

מבגש

לעבודה חינוכית-סוציאלית

גיליון מיוחד בנושא:

מניעת אובדנות בקרב מתבגרים וצעירים

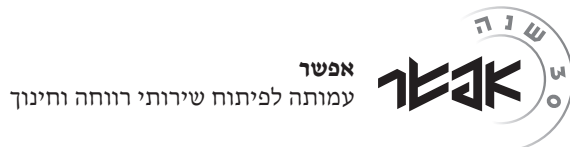
עורכים-אורחים: פרופ' ענת ברונשטיין קלומק ופרופ' גיל זלצמן

כרך כ"ח • 51-52

סיוון תש"ף – טבת תשפ"א

יוני-דצמבר 2020

יוצא לאור על ידי:



תהליכי שינוי באנורקסייה נרבוזה במחלקה אשפוזית: תפקידם של דיכאון ואובדנות

אביגל שניר, איריס שחר-לביא וסילבנה פניג

תקציר

קיים קשר הדוק בין הפרעות אכילה, דיכאון ואובדנות. בגיל ההתבגרות, תקופה המתאפיינת בחוסר יציבות ובקשיי ויסות, השילוב בין השלושה מהווה אתגר טיפולי וכוון בסכנת חיים ממשית. המחקר הנוכחי בחן את תהליכי השינוי המתרחשים במהלך אשפוז במחלקה פסיכיאטרית פתוחה לנוער ובוגרות צעירות. מטרת המחקר הייתה לאפיין את תהליכי השינוי, כפי שהללו מתבטאים במדדי דיכאון ואובדנות ביום הקבלה, אל מול יום השחרור מהאשפוז, ואת הקשר ביניהם לבין שינוי בתסמינים של הפרעת האכילה. המדגם כלל 77 מטופלים מאובחנים עם אנורקסייה נרבוזה (מתוכם 72 נשים), גיל ממוצע – 15.34 (סטטיית תקן 2.08), טווח – 11.50–24.80. משך האשפוז נע בין 12–274 ימים, והממוצע עמד על 116.08 ימי אשפוז (סטטיית תקן – 46.48).

במהלך האשפוז התוצאות הדגימו שיפור במדדים גופניים (כגון מדד מסת גוף – BMI) ופסיכולוגיים הנוגעים להפרעת האכילה ולדיכאון, ללא שינוי במדד האובדנות. עם זאת, כאשר הדיכאון היה קבוע, נמצאה עלייה במחשבות אובדניות בעת השחרור. בהמשך נבחנו תהליכי השינוי בתסמינים של הפרעת אכילה, בדיכאון ובאובדנות, באמצעות מודל רגרסיה. השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה בין מועד הקבלה למועד שחרור היה המשתנה המנובא. דיכאון ואובדנות בזמן הקבלה וכן השינוי בדיכאון ואובדנות בין מועד הקבלה ומועד השחרור היו המשתנים המנבאים. נמצא כי מדדי הדיכאון והאובדנות בעת הקבלה לאשפוז אינם מנבאים את השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה. עם זאת, מדד שינוי בדיכאון ובאובדנות בין מועד הקבלה ומועד השחרור מנבאים בקשר חיובי את השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה.

בעוד מתקיימים באשפוז תהליכים של שיקום הגוף, שינוי דפוסי אכילה לקויים ושיפור תפקודי, ההחמרה בחשיבה האובדנית עשויה לייצג את הייאוש והאובדן הכרוכים בתהליך ה"תיקון הגופני" והטיפול הרגשי באנורקסייה. הממצאים הנוגעים להשתנות המשותפת של דיכאון, אובדנות ותסמינים של הפרעת האכילה מחדדים את הצורך בהתייחסות למדדי שינוי בניבוי הפרוגנוזה ובהערכתה. ניתן לשער כי מאפיינים, כמו: פתיחות לשינוי, גמישות מחשבתית ומוטיבציה לטיפול, מהווים נדבך משמעותי בתהליך שינוי זה.

מילות מפתח: אנורקסייה נרבוזה, אובדנות, דיכאון, מחקר אורך, בני נוער

מבוא

הפרעות אכילה ככלל ואנורקסייה נרבוזה בפרט תוארו בספרות המחקרית כקשורות בעלייה משמעותית בסיכון האובדני. הסובלים מהפרעות אכילה מדווחים על התנהגות אובדנית ברמה גבוהה יותר מהפרעות פסיכיאטריות אחרות (Patton, 1988),

והתאבדות היא סיבת המוות השנייה בקבוצת אוכלוסייה זו (Smith, Zuromski, & Dodd, 2018). כמו כן, דיכאון נמצא כקשור בקשר חיובי משמעותי עם הפרעות אכילה (Brand-Gothelf, Leor, Apter, & Fennig, 2014). מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון את השינוי בדיכאון, באובדנות ובתסמינים של הפרעת האכילה במסגרת אשפוז במחלקה פסיכיאטרית פתוחה. מטרה שנייה הייתה לבחון את ההשתנות המשותפת של משתנים אלו, ובעיקר לבדוק אם רמת הבסיס של הדיכאון והאובדנות או השינוי במדדים אלה במהלך האשפוז מנבאים את השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה.

אובדנות, דיכאון והפרעות אכילה: ביאור המשתנים והקשר ביניהם

בין הפרעות אכילה ואובדנות קיים קשר הדוק, אשר תואר רבות בספרות המחקרית. בקרב מבוגרות הסובלות מהפרעות אכילה, אחוז המדווחות על ניסיון אובדני אחד לפחות נע מ-5.7% באנורקסייה ועד 28% בבולימיה (Corcos et al., 2003; Favaro & Santonastaso, 1995). מחשבות אובדניות נמצאו שכיחות גם הן (Milos, Spindler, Hepp & Schnyder, 2004) – כשליש מהסובלות מהפרעות אכילה דיווחו על מחשבות אובדניות (Anderson, Murray, & Kaye, 2017).

ניתן לתאר מספר מאפיינים של מטופלות עם הפרעת אכילה אשר מצויות בסיכון גבוה למעשה אובדני. ראשית, סוג הפרעת האכילה מהווה גורם סיכון, ומטופלות הסובלות מהפרעת אכילה הכוללת התנהגות מטהרת (דהיינו בולימיה נרבוזה או אנורקסייה נרבוזה (purging type)), נמצאות בסיכון גבוה יותר להתנהגות אובדנית (Favaro & Santonastaso, 1995; Fennig & Hadas, 2010). משך מחלה ארוך יותר מהווה גורם סיכון נוסף; יתרה מזאת, ככל שגיל התפרצות המחלה צעיר יותר וגיל האבחנה מבוגר יותר ישנה נטייה גבוהה יותר להתנהגות אובדנית (Corcos et al., 2003; Favaro & Santonastaso, 1995).

אחת הדרכים להבנת הקשר בין אובדנות והפרעות אכילה היא באמצעות התאוריה הבין-אישית לאובדנות שהוצעה על ידי ג'וינר ועמיתיו (Joiner, Van Orden, Witte, & Rudd, 2009). אלו הגדירו שלושה מרכיבים משמעותיים בהתהוותה של חשיבה והתנהגות אובדנית: (א) תחושת עול – חוויה של האדם שהוא נטל לסביבתו, וכי תהיה הקלה והטבה במצבם של הסובבים אותו אם הוא "לא יהיה"; (ב) קושי בשייכות – היעדר זיקה לקבוצה או למערכת יחסים משמעותית, המובילה לחוויה חדה של בדידות וחוסר בקשר; (ג) "יכולת" לאובדנות – "יכולת" הקשורה הן בהיעדר פחד ממוות והן בסבילות האדם לכאב גופני.

מחקר אשר בחן מודל זה מצא כי קושי בשייכות ותחושת עול על הסביבה נמצאו ברמה גבוהה יותר בקרב הסובלות מהפרעות אכילה מאשר בקבוצת ביקורת (Smith et al., 2016). מחקר אחר מצא כי בקרב הסובלות מהפרעות אכילה, שני הגורמים הראשונים – תחושת עול וקושי בשייכות – מצויים בקשר עם מחשבות

אובדניות, וה"יכולת לאובדנות" קשורה בניסיונות אובדניים (Pisetsky, Crow, & Peterson, 2017).

באמצעות התאוריה הבין-אישית של אובדנות ניתן לשרטט מצע פסיכולוגי משותף להפרעות אכילה ולאובדנות; הפרעת אכילה, על מאפייניה, מהווה לעיתים זרז להתנתקות מהסביבה ולקושי בשימור קשר משמעותי, ובכך היא מגבירה חוויה של בדידות. בהמשך, העומס שהפרעת אכילה מטילה על משפחתה של הסובלת מהפרעה זו מוביל לא פעם לחוויית עול ונטל. לבסוף, ייתכן שהפעולות השונות הנכפות על הגוף עקב הפרעת האכילה (צום, הקאות, ספורט אינטנסיבי וכו'), קשורות לסבילות האדם לכאב גופני. כיום אף מתגבשת בקרב חוקרים מסוימים טענה כי יש לראות בהפרעת אכילה אחת מההתנהגויות של פגיעה עצמית, בשל מאפייניה הפוגעים בגוף וגורמים לכאב (Brausch & Muehlenkamp, 2014). בנוסף, נמצא כי הקשר בין אובדנות והפרעות אכילה מתווך על ידי ליקויים אינטרוספטיביים (Smith, Forrest, & Velkoff, 2018), דהיינו הקושי בתרגום והבנה של חוויות ותחושות המגיעות מן הגוף. ניתן לפרש ממצא זה כקהות חושים של הסובלות מהפרעות אכילה כלפי המתרחש בגופן, באופן המתקשר ליכולת להתנתק מכאב ומהפחד ממוות.

הפרעות אכילה ואובדנות מציבות אתגרים ייחודיים בתהליכי טיפול. בשיתוף הדרמה הנפשית מתבטאת פיזית ומביאה לכדי סכנה ממשית לחיים. במחקר הנוכחי נבחנו שינויים בתסמינים של הפרעת אכילה ובחשיבה אובדנית במסגרת טיפול במחלקה אשפוזית. בעוד מטרת הטיפול המרכזית במחלקה ייעודית להפרעות אכילה היא הטבה בתסמינים בהקשר זה, הטיפול מחייב לעיתים קרובות התייחסות ומענה לתכנים אובדניים. המחקר הנוכחי ניסה לעמוד על ההשתנות המשותפת של הפרעת האכילה והחשיבה האובדנית, במטרה לשפוך אור על הדינמיקה ביניהן בתהליך הטיפול.

בחינה זו מחייבת התייחסות גם למשתנה הדיכאון, אשר קשור באופן הדוק הן להפרעות אכילה והן לאובדנות. הופעה בו-זמנית של הפרעת אכילה ודיכאון נמצאה שכיחה ביותר ועמדה על כ-50%–75% לאורך החיים (American Psychological Association, 2013). יתר על כן, נמצא כי הימצאותם בו-זמנית העידה על דרגת חומרה גבוהה יותר של הפרעת האכילה (Brand-Gothelf et al., 2014). הימצאותו של דיכאון טרם הופעת הפרעת האכילה ניבאה את הפיכת הפרעת האכילה לכרונית (Keski-Rahkonen et al., 2014).

הקשר בין אובדנות ודיכאון הוא שכיח ומתועד בספרות המחקרית והקלינית. נמצא כי 15% מקרב המטופלים שאובחנו עם הפרעת דיכאון מז'ורית (MDD) במהלך חייהם, דיווחו על התנהגות אובדנית (שכללה תוכניות וניסיונות למעשה האובדני). כמו כן, נמצא כי דיווח על תחושת מלנכוליה ניבא ניסיון אובדני במידה גבוהה יותר מקיומה של הפרעה דיכאונית מז'ורית (Oquendo, Currier, & Mann, 2006). מחקר אחר דיווח שהמנבא המשמעותי ביותר למעשה אובדני היה אבחנה של

דיכאון מז'ורי עם התקפים חוזרים (recurring), אך לא דיסתימיה או דיכאון מז'ורי עם התקף יחיד (Witte, Timmons, Fink, Smith, & Joiner, 2009). לצד זאת, במחקר רחב היקף בקרב אוכלוסייה בוגרת, כ-47% מהסובלים ממחשבות אובדניות לא סבלו מדיכאון (Rhodes & Bethell, 2008). הספרות המחקרית מראה שדיכאון הוא גורם סיכון להתנהגות אובדנית, אך אינו מהווה תנאי מספיק או הכרחי לקיומה. אובדנות יכולה להתקיים בהיעדר דיכאון, וקיומו של דיכאון אינו מוביל בהכרח לאובדנות או למחשבות אובדניות.

שינוי במדדים של הפרעת אכילה, אובדנות ודיכאון במהלך התערבות אשפוזית

הפרעת אכילה ברמת חומרה גבוהה מהווה סיכון ממשי לגוף ומחייבת לעיתים טיפול במסגרת אשפוזית. הטיפול במסגרת אשפוזית נדרש לתת מענה למאפיינים רפואיים, רגשיים והתנהגותיים, לצורך חזרה למשקל תקין ויציאה מכלל סכנה. הטיפול במחלקה ייעודית להפרעות אכילה הוא קצר טווח (כשלושה חודשי אשפוז בממוצע), ומטרתו הראשונית היא הגעה למשקל גוף תקין ונרמול הרגלי אכילה. מטרה מרכזית נוספת היא חזרה הדרגתית של המטופלת לתפקוד מלא בקהילה. במחקרים קודמים נמצא כי בתקופת האשפוז במסגרת שבה נערך המחקר הנוכחי, המטופלות עלו במשקל (שינוי במדד מסת גוף) וחל שיפור בתסמינים התנהגותיים של הפרעת האכילה (למשל צמצום הקאות ובולמוסים). לצד זאת, לא נמצאו שינויים מובהקים בתסמיני הליבה הקוגניטיביים של הפרעת האכילה (למשל השאיפה לרזון, עיוות בתפיסת הגוף והעיסוק המוגבר במשקל ובמראה) (Fennig, Brunstein Klomek, & Hadas, 2017). ניתן להתרשם כי תהליכי הבראת הגוף והשיפור ההתנהגותי מקדימים את השינויים הרגשי והמחשבתי.

כפי שתואר לעיל, הפרעת אכילה ברמת חומרה גבוהה קשורה בסבירות גבוהה לנוכחותם של דיכאון ואובדנות. אי-לכך, הבנת השינוי המתרחש בשלושת המרכיבים הנ"ל והקשר ביניהם במהלך הטיפול היא משמעותית. יתרה מזאת, ייתכן שהשימוש באמצעי שליטה על הגוף (הרעבה, ספורט אינטנסיבי) מהווה לעיתים אמצעי שליטה על חוויה רגשית בלתי ניתנת לעיבוד והכלה. ניתן לשער כי תהליך הטיפול בהפרעת האכילה, ובכללו העלייה במשקל והפחתת התסמינים ההתנהגותיים של הפרעת האכילה, יהיה כרוך בשינויים במצב הרגשי, ובמצבים מסוימים הוא אף עלול להביא להחמרה בדיכאון ובאובדנות.

במחקר קודם אשר נערך בקרב מטופלות עם הפרעות אכילה באשפוז לא נמצאו ממצאים אחידים בדבר השינוי ברמות הדיכאון בעקבות השיפור במדדי הפרעות האכילה (Hughes, 2012). לצד זאת, מחקר עדכני מצא כי שיפור במצב הדיכאון בחודש הראשון לשהות באשפוז ניבא סיכוי נמוך יותר לאשפוז חוזר תוך פרק זמן של שנה (Kahn, Brunstein-Klomek, Hadas, Snir, & Fennig, 2019).

נראה כי קיימת לקונה בספרות ביחס להשתנות המשותפת של דיכאון, אובדנות והפרעת אכילה במסגרת הטיפול. במחקר הנוכחי ביקשנו לבחון את הקשר בין השינוי במחשבות אובדניות ודיכאון ובין השינויים בתסמינים של הפרעות אכילה במהלך אשפוז במחלקה ייעודית לטיפול בהפרעות אכילה של בני נוער. השערות המחקר נוגעות לשינוי בתסמינים בין מועד הקבלה לאשפוז לבין מועד השחרור. מאחר שמטרת הטיפול הראשונית היא בעיקר טיפול בהפרעת אכילה, רצינו לבחון כיצד תסמינים של דיכאון וחשיבה אובדנית משפיעים על השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה, ובכך קשורים ליעילות הטיפול ולפרוגנוזה.

השערות המחקר

השערות המחקר היו:

- א. תסמינים של הפרעת אכילה, של דיכאון ושל חשיבה אובדנית יפחתו בין מועד הקבלה לאשפוז ובין מועד השחרור.
- ב. דיכאון וחשיבה אובדנית בעת הכניסה לאשפוז (ברמת הבסיס) ינבאו את מידת השיפור בתסמינים של הפרעת האכילה.
- ג. השינוי בדיכאון ובחשיבה האובדנית ינבא באופן חיובי את השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה.

שיטה

משתתפים

במחקר הנוכחי השתתפו 77 משתתפים (בנים – 6.5%, בנות – 93.5%). גילם הממוצע היה 15.34 (בטווח שבין 11–24).¹ כל המשתתפים אובחנו עם אנורקסיה נרבוזה; משתתפים עם אבחנה של בולימיה ושל הפרעת אכילה לא ספציפית הוסרו מהמדגם. המשתתפים למחקר גויסו מתוך יחידה פסיכיאטרית לטיפול בילדים ובני נוער בבית חולים כללי, בין אפריל 2013 לדצמבר 2018. המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של בית החולים. המשתתפים והוריהם חתמו על טפסים של הסכמה מדעת להשתתפות במחקר בעת הקבלה לאשפוז במחלקה. תהליך ההערכה כלל ריאיון פסיכיאטרי עם המשתתף ועם הוריו כמו גם תצפית על התנהגות המשתתף ביום הערכה במחלקה. האבחנה הקלינית ניתנה בהסתמך על תהליך ההערכה ובהתאם לקריטריונים של ה-DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.). משך האשפוז הממוצע במחלקה היה 105.19 ימים (בטווח שבין 6–310 ימים). **בלוח 1** מוצגים מאפייני המדגם.

1 אף שהמחלקה המתוארת מיועדת לילדים ולנוער, בשל מאפייניה ושיקולים של בית החולים, לעיתים מתאשפזות במחלקה בוגרות צעירות עד גיל 25.

לוח 1: מאפיינים של אוכלוסיית המחקר

מדגם (N=77)	
מין	
בנים	5 (6.5%)
בנות	72 (93.5%)
גיל	
טווח	24.80–11.50
ממוצע	15.34 (ס"ת – 2.08)
ארץ הלידה	
ישראל	72 (94.7%)
אחר	4 (5.3%)
משקל בעת הקבלה	
טווח	71.90–25.0
ממוצע	42.08 (ס"ת – 7.36)
BMI בקבלה	
טווח	39.65–13.11
ממוצע	16.87 (ס"ת – 2.89)
משך זמן המחלה (בשנים)	
טווח	13.50–0
ממוצע	1.96 (ס"ת – 3.03)
מספר ימי אשפוז	
טווח	274–12
ממוצע	116.08 (ס"ת – 46.48)
עלייה במשקל בתקופת האשפוז (בק"ג)	
טווח	16.3–0.4
ממוצע	8.60 (ס"ת – 4.01)
מצב סוציו-אקונומי	
גבוה	5 (8.6%)
בינוני	49 (63.7%)
נמוך	4 (6.9%)

תוכנית הטיפול

הטיפול נערך במסגרת מחלקה פסיכיאטרית פתוחה, אשר מטפלת בפתולוגיות גוף-נפש שונות. הוא מבוסס על מעורבות קהילתית אינטנסיבית ונעזר בהורים כסוכני המודל הטיפולי מחוץ למחלקה. התוכנית הטיפולית מושתתת על מרכיב מוטיבציוני, קרי המטופלים צריכים להסכים לתוכנית ולפרוטוקול הטיפול. בהתאם, לא נעשה שימוש בכלים של הזנה בכפייה.

השלב הראשון של הטיפול באשפוז נמשך כשלושה חודשים במוצע, מתוכם כשישה שבועות במסגרת אשפוז מלא ושישה שבועות במסגרת אשפוז יום. מטרתו המרכזית של האשפוז היא להביא לירידה בתסמינים הגופניים וההתנהגותיים של הפרעת האכילה: ראשית, עלייה במשקל והגעה למשקל יעד אשר נקבע על ידי הצוות המטפל; שנית, נרמול הרגלי אכילה וביסוס שליטה בתסמינים התנהגותיים נוספים, דוגמת הקאות, עיסוק מופרז בספורט ובולמוסים. האשפוז כולל פסיכותרפיה, ובמסגרתה נעשה מאמץ להתמודד עם תחושות החרדה, הדיכאון

והריקנות, האובססיה לרזון והחשש מאיבוד שליטה, העולים במהלך תהליך ההחלמה. הטיפול ביחידה משלב שיקום גופני ושיקום תזונתי, תוכנית התנהגותית, מסגרת בית ספרית, טיפול פסיכולוגי פרטני (פעמיים בשבוע) והדרכת הורית (שבועית), טיפול באומנות וכן טיפולים קבוצתיים. הטיפול הפסיכולוגי מבוסס על הגישה הפסיכו-דינמית, ויש בו שילוב של מרכיבים קוגניטיביים, התנהגותיים ותמיכתיים, בהתאם לתוכנית הטיפולית.

מדדים

(Reynolds, 1987) **The Suicide Ideation Questionnaire, Junior (SIQ-JR)** שאלון דיווח עצמי זה נועד להעריך את מידת החומרה של מחשבות אובדניות עכשוויות בקרב מתבגרים ומבוגרים צעירים. ממלא השאלון מתבקש לדרג את מחשבותיו על גבי סולם בן שבע דרגות, המסמל את תכיפותן של המחשבות. הנוסח העברי של השאלון נמצא בעל מהימנות פנימית של 0.94. ותוקף גבוה (אפטר ופרוידנשטיין, 2001). במדגם הנוכחי אלפא קרונבך של הציון הכללי היה 0.93. בקבלה ו-0.95. בשחרור.

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

שאלון דיווח עצמי זה מודד ארבעה היבטים אופייניים בקרב הסובלים מהפרעות אכילה – דאגה הקשורה למשקל, דאגה הקשורה לצורה, דאגה הקשורה לאכילה והגבלת האכילה. כל פריט מדורג על גבי סולם בן שש דרגות, וככל שהציון גבוה יותר הוא משקף חומרה ושכיחות גבוהות יותר. תת-הסולמות מסוכמים לציון כללי. השאלון נמצא כבעל תוקף ומהימנות גבוהים (Fairburn & Beglin, 1994) המאפיינים הפסיכומטריים של שאלון זה נבחנו במספר רב של מחקרים, לרבות מחקרים בקרב מתבגרים הסובלים מאנורקסיה (Berg, Peterson, Frazier, & Crow, 2012). במדגם הנוכחי אלפא קרונבך של הציון הכללי הייתה 0.92. בקבלה ו-0.94. בשחרור.

(Beck, Steer & Brown, 1996) Beck Depression Inventory (BDI)

שאלון דיווח-עצמי זה כולל 21 פריטים, המתייחסים לתסמינים אפקטיביים, קוגניטיביים, מוטיבציוניים ופיזיולוגיים של דיכאון. לכל פריט ארבע תשובות אפשרויות, המשקפות דרגות חומרה שונות של התסמין. בבסיס השאלון עומדות שתי הנחות: האחת, שככל שחומרת הדיכאון גדלה, עולה מספר התסמינים, והשנייה, שככל שהנבדק מדוכא יותר, התסמין יופיע בעוצמה חזקה יותר. הציון הכללי מושג על ידי סיכום הציונים של כל קטגוריות התסמינים (0-9 – נורמלי, 10-18 – דיכאון מתון, 19-25 – בינוני, 26 ומעלה – חמור). בבדיקת מהימנות נמצאה אלפא קרונבך 0.86. במדגמים פסיכיאטריים (Beck, Steer & Carbin, 1988) ובגרסה העברית – 0.67. כן נמצאו תוקף ומתאמים טובים עם דירוג חומרת הדיכאון (Beck, 1967). במדגם הנוכחי אלפא קרונבך של הציון הכללי הייתה 0.92. בקבלה ו-0.93. בשחרור.

המשתנים נבדקו פעמים אחדות לאורך תקופת האשפוז (תחילת האשפוז, חודש וחודשיים מתחילתו ובסיומו) וכן במהלך שנת המעקב – שלושה חודשים ושישה חודשים לאחר השחרור וכן שנה לאחריו. בעבודה זו התמקדנו בשתי נקודות זמן – מועד הקבלה לאשפוז (T1) ומועד השחרור (T2). המחקר בחן שורת משתנים נוספים – דמוגרפיים, פסיכולוגיים ומשפחתיים, אשר אינם מוצגים בעבודה זו.

ניתוחים סטטיסטיים

בשלב ראשון, לצורך בדיקת ההבדלים במדדים גופניים ופסיכולוגיים בין מועד הקבלה לאשפוז לבין מועד השחרור, נערכו סדרה של מבחני t למדגמים מזווגים (paired-samples t -tests). בשלב שני נערך ניתוח שונות למדידות חוזרות (repeated measures ANOVA) עם משתנה קבוע (covariate), לבדיקת השינוי במחשבות האובדניות בין מועד הקבלה לאשפוז לבין מועד השחרור, תוך שליטה במדד הדיכאון. באופן דומה, נערך ניתוח שונות למדידות חוזרות עם משתנה קבוע, לבדיקת השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה בין מועד הקבלה לאשפוז לבין מועד השחרור, תוך שליטה במדד הדיכאון. בשלב שלישי, לבדיקת הקשר המשולב בין השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה, השינוי בדיכאון והשינוי במחשבות האובדניות, נערך ניתוח רגרסיה לינארית-מדרגית בשלושה צעדים. כל הניתוחים הסטטיסטיים בעבודה זו נעשו באמצעות תוכנת SPSS גרסה 25.0.

תוצאות

השוואה בין המשתנים הגופניים והפסיכולוגיים במועד הקבלה ובמועד השחרור

בניתוח נבדקו השינויים שחלו בכמה משתנים בין מועד הקבלה לאשפוז (T1) ובין מועד השחרור (T2). בהשוואה בין מועדים אלו נמצאו הבדלים מובהקים ב-BMI, בתסמינים של הפרעות אכילה ובדיכאון. לא נמצאו הבדלים מובהקים במדד המחשבות האובדניות (**בלוח 2** מוצגים הממוצעים ותוצאות המבחנים). נמצא כי ערכי ה-BMI היו גבוהים יותר במועד השחרור (ממוצע – 19.89, ס"ת – 1.55) מאשר במועד הקבלה (ממוצע – 16.87, ס"ת – 2.89; $t=-13.48$, $p<.001$). בנוסף, תסמינים של הפרעת אכילה – איפוק לגבי אכילה, דאגות בנוגע לאכילה ודאגות באשר לצורת הגוף, כמו גם המדד הכללי (EDE Total) – נמצאו נמוכים במועד השחרור (ממוצע – 2.90, ס"ת – 1.64) בהשוואה למועד הקבלה (ממוצע – 3.56, ס"ת – 1.61; $t=3.53$, $p<.001$). בתת-הסולם "דאגות בנוגע למשקל" לא נמצאו הבדלים מובהקים בין מועד הקבלה למועד השחרור ($t=0.96$, $p=ns$). במדד הדיכאון נמצאו גם כן הבדלים מובהקים, כך שערכי הדיכאון במועד השחרור נמצאו נמוכים יותר (ממוצע – 18.93, ס"ת – 13.47) מאשר במועד הקבלה (ממוצע – 22.83, ס"ת – 12.99; $t=3.32$, $p<.001$). עם זאת, חשוב לציין כי ערכי הדיכאון הממוצעים

בעת השחרור עדיין היו גבוהים מהסף הקליני לאבחון דיכאון (BDI>18, moderate/severe depression). לא נמצא הבדל מובהק בין מועד הקבלה לאשפוז לבין מועד השחרור במדד המחשבות האובדניות ($t=-1.53, p=ns$).

לוח 2: שינויים במאפיינים רפואיים ופסיכולוגיים של מתבגרים עם אנורקסייה בקבלה ובשחרור

שינוי – קבלה מול שחרור	שחרור		קבלה		
	t-test	ס"ת	ממוצע	ס"ת	
-13.48***	1.55	19.89	2.89	16.87	אינדקס מסת גוף (BMI)
3.32***	13.47	18.93	12.99	22.83	דיכאון (BDI)
-1.53	21.16	37.68	21.93	34.79	מחשבות אובדניות (SIQ)
3.53***	1.64	2.90	1.61	3.56	תסמינים של הפרעת אכילה (EDE total)
					תת-סולמות (EDE)
5.25***	1.84	2.61	2.02	3.78	איפוק באכילה
3.04**	1.68	2.28	1.57	2.87	דאגות בנוגע לאכילה
0.759	2.11	4.37	1.866	4.54	דאגות בנוגע למשקל
2.07*	2.31	4.08	2.024	4.59	דאגות בנוגע לצורת הגוף

BMI – body mass index, BDI – Beck Depression Inventory, SIQ – Suicide Ideation Questionnaire, EDE-Q – Eating Disorder Examination Questionnaire

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

שינוי במחשבות אובדניות במהלך האשפוז

בניתוח המשך נבחן השינוי במחשבות אובדניות בין מועד הקבלה לאשפוז לבין מועד השחרור, תוך שליטה במשתנה הדיכאון (בקבלה ובשחרור). בעוד שבניתוח הראשוני (t -test analysis) לא נמצאו הבדלים מובהקים במחשבות אובדניות בהשוואה בין מועד הקבלה ומועד השחרור, בניתוח הנוכחי נמצא כי מחשבות אובדניות בעת הקבלה (ממוצע – 35.38, ס"ת – 22.47) היו נמוכות באופן מובהק מהמחשבות האובדניות בעת השחרור (ממוצע – 38.30, ס"ת – 21.69, $F=4.61, p<.05, \text{partial } \eta^2=0.06$); זאת במצב שבו משתנה הדיכאון (בעת הקבלה ובעת השחרור) הוכנס לניתוח כמשתנה משותף (covariate).

שינוי בתסמינים של הפרעת אכילה במהלך האשפוז

מאחר שהממצאים בניתוחים הראשוניים הראו על כיוון של שינוי משותף בתת-הסולמות השונים של מדד ה-EDE, ניתוחי ההמשך נעשו למדד הכולל של התסמינים של הפרעות אכילה (EDE total), ולא לכל תת-סולם בנפרד, במטרה לפשט את הצגת התוצאות. בהתאם, נבחן השינוי בתסמינים של הפרעות אכילה בין מועד הקבלה לאשפוז לבין מועד השחרור, באמצעות ניתוח שונות למדידות חוזרות (repeated measures ANOVA) ותוך שליטה במשתנה הדיכאון (בקבלה ובשחרור). בניתוח זה נמצא כי ההבדל בין התסמינים של הפרעות אכילה בעת הקבלה (ממוצע – 3.52, ס"ת – 1.63) לבין התסמינים בעת השחרור (ממוצע – 3.01, ס"ת – 1.67) לא היו מובהקים ($F=0.375, p=.54, ns$).

מודל רגרסיה לניבוי השינוי בתסמינים של הפרעת אכילה באמצעות השינוי במחשבות אובדניות ודיכאון

לבדיקת הקשר המשולב בין השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה, השינוי בדיכאון והשינוי במחשבות האובדניות, נערך ניתוח רגרסיה לינארית-היררכית בשלושה צעדים. בניתוח הרגרסיה נבחן השינוי בתסמינים של הפרעות אכילה כתלוי בשינוי במחשבות אובדניות ובדיכאון לאורך האשפוז. המשתנה התלוי היה תסמינים של הפרעות אכילה בעת השחרור (EDE T2), אשר נובא על ידי שלושת הגורמים הבאים:

- א. תסמינים של הפרעות אכילה (EDE T1) ודיכאון (BDI T1) בכניסה לאשפוז
- ב. מחשבות אובדניות בכניסה לאשפוז (SIQ T1)
- ג. דיכאון (BDI T2) ומחשבות אובדניות (SIQ T2) בשחרור

בלוח 3 מוצגות תוצאות מודל הרגרסיה. המשתנים הבלתי תלויים במודל הרגרסיה הסבירו 57% מהשונות במשתנה התלוי ($R \text{ squared}=.57$). **בצעד הראשון**, תסמינים של הפרעות אכילה בעת הקבלה נמצאו בקשר חיובי מובהק עם תסמינים של הפרעות אכילה בעת השחרור. לצד זאת, דיכאון בעת הקבלה לא נמצא בקשר מובהק עם תסמינים של הפרעות אכילה בעת השחרור. **בצעד השני**, מחשבות אובדניות בעת הקבלה לא נמצאו בקשר מובהק עם תסמינים של הפרעות אכילה בעת השחרור. **בצעד השלישי והאחרון**, דיכאון ומחשבות אובדניות בעת השחרור נמצאו בקשר מובהק עם תסמינים של הפרעות אכילה בעת השחרור.

הכנסת המשתנים המנבאים בעת הכניסה לאשפוז (T1, צעדים א–ב) מאפשרת הערכה של הקשר בין השינוי במחשבות אובדניות ובדיכאון (המיוצגים על ידי המשתנים ב-T2) לבין השינוי בתסמינים של הפרעות אכילה; זאת מעבר להשפעה של ערכי הבסיס (T1). בנוסף, הממצא ביחס למחשבות אובדניות, בהתחשב במדדי הדיכאון במודל הרגרסיה, מעיד על השפעה ייחודית של השינוי במחשבות אובדניות על השינוי בתסמינים של הפרעת אכילה, וזאת מעל ומעבר להשפעה שנמצאה לשינוי בדיכאון.

לוח 3: מודל רגרסיה לניבוי השינוי בתסמינים של הפרעות אכילה בין מועד האשפוז למועד השחרור, על ידי השינוי במחשבות אובדניות והשינוי בדיכאון בין מועדים אלו

T	טעות תקן	B		
2.77**	0.45	1.24	(קבוע)	צעד 1
2.95**	0.14	0.40	EDE (זמן 1)	
0.85	0.02	0.01	BDI (זמן 1)	
2.86**	0.35	1.01	(קבוע)	צעד 2
2.93**	0.11	0.32	EDE (זמן 1)	
-1.92	0.02	-0.03	BDI (זמן 1)	
-0.69	0.01	-0.01	SIQ (זמן 1)	
2.30*	0.35	0.81	(קבוע)	צעד 3
2.53*	0.11	0.27	EDE (זמן 1)	
-1.08	0.02	-0.02	BDI (זמן 1)	
-1.99	0.01	-0.02	SIQ (זמן 1)	
4.23***	0.02	0.07	BDI (זמן 2)	
2.43*	0.01	0.03	SIQ (זמן 2)	

BDI – Beck Depression Inventory, SIQ – Suicide Ideation Questionnaire, EDE-Q – Eating Disorder Examination Questionnaire.

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

דיון

במחקר הנוכחי נבדק הקשר בין הפרעת אכילה, אובדנות ודיכאון, כפי שעלה ממדגם של בני נוער שאושפזו במחלקה פסיכיאטרית וסבלו מהפרעת אכילה מסוג אמורקסייה נרבוזה. במחקר ניסינו לשפוך אור על הקשר המשולב בין שלושת הגורמים, ובעיקר לעמוד על השפעתן הייחודית של מחשבות אובדניות על הפרעת האכילה ועל מהלך הטיפול בה. מחקרים קודמים התייחסו לדיכאון ולשינוי בו כגורם פרוגנוסטי בטיפול בהפרעת אכילה (Fewell, Levinson, & Stark, 2017). להבדיל, מחשבות והתנהגות אובדניות נחקרו לרוב בהקשר של הערכה וניבוי של סיכון אובדני, ולא כמשתנה פסיכולוגי בעל השפעה ייחודית על פסיכופתולוגיה ועל תהליכי טיפול.

ממצאי המחקר מעידים על שיפור במצב הגופני, בתסמינים הקשורים להפרעת האכילה (כפי שהם נמדדים בשאלון תסמינים) ובדיכאון במהלך תקופת האשפוז במחלקה. ממצאים אלה נמצאים בהלימה עם ממצאים ממחקרים נוספים, אשר הראו על שיפור בתסמינים של הפרעת האכילה (Schlegl et al., 2016) ובדיכאון (Meehan, Loeb, Roberto, & Attia, 2006) במסגרת טיפול באשפוז של בני נוער

ומבוגרים. עם זאת, בהשוואה שבין הקבלה לאשפוז לבין השחרור, מדד המחשבות האובדניות בניתוחים ראשוניים נמצא ללא שינוי. ממצא מעניין זה הוביל אותנו לערוך ניתוחי המשך. בבדיקת השינוי במחשבות אובדניות בין הקבלה לאשפוז לשחרור, כאשר משתנה הדיכאון בעת הקבלה ובעת השחרור הוחזק כקבוע, נמצא כי בשחרור הייתה עלייה במחשבות האובדניות. בעוד הדיכאון נמצא במגמת שיפור בתקופת הטיפול במחלקה אשפוזית, נדמה כי המחשבות האובדניות, כאשר הן נבדקות במזוקק מהשפעת הדיכאון, מתמידות, ואף מצויות במגמת החמרה. אנו משערים כי ממצא זה משקף את השיפור התפקודי שמתרחש במהלך הטיפול במסגרת אשפוזית, הנובע בין השאר מתוכנית התנהגותית מוקפדת המחייבת את הנבדק לחשיפה ולתפקוד לימודיים וחברתיים יום-יומיים. בנוסף, תחושת השייכות בתוך קבוצת המטופלים, ההקלה והשחרור מדאגה מתמדת לאוכל והראייה המחודשת של המטופל בסביבה החברתית הטיפולית תורמים גם הם לשיפור הנראה במדד הדיכאון. כמו כן, סביר כי העלייה במשקל בתקופת האשפוז והיציאה ממצב תת-תזונה קיצוני בחלק מהמקרים קשורים לשיפור במצב הרוח, מה שמשקף במדד הדיכאון.

ייתכן שההתמדה העיקשת של המחשבות האובדניות מסמנת את הגרעין הקשה אשר נמצא בליבת הפרעת האכילה ולכן עמיד יותר לשינוי. הסובלים מהפרעת אכילה מתאפיינים בתחושות של ייאוש, חוסר תקווה ותחושת אין מוצא, בעיקר במצב שבו הם נאלצים להתמודד עם שינוי מהיר בגוף ולקיים הרגלי אכילה שמטרתם עלייה משמעותית במשקל. ניתן לשער כי בסמוך לשחרור מהאשפוז, חוויה זו בולטת במיוחד. מועד השחרור מסמן לרוב גם את ההגעה למשקל היעד, אשר הופך בתהליך הטיפולי למושא החרדה, שכן הוא מייצג את ההגעה למשקל גוף תקין, שממנו רצו לברוח. כמו כן, השחרור מן האשפוז עשוי להביא עמו עלייה בעוצמות החרדה בשל חשש מאיבוד שליטה בתיאבון ובמשקל, לצד עלייה בתחושות של חוסר אונים בשל היציאה ממסגרת מובנית ומחזיקה ודרישה לחזור לתפקוד במסגרת הבית, בית הספר והחברה.

אנו משערים כי ההבחנה בין דיכאון וחשיבה אובדנית שעולה ממחקרנו מייצגת מרכיב חשוב בתהליך הטיפול במחלקה. בתהליך תיקון הגוף, מטרת התוכנית הטיפולית היא לחזק את התפקוד ולבנות הערכה עצמית וחויית מסוגלות, תחושה של שייכות לקבוצה וראייה חיובית לעתיד. נראה כי כל אלה משתקפים בשיפור שנמצא ברמת הדיכאון. לצד אלה, בתהליך תיקון הגוף נלקח מהמטופל או מהמטופלת מרכיב שהפך במקרים רבים מרכזי במשמעות חייהם – הרזון והיכולת להתמודד עם הרעב ולשלוט בדחפים.

לפי תאוריית העצמי (self-psychology), אצל נערות עם הפרעות אכילה יש פגיעה ביצירת מבנים נרקיסיסטיים. בכר (2001) הדגיש את אכזבתן של נערות עם הפרעות אכילה מאובייקטים אנושיים למילוי צורכי זולת-עצמי ואת פנייתן לאכילה או לאי-אכילה לשם מילוי צרכים אלה. במקביל הוא תיאר את הפחד של הנערה הסובלת מאנורקסיה "לתפוס מקום", אשר קשור גם בתחושה של היעדר זכות להתקיים ולחיות. בתהליך הטיפול בהפרעת האכילה, דרך נרמול הרגלי

האכילה והעלייה במשקל, הנערה מאבדת את השליטה באכילה כאובייקט למילוי צורכי זולת-עצמי לא מסופקים. כמו כן, תהליך העלייה במשקל עשוי לעורר ביתר שאת את הפחד "לתפוס מקום" ואת האשמה הנלווית אליו. מאפיינים אלה עשויים להסביר את העלייה בחשיבה האובדנית ומהווים כר לעבודה טיפולית, במקביל לתהליך השיקום הגופני.

מושג המשמעות לחיים (life meaning) נחקר רבות בשנים האחרונות כגורם מנבא של פסיכופתולוגיה ושל איכות חיים (well being). משמעות לחיים מוגדרת כתחושה של האדם כי הוא ממלא (או נמצא בתהליך של מילוי) מטרות אשר מספקות לו חוויית ערך ומשמעות בחייו (Battista & Almond, 1973). כך למשל, היעדר משמעות לחיים נמצא בקשר חיובי עם מחשבות אובדניות בקרב חיילים הסובלים מדיכאון (Braden, Overholser, Fisher, & Ridley, 2015). הפרעת האכילה, על אף היותה אסטרטגיית התמודדות פתולוגית, מקנה לעיתים למטופל חוויה של משמעות לחיים. אובדן מהיר שלה, ללא תחליף מספק, עשוי להסביר את החשיבה האובדנית המתגברת ככל שמתקדם הטיפול. בנוסף, אנו משערים כי תחושת שייכות אשר נבנית בהדרגה במסגרת הטיפול במחלקה עשויה להשפיע על דפוס של החמרה בחשיבה האובדנית לקראת השחרור, בשל אובדנה הצפוי. לפי ג'וינר ועמיתים (Joiner et al., 2009), קושי בשייכות הוא אחד הגורמים המרכזיים להתהוות של אובדנות. ייתכן כי שחרור מהמחלקה מהווה פגיעה בתחושת השייכות, מה שעשוי להסביר את העלייה שנצפתה בחשיבה האובדנית.

אפשר שהירידה בדיכאון וההטבה בתסמינים בהקשר של הפרעת האכילה לקראת שחרור מסתירים מצוקה פנימית משמעותית שנותרה בעינה. ממצאים אלה מעלים את הצורך בניטור החשיבה האובדנית לאורך הטיפול במחלקה, ובעיקר לקראת מועד השחרור. בנוסף, מחקרים קודמים הדגישו את החשיבות של רצף טיפולי לאחר אשפוז במניעה של נסיגה (relapse) ובשימור הישגי הטיפול (Fennig, Fennig, & Roe, 2002). כפי שתואר קודם לכן, חשוב יהיה לבדוק במחקרי המשך את דפוס השינוי במחשבות אובדניות לאחר השחרור מהאשפוז וכן עם סיום טיפולי מרפאה ארוכי טווח. ניתן לקוות כי בטיפול ארוך טווח מתאפשר תהליך הדרגתי של קבלת מגבלות הגוף וחוסר השלמות שלו והשלמה עמם, ועקב כך מתאפשרת גם הקלה בתחושת הייאוש ובחשיבה האובדנית.

ממצא מעניין נוסף נוגע לקשר בין השינוי במחשבות אובדניות לבין השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה לאורך האשפוז. מחקרים קודמים העלו ממצאים מעורבים ביחס לגורמים המנבאים את תוצאות הטיפול בהפרעת אכילה. כך למשל, במחקר שנערך בקרב מבוגרים באשפוז נמצא כי חומרת הדיכאון לא ניבאה את מידת השיפור בהפרעת האכילה (Calugi, El Ghoch, Conti, & Dalle Grave, 2014). מחקר אחר הראה כי דיכאון, דאגות ותפקודים פרו-סוציאליים ניבאו את השיפור בהפרעת האכילה בשחרור מאשפוז וכן במעקב לאחר שנה (Fewell et al., 2017). במחקר נוסף נמצא כי השינוי בדיכאון בחודש הראשון לטיפול באשפוז הוא מנבא של הפרוגנוזה לאחר השחרור מאשפוז (Kahan et al., 2019). למיטב ידיעתנו, לא נבדק בעבודות

קודמות הקשר שבין השינוי במחשבות אובדניות לבין השיפור בהפרעת האכילה במהלך אשפוז. ניתן לשער כי עלייה במחשבות האובדניות כרוכה בחוויה של מיעוט כוחות וקושי להילחם בהפרעת האכילה ולעמוד בדרישות הטיפול הגבוהות. כמו כן, ייתכן כי תחושת ייאוש קשורה בצורך להיאחז בתסמינים של הפרעת האכילה כדרך לשמור על חיות וחיוניות. מחקרים קודמים התייחסו להתנהגויות של הפרעת אכילה כאל דרך לוויסות רגשות שליליים, כמו חרדה (Giner-Bartolome et al., 2017). אפשר שמהלך דומה קורה בהקשר של מחשבות אובדניות. מנגד, ניתן לשער כי ירידה בחשיבה האובדנית תייצג יכולת גוברת לקבלה התהליך הטיפולי והשלמה עמו ותלווה בהתאם בשיפור בתסמינים של הפרעת האכילה.

בשלב ראשון, נראה כי חשוב לבצע בתחילת התהליך הטיפולי הערכת אובדנות מקיפה; זאת עקב ההשפעה של ממד זה על הפרוגנוזה והחשיבות הטמונה בשכלול בתוכנית הטיפולית. חשוב לציין שבמחקר הנוכחי מצאנו כי האפקט של מחשבות אובדניות וגם האפקט של הדיכאון הם במדד השינוי, ולא ברמת הבסיס. ממצא זה מהווה המשך למחקר קודם שנערך בקרב מדגם זה, ואשר התמקד בשינוי בדיכאון בחודש הראשון לאשפוז כמנבא פרוגנוסטי לתוצאות הטיפול. לפיכך, בדיקת האובדנות או הדיכאון בראשית הטיפול היא הכרחית, אך אינה מספקת. מדד השינוי במחשבות אובדניות ובדיכאון משקף את ההתמודדות של המטופל ואת כוחות הנפש הדרושים לו כדי להתמודד עם הכאב של שינוי הגוף וחזרה לאכילה הנורמטיבית.

למחקר הנוכחי כמה מגבלות הנוגעות לכלי המדידה ולאוכלוסיית המחקר. רכיב האובדנות נמדד על ידי שאלון דיווח עצמי להערכת חשיבה אובדנית בלבד. לא נעשתה הערכה מקיפה של אובדנות, לרבות התנהגות אובדנית, פציעה עצמית וניסיונות אובדניים. המחקר התבסס על מדדי דיווח עצמי (למעט ה-BMI). לא נעשה שימוש במדדים עוקפי דיווח עצמי להערכה של חומרת הפרעת האכילה ושל מידת השינוי בה. קיים צורך במחקרי המשך, שיבחנו את הקשר המורכב בין דיכאון, אובדנות והפרעת אכילה, תוך שימוש בכלים נוספים. כמו כן, המדגם כלל משתתפות הסובלות מהפרעת אכילה מסוג אנורקסייה נרבוזה בלבד. מחקרי המשך נחוצים בכדי לאפיין גם את הקשרים שתוארו בקרב האוכלוסייה של הסובלות מהפרעות אכילה אחרות, דוגמת בולימיה. מעבר לצורך המחקרי, ביצוע הערכות חוזרות עשוי להיות כלי טיפולי חזק ולשמש כהסבר פסיכולוגי (פסיכואדוקציה) ולהתוויה וחיזוק של התוכנית הטיפולית. למשל, במקרים מסוימים ניתן יהיה לשקף למטופל באמצעות שאלוני הדיווח את ההדרגתיות של תהליך ההחלמה מאנורקסייה – החל מתיקון הגוף, דרך השיפור בתסמינים ההתנהגותיים ועד לשיפור בתסמינים הקוגניטיביים. שאלון האובדנות עשוי להיות פתח לעיסוק בחוויות הרגשיות הכואבות שכרוכות בתהליך ההחלמה. כמו כן, ניתן לשקף למטופלים את ההשפעה המעכבת שיש לחשיבה האובדנית על ההתקדמות בטיפול ועל ההתמודדות עם הפרעת האכילה.

לצד המאבק בהפרעת האכילה, קיים צורך בבנייה של משמעות חדשה לחיים, שהיא מסתגלת וגמישה יותר. "מודל יצירה המשמעות" (The Meaning Making Model) מתייחס לתהליך ההסתגלות הפסיכולוגי לאחר אירועי חיים קשים או

טראומטיים (Park, 2010). לפי תאוריה זו, היכולת למצוא סיבה לאירועי חיים קשים ולמצוא בהם היגיון עשויה להוביל לחוויה שהחיים הם בעלי משמעות. מנגד, חוסר יכולת למצוא סיבה לאירועים כאלה עלול להביא לדיכאון ולעלייה במצוקה הנפשית. תוכניות אשר מקדמות בניית משמעות לחיים פותחו לטיפול באוכלוסיות שונות: מטופלים הסובלים מדיכאון (Seligman, Rashid, & Parks, 2006), חולי סרטן (Greenstein & Breitbart, 2000) ועוד. אפילו בקרב אוכלוסייה כללית המטופלת בפסיכותרפיה נמצא כי חוויות של קידום המשמעות לחיים היו קשורות בהטבה תסמינית משמעותית (sudden gains) בטיפול (Adler, Harmeling, & Walder-Biesanz, 2013). למיטב ידיעתנו, תחום זה לא נחקר בעבר בהקשר של טיפול בהפרעות אכילה, והוא עשוי להוות כיוון מעניין לפיתוח ומחקר בהמשך.

מאמר זה עסק בתהליך הטיפול באנורקסיה נרבוזה, הפרעת אכילה קשה ועיקשת. הטיפול בה הוא מורכב, דורש מהמטופל גיוס כוחות רבים וכרוך גם בכאב ובאובדן. המטופל או המטופלת נאלצים לוותר בהדרגה על המשאלה לחוות את הגוף כ"מושלם" ועל חוויית השליטה המוחלטת בגוף ובאכילה. אנו מעריכים כי החשיבה האובדנית הנוכחת במהלך הטיפול ואף בסופו מייצגת את הקושי העצום שכרוך בו. במקביל, נראה כי השיקום הגופני והמסגרת המובנית והמחזיקה מאפשרים גם תהליכי שיפור וצמיחה – הטבה תסמינית ותפקודית. התנועה בין הקטבים, בין הייאוש לבין השאיפה לחיים נורמטיביים ומלאים, היא בליבת הטיפול בסובלים ובסובלות מהפרעת אכילה. בכדי לוותר על התסמינים של הפרעת האכילה ולשמור על משקל גוף תקין ועל הרגלי אכילה נורמטיביים, נדרש תהליך של השלמה עם הגוף ועם העצמי וקבלה שלהם, על אף חוויה של כאב וחוסר שלמות. ניתן לקוות שלאורך זמן גם החשיבה האובדנית דועכת, כך שמתאפשרת גם השלמה עם חוסר השלמות והכאב שבחיים, לצד רצון לחיות וקיומה של תקווה לעתיד.

מקורות

- בכר, איתן (2001). **הפחד לתפוס מקום: אנורקסיה ובולימיה – טיפול לפי גישת הפסיכולוגיה של העצמי**. ירושלים: מאגנס.
- Adler, J. M., Harmeling, L. H., & Walder-Biesanz, I. (2013). Narrative meaning making is associated with sudden gains in psychotherapy clients' mental health under routine clinical conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(5), 839–845. Available at <https://doi.org/10.1037/a0033774>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub. Available at <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Anderson, L. K., Murray, S. B., & Kaye, W. H. (2017). *Clinical handbook of complex and atypical eating disorders* (Vol. 1). Available at <https://global.oup.com/?cc=us>
- Battista, J., & Almond, R. (1973). The development of meaning in life. *Psychiatry, 36*, 409–427.

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division, Harper & Row. Available at <https://doi.org/10.1080/00332747.1973.11023774>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490–498. Available at <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.83>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988) Psychometric properties of the beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. Available at [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier P., & Crow, S. J. (2012) Psychometric evaluation of the eating disorder examination and eating disorder examination-questionnaire: Systematic review of the literature. *International Journal Eating Disorder*, 45(3), 428–438. Available at <https://doi.org/10.1002/eat.20931>
- Braden, A., Overholser, J., Fisher, L., & Ridley, J. (2015). Life meaning is associated with suicidal ideation among depressed veterans. *Death Studies*, 39(1), 24–29. Available at <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.871604>
- Brand-Gothelf, A., Leor, S., Apter, A., & Fennig, S. (2014). The impact of comorbid depressive and anxiety disorders on severity of anorexia nervosa in adolescent girls. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(10), 759–762. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000194
- Brausch, A. M., & Muehlenkamp, J. J. (2014). Experience of the body. In L. Claes & J. J. Muehlenkamp (Eds.), *Non-suicidal self-injury in eating disorders* (pp. 237–253). Berlin & Heidelberg: Springer. Available at <https://doi.org/10.1007/978-3-642-401077>
- Calugi S., El Ghoch, M., Conti, M., & Dalle Grave, R. (2014) Depression and treatment outcome in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 218(1–2), 195–200. Available at <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.024>
- Corcus, M., Taieb, O., Benoit-Lamy, S., Paterniti, S., Jeammet, P., & Flament, M. F. (2003). Suicide attempts in women with bulimia nervosa: Frequency and characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(5), 381–386. Available at <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02318.x>
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363–370. Available at [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4<363:AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4<363:AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23)
- Favaro, A., & Santonastaso, P. (1995). Purging behaviors, suicide attempts, and psychiatric symptoms of 398 eating disordered subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 20(1), 99–103. Available at [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199607\)20:1<99:AID-EAT11>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199607)20:1<99:AID-EAT11>3.0.CO;2-E)
- Fennig, S., Brunstein Klomek, A., Shahar, B., Sarel-Michnik, Z., & Hadas, A. (2017). Inpatient treatment has no impact on the core thoughts and perceptions in adolescents with anorexia nervosa. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(3), 200–207. Available at <https://doi.org/10.1111/eip.12234>

- Fennig, S., Fennig, S., & Roe, D. (2002). Physical recovery in Anorexia nervosa: Is this the sole purpose of a child and adolescent medical-psychiatric unit? *General Hospital Psychiatry, 24*(2), 87–92. Available at [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(01\)00185-2](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(01)00185-2)
- Fennig, S., & Hadas, A. (2010). Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry, 64*(1), 32–39. Available at <https://doi.org/10.3109/08039480903265751>
- Fewell, L. K., Levinson, C. A., & Stark, L. (2017). Depression, worry, and psychosocial functioning predict eating disorder treatment outcomes in a residential and partial hospitalization setting. *Eating and Weight Disorders, 22*(2), 291–301. Available at <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0357-6>
- Giner-Bartolome, C., Mallorquí-Bagué, N., Tolosa-Sola, I., Steward, T., Jimenez-Murcia, S., Granero, R., & Fernandez-Aranda, F. (2017). Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: associations with heart rate variability and state-trait anxiety. *Frontiers in Psychology, 8*, 1163. Available at <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01163>
- Greenstein, M., & Breitbart, W. (2000). Cancer and the experience of meaning: A group psychotherapy program for people with cancer. *American Journal of Psychotherapy, 54*, 486–500. Available at <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2000.54.4.486>
- Hughes, E. K. (2012). Comorbid depression and anxiety in childhood and adolescent anorexia nervosa: Prevalence and implications for outcome. *Clinical Psychologist, 16*(1), 15–24. Available at <https://doi.org/10.1111/j.1742-9552.2011.00034.x>
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. Washington, DC: American Psychological Association. Available at <https://doi.org/10.1037/11869-000>
- Kahn, M., Brunstein-Klomek, A., Hadas, A., Snir, A., & Fennig, S. (2019). Early changes in depression predict outcomes of inpatient adolescent anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 1-9*, 7–785. Available at <https://link.springer.com/journal/40519>
- Keski-Rahkonen, A., Raevuori, A., Bulik, C. M., Hoek, H. W., Rissanen, A., & Kaprio, J. (2014). Factors associated with recovery from anorexia nervosa: A population-based study. *International Journal of Eating Disorders, 47*(2), 117–123. Available at <https://doi.org/10.1002/eat.22168>
- Meehan, K. G., Loeb, K. L., Roberto, C. A., & Attia, E. (2006). Mood change during weight restoration in patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 39*(7), 587–589. Available at <https://doi.org/10.1002/eat.20337>
- Milos, G., Spindler, A., Hepp, U., & Schnyder, U. (2004). Suicide attempts and suicidal ideation: Links with psychiatric comorbidity in eating disorder

- subjects. *General Hospital Psychiatry*, 26(2), 129–135. Available at <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2003.10.005>
- Oquendo, M. A., Currier, D., & Mann, J. J. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(3), 151–158. Available at <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x>
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136, 257–301. Available at <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Patton, G. C. (1988). Mortality in eating disorders. *Psychological Medicine*, 18(4), 947–951. Available at <https://doi.org/10.1017/S0033291700009879>
- Pisetsky, E. M., Crow, S. J., & Peterson, C. B. (2017). An empirical test of the interpersonal theory of suicide in a heterogeneous eating disorder sample. *International Journal of Eating Disorders*, 50(2), 162–165. Available at <https://doi.org/10.1002/eat.22645>
- Reynolds, W. M. (1987). *Suicidal ideation questionnaire (SIQ)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rhodes, A. E., & Bethell, J. (2008). Suicidal ideators without major depression – whom are we not reaching? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(2), 125–130. Available at <https://doi.org/10.1177/070674370805300209>
- Schlegl, S., Diedrich, A., Neumayr, C., Fumi, M., Naab, S., & Voderholzer, U. (2016). Inpatient treatment for adolescents with anorexia nervosa: Clinical significance and predictors of treatment outcome. *European Eating Disorders Review*, 24(3), 214–222. Available at <https://doi.org/10.1002/erv.2416>
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774–778.
- Smith, A., Forrest, L., & Velkoff, E. (2018). Out of touch: Interoceptive deficits are elevated in suicide attempters with eating disorders. *Eating Disorders*, 26(1), 52–65. DOI: 10.1080/10640266.2018.1418243
- Smith, A. R., Dodd, D. R., Forrest, L. N., Witte, T. K., Bodell, L., Ribeiro, J. D., et al. (2016). Does the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide provide a useful framework for understanding suicide risk among eating disorder patients? A test of the validity of the IPTS. *International Journal of Eating Disorders*, 49(12), 1082–1086. Available at <https://doi.org/10.1002/eat.22588>
- Smith, A. R., Zuromski, K. L., & Dodd, D. R. (2018). Eating disorders and suicidality: What we know, what we don't know, and suggestions for future research. *Current Opinion in Psychology*, 22, 63–67. Available at <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.08.023>
- Witte, T. K., Timmons, K. A., Fink, E., Smith, A. R., & Joiner, T. E. (2009). Do major depressive disorder and dysthymic disorder confer differential risk for suicide? *Journal of Affective Disorders*, 115(1–2), 69–78. Available at <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.09.003>