

חונכות קלינית כגשר לחיים בטיפול בהפרעות אכילה

מוריה גולן^{1,2}, טלי גוגול-אוסטרובסקי¹,

שחף, טיפול כוללני בהפרעות אכילה, קיבוץ נען, ביה"ס למדעי התזונה, הפקולטה למדעי החקלאות המזון ואיכות הסביבה ברחובות, האוניברסיטה העברית, ירושלים

ה ק ד מ ה

ה שכיחות של הפרעות אכילה בעולם המערבי בכלל ובישראל בפרט עלתה בעשורים האחרונים [1]. הטיפול המקובל בקבוצת מחלות אלה כולל פסיכותרפיה, טיפול תזונתי, טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ולעתים טיפול תרופתי. אוכלוסיית החולות הקשות בהפרעות אכילה מטופלת במסגרת מחלקות פסיכיאטריות, מחלקות ייחודיות לטיפול בהפרעות אכילה או במסגרת מירפאות-יום בבתי חולים ובמירפאות עירוניות [2].

במעקב שנערך אחר חולות הלוקות בהפרעות אכילה (138 מתבגרות) שטופלו במזרח ובמערב אירופה הודגם, כי לאחר 5 שנים מיום איבחון המחלה, שהו החולות בממוצע כ-25% מזמן המעקב, בטיפול (אישפוזי או מירפאותי). מחציתן נזקקו בפרק זמן זה לאישפוז נישנה ושליש נזקקו לאישפוז שלישי [3].

מבחינת מהלך המחלה, דיווח האירגון הפסיכיאטרי האמריקאי [2] בסקירה של מחקרי מעקב, כי שיעור ההחלמה בקרב אנורקטיות¹ (לפי המדרים של משקל והופעת מחזור חודשי) הוא 44%. השיעור הממוצע להחלמה חלקית, דהיינו, שיפור במהלך התת-קליני, ללא השגת משקל יעד או מחזור חודשי קבוע, הוא 28%. השיעור הממוצע למהלך כרוני, דהיינו, ללא השגת משקל יעד ומחזור חודשי הוא 24%. שיעור מקרי המוות הממוצע הוא 5% (טווח של 0%-21%). סקירה של 68 מאמרים שכללו תקופות מעקב שונות (1-33 שנים) העלתה, כי השיעור הממוצע להבראה מלאה מאנורקסיה הוא 43% (הטווח הוא 7%-86%). שיעור המחלימות חלקית הוא 36% (הטווח 1%-69%) ואילו שיעור הלוקות במחלה כרונית הוא 20% (הטווח 0%-43%) [4].

בקרב הלוקות בבולימיה 50%-90% מהמטופלות מדווחות על הפחתה בהתקפי האכילה ובהקאות, עם ממוצע של כ-70% שמסרו על ירידה בתסמינים הבולמים מייד לאחר סיום התוכנית. לאחר 3 שנים, הוגדרו כ-27% מהחולות שאושפזו עם בולימיה נרבוזה במצב טוב (התקפי זלילה והקאה פחות מפעם בחודש), 40% הראו החלמה חלקית ו-33% נותרו תסמיניות (התקפי זלילה והיטהרות מדי יום) [2].

Keel ו-Mitchell [5] סקרו 88 מאמרים שעקבו אחר מהלך המחלה של חולות בולימיות. שיעור התמותה הממוצע על פי סקירה זו היה 0.3%. תוצאות מעקבים שנערכו כעבור 5-10 שנים הדגימו הבראה מלאה בקרב כ-50% מהמטופלות; 20% הדגימה הסתמנות קלינית של בולימיה נרבוזה, דהיינו מהלך כרוני וכ-30% מהנשים חוו תסוגה בתסמינים עם תום הטיפול (החלמה חלקית),

ת ק צ י ר

במאמר זה, מדווח על תוכנית לטיפול נמרץ בהפרעות אכילה בקהילה. התוכנית מהווה מיסגרת טיפולית, המאפשרת הפחתה משמעותית בתסמיני המחלה לצד התמודדות עם השחיקה במיומנויות הטיפקודיות והחברתיות. הטיפול נעשה על ידי צוות רב-מקצועי שייחודו בתפקיד המרכזי שניתן לחונכות קלינית. אלה הן עובדות סוציאליות, פסיכולוגיות בהתמחות או מרפאות באומנות שהוכשרו ליצירת קשר נמרץ (10-40 שעות בשבוע) ולא-רשמי עם החולות בהפרעות אכילה. החונכת נותנת לגיטימציה להכרה בצרכים וברצונות, הן מבחינת התנהגות האכילה והן מבחינת הטיפקוד הכללי. החונכת אוכלת עם החולה, מרגיעה אותה לפני ואחרי הארוחה, תוך שהיא מייצגת ונותנת ביטוי לשאיפתה של החולה להבריא. הליווי הצמוד מדגיש גם את הכאב והאובדן הקשור בהפרעה, ובכך מסייע לחולה להתגבר על ריגשי האשם הכרוכים במלחמה בה. בנוכחות החונכת, מתאפשר מיוון פעילויות המייצגות התחברות לחיים והתארגנות לעצמאות תיפקודית.

הקשרים הנוצרים במהלך השעות הרבות שמבלים ביחד מהווים התנסות חדשה, שונה מהבידוד החברתי והקשרים המוגבלים שנחוו כתוצאה מהמחלה. הטיפול מופנה לרוב תחומי החיים, כשבמוקד חיפוש אחר אפשרויות נוספות לפיתרון בעיות, פיתוח תחומי עניין וקשרים, בניגוד לריקנות ולחד-ממדיות הקשורות בהפרעת האכילה.

המטרה במאמר היא להציג את עקרונות התוכנית ואת התוצאות לאחר פעילות של שנתיים וחצי. נאספו נתונים של כל החולות בהפרעות אכילה שסיימו את התוכנית לפני שנה וחצי. איבחון החולות נקבע על ידי פסיכיאטרית בריאון קליני מובנה ובאמצעות DSM IV. השינוי במצב הנערות הוערך באמצעות חישוב ה-BMI ובאמצעות שאלון להערכת תוצאות טיפול בהפרעות אכילה שפותח ע"י Eckert וחב' [8]. הנתונים עובדו באמצעות תוכנת SPSS.

מתוך 17 חולות כרוניות (מעל 6 שנים) בהפרעות אכילה, שסיימו את הטיפול לפני כשנה וחצי, הוגדרו 13 (76%) כמחלימות ומתפקדות בקהילה באופן משביע רצון, 2 הוגדרו כמעט מחלימות (12%) עם מעט מאוד תסמינים וטיפקוד משביע רצון מבחינה חברתית ותעסוקתית, 1 החלימה באופן חלקי (6%) ובמטופלת אחת (6%) חלה החמרה במהלך השנה הראשונה למעקב.

תוכנית זו מספקת את הנימרוצות המושגת לרוב באמצעות אישפוז, בעוד היא מאפשרת לחולות להישאר בקהילה ולהמשיך בעיסוקים ששרדו את המחלה. התוכנית הוכחה כבעלת הישגים גבוהים בחולות כרוניות וניראה מנתונים שטרם עובדו, שהיא מצליחה גם לגבי חולות במצב תד.

¹ שימוש בלשון נקבה משום שרוב החולות והמטופלות במחלה זו הן נערות/נשים.

Key words: eating disorders; outpatient treatment; clinical mentors; multidisciplinary team; bulimia nervosa; anorexia nervosa.

מנוונות ועם הקושי בהתמודדות עם לחצים וחרדה הכרוכה בטיפול עצמאי ובשינוי.

התוכנית המובאת להלן, נועדה לחולות המתגוררות בבית הוריהן או בדירור עצמאי; לעתים, מיד לאחר השיחרור מבית החולים, לוקות החולות בתסמינים של הפרעות אכילה בדרגות שונות, ומתקשות לתפקד באופן המייצג את כישוריהן ויכולותיהן ברמה החברתית או התעסוקתית.

מדובר בחולות שאינן זקוקות לפיקוח רפואי צמוד מבחינת מצבן הגופני. תנאי הכרחי לקבלה לתוכנית הוא הבעת הסכמה מפורשת של החולה עצמה לקחת חלק בתהליך הטיפול-שיקומי. לעיתים קרובות יוזמי הטיפול הם ההורים והחולה המסכימה, בין היתר, מתוך חשש לאישפוז. אולם, בתוך זמן קצר (חודש לערך) בוחרות כמעט כל החולות להמשיך בתוכנית.

עקרונות התוכנית

תוכנית מודולרית ואישית

תוכנית אישית המותאמת לאורח חייה החולה, ומכבדת תפקודים שהצליחו לשרוד למרות המחלה (עבודה, לימודים וכו'). לוח הזמנים מותאם פרטנית לכל מטופלת, ופרט לקבוצה אחת (פסיכודרמה), כל הפגישות הן פרטניות. מקום הפגישות גמיש ומתאים עצמו באופן פעיל לצרכיה המשתנים של החולה. חלק מהטיפול מבוצע בבית-שחף, חלקו בבית המטופלת וחלקו במסגרת הקהילה.

טיפול אינטגרטיבי

הצוות הרב-מיקצועי משלב גישות טיפוליות שונות. טיפול דינמי, התנהגותי-קוגניטיבי, משפחתי וכד'. דגש מיוחד מושם בגישה הנרטיבית. גישה זו רואה את הבעיה כגישות חיצונית המשתלשלת על החשיבה והחיים של האדם. הטיפול הנרטיבי שפותח על ידי מייקל וויט ודייוויד אפסטון [11-13] מאופיין בהכרה בהפרדה שבין המטופלת ומשפחתה לבין המחלה. גישה זו מפורסמת במידה רבה בזכות התנסותם הרחבה עם הפרעות אכילה [14, 15]. במהלך הטיפול, עוזרים לנערה ולמשפחתה לזהות את הדרכים בהן משפיעים המחלה והיחסים איתה על תפיסת החולה את עצמה, את האפשרויות של החולה ודפוסי ההתנהגות שנכפו עליה ועל מערכות יחסים משמעותיות. ההכרה בהשתלטות המחלה על חיי הקורבן ומשפחתה מאפשרת להם לפתח עוינות כנגד המחלה וליצור ברית כנגדה. הנערה מוזמנת לחוות דעה עצמאית לגבי המשך חייה: האם היא מוכנה להמשיך לחיות ללא הנתונים שהמחלה נטלה ממנה, ללא האמת הפנימית שלה, תחת מישטר שתלטיני.

גישה דומה לשינוי תפיסת העולם של החולה בהפרעות אכילה, כך שתיתפוס שהמחלה מזיקה לה ולרצונותיה, הוצגה על ידי Vitousek וחב' [16]. היישום של גישות אלה בנוסף לאחרות, מסייע להגברת ההניעה (motivation), לצמיחה אישית, להתמודדות עם קשיים ולמימוש הפוטנציאל הקיים.

בטיפול הנרטיבי, יוצרים המטפל והמטופלת בשותפות רחבה ככל האפשר כנגד המחלה ובעד חיים עצמאיים ובחירה במיגוון רחב יותר של אפשרויות התנהגותיות (לא רק הימנעות ומיסוך),

והסיכון לתסוגה פחת באופן משמעותי לאחר 4 שנים מסיום הטיפול. השיעור השונה של החולות בכל אחת מהקטגוריות (החלמה מלאה, חלקית וללא החלמה) לאחר סיום הטיפול ובזמן המעקב, מיוחס ליישום מדדי הערכה שונים, כמו גם לשונות משך המעקב עם סיום הטיפול.

החולות הלוקות במהלך מחלה כרוני, מהוות נטל ריגשי וכלכלי כבד על משפחותיהן ועל המימסד [4,1].

הצרכים המורכבים של הלוקות לאורך זמן במחלה קשה זו, אינם זוכים למענה הולם במסגרת טיפול באישפוז בהיעדר מערך שיקומי מתאים. יתר-על-כן, אישפוז במחלקות פסיכיאטריות או במחלקות להפרעות אכילה, גורם לעיתים, להחמרה בתסמינים בעקבות למידה מהקבוצה המאושפזת. חיסרון נוסף לטיפול האישפוזי נובע מהקושי להעתיק את השינויים וההרגלים החדשים למסגרת הטבעית – אכילה בביה"ח אינה נתפסת דומה לאכילה בבית, בביה"ס או בעבודה. החולות משוחררות מהאישפוז לאחר שחל שיפור ניכר בתסמינים וחלה עלייה ניכרת במשקל; אך בחולות רבות, טרם חל שינוי מהותי בצורת החשיבה, מה שאינו מאפשר לחולה לקבל את המישקל החדש ולשמרו. במקרים כאלה, משוחררות החולות מהאישפוז הודות להשגת התייצבות פיזיולוגית, אך הן עדיין עשויות להיות בסיכון להתנהגויות מזיקות. שיחרור בטרם עת מאישפוז עלול לגרום לתסוגה במצב, לאישפוז חוזר ולעתים קרובות, להחמרה במהלך הקליני של המחלה [6]. הטיפול במסגרת מירפאות-חוף בבית-חולים או בקהילה, חסר את הנמרצות הדרושה כדי לעזור לחולות שטרם סיגלו אכילה עצמאית במצבים רבים.

המרכזים הטיפוליים שפירסמו מימצאים לאורך זמן, התמקדו בתסמינים הפיזיולוגיים והנפשיים, וגם אם העריכו מדרים תפקודיים, אין בספרות המחקרית התייחסות סגולית לתהליך השיקומי של חולות כרוניות [1,4,7,8]. בישראל, קיימות מספר תוכניות לטיפול בחולות כרוניות. טרם פורסמו מחקרים לגבי התוצאות וככל הידוע לנו, הדגש בתוכניות אלו הוא על הפחתת התסמינים של הפרעות האכילה וצמיחה ריגשית, אך התייחסות מעטה לשיקום הטיפולי והחברתי.

בטיפול בהפרעות נפשיות ממושכות, פותחו מיסגרות המשלבות בדרכים מגוונות סוגי מגורים וסוגי תוכניות שונות בקהילה, המספקים מענה שיקומי כוללני לחולים משוחררי אישפוז פסיכיאטרי [9,10].

בהפרעות אכילה, כמעט שלא פורסמו מיסגרות מעין אלה. פגי קלוד פייר, ניהלה בקנדה מרכז לטיפול בהפרעות אכילה, בו שולב טיפול נמרץ עם מסגרת שיקומית. בארה"ב, קיימים מספר מרכזים המספקים טיפול כוללני ברמות נמרצות שונות ואף מגורים משותפים לקבוצות חולות בתהליך שיקום. לא פורסמו מחקרים לגבי הישגי החולות בתוכניות מעין אלה.

המטרה במאמר המובא בזה היא להציג מסגרת טיפולית שיקומית כוללנית בקהילה, ולבדוק את יעילותה ביחס למדרים תסמיניים וטיפולי. המסגרת המוצגת בזה מעניקה את הנמרצות הדרושה לעתים קרובות בטיפול בהפרעות אכילה, לצד מערך התמודדות עם השחיקה במיומנויות הטיפודיות, החברתיות וההתנהגותיות הנגרמות מעצם המחלה. מערך מעין זה מתמודד עם הבידוד החברתי האופייני לחולות אלה, מיומנויות תקשורת

ט ב ל ה 1: מאפיינים דמוגרפיים וקליניים של המטופלות שסיימו את התוכנית (ממוצע ± סטיית-תקן או אחוז מכלל האוכלוסייה)

מגורים לבד	משך מחלה	טיפולים קודמים		תסמינים		
		אשפוז	מרפאה	BMI	מחזור	התקפי זליהה
40%	6 ± 2.4	1.7 ± 1.6	3.4 ± 0.9	15.9 ± 0.86	20%	20%
30%	9 ± 2.7	0.3 ± 0.17	1.8 ± 0.8	21.5% ± 2.0	100%	100%
36%	7 ± 2.7	1.0 ± 0.8	2.5 ± 1.0	19.0 ± 2.7	60%	60%

(עבודה, מגורים וכד'). בנוסף, התנסות בפעילות-חזון בקהילה (סרט, קניון, מסעדה) ותיכנון שעות הפנאי שאינן במסגרת החונכות. החונכת עשויה לעזור בחיפוש עבודה או בפעילות התנדבותית, בפעילות לימודית או בהכנה להן. הקשר עם החונכת מהווה בסיס ליצירת קשרים נוספים אותם היא מעודדת ומלווה.

בשאלון לבדיקת יעילות מרכיבי התוכנית השונים, ציינו כל החולות, כי הקשר החם היה האמצעי העיקרי שתרם להצלחת הטיפול. קשר אהוד יוצר קואליציה במסגרתה מתאפשרים תקווה, אמון והתנסות בחוויות אנטי-אנורקטיות ואנטי-בולימיות. הקשר מדגים קשר אותנטי ולמרות שהתפקידים בו שונים, יש בו מידה רבה של הדדיות המאגרת את החולות להתנסות במערכת המאפשרת מיקום לצרכים ולרצונות אחרים ולא רק לצורכיהן או לצורכי המחלה. קשר שכזה כולל התמודדות משותפת עם רגשות, עם שינוי חשיבה והתנהגות לצורך החלמה ושיקום.

שיטות

אוכלוסייה

עשרים ושתיים נערות התקבלו לתוכנית. גילן הממוצע היה 23 שנים. עשר אובחנו באמצעות ריאיון קליני מובנה ע"י פסיכיאטרית כעונות על המדדים של ה-IV DSM לאיבחון אנורקסיה נרבוזה (מתוכן אחת אובחנה כבעלת הפרעה אובססיבית כפייתית) ו-12 אובחנו כלוקות בבולימיה נרבוזה (מתוכן שלוש עם הפרעת אישיות גבולית). משך מחלה ממוצע 7 ± 2.7 שנים. BMI ממוצע בקרב האנורקטיות היה 14.9 ± 0.86 ואילו בקרב הבולימיות 21.5 ± 2.0.

מאפיינים קליניים וחברתיים-דמוגרפיים של קבוצת הנבדקות בהת-קבלות מובאים בטבלה 1.

מאחר שמדובר בטיפול בתשלום, היו כל המטופלות ממעמד חברתי-כלכלי בינוני ומעלה.

הטיפול

טיפול ממוצע באנורקטיות נמשך כשנה, והחלק הנמרץ (6 שעות ביום, בממוצע) כלל 176 ± 39 ימי טיפול שהתפרשו על פני 8.3 ± 1.6 חודשים ואילו החלק המירפאתי (1.25 שעה בשבוע בממוצע) התפרש על פני 4.3 ± 0.9 חודשים.

טיפול ממוצע בלוקות בבולימיה נמשך כאחד-עשר חודשים והחלק הנמרץ (4 שעות ביום, בממוצע) כלל 110 ± 30 ימים שהתפרשו על פני 5.9 ± 0.9 חודשים. החלק המירפאתי (2 שעות בשבוע בממוצע) נמשך 4.7 ± 1.3 חודשים.

כל המטופלות עברו פעמיים בשבוע פסיכותרפיה, פעם בשבוע טיפול משפחתי, 1-2 פעמים בשבוע פגישה עם דיאטנית, פעמיים בשבוע פסיכודרמה או רפויי בשלוב אומנויות. בנוסף, לכולן היו חונכות קליניות ושעות החונכות נעו בטווח של 10-30 שעות בשבוע (3-10 משמרות בשבוע, 3 שעות כל משמרת).

קוגניטיביות (לא רק חשיבה מצומצמת) ואינטראקטיביות (לא עוד בידוד ותיקשורת עקיפה). קואליציה זו עשויה לכלול את הנערה, בני משפחה, חברות ובן-זוג.

בגישה הנרטיבית למשפחה תפקיד חשוב בהצטרפות לקואליציה הרחבה שנבנית כנגד המחלה. כאשר המשפחה מכירה בבעיה כחיצונית לגבי הנערה, מוסרת האשמה הן מהנערה והן ממשפחתה, מה שמאפשר התמודדות יעילה הרבה יותר. מאחר שהטיפול מתמקד בהרחבת אפשרויות, משמשים בני-המשפחה עדים להווה ולעבר, עדים המספקים מידע לגבי הזהות המוסתרת על ידי המחלה, עדים לאירועים ייחודיים בהם הצליחה הנערה לא להיכנע למחלה. שיתוף המשפחה בהתארגנות משותפת בעת משבר והתמודדות עם קונפליקטים באמצעות תקשורת ישירה מסייעים להרחיב את מיגוון אפשרויות ההתמודדות של הנערה והמשפחה עם תיסכולים.

דגש מיוחד מושם לפעילויות המתמקדות בחזרה לחיים, ובעיצוב מחדש של הווה ועתיד.

צוות רב-מקצועי

כמקובל בטיפול כוללני בהפרעות אכילה, הצוות המטפל הוא רב-מקצועי וכולל רופאה פסיכיאטרית, פסיכולוגית קלינית, מטפלת משפחתית, דיאטנית, מרפאה בשילוב אומנויות, מרפאה בדרמה ופסיכודרמה.

תפקיד מרכזי בצוות נועד לחונכות הקלינית. החונכות הן עובדות סוציאליות ופסיכולוגיות בהתמחות קלינית, שעברו הכשרה לטיפול בהפרעות אכילה באמצעות גישה נרטיבית. החונכות הקלינית היא הטיפול העיקרי המשמש גשר לחיים.

חונכות קלינית

החונכויות הקליניות מייצגות את הקול הבריא המעוניין בחיים. הן מלוות, תומכות, ומציעות חלופות בריאות להתמודדות והגנה.

הפעילות במסגרת החונכות כוללת אכילה משותפת. דרגת העצמאות של החולה מתקדמת עם הזמן, החל באחריות מוחלטת של החונכת וכלה בבחירה עצמית ואכילה ללא ליווי. העובדה, שהאחריות לכמות וסוג המזון הם בידי החונכת (ע"פ הוראות התזונאית) מאפשרים הרגעה והתמודדות עם המתחים, רגשות האשמה והבושה המאפיינים הפרעות אכילה ומהווים מיכשול משמעותי ביותר לשינוי.

במהלך החונכות, קיימת התנסות בפעילויות משותפות, כגון טיול, משחק, יצירה ואחרות. התנסות זו מאפשרת התמודדות עם הקשיים בזמן אמת, מתן צידוק לצרכים ולרצונות, תירגול שיטות הרגעה וקיום פעילויות המייצגות התחברות לחיים, החל באכילה במסעדה, דרך בילויים ועד להתארגנות לעצמיות תפקודית

כלי הערכה

כל המטופלות רואיינו על ידי עובדת סוציאלית בכירה לפני תחילת הטיפול, בסיומו ולאחר שנה מסיום הטיפול. כל הריאיונות נערכו על ידי אותה מראיינת. לגבי זהות המטופלות, לא התאפשר עיוורון על ידי המראיינת. הישגי החולות בטיפול הוערכו באמצעות ה-Anorectic Outcome Scale, שאלון שפותח ע"י Eckert וחב' [8] והמבוסס על ה-Average Outcome Score שפותח ע"י Morgan & Russel [17] ועל ה-Global Clinical Score שפותח ע"י Garfinkel וחב' [18]. למרות שהגירסה בעברית של שאלון זה לא עברה מיבחני תקפות ומהימנות, הוחלט להשתמש בו משום שזה השאלון היחיד המתייחס גם להשתלכות תעסוקתית, חינוכית וחברתית – מרכיבים משמעותיים מאוד בתוכנית המוצגת.

קטגוריות הערכת ההישגים

1) הערכה גלובלית

מחלימות: כאלו שנמצאות בטווח של 15% ממישקלן המיטבי, מחזור חודשי סדיר, ללא הפרעות משמעותיות בהתנהגות האכילה או בבקרת המישקל או הפרעה בדימוי הגוף.

מצב טוב: כאלו שנמצאות בטווח של 15% ממישקלן המיטבי, מחזור חודשי סדיר, אך מצויות עדיין התנהגויות בעייתיות (כגון התקפי זלילה, הקאות, נטילת משלשלים) או הפרעה בדימוי הגוף.

מצב בינוני: כאלו שנמצאות בטווח של 15% ממישקלן המיטבי, אך הוא איננו יציב או המחזור אינו סדיר. יש התנהגויות בעייתיות (כגון התקפי זלילה, הקאות, שימוש במשלשלים) או הפרעה בדימוי הגוף.

מצב רע: המצב הורע או לא השתנה יחסית להתחלה.

2) דירוג התסמינים

כסולם שבין 0 ל-6 [הרעה, התקפי זלילה, הקאות, נטילת משלשלים, שיטות ברות (diet) אחרות]. כאשר: 0 = אף פעם; 1 = אחת לחודש או פחות; 2 = כמה פעמים בחודש; 3 = מידי שבוע; 4 = כמה פעמים בשבוע; 5 = מידי יום; 6 = כמה פעמים ביום.

3) פחד מהשמנה ותפישת דימוי גוף מעוותת

הוערכו לפי סולם שבין 0 ל-3, כאשר: 0 = אין; 1 = לעתים רחוקות; 2 = לעתים קרובות; 3 = באופן קיצוני.

4) המחזור

הוערך לפי סולם שבין 0 ל-3, כאשר: 0 = סדיר; 1 = לא סדיר; 2 = נדיר; 3 = חסר.

5) יחס למין והתנהגות מינית

כסולם שבין 0 ל-3, כאשר: 0 = התנהגות רגילה ותואמת לגיל; 1 = יחס לא מתאים מבחינה התפתחותית או התנהגות לא מתאימה לגיל (מעוכבת או פריצותית); 2 = גם יחס לא מתאים מבחינה התפתחותית וגם התנהגות לא מתאימה לגיל (מעוכבת או פריצותית); 3 = הפרעה התפתחותית והתנהגותית חמורה.

6) השתלכות חברתית

המצב הוערך לפי סולם שבין 0 ל-3, כאשר: 0 = מסתדרת היטב עם חברים, בני-משפחה ובמצבים חברתיים; 1 = מסתדרת היטב בשניים מתוך שלושת התחומים; 2 = מסתדרת היטב רק באחד מתוך שלושת התחומים; 3 = אינה מסתדרת באף תחום.

7) השתלכות חינוכית או תעסוקתית

המצב הוערך לפי סולם שבין 0 ל-3, כאשר: 0 = נפנית למוסד חינוך או עובדת ביעילות; 1 = נוכחות טובה, אך העבודה היא מתחת לפוטנציאל; 2 = היעדרויות תכופות או ביצועים ירודים; 3 = אינה מבקרת בשום מוסד חינוכי ואינה עובדת.

8) תסמינים פסיכולוגיים

מתייחסים לדיכאון, חרדה, כפייתיות, התנהגות התמכרותית או אנטי-חברתית, כאשר 0 = אין; 1 = מעט, לעתים רחוקות או עם מעט הפרעה בתיפקוד; 2 = הפרעה בינונית בתיפקוד; 3 = הפרעה חמורה בתיפקוד.

עיבוד סטטיסטי

הנתונים עובדו באמצעות תוכנת SPSS. המימצאים מובאים כערכי ממוצע \pm SD. ההבדלים בין המדדים הפיזיולוגיים לפני ההתערבות לבין שיעורם בסיומה, נבדקו באמצעות מיבחני t למידגמים תלויים.

תוצאות

נשירה

מתוך 22 חולות שהתקבלו לתוכנית, 4 נשרו לאחר פחות מחודשיים. אחת על רקע מעורבות בתאונת דרכים, שתיים על רקע קשיים כלכליים ואחת שטענה שעדיין איננה מוכנה להיפרד מהמחלה. נערה נוספת נשרה לאחר חצי שנה של טיפול על רקע אי-אמונה ביכולתה להצליח.

שיעור הנשירה מתוכנית זו עומד על 23% מהמטופלות שהביעו רצון להצטרף לתוכנית. נערה אחת סירבה להגיע למעקבים לאחר סיום הטיפול ולאחר חצי שנה נודע לנו, כי חלה הרעה במצבה.

הערכת ההישגים

שינוי ב-BMI: בקרב האנורקטיות, חלה עלייה משמעותית ומובהקת מבחינה סטטיסטית ב-BMI. הוא עלה מ- 14.98 ± 0.6 ל- 19.1 ± 0.3 ($t=23.2, P<0.001$). בקרב החולות הבולימיות, חל שיפור בתסמינים, ללא שינוי משמעותי ב-BMI (בסיום היה 21.3 ± 1.4).

התנהגות אכילה: השינוי בתסמינים העיקריים בקרב האנורקטית ובקרב הבולימיות מופיע בתרשים 1.

השכיחות של התנהגות האכילה המופרעת (ארועי הרעה, התקפי זלילה, שימוש בהקאות, משלשלים ובשיטות הרזיה אחרות) ירדה באופן מובהק בשתי קבוצות החולות.

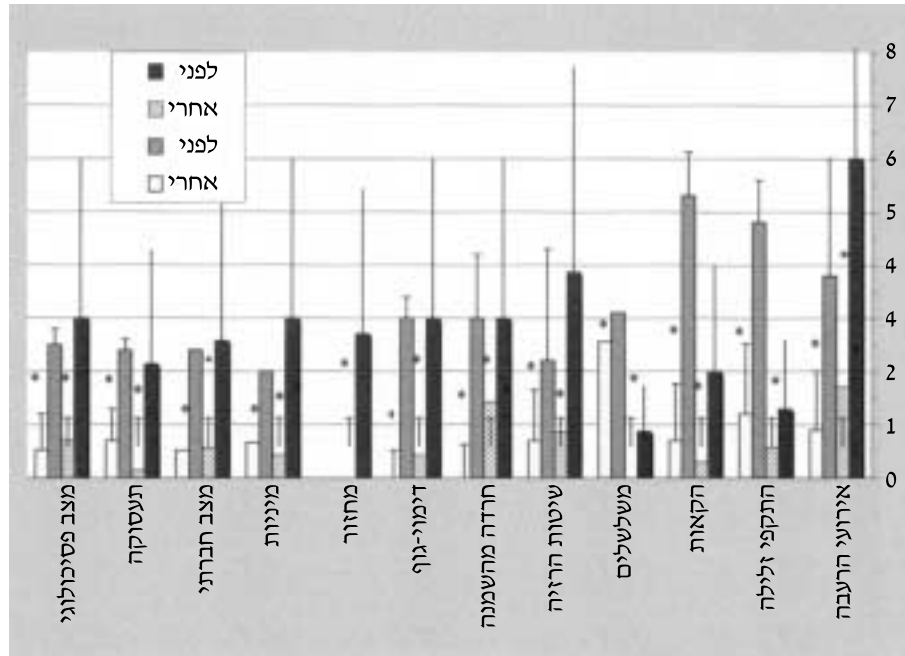
ארועי הרעה: לאחר הטיפול, 4 מתוך 7 האנורקטיות (57%) דיווחו על הרעה עצמית פחות מפעם בחודש, אחת (14%) דיווחה על הרעה עצמית פעם בשבוע לפחות והיתר, 2 (28%) דיווחו על מספר פעמים בחודש. הדירוג הממוצע של הרעה עצמית לאחר הטיפול היה נמוך באופן מובהק יחסית לדירוג לפניו ($t=-13.5, p<0.0001$).

ואילו בקרב הבולימיות, 5 מתוך 10 (50%) דיווחו על הפסקה מוחלטת בהרעות העצמיות, 2 (20%) דיווחו על פחות מפעם בחודש ו-3 (30%) דיווחו על הרעה עצמית מספר פעמים בחודש. ממוצע ההרעה העצמית ירד אופן מובהק לאחר הטיפול ($t=-5.7, p<0.0003$).

הקאות: 4 מתוך 7 האנורקטיות (57%) נהגו להקיא לפני ההתערבות הטיפולית, ואילו לאחריה, רק אנורקטית אחת (14%) הקיאה, אם כי בתדירות פחותה. כל הבולימיות דיווחו כי נהגו להקיא בתכיפות (מדי יום) לפני ההתערבות, ואילו לאחריה, 6 (60%) דיווחו על הפסקה מוחלטת, 2 (20%) דיווחו על תדירות שפחותה מאחת לחודש ו-2 (20%) דיווחו, כי הן מקיאות מספר פעמים בחודש. דירוג ההקאות על סולם שבין 0 ל-6 השתנה באופן מובהק, הן בקרב האנורקטיות ($t=-2.4, p<0.04$) והן בקרב הבולימיות ($t=-10.6, p<0.0001$).

נטילת משלשלים: בתחילת הטיפול, נטלו 2 אנורקטיות (28%) ו-7 בולימיות (70%) משלשלים. לאחר הטיפול, נגמלו כל המטופלות מנטילת משלשלים.

דרכים אחרות להורדה במשקל (כדורי הרזיה, פעילות גופנית אובססיבית): לפני ההתערבות, נעזרו 6 מתוך 7 (86%) האנורקטיות ו-6 מתוך 10 (60%) הבולימיות בשיטות שונות להרזיה. לאחר התוכנית, רק 2 אנורקטיות



תרשים 1: דירוג הסימנים הקליניים (ממוצע סטיית תקן) של אנורקטיות

לפני ההתערבות
 ואחריה
 ושל בולימיות לפני ההתערבות
 ולאחריה
 * $p < 0.001$

הממוצע של משתנה המיניות, הן בקרב האנורקטיות ($t = -14.34$, $p < 0.0001$) והן בקרב הבולימיות ($t = -9.48$, $p < 0.0001$).

הסתגלות חברתית: חל שיפור מובהק במצב החברתי, הן של האנורקטיות ($t = -14.69$, $p < 0.0001$) והן של הבולימיות ($t = -7.2$, $p < 0.0002$). לאחר הטיפול, רק 2 מתוך 7 האנורקטיות (28.5%) דיווחו על קושי כלשהו (דירוג 1 בסיום הטיפול לעומת 3 לפניו) ואילו בקרב הבולימיות, אף אחת לא דיווחה על קושי חברתי לאחר ההתערבות.

מצב תעסוקה: מבחינת התעסוקה לפני ההתערבות, דיווחו כל האנורקטיות על היעדרויות תכופות או ביצועים נמוכים בעבודה/בלימודים. לאחר ההתערבות, חל שיפור מובהק בדירוג משתנה זה ($t = -10.58$, $p < 0.0001$), כאשר כל האנורקטיות דורגו במצב תעסוקתי משיעי רצון. תשע מתוך 10 הבולימיות (90%) דיווחו על הפרעה בתיפקוד בתחומים אלה לפני ההתערבות. לאחר ההתערבות, חל שיפור מובהק במשתנה זה ($t = -8.8$, $p < 0.0001$), ורק בולימית אחת (10%) לא השתלבה במקום עבודה או לימודים מוסדר.

מצב פסיכולוגי: מבחינת שכיחות הופעת התסמינים של דיכאון, חרדה, אובססיביות וכפייתיות או של התנהגות התמכרותית, חל שיפור מובהק במשתנה זה, הן בקרב האנורקטיות ($t = -12.97$, $p < 0.0001$) והן בקרב הבולימיות ($t = -11.0$, $p < 0.0001$).

תוצאה גלובלית: התוצאות הגלובליות לאחר הטיפול ולאחר מעקב של שנה מובאות בתרשים 2.

עם סיום הטיפול, הוגדרו 4 (57.15%) מתוך 7 האנורקטיות במצב טוב, לקראת הבראה ועם תסמינים מועטים מאוד (1 על סולם התוצאה הגלובלית); 3 (42.85%) הוגדרו במצב בינוני, דהיינו, לקראת הבראה אך עדיין עם מספר תסמינים.

כעבור שנה מסיום הטיפול, דווח על החמרה משמעותית במצב באחת

(28.5%) עסקו בפעילות נמרצת כשרצו לרזות ואילו בקרב הבולימיות פחת השיעור ל-40%.

הדירוג הממוצע של תדירות היישום של שיטות הרזיה פחת באופן מובהק, הן בקרב האנורקטיות ($t = -5.4$, $p < 0.001$) והן בקרב הבולימיות ($t = -2.76$, $p < 0.02$).

פחד מהשמנה: לפני ההתערבות, דורגו כל המטופלות כבעלות חרדה קיצונית (דורג 3 על סולם שבין 0 ל-3) מהשמנה. לאחר ההתערבות, ירד הדירוג הממוצע בקרב האנורקטיות ל-1.43 ($t = -8.8$, $p < 0.0001$) ואילו בקרב הבולימיות ל-1.2 ($t = -9.0$, $p < 0.0001$).

עיוות בתפישת הגוף: לפני ההתערבות, דווחו כל המטופלות, אנורקטיות ובולימיות, כבעלות עיוות קיצוני בתפישת הגוף (דירוג 3 על סולם שבין 0 ל-3). לאחר ההתערבות, ירד הדירוג הממוצע בקרב האנורקטיות ל-0.43 ($t = -15.9$, $p < 0.0001$) ואילו בקרב הבולימיות ל-0.4 ($t = -14.34$, $p < 0.0001$). שתי אנורקטיות (28.5%) ו-4 בולימיות (40%) דורגו לאחר ההתערבות, כבעלות תפישת גוף מעוותת, לפעמים (דרגה 1 בסולם). כל היתר דורגו כבעלות תפיסה תקינה.

מחזור: לכל הבולימיות הייתה ווסת בהתקבלותן. בקרב האנורקטיות, ל-5 (71%) הייתה חזרה עצמונית של המחזור החודשי במהלך הטיפול, 2 נזקקו להתערבות תרופתית. ככולן חזר המחזור החודשי לפני סיום הטיפול.

מיניות: לפני ההתערבות, דורגו כל האנורקטיות כבעלות הפרעה התפתחותית קשה בגישה למין ולהתנהגות מינית (דירוג 3 על סולם שבין 0 ל-3, ממוצע 0 ± 3) ואילו בקרב הבולימיות, רק 2 דורגו באופן דומה ואילו כל האחרות דורגו עם דרגה מתונה של התנהגות מעוכבת לגיל (ממוצע 2 ± 0.6). לאחר הטיפול, 4 מתוך 7 האנורקטיות (57%) וכל הבולימיות (100%) דורגו כבעלות התנהגות מינית נורמלית. חל שיפור מובהק בדירוג

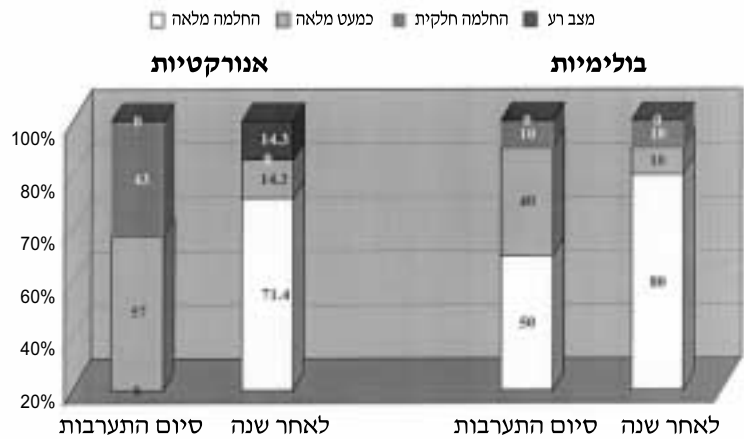
כנגד המחלה, קואליציה המצמצמת התנגדות ואי-שיתוף פעולה. השיטה של חונכים קליניים לטיפול בהפרעות אכילה נוסה בהצלחה מרובה בקנדה, במסגרת אישפוז פרטי מלא, אך לא פורסם סקר מבוקר על הישגי החולות ולכן לא ניתן לערוך השוואה בין הממצאים.

ההכרה בבעיה כחיצונית, על פי הגישה הנרטיבית, מאפשרת התייחסות ישירה ל"תסמינים", משום שהם אינם מהווים עדות להניעה (motivation) שלילית או לליקוי באדם או במשפחה. כיוון שהמטופלת אינה מזוהה עם המחלה, עצמאותה אינה דורשת ממנה להיאחז בתסמינים, אלא להיפך – לפתח עוינות נגדם. הטיפול בהפרעות-אכילה באמצעות הגישה הנרטיבית פורסם בהרחבה בספרות, ולמעשה הגישה מזוהה במידה רבה עם הטיפול בהפרעות אכילה. בשנים האחרונות, פורסמו מספר פרשות חולים, אך לא פורסמו נתונים קליניים המאפשרים עריכת השוואה בין תוצאות התערבות שונות [21,19].

במחקר הנוכחי לאחר שנה מסיום התוכנית, דורגו 57% מהמטופלות האנורקטיות שסיימו במצב של החלמה מלאה, 14.3% במצב טוב, 14.3% במצב של החלמה חלקית. במטופלת אחת (14.3% מהאנורקטיות, 6% מכלל המטופלות) נמצאה תסוגה בשנה הראשונה לאחר הטיפול.

לשם השוואה, דיווחה Eckert [8], כי שיעור התסוגה במהלך השנה הראשונה לאחר הטיפול שלה, היה 42%, בעוד ש-Strober וחב' [7] דיווחו, כי 29.5% מהחולות שלהם נשרו לאחר השיחרור מבית-החולים לפני שהשיגו החלמה מלאה ואילו 13.7% הוגדרו כנמצאות במצב רע ולא הושג כל שיפור גם לאחר מעקב ארוך-טווח (10-15 שנים). בהתערבות המוצעת כאן, שיעור התסוגה שניצפה בשנה הראשונה וכן שיעור המטופלות שכלל לא החלימו לאחר תוכנית ההתערבות, נמוך מזה המדווח בספרות. ההשוואה הטובה ביותר יכולה להיערך למחקרה של Eckert, שהשאלון שחברה היווה בסיס למחקרנו. בשאלון, מוגדר מהלך המחלה באמצעות ארבעה מדדים (החלמה מלאה, מצב טוב – כמעט החלמה, מצב בינוני – החלמה חלקית ומצב רע – היעדר החלמה) לעומת האחרים, המגדירים את מהלך המחלה באמצעות שלושה מדדים (החלמה מלאה, חלקית והיעדר החלמה).

מבחינת שיעור ההחלמה המלאה, דיווחה Eckert על 23.7% (מתוך 76 חולות שנכללו במעקב) שהשיגו החלמה מלאה ו-26.3% במצב שהוגדר כ"טוב" – כמעט החלימו. Strober וחב' [7] דיווחו, כי 75.8% מכלל החולות שנכללו במעקב (95 חולות) השיגו החלמה מלאה. האירגון הפסיכיאטרי האמריקאי [2] דיווח בסקירה של מחקרי מעקב, כי שיעור ההחלמה בקרב אנורקטיות (לפי המדדים של משקל והופעת מחזור חודשי) הוא 44% בלבד. Pike מצאה [22] בסקירת מחקרים שפורסמו בין השנים 1983-1992, כי שיעור האנורקטיות שניתן להגדירן כמחלימות או כאלו שמצבן טוב עד בינוני נע בין 40%-70%. הממצאים החריגים במחקרם של Strober וחב' [7] נובעים לטענתה מגילן הצעיר של המטופלות וממישכה הקצר של מחלתן, מה שמצביע על פרוגנוזה טובה יותר.



ת ר ש י מ 2 : תוצאות כלליות בסיום ההתערבות לאחר שנה מעקב שיעור מטופלות בכל קטגוריית החלמה.

המטופלות האנורקטיות (14.3%) שסירבה להגיע למעקבים, ואילו בכל האחרות חל שיפור מובהק בתסמינים – 5 (71.4%) דורגו במצב של החלמה מלאה, ואחת (14.3%) דורגה במצב טוב, לקראת הבראה עם מעט מאוד תסמינים. השינוי בערך הממוצע של המצב הכללי לאחר המעקב נמצא מובהק ($t = -8.88, p < 0.0001$).

עם סיום התוכנית, 5 (50%) בולימיות דיווחו על החלמה מלאה מהפרעת האכילה לאחר סיום התוכנית, 4 (40%) הוגדרו במצב טוב ואחת הוגדרה במצב בינוני, דהיינו, החלמה חלקית. כעבור שנה, הוגדרו 80% מהבולימיות כמחלימות, 10% במצב טוב ו-10% במצב בינוני. השינוי בערך הממוצע של המצב הכללי בקרב הבולימיות לאחר המעקב נמצא מובהק ($t = -10.85, p < 0.0001$).

ד י ון

התוכנית המפורטת במאמר זה, בה חונכים קליניים משמשים האנשים העיקריים היוצרים גשר לחיים נמצאה יעילה ביותר בשיפור התסמינים האופייניים לצעירות ולנשים עם הפרעות אכילה ובתיפקוד החולות בקהילה, במובן חברתי ותעסוקתי.

התוכנית המוצעת מסייעת להתגבר על הקושי הכרוך בטיפול בהפרעות אכילה כרוניות, קושי הקשור בהסתגלות של הצעירות לחיים מצומצמים, העוסקים בשרידה בלבד ולנוקשות המאפיינת את ההפרעה. הקשרים הנוצרים במשך הטיפול הנמרץ הופכים להתנסות רבת-עוצמה, שונה לחלוטין מהבידוד האופייני כל-כך ללוקות במחלה.

החונכות הקלינית מאפשרת תמיכה נמרצת בצעירה וחשיפה למיגוון התנסויות שנתפסו קודם לכן כבלתי-אפשריות. התנסות זו והליווי הצמוד של החונכות מאפשרים שיקום חברתי ותעסוקתי, החיוני להמשך חיים בריאים. במקביל, נעזרים בצעירה, במשפחה וב"עדים" כדי להכיר את הצעירה בצורה שונה, כיצד היא הייתה לפני המחלה, ומה הם אותם אירועים בחיים שבהם נשלטה על-ידי המחלה. אלה מאפשרים קיום אמונה ותיקווה וגיבוש זהות חדשה. הטיפול הפעיל, מפתח סיפור חדש של המטופל על עצמו ועל משפחתו.

יישום הגישה הנרטיבית מאפשר לחולות, ביחד עם המשפחה, החונכות והצוות הרב-מקצועי ליצור שותפות רחבה

מושג לגבי הפוטנציאל הטמון בתוכנית מעין זו, הממוקמת בקהילה ומאפשרת למטופלות לקבל טיפול נמרץ, תוך שימת דגש על שיקום חברתי ותעסוקתי, שהוא בעל חשיבות מרכזית בשימור הצלחת טיפול באוכלוסייה הלוקה במחלה כרונית.

לסיכום, הדגם המוצע מציג תוכנית טיפול כוללת ושיקומית לעזרה במקרים של הפרעות אכילה ממושכות. הדגם מספק את הנמרצות הדרושה להתערבות משברית בטיפול בהפרעות אכילה, ומאפשר לחולים להיוותר בקהילה. השימוש בחונכים קליניים מאפשר שימת דגש על ליווי ואימון להרחבת אפשרויות ושיקום חברתי ותעסוקתי בקהילה. דרוש המשך מעקב אחר החולות שסיימו, והמשך עיבוד הנתונים להסקת מסקנות על בסיס מידגם רחב יותר ובטווח זמן ארוך יותר. אם מרכזים אחרים בישראל יפרסמו מימצאים קליניים, ניתן יהיה להשוות ולהעריך את היעילות היחסית של התוכנית ואף לבדוק את שאלת היעילות מול העלות.

ב י ב ל י ו ג ר פ י ה

1. *Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A & Herzog DB*, Current concepts: eating disorders. *N Eng J Med*, 1999;340:1092-1098.
2. *American Psychiatric Association*. Practice guideline for eating disorders. *Am J Psychiatry*, 1993;150:212-224.
3. *Steinhausen HC, Boyadjieva S, Grigoriou-Serbanescu M & al*, A transcultural outcome study of adolescent eating disorders. *Acta Psychiatrica Scand*, 2000;101: 60-66.
4. *Brownell KD & Fairburn CG*, (eds). *Eating Disorders and Obesity, a Comprehensive Book*. 1st ed. New York, The Guilford Press, 1995.
5. *Keel PK & Mitchell JE*, Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 1997; 154: 313-21.
6. *Kaye WH, Kaplan AS & Zucker ML*, Treating eating disorder patients in a managed care environment. *Psych Clin North Am*, 1996;19:793-809.
7. *Strober M, Freeman R & Morrell W*, The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord*, 1997;22:339-360.
8. *Eckert ED, Halmi KA, Marchi P & al*, Ten year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol Med*, 1995; 25:143-156.
9. *Hammerman T*, Community sheltered residences for the rehabilitation of the mentally ill in Israel: a survey of their population purposes programs. M.S.W, Haifa University, 1984.
10. *Mechanic D & Rochefort DA*, De-institutionalization: an appraisal of reform. *Annual Rev Sociol*, 1990;16:301-327.
11. *White M*, Deconstruction and therapy. *Dulwich Center Newsletter*, no 3, 1990.
12. *White M & Epston D*, Narrative means to therapeutic ends. N.Y., 1990.
13. Norton & comp pp 2-3, 38. *White, M*. The externalization of the problem and the re-authoring of lives and relationships. *Dulwich Center Newsletter*, Summer, 1989.

השיעור הממוצע של החלמה חלקית בקרב אנורקטיות, דהיינו, שיפור במהלך התת-קליני, ללא השגת משקל יעד או מחזור חודשי קבוע הוא 28% על-פי הארגון הפסיכיאטרי האמריקאי [2]. Eckert דיווחה על 31.6% ואילו Strober וחב' [7] דיווחו, כי 10.5% מהאנורקטיות השיגו החלמה חלקית לעומת 14.3% בהתערבות המוצעת במאמר זה.

בקרב הבולימיות, מצאו Keel ו-Mitchell [5] בסקירת ספרות רחבה, כי מעקב לאחר 5-10 שנים הראה, כי 50% מהמטופלות השיגו החלמה מלאה, Fichter & Quadflieg [23] דיווחו על כ-60% החלמה — שיעור נמוך בהרבה מזה שהוצג בתוכנית ההתערבות המוצעת — 80%. בסקירה שנערכה על ידי Keel ו-Mitchell [5] חוו כ-30% מהנשים תסוגה בתסמינים לאחר הטיפול — החלמה חלקית. Fichter & Quadflieg [23] דיווחו, כי 29.4% השיגו רק החלמה חלקית ואילו בתוכנית המובאת במאמר זה, שנה לאחר סיום הטיפול, הוגדרו 10% הוגדרו כאלה שהחלימו חלקית. בדומה למדווח בספרות, גם בתוכנית ההתערבות המוצעת חל שיפור במהלך המחלה בפרק הזמן שבין סיום ההתערבות ומועד המעקב.

באף אחת מהמטופלות הבולימיות לא נמשך המהלך הכרוני של המחלה. על פי הסקירה של Keel ו-Mitchell [5], 20% מהבולימיות מראות למרות הטיפולים הסתמנות קלינית של בולימיה נרכוזה, דהיינו, מהלך כרוני ואילו Fichter & Quadflieg [23] מצאו, כי 10% לקו במהלך כרוני.

מאחר שבכל מחקר מיושמים מדדים שונים להחלמה, במועד מעקב שונה ובאוכלוסייה שונה, קיים קושי להשוות בין המחקרים השונים. יחד עם זאת, ניתן לקבל מושג לגבי מידת ההצלחה של התוכניות השונות ולהיווכח, כי התוכנית המובאת במאמר זה היא בעלת הישגים משמעותיים.

הנתונים המוצגים כאן לראשונה, נבדקו לאחר מעקב של שנה, פרק זמן שנחשב קצר כשמדובר בהפרעות-אכילה. אך בהתייחס לכך שמספר חוקרים מצאו, כי הפגיעות הגדולה ביותר לתסוגה ולנשירה מתרחשת במהלך השנה הראשונה לאחר ההחלמה [23,7], ניתן להניח, שהם מייצגים במידה רבה את תוצאות הטיפול. יש בכוונתנו להמשיך ולבדוק את התוצאות בטווח הארוך בכדי לאמת הנחה זו.

המימצאים המדווחים מתייחסים לאוכלוסייה קטנה ובריר-נית. הם משקפים הישגי צעירות ממעמד חברתי-כלכלי בינוני וגבוה בלבד, שכן מדובר במסגרת פרטית הכרוכה בתשלום. ייתכן שעניין התשלום משקף גם את נכונות המשפחה להכיר בבעיה ולעשות כל שביכולתה כדי להביא לפיתרון, מה שעשוי להסביר לפחות חלק מהגורמים לשיעור ההצלחה הגבוה.

מאחר שלא כל החולות מגיעות מיוזמתן ולעתים אף לא מרצונן, אך הטיפול נערך אך ורק בהסכמה מפורשת ותוך התחייבות לאכילה עצמאית, משקפים המימצאים המובאים, בין היתר, את רמת ההניעה להחלמה, ולא רק את הצלחת הטיפול. יחד-עם-זאת, כיוון שכל המטופלות עברו טיפולים אחרים, גם הם בהסכמה, כנראה שעובדה זו בלבד אינה מספיקה כדי להסביר את הישגיו וייתכן שחלק מהצלחת הטיפול קשור בכך, שהוא נותן ביטוי להניעה זו ומאפשר את העצמתה.

למרות מיגבלות המחקר, אנו סבורות כי התוצאות נותנות

14. *Madigan SP & Goldner EM*, A narrative approach to anorexia: discourse, reflexivity and questions. In: *Hoyt MF*, (ed). *The Handbook of Constructive Therapies: Innovative Approaches from Leading Practitioners*. San Francisco, CA, Jossey-Bass Inc, 1998, pp 380-400.
15. *Epston D, Morris F & Maisel R*, A narrative approach to so-called anorexia/bulimia. In: *Weingarten K*, (ed). *Cultural Resistance: Challenging Beliefs about Men, Women and Therapy*. New York, NY, Harrington Park Press/Haworth Press, Inc. 1995, pp 69-96.
16. *Vitousek K, Watson S & Wilson GT*, Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev*, 1998;18: 391-420.
17. *Morgan HG & Russell GFM*, Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychol Med*, 1975;5:355-371.
18. *Garfinkel PE, Moldofsky H & Garner DM*, The outcome of anorexia nervosa: significance of clinical features, body image and behavior modification. In: *Vigersky RA*, (ed). *Anorexia Nervosa*. Raven Press, New York, pp 315-329.
19. *Grieves L*, Beginning to start: the Vancouver Anti-Anorexia, Anti-Bulimia League. In: *La W*, (ed). *GECKO: a Journal of Deconstruction and Narrative Therapy*, 1997.
20. *Golan M*, Case Study: Treating anorexia nervosa in a foster family. *J Am Coll Nutr*, 1998;18:1-3.
21. *Manley RS & Needham L*, An Anti-bulimia group for adolescents girls. *J Child and Adol Group Ther*, 1995;5:19-33.
22. *Pike KM*, Long-term course of anorexia nervosa: response, relapse, remission and recovery. *Clin Psychol Rev*, 1998;18:447-475.
23. *Fichter MM & Quadflieg N*, Six-year course and outcome of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 1997;22:361-384.

כ רו נ י ק ה

באקסילות בחולים שטופלו ברעלן 24 ± 27 מ"ג/ד', בהשוואה ל- 144 ± 113 מ"ג/ד' בחולים שטופלו באינבו ($p < 0.001$). הזרקה של 100 יחידות לתוך האקסילות בחולים שטופלו באינבו הפחיתה את השיעור הממוצע של היווצרות זיעה בתוך האקסילות ל- 32 ± 39 מ"ג/ד' ($p < 0.001$). 24 שבועות לאחר הזרקה של 100 יחידות, נותרו שיעורי הזיעה (ב-136 חולים שהשיעורים אז נמדדו אצלם) נמוכים מערכי הבסיס: 67 ± 66 מ"ג/ד' בחולים שקיבלו 200 יחידות באקסילות ו- 6465 מ"ג/ד' בחולים שטופלו באינבו וב-100 יחידות של הרעלן. הטיפול נסבל היטב. 98% מהחולים היו ממליצים טיפול זה לאחרים.

לסיכום, הזרקה תוך-עורית של הרעלן בוטוליניום A יעילה ובטוחה לטיפול בהזעת-יתר באקסילות.

א"מ

רעלן בוטוליניום לטיפול בהזעת-יתר באקסילות: טיפול בהזעת-יתר ראשונית ממוקדת אינו תמיד מוצלח. רעלן בוטוליניום A יכול לעצור הזעה מוגברת ע"י חסימה של שיחרור אצטיל כולין, המתווך את העברה העצבית הסימפאטית בלוטות הזיעה. Heckmann וחב' (N Engl J Med, 2001;344:488-93) בדקו את יעילות הרעלן כטיפול ב-145 חולים עם הזעת-יתר באקסילות. החולים הזיעו בשיעור שעלה על 50 מ"ג/ד' והוגדרו כלוקים בהזעת-יתר ראשונית באקסילות שלא הגיבה לטיפול מקומי באלמניום כלוריד למשך שנה או יותר. לכל חולה, הזרק רעלן בוטוליניום A, 200 יחידות, לתוך אחת האקסילות, ואינבו הזרק לאקסילה השנייה באופן אקראי, כפול-סמיות. לאחר שבועיים, הזרק רעלן בוטוליניום A, 100 יחידות, לתוך האקסילות שטופלו באינבו קודם לכן. נמדדו שינויים בשיעורי יצירת הזיעה. באופן בסיסי, היה ממוצע שיעור יצירת הזיעה 192 ± 136 מ"ג/ד'. שבועיים לאחר ההזרקות הראשונות, היה השיעור הממוצע של זיעה

כ רו נ י ק ה

וכי הניתוח הסטטיסטי אינו מושלם. החברה ניסתה לעצור את פירסום המאמר, אך נכשלה. המאמר פורסם (JAMA, 2000; 283: 2193) ונקבע בו, שב-53 חולים בכל קבוצה, פרצה מחלת האיידס ולא נמצא הבדל משמעותי במספר מקרי המוות, המעמס הנגיפי ומשקל הגוף. אמנם, בקבוצת הניסוי הייתה עלייה במספר תאי CD4, אך ההבדל לא היה מובהק. החוקרים טוענים, שהיו חייבים לפרסם את התוצאות מתוך גישה של העדפת החולה על המוצר, בעוד שגישת החברה, כוונתה לעצור את הפירסום, הייתה הפוכה. החברה תובעת עתה את החוקרים ואת האוניברסיטאות המעורבות במחקר בתביעת נזיקין בסכום של 7-10 מיליון דולר.

א"י

ניגוד אינטרסים בין מסחר ומדע בשנת 1990, הוחל בניסוי בתרכיב מומת כנגד נגיף האיידס, שיוצר על-ידי חברה בשם Immune Response Inc מקליפורניה. בניסוי נכללו 2,500 איש מודבקים בנגיף ה-HIV, שעדיין לא הראו סימנים של איידס. הזרקת הנגיף הייתה אמורה לעורר את מערכת החיסון ולמנוע את התפשטות המחלה. רוב החולים קיבלו במקביל גם תרופות נוגדות-איידס. בשנת 1999, הופסק המחקר לאחר שהחוקרים הסיקו, שהתרכיב לא שיפר את מצב החולים יחסית לטיפול באינבו. החברה המייצרת את התרכיב, שגם מימנה את הניסוי, רצתה לכלול בפירסום המחקר תוצאות של מספר חולים בהם ניצפתה ירידה במעמס הנגיפי ועלייה בריכוז תאי CD4 בקרב מטופלי קבוצת הניסוי. החוקרים סירבו, בנימוק שעניין זה לא נכלל בפרוטוקול הניסוי המקורי,