

תוכן עניינים

1-3.....	מבוא
4-7.....	טיפול קונבציונאליים בדיכאון
7-17.....	קטמין-היסטוריה ומנגנון פעולה
17-20.....	דיון
21-22.....	סיכום
24-23.....	ביבליוגרפיה

מבוא

דיכאון הינה תופעה הולכת וגוברת אשר בקרוב תהיה מקום שני מבחינת נטל בריאותי אחרי מחלות לב. דיכאון גורם לתפקוד לקוי ונכות רגשית, אשר מכבידה על החברה מבחינה רגשית וכלכלית. התופעה נפוצה במיוחד בקרב מבוגרים אשר מתגוררים בסביבה עירונית כאשר כמעט 1 מ-4 סובלים מסיפטומים שונים של דיכאון. דיכאון קליני מאופיין באמצעות דכדוך, אנורקסיה, נדודי שינה, עייפות כרונית, פגיעה בריכוז, פגיעה בתפקוד המיני, מחשבות אובדניות, ניסיונות התאבדות, חוסר יכולת לחוות הנאה, ותחושה של חוסר ישע וחוסר אונים. מטופלים אשר סובלים מדיכאון מרגישים שאין טעם לחיים, ובסופו של דבר חלקם מעדיפים לא השתתף במגוון פעילויות חברתיות. בסופו של דבר, דיכאון גורם למצוקה וחוסר תפקוד מתמשך. עם זאת, איבחון מוקדם וטיפול מתאים עשויים להפחית את הסימפטומים ולשפר את איכות החיים בקרב מטופלים אשר סובלים מדיכאון. (Smith,2013)

ישנן מגוון סיבות עבור דיכאון ולא ניתן לצמצם אותם למקור אחד ויחיד. לרוב דיכאון נגרם כתוצאה משילוב של גורמים גנטיים, סביבתיים, פסיכולוגיים, חברתיים ופיסיאולוגיים. למשל, אבטלה, עוני, גירושין עשויים להוביל לדיכאון בקרב אנשים עם נטייה קיימת. כאשר אחד מקרובי המשפחה מדרגה ראשונה סובל מדיכאון אז הבן אדם נמצא ברמת סיכון גבוהה לפתח דיכאון בעצמו. בנוסף, גורמים גנטיים עשויים להשפיע על תגובות לאירועים, וכתוצאה מכך להוביל לדיכאון. טראומות ילדות עשויות ליצור שינויים במערכת העצבים, אשר בתורם משפיעים על תגובות ללחץ וחרדה. שימוש בתרופות כגון הורמונים סטרואידים, חוסמי בתא, אינטרפון ורספרין עשויים להוביל לדיכאון. בנוסף, שימוש בסמים משני תודעה כגון אלכוהול ואמפיטמנים עשויים להוביל לדיכאון או לנבוע כתוצאה ממנו. כמו כן, דיכאון יכול להיגרם כתוצאה מפגיעת ראש או כאבים כרוניים. (Smith,2013)

למרות מגוון הטיפולים אשר קיימים בדיכאון קליני, התוצאות אינן מעודדות כלל וכלל. לפי ארגון הבריאות העולמי, דיכאון מדורג כאחת מעשר הסיבות המרכזיות עבור נכות וחוסר תפקוד. זה לעיתים לוקח שנים לתרגם תוצאות של מחקרים אקדמיים ליישום בשטח, והמסקנות לגבי הטיפול

בשטח אינן מגיעות לציבור כלל וכלל, והמטופלים ממשיכים לסבול מההשלכות. ישנן מגוון טיפולים בדיכאון מג'ורי בעלי רמות יעילות שונות. תרופות טטראציקליות אשר יצאו בשנות ה-50 אשר בעקבות תופעות הלוואי שלהן יצאו משימוש. ה-SSRI אשר מעלות את רמת ריכוז הסרטונין כאשר בינהן נכללות פרוזק, סרוקסט וציפרלקס, הן למעשה משפחת הכדורים האנטי דיכאוניים הגדולה ביותר מכיוון שיש להם כמות נמוכה יחסית של תופעות לוואי. שימושן נפוץ החל משנות ה-80 והן יעילות גם בטיפול בחרדה וגם בדיכאון. השימוש ב-SSRI הינו מאוד נפוץ, עם זאת הוא מאופיין בתופעות לוואי כגון עוררות יתר, בחילה, ירידה בחשק המיני ועלייה בתאבון. (Kilborune,2012)

תרופות ממשפחת ה SNRI מעלות את ריכוז הסרטונין והנורדאדנלין במוח. התרופות הנ"ל יעילות בגלל פעילותן המשולבת, עם זאת תופעות הלוואי שלהן כפולות ומכופלות גם. אחת התרופות הנפוצות במשפחה זו הינה הסימבלטה. הסימבלטה מעלה את ריכוז הדופמין, משפרת גם את מצב הרוח וגם את רמת הריכוז. התרופות הנ"ל הינן מעוררות ומשפרות מוטיבציה ולא פוגעות בתפקוד המיני. עם זאת, הן עשויות להוביל לחרדה ולהפרעות בשינה. חשוב לציין כי היעילות של טיפולים תרופתיים עומדת כיום על 50 אחוז. במסגרת טיפולים אשר אינם תרופתיים בטיפול בדיכאון ניתן למצוא את השוק החשמלי אשר למרות הפרסום השלילי שלו הינו יעיל במקרים שאף טיפול אחר איננו עוזר. במקרה של דיכאון קשה המטופל מקבל הרדמה מלאה, ומזרימים לגולגולת זרם חשמלי יחסית חלש אשר מייצר שינויים כימיים במוח. טיפול נוסף הינו ה-CBT, טיפול קוגניטיבי-התנהגותי קצר מועד אשר נמשך בין 8 ל-16 מפגשים. מטרתו של הטיפול הינה להתמודד עם הדיכאון מהר ככל האפשר. במקרה של דיכאון קל עד בינוני ה-CBT הינו יעיל כמו טיפול תרופתי. ניתן לשלבו עם טיפול תרופתי וניתן לקבלו בלעדיו. (Kilborune,2012)

טיפול נוסף הינו הקטמין אשר כיום איננו מאושר לשימוש. למרות זאת, ישנם לא מעט מחקרים אשר תומכים ביעילותו של הקטמין. עירוי תוך ורידי של קטמין במינון של 0.5 מיליגרם במשך 4 שעות עשוי לגרום לשיפור סימפטומטי בקרב מטופלים עם דיכאון עמיד לטיפולים אחרים. הקטמין מתחבר לרצפטורים של NMDA ובאמצעותו הינו מפחית מהסימפטומטיות של דיכאון קליני. בניגוד לטיפולים אחרים בדיכאון אשר לוקח בערך 3 שבועות עד שישנו שיפור, הקטמין גורם לשיפור מיידי. ישנם מטופלים אשר פרק הזמן הנ"ל הינו קריטי עבורם, ולכן חשוב לבדוק תרופות בעלי