

Psychogeriatrics in the Elderly



medicalmedia
publications

עורך ראשי:
ד"ר גרי סימף

מו"ל:
יואל שמוס

« דרות רחוב ומחלות נפש בגיל זקנה

« על הקשר שבין דיכאון ודמנציה

« אבחון שיטיון (דמנציה) - קונצנזוס

2	דבר העורך
	דרות רחוב ומחלות נפש בגיל זקנה
3	זהר לרר, אסנת יחזקאל, לבנה גולדנר, גרי סינוף
	על הקשר שבין דיכאון ודמנציה
6	ד"ר רמית רבונה-שפרינגר
	על דגים ודיכאון - טיפול בחומצות שומן בלתי רוויות מסוג אומגה-3 בחולי דיכאון - סקירה
9	ד"ר ירון גילת, MD
	אבחון שיטיון (דמנציה) - קונצנזוס
13	ד"ר אליסה אש
	כלים להערכת מצב קוגניטיבי בגיל השלישי
18	טלי פישר (PhD), גילי כוכבי (MSc), יזהר דינור (MSc), יהודית אהרון פרץ (Prof.)
	תפקוד ביצועי (Executive Function)
21	ד"ר אדוארד זלוסוב
	הטיפול התרופתי בדמנציה ומחלת אלצהיימר
23	פרופ' זאב מינר
	חשיבות הפנמת הגישה הפליאטיבית (Palliative Approach) בחולים הסובלים משיטיון בשלב מתקדם (Advanced Dementia)
29	ד"ר דורון גרפינקל, פרופסור משנה קליני

עורך ראשי

ד"ר גרי סינוף, MD PhD
מרפאה קוגניטיבית, מרכז רפואי כרמל פקולטה לרפואה הטכניון, חיפה

משתתפים

זהר לרר

חינוך גופני וספורט, מרכז חינוך ליליא באק ומרכז שילובים

אסנת יחזקאל

עבודה סוציאלית, מחלקת הרווחה עיריית קריית מוצקין

לבנה גולדנר

עבודה סוציאלית, מחלקת שיקום מרכז גריאטרי שוהם פרדס חנה

גרי סינוף

חוג לגרונטולוגיה, אוניברסיטת חיפה ומח' גריאטריה מרכז רפואי כרמל, חיפה

ד"ר רמית רבונה-שפרינגר

מנהלת מרפאת זיכרון, מרכז רפואי ע"ש שיבא, תל השומר

ד"ר ירון גילת, MD

מרכז בריאות הנופש ע"ש י. אברבנאל, מחלקה א6

ד"ר אליסה אש

נוירולוגית, מנהלת מרכז להפרעות זיכרון וריכוז, מערך הנוירולוגי, מרכז רפואי תל אביב

טלי פישר (PhD)

נוירופסיכולוגית, היחידה לנוירולוגיה קוגניטיבית, ב"ח רמב"ם

גילי כוכבי (MSc)

נוירופסיכולוגית, היחידה לנוירולוגיה קוגניטיבית, ב"ח רמב"ם

יזהר דינור (MSc)

נוירופסיכולוג, היחידה לנוירולוגיה קוגניטיבית, ב"ח רמב"ם

יהודית אהרון פרץ (Prof.)

נוירולוגית, מנהלת היחידה לנוירולוגיה קוגניטיבית, ב"ח רמב"ם

ד"ר אדוארד זלוסוב

מרפאה קוגניטיבית, מרכז רפואי כרמל, חיפה

פרופ' זאב מינר

מרפאה נוירוגריאטריה וזיכרון, מחלקת שיקום הדסה הר הצופים

ד"ר דורון גרפינקל

פרופסור משנה קליני, מנהל מחלקה גריאטריה פליאטיבית, שהם, המרכז המשולב לרפואת הגיל השלישי, פרדס חנה

דרות רחוב ומחלות נפש בגיל זקנה

זהר לרר¹

אסנת יחזקאל²

לבנה גולדנר³

ד"ר גרי סינוף⁴

¹ חינוך גופני וספורט, מרכז חינוך ליאו באק ומרכז שילובים.

² עבודה סוציאלית, מחלקת הרווחה עיריית קריית מוצקין.

³ עבודה סוציאלית, מחלקת שיקום מרכז גריאטרי שוהם פרדס חנה.

⁴ חוג לגרונטולוגיה, אוניברסיטת חיפה ומח' גריאטרית מרכז רפואי כרמל, חיפה.

מבוא

מאמר זה ידון בקשר בין דרי הרחוב (Homeless) לבין מחלות נפש בזקנה. ידוע שלדרי רחוב מקבץ של כמה גורמים (בר-און, 2000). לרוב דר הרחוב הוא אדם מוזנח גופנית ונפשית, מנותק ממשפחתו ומידידי, חי ברחוב בבדידות ובחוסר תקווה (ראפס וקמלמן, 1994). דרי רחוב זקנים הם מיעוט מהותי בקרב כלל דרי הרחוב בארצות המערב, אולם קיימת עלייה מתמדת במספרם כשמבינים ששיעור ניכר מקרב דרי הרחוב הזקנים סובלים מהפרעות נפשיות בשל הקושי להתמודד עם ההזדקנות ועם הסביבה המשתנה (בר-טור, 2005).

ההפרעות הנפשיות המשמעותיות בזקנה – כגון דיכאון, חרדה, הפרעות אישיות, דמנציה, סכיזופרניה ואלכוהוליזם – שכיחות יותר אצל דרי הרחוב מאשר באוכלוסייה הרגילה, ואפילו יותר מאשר בקרב דרי הרחוב הצעירים. ריבוי הבעיות הפיזיות והפסיכיאטריות, הניתוק החברתי, חוסר היציבות ויכולות התקשורת הנמוכות של דרי הרחוב מקשים על איתורם ועל הטיפול בהם, ובכך מפחיתים את הסיכויים לשיקומם. בארץ ובעולם קיימים מודלים להתערבויות שגיוונם מושפע מהמדיניות המקומית. הסיבות השכיחות לתמותת דרי הרחוב הן: תת-חום (Hypothermia), אלימות – עבריינות, קטטות וצריכת סמים ואלכוהול (שטיינמן ועמיתיו, 2004).

במאמר נתייחס לתופעה בעולם ובישראל ונערוך דיון בקשר בין התופעה לבין מחלות נפש בזקנה. קודם כול נביא סקירת ספרות על הבעיה בעולם ובישראל, לאחר מכן נדבר על מחלות נפש בזקנה ולבסוף נעמוד על הקשר ביניהן.

דרות רחוב

המושג "דרות רחוב" מצביע על תפיסה רחבה יותר מהמושג "חוסר בית", שכן הוכח בעולם כי מתן דיור אינו פותר תמיד את הבעיה. על כן ההגדרה צריכה לכלול את מגוון הסיבות והתהליכים שהובילו לכך (אברהמי וכהן, 2004). גם הגדרת התופעה משתנה מחברה לחברה. מה שנראה כדיור נורמטיבי במדינה אחת, ייתפס במדינה אחרת כבלתי ראוי. עקב קושי בהגדרת דרות רחוב, היא מתמקדת בהגדרת תנאי המקום לחיות: היעדר קורת גג, מגורים זמניים, דיור לא בטוח ומגורים שאינם הולמים.

כפי הוזכר לעיל, חלק אינטגרלי בבעיה הוא מחסור בקשרים חברתיים ומשפחתיים והדרה חברתית (שטיינמן, 2008). האו"ם מגדיר את דרי הרחוב כחברי בית החיים ברחוב, במקלטים או

בהוסטלים מזדמנים, או כאנשים אשר ביתם אינו ראוי למגורים עקב חשיפה לפגעי מזג האוויר, חוסר היגיינה, חוסר תחושת ביטחון וחוסר נגישות לעבודה, לחינוך ולבריאות. חלק מדרי הרחוב מזניחים את עצמם בטיפול רפואי, היגייני ונפשי, אך לא סובלים בהכרח מתת-תזונה (שטיינמן, חרותי, גולדן, ליבשיץ, שמש ועורי, 2004).

הסיבות לתופעת דרות הרחוב ניתנות לסיווג לשתי קטגוריות עיקריות (שטיינמן, 2008):

1. גורמים חברתיים מבניים.

שינויים בהיצע של מקומות הדיור, מדיניות קצבאות ומצב שוק העבודה יפגעו באוכלוסיות חלשות ויגרמו לגל של יציאה לדרות רחוב.

2. גורמים אישיותיים.

בעיות נפשיות ואישיותיות, עבריינות, שימוש בסמים ובאלכוהול, בעיות משפחתיות, התעללות מינית וטרומות נפשיות אחרות הם שגורמים לאדם להפוך לדר רחוב. מוסכם כיום כי מאפיינים אישיותיים, דרכי מדיניות ודפוסי הדרה חברתית משפיעים על מעבר לדרות רחוב בזקנה.

נמצא כי שני שלישים מדרי הרחוב הזקנים לא היו כאלה בצעירותם (Crane et al., 2005). חוקרים מסיקים כי דרות הרחוב נובעת לרוב מבעיות אישיות, נכונות, פרצות במדיניות הרווחה ובעיות בנגישות לשירותים. דווח שדרי הרחוב חווים ריבוי אובדנים: בית, עבודה, קשרים חברתיים ומשפחתיים, ביטחון עצמי, הערכה עצמית והזדמנויות (Williams & Stickley, 2011). גורמי הסיכון הבולטים הם אישיות פגיעה, שהות במוסדות, מחסור במשאבים, עוני, השכלה נמוכה, חוסר במיומנות עבודה, מוגבלות נפשית או פיזית, שימוש בסמים, מיעוטים ומשפחה לא מתפקדת.

נמצא כי רוב חסרי הבית הם גברים החיים בבידוד וסובלים מבעיות פסיכיאטריות. בארצות הברית נמצא שבעקבות מלחמת וייטנאם, רבים מדרי הרחוב הגברים סובלים מפוסט-טראומה שלא טופלה בזמן (Kim, Ford, Howard & Bradford, 2010).

דרות רחוב בישראל

תופעת דרות הרחוב נראתה לראשונה בישראל מיד לאחר קום המדינה, כשרחובות הערים התמלאו בפליטי שואה שחוו טראומות מחרידות וסבלו מבעיות נפשיות. חלקם אושפזו בבתי חולים

3. הפרעות באישיות.

מדובר בהפרעות שונות עם תסמינים פסיכויים, בעיקר פרנויה. התופעה עשויה להתפתח בזקנה בקרב הלוקים בהפרעה באישיות. פרפריה מתפתחת בזקנה, והיא מתבטאת בלזיה ללא תסמינים או הפרעות אחרות ובמחשבות רדיפה הנובעות מחרדה או מתחושת איום פנימי (בר-טור, 2005).

4. סכיזופרניה.

שכיחותה נמוכה בזקנה ושכיחות הסימפטומים הפסיכויים היא 4%-10% בלבד. ברם המחלה קיימת בזקנה, לעתים עקב מחלה בגיל הצעיר שהפכה למחלה כרונית בגיל הזקנה. סכיזופרניה פרנואידית וסימפטומים פסיכויים בזקנה קשורים לבידוד חברתי, לבריאות לקויה, לגירוש ולבידוד, שימוש בתרופות פסיכיאטריות, השכלה מועטה, חסרים סנסוריים, מוצא אפרו-אמריקאי, מיעוט פעילות גופנית ושימוש באלכוהול.

5. אלכוהוליזם.

אלכוהוליזם מוגדר כהפרעה פסיכיאטרית בזקנה, אף שלרוב מדובר באלכוהוליזם צעיר שהזדקנו. התחלת השתייה בזקנה באה לרוב כתגובה לאירוע טראומטי או לאובדן. קשה לזהות הפרעות אלה בגלל ייחוסן להזדקנות ולמחלות אחרות, המבוכה הגדולה של החולה, מיעוט תפקידים בחברה ובעבודה, פסימיות כלפי הטיפול, אינטראקציה בין הרופא לחולה וקוצר הזמן המוקדש לכל מטופל. אף על פי שזקנים אלכוהוליסטים מגיבים טוב לטיפול ולתרופות, הסבירות לקבלת טיפול נמוכה (Hybels et al., 2003).

דרי רחוב ומחלות נפש

מקובל לחשוב שתופעת דרות הרחוב כתוצאה ממחלת נפש היא תופעה חדשה יחסית, אך יש עדויות מתקופות שונות על נידי חולי נפש והוצאתם מהכלל. לרוב אפשרו לחולי נפש אלו לנדוד באזורים לא מיושבים והם לא הורשו להיטמע בריכוזי אוכלוסין. במקביל הורחקו חולי נפש אחרים מהחברה ונעלו במוסדות, שהיו לרוב לא טיפוליים (Melamed, Shalit-Kenig, Gelkopf, Lerner & Kodesh, 2004).

כיום נמצא שהבעיות הנפשיות שכיחות פי 8 לפחות אצל דרי רחוב מאשר באוכלוסייה הרגילה, והשכיחות שבהן – סכיזופרניה ודיכאון (בעיקר מג'ורי). גם שיעורי ההתאבדות וניסיונות ההתאבדות לכך גבוה בהרבה. נראה כי מי שלא סבל מבעיות נפשיות סביר שיפתח כאלו בהיותו דרי רחוב בגלל החוויה הטראומטית, המחלישה והמבודדת. לעומת זאת, הסובלים מבעיות נפשיות חמורות נוטים יותר להיות דרי רחוב.

בעיה זו פוגעת באיכות החיים בכל המישורים. נמצא כי בקרב דרי הרחוב הזהות העצמית המתגבשת קשורה למחלות, לסמים וליציאה מהכלל (Folsom et al., 2005; Frankish, Hwang & Quantz, 2005; Gonya et al., 2010; Greenwood et al., 2005; Williams & Stickly, 2011).

כשני שלישים מהסובלים ממחלות נפש נמצאים בסיכון לדרות

לחולי נפש, אחרים השתקמו ואחרים הלכו לעולמם. בעשורים שבאו אחר כך עד גלי העלייה מחבר העמים בתחילת שנות ה-90, דרות הרחוב בישראל הייתה נדירה (אברהמי וכהן, 2004). כיום חיים בישראל אלפי דרי רחוב, רובם גברים בודדים. דו"ח מבקר המדינה בשנת 2005 ציין שיותר ממחציתם עולים חדשים מחבר העמים ומרביתם השתמשו בחומרים פסיכו-אקטיביים.

בשנת 2009 טופלו על ידי משרד הרווחה 2,052 דרי רחוב: 87% מהם גברים, 59% מכורים לאלכוהול או לסמים (4% מכורים לשניהם), 70% עולים (58% מהם ילדי חבר העמים), 44% בעלי השכלה תיכונית ורק 2% מעל גיל 65 (ספקטור, 2010).

דרי רחוב זקנים

האם יש הבנה מספקת להופעת הבעיה בקרב הזקנים? מקובל לחשוב כי דרי הרחוב נפטרים בגיל צעיר יחסית, אך בפועל חלקם חיים שנים רבות ברחוב ומזדקנים כדרי רחוב, ויש שהפכו לדרי רחוב לאחר הזדקנותם. אף שלעתים נראה כי דרות רחוב נדירה בזקנה, יש דיווחים מכמה מדינות מערביות על כך שהתופעה מתרחבת.

בארצות הברית נחשבים דרי הרחוב כ"זקנים" מגיל 50 ומעלה, בשל תנאי המחיה הירודים שמהם סובלים דרי רחוב (Gonyea, Mills-Dick & Bachman, 2010).

רבים מדרי הרחוב הזקנים סובלים מבעיות רבות: מחלות גופניות ונכויות, מחלות נפשיות (בייחוד בקרב הנשים) ואלכוהוליזם (בייחוד בקרב הגברים) (Crane & Warnes, 2007). אסירים משוחררים זקנים (מעל גיל 55) הסובלים מבעיות גופניות ונפשיות נמצאים בסיכון לדרות רחוב (Williams et al., 2010). בעשור האחרון של המאה ה-20 הפכו דרי הרחוב לחולים יותר, זקנים יותר, מצויים בסיכון גבוה יותר לסכיזופרניה, מוכנים פחות לתעסוקה ובעלי קשרים חברתיים מעטים יותר (Israel, Toro, Ouellette & Ouellette, 2010).

מחלות נפש בזקנה

התסמינים המופיעים בזקנה הם תמהיל של הפרעות נפשיות ותופעות הזדקנות טבעיות הקשורות לרוב לקשיים בתפקוד. ההפרעות הנפשיות שכיחות פחות בזקנה אך שכיחותן היחסית עולה עם הגיל (Hybels & Blazer, 2003). נמצא כי יש הפרעות רגשיות שכיחות להזדקנות: דיכאון, היפוכונדריה, הפרעת אישיות ופרנויה (בר-טור, 2005). אפשר להצביע על חמש הפרעות פסיכיאטריות עיקריות בגיל הזקנה (Hybels and Blazer, 2003):

1. דיכאון.

הפרעה במצב הרוח המתבטאת בעצב, בדכדוך ובמלנכוליה ותופעה שכיחה המגבילה משמעותית את חיי היומיום של הזקן. נמצאו מקרים לא מעטים של ניסיונות התאבדות ותחלואה פסיכיאטרית בקרב דרי רחוב זקנים.

2. חרדה והפרעות במצב הרוח.

חרדה היא תחושת פחד קיצוני, בניגוד לפחד לגיטימי הישרדותי. הפרעת חרדה גורמת לתחלואה משמעותית ופוגעת בחיי האדם ובמצב רוחו.

צוות טרנס דיסציפלינרי (רב תחומי) המקבל החלטות משותפות. צוות זה כולל: פסיכיאטר, אחות ועו"ס. הצוות מבצע "חיזור" (Reaching out), יוצר קשר מבוסס על אמון וכבוד ומציע טיפול ומקלט (Mahoney, 2010).

בארץ מקובל מודל הרצף הטיפולי, שעל פיו תחילה נעשית עבודת חיזור, בהמשך מציאת דיור זמני ולבסוף מציאת דיור קבוע ונתמך, הניתן רק למתמידים בטיפול. בניגוד לישראל, מדינות אחרות נוהגות על פי העיקרון "דיור תחילה" ללא התניה בקבלה או התמדה בטיפול (ספקטור, 2010).

סיכום

בבחינת סוגיית דרי הרחוב הזקנים עלינו לזכור את הסיבות לדרות הרחוב, כי ההתייחסות והטיפול לכל תת-קבוצה של דרי רחוב שונה. היות ונמצא קשר בין מחלות נפש ודרות רחוב, חשוב לערב מטפלים מתחום בריאות הנפש.

בעיית האיתור, הנובעת מניידותם הרבה של דרי הרחוב, ובעיית ההיענות לטיפול וההתמדה בו, מצריכות הסברה שיטתית בקרב דרי הרחוב על השירותים הקיימים ועידוד לצריכתם. דרי הרחוב חשופים יותר לפגיעות גופניות ולמחלות מידבקות המהוות חלק מהסכנות שיש בלינה במקומות מחסה ציבוריים וצפופים. חשוב להעניק קורת גג לאלו שאינם מוכנים או אינם יכולים להשתקם, ולא להתנות זאת בקבלת טיפול. קורת גג זאת, הדומה יותר לבית אבות מאשר לבית מחסה, תיתן מענה ראוי וקבוע לדרי רחוב זקנים.

בערים גדולות בעולם פועלות מרפאות המטפלות בדרי הרחוב, אולם מרפאות אלו לרוב אינן מצליחות לעמוד בעומס בגלל מחסור בתקציבים ובמטפלים מיומנים. לישראל יש הרבה מה ללמוד ממדינות אחרות, המעזות ומשכילות להשקיע בזכות הבסיסית ובחובה המוסרית של דיור ציבורי ובטיפול בדרי רחוב. לנוכח הממצאים חשוב שהטיפול בדרי הרחוב ירוכז בידי גורם מטפל אחד שיהיה בעל הסמכויות, החובות, האחריות והמשאבים.

רחוב או חוו זאת בעבר. 20%-25% מדרי הרחוב הבוגרים סובלים ממחלות נפש וכ-50% מהם סובלים גם מהתמכרויות (Folsom et al., 2005; Gonya et al., 2010). אחרים מצאו כי ההפרעות הנפשיות הנפוצות ביותר בקרב דרי רחוב הן דיכאון, חרדה ופוסט-טראומה. ירידה קוגניטיבית או דמנציה בקרב דרי רחוב זקנים נמצאו כנובעות מאלצהיימר, אלכוהול, פגיעות ראש או מחלות קרדיו-וסקולריות. בעיות נפשיות אלה גורמות לפגיעה בשיפוט, קושי לעמוד בהתחייבויות הכספיות בתשלומי חשבונות וקונפליקטים עם הסביבה, המובילים ליציאה לרחוב. מצב זה מקשה על השיקום (Gonya et al., 2010).

הטיפול

הטיפול בדרי רחוב הסובלים מבעיות נפשיות צריך להיות מתמשך, אקטיבי ומניעתי ולא ממוקד משבר. על הטיפול להתייחס לחוויות הניצול המתמשך ולהיות שונה מהטיפול בדרי רחוב המשתמשים בסמים או בעלי הנכויות הפיזיות (Kim et al., 2010).

בעולם קיימות שתי גישות טיפוליות עיקריות: דיור תחילה (שיכון לפני טיפול שימנע חזרה לרחוב) וטיפול תחילה (טיפול נפשי פסיכיאטרי לפני פתרון הדיור). נראה כי לגישת דיור תחילה יתרון משמעותי, שכן היא הביאה לירידה במספר דרי הרחוב ולעלייה בצורך לקבלת החלטות (העלאת השליטה העצמית), ובכך – להפחתת הסימפטומים הפסיכיאטריים (Greenwood et al., 2005). חוקרים אחרים (Crane et al., 2007) הדגישו יש דרי רחוב זקנים בעלי פוטנציאל לשיקום.

חשוב להתייחס לדרי הרחוב הזקנים כקבוצה ייחודית ולעזור להם מיד ביציאתם לרחוב, וכן לקצר את משך שהותם ברחוב. יש לתכנן את הדיור המחודש ולתת הכנה ותמיכה נפשית בזמן התהליך. לאחר השיכון יש להמשיך בתמיכה נפשית ולבנות רשת תמיכה חברתית, הרחק מדרי רחוב אחרים. במודל התערבות נוסף בשם "בית של בריאות נפש" מאותרים דרי רחוב על ידי

References

1. אברהמי, ב' וכהן, א' (2004). תופעת דרות הרחוב בישראל בעיה ארצית בהיבט עירוני: מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית.
2. בר-טור, ל' (2005). האתגר שבהזדקנות – בריאות נפשית, הערכה וטיפול. ירושלים: אשל.
3. מדינה, ש' (1994). דרי-רחוב – "מובסי החיים". הכל על אלכוהול, 4, 1-3.
4. ספקטור, ש' ב' (2010). מדיניות הטיפול בדרי רחוב. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
5. ראפס, א' וקמלמן, צ' י' (1994). העולם הרביעי: על חסרי בית. הרפואה 127 (ג'-ד'), 101-95.
6. שטיינמן, מ' חרותי, ר' גולדין, ד' ליפשיץ, א' שמש, פ' ועורי, א' (2004). ניסיונו בשיקום דרי-רחוב נכים. הרפואה, 143, ב'.
7. שיניטון, ש' (2008). חיים בשוליים – מדיניות כלפי אנשים חסרי בית בישראל: סקירת ספרות, בחינת מדיניות והמלצות. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים, האגף למחקר תכנון והכשרה.
8. Crane, M. & Warnes, A. M. (2007). The outcomes of rehousing older homeless people: A longitudinal study. *Ageing and Society*, 27(6), 891-918.
9. Crane, N., Byrnm K., Fu, A., Lipmann, B., Mirabelli, F., Rota-Bartelink, A., Warnes, A. M. (2005). The Causes of Homelessness in Later Life: Findings From a 3-Nation Study. *The Journals of Gerontology, Series B: Social Sciences*, 60, 3, 152-159. DOI: 10.1093/geronb/60.3 S152
10. Folsom, D. P., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S., Jeste, D. V. (2005). Prevalence and Risk Factors for Homelessness and Utilization of Mental Health Services Among 10,340 Patients With Serious Mental Illness in a Large Public Mental Health System. *Am J Psychiatry*, 162, 370-376.
11. Gonyea, J. G., Mills-Dick, K., & Bachman, S. S. (2010). The complexities of elder homelessness, a shifting political landscape and emerging community responses. (POLICY FORUM) (author abstract)(report). *Journal of Gerontological Social Work*, 53(7), 575.

המשך רשימת ה-References באתר מדיקל מדיה www.medicalmedia.co.il