



נייר עמדה הטיפול באנורקסיה נרבוזה במצב מסכן חיים

מחברים:

ד"ר אלכסנדר גרינשפון, יו"ר ועדת החוקה באיגוד הפסיכיאטריה, יו"ר סניף חיפה וצפון, מנהל בית החולים שער מנשה, לשעבר ראש שירותי בריאות הנפש (2001–2006)
ד"ר טל ברגמן-לוי, בית החולים באר יעקב-נס ציונה, מזכ"ל איגוד הפסיכיאטריה
ד"ר איגור ברש, מנהל מערך קליני, האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות
ד"ר איתן גור, מנהל מחלקת הפרעות אכילה, המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא
פרופ' יובל מלמד, יו"ר נבחר החברה לפסיכיאטריה משפטית, סומנהל בית החולים לב השרון
ד"ר יעקב פולאקביץ, יו"ר נבחר איגוד הפסיכיאטריה של ילדים ונוער, מנהל בית החולים טירת כרמל, לשעבר ראש שירותי בריאות הנפש (2006–2009).

רקע

אנורקסיה נרבוזה היא הפרעה נפשית קשה, בעלת שיעור תמותה גבוה (כ- 5% לעשור מחלה CMR) (1). רוב הסובלות מהמחלה הן נשים. רובן מטופלות באופן אמבולטורי, וחלקן זקוקות לטיפול במסגרת אשפוז. מיעוט מזערי מהחולות הסובלות מאנורקסיה נרבוזה עלולות להגיע למצב מסכן חיים, ולמרות זאת הן מסרבות לקבל טיפול שיציל את חייהן. סירוב זה נובע מהפרעה בשיפוט ובכושר ביקורת המציאות שהוא חלק מרכזי במחלה.
במקרים אלו עולה השאלה של טיפול בכפייה לצורך הצלת חיים, ובכך דן נייר עמדה זה. במצבי המחלה הקשים יש סכנה קיומית לחייהן של החולות העלולות למות מהרעבה עצמית בשל צמצום האכילה והתנהגויות קומפנסטוריות כגון הקאות, שימוש מופרז במשלשלים ופעילות גופנית מוגברת, שתכלית כולן היא מניעת עליה במשקל דבר העלול לגרום לתת-תזונה חמורה, על כל מרכיביה וסיבוכיה.



מאפייני המחלה עפ"י DSM-5

- א. הגבלה של צריכת האנרגיה ביחס לדרישות הגוף, המובילה למשקל גוף נמוך באופן משמעותי מהמשקל הרצוי בהתחשב בגיל, מין, מסלול התפתחותי ובריאות גופנית. משקל נמוך באופן משמעותי מוגדר כמשקל שהוא נמוך מהסף התחתון של המשקל התקין או, בילדים ובני נוער, פחות מהמשקל המינימאלי הצפוי.
- ב. פחד עז מעלייה במשקל או השמנה, או התנהגות מתמשכת המפריעה לעליה במשקל, למרות שהמשקל נמוך באופן משמעותי.
- ג. ההפרעה באופן שבו האדם חווה את משקל גופו או הופעתו החיצונית. השפעה מוגזמת של משקל גוף או ההופעה החיצונית על הערכה עצמית, או חוסר מתמשך של הכרה בחומרתו של משקל הגוף הנמוך הנוכחי.

הסוג המצמצם: במהלך 3 החודשים האחרונים, הירידה במשקל מושגת בעיקר ע"י דיאטה, צום ו/או פעילות גופנית מוגזמת.

הסוג ה"מטהר": במהלך 3 החודשים האחרונים, יש עיסוק באפיזודות חוזרות ונשנות של בולמוסי אכילה או ב"טיהור" עצמי (כלומר, הקאה יזומה או השימוש לרעה בחומרים משלשלים, משתנים או חוקן).

הפוגה חלקית: החולה חזרה למשקל תקין אך מתמלאים עדיין קריטריון ב' או קריטריון ג'.

דרגות החומרה

- קל: $BMI > 17$
- בינוני: $BMI = 16-17$
- חמור: $BMI = 15-16$
- קיצוני: $BMI < 15$

סיבוכים רפואיים

Cachexia: אבדן מסת שומן ושרירים וקושי לשמור על חום הגוף

לב: אבדן מסת שריר הלב, הארכת QT, הפרעות בקצב הלב, מוות פתאומי

מערכת עיכול: עצירות, כאב בטן

הורמונלי: רמות LH, FSH נמוכות, הפסקת מחזור

המטבולי: לויקופניה

מערכת שלד: אוסטאופורוזיס

Comorbidity: דיכאון

מהלך המחלה

כ-25% מהחולות מחלימות לחלוטין.

אצל כ-50% חל שיפור ניכר וחזרה לתפקוד תקין.

אך ב-25% נשאר תת-משקל, תפקוד לקוי, וחלקן עלולות להגיע בהמשך למוות. כמו כן הסיכון לאובדנות בקרב חולות אנורקסיות הינו מוגבר.



אפשרויות הטיפול

1. טיפול בהסכמה

המצב העדיף הוא טיפול בהסכמה, גם במצבים קשים, וזאת בהסתמך על האמביוולנצייה של החולה ביחס למחלתה וגיוסה לתהליך הטיפולי. רוב המטופלות נמצאות בטיפול אמבולטורי (לרוב במרפאות המתמחות בתחום). בעת הצורך אפשר כך להגיע להסכמה לאשפוז, בעזרת הבניית טיפול בשלבים פרוגרסיביים, והאשפוז במחלקה ייחודית מוצג כאחד השלבים שאליו מגיעים רק אם כשלו מאמצים טיפוליים מקדימים.

2. טיפול בכפייה

טיפול בכפייה עולה על הפרק במצבים שבהם קיימת סכנת חיים. מטרת הטיפול הכפוי היא הצלת חיים, והוא מיועד לפרק זמן קצר יחסית, עד שהסכנה תחלוף. ההערכה היא שמספרן של החולות הסרבניות הוא מזערי (בשנת 2012 אושפזה בכפייה חולה אחת בלבד). רוב החולות האנוקטיות הזקוקות לטיפול בכפייה שוקלות בין 20 ל-30 ק"ג, והן סובלות מפעילות לב אטית עד הפסקה פתאומית של פעימות הלב (מברדיקארדיה), ירידה דרסטית בחום הגוף (היפותרמיה), הפרעות אלקטרוליטריות, אנמיה (חוסר ברזל בדם), בצקות בשל היפואלבולמיניה (חוסר חלבון) ועוד בעיות גופניות רבות שעלולות לגרום למוות. הטיפול מתמקד במתן מזון, נוזלים, איזון אלקטרוליטים, שיפור בחום הגוף וכדומה. טיפול בהפרעה הבסיסית ושאיפה לריפוי מצריך לדעתנו הסכמה לטיפול ממושך יותר. טיפול זה יכול לבוא גם בהמשך לטיפול כפוי שיתרום לאיזון המצב הגופני ויביא לשיפור יכולת החשיבה הקוגניטיבית, בתקווה שתהיה אז תובנה למחלה והסכמה לטיפול.

האפשרויות העומדות כיום לטיפול כפוי על פי חוק הן, להבנתנו, כדלקמן (2):

א. חוק זכויות החולה (3)

חוק זכויות החולה, סעיף 15 אמור לתת פתרון לטיפול כפוי בבית חולים כללי. חוק זה מאפשר כפיית טיפול בהחלטת ועדת האתיקה של בית החולים או אף בהחלטת הרופא (שלושה רופאים, אם אפשר) במצבי סיכון חיים מיידי. בפועל הוא מאפשר לרופא לפעול בחדר המיון בדחיפות גם בלא הסכמת החולה, למשל במצבים של שינוי הכרה – החדרת עירוי, מתן נוזלים, תיקון אלקטרוליטים וכדומה מבלי שיואשם בתקיפה.

לחוק זה אין כל מנגנוני אכיפה, אין הוא מאפשר לטפל בחולה שאינו נמצא בבית החולים, אין הוא מאפשר כפיית טיפול על חולה שמסרב אקטיבית לטיפול, ואין הוא נותן מענה לצורך הממושך בטיפול בחולות אנוקטיות, אף לא לטיפול בסכנה המיידית, שכן הטיפול מצריך זמן מה, ואיננו פרוצדורה חד-פעמית.



ב. טיפול כפוי בהחלטת אפוטרופוס
הפגם העיקרי אצל החולות הללו הוא ביכולת שלהן לקבל החלטה מושכלת (competence) אודות הצורך בטיפול ובתזונה – בתחום זה יכולתן נפגעת פגיעה חמורה. מכאן התגבש הפתרון בשנים האחרונות של מינוי אפוטרופוס על ידי בית המשפט, אשר יחליט בנושאי האשפוז. בדרך כלל מינה בית המשפט קרוב משפחה כאפוטרופוס לנושא, בדרך כלל הורה.
אין זה פתרון אידאלי משום שהורה אינו יכול להתמודד עם הלחץ של הבת החולה ולדעת שהוא כביכול גורם לה להיקשר, להיות מוזנת בזונדה וכו'.
בנוסף, לא ברור איך אפשר ליישם זאת כאשר יש צורך להזין בכפייה, בהגבלה למיטה, בסגירת דלת המחלקה וכדומה.

בנוסף, סוג זה של אשפוז הוא "אשפוז כפוי ע"י אפוטרופוס", ומבחינה פרוצדורלית הוא נרשם כאשפוז בהסכמה ואינו עובר כל בקרה הקיימת באשפוז הכפוי הפסיכיאטרי (ייצוג על ידי עורך דין, ועדה פסיכיאטרית ובית משפט). חוק זה אינו נותן מענה להבאת מטופלת לבית חולים (4).

ג. החוק לטיפול בחולי נפש (5)
כמו במחלות נפש אחרות, כאשר קיים מצב שהחולה האנורקטית עלולה לסכן את עצמה סיכון פיזי מיידי וסיכון זה קשור בקשר סיבתי למחלה הנפשית ממנה היא סובלת יש להפעיל את החוק לטיפול בחולי נפש. אין מחלוקת על כך שכתוצאה ממחלתה, כושר השיפוט וכושרה לביקורת מציאות של החולה אנורקטית פגום והיא עונה לדרישות החוק לטיפול בחולי נפש לגבי אשפוז בכפייה.
המשקל הנמוך של החולה גורם לשיבוש מערכות הגוף, במיוחד של המוח, ומסכן את חייה, אך היא מסרבת לאכול מפחד שתשמין, ללא שיקול דעת והבנה בדבר סיכון החיים.
לדעתנו במצבים חריגים אלו, שאינם רבים אך מסכנים את החיים, יש צורך באשפוז כפוי לפי החוק לטיפול בחולי נפש. הדבר דומה לאשפוז כפוי של חולה אבדני הסובל מדיכאון מגורי.
אשפוז כפוי לפי החוק לטיפול בחולי נפש יתן מענה לפרק זמן קצר ולצורך הצלת חיים. הפעלת החוק לטיפול בחולי נפש הינה כלי הניתן לאכיפה, בעל מנגנוני בקרה ופיקוח מובנים. הפסיכיאטר המחוזי, על פי החוק, יקבע את מקום הטיפול. לדעתנו ביחידות ייעודיות בבית חולים כללי במידת האפשר, ויש להיערך לכך ביחידות אלו ולאפשר אשפוז בתנאי מחלקה פעילה סגורה. אשפוז כפוי יכול לאפשר עליית משקל מתונה וחוזרת, והדבר יכול לתרום להצלת חיים.

ד. שינוי חקיקה
שינוי חקיקה הוא החלטה של הציבור, כפי שבאה לידי ביטוי בכנסת. וישנן הצעות חוק בנושא.
לדעתנו אין צורך בתיקון החוק באופן ספציפי לפי אבחנה מסוימת אלא יש להחיל את החוק הקיים גם על חולות אנורקסיה-נרבוזה המצויות בסכנת חיים, כפי שפירטנו לעיל.



סיכום

במרבית המקרים של אנורקסיה נרבוזה די בתכנית טיפולית מובנית היטב המופקדת בידי צוות רב-מקצועי, הבקיא בטיפול בהפרעות אכילה, ובפיקוח רופא מומחה. במסגרת טיפולית זו אפשר לזהות אם ומתי יש צורך במעבר מטיפול מרפאתי לאשפוז במחלקה ייעודית בבית חולים כללי. הניסיון מלמד כי רק במיעוט המקרים יש צורך באשפוז פסיכיאטרי כפוי.

יש לציין כי האפשרות של טיפול כפוי באנורקסיה קיימת בכמה מדינות (6–7). הטיפול ייקבע על פי עקרון "בחירת המסגרת המגבילה פחות" (Least restrictive environment). בבתי חולים כלליים יש כיום מיטות המיועדות לטיפול בהפרעות אכילה ומוגדרות "מיטות פסיכיאטריות להפרעות אכילה", אך אין בהם אגף סגור. אנו ממליצים כי עיקר הטיפול יתמקד ביחידות ייעודיות אלו במסגרת בתי החולים הכלליים, ועליהם להיערך לטיפול כפוי. דברים אלה נכונים גם לצעירות מעל גיל 15.



ביבליוגרפיה

1. Kaplan, Sadock. Synopsis of Psychiatry tenth Edition, 2007, USA.
2. Y. Melamed, R. Mester, J. Margolin and M. Kalia. Involuntary treatment of Anorexia Nervosa . International Journal of Law and Psychiatry, 26(6): 617–626, 2003
3. חוק זכויות החולה, התשנ"ו–1996
4. חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסיות, התשכ"ב–1962
5. חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א–1991
6. R. Ramsay, A. Ward, J. Treasure and G. F Russell. Compulsory treatment in anorexia nervosa. Short-term benefits and long-term mortality. The British Journal of Psychiatry 175: 147–153, 1999
7. A. Norrington, R. Stanley, M. Tremlett and G. Birrell. Medical management of acute severe anorexia nervosa. Archives of disease in childhood .Education and practice edition 97:48–54, 2012