין ממש תקופות ארוכות נטולות סימפטומים לחלוטין וגם בתקופות שהם לא בדיכאון או מאניה, הם סובלים מרגישות ותנודות רבות במצבם.

אמנם שכיחות מאניה דפרסיה נופלת בהרבה משכיחותו של דיכאון רגיל, אך היא בעלת השלכות קשות יותר על יכולתו של החולה לתפקד במסגרות חייו, בעיקר בשלב המאני של ההתקף.

מרבית המטופלים יסבלו מאפיזודות של מאניה או דיכאון ולאחריהן הפוגה מלאה או חלקית בסימפטומים, במהלכה הם ישתדלו לתפקד ולארגן מחדש את חייהם. הטיפול באפיזודות יכול לקצר בצורה משמעותית את אורך האפיזודה ולהקל את ההתמודדות עם ההפרעה. גם בזמן ההפוגות בין האפיזודות האדם יכול לסבול מסימפטומים חלקיים שיכולים להשפיע על התפקוד, ומכאן שגם בזמן ההפוגות כדאי להמשיך בטיפול מתאים.

אחת הבעיות הנפוצות היא ההבנה של המטופלים את הצורך לשמור על עצמם לאורך כל החיים. בשלב המאני החולים חווים את עצמם כבריאים עקב מצב רוחם המרומם וההנאה שהם מפיקים מדברים, הם לא מבינים את מצבם ובעקבות כך מפסיקים את הטיפול. אולם גם כאשר אין דיכאון ומאניה, מטופלים רבים שוכחים שהם נמצאים בסיכון ומעדיפים להפסיק את הטיפול ולנהוג בצורה שמסכנת את עצמם (לדוגמא לא להקפיד על שינה או לצרוך סמים קלים). דפוסי התנהגות אלו מעלים בצורה משמעותית את הסיכון לאפיזודה נוספת.

מלבד המצוקה בזמן דיכאון או לאחר מאניה, הקושי העיקרי הוא להתמודד עם ההשפעה של ההפרעה על החיים גם בתקופה שבה המחלה לא פעילה. יש צורך בטיפול רציף והתמודדות רציפה ועקבית על מנת לשמור על איכות החיים. בנוסף לכך יש מקום לעסוק בשיקום המטופל, כיוון שלעיתים תקופות של מאניה או דיכאון גורמות לפגיעה במקורות תעסוקה, וביחסים עם הסביבה והמשפחה ומתעורר הצורך לשקם את כל הבטי החיים.



פרק 2: הפרעות נלוות

חלק מהסובלים ממאניה דפרסיה סובלים גם מבעיות אחרות. המונח "תחלואה נלווית" (קומורבידיות, Co-morbidity) מתייחס לשילוב של שתי הפרעות נפרדות (לפחות) אצל אדם אחד. הפרעות מסוימות נפוצות יותר אצל חולי המאניה דפרסיה. ישנה חשיבות גבוהה מאד לזיהוי הפרעות נלוות כיוון שעל פי רוב, אם הן אינן מטופלות באופן ישיר לא ניתן לאזן גם את המאניה דפרסיה. לכן, מומלץ למטופל לנהוג באחריות ולספר למטפליו על קיומן של הפרעות נלוות. יש לציין, כפי ברור שתחלואה נלווית אינה קיימת בכל המקרים והמחלה עשויה גם להופיע ללא תחלואה נלווית.

ההפרעות הנלוות הנפוצות ביותר הן **הפרעות החרדה**: מעל 50% מהסובלים ממאניה דפרסיה סובלים גם מסוג מסוים של הפרעת חרדה.

הפרעה טורדנית-כפייתית (OCD): היא הפרעה שמתבטאת במחשבות טורדניות ומציקות, אשר מעוררות חרדה, ושאותן המטופל מנסה להרגיע באמצעות טקסים כפייתיים חוזרים.

נראה שטיפול תרופתי נוגד חרדה קלאסי עלול לגרום לעירור של מאניה דפרסיה, כך שטיפול הבחירה העיקרי לא חייב להיות תרופות נוגדות חרדה אלא טיפול פסיכולוגי קוגניטיבי התנהגותי, או שילוב של תרופות כגון בוספירון (סורבון) ו/או תרופות אנטיפסיכוטיות אטיפיות.

התמכרויות: שימוש בסמים, כולל סמים "קלים", כגון מריחואנה. מריחואנה נחשבת על ידי הרבה צעירים "כסם לא מזיק". בשנים האחרונות מצטברות עדויות שמריחואנה, במיוחד הזנים החדשים, מסוכנים עבור חולים עם מאניה דפרסיה ומסוגלים לגרום לאי יציבות מתמשכת במצבי הרוח, כלומר להוציא אותם מאיזון ולגרום לאפיזודה מאנית או דיכאונית. כמו כן מומלץ להיזהר גם בשימוש בתרופות מרגיעות כדוגמת בנזודיאזפינים (ואבן, ואליום וכו') מחשש להתמכרות.

הפרעות אכילה: כמו אנורקסיה או בולימיה יכולות להוות גורם אשר משפיע על מצבי רוח ומוציא את האדם מאיזון. בעיות באכילה יכולות להיות חלק מדיכאון אשר מתאפיין באכילת יתר או בחוסר תאבון ולכן חשוב לעבור אבחון מדויק.

הפרעת קשב וריכוז: במצבים מאנים או דיכאוניים ישנן באופן טבעי בעיות ריכוז וקשב אך יש חולים שסובלים מבעיות קשב שממשיכות גם בתקופות רגיעה, והופיעו עוד לפני פרוץ המאניה דפרסיה. בעבר, חשבו שתרופות לטיפול בהפרעת קשב יכולות לעורר מאניה, אולם כיום אנו יודעים שאפשר להשתמש במעוררי מערכת העצבים המרכזית כמו מטילפנידט (ריטלין וקונצרטא) לטיפול בהפרעת קשב.

להפרעת אישיות גבולית ומאניה דפרסיה מסוג II קווים קליניים והתנהגותיים דומים. חולים המאובחנים כסובלים מהפרעת אישיות גבולית מדווחים על תנודתיות רגשית גדולה ועל תקופות של דיכאון או של התלהבות גדולה. לעיתים קרובות, מייצבי מצב רוח, טיפול מקובל במאניה דפרסיה, מסייע מאוד לחולים הסובלים מהפרעת אישיות גבולית.

לסיכום, לא כל הלוקים במאניה דפרסיה סובלים מהפרעות נלוות, אך במידה ואלו קיימות חשוב לאבחן אותן ולטפל בהן במקביל למאניה דפרסיה על מנת להשיג איזון ויציבות בחיי המטופל.





חלק ב' מסגרות טיפול

פרק 3: למי פונים כשיש מאניה דפרסיה

אמנם דיכאון הוא לרוב מצב שמתפתח לאורך זמן אבל מאניה לפעמים יכולה לפרוץ בתוך ימים בודדים. לכן כדאי להכיר מראש את הגורמים שאליהם אפשר לפנות ולהתייעץ עמם בנוגע לקשיים שיכולים להתעורר.

ראשית, כדאי להבחין בין הגורמים השונים שעוסקים בטיפול ותמיכה. שנית, לכל אחד מאנשי המקצוע השקפה מקצועית משלהם, אבל כולם יכולים להיות נקודת פתיחה לאבחון וטיפול. חשוב לדעת שהטיפול במאניה דפרסיה יכול להיות מורכב ולכן מומלץ כבר בתחילת הטיפול לערב פסיכיאטר. במצבי חירום מומלץ לפנות לרופא המטפל או לבית החולים הקרוב.

רופא משפחה: רופא משפחה הוא הגורם המקצועי הזמין ביותר. במקרים רבים הוא יכול להתחיל טיפול תרופתי ראשוני (במידה ויש צורך בהרגעה לדוגמה) עד להתייעצות עם איש מקצוע שמתמחה בבריאות הנפש.

פסיכיאטר: הינו רופא שעבר התמחות בפסיכיאטריה במשך מספר שנים. מכיוון שהוא מגיע מעולם הרפואה יש לו ידע נרחב בתהליכים ביולוגיים שמתרחשים בגוף האדם, ובקשר בין התהליכים הביולוגיים לבין הנפש ולכן הפסיכיאטר נוהג לשלב טיפול תרופתי עם טיפול פסיכולוגי.

הפסיכיאטר מסוגל לבחון בראייה רחבה את המצב הנפשי על כל היבטיו. במקרים רבים פסיכיאטרים לא ימליצו דווקא על טיפול תרופתי ולכן אפשרות טובה היא לפנות לפסיכיאטר לצורך יעוץ והערכה ועל פי המלצותיו להחליט על המשך הדרך.

פסיכולוג: עוסק באבחון וטיפול על ידי שיחה ולא על ידי תרופות. תהליך הטיפול הפסיכולוגי נקרא פסיכותרפיה וישנן גישות שונות של טיפול פסיכולוגי (פסיכותרפויטי) אשר נובעות מנקודת מבט אחרת על התהליכים הנפשיים שמתרחשים אצל המטופלים. פסיכולוג עובר הכשרה מתמשכת בבתי חולים בנוסף ללימודים האקדמיים, שמאפשרת לו לאבחן את מצבו של המטופל ולפעמים גם לדעת האם כדאי להפנותו לרופא לצורך טיפול תרופתי.

הפסיכולוגים מחולקים לתחומי התמחות שונים כאשר חלקם פחות עוסקים בטיפול כמו פסיכולוגים ארגוניים וחינוכיים וחלקם יותר מוכוונים לטיפול כמו:

פסיכולוג קליני: פסיכולוגים קליניים מתמחים בהתנהגויות ומצבים נפשיים באבחון, טיפול ומניעה.

פסיכולוג שיקומי: פסיכולוגים שיקומיים עוסקים בתהליכי השיקום של נפגעים בפעולות איבה, בתאונות דרכים וכדומה.

פסיכולוג רפואי: פסיכולוגים רפואיים עוסקים בהשלכות הפסיכולוגיות של הטיפול הרפואי. חשוב שהפסיכולוג המטפל באדם הסובל ממאניה דפרסיה יעבוד בשיתוף עם פסיכיאטר, כיוון שרק כך אפשר להגיע לאיזון מלא של ההפרעה.

עובד סוציאלי: הוא איש מקצוע טיפולי העוסק בבעיות חברתיות ובסיבות שגרמו להן, על ידי טיפול ביחידים, במשפחות וקהילות מעבר למגבלות ולקשיים בהם הם נתונים. עובדים סוציאלים קלינים הם בעלי תואר שני שעברו הכשרה נוספת בטיפול בבעיות נפש והם מורשים לביצוע טיפולים פסיכותרפויטיים. מכיוון שלעיתים מצבים נפשיים מושפעים על ידי גורמים חיצוניים ברורים כמו משבר כלכלי או מצוקה חברתית לפעמים התערבות שהיא סוציאלית יכולה לסייע בטיפול הנפשי.

פסיכותרפיסט: פסיכותרפיסט הוא איש מקצוע שעוסק בטיפול בשיחות. פסיכיאטרים, פסיכולוגים קלינים ועובדים סוציאלים קלינים הם אלו שמורשים לתת טיפול פסיכולוגי ולעסוק בפסיכותרפיה. אולם יש אנשים רבים אחרים שעברו מגוון הכשרות ומטפלים בסובלים ממצוקה נפשית. כאן חשוב להבין שחלק מהפסיכותרפיסטים הם אנשי מקצוע מעולים עם הכשרה נרחבת, וחלקם עברו הכשרה קצרה שאינה מספקת. לכן חשוב לדעת מה ההכשרה של הפסיכותרפיסט למתן טיפול נפשי (ועל כך בהמשך).

גורם תמיכה קהילתי: אנשים בעלי סמכות רוחנית כמו רבני קהילה ואימאמים, אנשים בעלי משמעות חברתית כמו מדריכים במסגרות חברתיות או אנשים במערך הרווחה בקהילה יכולים להיות גורם מכוון ולעיתים גם מקור משמעותי לתמיכה. לפעמים הפנייה הראשונית היא לגורם תמיכה כזה, וניתן גם להמשיך איתו אך מומלץ לשלב טיפול גם אצל איש מקצוע מוסמך.



פרק 4: איך מוצאים מטפל מתאים

המטפל המתאים הוא מטפל שילווה את המטופל לאורך זמן, בעלויות ובירידות, ויהיה זמין לענות לשאלות וגם לתמוך במשפחה. מטפל מתאים הוא חיוני לטיפול בבעיה מורכבת ומלאת אתגרים כמו מאניה דפרסיה. בדרך כלל מטופלים מקבלים המלצות ממכרים, מרופא המשפחה, מהאינטרנט או מהעיתונות.

מומלץ לבדוק עם המטפל הפוטנציאלי כמה דברים חשובים לפני התחלת הטיפול. למטרה זו מצורפת רשימה קצרה של שאלות למטפל שאפשר להשתמש בהן, בין אם הוא פסיכולוג, פסיכיאטר, או איש טיפול מתחום אחר.

אילו שאלות כדאי לשאול פסיכיאטר או פסיכולוג?

מאיפה קיבלת את הרשיון?

הרשיון חשוב כי משמעותו שהמטפל עבר בחינות שהראו שהוא עומד ברמה מינימלית של ידע מקצועי. שאלה זו רלוונטית בעיקר לפסיכותרפיסטים.

מהי ההשכלה המקצועית שלך?

גורמים רבים מעורבים בטיפול מקצועי בתחום בריאות הנפש. בתחום הפסיכותרפיה העניין מורכב יחסית: פסיכיאטרים הם רופאים שעברו הכשרה מיוחדת בפסיכותרפיה, והם היחידים שרשאים לרשום תרופות. פסיכולוגים עברו לרוב הכשרה והם בעלי תואר שני בפסיכולוגיה. ובנוסף, הם עושים לפעמים טסטים פסיכולוגים שמסייעים באבחון. עובדים סוציאליים קליניים הם עובדים סוציאליים שעברו הכשרה מיוחדת בפסיכותרפיה. ישנם גם סוגים שונים של מטפלים שעברו הכשרות המאפשרות להם לטפל בפסיכותרפיה, אבל כדאי לברר במה בדיוק מדובר.

מה תחום ההתמחות שלך?

רוב המטפלים, פסיכיאטרים או פסיכולוגים מתמחים במספר תחומים. אפשר לשאול האם הם מתמחים בטיפול במאניה דפרסיה.

כמה זמן אתה בתחום, (ואם זה מטפל פרטי) כמה זמן יש לך קליניקה פרטית?
מראה על מידת הנסיון שלו, אם כי ישנם בעלי מקצוע חדשים מוכשרים מאוד.

האם הטיפול פרטי או דרך קופה?

פסיכותרפיה וטיפול פסיכיאטרי יכולים להיות יקרים. לרוב אפשר לקבל טיפול בהשתתפות קופת החולים, אולם לא כל המטפלים עובדים במסגרת קופה. שאלה חשובה עבור מטפלים שאינם פסיכיאטרים היא: האם אתה עובד/ת עם פסיכיאטר שמטפל בצד התרופתי במידה ויש צורך?

האם יש לך מדיניות ביטולים?

חלק מהמטפלים גובים כסף גם עבור פגישות בהם המטופל לא הודיע על ביטול בזמן. יש בזה הגיון כיוון שהם לא יכניסו מטופל אחר בשעה שמוקצבת עבורכם, במיוחד אם מדובר בטיפול מתמשך ולא חד פעמי. מצד שני אם המטופל לא יכול להגיע באופן מסודר, זהו שיקול חשוב להמשך הטיפול ולבחירת מטפל.

האם יש מנגנון להעברת הודעות דחופות?

כאן התשובה חייבת להיות חיובית, במיוחד בטיפול במאניה דפרסיה. אם אין דרך להעביר הודעות דחופות לפסיכיאטר אז עשויה להתעורר כאן בעיה פוטנציאלית.

אז איך בוחרים?

כנראה שהדרך הטובה ביותר לבחור מטפל היא שילוב של הרמה המקצועית המוצהרת של המטפל והיווצרות הקשר הטיפולי בין המטפל והמטופל. ישנם הרבה מחקרים שמראים שיעילות הטיפול בכלל והטיפול הפסיכיאטרי והפסיכולוגי בפרט קשורה באופן הדוק לאיכות הקשר וההתאמה שנוצרת עם המטפל המסויים. אם מטופל חש חוסר נוחות עם הפסיכיאטר שלו או מרגיש חוסר נעימות אחרי כמה פגישות עם הפסיכותרפיסט, עליו לדבר על כך עם המטפל שלו. אם עדיין לא נמצא פתרון טוב לבעיה, כדאי לשקול מעבר למטפל אחר.





פרק 5: איזה מסגרת טיפולית מתאימה לאדם שסובל ממאניה דפרסיה?

אחת השאלות הנפוצות ביותר היא האם לפנות לטיפול נפשי במסגרת ציבורית או במסגרת פרטית. כמו בכל השאלות בטיפול, לכל אפשרות יש יתרונות וחסרונות. טיפול פסיכיאטרי ופסיכולוגי עדיין איננו בהגדרה חלק משירותי קופות החולים השונות אלא כלול רק בביטוחים המשלימים. יש קופות אשר מחזיקות מרפאות שבהן יש מגוון אנשי צוות בתחום בריאות הנפש ויש קופות שעובדות רק עם מטפלים עצמאיים. התוצאה היא, שלחלק מהשירותים צריך להמתין זמן רב עד שמקבלים תור, וחלק מהשירותים מתקבלים במקומות שונים (לדוגמא פסיכיאטר במקום אחד, פסיכולוג במקום שני, ועובד סוציאלי במקום שלישי). עבודת הצוות היא חשובה במיוחד בעזרה לחולה המאני דפרסיבי ולמשפחתו בהתמודדות עם החיים וההפרעה.

בניגוד לטיפול הפסיכיאטרי, הטיפול הפסיכולוגי בקופות הינו תמיד בתשלום. כדי לקבל טיפול בידי פסיכולוג מהקופה החולה צריך לפנות לפסיכולוגים אשר נמצאים "ברשימת המורשים". ישנה הגבלה על מספר הטיפולים המוקצבים לכל מבוטח, והעלות של השתתפות המטופל עולה עם הזמן (מחיר אחד למספר פגישות, ולאחר מכן המחיר עולה). כדאי לדעת שגם בתשלום מלא מדובר במחיר נמוך יותר מתשלום לטיפול פרטי.

שיקום: טיפול במאניה דפרסיה צריך להביא בחשבון התייחסות לשיקום המטופל לאחר שיצא מהמשבר הדיכאוני או מתקופת המאניה. אם לדוגמא במהלך מאניה המטופל רב עם משפחתו ופגע בחברים, נכנס לחובות או פוטר ממקום עבודה, תקופת ההשתקמות צריכה לכלול התייחסות גם להיבטים אלו על ידי טיפול באדם, בסביבה שלו ומעורבות של עובד סוציאלי כדי להתמודד עם קשיים כלכליים או העדר מסגרת חברתית.

השוני בין טיפול פרטי לטיפול ציבורי

במרפאות של השרות הציבורי העומס גדול מאוד והמטפלים נדרשים לתכנן היטב את זמני הטיפול. הנוהלים קובעים תפוקה ברורה שעל המטפלים להקפיד למלא. הרמה המקצועית של הפסיכיאטרים, הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים שעובדים במערכת הציבורית היא גבוהה אך המטופל לא יכול לבחור את איש המקצוע שהוא רוצה שיטפל בו. כמו כן, הרבה פעמים מטפלים במערכת הציבורית הם בעלי מקצוע צעירים שרוכשים את ניסיונם במערכת הציבורית תחת הדרכה של אנשי מקצוע מנוסים יותר.

הפועל היוצא מהעומס במערכת הציבורית הוא שהמטפלים פחות נגישים למטופלים ולפעמים לא ניתן לקבוע תור במהירות. כמו כן שעות העבודה של המערכת הציבורית היא במשך היום כאשר בשרות הפרטי הזמינות היא גם בערב. מטפלים פרטיים גם נגישים יותר דרך רשת האינטרנט,

מכשירי הטלפון הניידים או הזימוניות. המערכת הציבורית כוללת בדרך כלל מרפאות בהן נמצאות בו זמנית אנשי מקצוע מהתחומים שונים של הטיפול הנפשי. לכן התייעצויות בין המטפלים השונים מתבצעות ביתר קלות וללא עלות נוספת בדרך כלל. סביר להניח, שמצב זה ישתנה אם שירותי בריאות הנפש יכללו בחוק בריאות ממלכתית, אך עד למועד זה נמשיך לבחור בין המערכת הפרטית, הציבורית או שילוב ביניהן.

לסיכום: יש צורך לבחור מטפל שמתאים לצרכים של המטופל, בהתחשב במכלול השיקולים ובזמינות. לפעמים אפשר להתחיל במסגרת אחת ולעבור לאחרת, או לשלב ביניהן.





חלק ג הטיפול במאניה דפרסיה

פרק 6: הטיפולים האפשריים

הטיפול במאניה דפרסיה הוא מורכב ומאתגר, וכולל התמודדות עם ההבטים המידיים של ההפרעה כמו גם עם ההשלכות ארוכות הטווח הפוטנציאליות שתוארו מקודם. טיפול כזה צריך לכלול בשלבים שונים התייחסות לכל הבטי החיים שיכולים להיות מושפעים ממאניה דפרסיה.

כדי לטפל בהפרעה בצורה המיטבית, צוות הטיפול חייב לכלול פסיכיאטר, פסיכותרפיסט (פסיכולוג או איש טיפול אחר) ולעיתים גם אנשי מקצוע נוספים. השתתפות אנשי מקצוע שונים מתחום בריאות הנפש מאפשרת גישה כוללת ומתאימה יותר של הטיפול.

הטיפול התרופתי

הטיפול התרופתי במאניה דפרסיה מורכב מטיפול בשני השלבים העיקריים של ההפרעה, השלב החריף שיכול להיות או מאניה או דיכאון, והשלב המניעתי שבו מנסים למנוע הופעת גל נוסף של ההפרעה. המשמעות היא, שכאשר המטופל נמצא בשלב המאני, מטרת הטיפול היא להרגיע את המחשבות הגרנדיוזיות ופעילות היתר ואילו בשלב הדיכאוני, מטרת הטיפול היא לסייע למטופל לצאת משלב זה, לשפר את מצב רוחו ולהקל עליו. לעומת זאת, בשלב המניעתי, מטרת הטיפול היא לאזן את מצב הרוח כדי שהאדם לא יגלוש לדיכאון או יטפס למצב מאני, תוך שאיפה למינימום תופעות לוואי. האיוון הנכון והמניעה של גלים חוזרים מאפשרים חזרה מלאה יותר לחיים הרגילים.

נדאי לזכור, שפעמים רבות מטופלים צריכים להתנסות במספר סוגי תרופות עד שנמצאת התרופה או שילוב התרופות המתאים להם. בנוסף, לעיתים הזמן שעובר עד השפעת התרופה משתנה, השגת איוון מלא של מצב הרוח לאחר פרוץ אפיזודה יכולה להמשך לפעמים מספר שבועות ואפילו מספר חודשים. לצערנו, מעטים המקרים שניתן לאזן את מצבו של אדם בלי טיפול תרופתי כלל.

לצורך איוון מצב הרוח נעשה שימוש במספר סוגי תרופות:

ליתיום (Lithium)

מלחי ליתיום מסוגים שונים משמשים מזה עשרות שנים כטיפול במאניה וגם כטיפול מונע של גלים חוזרים. להשפעה מיטבית יש ליטול את התרופה במשך ימים אחדים עד שריכוזה בדם עולה ועד תחילת ההשפעה. לכן, במצבים מאניים חריפים ניתנות בשלב הראשוני ביחד עם הליתיום תרופות ממשפחת התרופות האנטי-פסיכוטיות שהשפעתן מהירה וחזקה יותר. נמצא גם שליתיום מצמצם את הסיכוי לאבדנות והתנהגות אבדנית.

לתרופה יש טווח מינון צר ולכן צריך לעקוב אחרי רמת התרופה בדם, כדי למנוע תופעות לוואי. אך תחת ניטור קפדני מדובר בתרופה טובה ויעילה.



מייצבי מצב רוח (תרופות אנטי-אפילפטיות)

במהלך השנים התברר שתרופות נוגדות אפילפסיה יכולות לעזור כמייצבי מצב רוח אצל הסובלים ממאניה דפרסיה.

- **דפלט, וולפרל (valproic acid)**, נמצאו יעילות בטיפול במאניה ובאפיזודות מעורבות, עם ממצאים חלקיים בנוגע ליעילות כטיפול מייצב מצב רוח.
- **טגרטול, טריל, טימוניל (carbamazepine)**, יעילות בטיפול במאניה חריפה וככל הנראה גם במניעת דיכאון ומאניה.
- **למיקטל, למוג'ין, למודקס (lamotrigine)**, נמצאו יעילות במניעת דיכאון ובטיפול בדיכאון, עם יעילות חלקית במניעת מאניה.

כדאי לזכור שהתרופות הללו מושפעות מתרופות אחרות שהמטופלים נוטלים במקביל ויש לעקוב אחרי ההשפעה שלהן באדיקות.

תרופות אנטיפסיכוטיות

תרופות אנטיפסיכוטיות נמצאו כמאד יעילות בטיפול בשלב המאני החרף. תרופות מהדור הקודם (תרופות טיפיות) כגון הלידול (haloperidol) וקלופיקסול (zuclopenthixol) נמצאו יעילות בנוסף לתרופות האטיפיות החדשות כמו סאפריס (asenapine), סרוקוול (quetiapine), אביליפיי (aripiprazole) וזיפרקסה (olanzapine) נמצאו יעילות בטיפול במאניה דפרסיה על חלקיה השונים (כטיפול במאניה, בדיכאון או כטיפול מונע באמצעות ייצוב מצב הרוח למניעת החמרה במצבו של המטופל). מכיוון שהתרופות הללו יעילות בטיפול בחלקים שונים של ההפרעה (או בכולם), פסיכיאטרים רבים משלבים תרופות אלו בטיפול או ממליצים עליהן כטיפול יחיד בשלבים שונים של המחלה.

נוגדי דיכאון

למרות האמונה שטיפול נוגד דיכאון יעיל בסובלים ממאניה דפרסיה, יש מעט מחקרים שאכן מוכיחים את הטענה הזו. יתר על כן, לא מומלץ לתת טיפול נוגד דיכאון כטיפול יחיד מחשש שיגרם למאניה אצל המטופלים. למרות זאת, לעיתים משתמשים בתרופות אלו אצל חולים שיש קושי להוציא אותם מהדיכאון רק באמצעות מייצבי מצב רוח או תרופות אנטי פסיכוטיות. במצבים אלו מומלץ לעקוב בקפידה אחר המטופלים כדי למנוע מעבר למצב מאני.

תרופות הרגעה

תרופות הרגעה משפחת הבנזודיאזפינים משמשות לעיתים כתוספת לטיפול במאניה, משום שהן מפחיתות מתח ומשפרות שינה, אולם הן לא מסייעות לטיפול במאניה עצמה. באותה מידה

ניתן להשתמש בהן להרגעה ולשינה אצל מטופלים הסובלים מדיכאון. בשימוש לאורך זמן יעילותן יורדת ולכן כדאי להשתמש בהן לטווח קצר. זאת ועוד, כאשר מטופל סובל גם מהתמכרות, רצוי להימנע ככל האפשר מממן תרופות אלו עקב פוטנציאל ממכר מסוים.

לסיכום, מגוון תרופות עשויות לסייע באיזון מצב הרוח אצל הסובלים ממאניה דפרסיה ומומלץ להעזר בהן, תחת מעקב פסיכיאטרי.

הטיפול הפסיכותרפי

מאניה דפרסיה היא הפרעה רבת תהפוכות אשר מעלה צורך בהתמודדות עם הסימפטומים תוך כדי סיוע של גורמים חיצוניים. לשם הבנה של הסימפטומים, זיהוי הסימפטומים והתמודדות איתם בשלבים החריפים ולאחריהם יש להעזר בטיפול פסיכולוגי.

תפקיד הטיפול הפסיכולוגי הוא גם להתמודד עם הבטים ייחודיים של מאניה דפרסיה. מטופלים רבים חשים שמרגע שהם חולים, חייהם נגמרו והם לא יוכלו להתמודד. לעיתים, הרצון להתעלם מהבעיה או להכחישה גורמים להם לחדול לגמרי מנטילת הטיפול התרופתי. בנוסף לכך, לפעמים קיימים געגועים למאניה, לתחושת ההנאה והיצירתיות שיכולות להופיע בתקופות ההיפומאניה ואף לחלקים מסוימים במאניה.

מספר סוגים של טיפול פסיכולוגי נמצאו יעילים במיוחד בסוג זה של הפרעה פסיכותרפיה פסיכו-חינוכית עוסקת בהקניית ידע על המאניה דפרסיה כדי לאפשר יותר שליטה על ההפרעה. המטופלים מפתחים מיומנויות הכוללות ידע רפואי ופסיכו-חינוכי על מאניה דפרסיה,



ולומדים על התנהגות המונעת הישנות, על החשיבות בהתמדה בטיפול התרופתי, שמירה על שגרת היום והלילה. שיטה זו משתלבת היטב בשיטות הטיפול האחרות.

טיפול קוגניטיבי התנהגותי (Cognitive behavioral therapy) עוסק בשני מרכיבים חשובים בהתמודדות האנושית: דפוסי החשיבה ודרכי ההתנהגות שלו. החלק הקוגניטיבי בטיפול מתמקד בשינוי דרכי החשיבה, אשר יכולים להחמיר את הבעיה הנפשית שהאדם סובל ממנה. החלק ההתנהגותי של הטיפול מנסה לפתח הרגלים בריאים יותר. בשלב החריף של המחלה, הטיפול ההתנהגותי מנסה לגרום למטופל ליישם פעולות שיקלו על הסבל ובשלב המניעתי של הטיפול, הטיפול מנסה לגרום למטופל לפתח הרגלים בריאים יותר ולהקטין את גורמי סיכון להשנות המחלה.

הטיפול הקוגניטיבי ההתנהגותי הוא טיפול ממוקד בעל טווח זמן מוגדר, ובמהלך הטיפול הקוגניטיבי מזהה המטפל בכל הפרעה מה הם דפוסי החשיבה הקשורים בתחושות המטופל. בהדרגה, מכניסים דפוסי חשיבה ודרכי התנהגות חדשים אשר מובילים ליציאה מהמצב הנפשי.

הטיפול הבין אישי ושגרת חיים Interpersonal therapy and Rhythmus therapy: פותח במקור לטיפול בדיכאון ועוסק בקשר שבין מצב הרוח לאירועי חיים ויחסים בין אישיים של החולה. התייחסות לפתרון של בעיות בין-אישיות על ידי לימוד של מיומנויות תקשורת בין-אישיות עשויה לצמצם את גורמי הלחץ שמעלים את הסיכוי להתפרצויות נוספות של ההפרעה. בנוסף, הטיפול עוסק בעיצוב שגרת החיים כיוון שחלק מהסובלים ממאניה דפרסיה מאופיינים בין היתר בשגרת חיים לא בריאה.

הטיפול מתמקד בזיהוי הקשר בין סימפטומים של מצב הרוח לאיכות של יחסים חברתיים ותפקידים חברתיים, שמירה על שגרת יומיום, ניהול סכנות שמשבשות את היציבות ופיתוח מיומנויות לתקשורת בין אישית.

בנוסף, משתמשים ב**פסיכותרפיה ממוקדת משפחה** (Family-Focused Treatment) כתוספת לטיפול כיוון שאנו יודעים שתמיכה נכונה של בני המשפחה משפרת את היציבות הנפשית של המטופל.

טיפול שיקומי: למרות שמיקוד הטיפול הוא במטופל, ברגשותיו וביכולותיו להתמודד עם ההפרעה ותוצאותיה, יש חשיבות ניכרת לשלב גם תהליכים שיקומיים שמטרתם להחזיר את התפקוד של המטופל לרמתו הקודמת. תהליכים אלו יכולים לכלול מציאת תעסוקה ופתרונות כלכליים תוך כדי סיוע למטופל להתמודד עם הקשיים שההפרעה יכולה להציב בפניו בדרכו לחזרה לתפקוד מלא.



פרק 7: התמודדות עם תופעות לוואי של הטיפול התרופתי

אנשים הסובלים ממאניה דפרסיה זקוקים לרוב לטיפול תרופתי ממושך. למרות שבשנים האחרונות התרופות נוחות ובטוחות יותר, לעיתים מתפתחות תופעות לוואי עד שמגיעים לאיזון הנפשי והתרופתי המתאים. למעשה, ברור לכל הפסיכיאטרים, שאחת הסיבות העיקריות שבגללה מטופלים מפסיקים לקחת את התרופות הפסיכיאטריות אינה חוסר יעילות של התרופות, אלא תופעות הלוואי שלהן. אצל מטופלים במצב מאני, אין על פי רוב הבנה לצורך בטיפול כי הם חושבים שהם בריאים ולכן יפסיקו את הטיפול. גם התרופות שהוכחו כיעילות מאד לא יעזרו למטופל אם לא הוא לא ייקח אותן.

כדאי לדעת שיש דרכים וטכניקות שונות שיכולות לעזור לכל אדם שלוקח תרופות להתמודד בצורה טובה יותר עם תופעות הלוואי.

כמובן שאין לראות בעצות להלן הנחיות טיפוליות ויש להיוועץ עם הרופא המטפל בכל מקרה.

התייעצו עם הפסיכיאטר

כשמטופל מרגיש תופעת לוואי מטרידה במיוחד, התגובה הטבעית היא להפסיק או לשנות מייד את הטיפול התרופתי. הדרך הנכונה להתמודד היא לדבר עם הפסיכיאטר המטפל על תופעות הלוואי כדי להימנע מבעיות מיותרות. לפעמים מדובר בתופעה שלא קשורה בכלל לתרופה הפסיכיאטרית ותפקידו של הפסיכיאטר הוא לעזור בזיהוי. אם יש צורך בשינוי מינון, הפסיכיאטר יכול לעזור בכך. אגב, לפני שמתחילים טיפול בתרופה חדשה, כדאי לשאול את הפסיכיאטר שלכם אילו מבין תופעות הלוואי שרשומות בחוברת של התרופה הן הנפוצות ביותר, כדי שלא תהיינה הפתעות מיותרות. באופן כללי לא רצוי להפסיק תרופות פסיכיאטריות באופן פתאומי.

הרופא המטפל יכול להמליץ על אחת מהאפשרויות הבאות:

להעלות מינון באופן הדרגתי

כאשר מתחילים לקחת תרופה חדשה, יש נטיה לתופעות הלוואי להיות יותר מודגשות בגלל שהגוף צריך להסתגל לחומר חדש שנוטלים. גם אם מתחילים ללכת למכון כושר וישר רצים שישה קילומטרים מרגישים ברע, ולכן ממליצים להתחיל בהדרגה ולעמוד בתוכנית. בכדי למנוע עודף תופעות לוואי בתחילת הטיפול. ניתן להתחיל במינון נמוך, ולהעלותו בהדרגה, תוך כדי המתנה בין השינויים במינון.

שינוי זמן הנטילה

אם לוקחים את התרופה בבוקר והיא גורמת לתחושת עייפות, הפסיכיאטר יכול להמליץ לקחת אותה אחר הצהריים או בערב. אם מטופל לא יכול לישון בגלל תרופה מסוימת שנלקחת בלילה, הפסיכיאטר יכול להמליץ על שינוי המועד, או חלוקה של התרופה לשני מועדים.

הפחתת מינון התרופה

אחת מהשיטות הנפוצות ביותר להפחתת תופעות לוואי היא הורדת מינון התרופה. אחרי שמעלים את התרופה למינון מסוים כדי להשיג אפקט כלשהו, אפשר לפעמים לרדת מעט במינון מבלי להפסיד את היתרון של התרופה. מינון זה נקרא מינון אחזקתי. לא תמיד אפשר להשתמש בשיטה הזו, אך פעמים רבות הפסיכיאטר יבחר בה.

החלפה לגרסת שחרור-מושהה של אותה תרופה

לחלק מהתרופות יש כיום גרסאות אשר משחררות את החומר הפעיל בצורה הדרגתית יותר אל זרם הדם במקום בבת אחת. יש להתייעץ עם הפסיכיאטר כיוון שלא בהכרח פתרון זה זמין. במקרים שבהם אין גרסת שחרור מושהה, אפשר לחלק מינון גדול של התרופה למספר מינונים קטנים יותר אותם ניתן לקחת בכמה מועדים במהלך היום. החיסרון בגישה זו הוא פחות נוחות, אך יתרונה הוא בהפחתה אפשרית של תופעות הלוואי.

הוספת תרופה אחרת כדי למנוע את תופעות הלוואי השליליות

לפעמים מוסיפים תרופה אחרת כדי לנטרל תופעת לוואי של תרופה שהמטופל חייב לקחת. מטופלים שלוקחים תרופות אנטיפסיכוטיות מרגישים לפעמים שרירים תפוסים, תופעה שניתן לנטרל על ידי נטילת תרופה נוספת לזמן מוגבל.

החלפת תרופה

אם התרופה שעוזרת לבעיה הנפשית גורמת לתופעות לוואי בלתי נסבלות שלא ניתן לטפל בהן, הפסיכיאטר יכול להציע הפסקה של הטיפול והחלפתו בטיפול אחר שיתכן ולא יגרום לתופעות הלוואי הללו.

שתיית מים

אחת מתופעות הלוואי הנפוצות של תרופות בכלל, ובמיוחד תרופות כמו ליתיום ותרופות נוגדות דיכאון היא תחושה שהפה יבש. הבעיה הזו יכולה להיות מציקה במיוחד אם צריכים לדבר הרבה במהלך היום. אפשר למצוץ סוכריות נטולות סוכר או לשתות מים, אבל אם הבעיה נמשכת מומלץ להתייעץ עם הפסיכיאטר. בנוסף, מטופלים שנוטלים ליתיום צריכים להזהר במיוחד בשתיית מים כיוון ששתייה מוגזמת עלולה להשפיע על ריכוזי הליתיום ומלחים אחרים בדם ולגרום לתופעות לוואי.

פתרון אפשרי נוסף הוא לפנות לבית המרקחת הקרוב ולבקש חומרים שנועדו לפתור בעיות של פה יבש. החומרים הללו נמכרים ללא מרשם ובמקרים רבים הם עשויים לפתור את הבעיה.



לזכור שיש התערבויות אחרות

למרות שבמקרים רבים של מאניה דפרסיה הטיפול התרופתי הוא הפתרון הראשון שמוצע על ידי איש המקצוע, אסור לשכוח שיש אופציות שונות שאפשר לשלב יחד עם הטיפול התרופתי. שילוב של טיפול פסיכיאטרי יחד עם מגוון טכניקות כמו חינוך, טיפול קוגניטיבי התנהגותי, טיפול משפחתי או טיפול זוגי, יכול לסייע לייצוב מצב המטופל, לצמצם גורמי לחץ ובכך לסייע להתמודדות. הפסיכיאטר יוכל לומר איזה טיפול משלים מתאים למצב המטופל.

לדעת מתי להתקשר לפסיכיאטר

מרבית תופעות הלוואי של הטיפול התרופתי הן בעיקר מפריעות ומציקות אבל לא יגרמו לנזק משמעותי למטופל. מנגד, ישנם מקרים שהם מקרי חרום שבהם צריך להתייעץ עם הפסיכיאטר באופן מיידי: מקרים של התייבשות או מכת חום, מקרים של הפרעות קצב בלב או קוצר נשימה שלא חולף, תופעות לוואי בעור שלא נעלמות, פרכוסים, איבוד הכרה או התעלפויות. גם התגברות מחשבות אבדניות או תסמינים הם סיבה להתקשר לפסיכיאטר, למרות שאלו לא בהכרח תופעות לוואי ויכולות להיות חלק מהבעיה הבסיסית.

יש לזכור, שבמידה ומתפתחות תופעות לוואי לטיפול התרופתי, לא חייבים להתמודד איתן לבד ואפשר בהחלט להתייעץ עם הפסיכיאטר לגבי דרכים שבהן ניתן להפחית או לנטרל אותן.



פרק 8: הריון ולידה

אין ספק כי אירועי חיים מורכבים משפיעים על בני אדם. מטופלים הסובלים ממאניה דפרסיה עשויים להיות רגישים יותר לאירועי חיים במיוחד כאשר הם לא מטופלים באופן מספק. הריון הוא אירוע משמעותי בחייה של כל אישה, ולכן אם אישה סובלת ממאניה דפרסיה היא צריכה להיערך מראש לאפשרות של כניסה להריון בהיבט של יציבות מצבה הנפשי.

לאישה הסובלת ממאניה דפרסיה כדאי להתייחס להריון כמורכב משלושה שלבים: לפני ההריון, במהלך ההריון ולאחר הלידה. בכל שלב צריך להתייחס לשני המרכיבים החשובים ביותר של המצב הנפשי, הטיפול התרופתי הפסיכיאטרי והליווי המקצועי.

תכנון הריון במאניה דפרסיה

נשים הסובלות ממאניה דפרסיה, הן אם מקבלות טיפול תרופתי או לא, חייבות להתייעץ עם הרופא המטפל לפני הכניסה להריון. לחלק מהתרופות הנמצאות בשימוש במאניה דפרסיה יש השפעה טרטוגנית, כלומר הן יכולות לגרום למומים בעוברים ועל כן כדאי להתארגן מראש להתאמת הטיפול התרופתי הפסיכיאטרי. במידת הצורך ניתן להחליף את הטיפול התרופתי. רצוי שהמצב הנפשי של המטופלות יהיה יציב מספר חודשים ברציפות לפני הכניסה להריון כיוון שההריון עצמו הוא גורם שיכול להפר איוון.

תרופות למאניה דפרסיה במהלך הריון

לכל תרופה יש יתרונות וחסרונות. מחד, אם מצאנו טיפול תרופתי אשר עוזר לשמור על יציבות מצב הרוח אצל אישה עם מאניה דפרסיה לא מומלץ להחליפו אם לא חייבים. מאידך, אם הטיפול יכול לגרום לנזק לעובר יש למצוא לו חלופה. בעקרון, מומלץ להתארגן בנושא התרופות כמה חודשים לפני הניסיונות לכניסה להריון.

העקרונות המנחים בזמן ההריון הם: ראשית, טיפול במינון התרופתי הרצוי להריון, שנית, אם יש צורך בתרופה אזי שתהיה במינון האפקטיבי ושלישית, נטילת מספר תרופות נמוך ככל האפשר (לנסות להימנע משילובים של נוגדי דיכאון, מייצבי מצב רוח ואנטי פסיכוטיים). כמו כן, יש לעקוב באדיקות אחרי מצב העובר והאם.

חשוב לדעת שהחלפת תרופות הינה תהליך מורכב. יש לקחת בחשבון האם התרופה יכולה להשפיע באופן שלילי על העובר וגם האם השינוי התרופתי יכול להשפיע באופן שלילי על האישה. מאוד לא מומלץ לאישה עם הפרעה דו קוטבית "לשחק" עם התרופות הפסיכיאטריות או להפסיק בבת אחת את הטיפול הפסיכיאטרי מבלי להתייעץ עם הפסיכיאטר המטפל.

מעקב בזמן לידה ולאחר ההריון

הלידה עצמה היא גורם דחק מובהק ויש עדויות רבות שלאחר הלידה עולה הסיכוי להופעת שינויים במצב הרוח. הופעת דכאון לאחר לידה היא תופעה נפוצה ובמיוחד אצל נשים עם מאניה דפרסיה. טיפול אינטנסיבי מומלץ במצבים מאנים-פסיכוסטיים לאחר לידה, בין אם מדובר בתרופות ובין אם מדובר באשפוז. יש חשיבות לטיפול מהיר ויעיל על מנת שלא לפגוע בקשר שבין האם לתינוק שנולד.

תרופות והנקה

תרופות רבות לטיפול במאניה דפרסיה עוברות לחלב אם. לכן, מומלץ להתייעץ עם הפסיכיאטר המטפל בנושא חשוב זה לפני שמחליטים על הנקה.

לסיכום: מומלץ למטופלות עם מאניה דפרסיה להתייעץ עם הרופא המטפל בכל הקשור למניעת היריון, לתכנון היריון, בהכנות לקראת הלידה, להמשך טיפול לאחר הלידה ולאפשרות של הנקה.





פרק 9: מצבים דחופים

מהו מצב חירום נפשי?

מאניה: כאשר המטופלים נמצאים במצב מאני, הם מרגישים ששום דבר לא יכול לעצור אותם, הם לא מקשיבים לעצות מהסביבה או שהם מתחילים לדמיין דברים (לדוגמא: שהם המשיח). כתוצאה מכך הם יכולים להתנהג בצורה חסרת שיפוט או מסוכנת לעצמם ולסביבה. דוגמאות לכך הן: בזבזו של מאות אלפי שקלים, קיום יחסי מין לא מוגנים או תוקפנות ואלימות כלפי הסביבה. כאשר מדובר במצב מאני סוער, מאד קשה להכיל במסגרת הבית לבד את האדם שסובל ממאניה. מצבים אלו יכולים להיות גם לא צפויים – ברגע אחד האדם רגוע ואחרי זמן קצר הוא יכול להיות רוגזני ותוקפני, מבלי שקרה לו או נאמר לו דבר. במצב כזה יש לפנות בדחיפות לפסיכיאטר ובמידת הצורך להגיע לחדר המיון בבית החולים כדי לקבל עזרה דחופה.

דיכאון: הוא מצב שונה אשר יכול לפעמים להתדרדר לחוסר תפקוד מוחלט או למחשבות אבדניות ונסיגנות לפגיעה עצמית והתאבדות. רוב האנשים שסובלים מדיכאון לא באמת רוצים למות, אלא רוצים שהסבל שלהם ייפסק. מכיוון שהם לא רואים דרך מהירה להקלה על הסבל או שהם חשים שהם אשמים במצבם ובמצב אנשים אחרים עולות אצלם מחשבות אבדניות.

כאשר יש מחשבות אבדניות, תכנית אבדנית או נסיון אבדני גם החולה וגם בני משפחתו נמצאים במצוקה רבה. במצב שיש חשש לסכנת חיים יש לפנות באופן מיידי לבדיקה והתייעצות עם איש מקצוע או לפנות לחדר המיון הקרוב לקבלת עזרה.

סוג אחר של מקרה חרום הוא כאשר עקב המצב הנפשי חלה הידרדרות חמורה של המצב הגופני. דוגמאות לכך יכולות להיות מישהו שעקב מצבו המאני אינו אוכל ושותה כי הוא לא מרגיש רעב, או אדם שבגלל דיכאון יורד במהירות במשקל ולא מצליח לאכול כלל.

איך לקבל טיפול דחוף כשאדם מרגיש שאינו יכול יותר?

לטיפול דחוף ניתן להגיע במספר דרכים.

לפנות לרופא המשפחה. ניתן להגיע לרופא משפחה כמעט בכל יום מימות השבוע. הוא יכול להתרשם התרשמות ראשונית ממצב המטופל, ולפעמים להתחיל טיפול תרופתי או לתת טיפול הרגעי ולקבוע אם יש צורך בפניה דחופה לחדר המיון.

פניה דחופה למרפאה ציבורית: המרפאות הציבוריות פועלות על מנת לתת מענה למטופלים מוכרים (כלומר, שכבר טופלו במסגרת המרפאה). אם כבר התחלתם טיפול במרפאה ציבורית, ניתן לפנות אליה גם בשעת חרום (בשעות הפעילות) ולקבל טיפול דחוף. אם אתם פונים בפעם

הראשונה לא תתקבלו בהכרח באותו יום אלא תוזמנו לפגישת הערכה. זמן ההמתנה יכול להיות מספר ימים עד מספר שבועות. במרפאות הציבוריות יש עדיפות לקבלת מטופלים לפי אזור מגורים, כך שאין טעם לפנות למרפאה בחולון אם אתם גרים בירושלים.

פניה דחופה לפסיכיאטר פרטי: ניתן ליצור קשר טלפוני עם פסיכיאטר פרטי על מנת לקבוע פגישה דחופה. במקרים רבים ניתן להגיע לפגישה כזו עוד באותו יום או ביום שלמחרת. הפסיכיאטר יוכל להעריך את המצב, להתחיל טיפול ולהמליץ על טיפול המשכי.

ביקור בית: במידה והאדם שסובל מדיכאון או מאניה קיצונית לא מסוגל בגלל מצבו לצאת מהבית, ניתן להזמין פסיכיאטר הביתה. יש שתי אפשרויות לכך: להזמין פסיכיאטר פרטי או לנסות (באזורים שבהם השירות פועל) להזמין פסיכיאטר שעובד עבור הפסיכיאטר המחוזי. ניתן לברר על השירות במוקד 100 של מד"א. יש לציין שהשירות בתשלום בכל מקרה, ובהזמנת פסיכיאטר דרך מד"א לא ניתן לבחור את הפסיכיאטר שמגיע. הפסיכיאטר שיגיע יוכל לבחון את המצב, להחליט על התחלת טיפול או להפנות לאשפוז.

פניה לחדר מיון: ניתן לפנות לחדר המיון של כל אחד מבתי החולים בארץ. ישנם בתי חולים כלליים ובתי חולים פסיכיאטרים ובכולם ישנו רופא פסיכיאטר זמין. בבתי החולים הפסיכיאטרים ובבתי החולים הכלליים בהם יש מחלקה פסיכיאטרית, ישנו פסיכיאטר 24 שעות ביממה, ובבתי החולים הכלליים בהם אין מחלקת אישפוז פסיכיאטרית יש פסיכיאטר כונן שיגיע להתייעצות על פי צורך. הפסיכיאטר במיון יוכל לשוחח עם המטופל ולהמליץ על טיפול תרופתי, אשפוז או הפניה להמשך טיפול במסגרת מרפאתית.



פרק 10: מה לעשות עד שהתרופות מתחילות לעבוד?

שאלה שמאוד מטרידה מטופלים שנוטלים תרופות ואת בני משפחותיהם היא מה אמור לעשות אדם שמקבל טיפול למחלה כמו מאניה דפרסיה והתרופה לא משפיעה באופן מיידי? בעקרון, כדאי לחלק את ההתמודדות למצבים שנחשבים דחופים לעומת מצבים שנחשבים פחות דחופים. דוגמאות למצבים דחופים יכולים להיות מצב מאני סוער, פסיכוזה עם הפרעה קשה בהתנהגות או דיכאון המלווה בכוונה אבדנית ברורה ומיידית. במצבים כאלו גם הטיפול יהיה יותר 'אגרסיבי' – כיוון שאין אפשרות להשתהות בהמתנה ממושכת להשפעת התרופה. במצבים של מאניה סוערת, הפסיכיאטר ישקול לשלב טיפול בתרופות מייצבות מצב רוח עם טיפול אנטי פסיכוטי בתרופות טיפיות או אטיפיות כמו סאפריס (asenapine), סרוקוול (quetiapine), אביליפיי (aripiprazole) וזיפרקסה (olanzapine). לעיתים הפסיכיאטר יעלה מינוני תרופה במהירות או ישלב טיפול הרגעת.

כשהמצב סוער מאד, ויש צורך בשינויים מהירים במינוני התרופות, יש צורך במסגרת טיפולית אינטנסיבית יותר כמו מחלקות אשפוז יום או אשפוז מלא. כשמדובר במטופלים שנמצאים בביתם, הפסיכיאטר יעדיף לבצע שינויים תרופתיים בצורה מדודה יותר, כדי לצמצם את האפשרות של הופעת תופעות לוואי של הטיפול התרופתי.

אבל מה עושים עד שהתרופות מתחילות לעבוד?

במקרים רבים, הפסיכיאטר ימליץ על טיפול תרופתי בתכשיר מסוג זה או אחר. לאחר ההמלצה על התרופה, הפסיכיאטר גם יסביר שתתכן תקופת המתנה לאחר תחילת נטילת התרופה עד שתורגש תגובה לטיפול וזו יכולה להמשך מספר ימים (עד לרגיעה במאניה) או עד מספר שבועות (בטיפול בדיכאון). השאלה המתבקשת העולה היא מה לעשות בתקופת הביניים, ופעמים רבות התשובה של הפסיכיאטר יכולה להיות להתאזר בסבלנות. כמובן שקל לומר לאדם אחר להמתין אבל קשה מאד למטופל להתאזר בסבלנות כשהוא סובל מדיכאון או כשהוא מוצף בחרדה משתקת. אילו אסטרטגיות אם כן אפשר לנקוט בינתיים, עד שהטיפול התרופתי מתחיל להשפיע? להלן כמה אפשרויות את כולן אפשר לשלב יחדיו (בהתייעצות עם הרופא המטפל).

שימוש בתרופות לתקופת הביניים

אדם שסובל ממאניה או מדיכאון סובל פעמים רבות גם מהפרעות שינה, מאי שקט, מעצבנות או מתופעות אחרות. אפשר להשתמש בינתיים עד שהטיפול נוגד המאניה או נוגד הדיכאון מתחיל להשפיע גם בתרופות הרגעה או תרופות שינה. השימוש בתרופות ממשפחת הבנזודיאזפינים כמו קלונקס (clonazepam), ואבן (oxazepam) או לוריון (lorivan) יכול להיות חיוני כדי להפחית את התסמינים הנלווים לבעיה העיקרית.

להעזר בטיפולים לא תרופתיים

מעבר לפגישות עם פסיכולוג או פסיכותרפיסט, ניתן להתייעץ איתם בנוגע לאיך להעזר בגורמים שונים בסביבת המטופל כדי להקל על הסבל. לדוגמא, להעזר בבני משפחה וחברים כדי לחזק את יכולת ההתמודדות עם הקושי, אמצעים אלו יועילו גם בעתיד.

עיסוק בפעילות גופנית

נשמע פשוט למדי אבל פעילות גופנית נמצאה טובה לטיפול בדיכאון ואילו מטופלים שנמצאים במצב מאני סובלים מעודף אנרגיה, כך שבכל מקרה הפעילות תועיל.

פגישות עם הפסיכיאטר

שיחות תכופות יותר עם הגורם המטפל (פנים אל פנים או בטלפון) חשובות מאוד בשלב החרף של המחלה. פגישות בתדירות של פעם בשבוע-שבועיים הן הדבר הרצוי בשלב זה. פסיכיאטרים רבים החלו להשתמש גם בדואר אלקטרוני כאמצעי לשמור על קשר רצוף עם המטופלים ואף להציע טיפולים דרך רשת האינטרנט.



פרק 11: טיפים לטיפול עצמי – איך מנהלים אורח חיים תקין עם מאניה דפרסיה

אחת הטעויות הנפוצות אצל מטופלים שסובלים ממאניה דפרסיה היא המחשבה שאין להם יכולת להשפיע על מה שקורה להם והכל תלוי ברופא. כמובן שהחולים לא אשמים בכך שפרצה אצלם המחלה (אין אשמה במאניה דפרסיה ועדיף להתייחס אליה כשילוב של גורמים שלא ניתן היה למנוע. אשמה או חיפוש אשמים היא מעמסה רגשית כבדה). יחד עם זאת, ישנם דברים רבים שאפשר לעשות כדי להשפיע על מהלך המחלה והדבר נכון במיוחד לגבי מטופלים שסובלים ממאניה דפרסיה.

לא להפסיק טיפול

גם אם אתם מרגישים שאתם "לא צריכים" או שהכל בסדר, לא מומלץ להפסיק טיפול מבלי להתייעץ עם רופא. אחת הטעויות הנפוצות היא שכאשר מרגישים טוב שוכחים את התקופות הרעות שהיו בעבר (ויכולות להיות בעתיד) ואז מחליטים להפסיק את הטיפול. במרבית המקרים התוצאה היא החמרה במצב וחזרה לדיכאון או למאניה. לטיפול יש תפקיד חשוב במניעת 'נפילות' ולכן אין להפסיק טיפול בלי התייעצות עם הרופא המטפל.

לקחת אחריות על המחלה

כדאי לקחת אחריות, לנסות ולצמצם את הסיכוי לאפיזודות חוזרות של מאניה או לדיכאונות מיותרים ולשפר את איכות החיים בין ההתקפים, לחיות חיים בריאים יותר ולא ליפול למלכודות מסוכנות.

לקחת את התרופות לפי ההנחיות

את מרבית התרופות שנועדו לטפל בדיכאון או במאניה יש לקחת באופן קבוע, מדי יום. אבל לא נדיר למצוא מטופלים שנוטלים את התרופות רק מדי פעם, או שוכחים ליטול אותן כמה פעמים בשבוע, או סתם מפסיקים. אם מתפתחות תופעות לוואי שקשה לסבול, יש להתייעץ עם הפסיכיאטר. ייתכן שתהיינה לו הצעות לגבי נטילת התרופה באופן שיפחית את תופעות הלוואי, וזאת מבלי להפסיק את הטיפול.

הימנעות משתיית אלכוהול

שתיית אלכוהול לא מומלצת למטופלים עם מאניה דפרסיה. אלכוהול משפיע משמעותית על תפקודים במוח כגון תפקודים קוגניטיביים, שיווי משקל, ערנות ועוד. השילוב עם אלכוהול יכול להגביר את התופעות השליליות של תרופות (למשל לגרום לבלבול קוגניטיבי) וגם להקטין את ההשפעה החיובית של התרופות.

הקפדה על שעות שינה רגילות

מחקרים רבים מוכיחים את הקשר בין שינה לא רצופה, עבודה במשמרות וחוסר שינה לבין חוסר איזון נפשי אצל החולים במאניה דפרסיה. לכן, מומלץ לכל חולה במאניה דפרסיה להקפיד על 7-8 שעות שינה מדי לילה.

המנעות מוחלטת משימוש בסמים

המושג של "סמים קלים" לא מקובל יותר. כל הסמים הם קשים עבור חולים מאנים דפרסיביים. לצערנו, חולים במאניה דפרסיה מאבדים פעמים רבות את האיזון הנפשי אחרי שמוש (אפילו מזדמן) בסם כמו מריחואנה. ההמנעות המוחלטת מסמים חיונית בטיפול העצמי והיא באחריותו של המטופל.

אימוץ הרגלים בריאים

לפעמים מפתיע לגלות עד כמה הרגלי חיים וסדר יום יכולים להפחית מתחים מיותרים ולאזן את מצב הרוח. גם פעילות ספורטיבית היא חלק מקטגוריה זו (פעילות גופנית).

זיהוי טריגרים וגורמים מעורר מתח

חלק מהטיפול של חולים במאניה דפרסיה כולל זיהוי ולימוד של טכניקות התמודדות עם מצבי חיים הקשורים עם עוררות יתר או עם תוספת מתח נפשי.

שיתוף פעולה עם המטפלים

כדאי להתייחס אל מטפלים כאל חברי צוות בתוכנית של המטופל. הם יכולים לעזור יותר אם מגיעים אליהם באופן קבוע ואם מתייעצים איתם בנוגע לשינויים מתוכננים בחיים, בין אם מדובר בטיפול תרופתי או בטיפול אחר.

חינוך והכרת המחלה

ככל שהמטופל ובני משפחתו יודעים יותר על המחלה, יש להם יותר כלים להתמודד איתה במידה והיא פורצת שוב.

לדעת לבקש עזרה

בדרך כלל לגלים של מאניה או דיכאון יש סימנים מקדימים. רצוי שהחולה וגם הסביבה הקרובה שלו ידעו מה הם סימנים אלו ואיך לנהוג במידה והם מופיעים. מאחר והחוויית שהחולה ומשפחתו עוברים בזמן המחלה יכולות להיות טראומטיות, יכול להווצר מצב בו "לא רוצים להזכר במצב הלא טוב" ואז מתעלמים מהסימנים המקדימים. זהו מצב לא רצוי וכדאי להמנע ממנו.



סיכום

כתבנו את המדריך הזה מתוך כוונה להקל על המטופלים ועל בני משפחותיהם את מלאכת התמודדות עם מאניה דפרסיה והטיפול בה. המדריך מכיל הנחיות שימושיות רבות מתוך רצון לסייע למטופלים ולמשפחות לקבל את ההחלטות הנכונות ולהתמודד בצורה טובה. אנו מקווים שהצלחנו במשימה.

לא התייחסנו כלל במדריך להתפתחויות המדעיות הרבות אשר מופיעות מדי חודש בספרות המקצועית בעולם. לצערנו, התפתחויות אלו טרם הגיעו לשלב היישומי בטיפול בהפרעה. אך באופק אנו רואים כבר איך בדיקות מעבדה פשוטות יסייעו באבחון צורות שונות של המחלה וגם יכוונו לבחירת הטיפול המתאים יותר תוך הפחתה של תופעות הלוואי. אנו מקווים שבשורות אלו יתורגמו בקרוב לטיפול המעשי בהפרעה.

אין ספק שהאבחנה של מאניה דפרסיה משנה את דפוסי החיים של הסובל ממנה. אך אין זה אומר שלא ניתן לנהל אורח חיים תקין עם המחלה. אנו מקווים שעלון זה יסייע בכך.

החוברת בחסות חברת



לונדבק ישראל בע"מ דרך השלום 4, תד. 7382, תל אביב • טל: 03-9100100 • פקס: 03-9100117 • www.lundbeck.co.il • israel@lundbeck.com