

תקשיבו גם לקומורבידיות שלהם

כשאנחנו יושבים מול מטופל שמתמודד עם חרדה, דיכאון או אפילו סכיזופרניה, אנחנו רגילים להתבונן בבעיה שלפנינו, ולנסות לסייע מתוך הנסיון המקצועי שלנו למטופל להתמודד עם הבעיה שהוא מציג. הוא מתמודד עם תסמיני דיכאון. הוא שומע קולות. היא מתמודדת עם התקפי חרדה. אנו צריכים לעזור להם להתמודד עם המחלה שמציקה להם, ולא לעסוק בדברים שנמצאים בפריפריה הטיפולית. כך לפחות לימדו אותנו.

קומורבידיות איננה מצב חריג

כשאדם מגיע לאבחון, אנו מנסים להגדיר את הקשיים שלו בתוך אבחנה אחת, שתסייע לו ולנו להגדיר את הבעיה ואת אפשרויות הטיפול. אולם מתברר, כי פעמים רבות לא מדובר באבחנה אחת, אלא במספר אבחנות שרלוונטיות למטופל שעומד לפנינו. כאשר אנו בוחנים הפרעות קשב ופעלתנות יתר (ADHD), מתברר כי לכ-80% מאוכלוסיית המבוגרים הסובלת מ-ADHD, תהיה קומורבידיות אחת לפחות⁽¹⁾.

המשמעות המעשית עבורנו, היא שכאשר יושב לפנינו אדם עם הפרעת קשב, אנו חייבים לחשוד בקומורבידיות נוספת, גם אם הוא בא רק להתייעץ בנושא הטיפול בהפרעת הקשב שלו. היבט נוסף, הוא שאם יושב לפנינו אדם שבא להתייעץ בנושא דיכאון, חרדה או פסיכוזה, אנחנו חייבים לבדוק אם ברקע ישנה הפרעת קשב. מטופלת או לא^(2,3).

למעשה, למטופלים הסובלים מהפרעת קשב יש פי 4-9 סיכוי לפתח במהלך החיים תמונה של תחלואה מורכבת, בין אם מדובר בהפרעות נפוצות כגון חרדה ודיכאון, אבל גם התמכרות לחומרים, הפרעה ביפולרית וסכיזופרניה. אצל נשים, הסיכוי לפתח חרדה ודיכאון אף גדול מאשר אצל גברים⁽⁴⁾.

לאורך השנים, נמצא כי הפרעת קשב שאינה מטופלת מובילה לפגיעה תפקודית נרחבת המשפיעה על תפקודים יומיומיים מגוונים: שיעורים גבוהים יותר של בעיות זוגיות וגירושין, שימוש בחומרים, שיעור תעסוקה נמוך יותר, עליה בשיעור הסתבכות עם החוק ואפילו בעיות בניהול כלכלת המשפחה⁽⁵⁻⁷⁾. אין פלא, שחוסר טיפול בהפרעת קשב קומורבידית מקשה עלינו בבואנו לטפל בהפרעה 'המרכזית' שאנו מנסים לטפל בה.

להתרכז בבעיה המרכזית?

אם נחזור למטופל שמתמודד עם קומורבידיות, אנו שואלים את עצמנו תמיד במה כדאי לטפל קודם? בהפרעת הקשב או בתחלואה השניה?

מצד אחד נטילת תרופות סטימולנטיות יכול להוביל להחמרה בתסמיני חרדה ודיכאון, שלא לדבר על התגברות של תסמיני פסיכוזה אצל חולה המתמודד עם סכיזופרניה. מצד שני, מתברר כי העדר טיפול בהפרעת קשב, מעלה פי 2.3 את הסיכון להתפתחות דיכאון עמיד לטיפול, ופי 3.15 את הסיכון לחרדה עמידה לטיפול⁽⁸⁾. יתרה מכך, נמצא כי דווקא טיפול תרופתי בהפרעת קשב מוריד ב-40% את הסיכון לדיכאון עמיד, שלוש שנים לאחר מכן⁽⁹⁾.

גם ברובד המעשי - מטופל עם הפרעת קשב שאינה מטופלת, יתקשה יותר להתמיד במסגרת הטיפול שבניתם עבורו בגלל הליקויים בתפקודים הניהוליים שמאפיינים את ההפרעה, וכך ידרש מאמץ גדול יותר מכם כדי לאזן את מצבו.

גם באוכלוסיית חולי הסכיזופרניה יש משמעות לטיפול בקומורבידיות כדי להגיע לאיזון ותפקוד. בניגוד לתפיסה המקובלת, מחקרים אחרונים מראים שטיפול בהפרעת קשב לא מעלה את שיעור הפסיכوزה, בעוד שטיפול בסטימולנטים יכול לסייע אצל מטופלים הסובלים מסכיזופרניה שאינם פסיכותרפיים לשפר את התפקוד ואיכות החיים שלהם^(10,11).

עכשיו נתרכז בפרקטיקה

המשמעות היא שעלינו להיות מודעים לצורך בטיפול במקביל בתחלואה הקומורבידית, הן בהפרעת הקשב, והן בתחלואה הפסיכיאטרית השניה. טיפול שמתייחס לשתי הבעיות יעלה את שיעור ההצלחה בטיפול בכל אחת מהן בנפרד. לצורך כך, יש להתחיל באבחון מדוקדק, לטפל בהפרעה שכעת מרכזית בתחלואה של המטופל שלפנינו, אך להקפיד לשלב בהקדם טיפול משלים בתחלואה השניה שאיתה הוא מתמודד.

הטיפול התרופתי בהפרעת קשב מושפע ממצבו של המטופל ומהטיפול התרופתי שניתן לו. לדוגמא, במטופלים עם רקע של הפרעה ביפולרית או סכיזופרניה, נקפיד על נטילת מייצבים או נוגדי פסיכוזה כתנאי למתן סטימולנטים, ואילו באנשים עם הסטוריה של התמכרויות, נעדיף התחלת טיפול בתרופות שאינן סטימולנטיות או תכשירים בשימוש מושהה. במידה ואנו רושמים למטופל סטימולנטים, נעקוב לכל אורך הטיפול אחר המטופלים כדי לאתר השפעות שליליות כמו החמרה בתסמיני דכאון, חרדה או פסיכוזת או לחליפין רמת טולרנטיות גבוהה לטיפול שיכולה להביא לדפוסי שימוש לרעה בתכשירים⁽¹²⁾.

מומלץ ללוות את הטיפול במעטפת פסיכותרפית ותפקודית מתאימה שתסייע למטופל לעמוד ביעדים הטיפולים שהצבתם. ליווי כזה יכול לסייע בניטור מצבו של המטופל והשפעת הטיפול על התסמינים ויותר ממכך, על התפקוד שלו במגוון סביבות.

התייחסות מקיפה לקומורבידיות, היא זו שיכולה להביא את המטופל לשיפור משמעותי במצבו ובאיכות חייו.

1. Attention deficit hyperactivity disorder comorbidity and antidepressant resistance among patients with major depression: A nationwide longitudinal study. Chen et al. Eur Neuropsychopharmacol. 2016 Sep 22
2. Risk of bipolar disorder and schizophrenia in relatives of people with attention-deficit hyperactivity disorder. Larsson et al, Br J Psychiatry. 2013 Aug;203(2):103-6.
3. Psychotic Disorders Comorbid With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: An Important Knowledge Gap Levy, E. Et al. Can J Psychiatry. 2015 Mar; 60(3 Suppl 2): S48-S52.
4. Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder B. S. Solberg, A. Halmøy, A. Engeland, J. Iglund, J. Haavik, K. Klungsoyr. Acta Psych. Scan. Volume137, Issue3 March 2018 Pages 176-186
5. Biederman J, et al. J Clin Psychiatry 2006;67:524-540.
6. Biederman J, Faraone SV. Medscape General Medicine 2006;8(3):12.
7. Barkley RA, et al. ADHD in Adults: What the Science Says. The Guilford Press, 2008.
8. Attention - deficit hyperactivity disorder comorbidity and antidepressant resistance among patients with major depression: A nationwide longitudinal study. Chen et al. Eur Neuropsychopharmacol. 2016 Sep 22.
9. Medication for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Risk for Depression: A Nationwide Longitudinal Cohort Study. Zheng Chang et al. Biological Psychiatry. Volume 80, Issue 12, 15 December 2016, Pages 916-922
10. Hechtman, L. (2019). ADHD medication treatment and risk of psychosis. The Lancet Psychiatry, 6(8), 632-633.
11. Moran, L. V., Ongur, D., Hsu, J., Castro, V. M., Perlis, R. H., & Schneeweiss, S. (2019). Psychosis with methylphenidate or amphetamine in patients with ADHD. New England Journal of Medicine, 380(12), 1128-1138.
12. Managing the risks of ADHD treatments. Schneider BN, Enenbach M. Curr Psychiatry Rep. 2014 Oct; 16(10):479.