



דיכאון, או גיל המעבר?

ד"ר ציפי דולב
פסיכיאטרית לבריאות האישה

נשים חוות שינויים הורמונאליים לאורך
כל חייהן.

המעבר מילדות לבגרות מתחיל עם קבלת
הווסת הראשונה, השינוי ההורמונאלי
כל חודש במהלך המחזור החודשי
ובעיקר לפני הופעת הדימום החודשי
(PMS), השינוי ההורמונאלי במהלך
ההיריון ובעיקר לאחר הלידה בעקבות
הנפילה הגדולה ברמה ההורמונאלית,
ולבסוף בסביבות גיל 50 בממוצע, פרידה
מהמחזורים החודשיים, מהפוריות, ופרידה
כמעט מוחלטת מהשפעת הורמוני המין.

- פרק 1** מהו גיל המעבר? 4
- פרק 2** דיכאון בגיל המעבר - בראי ההיסטוריה 5
- פרק 3** דיכאון בגיל המעבר - תופעה טבעית או מחלה? 6
- פרק 4** מה באמת קורה מבחינה ביולוגית? 7
- פרק 5** מה הן התופעות השכיחות בגיל המעבר? 8
- פרק 6** האם זה דיכאון או תופעות גיל המעבר? 9
- פרק 7** כיצד מטפלים בדיכאון בגיל המעבר? 14
- פרק 8** כיצד מאבחנים: האם זה דיכאון או גיל המעבר? 18
- פרק 9** כמה מילים לסיים 21

פרק 1: מהו גיל המעבר?

האקדמיה ללשון העברית קבעה את המונח: "חדלון האורח", מונח שכמעט ולא משתמשים בו. המילה השכיחה שמקורה מיוונית היא המנופאוז (MENOPAUSE). המשמעות היא: מנו-חודש פאוז=הפסקה, כלומר: הפסקת המחזור החודשי.

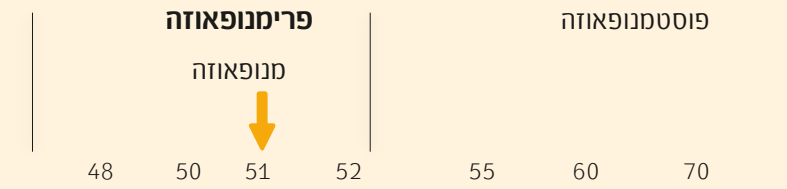
שמות רבים ניתנו לתקופה זו, שמות שאינם מבטאים את התהליך הפיזיולוגי המתרחש. אחד השמות השגורים בשפת העם הוא "גיל הבלות" שלצערנו, משקף את היחס השלילי לתהליך זה, ולא בכדי נשים חוששות, ששלב שינוי הורמונאלי זה מסמל רק בלות. עד שהשפה העברית תמצא את השם הראוי, נכנה את התקופה הזו בשמה "גיל המעבר".

כדאי להבחין בין המושגים הבאים:

פרימנופאוז (PERIMENOPAUSE): פרוש המילה PERI היא "מסביב ל..." למנופאוז. מדובר על תקופה של כ-4 שנים במוצע בין הגילאים 48-52, המסתיימת שנה לאחר הווסת האחרונה. הביטוי השכיח לתקופה זו הוא אי סדירות במחזור החודשי, כביטוי לאי סדירות בפעילות השחלות.

מנופאוז (MENOPAUSE): הוא הזמן בו מתרחש המחזור החודשי האחרון, כשלמעשה רק שנה לאחר מכן האישה יודעת על כך. (עם סיומה של תקופת הפרימנופאוז).

פוסטמנופאוז (POST MENOPAUSE): התקופה המתחילה שנה לאחר הווסת האחרונה, האישה נמצאת כבר בשלב בו הופסקה כליל פעילות השחלות.



דיכאון בגיל המעבר - בראי ההיסטוריה

בטבע, אין נקבה החיה ללא פעילות שחלתית, כלומר מבחינה ביולוגית, אין מקום לחייה של הנקבה בטבע ללא יכולת הרבייה. בעבר, נשים מתו לפני שהגיעו לגיל המעבר (כמו פרפר המשי שמפסיק להתקיים לאחר סיום הטלת הביצים), ואילו כיום נשים חיות כמחצית מהחיים הבוגרים ללא תפקוד שחלות. האנתרופולוגית מרגרט לוק העלתה את השאלה, מדוע בכלל קיים גיל המעבר מנקודת מבט התפתחותית? מדוע מוגבלת פוריות הנשים לעומת זו של הגברים? איזה יתרון יש לקיום אם הנשים חיות מעבר לתקופת הפוריות שלהן?

בלימוד מאוספים של חברות שעסקו בציד, הגיעו האנתרופולוגים ל"היפותזת הסבתא": לנשים המבוגרות היה תפקיד חשוב בשבט. הנשים המבוגרות בחנו את החלטות השבט, חינכו את הנשים הצעירות, שימשו כמטפלות בילדים, ועוד. כלומר, שינוי מקומה של האישה בשבט עם אובדן פוריותה פינה מקום לתפקידים אחרים.

מחקרים תרבותיים מראים את ההבדלים הקיימים בתרבויות השונות לגיל המעבר: ב-1944 נערך מחקר בכפר בתאילנד על גישתן של הנשים לגיל המעבר. התרגום בשפתן לשלב זה היה "לא עוד תינוקות", והן נטו לקבל שלב זה בברכה, כשלב של חופש ועצמאות. הן דיווחו בעיקר על סימפטומים של כאבי ראש וסחרחורת, לא חיפשו עזרה רפואית, התייחסו אל הסימפטומים כזמניים, ונטו להניח לטבע לעשות את שלו.

בתקופתנו, בעיקר בחברה המערבית, קיימת סגידה לנעורים, ועידוד "להישאר צעירה לנצח". כתוצאה מכך ההסתכלות על גיל המעבר היא בעיקר מההיבטים השליליים הקשורים באובדן, ופחות מההיבטים החיוביים של המקום האחר של האישה עם סיום תקופת הפוריות. יחד עם זאת יש מספיק דוגמאות בהיסטוריה של העולם המודרני על נשים שהפכו ל"מנהיגות השבט" לאחר גיל המעבר, נשים כמו: אלינור רוזוולט, אינדירה גנדי, גולדה מאיר, מארגרט תאצ'ר, הילרי קלינטון ועוד.



דיכאון בגיל המעבר - תופעה טבעית או מחלה?

הפסקת פעילות השחלות ועמה ירידה בהפרשת ההורמונים: אסטרוגן ופרוגסטרון, הינו תהליך טבעי שאינו בבחירה, תהליך היוצר מצב ביולוגי חדש.

התייחסות הרפואה לגיל המעבר כאל מחלה, הביאה להשלכות המעשיות של הטיפול בכל אישה בגיל המעבר ב"הורמונים חילופיים" המחליפים את ההורמונים שאינם בגוף. בעשור האחרון חלה מהפכה בנושא זה, בעקבות מחקרים שהראו קשר בין הטיפול ההורמונאלי לעליה בשכיחות סרטן השד והרחם, והסיכון לשבץ.

בעשור האחרון, למרות הניסיונות הרבים לשכנע נשים לחזור לטיפול ההורמונלי, יותר ויותר נשים מסרבות ומנסות לאמץ את הגישה שמדובר בתהליך נורמטיבי הדורש הסתגלות. אין גישה אחת, אחידה לסוגיה זו. אחת הגישות היותר מקובלות כיום היא לטפל רק בנשים שתופעות גיל המעבר מציקות להן, מפריעות להן, או פוגעות בבריאותן. לעומת זאת, נשים שלא חוות תופעות פתולוגיות אינן חייבות לקבל טיפול.

ד"ר פרנר, אנדוקרינולוגית וחוקרת, כותבת: "התרבות שלנו מוצאת, כי קל להאשים את מערכות הרבייה של נשים באחריות למחלה. הקישור בין השינוי של יכולת הרבייה עקב הפסקת הווסת, לבין הזדקנות, הפיכתה של הווסת לנקודה בזמן ולא לתהליך, כינויה בשם מחלה של חוסר באסטרוגן, כל אלה משקפים ראייה לא מדעית ומזיקה של מדע הרפואה."

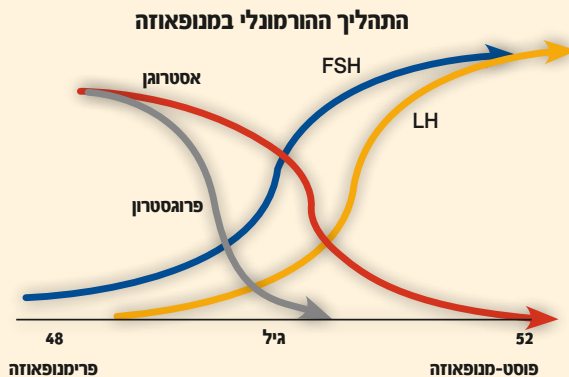


מה באמת קורה מבחינה ביולוגית?

בגיל הפוריות קיימים שני הורמונים עיקריים אותם מפרישות השחלות: אסטרוגן ופרוגסטרוגן. לכל אחד מהם תפקיד מרכזי בויות המחזור החודשי ובשיתוף עם שני הורמונים נוספים, (FSH, LH) אחראים על מחזור הביוץ, שפעם בחודש מאפשר את מסעה של ביצית מהשחלה אל הרחם. לקראת גיל 50 במוצע, השחלות מפסיקות בהדרגה לבייץ, בעקבות כך לא יפרישו את ההורמון המופיע עם הביוץ (הפרוגסטרוגן), ובהמשך יפסיקו השחלות להפריש את האסטרוגן, עד להיעלמותו המוחלטת ואז מופיעה המנופאזה. ההפרעות בביוץ והפסקת הפרשת הפרוגסטרוגן יגרמו להפרעות במחזור הווסת: דימומים חזקים, ווסתות לא סדירות, הפסקות של כמה חודשים בין ווסת לווסת.

הירידה ברמת ההורמונים בדם נקלטת גם ברמת יותרת המוח. בעקבות זאת עולות רמות ה-FSH (ההורמון המגרה את הזקיף) המופרש מבלוטת יותרת המוח, בניסיון "לשפר" את הביוץ. היות והשחלה "לא משתפרת" ואף רמות האסטרוגן יורדות, רמות ה-FSH ימשיכו לעלות ובהמשך גם רמות ה-LH (ההורמון המופרש מבלוטת יותרת המוח, הגורם ליציאת הביצית מהשחלה). הממצא ההורמונאלי הטיפוסי לאישה בגיל מעבר הוא: רמות גבוהות של FSH, LH (בדיקה בין היום ה-3-5 למחזור) ורמות נמוכות של אסטרוגן.

חשוב לדעת! "הורמון", בהגדרתו הביולוגית, הוא חומר שמופרש על ידי בלוטה ייעודית ונישא בזרם הדם אל אברי המטרה שלו. המשמעות היא שההורמון אינו נוכח רק באזור בו הוא מופרש אלא בזרם הדם ולמעשה בכל הגוף. עובדה זו היא זו שמאפשרת לנו לסדוד רמות של הורמונים בדם. כמו כן, חשוב לציין שקולטנים לאסטרוגן קיימים כמעט בכל הגוף, בריכוזים שונים. בעיקר בלב ובכלי דם, וברקמת החיבור (עצמות, סחוס, עור, שיניים וציפורניים ודפנות כלי הדם).



עם הפסקת פעילות השחלות מתחילה להיווצר מערכת של פיצוי המאפשרת את ייצור האסטרוגן מבלוטת יותרת הכליה (ממערכת האנדורגינית) המספקת לאברים שונים את האסטרוגן החסר. כמובן שמדובר במערכת של פיצוי בלבד, שאיננה מושלמת ואינה מחליפה את המערכת המקורית.

ההבדלים הקיימים בתופעות השונות בגיל המעבר, תלויים כנראה גם בדרגת פיצוי הנוצרת, השונה מאישה לאישה. יש הטוענים, שהמהות של רפואת גיל המעבר היא לטפל ב"כישלון היחסי של הפיצוי", כשהפתרון ההגיוני ביותר המוצע הוא טיפול הורמונאלי ל"השלמת החסר". היות ואנו חברה השואפת לשלמות, גם ברפואה, קשה לנו לקבל דרגות שונות של חסר, או, חוסר שלמות במובן של הפיצוי ההורמונאלי.

כלומר, אם אישה הגיעה לגיל מעבר בגיל הממוצע, והיא נטולת סימפטומים, או רק עם סימפטומים קלים, האם יש הצדקה לטפל בה בטיפול הורמונאלי ל"השלמת החסר"?

מה הן התופעות השכיחות בגיל המעבר?

- אי סדירות המחזורים החודשיים
 - תופעות פיסיולוגיות: גלי חום, הזעות, יובש בנרתיק, עליה בשכיחות דלקות שלפוחית השתן.
 - תופעות נפשיות: דכדוך עד דיכאון, עצבנות, התקפי כעס, נטייה לבכי בקלות, הפרעות בריכוז, התקפי חרדה, הפרעות שינה, ירידה בחשק המיני, הפרעות בריכוז ובזיכרון.
- הסימפטומים הפיסיים והנפשיים משתנים בעוצמתם מאישה לאישה, ומזכירים במידה רבה סימפטומים שנשים חוות מספר ימים לפני קבלת הווסת (PMS), והכוונה בעיקר לסימפטומים הנפשיים.
- נשים אשר הגיבו בעבר לשינויים הורמונאליים (הריון, לידה, ווסת, גלולות) בשינויים נפשיים, סביר להניח שגיבו גם לטלטלה ההורמונאלית בגיל המעבר בשינויים נפשיים.

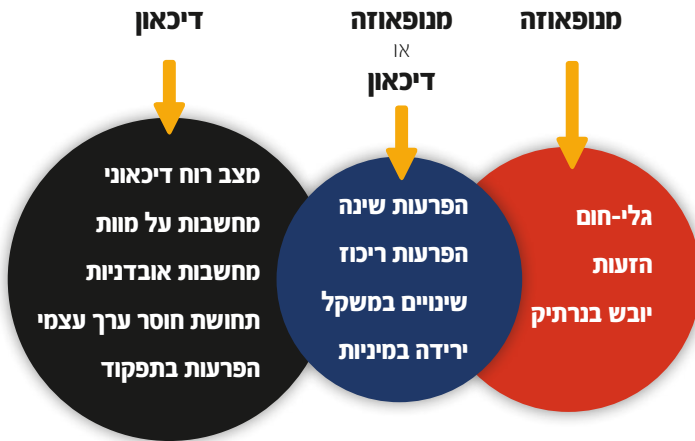
מה הם גורמי הסיכון הנוספים להפרעות נפשיות בתקופת הפרימנופאוזת?

אפיזודות קודמות של דיכאון וחרדה (למשל, דיכאון אחרי לידה, תסמונת חרדה קדם ויסתית וכו'), מצב בריאותי ירוד, תקופת פרימנופאוזת ארוכה, גלי חום והזעות.

מחקר במרפאה כללית בלונדון מצא ש-57% מהנשים הסכימו שגיל המעבר יכול לגרום לשינויים נפשיים כגון דיכאון, ומספר דומה כ-58%, הסכימו שגיל המעבר יכול דווקא להיות שלב של שגשוג ופריחה. המחקר מצא, שהיה קשר בין הציפיה לתוצאה: נשים שציפו להחמרה של תופעות נפשיות חוו יותר תופעות נפשיות מנשים שלא ציפו.

האם זה דיכאון או תופעות גיל המעבר?

נשים המגיעות לרופא משפחה, רופא נשים או פסיכיאטר ומתלוננות על דיכאון, לא יאובחנו מיד כנשים הנמצאות בתהליך הפרימנופאזה. מקובל לאבחן אישה הסובלת מגלי חום והזעות כאישה הנמצאת בגיל המעבר, בעוד שהפרעות שינה, עצבנות, דכדוך ודיכאון לא יזוהו מיד כאפשרות של סימפטומים הקשורים לשינויים ההורמונאליים. לכן נשים רבות עוברות לעיתים, דרך ארוכה עד לקבלת האבחון הנכון.



האיור שלפנינו מנסה לעשות סדר באבחנה המבדלת שבין דיכאון לגיל המעבר, היות ולפעמים הסימפטומים זהים ומבלבלים.

העיגול **האדום** מציין את הסימפטומים שהם אופייניים אך ורק לגיל המעבר ולחלוטין לא קשורים לדיכאון: **גלי-חום, הזעות, יובש בנרתיק**.
 העיגול **השחור**, מנגד, מציין את הסימפטומים שאופייניים אך ורק לדיכאון ואינם קשורים לחלוטין לתסמיני גיל המעבר: **מצב רוח דיכאוני הקיים לפחות שבועיים ויותר, מחשבות סביב מוות עם או בלי מחשבות אובדניות, תחושת חוסר ערך עצמי, והפרעות בתפקוד בכל שטחי החיים (עבודה, בית וחברה)**.

העיגול **הכחול** מציין את הסימפטומים המשותפים גם לדיכאון וגם לתסמיני גיל המעבר:

הפרעות שינה, הפרעות בריכוז, שינויים במשקל (עליה או ירידה) וירידה בחשק המיני.

העיגול **השחור** + העיגול **הכחול** = **דיכאון**.

העיגול **האדום** + העיגול **הכחול** = **גיל המעבר**.

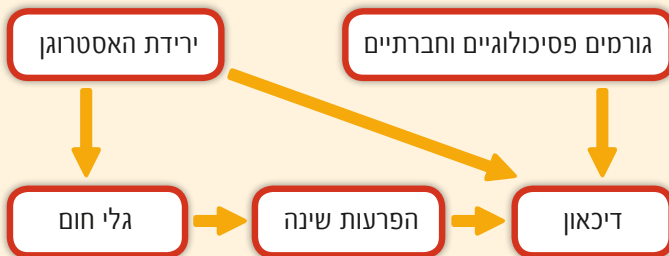
איך מזהים דיכאון?

מדובר תמיד על דיכאון העונה לקריטריונים של דיכאון מג'ורי (MAJOR DEPRESSION): מצב רוח קודר וקשה לפחות שבועיים, הפרעות בתפקוד בכל שטחי החיים, הפרעות בתאבון, בשינה, בריכוז, ביכולת ההנאה, מחשבות על חוסר ערך עצמי ולעיתים גם מחשבות אובדניות. כמובן שבנוסף לכך יכולים להיות גם סימפטומים פיזיולוגיים של גיל המעבר: גלי חום, הזעות ויובש בנרתיק. דיכאון בגיל המעבר מופיע בשכיחות של כ-30% בעוד שהפרעות שינה מופיעות בשכיחות של 40% וגלי חום בשכיחות של 70%.

מה ההסבר לתופעת הדיכאון בגיל המעבר?

1. קיימת קבוצה של נשים הרגישות לשינויים הורמונאליים לאורח החיים, ונשים אלו מגיבות בשינויים נפשיים, כגון דיכאון. נשים אלו סבלו בעברן מתסמונת קדם וסתית קשה, מדיכאון לאחר לידה ומתגובות דיכאוניות לנטילת גלולות למניעת הריון.
2. נשים שבעברן סבלו מדיכאונות לאורך החיים, ללא קשר לשינויים הורמונאליים.
3. ירידת האסטרוגן אשר משפיעה גם על ירידת הסרוטונין (הורמון המשפיע חיובית על מצב הרוח) גורמת באופן ישיר לתגובה דיכאונית.
4. בנשים הסובלות מגלי-חום קיים אחוז גבוה יותר של דיכאונות. מדובר על תאוריית הדומיננטיות גלי החום גורמים להפרעות שינה, הפרעות השינה גורמות לדיכאון.
5. גורמים פסיכולוגיים חברתיים: משמעות של סיום תקופת הפוריות, אובדן הנעורים, חשבון נפש על מה הושג ומה לא ניתן יותר להשיג, עזיבת הילדים את הבית ותחושת ריקנות, התמודדות עם זקנה ומחלות של הורים, בעיות פיסיות למיניהן.

דיכאון בגיל המעבר



האם הדיכאון בגיל המעבר יכול לחלוף?

יש לזכור שמדובר לרוב בתופעה של דיכאון הקשורה לתהליך פיזיולוגי נורמטיבי, אשר מופיע בעיקר בשלב הפרימנופאזה, כלומר בשלב בו רואים את אי היציבות ההורמונאלית, אשר מסתיימת כשנה לאחר הווסת האחרונה.

לרוב, עם סיום השלב של הפרימנופאזה וכניסת האישה לשלב הפוסטמנופאזה, יש התמתנות של הסימפטומים עד להיעלמותם (ברוב המקרים). כלומר, נדרש זמן לגוף להסתגל לשינויים.

דיכאון (כמו יתר הסימפטומים) יכול להופיע בדרגת חומרה משתנה, והטיפול בדיכאון יהיה תלוי בדרגות החומרה שלו.

כרופאה אני נשאלת תמיד "אבל לכמה זמן יידרש הטיפול?" תשובתי היא שהטיפול יינתן לפחות לאורך כל זמן תקופת הפרימנופאזה ומעט לתוך תקופת המנופאזה, עד שהגוף יסתגל לשינויים.



האם הפרעת השינה קשורה לדיכאון ?

הפרעת השינה, בעיקר יקיצות תכופות ו/או יקיצה מוקדמת ואי יכולת לחזור לישון (לרוב בסביבות 3 בבוקר), מאוד אופיינית בתקופת הפרימנופאזה. הפרעת השינה הזו מוגדרת כ-INSOMNIA מופיעה בשכיחות של כ-40% ולרוב מדובר בתופעה הראשונה שמופיעה כחלק מהשינוי ההורמונאלי, כשמחזור הווסת עדיין סדיר ואין סימפטומים אחרים.

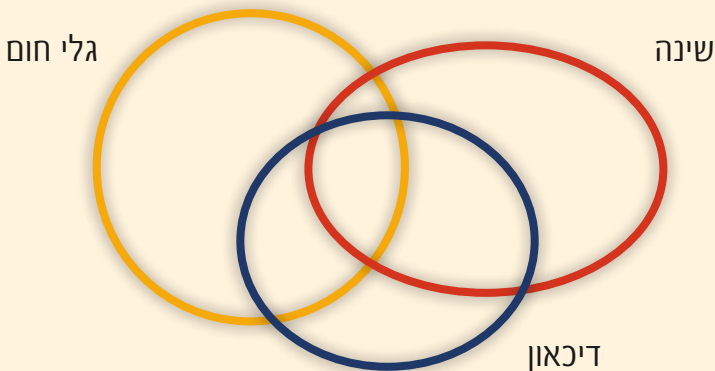
היות והתופעה של הפרעת השינה מיוחסת פחות לשינוי ההורמונאלי, לרוב לא מייחסים את התופעה לשינויים הקשורים לגיל, ויותר מייחסים אותה לסטרס תקופתי.

בנשים בתקופת הפרימנופאזה הפרעת השינה יכולה להיות כתוצאה משלושה מצבים:

1. כחלק מתופעות של דיכאון או חרדה, האופייניים, כפי שראינו בתקופה זו. אז כמובן יתלוו להפרעות שינה סימפטומים נוספים שאופייניים לדיכאון או חרדה.

2. כתוצאה מקיומם של גלי חום שגורמים ליקיצות תכופות בלילה, וכתוצאה מכך להפרעת שינה.

3. הפרעת שינה שקיימת לבדה, ללא קיום סימפטומים של דיכאון או חרדה, וללא קיום של גלי חום. שלושת המעגלים מראים למעשה את השילוב הקיים בין שלוש התופעות השכיחות בתקופה זו והשפעת התופעות זו על זו.



ניצוד מטפלים בדיכאון בגיל המעבר?

עד לפני כעשור, כלומר עד שנת 2002 בה חלה המהפכה הטיפולית בתסמיני גיל המעבר, נשים טופלו בתסמינים הפיסיים והנפשיים בטיפול הורמונאלי חילופי (HRT), וכמעט ולא עמדו בפני הדילמה הטיפולית.

משנת 2002 חלה מהפכה טיפולית בגישה הטיפולית, הן לתסמינים הפיסיים (גלי חום, הזעות) והן לתסמינים הנפשיים (דיכאון, חרדה, הפרעות שינה).

- נשים החוות **תסמינים קלים** של דכדוך, הפרעות שינה וגלי חום יכולות להיעזר בטיפול לא קבוע של תרופת הרגעה מדי פעם, שינוי הרגלי אכילה (יותר פחמימות מורכבות, פחות מאכלים חמים), הרפיה, ספורט ובעיקר הרבה סבלנות, ולרוב, הסימפטומים ייעלמו עם הזמן.

- נשים החוות **סימפטומים נפשיים** של דיכאון וחרדה המפריעים לתפקוד היומיומי, כדאי שיעזרו לתקופת הפרימנופאזה/מנופאזה בתרופות נוגדות דיכאון וחרדה. תרופות נוגדות דיכאון וחרדה ניתנות בתקופה זו של החיים, לרוב במינונים נמוכים יותר מאשר בדיכאון שאינו קשור לשינויים ההורמונאליים. מדובר בתרופות כגון: ציפרלקס, ויאפקס ועוד.

האם הורמונים חילופיים יכולים לטפל בדיכאון? הספרות העדכנית מראה שניתן לטפל בדיכאון בגיל המעבר ב-HRT, אך הטיפול בקו הראשון הוא בנוגדי דיכאון, הן ביעילות והן בפחות גורמי סיכון.

חששות קיימים גם לגבי תופעות הלוואי של התרופות הפסיכיאטריות, כגון: עליה במשקל, ירידה בחשק ובתפקוד המיני, אשר ממילא קיימים בגיל המעבר.

על כן, חייבת להיות התאמה טובה ואישית למטופלת, על מנת לעזור בתסמיני הדיכאון ולא להחמיר את מצבה ע"י קיום תופעות לוואי. עדיין קיימות סטיגמות לגבי שימוש בתרופות פסיכיאטריות, ונשים, בקלות רבה יותר, נעזרות ב"תרופות טבעיות" (רמוטיב, רסקיו ועוד), או ב"הורמונים חילופיים" (HRT), שאינם נחשבים בעיני נשים כתרופה.

בנוסף לטיפול תרופתי, ניתן לחשוב גם על עזרה באמצעות טיפול פסיכולוגי, שינויים בחיים הקשורים לגיל ועוד.

- נשים החוות סימפטומים פיסיים: גלי חום והזעות בעצמה רבה, המשפיעה על השינה, יכולות כתוצאה מכך לחוות גם דיכאון, כפי שראינו מ-3 המעגלים, והשפעת 3 הסימפטומים אחד על השני. ידוע שטיפול בהורמונים חילופיים (HRT) מקל מאוד על גלי החום, עד להיעלמותם כמעט לחלוטין. טיפול זה יעיל מאוד לנשים אשר רופא הנשים חושב שאינן בקבוצת סיכון, ויכולות להיעזר בטיפול הורמונאלי.

נשים הנמצאות בקבוצת סיכון ואינן יכולות להיעזר בטיפול הורמונאלי חילופי, ונשים אשר חוששות מטיפול הורמונאלי ומסרבות להיעזר בו, נעזרות בתרופות נוגדות דיכאון. כבר בשנת 2000 פורסם המחקר הראשון אשר הראה את העזרה שקיבלה קבוצה של נשים אשר חלו בסרטן שד בנוגדי דיכאון. המטרה העיקרית הייתה לטפל בדיכאון, אך למרבה הפלא החוקרים ראו שיחד עם העזרה לדיכאון, חלה הטבה רבה גם בגלי החום.

כיצד תרופות נוגדות דיכאון מטפלות בגלי החום?

מרכז וויסות הטמפרטורה שבהיפותלמוס במוח, מושפע מההורמונים הנשיים (אסטרוגן ופרוגסטרון) ועל כן, עם הירידה בכמות ההורמונים חל שינוי שאחראי בחלקו על גלי החום. אותו מרכז מושפע גם מהסרטונין ונוראדרנלין שמשפיעים על מצב הרוח. התרופות מקבוצת ה-SSRI ו-SNRI (ציפרלקס, ויאפקס) יעזרו מחדש בוויסות שהתערער. העזרה בתרופות נוגדות דיכאון לגלי החום, אינה מלאה כפי שניתנת ע"י ההורמונים החילופיים.

קיימת ירידה בכ-60%-50 בעצמה ובשכיחות גלי החום. אין ספק, שלנשים אשר אינן יכולות לקבל עזרה ע"י טיפול הורמונאלי, הפתרון המוצע ע"י טיפול בנוגדי דיכאון הוא מצוין. טיפול בנוגדי דיכאון בגלי חום, יטפל בגלי החום, אך גם בדיכאון אם קיים, וכפי שנראה בהמשך גם בשינה.

- נשים הסובלות אך ורק מהפרעות שינה (ללא גלי חום וללא דיכאון) הן נשים, אשר האתגר הטיפולי בהן הוא גדול ומדוע? רוב הנשים מגיעות לעזרה, כבר לאחר שימוש ממושך בנוגדי חרדה, או תרופות שינה, אשר קיימת לגביהן כבר תופעת התמכרות וקשיי גמילה. בנוסף, שימוש ממושך בתרופות אלו גורם עם הזמן, להפרעות בריכוז, אי שקט ועצבנות ולעיתים גם לדיכאון.

הטיפול כיום בהפרעות שינה מדגיש בעיקר את השיפור האיכותי ולא הכמותי. הטיפול הנכון הוא הטיפול השומר על ארכיטקטורת השינה, ולאוו דווקא הטיפול הגורם להרבה שעות שינה. לאחרונה התפרסמה עבודה על השימוש בציפרלקס, תרופה נוגדת דיכאון מקבוצת ה-SSRI אשר ניתנת במינון נמוך ועוזרת מאוד להפרעות שינה בגיל המעבר. תוספת מלטונין בשחרור מושהה, סירקדין, חשובה להעלאת רמת המלטונין הטבעי המופרש היורד עם הגיל. הטיפול ניתן לטווח ארוך, ולרוב רק לאחר כחודש מתחילים להרגיש את השפעתו.

• על הטיפול בנשים אשר עברו **סרטן שד**, או נמצאות בקבוצת סיכון לסרטן שד, יש צורך להקדיש פרק מיוחד:

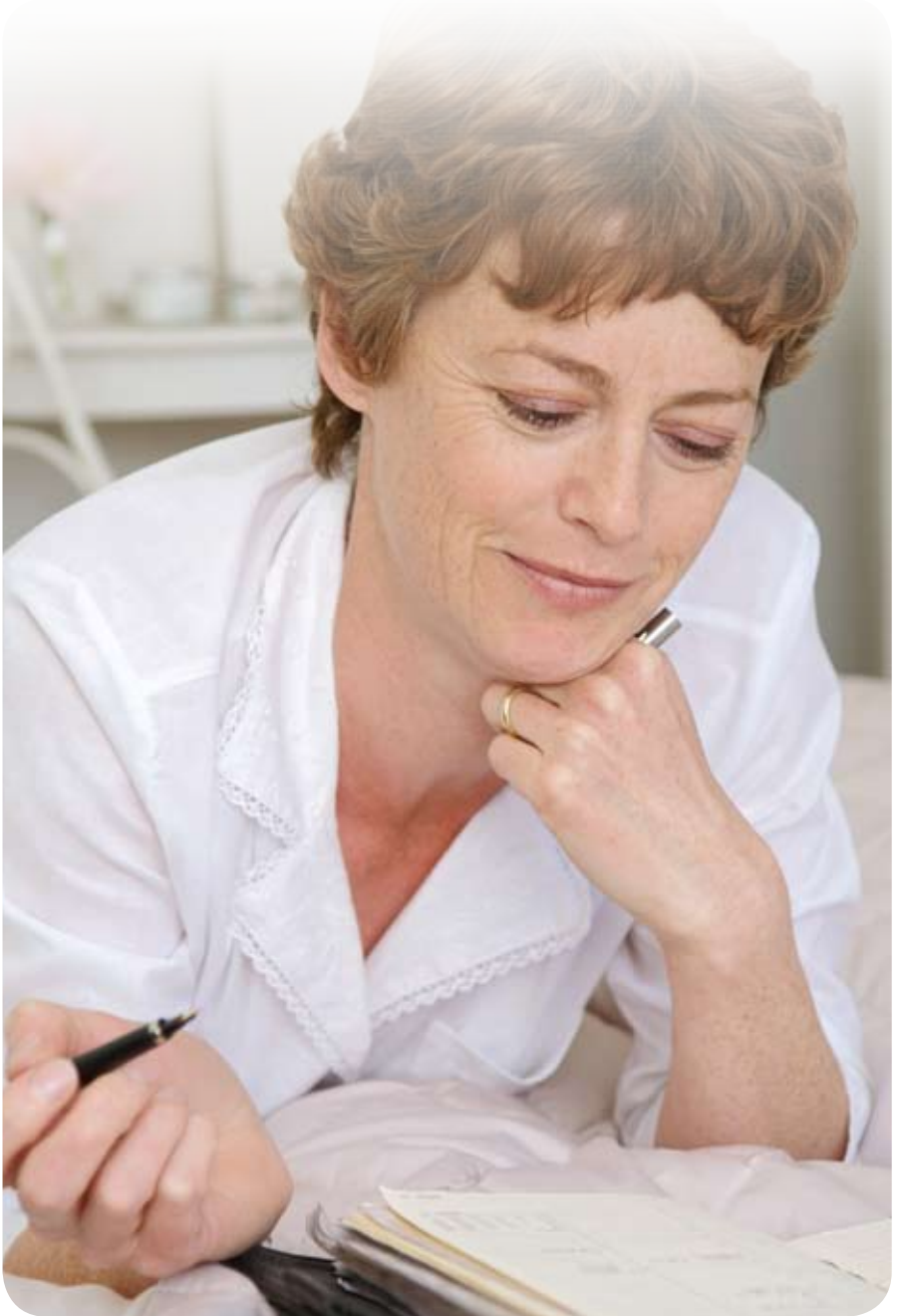
נשים אשר אובחנו עם סרטן שד ונושאות את הגן לסרטן שד ושחלה, עוברות לרוב ניתוח להוצאת השחלה ועל כן יחוו "מנופאזה כירורגית". כלומר, מנופאזה שאינה באה כתהליך טבעי, לרוב מדובר בנשים בגיל צעיר יותר. הסימפטומים, הן הפיסיים והן הנפשיים, יהיו קשים יותר. לקבוצת נשים זו לא מומלץ טיפול בהורמונים חילופיים, אלא, בתרופות נוגדות דיכאון להקלה הן בסימפטומים הנפשיים והן הפיסיים.

חלק מטיפול הורמונאלי הניתן לנשים אשר חלו בסרטן שד, הוא ע"י תרופה בשם טמוקסיפן, הניתנת למספר שנים.

אחת הבעיות בתרופה זו היא השילוב שלה עם נוגדי דיכאון:

חלק מתרופות נוגדות דיכאון כמו: סרוקסט, פקסט, פרוזק, וולבוטרין, מבטל את פעילות האנזים שהופכת את הטמוקסיפן לאנדוקסיפן שהוא זה שמגן על השד מפני האסטרוגן.

לעומת זאת, ישנן תרופות שמעכבות את פעולת האנזים במידה קלה בלבד, ויעילות לטיפול בדיכאון כמו: ציפרלקס, סימבלטה, לוסטרל וציפרמיל ויש תרופות שאינן פוגעות כלל באנזים זה כמו אפקסור. אישה אשר מטופלת בטמוקסיפן יחד עם תרופה נוגדת דיכאון, צריכה לקחת תרופה מהקבוצה אשר לא משפיעה על פעילות הטמוקסיפן, על מנת להוריד סיכון של חזרת סרטן השד.



האם זה דיכאון או גיל המעבר?

כמובן שאבחון מקצועי וטיפול יעשה ע"י רופא נשים ופסיכיאטר, אך גם כל אישה לבדה יכולה לאבחן באופן כללי במה מדובר.

- חשוב לעקוב אחר סדירות או אי סדירות **מחזורי הווסת**
- בדיקת דם של **פרופיל הורמונלי** בין היום השלישי ליום החמישי לווסת של: FSH LH ואסטרוגן. חשוב לדעת שפרופיל הורמונלי תקין אינו שולל בוודאות את תחילתה של תקופת הפרימנופאוזת, היות ותקופה זו אופיינית באי יציבות הורמונאלית, ויש לחזור על הבדיקה בהמשך.
- גלי חום הנמשכים כ-2-3 דקות ומאופיינים ע"י תחושת חום המציפה את פלג הגוף העליון, באופן פתאומי (קדמת החזה, צוואר, ראש) והם לרוב מלווים בסומק הדומה לפריחה. גל החום מלווה לרוב בהזעה, ולאחר היעלמותו מופיעה תחושת קור.
- גל החום הראשון הוא לרוב מבהיל מאוד, בעיקר אם הוא מופיע בלילה וגורם להתעוררות משינה, ומלווה בתחושה שאין אויר לנשימה. שכיחות הגלים שונה מאישה לאישה, ולרוב עם הזמן התדירות והעצמה יורדים. במידה ואין שיפור יש לפנות לטיפול.
- **הפרעות השינה** האופייניות לגיל המעבר, הן מסוג האינסומניה: לרוב אין כלל קושי להירדם, אך השינה מסתיימת לאחר מספר שעות מועט, ולרוב נשים מדווחות על יקיצה בין השעות 2-3 בבוקר, עם קושי רב לחזור ולהירדם.
- כפי הנראה, קיימת קבוצת נשים אשר מחזור שינה-ערנות המושפע ע"י המלטונין משובש בעקבות השינויים ההורמונאליים. קבוצת נשים אלו נעזרות מאוד בטיפול של מלטונין להפרעות השינה.
- **דיכאון** יכול להיות בנוסף לתופעות הפיזיולוגיות והנפשיות האופייניות לגיל המעבר, אך איננו מהווה תופעה "נורמטיבית" של התהליך ודורש תמיד טיפול.

על מנת לאבחן דיכאון, יש לאבחן אותו לפי הקריטריונים של ספר האבחנות הפסיכיאטרי ה-DSMIV:

האם בתקופה האחרונה הופיעו תסמינים אלה:

- | לא | כן | 5 תשובות חיוביות יצביעו על מצב הדורש טיפול מקצועי |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • חשת עצבות או חסר מנוחה? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • איבודת עניין בפעילויות שבעבר הסבו לך הנאה? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • חלו שינויים במשקל הגוף או החלה ירידה בתיאבון? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • חלו שינויים בדפוסי השינה? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • חשת רגשות אשם? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • הבחנת בקושי להתרכז, לזכור דברים או לקבל החלטות? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • חשת עייפות או ירידה באנרגיה? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • הרגשת אי שקט וחוסר מנוחה? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • חשת חוסר תקווה או חוסר אונים? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • היו לך מחשבות אובדניות? |

* האבחון העצמי אינו מהווה תחליף לבדיקה רפואית

אבחון עצמי של תופעות גיל המעבר:

5 תשובות המצביעות על דרגת חומרה שבין 3-5, מחייבות טיפול מקצועי קיימים שאלונים רבים לאבחון תופעות גיל המעבר ועצמתם, וזו דוגמה לאחד מהם: הסימפטומים מדורגים מ-0 עד 5 לפי דרגת החומרה:

0 = לחלוטין לא

1 = כמעט שלא

2 = מעט

3 = חלק ניכר מהזמן

4 = רוב הזמן

5 = כל הזמן

ה סי מ פ ט ו מ י מ								עוצמה
דיכאון	בעיות ריכוז	דכדוך	הפרעות שינה	עצבנות	כאבי ראש	הזעות	גלי חום	
								0
								1
								2
								3
								4
								5

* האבחון העצמי אינו מהווה תחליף לבדיקה רפואית



גיל המעבר הוא נושא שכיום מתחילים לדון בו בפומבי, בניגוד לעבר, כשנושאים "נשים" היו נשמרים בסוד.

יחד עם שבירת השתיקה, נשברים גם מחסומים פסיכולוגים, חברתיים ותרבותיים. בעוד שבעבר גיל המעבר היה מעין סימן להתדרדרות פיזית ונפשית, כיום עם תוחלת חיים שהיא בין 78-84 שנים, נשים חיות עוד 30-40 שנה לאחר גיל המעבר, נמצאות בתקופות פריחה אישית, חברתית ומקצועית.

ד"ר כריסטיאן נורת'רפ (רופאת נשים ומקימת המרכז "נשים למען נשים") בספרה "תבונת גיל המעבר", מתייחסת בין היתר לחשיפת המיתוס על ההורמונים המשתוללים:

האם זו אני, או ההורמונים שלי? "התנדודת ברמות ההורמונים שרוב הנשים חוות בשלב הפרימנופאזה אינן, כשלעצמן, הגורם לסימפטומים הנפשיים. כנראה שקיימת מלכתחילה רגישות למצוקה, והתנדודות ההורמונאליות זרזו את העלאתן על פני השטח. כלומר, לא רמות ההורמונים כשלעצמן הן הבעיה, אלא השילוב המיוחד בין רמות ההורמונים של האישה לבין הכימיה של מוחה שקיימת כבר קודם לכן, יחד עם נסיבות חייה - הוא שגורם לסימפטומים. הסימפטומים הם שדרים שנשלחים ע"י מוחנו וגופנו, שהגענו לשלב התפתחותי חדש = שלב של תבונה, צמיחה וריפוי".



החוברת נכתבה בחסות



goodays.co.il
מסמדים עם דיכאון וחרדה
האתר המוביל לדיכאון וחרדה

