

קואליציה רחבה כנגד הפרעות אכילה - טיפול בקהילה

פורסם במדיקל 2006

ד"ר מוריה גולן*

שחף, טיפול כוללני בהפרעות אכילה בקהילה, נען ות"א

*ד"ר מוריה גולן, מנהלת מקצועית של שחף, מרכז לטיפול כוללני בהפרעות אכילה בקהילה.

הדינמיקה של הפרעות אכילה

הפרעות אכילה הפכו בעשורים האחרונים לבעיה בריאותית וחברתית שכיחה. הפרעות אכילה הן תוצר של קשרים הדדיים ומורכבים בין מאפיינים ביולוגיים, פסיכולוגיים, משפחתיים וסוציו-תרבותיים. התמורות החברתיות הביאו עימן בצד הקידמה והרחבת האפשרויות, גם מכלול לחצים ומתחים, אשר אצל פרטים בעלי בסיס ביולוגי רגיש עשויים להיות מושלכים על המראה כחלק מתרבות הרזון.

הלחץ החברתי והלחץ המשפחתי סביב ערכי הנהנתנות לצד ערכי המראה הצנום הנערץ שמבטא ערכי יופי והצלחה, תומכים בקיומו של קונפליקט ערכי שלעיתים מוצא את פתרונו בדפוסי התנהגות מזיקים, המעמידים את הפרט והחברה בעמדה אמביוולנטית מול הפרעות האכילה (1,2).

שימוש במשלשלים, בהקאות ובצומות הפכו אמצעים בשימושם של בעלי התיאבון המתקשים לאזן את משקל הגוף כמו גם בקרב המתעמתים עם היעד של השגת 'גוף מושלם' ו/או 'כיבוש היצר'.

בקרב חולות בהפרעות אכילה, העיסוק האובססיבי באוכל ורזון הינו צורך הגנתי מפני שינאה, דיכאון, בוששה, אשמה כמו גם מפני תחושת החסך ביחס לצורך להיות מוזן, מוגן ומנוחם ועוד מגוון תחושות שליליות המייצגות עולם רגשי מסוכסך ופגיע. מבחינת החולות בהפרעת אכילה, הרזון מספק עוגן בטחון, הבטחה (אשליה) של תחושת שליטה, הצלחה, סיפוק גרנדיוזי, תחושת עליונות, מיוחדות, ערך עצמי ואופוריה כשבפועל הפרט משתעבד לאורח חיים סגפני או לחלופין התקפי, המשתלט על יישות הפרט, מצמצם אותה ומנשל אותה מהתנהלות משוחררת על פי ערכיו (3-4).

האמביוולנציה

מבחינת החולות בהפרעת אכילה וויתור על המחלה הינו בבחינת וויתור על ההגנה של העצמי מפני תחושת התרוקנות, התפרקות, דיכאון, חרדה, חוסר אונים ומפני קונפליקטים נפשיים בלתי פתורים אחרים (3-5). הצורך בשליטה, בפרפקציוניזם ובהגנות אובססיביות וכפייתיות מסביר את ההתנגדות של החולות לויתור על הסימפטומים. הן מתקשות לוותר על הפנטזיה של היותן 'על אנושיות', אלו שהולכות עם מאווייהן עד הסוף, בעלות הגוף ה'מושלם' והייחודיות. מנקודת המבט של רב החולות, נורמליזציה של אכילה היא מסע מסויט לנבכי התיאבון, התשוקות והיצרים, מסע שממנו הן חוששות מאוד ולעיתים חייבות לסגת (6-7). יתר על כן, התפיסה המעוותת שלהן ביחס לגופן מניעה אותן לעמדה פראנואידית המייחסת לסביבה ניסיונות להונות אותן, כאשר קיים עליהן לחץ לעלות במשקל בעוד הן עצמן חשות שמנות.

מבחינתן לעלות במשקל או לוותר על ההקאות זה בבחינת ויתור בלתי נסבל על האמת שלהן, השיפוט שלהן והבחירה המשתלמת באמצעי ה'יעיל' לתיקון אירועי זלילה. לעיתים, המאבק הניטש בינן לבין הצוות הרפואי או משפחותיהן מזין את הצורך שלהן בחווית שליטה והצלחה במבחן הכוחניות ובדיקת הגבולות (8).

הפעלת עמדה מתעמתת שבה החולה נדחקת לקבל הנחיות אלו או אחרות להבדיל מעמדה בה מסכימה לקבל התנהגויות אלו או אחרות, תוביל להתנגדות לשנוי. המאבקים מפנים חלק מהתוקפנות אל הסביבה, אך המחיר עשוי להיות באובדן האמון באחר, בהיעדר תשובה אחת נכונה למצבים מקשים. לעתים התעקשות על התנהגות זו או אחרת עשויה להיחווה כהצבת גבולות ומקנה תחושת בטחון ולעתים אותה התנהלות עשויה להיחווה כגזלת את הידע של הפרט ביחס לעצמו ונובעת ממשאלות שליטה בו.

התהליך הטיפולי

התהליך הטיפולי חותר לתיקון המצב התזונתי והמשקל, להשגת נורמליזציה של התנהגות האכילה והעיקר לבניית הגנות יעילות מול מכלול הקונפליקטים הרגשיים להם נתונה החולה. נוכחות סיכונים פיסיולוגיים לעתים גוררת התמקדות במצב הרפואי ובתיקון המשקל. מאחר ומיגור הסימפטומים אינו בהכרח בסדר עדיפות עליון מבחינת החולות, שיעור נשירה גדול הוא חלק ממאפייני הטיפול בהפרעות אכילה (9).

ברב המקרים, החולות שמגיעות למיון על רקע עילפון, הפרעת קצב או דופק נמוך מיוצבות ונשלחות לביתן. רובן מוותרות על המעקב המומלץ במרפאה קהילתית. הישנות אירועים שכאלו תורמת למעגל של טיפול לא אפקטיבי המנציח את עצמו.

כישלונות חוזרים ונשנים בטיפולים בהפרעות אכילה נובעים במקרים רבים מטיפול שנותן מענה חלקי בלבד (רק פיסיולוגי או רק פסיכולוגי) למכלול הבעיות המסתתר מאחורי הפרעה מורכבת זו. המכון הבריטי הלאומי למצוינות קלינית (10) המליץ על טיפול כוללני בהפרעות אכילה, הניתן על ידי צוות רב מקצועי שנותן מענה להיבטים הפיסיולוגיים והפסיכולוגיים כאחד. מסתבר שהמערך הטיפולי הנ"ל איננו מספיק שכן שיעור ההחלמה ממחלות אלו נשאר חלקי (9). החולות מתקשות להצטרף לקואליציה כנגד הפרעת האכילה.

הקואליציה נגד הפרעת אכילה

הקמת קואליציה רחבה כנגד הפרעת האכילה וגיוס החולות להילחם במחלה ביחד עם הצוות הטיפולי והמשפחה מתאפשרת כשננקטת עמדה ברורה כנגד הפרעת האכילה וכשקיים שימוש בטכניקות מוטיבציוניות. יתר על כן, יצירת קואליציה רחבה כנגד הפרעת האכילה דורשת ביסוס יחסי אמון בין החולה לסביבה הטיפולית. יחסי אמון שכאלו מתאפשרים כאשר החולה חשה את האמפתיה של הסביבה לכך שהסימפטומים משמשים עבורה הינם בבחינת פונקציה הגנתית וכשקיימת הכרה בצרכיה המורכבים ביחס לתחושת נוחם, שליטה, הצלחה, מיוחדות ועוד (11).

כדי לנשל את הסימפטומים של הפרעת אכילה מכוחם המשלה, יש לספק לחולות את ההגנה הנחוצה עבור העצמי הפגיע, חסר האונים, החרד והתלתי. לספק מענה לתחושת חוסר הערך, חוסר הייחודיות והצורך בנוחם הרגעה ותחושת שליטה.

לפיקך, בכדי שהעוסקים בטיפול בהפרעות אכילה (צוות ומשפחה) יצורפו לקואליציה הם נדרשים לבסס יחסים של שיתוף פעולה, יחסים שבבסיסם קיימת אמפתיה להיגיון שעומד מאחורי דפוסי ההתנהגות המזיקים ולכבד את הצרכים שכביכול מסופקים על ידי הסימפטומים של המחלה. במקביל יש לפעול להפניית ההתרסה של הנערה כנגד המחלה והמגבלות שמטילה על החולה, להכרה במחלה כמזיקה, כמו גם לתת מענה לסכסוך הרגשי לו נתונה.

גישות וטכניקות טיפוליות

הגישות הפוסט-מודרניסטיות מתייחסות אל המציאות כפועל יוצא של תפיסתו, פועלו וחוויתו של האדם ולא כתופעה אובייקטיבית ומתייחסות אל העבר לא כאל מקום לחיפוש סיבות אלא כמקום לחיפוש למידה, הישגים וחוויות מעשירות שתרמו למאגר ההתמודדויות והכוחות בהווה הן מזמינות תהליך של שיתוף פעולה בין החולה לצוות הטיפולי תוך כדי השטחת היררכיות (12).

הגישה הנרטיבית השייכת לזרם זה מתייחסת אל הבעיה כחיצונית לאדם, ומתעניינת באופן בו הבעיה משפיעה על תחומים שונים בחייו. בטיפול הנרטיבי מנסים לספר את סיפור הבעיה באופן כזה שהאדם יתגייס להילחם בבעיה ולא בצוות. המטפל סקרן ביחס לטקטיקות השונות בהן נוקטת הבעיה כאשר משתלטת על האדם וביחס לכוונותיה. תשומת הלב של החולה מופנית לכך שהפרעת האכילה משכנעת אותה לרזות, להקיא, להפריז בספורט או בפעילות אובססיבית אחרת ולראות את עצמה בלעדיה כחסרת ערך ובעלת ביטחון עצמי ירוד (13).

כבר במפגש הראשון מספרים את סיפור המחלה קצת אחרת – משחזרים איך המחלה ניצלה שורה של חולשות אצל האדם והתפרצה עם סידרה של אשליות והבטחות שווא. באופן הזה החולה חשה כי הרגישויות שלה מובנות, היא איננה מואשמת וכי קיימת אופציה לפרוץ את מעגל הבדידות.

החולה והמטפל בתהליך של שיתוף פעולה חוקרים ובודקים איזה מסרים חברתיים ומשפחתיים ואיזה אירועים אישיים נוצלו על ידי הפרעת האכילה לבסס את ההערכה העצמית הירודה של האדם ולשכנע אותו להצטמצם (למשל כאשר הצלחה מוגדרת במונחים של משקל). חוקרים איך הפרעת האכילה משלה את האדם ומעוותת אותו לסכנות שמתלוות אליה (14).

בטיפול הנרטיבי מנהלים משא ומתן עם הבעיה במטרה להחליש את כח השפעתה על החולה (15). הליך הטיפול הוא מסע בו ההחלטות וההתלבטויות משותפות לחולה לצוות ולמשפחה, תוך התמקדות באירועים ייחודיים בהם הצליחה החולה לפעול בניגוד לכוונות של הפרעת האכילה, אירועים ייחודיים בהם הצליחה המשפחה להשתחרר ממאבק הכוחות שנכפה על ידי המחלה ומצאה דרכים אלטרנטיביות לתקשר תמיכה וקירבה. הגישה הנרטיבית מסייעת לחולה לנהל שיח שונה ביחס להפרעת האכילה, להתייחס אל המחלה כאל רע שגם אם בתחילת הדרך נחוה כהכרחי, בהמשכה נבנית תשתית להגנות יעילות, כלומר לאפשרויות שונות ואף טובות ממנו.

אחד האמצעים הנפוצים בגישה הנרטיבית לחיזוק הקואליציה הוא הרחבתה באמצעות קולות נוספים (peopling the work). בעת הראיון ניתן להזמין את המטופל להשמיע את דעתו של אדם המוערך על ידו, לשאול מה היה אומר חבר זה או אחר, או עדים חיצוניים וירטואליים. יש הנעזרים בצוות מהדהד (reflecting team). הרעיון הוא ליצור הזדמנות לקהילה של אנשים להצטרף לקואליציה הטיפולית באמצעות גלוי משמעויות חדשות נוספות לתוכן זה או אחר שעלה בשיח עם המטופל. בתהליך ההדהוד כל פרט בצוות מהדהד מתייחס למילה או תוכן שנגעו בו במהלך הראיון עם החולה. הפרט מפרט איך הנאמר נגע בו באופן אישי ומביא את האסוציאציה האישית שלו ביחס

לנאמר. באופן הזה מועשר הסיפור או הראיון הראשוני ברעיונות נוספים ביחס למשמעויות של התכנים שעלו בו (16).

גם הגישה הממוקדת בפתרונות (Solution Focused Therapy) שייכת לזרם הפוסטמודרניסטי ובניגוד לגישות המודרניות, איננה עוסקת בהגדרת הבעיה אלא בעיצוב השנוי הרצוי ובהגדרת המטרות. עיקר המאמצים מושקעים באיתור מצבים 'נעדרי בעיה' (exception). הכרה, הערכה, שיחזור והרחבת אותם מצבים נעדרי בעיה יובילו להתרחקות ממנה ולהתקרבות לפתרון. הגישה ממוקדת הפתרון ניסחה שאלות מפתח המשמשות אותה לאורך תהליך הסיוע כמו שאלת הנס (17) ("אם מחר היה מתרחש נס והבעיה היתה נעלמת, איך תדעי בבוקר שהתרחש נס?; איך יראה היום שלך ללא הבעיה?"; "מי היה מזהה ראשון את התמורה?"), זיהוי מצבים נעדרי בעיה, שאלות סקאלה ('כיצד היית מדרגת את מידת הקושי שלך להתאפק מלהקיא') ושאלות התמודדות (מה למדת על עצמך מהדרך בה התמודדת עם ..? ; מה הדברים שיכולים לעזור?).

טכניקות מגישת הראיון המוטיבציוני אף הן מסייעות בהרחבת הקואליציה מול הפרעת האכילה. הראיון המוטיבציוני מבוסס על ההנחה כי התנגדות היא התנהלות שמתרחשת כפונקציה של היחסים בין המטפל למטופל. מטרת הראיון המוטיבציוני היא לקדם יחסי אמון ותמיכה שמקדמים את מודעות המטופל, את הקבלה העצמית שלו ואת האחריות שלו לתהליך השנוי (18,19). למרות שמטפלים רבים מזדהים עם מטרות אלו, מעטים מצליחים ליישם אותם (20).

הראיון המוטיבציוני כולל הקשבה פעילה, סקרנות ביחס לעמדות ולידע של החולה, עידוד לדיאלוג פתוח ביחס לאמביוולנציה של החולה בהתייחס לתהליך השנוי, שיקוף תחושות וכוונות, הימנעות מהתבססות על הנחות ידועות מראש והעברת האחריות לשנוי לידי החולה.

אני נוהגת להבטיח לחולות שלנו ש'לא יקרה כאן דבר שהן אינן רוצות'. יחד עם זאת, אני מראש מבקשת מהן את הרשות להסב את תשומת ליבן לאופציות נוספות שאולי לא ראו קודם לכן, ומדגישה שהן בעלות האחריות להחליט מה הן רוצות לעשות עם אופציות אלו. לעתים, הצוות משתף את החולות בניסיונם של אחרים ומצביע על השכיחות של פתרונות אלו או אחרים, כמסייעים יותר או פחות, תוך הדגשת האפשרות שאצל חולה מסוימת המשמעות עשויה להיות שונה. באופן הזה, המטפל איננו נשמע מעמדת היררכית של 'היודע' והבחירה נתונה בידי החולה שכאמור, שליטה היא אחת מהסוגיות הלא פתורות עבורה.

סיכום

בכדי ליצור קואליציה רחבה כנגד הפרעות אכילה נדרש הצוות הטיפולי והמשפחה לספק לחולה סביבה רגשית מזינה. סביבה שכזו כוללת אמפתיה לצרכים המיוחדים של החולות, הבנה להגיון המייצג ערכים שחשובים להן, וניסיונות לתת מענה לעולם הרגשי המסוכסך הן באמצעות הימנעות ממאבקי כוח המאתגרים את קונפליקט השליטה שלהן והן באמצעות יצירת יחסים טיפוליים המבוססים על פתיחות, אמון והכרה בידע ובאוטונומיה שיש לחולה ביחס לעצמה ולמה שטוב לה.

יחד עם זאת, כחלק מהצורך לחשוף את הטקטיקות באמצעותן החולות נשאבות אל חיק המחלה, יש להיעזר בידע שיש לחולה ביחס לעצמה, להשתמש בעולם המושגים שלה, בשפתה בערכיה ובאמונותיה, לחקור את המחשבות עליהן מבוססות ההתנהגויות ולאתגר אותן באמצעות שאלות פתוחות, שיח שיתופי והומור. קשר

אינטנסיבי שמדגיש ומעצים את היכולות של החולה לדעת מה נכון עבורה ולבצע שנוי, יסייע לתהליך החלמה יציב.

References

1. Serpell L, Treasure J, Teasdale J, et al. Anorexia nervosa: friend or foe? *Int J Eat Disord* 1999;25:177-186.
2. Manley RS, Smye V, Srikameswaran S. Addressing complex ethical issues in the treatment of children and adolescents with eating disorders: Application of a framework for ethical decision-making. *Eur Eat Disord Rev* 2001;9:144-166.
3. Klump, K., Bulik, C., Pollice, C., Halmi, K., Fichter, M., Berrettini, W., Devlin, B., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D., Treasure, J., Shabbout, M., Lilenfeld, L., Plotnicov, K., & Kaye, W. Temperament and character in women with Anorexia nervosa. *J Nerv Men Dis.* 2000; 188:559–567.
4. Vitousek, K., & Manke, F. Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Abnormal Psychol* 1994;103:137–147.
5. Goodsitt A. Eating Disorders: A self psychological perspective. In: Garner DM & Garfinkel PE, eds, *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: The Guilford press, 205-228, 1997.
6. Williams, G. *Internal landscapes and foreign bodies: Eating disorders and other Pathologies*. London: Gerald Duckworth, 1997.
7. Yarock SR. Understanding chronic bulimia: A four psychologies approach. *Am J Psychoanal* 1993;53:3-17.
8. Stern S. The dynamics of clinical management in the treatment of anorexia nervosa and bulimia: An organizing theory. *Int J Eat Disord* 1986;5:233-254.
9. Kahn C., Pike KM. In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001;30:237-244.
10. National Institute for Clinical Excellence. *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Clinical Guideline. Available at: www.nice.org.uk. Accessed 9 March 2006.
11. Treasure J., & Schmidt U. Ready, willing and able to change: Motivational aspects of the assessment and treatment of eating disorders. *Eur Eat Disorde Rev* 2001;(9):4-18.
12. Anderson H., & Goolishian H. The client is the expert, a not knowing approach to therapy. In S. McNamee & G.S. Kenneth (Eds), *Therapy as social construction*. London: Sage, pp 25-40, 1992.
13. White, M. & Epston, D. *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York:

- Norton, 1990.
14. Maisel R., Epston D., Borden A. *Biting the Hand that Starves You*. New York: Norton, 2004.
 15. White, M. Deconstruction and Therapy. *Dulwich Centre Newsletter*. 3:21-40, 1991.
 16. Anderson T. The reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Fam Proc* 1987;26(4):415-428.
 17. de Shazer S (1988). *Clues: investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
 18. Miller W.R. and Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour*. New York, NY:Guilford, 1991.
 19. Geller J, Williams KD, Srikameswaran S. Clinician stance in the treatment of chronic eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2001;(9):365-373.
 20. Geller J. What a motivational approach is and what a motivational approach isn't: reflections and responses. *Eur Eat Disord Rev* 2002;(10):155-160.