

בית סוטרית - שירות חדש למניעת אשפוז פסיכיאטרי

תקציר:

בהשראת מודל שפותח בתחילת שנות ה-70 בארה"ב לטיפול באנשים אשר נמצאים בעיצומו של משבר נפשי, לרוב פסיכוטי, הוקם בספטמבר 2016 בירושלים "בית סוטרית" הראשון בישראל. מטרתו של הבית היא למנוע את הצורך באשפוז, להציע קהילה טיפולית תומכת ולסייע לאדם לחזור למעגלי החיים בקהילה באופן מיטבי. הטיפול בבית מתאפיין בהעדר כפייה מכל סוג, לרבות שימוש בתרופות, במספר נמוך של דיירים ביחס לכוח האדם ובמניעת הפנמת הסטיגמה הכרוכה לעיתים בטיפול פסיכיאטרי. מודל זה זכה להכרה מצד משרד הבריאות בספטמבר 2017 תחת השם "בית מאזן", ומאז הקמתו של הבית נוספו עוד ארבעה מאזנים בארץ. נציג שלושה דוגמאות לטיפול שהתנהלו בבית.

שמעון כץ¹
אברהם פרידלנדר¹
פסח ליכטנברג^{2,1}

¹בית סוטרית
²האוניברסיטה העברית בירושלים

מילות מפתח:

סוטרית; פסיכזה; משבר נפשי; החלמה; בית מאזן.
Soteria; Psychosis; Mental crisis; Recovery; Stabilizing house

KEY WORDS

הקדמה

בספטמבר 2016 הוקם בירושלים "בית סוטרית" הראשון בישראל על ידי עמותת "סוטרית ישראל", אשר יועד לגברים. מטרתו של הבית היא להציע קהילה טיפולית עבור אנשים בתקופה של משבר נפשי או בעיצומו של חוויה פסיכוטית, מתוך כוונה למנוע את הצורך באשפוז, לעבור את גל המשבר ולסייע לאדם לחזור למעגלי החיים בקהילה באופן מיטבי. הבית מבוסס על התבונה הפשוטה שמקום בטוח, עם תקשורת שקופה, סקרנות והקשבה לא-שיפוטית ויחס אנושי מכבד הנם הכרח להתמודדות והחלמה [1].

בית סוטרית בישראל נשען על מודל שפותח בתחילת שנות ה-70 בקליפורניה על ידי הפסיכיאטר **לורן מושר** [2]. בבית סוטרית המקורי התקיימה אווירה של אחריות משותפת בניהול הבית וההבדלים בין דיירים לצוות טושטשו. בכך היה מן המשותף עם מודל הקהילה הטיפולית (therapeutic community), אם כי הקהילה הטיפולית נועדה יותר לשהייה לטווח ארוך ולא למניעת אשפוז [3]. השימוש בתרופות היה מזערי (מינימאלי), במיוחד בתחילת השהייה במקום. בית סוטרית המקורי נתן השראה לבתי סוטרית נוספים, והוותיק שבהם הוקם בברן, שוויץ, בשנת 1984, ופועל עד היום כחלק מהמערכת הציבורית [4]. במטה-אנליזה של מחקרים שנערכו לבחינת היעילות של מודל זה, הודגם כי בטווח הקצר הבית מפחית את עוצמת התסמינים, בדומה למחלקות האשפוז, ואילו בטווח הארוך יותר הוא משפר את התפקוד הפסיכו-חברתי (psycho-social) ואת החזרה לחיים [5].

לאחרונה התעורר עניין מחודש בעולם במודל הזה, והוא אף קיבל הכרה בדר"ח מיוחד שהוגש לאו"ם כדוגמה למקום טיפול המבוסס על זכויות אדם ומציע שירות יעיל [6]. לקראת סוף 2017 הוקם בית סוטרית שני אשר יועד לנשים. בשני בתי סוטרית בירושלים מתגוררים עד עשרה דיירים בכל בית, אשר זוכים לתמיכה מסביב לשעון של בין שניים לשלושה מלווים,

למעטפת של פסיכיאטר, פסיכולוג, עובד סוציאלי, מטפלים בהבעה ויצירה, אם בית, אחות ומתנדבים אשר מגיעים ממגוון תחומים רחב. השהייה בבית מושתתת על חיי בית שיתופיים של הדיירים והצוות, על אווירה רגועה, הזנה של אוכל מזין ובריא, יחס אישי, הכלה רבה, אוזן קשבת ונגישות למגוון רחב של פעילות פנאי, יצירה והרפיה – כל אחד על פי רצונו ובחירתו. התוכנית הטיפולית כוללת תרופות במינון מיטבי, אם כי נטילת תרופות אינה תנאי לשהייה בבית. כמו כן, מוצעת תמיכה למעגל המשפחה-חברתי של הדייר בשיחות ברוח "הדר-שיח הפתוח" (open dialogue) [7]. הגישה הזאת, שהתפתחה באמצע שנות השמונים של המאה העשרים, נועדה לתת מענה לאנשים ומשפחות המתמודדים עם משבר נפשי. נעשה בו שימוש באסטרטגיות של טיפול משפחתי ומערכתי שתכליתו ליצור קואליציה תומכת שתסייע לאדם לחזור לתפקד.

משך השהות הממוצע הוא כחמישה שבועות, וכ-10% מהדיירים מופנים בלית ברירה לאשפוז בגלל מסוכנות שלא ניתן להכיל בבית. בחודש ספטמבר 2017, משרד הבריאות הכיר בשירות תחת השם "בית מאזן", אך קופות החולים אינן מחויבות לממן את השירות. נכון להיום, רק מבוטחי קופת חולים לאומית ממומנים בסוטרית על ידי הקופה, אך מבוטחי הקופות האחרות משלמים מכיסם 900 ₪ ליום עבור השהייה בבית מאזן, במקום סכומים דומים שמשולמים על ידי קופות החולים לבתי חולים עבור אשפוז פסיכיאטרי. להלן נציג בקצרה שלושה סיפורים של אנשים שקיבלו עזרה בבית סוטרית.

מפרשות החולים

פרשת חולה 1 (פסיכזה ראשונה):

א', צעיר בן 20, הופנה אלינו ממיון פסיכיאטרי לאחר שהפסיכיאטר התורן אמר להוריו שעליהם לאשפוז או לקחת אותו לסוטרית. בשיחה עם הוריו הם סיפרו שהוא מעולם לא

שאל אם אפשר להביא גרגיר אורז בשביל לשחררו מהאזיקים. כך עשינו, ובכוחות משותפים הוא שוחרר מהאזיקים. עם זאת מצבו לא השתפר, ובהמשך לחצנו שייקח תרופות אנטי-פסיכוטיות כדי להישאר בסוטריה. לנוכח מתחים במשפחה, קבענו מפגשים משפחתיים מדי שבוע עם אשתו ולעיתים גם יחד עם הוריו. כל הבית התגייס לשכנעו לקחת תרופות ואשתו דרשה שישתף פעולה וייקח אחריות על מצבו, על הזוגיות ועל ילדיו. ב' הסכים לקבל את הזריקה כדי לרצות את אשתו, אך בכל פעם שראה את המזרק לנגד עיניו, אמר כי הוא מוכן שיזריקו לו רק ישירות ללב. בשיבות בית הסביר כי לכל עולם יש את השעון שלו, וכאשר הוא בשעון הרגיל הוא מתנהג באופן רגיל וכאשר הוא בזמן המיוחד הוא מתנהג באופן מיוחד. ככל שעבר הזמן הוא קיבל יותר שליטה על המעברים בין שני העולמות, אך בכל זאת התקדמותו לא הייתה משביעת רצון. על מנת להימנע מאשפוז, הוא התפשר לבסוף ולקח ריספרידון במינון של עד 4 מ"ג. בהמשך ניכר היה שהוא יותר נוכח "בשעון הרגיל" וההתנהגויות המיוחדות פחתו. מקום עבודתו הסכים שיגיע לשעתיים בכל יום לקדם את תהליך שיקומו.

תהליך ההחלמה המשיך להתקדם עד למפגש עם רופא תעסוקתי שקבע כי ב' אינו יכול לחזור לעבודה בחודש הקרוב. מאותו יום מצבו התדרדר, ולאחר שבוע הפסיק לטול תרופות ודרש לעזוב את סוטריה בטענה שהוא מתגעגע לאשתו. כעבור שבוע מפרישתו מסוטריה ב' אושפז לחודש ימים. עם שחרורו החל טיפול פסיכולוגי אמבולטורי בסוטריה והיה בטיפול תרופתי מרפאתי כפוי של זוקלופנטיקסול דקנואט במינון 300 מ"ג אחת לשבועיים. כעבור שלושה חודשים חלה התייצבות, והפסיכיאטרית בקהילה החלה להפחית את המינון שקיבל. ב' דיווח כי הוא מסוגל לחוש רגשות למרות התרופה, והחל לקחת אחריות על הזוגיות שלו ועל משפחתו, ולהתבונן בחוויות שהביאוהו לסוטריה. שנה לאחר השחרור מהאשפוז, הוא ממשיך להיות מלווה פסיכולוגית אחת לשבוע בסוטריה, מתנדב בסוטריה, לוקח זוקלופנטיקסול דקנואט 100 מ"ג אחת לחמישה שבועות במטרה להמשיך עוד את הפחתת המינון וחזר לשוק העבודה כמתכנת מחשבים כפי שעבד לפני המשבר האחרון.

פרשת חולה שלישי (מחרדה לחמלה):

ג', גבר בשנות ה-40 לחייו, גרוש עם ילד, ללא עבר פסיכיאטרי, הגיע לסוטריה באישקט קיצוני, חרדות, בלבול, זעם ותסכול. מצב זה נמשך לדבריו עשרה ימים. לדבריו: "המוח עבד בקצב מטורף, מחשבות ללא הפסקה, לא מסוגל לקלוט מילים חוץ מכן/לא/לא יודע. כל פירוט נוסף הוציא אותי מדעתי". ג' אובחן כלוקה בגנחת הסימפונות, אך מזה שנים הוא צורך גראס במינונים גבוהים. כחודשיים טרם הגעתו, בעקבות התקף גנחת ודלקת הסימפונות (ברונכיטיס), הוא טופל בפרדניזון. פסיכיאטר בדק את ג' ונתן לו קלונזאם 4 מ"ג ליממה, אך ג' השתמש במינונים גדולים יותר. לנוכח מצבו פסיכיאטר קבע אבחנה של "מאניה חמורה" ושלח אותו לאשפוז דחוף, אולם משפחתו של ג', אשר הייתה מתחילת הדרך מאוד מגויסת לעזרתו, שמעה על סוטריה והחליטה לנסות למנוע את אשפוזו על ידי הבאתו אליה. בימים הראשונים של שהותו בבית סוטריה הוא טופל

היה בטיפול נפשי ולא נטל תרופות פסיכיאטריות, אך בשנה האחרונה, לקראת סיום מכינה קדם-צבאית וגיוסו לצבא, הם הרגישו שהוא מאבד קשר עם המציאות באופן גובר והולך. אירוע השיא היה כשהם גילו שהוא מחביא סכין מטבח בשרוויל החולצה שלו ולא מוכן לספר מה הוא מתכוון לעשות איתו. לאחר אירוע זה הם הביאו אותו למיון פסיכיאטרי, משם הופנה אלינו.

עם הגעתו של א' הוא התאקלם במהירות והיה פתוח ותקשורתי. למשל בסעודת שבת שבה נכח אחד מאיתנו (פ' ל'), הוא פתאום החזיק את ראשו ואמר שהוא לא יכול להמשיך ככה, הקולות משגעים אותו ובוודאי פוגעים גם בסועדים אחרים. לאחר שתיקה מתוחה, התפתח שיח בין דיירים שונים, וכלל גם איש צוות, על הקולות שהם שומעים, על אמונתם שזה בא ממחשבותיהם ולא מבחון, על פעולות מנטליות שלמדו כדי להתגבר על הקולות, ועוד. לאחר כחצי שעה כולם חזרו לאכול וא' היה רגוע. עם זאת, בעקבות עימות עם דייר אחר שהיה פסיכוטי, א' הלך והתכנס לתוך עולמו הפנימי. במשך ימים הוא לא תיקשר עם אף אחד, למרות ניסיונות חוזרים ונשנים של הצוות, ונראה היה שהוא שוקע יותר ויותר פנימה עד כדי מצב דמוי קטטוני. משפחתו הגיעה לעיתים קרובות להיות איתו ולנסות לעזור לו בהתמודדותו. לאחר מספר ימים של נטילת מינון נמוך של ריספרידון, א' סרב להמשיך לקבל טיפול תרופתי.

בהדרגה חזר א' לתקשר עם הצוות, ככל הנראה בזכות ההכלה והתמיכה מצד הצוות, ההתגייסות המשפחתית וכוחות הנפש שלו עצמו. בתום שהות של שמונה שבועות ההרגשה הייתה שהוא הצליח להתארגן מחדש ובשלב זה הוא סיים את שהותו אצלנו והלך להתנדב בחווה חקלאית. בתום כמה שבועות של התנדבות חזר א' להתגורר בבית הוריו. הוא התנדב לשיירות לאומי. שנה לאחר סיום שהותו בבית סוטריה מצבו החברתי והתפקודי נשאר טוב, דיווח שאינו שומע קולות, ולא ניכרים בו סימנים אחרים של פסיכוזה.

פרשת חולה 2 (פסיכוזה נשנית):

ב', גבר בן 30, נשוי עם ילדים, עובד מוכשר ומוערך בתעשייה, בעל רקע של ארבעה אשפוזים קודמים במצבים פסיכוטיים. לאחר כל אשפוז הפסיק את הטיפול התרופתי בטענה שהוא לא מסוגל לחוש רגשות תחתיו. אשתו התקשרה וסיפרה כי בימים האחרונים מצבו מתדרדר והיא חוששת שוב לאשפוז. אחד מאתנו (א' פ') הגיע לביתו, ומצא את ב' במיטתו, מנותק מהסביבה. אשתו סיפרה כי הוא שרוי במצב הזה כבר יומיים, לא ישן ולא אוכל. ב' לא הגיב לפניו אליו בשמו, אך כשאישי הצוות קירב את פניו אל מול פניו של ב' למרחק נגיעה, באופן מפתיע ב' אמר: "שלוש, מה שלומך?". נראה היה כי ב' נמצא בתוך מעין בועה, שיצירת קשר מחייבת חדירה לתוכה. ב' הסכים לבוא לסוטריה, אך בדרך הוא התקשר לחבר ואמר לו שהוא בדרך לכלא. זו הייתה דוגמה ראשונה מיני רבות לדרכו של ב' לחיות בשתי מציאויות מקבילות, אחת משותפת לשאר העולם והשנייה רק שלו.

התנהגותו בסוטריה הייתה לרוב מוזרה. הוא נהג לשכב על הרצפה בתנחות מיוחדות ובקושי לאכול או לשתות. פעם למשל הוא נשכב ואמר כי הוא אזוק לרצפה ואינו יכול לקום. לשאלתנו היכן המפתח, השיב שהוא בלע אותו, ואז לפתע

מעבר לחסכון בימי אשפוז. אנחנו שואפים לשנות את היחס של האדם למצוקתו הנפשית הקיצונית על ידי הכנסתו לסביבה נורמטיבית. ישנם מספר אפיונים לטיפול שניתן בסוטריה:

- המקום הוא בית ולא מוסד. כל מי שנכנס לשם יחוש מיד אווירה ביתית נינוחה ופתוחה.
- פנומנולוגיה בינאישית או, בשפה פשוטה, "להיות עם" האדם, דהיינו לגשת אליו מתוך צניעות, ללא יומרה להבין מה הוא צריך, ולהקשיב לו ללא שיפוטיות בניסיון להתחבר אליו בתוך עולמו. ביטוי מצוקה או פסיכזה מעוררים קודם כל דיונים משותפים [2].
- רבים מהצוות – בערך מחציתו – חוו בעצמם משברים נפשיים ואשפוזים פסיכיאטריים. עובדה זו יחד עם הביתיות של המקום מורידים לגמרי את הסטיגמה של להיות במקום הזה.
- אין מידור ממערכת התמיכה הטבעית של האדם. להיפק – במידת האפשר המשפחה היא חלק חשוב של העבודה הטיפולית שלנו.
- ההחלטות ננקטות בהסכמה ומתוך שיח גלוי וכן עם הדייר שמקבל טיפול. בכך אנחנו מגייסים אותו לטיפול ומכבדים את זכויותיו.
- תרופות הן חלק מתוכנית הטיפול – בכך אנחנו נבדלים מסוטריה המקורית ודומים יותר לסוטריה ברן, הוותיקה בעולם [4]. יש אנשים שמסרבים לטיפול תרופתי, ואנחנו מכבדים את הרצון הזה (למשל עם א').
- אנחנו נעזרים מאוד בסביבה. ישיבות בית מתקיימות מדי יום והארוחות בעצמן מספקות הזדמנויות לא פורמאליות לשוחח ולהתקדם. בכל הווייניטות שהצגנו, הקבוצה הייתה חיונית ככלי טיפולי.

כפי שניתן להבין מהאפיונים האלה ומתיאורי הטיפול, החידוש בסוטריה הוא קודם כל שינוי ביחס לסבל הנפשי הקיצוני של האדם במצבים פסיכויטיים ואפקטיביים. בלי להתעלם מקיום התשתית הניורופיזיולוגית לכלל ההתנהגות האנושית, בבריאות כמו בחולי, אנחנו מתייחסים למצבי קצה נפשיים כאל חוויה אנושית שדורשת קודם כל מענה אנושי של תמיכה והכלה. לכן המכל בו מתבצע הטיפול הוא בית ולא מוסד, תוך שמירה מרבית על זכויות וכבוד המטופל. עיקרון מרכזי בטיפול הוא כאמור "להיות עם" האדם (אפיון 2 למעלה) כפועל יוצא של גישתנו לתלאות האדם. כמו כן אנחנו גם משמרים את קשר המטופל למערכות התמיכה שלו. המרכיבים הטיפולים הקיימים בבתי חולים, כגון שיחות, טיפולי משפחה, התערבות פרמקולוגית וחיבור למערכות שיקום, אינם זנחים, אם כי הם לעיתים מיושמים בצורה שונה ובאווירה אחרת.

לסיכום

הבית המאזן "סוטריה" מצליח לספק סביבה טיפולית ייחודית וברוב המקרים למנוע אשפוז. אנחנו עושים זאת באווירה פתוחה, אנושית ומכבדת, ללא פגעי הסטיגמה. בנוסף לשני בתי סוטריה בירושלים, הוקמו חמישה בתים מאזנים על ידי גופים אחרים באזורים שונים בארץ, בית סוטריה השלישי עומד לקום בצפון השרון בשנת 2019, ובתים נוספים מצויים בשלבי תכנון. הניסיון שמצטבר אצלנו ובבתים מאזנים אחרים, יחד עם מחקרים שיערכו, יעזרו לשכלל את הכלי

בטבלית קלונזפאם במינון 0.5 מ"ג כל ארבע שעות לסייע לו בהתמודדות עם המתח והחרדה בהם היה שרוי. מינון זה הלך ופחת בהדרגה ככל שג' הרגיש ביטחון ורכש כלים להתמודדות עם קשייו הנפשיים. נעשתה התערבות בשיטות של טיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT), הרפיות ומיינדפולנס. שיחות אחד על אחד ובקבוצות נעשו איתו באינטנסיביות עד השעות הקטנות של הלילה, והוא למד לשתף ולדבר מתוך מצוקותיו ולא רק להתנהג לפיהן. ככל שעבר הזמן, הוא היה זקוק לפחות שיחות ופחות תרופות. בתום שהותו בסוטריה, כעבור כחודשיים, הוא היה ללא טיפול תרופתי, וכעבור חודשיים משחרורו הוא חזר לסוטריה על תקן מתנדב.

בכל שעות היום, ולפעמים בלילה, היה ניתן לראות את ג' בשיחה עם מלווים ועם דיירים אחרים בניסיון להביע את מצוקתו וללמוד להתמודד איתה. טראומות, חרדות ועצב שבעבר הוא ניסה להדחיק, הציפו אותו, ולדבריו, בשונה מהתמודדותו הרגילה, לראשונה בחייו הוא לא חש מאוים מהן אלא נתן להן מקום ותוקף. ג' הרגיש שחייו משתנים ושהוא עובר בסוטריה, לדבריו, תהליך של "לידה מחדש". בהתאם, הוא החל לבחון היבטים שונים של חייו, כגון הקשר שלו מול בת הזוג, מול ילדיו ומשפחתו, כמו גם היחס שלו כלפי הסמים שליוו אותו במשך רוב חייו הבוגרים, המקום בו הוא עובד ועוד.

לתחושת ג' הוא החל בסוטריה תהליך משנה חיים, של "גדילה כתוצאה ממשבר", שהיה קשור ליכולת שלו להתבונן בטרואומות ובדפוסים ההרסניים שסיגל, ממקום כנה, אמין ומקבל. במילותיו הוא: ".... קרה שם משהו ... ראיתי לתוך נבכי נשמת. ראיתי את הפגיעה שיש שם בפנים. שריטה של שנים. ראיתי את אבי שכה פגע בי בילדותי, את החוסר אהבה שגדלתי בה.... הצלחתי להתחבר לעצמי... במשך שעות חוויתי את הילדות מחדש. ממקום אחר. הרגשתי תוך כדי איך הכל עולה למעלה. מכל הגוף, מהבטן, דרך החזה ופשוט יוצא. חוויה חזקה שפשוט קיבלתי את נשמת חזרה".

חצי שנה אחרי שסיים, ג' בא אלינו להתנדב מדי שבוע וחש חלק מהקהילה. הוא הולך לפסיכותרפיה ועדיין נפעם מהשינויים שסוטריה אפשרה לו לעבור.

דיון

הבאנו כאן בקצרה שלוש פרשות חולים שטופלו בבית סוטריה בירושלים. לא היה כאן ניסיון לתאר סיפורים אופייניים, אלא להביא דוגמאות שממחישות את המתרחש בסוטריה. א' לקה בפסיכזה ראשונה, כנראה די ממושכת, לפני הגעתו אלינו. הוא יצא במצב טוב ואפשר לומר שנכון להיום הוא החלים – מצא את מקומו בחיים ותורם לחברה. ייתכן שבזכות השתות שלו בסוטריה נחסך ממנו מסלול חיים של "חולה נפש". ב' לקה בפסיכזה חוזרת. התקדמנו איתו לאחר ניסיונות טיפולים רבים, אך לאחר אכזבה נאלץ להתאשפז. ג' הופנה תחילה לאשפוז עם הפרעת חרדה קשה, אולי עם מרכיבים אורגאניים, אך במקום זאת הגיע אלינו ומצא בנו קהילה שעזרה לו לשנות את חייו הרבה מעבר לבעיית החרדה.

כמו בכל בית מאזן, מטרתנו בסוטריה היא למנוע אשפוז, בוודאי לטווח הקצר ואולי גם לאורך זמן. רק מחקר מסודר יוכיח אם מטרה זו אכן מושגת, אבל השאיפה הטיפולית היא

שלמי תודות: לקרן לאזלו נ' טאובר פאמילי פאונדיישן.

מחבר מכותב: פסח ליכטנברג

טלפון/פקס: 02-6221154

דוא"ל: licht@cc.huji.ac.il

הטיפול הזה. יש בסיס לציפייה שלאחר שהשירות יהפוך לציבורי במימון מלא של הקופות, והעול הכלכלי הבלתי סביר ובלתי מוצדק על כתפי המתמודדים ומשפחותיהם יוסר, ירבו בתים מאזנים בישראל ויהפכו להיות מרכיב משמעותי במערכת בריאות הנפש. ●

ביבליוגרפיה

<p>1. Lichtenberg P, The residential care alternative for the acutely psychotic patient. <i>Psychiatr Q</i>, 2011;82:329-341.</p> <p>2. Mosher LR, Hendrix V & Fort DC, <i>Soteria: Through Madness to Deliverance</i>. 2004, Xlibris Corporation.</p> <p>3. Whiteley S, The evolution of the therapeutic community. <i>Psychiatric Quarterly</i>. 2004;75(3):233-48.</p>	<p>4. Ciompi L & Hoffmann H, <i>Soteria Berne: an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic</i>. <i>World Psychiatry</i>, 2004;3(3):140-6.</p> <p>5. Calton T, Ferriter M, Huband N & Spandler H, A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with</p>	<p>schizophrenia. <i>Schizophr Bull</i>, 2008;34(1):181-19.</p> <p>6. UN General Assembly, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, 28.3.2017, A/HRC/35/21, available at: http://socialprotection-humanrights.org/resource/report-special-rapporteur-right-</p>	<p>everyone-enjoyment-highest-attainable-standard-physical-mental-health-dainius-puras-ahrc3521/ [accessed 10 June 2018].</p> <p>7. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, <i>The comprehensive open-dialogue approach in western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care</i>. <i>Psychosis</i>, 2011;3:192-204.</p>
---	---	---	--

כרוניקה

תנועת תאי מערכת החיסון מקשריות הלימפה וחזרה



החזרת של תאי T מהרקמות חזרה למערכת הלימפה. ביטוי של הספינגוזין וקולטנו על גבי תאי T, וכן התחברות של הקולטן לתאי אנדותל לימפטיים, היו האירועים המכוננים בבסיס התהליך. החוקרים סוברים כי חלבון זה ממלא תפקיד ייחודי בתהליך החזרת תאי מערכת החיסון למערכת הלימפה. איתן ישראלי

תאי מערכת החיסון מתגייסים להגיע ממערכת הלימפה דרך הצנרת המובילה, בתגובה לגירויים שונים, דוגמת אלרגיה בעור או זיהומים חיידקיים. לאחר מילוי תפקידם, התאים חוזרים למערכת הלימפה בצינורות מחזירים. **שינוי וחב' (Science Immunol 2019;4:eaav1263)** חקרו את תפקידו של ספינגוזין 1 פוספט (P1S) והקולטן שלו, בנדידה

כרוניקה

משטר טיפול קצר בחולי שחפת עמידה לריפאמפין אינו נופל מטיפול ארוך טווח



שלילית. מתוך 424 נכללים במחקר, 383 נכללו בהערכה, ונמצא כי 79.8% בקבוצה במשטר ארוך הטווח ו-78.8% במשטר הקצר הגיעו למצב נקי משחפת. ההבדל בין הקבוצות לא היה משמעותי. השפעות לוואי מדרגה III דווחו ב-45.4% מהנכללים במשטר ארוך הטווח וב-48.2% בנכללים במשטר קצר הטווח. שיעור התמותה היה 8.5% בקבוצת המשטר קצר הטווח ו-6.4% במשטר ארוך הטווח. עמידות לתרופות הופיעה ב-3.3% בקרב המטופלים במשטר הארוך, ובקרב 2.3% במשטר הקצר. החוקרים מסיקים כי לא היה הבדל בהצלחת הטיפול בחולי השחפת בין שני המשטרים. איתן ישראלי

ותוצאות ניסוי שנערך בבנגלדש הצביעו על כך שמשטר טיפול קצר טווח בלוקי שחפת עמידה לאנטיביוטיקה, היה יעיל, לעומת משטר הטיפול הארוך יותר המומלץ על ידי ארגון הבריאות העולמי. בעקבות זאת, ביצעו נאן וחב' (NEJM 2019;380:1201) ביצעו ניסוי בשלב III בחולי שחפת עמידה לריפאמפין, שהייתה רגישה לפלואורוקינולונים ולאמינוגליקוזידים. הנכללים במחקר קיבלו תרופות במשטר קצר (9-11 חודשים) שכלל מינון גבוה של מוקסיפילוקסצין, או משטר ארוך טווח (20 חודש) על פי הנחיות WHO. מצב החולים נבדק לאחר 132 שבועות, לפי תרבות שחפת