

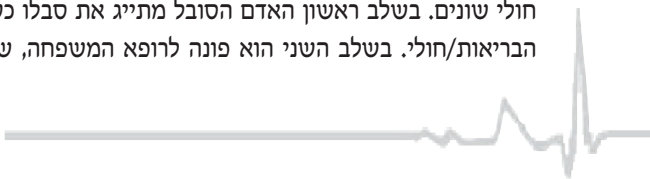
# 1

## סוציולוגיה של מחלת הדיכאון

סקרים עדכניים שנערכו בקהילה מלמדים אותנו, שדיכאון הוא מחלה שכיחה ביותר. ברגע נתון סובלים מדיכאון 6-8 אחוזים מהאוכלוסייה. יתרה מכך, כ-15-18 אחוזים מהאוכלוסייה יחוו מצב דיכאוני לפחות פעם אחת בחייהם. הדיכאון מופיע בכל קבוצת גיל, ועם זאת הוא שכיח יותר בקבוצות הגיל המבוגרות. הדיכאון הוא מחלה אפיזודית. מקצת מהסובלים יחוו גל דיכאוני אחד בלבד, ואילו אחרים יחוו כמה גלים. ישנה אף קבוצה הסובלת מדיכאון כרוני ומתמשך. הדיכאון הכרוני הוא בדרך כלל דיכאון קל, ומופיע בכ-2 אחוזים מכלל האוכלוסייה. נהוג לאבחן דיכאון כזה לאחר שנתיים של דיכאון ללא הפוגה ניכרת. השם הטכני של דיכאון כזה הוא דיסתמיה (Dysthymia) (ראה פרק ה' ב"סוגי הדיכאון) בקבוצה זו של חולים יש נטייה להחמרה של הדיכאון עד לעוצמה של דיכאון רבא (Major Depression). מצב כזה אנו מכנים "דיכאון כפול" (Double Depression). כמחצית מהסובלים מדיכאון כרוני יפתחו גל דיכאוני בעוצמה ניכרת במהלך אותה השנה. אף שדיכאון מופיע, כאמור, בכל הגילים, עולה שכיחותו ביחס ישיר לגיל החולה.

הדיכאון שכיח יותר אצל נשים ביחס של 2:1. מאפיין נוסף של הדיכאון הוא העובדה שכ-50 אחוזים מהחולים בו אינם מאובחנים ואינם מטופלים. בכל מקום שבו נחקר הדבר חוזרת התופעה של אי-אבחון המחלה. בעיה זו קיימת גם במדינות עם שירותי בריאות ובריאות נפש מפותחים. עם זאת האוכלוסייה הסובלת מדיכאון נוטה לשימוש יתר בשירותי רפואה ורווחה. כאשר בודקים את תלונות הסובלים מדיכאון, כפי שהן מופיעות בתיק הרפואי של רופא המשפחה, מגלים שתלונות החולה הדיכאוני הן אלה הטיפוסיות לדיכאון ודומות לתלונות בתיק הרפואי במרפאות לבריאות הנפש. בעיית האי-אבחון נובעת בעיקר מההתנגדות - מצד הרופא המאבחן או מצד החולה - לראות במצב החולה דיכאון קליני ולכנותו כך. ישנם הסברים אחדים להתנגדות זו, וביניהם בולט החשש מסטיגמה שתדבק בחולה. חשש זה גורר אי-רצון לאבחן דיכאון - הרופא אינו רוצה לפגוע בחולה, והחולה פוחד מהסטיגמה עצמה. התפישה של הרופא, שלפיה כדי לאבחן את המחלה נדרשים תסמינים בעוצמה ניכרת, גם היא פוגמת ביכולת לאבחן את סוג הדיכאון, ואם עוצמתו קלה או בינונית. גורם נוסף לאי-אבחון הוא העובדה שלשיעור ניכר מהסובלים מדיכאון יש אבחנה נפשית נוספת. 80 אחוז מאנשים הסובלים ממגוון האבחנות של תסמונות החרדה יפתחו דיכאון בחייהם. הרופא המכיר את החולה נוטה לקשר את הדיכאון ואת התסמינים הקשורים בו לתסמונת החרדה הממושכת שממנה סובל החולה, ובכך מחמיץ הרופא את האבחנה של גל דיכאוני.

גולדברג (Goldberg), פסיכיאטר אנגלי מפורסם שעיקר עיסוקו בפסיכיאטריה חברתית, תיאר את מסלול הפנייה לטיפול, המאפיין מצבי חולי שונים. בשלב ראשון האדם הסובל מתייג את סבלו כשייך לשטח הבריאות/חולי. בשלב השני הוא פונה לרופא המשפחה, שמאבחן את



מחלתו. בשלב השלישי רופא המשפחה מטפל במצב או מפנה את האדם לגורם מומחה. בשלב הרביעי המומחה מטפל בכמה מהפונים, ואחרים הוא מפנה לאשפוז או למערכת מטפלת אחרת המצויה באותה חברה. ממסלול זה, המאפיין את מערכת הבריאות באנגליה, אפשר להקיש שמסלול הפנייה של אדם לקבלת עזרה תלוי לא רק במחלה, בחולה וברופא, אלא גם בגורמים נוספים הנגזרים ממבנה השירותים שבאותה חברה, בנגישות לשירותים אלה ובהתנהגויות המקובלות באותה חברה. לדוגמה, בכמה מדינות נהוג שכל הפניה לרופא מומחה תיעשה אך ורק באמצעות רופא המשפחה. במדינות אחרות מתאפשר קשר ישיר בין הרופא המומחה לפונה אליו. ההבדלים במבנה השירותים משנים מאוד את מסלול הפנייה של הסובל מדיכאון. התפישה של נגישות השירות מתייחסת לקלות שבה יכול החולה להגיע למערכת בריאות מטפלת. נגישות מורכבת מכמה מרכיבים, וביניהם נגישות גיאוגרפית, נגישות כלכלית, נגישות בהקשר של סטיגמה ונגישות מנהלית. נגישות גיאוגרפית מתייחסת לקלות שבה אפשר להגיע למעניק השירות. מובן שככל שקשה יותר להגיע פיזית למקום מתן השירות, פוחתת הפנייה לאותו השירות.

נגישות כלכלית מתייחסת לאפשרויות הכלכליות של האוכלוסייה לרכוש את השירות. יש לזכור שגם בחברות רווחה הפונה עשוי להידרש לשלם תמורת חלק מהשירות עצמו או על תרופות. גם אובדן שעות עבודה מהווה גורם כלכלי מרתיע.

נגישות בהקשר של סטיגמה מתייחסת לעובדה שיש מחלות מאיימות, שהחברה מתייגת ומייעסת להן סטיגמה. לפיכך סטיגמה מהווה מחסום בפני קבלת עזרה. להפרעות נפשיות בכלל ולדיכאון בפרט יש סטיגמה

חברתית. חומרת הסטיגמה הקשורה למחלה מסוימת אינה שונה בין חברות; ישנם חברות הרואות בדיכאון מחלה נושאת סטיגמה במידה רבה, ואחרות מייחסות לו פחות סטיגמה.

נגישות מנהלית מתייחסת למסלול המנהלי שהחולה צריך לעבור כדי לקבל טיפול; למשל, אישורים שונים, בדיקות נוספות ואורך תורים לקבלת טיפול. ככל שה"טרטור" של הפונה גדל, כך פוחת הסיכוי לפנייה לשירות.

בחברה המערבית רק כמחצית מחולי הדיכאון מאובחנים כהלכה. הסיבות לכך רבות ונוגעות לחולה, לרופא ולחברה. בשל הסטיגמה חולים רבים הסובלים מדיכאון אינם מתייגים את מצבם כחולי, וגם אלה שעושים זאת נמנעים מלפנות לטיפול עקב הסטיגמה. גם בשלב השני, שבו האדם פונה לרופא המשפחה, לעתים לא מאובחנת המחלה. גורמים, כמו סטיגמה, אי מודעות לקיום המחלה ואי רצון להעמיק בתסמינים, תורמים את חלקם לבעיית האבחון במחלה זו.

אין לנו ידע מדויק על רמת האבחון של דיכאון בחברה הישראלית. העובדה שבמדינת ישראל רק 2 אחוזים מהאוכלוסייה נמצאים בטיפול נפשי במסגרת ציבורית, וזאת לעומת כ-5 אחוזים בחברה המערבית, מעלה את האפשרות שבישראל יש תת-טיפול בדיכאון, כנראה אף יותר מאשר בחברות מערביות אחרות. אין לנו מידע מדויק על הטיפולים במסגרות הפרטיות.

הדיכאון הוא אחת הסיבות השכיחות לאובדנות, ולכן יש להתייחס אליו כאל מחלה רצינית עם סבל ניכר ואף תמותה. בבדיקת אוכלוסיית

הסובלים מדיכאון נמצא לעתים קשר למחלות גופניות כרוניות אחרות, במיוחד מיגרנה וסוכרת. היות שסוכרת ומיגרנה הן מחלות נפוצות, וכך גם דיכאון, צפוי שהקשר ביניהם יהיה שכיח. עם זאת הקשר בין מחלות אלו לדיכאון הוא יותר מקשר מקרי. מחלות גופניות נוספות הקשורות לדיכאון הן מחלות ממאירות, במיוחד סרטן הבלב, אך גם שאתות סרטניות המפרישות הורמונים וסוגי סרטן מסוימים של הריאה, השחלות והדם. דיכאון שכיח גם במחלות הורמונליות שונות, כגון מחלת קושינג (Cushing) הנגרמת מהפרשת יתר של קורטיזון, תת-פעילות בלוטת המגן, תת-פעילות של בלוטת יתרת הכליה וכן מהפרעות במשק הסיידן והאלקטרוליטים.

הדיכאון שכיח גם בכל הפרעה נפשית אחרת. כפי שצוין לעיל, כ-80 אחוז מהאנשים עם תסמונת חרדה יפתחו לפחות מצב דיכאוני אחד בימי חייהם. כמו כן חולים הסובלים מסכיזופרניה, מתסמונת שלאחר טראומה ומהתמכרויות לחומרים, נוטים יותר לפתח דיכאון. המשמעות היא שכאשר אנו מאבחנים דיכאון, מן הראוי לוודא שאין הפרעה נוספת אצל החולה.

#### לסיכום



הדיכאון הוא מחלה שכיחה בכל הגילים. הוא פוגע יותר בנשים ובגיל המבוגר, וקשור לעתים במחלות גופניות ונפשיות כרוניות. מאפיין נוסף של הדיכאון הוא העובדה שלעתים קרובות הסובלים ממנו אינם מאובחנים.