

10

הפרעות אכילה יעל לצר, דניאל שטיין

הפרעות אכילה הן מחלות הנמשכות לעתים חמש עד עשר שנים מפרוץ המחלה. הפרק מתמקד בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי בחולות בוגרות עם אחד מתת-סוגי הפרעות האכילה, בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה בולמוסית. מתואר בו בקצרה מודל טיפולי על-אבחנתי שפותח, נחקר ומיושם לאחרונה. בהמשך מתוארת טכניקה של ניהול יומן אכילה, שהוא כלי לניטור עצמי אך גם מסייע למטפל להוביל את המטופלת להרחיק מחשבות אוטומטיות ולאמץ חשיבה מסתגלת. הפרק מציג את המרכיבים ההתנהגותיים הייחודיים להפרעות אלו ואת העיוותים הקוגניטיביים המרכזיים שיש לטפל בהם. מודגשים בו החשיבות הרבה שבביסוס תוצאות הטיפול וחיזוק המיומנויות לעבודה עצמית שרכשו המטופלים במהלך הטיפול ולאחריו, וערכם של כלים הולמים, ברורים ושימיים שסייעו למטופלים לזהות מצבי סיכון ויפחיתו את הסיכון להישנות המחלה.

רקע

הפרעות אכילה נמנות כיום עם המחלות הנפוצות אך הלא-מוכנות בקרב נערות ונשים צעירות בעולם המערבי (Hoek, 2006). שאלה החוזרת ונשנית בהקשר זה היא, מדוע החולות אינן נענות לצורך הבסיסי והאוניברסלי של אכילה, מדוע הן מייחסות לנושא המשקל וההופעה החיצונית חשיבות רבה יותר מאשר לכל נושא אחר בחייהן, ומדוע הן נוטות להתנגד לטיפול יותר מאשר חולים בעלי כל הפרעה נפשית אחרת (Stein, Latzer & Merrick, 2009). הפרעות האכילה מסווגות כיום על פי קריטריונים של משקל והרגלי אכילה בעייתיים, המתבטאים בצמצום במידת האכילה ו/או בהתקפי אכילה בלתי נשלטים (בולמוסים), ו/או בהתנהגויות מפצות שנועדו להביא לירידה במשקל, כגון הקאות יזומות, שימוש בתרופות (בעיקר, אך לא רק), שימוש במשלשלים ו/או פעילות גופנית מופרזת (DSM-IV-TR, American

אנורקסיה נרבוזה (Anorexia nervosa) מאופיינת בירידה במשקל של לפחות 15% מהמשקל הרצוי לפי קריטריונים של גיל וגובה, חוסר רצון לעלות במשקל על אף המשקל הירוד, הפרעה בדימוי הגוף או מתן חשיבות יתר לנושאים הקשורים במשקל והופעה חיצונית או הכחשה של חומרת המחלה, והפסקת המחזור אצל נשים או נערות שכבר היה להן מחזור (Postmenarcheal) (American Psychiatric Association, 2000). הפרעה זו מחולקת לשני תת-סוגים: אנורקסיה נרבוזה מגבילה (Restrictive), שהירידה במשקל בה מושגת דרך צמצום אכילה ופעילות-יתר גופנית, ואנורקסיה נרבוזה התקפית/מטהרת היכולה לכלול התקפי אכילה, הקאות יזומות, ושימוש במשלשלים (American Psychiatric Association, 2000).

בולימיה נרבוזה (Bulimia nervosa) מתבטאת בהתקפי אכילה בלתי נשלטים המלווים בהתנהגויות מפצות שנועדו להביא לירידה במשקל. התופעות מתרחשות בתדירות של לפחות פעמיים בשבוע במשך שלושה חודשים ברציפות. חולות אלו גם מקנות חשיבות-יתר לנושאים הקשורים במשקל ובהופעה החיצונית. החולות בבולימיה הן לרוב במשקל תקין או מעט עודף (American Psychiatric Association, 2000).

הפרעת אכילה בולמוסית (Binge Eating Disorder) מאופיינת בהתקפי אכילה בלתי נשלטים בתדירות של לפחות פעמיים בשבוע שישה חודשים ברציפות, המלווים במצוקה נפשית משמעותית. בהפרעה זו אין התנהגויות מפצות (American Psychiatric Association, 2000). הפרעות אכילה לא-ספציפיות (Eating Disorders Not Otherwise Specified) הן קטגוריה הכוללת הפרעות אכילה חלקיות או תת-ספיות (Subclinical), אשר בשלב האבחון חומרתן עדיין אינה מוגדרת די צורכה, אך הן מאובחנות בבירור ממקרים של עיסוק תמידי בדיאטה והפרעה בדימוי הגוף (Shisslak, Crago & Estes, 1995).

קושי אחד בסיווג של הפרעות אכילה קשור בהיעדר גבולות ברורים בין התת-סוגים. קושי אחר נעוץ בקיום של מעבר בין תת-סוג אחד למשנהו, בעיקר בין התת-סוג המגביל להתפתחות של התקפי אכילה ו/או התנהגויות מטהרות בקרב יותר מחצי החולות בתוך כמה חודשים עד כמה שנים (Eddy et al., 2008).

ככלל, הפרעות אכילה הן הפרעות בקרב נשים צעירות (90%-95% מהחולות הן נשים, ולכן ננקוט בפרק זה לשון נקבה). אנורקסיה נרבוזה נוטה להופיע לראשונה בגיל ההתבגרות, ואילו בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה בולמוסית מופיעות לרוב לראשונה אצל נשים צעירות. השכיחות (Prevalence) של אנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה בולמוסית בקרב מתבגרות ונשים צעירות היא 0.3%, 1%, ו-3%, בהתאמה (Hoek, 2006).

האטיולוגיה של הפרעות אכילה אינה ברורה כיום במלואה, ויש בה שילוב של גורמים גנטיים, ביולוגיים, פסיכולוגיים, משפחתיים וסביבתיים (Halmi, 2002). הפרעות אכילה הן מחלות ממושכות, שמהלכן נע חמש עד עשר שנים מפרוץ המחלה. רק כחצי מבין החולות באנורקסיה נרבוזה ובולימיה נרבוזה מחלימות, כשליש מחלימות באופן חלקי וכחמישית מפתחות מהלך כרוני. שיעור הנסיגה (Relapse) גבוה (Keel, Mitchell, Miller, Davis, & Crow, 1999; Steinhausen, 2002).

לנוכח המורכבות של האטיולוגיה והפתופיזיולוגיה של הפרעות אכילה ושל מהלכן, אין זה מפתיע שהפרעות אלו הן מבין ההפרעות הפסיכיאטריות הקשות ביותר לטיפול. הן מצריכות התערבות אינטגרטיבית של צוות רב-מקצועי מול מטופלים בעלי תחלואה גופנית ופסיכיאטרית משמעותית, שרבים מהם מתנגדים לעצם קבלת הטיפול. הטיפול בהפרעות אכילה מחייב שיקום בתזונה ובהרגלי האכילה, כתנאי הכרחי, אם כי לא מספיק, להחלמה (Stein et al., 2009). הטיפולים האפשריים כוללים מגוון של התערבויות פסיכותרפיות ופסיכופרמקולוגיות. כיום אין טיפולים באנורקסיה נרבוזה שיעילותם הודגמה באופן ברור במחקר מבוקר (Fairburn, 2005; Herpertz-Dahlmann & Salbach-Andrae, 2009), למעט טיפול משפחתי מסוג Multimodal Interactional Maudsley Family Based Therapy למתבגרות צעירות שסובלות מהפרעה זו תקופה קצרה יחסית (Lock, 2001). טיפול קוגניטיבי-התנהגותי נמצא יעיל רק למניעת נסיגה אצל חולות שהחלימו מהמחלה (Pike, Dohm, Striegel-Moore, Wilfley, & Fairburn, 2001). עם זאת, שילוב של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ושל טיפול בין-אישי (Interpersonal Therapy – IPT) נחשב כיום לטיפול יעיל ומתוקף בחולים עם בולימיה נרבוזה ובהפרעת אכילה בולמוסית.

הפרק הנוכחי יתמקד בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי בחולות מבוגרות עם בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה בולמוסית. לאחר מכן יתואר בקצרה מודל טיפולי חדש שפותח, נחקר ומיושם לאחרונה בטיפול בהפרעות אכילה אלו, לטיפול התנהגותי קוגניטיבי על-אבחנתי (Transdiagnostic) וגם המודל הקוגניטיבי-התנהגותי הממוקד בקונפליקט, המוסיף ממד דינמי למודל הקיים (Latzer, Peretz, & Kreutzer, 2005, 2008).

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי

הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי לחולות בבולימיה נרבוזה פותח בתחילת שנות השמונים באוקספורד, בריטניה (Fairburn, 1981), ובתוך שנים אחדות יושם בכמה מרכזים מובילים לטיפול בהפרעות אכילה בבריטניה ובארה"ב (Fairburn, Kirk, O'Connor, & Cooper, 1986). כיום, כשלושה עשורים מאז, נחשב טיפול זה להתערבות טיפולית יעילה ומתוקפת במטופלים מבוגרים אמבולטוריים הסובלים מבולימיה נרבוזה ומהפרעת אכילה בולמוסית (NICE guidelines, 2004; Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Eating Disorders, 2006). לאחרונה דווח על יעילות הטיפול גם בבני נוער שאינם מאושפזים הסובלים מהפרעות אלו (Schapman-Williams, Lock, & Couturier, 2006; Schmidt et al., 2007). מדריך טיפולי מלא פורסם בתחילת שנות התשעים (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993a), ויעילותו הודגמה במחקרים מבוקרים רבים. כיום אפשר לנקוט טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בהפרעות אכילה הן במסגרת פרטנית הן במסגרת קבוצתית (Nevonen & Broberg, 2009). (Stein, Latzer, & Zuberi, accepted). נתייחס בתחילה למדריך הטיפולי בבולימיה נרבוזה. המדריך לטיפול בהפרעת אכילה בולמוסית דומה לו בעיקרו, והשינויים שבו יתוארו בהמשך.

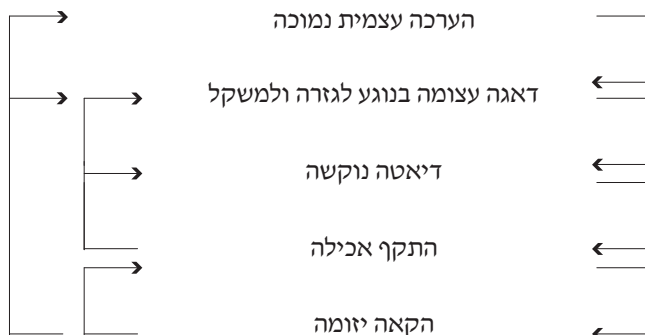
המודל הקוגניטיבי לטיפול בבולימיה נרבוזה

האמונות הבסיסיות (Core Beliefs) בהפרעות אכילה קשורות ברוב המקרים למרכיבים של תחושת חוסר ערך, חולשה וחוסר יעילות ("אני לא שווה, לא ראוי, חלשה, לא נאהבת", וכמובן "שמנה") (Bruch, 1973; Olmsted et al., 1991; Fairburn et al., 1993a). אמונות הביניים (Intermediate Beliefs) נגזרות מהנחת היסוד בהפרעות אכילה, שהערכה עצמית קשורה בשליטה (Bruch, 1973). האמונה הכללית בהפרעות אכילה (General Belief) יכולה להיות ברוח האמירה, "אדם צריך להיות בשליטה מלאה כדי שיראה את עצמו בעל ערך". בהתאם לכך, האמונה האישית (Personal Belief) תהיה "עלי להתאמץ כל העת להיות בשליטה מלאה". ההנחה המותנית (Conditional Belief) תהיה: "אם מישהו (משפחה, מטפלים) יתערב בשליטה שלי (על האוכל, המשקל, הגוף), לא אוכל יותר אי פעם לראות את עצמי כבעלת ערך". מאמונות מעין אלו נובעת בין היתר הגישה של נערות עם הפרעות אכילה כלפי המשפחה ומטפלים – "איש לא יגיד לי מה לעשות" או "אין לכם הזכות להתערב ולקבוע מה טוב בשבילי ומה לא". כאן יש התפצלות בין התת-סוגים של הפרעת האכילה.

האסטרטגיות המפצות (Compensatory Strategies) באנורקסיה נרבוזה מגבילה כוללות תכונות של אחריות-יתר, נוקשות, פרפקציוניזם, כפייתיות, ביקורתיות וחשיבה דיכוטומית (Klump et al., 2004; Vitousek & Manke, 1994). אם כי תכונות אלו ניכרות גם אצל בעלות אנורקסיה נרבוזה עם בולמוסי אכילה ו/או התנהגויות מטהרות, ובבולימיה נרבוזה, הרי אצל האחרונות בולטים גם רמות גבוהות של אימפולסיביות וקשיי ויסות (Klump et al., 2004; Vitousek & Manke, 1994), המקשים על יכולתן להתמיד במטרותיהן. כלומר, האמונות הבסיסיות ואמונות הביניים דומות בתת-סוגים של הפרעות האכילה, אך החולות מהטווח הכולל בולמוסים והתנהגויות מטהרות מתקשות למלא אחרי החוקים שקבעו לעצמן מתוך פגיעות גנטית/פסיכו-ביולוגית, והדבר עוד מעצים את תחושת חוסר הערך הנמוכה ממילא שלהן. אין זה מפתיע שחולות בולימיה נרבוזה עשויות לראות את עצמן כ"אנורקטיות שנכשלו". המודל הקוגניטיבי-התנהגותי המקורי שעל פיו מטפלים כיום בהפרעות אכילה (Fairburn et al., 1993a) מסתמך על העיוותים הקוגניטיביים האופייניים לאמונות הבסיסיות ולאמונות הביניים של החולות. מתואר באיור 1.

במודל זה ניכרת זיקה בין האמונות הבסיסיות של חוסר ערך, חולשה וחוסר יעילות (בקצה האחד), ובין ההתפתחות של התנהגויות פתולוגיות הקשורות לאכילה ומשקל (בקצה האחר). השלבים האופייניים בתהליך זה קשורים הן בקיום יחסי גומלין על רקע פיזיולוגי בין צמצום אכילה, בולמוסי אכילה והתנהגויות מטהרות (שלא יתוארו בפרק זה), הן בעיוותים הקוגניטיביים האופייניים למחלה. בעוד שבמודל עצמו מתחיל התהליך הפתולוגי באמונות הבסיסיות ומסתיים בהתנהגויות מטהרות (הקאות יזומות, משלשלים, משתנים, ספורט כפייתי), הרי בטיפול כיוונו הפוך: מההתנהגות המטהרת והאכילה ההתקפית עד לעיוותים הקוגניטיביים. הטיפול כולל מרכיבים התנהגותיים וקוגניטיביים. יישום התוכנית הטיפולית בנוי על פי רבדים: הרובד הראשון כולל מרכיבים מסוימים, הרובד הבא מבוסס על אותם מרכיבים, חוזר עליהם ומוסיף רובד וכן הלאה.

איור 1: המודל הקוגניטיבי-התנהגותי המקורי של טיפול בבולימיה נרבוזה



ברובד הראשון, ההתנהגותי בעיקרו, עובדים עם החולות על קשרי הגומלין בין אכילה בכלל והתקפי האכילה בפרט, לבין ההתנהגויות המטהרות. ההתמקדות היא בנייתו מחשבות מסוג, "מותר לי להיתקף בבולמוס של מאכלים משמינים שבדרך כלל אמנע מהם, כי ממילא אחר כך אקיא את כל מה שאכלתי"; ולהפך, "אם אכלתי קצת יותר ממה שהרשיתי לעצמי, אסור לי ליהנות מהאוכל ואני חייבת להקיא את כל מה שאכלתי" – המגבירות לרוב את תדירות ההקאות ואינן מאפשרות לחולות להפסיקן.

ברובד השני עובדים על קשרי הגומלין בין בולמוסי אכילה ודיאטה, דרך עיוותים קוגניטיביים מהסוג של, "היום 'עשיתי בולמוס'; הדרך היחידה לתקן את זה היא להתחיל מחר שוב בדיאטה חריפה, ואם רק אוכל, עדיף לצום"; או "אם כבר לא הצלחתי לשמור על הדיאטה שלי, אז אלך עד הסוף ו'אעשה בולמוס', כי לא מגיע לי להיות רזה אם אני כל כך חלשה". חשיבה מעין זו היא אחת הסיבות להמלצה החד-משמעית, שחולות בבולימיה נרבוזה אינן יכולות לעשות דיאטה בזמן שהן מטופלות בגישה קוגניטיבית-התנהגותית (Fairburn et al., 1993a).

ברובד השלישי עובדים בצורה דומה על קשרי הגומלין בין ההתעסקות בדיאטה נוקשה ובין חשיבות-היתר שהחולות מקנות לנושאים הקשורים במשקל ובהופעה החיצונית. ההופעה החיצונית והמשקל חשובים לנשים צעירות רבות, והדבר הוכח גם בישראל (Stein, Meged, Bar-Hanin, Blank, Elizur, & Weizman, 1997). עם זאת, בקרב בנות עם הפרעות אכילה המשאלה לרזון והמרדף אחר הרזון הופכים לדבר החשוב ביותר בחייהן, ובעבורו הן מוכנות להילחם עד כדי התעלמות מהחשיבות של כל דבר אחר בחייהן, לבטח מדברים שקשורים לבריאות (Olmsted et al., 1991). בשלב זה המטופלות לומדות להבין שעצם ההתעסקות במשקל מגבירה התנהגויות של דיאטה, ושההתנהגויות המערבות שליטה על האכילה והפסקה של אכילה פיזיולוגית מחריפות את החשיבה המתמדת על הנושא.

ברובד האחרון מערבים יחסי גומלין בין שני מרכיבים קוגניטיביים. בטיפול מתמקדים בהשפעה הרבה של ההופעה החיצונית והמשקל (אמונת ביניים) על ההערכה העצמית (אמונת יסוד). אופייניות לכך מחשבות מהסוג של "אם רק אוריד עוד שני ק"ג אוכל להרגיש טוב עם עצמי".

בפועל, כל ירידה במשקל מובילה לרצון להמשיך לרדת ("רק עוד קצת"), מה עוד שככל שהמשקל יורד, כך מחמירה ההתעסקות הכפייתית סביבו (Kaye, Strober, & Jimerson, 2004). למעשה, בטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי המקובל בבולימיה נרבוזה ובהפרעת אכילה בולמוסית יש שלושה שלבים, התלויים זה בזה: (1) שלב התנהגותי ובו שני תת-שלבים – פסיכו-הדרכה והתערבות התנהגותית; (2) התערבות קוגניטיבית; (3) ביסוס הישגי הטיפול ומניעת הישנות המחלה או תסמיניה.

הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי בבולימיה נרבוזה ובהפרעת אכילה בולמוסית הוא שיטתי, מובנה ומוגבל בזמן מעצם מהותו (Fairburn et al., 1993a), הוא יכול להתבצע על ידי מטפל אחד, בתנאי שיש לו מיומנות הן בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי הן בטיפול התזונתי הייחודי להפרעות אלו.

פסיכו-הדרכה

בתחילת הטיפול מספקים למטופלות הסבר על מהות הפרעת האכילה והגורמים לה, ועל אופי הטיפול שהן עומדות לעבור, מטרותיו והטכניקות הטיפוליות המוצעות. על המטפלים לוודא שהן הבינו את ההסברים שקיבלו. אם המטופלים הם בני נוער, מסבירים את אותם עקרונות גם להורים, כולל קביעת הקשר בין המטפל להורים. אחר כך מבררים עם החולות את המוטיבציה והנכונות שלהן לשתף פעולה עם טיפול שבעצם התמקדותו על שינוי בהרגלי האכילה (למשל אכילה מסודרת במקום דיאטה) הוא ניצב מול המשאלה הבסיסית לירידה במשקל. הערכת היכולת לשיתוף פעולה בטיפול והסכמה מראש לגבי מטרות הטיפול הן הכרחיות גם עקב חוסר היציבות והתנדודתיות שאופייניות לחולות עם בולימיה נרבוזה, למשל בין המשאלה להפסיק את הבולמוסים (יותר) וההתנהגויות המטהרות (פחות), ובין המשאלה לצמצם באכילה ולרדת במשקל.

חלק בלתי נפרד משלב הפסיכו-הדרכה הוא מסירת מידע על הנזקים הפיזיולוגיים העלולים לנבוע מהרגלי האכילה הפתולוגיים. עם זאת יש להדגיש שהמידע עצמו על הנזקים הצפויים ואף על הראיות לכך ששימוש בהקאות ובמשלשלים אינו מביא לירידה במשקל לאחר בולמוס אכילה לרוב אינם משנים את התנהגות האכילה של החולות, משום שהפחד שלהן מהעלייה במשקל כעת עולה בהרבה על חששן מנזקים אפשריים בעתיד (Garner, Vitousek & Pike, 1997). כך אפוא, ללא ניסיון להתייחס לפחד מהעלייה במשקל כבר בשלב התנהגותי, החולות לא יוכלו להפסיק או לצמצם את התנהגויות האכילה הפתולוגיות שלהן (Garner et al., 1997).

התערבות התנהגותית

ההתערבות ההתנהגותית כוללת חמישה מרכיבים:

1. **ניטור התנהגויות הקשורות לאכילה** (Food Monitoring) באמצעות רישום ביומן האכילה אחרי כל ארוחה. ביומן מתבקשת המטופלת לתאר את כמות המזון וסוגיו, הזמן שנדרש לאכילה, מקום האכילה, נסיבות האכילה ובנוכחות מי מבוצעת האכילה (למשל בסלון, לבד, מול הטלוויזיה), האם האכילה נתפסת על ידי המטופלת כבולמוסית, האם יש התנהגויות

מטהרות, והאם קיימת פעילות גופנית, ובאיזה הקשר. במקרים מסוימים יתבקשו המטופלות להעריך את מידת הרעב והשובע ואת מצב רוחן לפני כל ארוחה ולאחריה. מלבד זאת מתבקשת כל מטפלת לתאר אחרי כל ארוחה את המחשבות והרגשות שעולים בדעתה באותו זמן, אם כאלו הקשורות לאכילה ואם אחרות.

תפקיד הניטור השיטתי הוא להביא לכך שהבולמוסים וההתנהגויות המטהרות יהיו פחות אוטומטיים, ושהמטופלת תהיה יותר מודעת להם; לאפיין את ההתנהגויות הבעייתיות, את הנסיבות המובילות אליהן ואת הקוגניציות הנלוות אליהן; ולאפשר שיתוף של אחרים (מטפל, דיאטנית) בהתנהגויות הבעייתיות, שהמטופלות בדרך כלל מתביישות בהן ומסתירות אותן. פעמים רבות חוסר השליטה של חולות אלה בכל הנוגע לאכילתן (התנדודות בין אכילת-יתר בלתי נשלטת, צמצום אכילה שקשור בשליטת-יתר והתנהגויות מטהרות) מתבטא בחוסר שליטה כללי, ועצם ארגון האכילה דרך יומן האכילה יכול לסייע בשיפור בארגון חייהן בכלל. מבחינה רגשית, יומן הוא מעין אובייקט מעבר, הוא משקף ומאפשר ביטחון ושליטה, ואכן, לא אחת הוא מכונה "החבר הכי טוב שלי".

לדוגמה מובא להלן דף אופייני מיומן האכילה של נערה עם בולימיה נרבוזה שנמצאת בטיפול אמבולטורי:

7:30, בחדר האוכל: טוסט עם גבינה, עגבנייה, תה. מנסה להיות רגועה, להיות עם עצמי. רוצה לנתק קשר עם ט', כי זה קשר מאוד מלחיץ בשבילי

10:00, בשיעור: גזר. קצת רעבה. רוצה לעשות רושם טוב על המורה. כל הזמן אני מרגישה שאני בתחרות עם ט'. באופן כללי די בסדר.

13:00, חדר האוכל: עוף, בטטות, קצת שעועית וסלט ירקות, שתי כוסות תה. טוב לי שאני יושבת עם כולם ולא בצד, פחד מה ט' תחשוב עלי.

15:00, בחדר שלי: קשה לי. רוצה לאכול. יש לי דחף. לחץ. מה לעשות? ללכת לרכוב על אופניים?

17:00, בחדר שלי: קורנפלקס עם חלב, כמה אוזני המן, 9 ערגליות, 3 פיתות עם חמאה, חבילת במבה, בייגלה, מקופלת. בולמוס, הקאה. נסעתי על אופניים בערך שעתיים. היה לי קשה. כשחזרתי והלכתי לאכול ט' באה באמצע ולא יכולתי לצאת. היא מאוד כועסת. אני מפחדת. מ' אמר שאני מתייפפת בזמן האחרון. מאוד ערער אותי ואת ביטחוני בעצמי.

21:30, מטבח: בולמוס, הקאה. ניתוק. קשה עם ט'. קרבה עם ג'. שיחה עם ט'. קשה. ביררנו בינינו דברים. אמרתי דברים קשים. מחר נדבר שוב. אני עדיין מפחדת מהקשר שלנו.

יומן זה, כואב בכנותו, מצביע על כמה קשיים בולטים בחייה של נערה עם בולימיה נרבוזה, שמשיעורים מאוד על הפרעת האכילה. ניכרים בו פגיעות רבה, תגובתיות רגשית רבה וקושי בוויסות רגשי, קשיים ביחסים עם אחרים ומידת ההשפעה של מה שקורה ביחסים אלה על הרגלי האכילה, התייחסות רבה למה שאחרים חושבים עליה, וקושי להחליט מה נכון בשבילה ומה לא.

מבחינת המרכיבים ההתנהגותיים במקרה זה, יש להמליץ למשל שלא יהיה אוכל בחדר, שאחרי בולמוס תישמר תבנית האכילה הרגילה ולא יהיה צמצום או דילוג על ארוחה (ייתכן שאי אכילת ארוחת הערב עוררה את הופעת הבולמוס השני, בצד העוררות הרגשית). כמו כן, יש להמליץ בפני המטופלת, שאם כל ניסיונותיה למנוע בולמוס בכוחות עצמה עולים בתוהו, עליה לפנות לעזרה לאדם אחר, כדי לא להיות לבד כל עוד הדחף לבולמוס גבוה. יש להגיב בחיוב על הניסיון להתמודד עם הבולמוס הראשון, ולציין שאמנם בסופו של דבר הוא לא נמנע, אך הוא כן נדחה לתקופת זמן לא מבוטלת, דבר שיכול להצביע על שיפור ביכולת השליטה. כמו כן, יש לעודד את הנערה ולומר לה שאם תימשך ההתמודדות באופן עקבי כפי שזה קורה כעת, צפוי שבמשך הזמן כבר תהיה לה היכולת להתגבר על הדחף בצורה מלאה ולהימנע מהבולמוס, ולא רק לדחותו.

2. שקילה חד-שבועית המאפשרת ניטור של השינויים הגופניים שעוברת המטופלת, שהמשקל מצביע עליהם. ניטור מעין זה מצמצם את התהליכים הדיכטומיים של שקילת-יתר כפייתית מצד אחד והימנעות כפייתית משקילה מנגד. הדבר חשוב, מאחר שבקרב חולות בבולימיה נרבוזה שמשקלות פעמים רבות ביום, כל תנודה קטנה במשקל, לכאן או לכאן, משפיעה באופן קיצוני על מצב הרוח ועל התגובות הקוגניטיביות והרגשיות שלהן. בתהליך הטיפולי מקבלות החולות הסבר מקיף על התנודתיות הפיזיולוגית היום-יומית הנורמלית הקורית בגופן והמשפיעה על השינויים במשקלן ועל קיומו של טווח נורמלי במשקל (הבדלים של עד שני ק"ג במשך היום נחשבים לתקינים). הדבר נעשה במטרה להבהיר ששקילת-יתר, וכמוה הימנעות משקילה, עלולות לגרום נזקים פיזיולוגיים (למשל צמצום באכילה) ופסיכולוגיים (חרדת-יתר) כאחד.

3. החלפה של "דיאטה" באכילה מסודרת נועדה להחלפת הדיאטה כביכול, שמטרתה המוצהרת היא ירידה במשקל, באכילה מסודרת ומובנית, שמטרתה המוצהרת היא ייצוב הרגלי האכילה ולא ירידה במשקל. מסבירים למטופלת מדוע אי אפשר במצבה הנוכחי גם להפסיק את הרגלי האכילה הפתולוגיים וגם לרדת במשקל. אומרים לה שאם תאכל לפי ההמלצה הטיפולית היא עשויה לרדת במשקל מעצם העובדה שתדירות הבולמוסים תופחת, אך מדגישים שלא זו מטרת הטיפול בשלב הנוכחי. המטופלת תוכל לנסות לרדת במשקל באופן מתוכנן ויזום – בתנאי שהדבר יתאפשר מבחינה פיזיולוגית – רק בשלב מאוחר יותר, כשהאכילה תתייצב. האפשרות לדחות דבר שנתפס כהכרחי לזמן מאוחר יותר היא מעין אנטיתזה לחשיבה הדיכטומית האופיינית לחולות אלה – "או כאן ועכשיו ומיד, או שבכלל אין טעם לנסות". כמו כן מסבירים למטופלת שאכילה מסודרת של חמש-שש ארוחות ליום מפחיתה הן את הדחף לבולמוס הן את ההתעסקות הכפייתית באוכל, שלא כמו במצב התנודתיות היום-יומית בין בולמוסים וצמצום אכילה שבו היא נמצאת כעת.

4. הקניית טכניקות חלופיות במטרה ללמד את המטופלת שאפשר להחליף את הבולמוסים וההתנהגויות המטהרות בהתנהגויות חלופיות שאינן מזיקות. כל הגישות, בדומה למה שקורה בהתנהגויות אחרות עם בסיס חרדתי ואימפולסיבי, מבוססות על ההנחה, שאם מחכים די זמן (30-60 דקות, לרוב), הרי הדחף לזלול, להקיא או לקחת תרופה משלשלת נוטה לעבור.

אמנם הוא עלול לחזור כעבור זמן-מה, אך גם אם ההתנהגות הפתולוגית תתרחש בסופו של דבר, לעצם האפשרות לדחייה יש משמעות, בעיקר במובן של קיום שליטה כלשהי, גם אם היא עדיין חלקית. יש כמה אסטרטגיות התנהגותיות או קוגניטיביות אפשריות, בהתאם לתכונות האישיותיות של החולות. לגבי חולות סוערות עם רמה גבוהה של אימפולסיביות וקושי בוויסות רגשי, כשמתחיל אצלן הדחף לזלילה או להקאה אפשר לנקוט טכניקות עוצמתיות, שעוצמתן דומה במשהו לזו המאפיינת את התנהגויות האכילה הללו: רכיבה מהירה על אופניים, החלקה על רולר-בליידס, קיק-בוקסינג, שק אגרוף, מכה על כרית או מקלחת קרה או חמה. כל הפעולות הללו יכולות להוריד את עוצמת הדיספוריה והמצוקה הפנימית של החולות, או להביא לתחושה זמנית של ניתוק (Dissociation), בדומה להקלה הזמנית שמופיעה בעקבות בולמוס, הקאה או של פציעה עצמית (Stein, Bronstein, & Cicchetti, 1990; Weizman, 2003).

בטיפול בחולות עם בולימיה נרבוזה שלהן מבנה אישיותי נמנע-חרדתי, הדומה לזה של חולות באנורקסיה נרבוזה מהסוג המצמצם (Vitousek & Manke, 1994), או בחולות עם הפרעת אכילה בולמוסית, אפשר לנקוט טכניקות התנהגותיות מסוג של הרפיה לסוגיה – יוגה ומדיטציה, או בטכניקות של הסחה (Distraction), כעיסוק בתפירה, בסריגה ובסידור דברים, הליכה מחוץ לבית, או חשיבה חיובית על פי היגדים כגון, "ארגיש הרבה יותר טוב אם אצליח לדחות את הצורך לאכול ולו בחצי שעה". טכניקות נוספות הן כאלו שמעודדות יצירתיות ובהן כתיבה וציור (Beck 1995, 2005; Kendall and Braswell, 1993). אפשרות שלישית היא ללמד חולות עם בולימיה נרבוזה, אשר מחלתן והבושה הכרוכה בה מובילה אותן להסתגרות ולהתבודדות חברתית, ליצור קשר עם אחרים שניתן לפנות אליהם כשהן מרגישות את הדחף להתקף ו/או להתנהגות מטרת, בעל פה או בטלפון ובאינטרנט. גישה זן מבוססת על ההנחה שכל צורת תקשורת שהיא, אם דרך עידוד ואם דרך הסחת דעת, עשויה להגביר את שליטתה של החולה על ההתנהגות הפתולוגית (Fairburn et al., 1993a). על גישה מעין זו, אגב, מבוססת הנחת העבודה של קבוצות לתמיכה עצמית.

5. שליטה על גירויים הקשורים לאכילה (Stimulus Control) מבוססת על כמה המלצות, שהבולטות שבהן הן: א. לא לאכול כשצופים בטלוויזיה, כשקוראים עיתון, או כשנמצאים מול מחשב. התנהגויות אלה עלולות לעודד ניתוק מהאוכל, ואז החולה לכאורה לא "שמה לב" למה שהיא אוכלת. ב. לא לאכול בעמידה, מול סיר פתוח או מול המקרר, אלא לאכול בישיבה, לא להשאיר סירים פתוחים, ו/או לא למלא את המקרר בכמות גדולה של מזון. ג. לא לקנות מזון כאשר הן "מתכננות" להיתקף בבולמוס אכילה. אף על פי שהתנהגויות האכילה הפתולוגיות של חולות בבולימיה נרבוזה או הפרעת אכילה בולמוסית הן אימפולסיביות באופיין, יש בהן גם מרכיבים כפייתיים לא מעטים. חלק מהחולות עסוקות משעות הבוקר בתכנון קניית המזון בשעות אחר הצהריים, לאחר סיום הלימודים או העבודה, לקראת הבולמוס המתוכנן לשעות הערב או הלילה, כשכולם ישנים. לכן החולות מתודרכות לקנות מזון בכמויות לא גדולות, ומומלץ בניהן שמישהו יתלווה אליהן לקנייה. במקרים של בני נוער, ממליצים בפני ההורים שבבית יהיו כמויות מוגבלות של מזון, שיהיה בעיקרו בריא ובשום אופן לא דיאטטי. אין להסתייג/לנעול מזון בפני החולה, שכן אז עשויה ההתנהגות הכפייתית

להיות מכוונת לעצם החיפוש. באופן דומה, אם יש ילדים אחרים בבית שאוהבים ממתקים, יש להשאיר בבית כמויות מוגבלות, לא מוסתרות ולא גלויות, אלא במקומות שבהם שמים אותם בדרך כלל. הדבר קשור לכך שהופעה של בולמוס תלויה לא רק בסוג האוכל (בעיקר מאכלים "משמינים" אסורים), אלא גם בכמות שאוכלים (Fairburn et al., 1993a).

התערבות קוגניטיבית

אל שלב ההתערבות הקוגניטיבית עוברים רק אחרי שבימון האכילה יש עדות לצמצום משמעותי בחומרת הבולמוסים וההתנהגויות המטרהרות. רישום כזה מראה שלדיווח העצמי של המטופלת יש מקום משמעותי בקביעת קצב ההתקדמות של הטיפול ואופיה, אם כי אחת מהנחות היסוד של הטיפול בהפרעות אכילה היא שהחולות עלולות להסתיר התנהגויות אכילה פתולוגיות. בעת עריכת החוזה הטיפולי, נאמר למטופלת שהסתרה מעין זו נראית מובנת לנוכח החשיבות הרבה של האכילה ושל המשקל בעיניה, ושהמטפלים אינם רואים בדבר שקר שמצביע על פגם באישיותה אלא קושי חשיבתי ורגשי העלול לפגוע בתהליך הטיפול. כדי שהמטופלת תוכל להאמין שהמטפלים אכן יקבלו אותה כפי שהיא, עם כל הקושי שבדבר, חשוב שמתחילת הטיפול יתפתח קשר חיובי בינה למטפל (Garner et al., 1997). עם זאת, מטפל מנוסה יתייחס בזירות לכל דיווח, ויסיק את המסקנות על פי רצף של תהליכים שמתרחשים לאורך זמן, ולא לפי מה שדווח בנקודת זמן זו או אחרת.

השלב הקוגניטיבי בטיפול בבולימיה נרבוזה ובהפרעת אכילה בולמוסית דומה לטיפול קוגניטיבי בכל הפרעה נפשית אחרת. בתחילה נעשה זיהוי של מחשבות אוטומטיות ושל אמונות ביניים ואמונות בסיס, שהן למעשה קוגניציות דיספונקציונליות, ולאחר מכן עובדים על שינוי שלהן, דרך עבודה בשיטת Dysfunctional Thought Record – DTR שבה מודגשים דברים שמאששים ומפריכים קוגניציות אלו ונמצאות חלופות הולמות (Beck, 1995) או באמצעות טכניקות קוגניטיביות אחרות. מאחר שאלו שיטות הידועות היטב לקוראי הספר, לא נתאר אותן כאן בהרחבה. נדגים רק את הקוגניציות הדיספונקציונליות העיקריות בהפרעות אכילה, אשר במהלך הטיפול מנסים לעזור למטופלת להטיל ספק באמיתותן:

חשיבה דיכוטומית: "אם לא אשיג את הציון הכי טוב, כל מה שאעשה יהיה בינוני ולא מיוחד".

חשיבה רגשית: "אני שמנה, כי אני מרגישה שמנה".

קריאת מחשבות: "אם מישהו אומר שאני נראית טוב הוא בטח מתכוון לכך שהשמנת".

התבססות על "חייב" ועל "אסור": אסור לי לוותר לעצמי מפני שאני חלשה. אם אוותר לעצמי ולו פעם אחת, אאבד שליטה ואעלה במהירות במשקל".

במהלך השלב הקוגניטיבי המטופלת ממשיכה ברישום יומי של יומן האכילה, וכן עליה לתרגל בבית את השינויים בדפוסי החשיבה ובקוגניציות הדיספונקציונליות שעליהן עובדים בטיפול. תהליכים אלה צורכים זמן רב, והם עלולים לעייף ולתסכל את המטופלת, גם אם היא מבינה את חשיבותם. דרך אפשרית להקלה היא לבקש מהמטופלת לכתוב את הסיכום הרגשי של יומן האכילה בסוף היום, ולא לאחר כל ארוחה, ולעבוד באופן עצמוני על שינוי אפשרי של קוגניציה לקויה, שהיא לומדת לזהות מתוך הכתיבה ביומן.

ביסוס הישגי הטיפול ומניעת הישנות התסמינים

ההחלטה על סיום הטיפול חלה מתקבלת אחרי שהמטפל והמטופלת מגיעים במשותף למסקנה שההישגים של השלב הקוגניטיבי בוססו בצורה טובה, או שבשלב הנוכחי אי אפשר להגיע לשינוי מלבד מה שהושג. מובן שגם מסגרת הזמן שהוקצב מראש לטיפול קובעת את ההחלטה על סיומו. על המטפל והמטופלת לקבוע מטרות מציאותיות לכל אורך הטיפול ולקראת סיומו, ולא מטרות אידאליות, פרפקציוניסטיות, התואמות את גישתה הכללית של המטופלת אך אינן בנות-השגה. להלכה, התוצאה האופטימלית של הטיפול היא הפסקה מוחלטת של בולמוסי האכילה, ההקאות והשימוש במשלשלים, שכן הדבר מפחית בצורה משמעותית את העיסוק הכפייתי של המטופלת באוכל, במשקלה ובהופעתה החיצונית ואת הסבל הכרוך בכך; למעשה, הדבר לרוב אינו מציאותי במסגרת הזמן המוקצבת לטיפול. יתר על כן, הישנות של בולמוס תאפשר למטופלת לבדוק איך היא מתמודדת עם התהליך: אם אחריו היא חוזרת לצמצם את אכילתה, כפי שנהגה לעשות בעבר, או לאכול את הארוחות הבאות במלואן, כפי שתודרכה בטיפול, כדי להפחית את הסיכון לחזרה של בולמוסים. אמנם הצורך להיות מוכנה עלול להגביר חרדה ואי-שקט, אך לעומת זאת המטופלת מפסיקה להתעלם מקשיים, כפי שנטתה לעשות בעבר (Fairburn et al., 1993a).

יש כמה מצבים שבהם על מטופלת שאינה סובלת עוד מתסמינים התנהגותיים של הפרעת אכילה להיות מוכנה לאפשרות של הישנות תסמינים או לתחושה של סיכון מתקרב מסיבה כלשהי, על סמך ניסיון העבר או מתוך הידע הכללי שצברה. זה יכול למשל לקרות בעת שינוי ומעבר, שכן מטופלות עם הפרעת אכילה, ללא תלות בתת-סוג, חשות חרדה משינויים צפויים וקושי להתמודד עם שינויים בכלל (Kaye et al., 2004). בישראל, מצבים טיפוסיים של שינוי בקרב צעירות הם הגיוס לצה"ל או השחרור ממנו; נסיעה לטיול ה"גדול" אחרי הצבא או החזרה ממנו; עזיבה של הבית; וכל מצב משבר, בייחוד סביב דחייה או פרידה בקשר זוגי, אך גם בכל מצב אחר של כישלון שעלול להוריד מתחושת הערך העצמי.

כדי להפחית מהסיכון של הישנות התסמינים במצבים מאיימים, על המטופלת להכין מראש תוכנית כתובה, על סמך מה שנלמד לאורך הטיפול: ניטור האכילה באמצעות יומן אכילה; תכנון כל יום מראש; זיהוי ויישום, על סמך ניסיון העבר, של התנהגויות שיחליפו, באופן כמעט אוטומטי, את הבולמוסים וההתנהגויות המטהרות; ביסוס מחדש של קשרים עם אחרים שיכולים ומוכנים לסייע; ושימוש בכלים הקוגניטיביים שנלמדו להתמודדות עם עיוותים קוגניטיביים מחודשים, למשל "אם הפעם אפול, לא אוכל לצאת מהפרעת האכילה שלי".

במקרים של הישנות התסמינים, חשוב לספק למטופלת ידע שיאפשר לה להבחין בין מעידה לבין חזרה אפשרית של המחלה. לשם כך יש להעריך את הנסיבות של הנסיגה ואת התדירות והחומרה של הבולמוסים, ולוודא אם חוזרות ונשנות התנהגויות מטהרות בעקבותיהם. כמו כן יש להיעזר במטופלת עצמה כדי להבחין בין שתי האפשרויות: עד כמה היא מודאגת מהמצב ומרגישה שאיבדה שליטה, ואם היא יכולה לבדוק, לתכנן, ולהתייעץ עם אחרים להערכת מצבה (Fairburn et al., 1993a).

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בהפרעת אכילה בולמוסית ובמשקל-יתר

הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי בהפרעת אכילה בולמוסית דומה במהותו ובמבנהו לסוג טיפול זה בבולימיה נרבוזה, להוציא שינויים הנובעים מההבדלים בין ההפרעות (Fairburn, 2008). בהפרעת אכילה בולמוסית נחוצה התייחסות מיוחדת לנושאים הקשורים באכילה רגשית (אכילה בתגובה למצבים רגשיים, שרובם, אך לא כולם, שליליים) ולקשר בין אכילה רגשית למצבי דחק. לפני כמה שנים נבנתה גרסה מותאמת לטיפול קוגניטיבי-התנהגותי בהשמנת-יתר, עם או בלי בולמוסי אכילה, הנמשך כשנה, והיא נמצאה יעילה, לפחות בטווח הקצר, לשמירה על הירידה במשקל שהושגה במהלך הטיפול (Cooper, Fairburn, & Hawker, 2003). טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בהשמנה, שלא כטכניקות אחרות לירידה במשקל, שלא הוכיחו את יעילותן, מבוסס על הנחיה לירידה מתונה של 10% - 15% לכל היותר מן המשקל העודף. גם לירידה מתונה כזאת יש חשיבות רבה מבחינה רפואית. עיקר הטיפול נועד ליצירת שינוי בגישה של המטופלים בכיוון של הדגשת החשיבות של שמירה על משקל לאורך זמן, ולא רק לירידה במשקל. במהלך הטיפול עוזרים למטופלים להתמודד עם התסכול הכרוך בכך שירידה מתונה במשקל אינה משנה את הדרך שהם רואים את עצמם, משום ששינוי בדימוי הגוף (כלומר מצב שהמטופל אכן יראה וירגיש את השינוי במשקל) מופיע רק כאשר המשקל החדש "מחזיק מעמד" זמן רב. רק כאשר מובטחת היכולת לשמור על המשקל, אפשר להציע ירידה נוספת במשקל בשיעורים מתונים דומים, באופן הדרגתי ולפי הצורך (Cooper et al., 2003).

יצוין כי טיפול קוגניטיבי-התנהגותי מחייב מיון קפדני לקביעת ההתאמה לטיפול, חוזה טיפולי הכולל הסכמה לניטור מסודר של האכילה לאורך כל הטיפול, הסכמה לשמירה על המשקל שנקבע ולעמידה בתוכנית תזונתית מאוזנת, מחויבות לנוכחות מלאה בכל מהלך הטיפול, וביצוע של המטלות הנדרשות מחוץ לשעות הטיפול. בכל מקרה אין להתחיל בטיפול לפני שהמטופלת תכיר בחשיבות-היתר שהיא מקנה לשליטה על האכילה ולנושא המשקל לעומת דברים אחרים בחייה, לא רק ברמה הרציונלית אלא גם ברמה הרגשית (Vanderlinden, 2008).

הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי שניתן לחולים עם בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה בולמוסית שאינן סובלות מתחלואה פסיכיאטרית נלווית משמעותית (למשל הפרעה דיכאונית או הפרעת אישיות גבולית) הוא מובנה, ממוקד, קצר-מועד, ומוגבל בזמן. משך הטיפול נע בין 16 ל-24 פגישות בפרקי זמן של כשישה-שמונה חודשים. ההמלצה היא להגביל את משך הטיפול, שכן שינויים משמעותיים יכולים להתרחש גם בחודשים שלאחר סיומו (Fairburn et al., 1993a). תוכנית מעין זו מתאימה ומיועדת בעיקר לנשים עם בולימיה נרבוזה שלהן מוטיבציה גבוהה לטיפול (Lacey, 1993). על פי שני חוקרים אלה, שמונה עד עשר פגישות מוקדשות הן לשלב הראשון והן לשלב השני, ושתיים עד ארבע פגישות – לשלב השלישי. עם סיום הטיפול מתקיימות פגישות מעקב במידת הצורך, בהפרש של חודש עד כמה חודשים, לפי הצורך ובהתאם למשך הזמן מסיום הטיפול. בדרך כלל, הטיפול מקנה למטופלת כלים התנהגותיים וקוגניטיביים שמאפשרים לה לטפל בעצמה במקרים של משבר או סכנת משבר מתקרב. אם היא מתקשה לעשות זאת לבד, היא יכולה ליצור קשר עם המטפל. במקרה זה מתקיימות כמה פגישות לצורך התמודדות עם המשבר, ביסוס נוסף של תוצאות הטיפול והתכונות לקשיים אפשריים בעתיד.

גרסאות מותאמות ארוכות יותר קיימות למקרים חמורים יותר מבחינת התסמינים ו/או כאשר הפרעת האכילה מלווה בתחלואה פסיכיאטרית משמעותית, כגון דיכאון, התמכרות לסמים/אלכוהול או נטייה אובדנית, אך בעיקר כאשר הפרעת האכילה מופיעה על רקע של הפרעת אישיות מטיפוס Cluster B של ה-DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), ובעיקר הפרעת אישיות גבולית. מטבע הדברים, במקרים כאלה יהיה הטיפול ארוך יותר (עד כשנתיים) ולא מוגבל בזמן, או שהוא יהיה מרכיב זמני בטיפול כוללני קוגניטיבי (Beck, 2005) או בטיפול פסיכודינמי המותאמים לטיפול הפרעת אישיות גבולית (Kernberg, 1984). מחקרים מבוקרים רבים הראו שטיפול קוגניטיבי-התנהגותי בבולימיה נרבוזה ובהפרעת אכילה בולמוסית נחשב לטוב ביותר, או לפחות ליעיל באותה מידה, בהשוואה לטיפולים פסיכולוגיים (Agras et al., 2000; Fairburn, Jones, Peveler, Hope, & O'Connor, 1993b), ולעדיף מטיפול בלעדי בתרופות מסוג SSRI (מעכבים סלקטיביים של ספיגה חוזרת של סרוטונין) (NICE Guidelines 2004; Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Eating Disorders, 2006).

השילוב של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי עם SSRIs עדיף מכל אחד מטיפולים אלה בנפרד (Mitchell, Peterson, Myers & Wonderlich, 2001). בעקבות הטיפול נפסקים הבולמוסים ב-50%-70 מהמטופלים, ההקאות, והשימוש במשלשלים ב-35%-55, ובולמוסים והתנהגויות מטהרות גם יחד בקרב 40%-50 מהם. בין המנבאים לתגובה טובה לטיפול קוגניטיבי-התנהגותי בבולימיה נרבוזה והפרעת אכילה בולמוסית בולטים: תדירות נמוכה של בולמוסים ו/או התנהגויות מטהרות לפני הטיפול, ירידה גבוהה יותר בהתנהגויות אלו בשבועות הראשונים שלאחר תחילת הטיפול, רמה נמוכה של כפייתיות בכל הקשור לדימוי הגוף, וחומרה נמוכה יחסית של משתנים אישיותיים אופייניים להפרעות אכילה, כגון פרפקציוניזם וקושי בוויסות של רגשות ודחפים. במחקרי מעקב נמצא שכעבור שנה עד שש שנים מהטיפול אין עדות לקיומן של הפרעות אכילה אצל 50% מהמטופלות, ואילו בקרב 35%-45 עדיין תישאר הפרעת אכילה כלשהי בזמן המעקב, לרוב בדרגת חומרה נמוכה יותר מאשר בתחילת הטיפול, ובעיקר מהסוג של הפרעת אכילה לא-טיפוסית (Fairburn et al., 1993b, 1995).

לאחרונה ניכרים ניסיונות להגביר את הזמינות של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי לחולות בבולימיה נרבוזה, לצמצם את הסטיגמה הכרוכה בו ולהפחית את ההוצאות הכספיות הכרוכות בו על ידי דרך מתן טיפול מקוון (Telemedicine). המחקר עדיין בחיתוליו, אבל בכמה מחקרים מבוקרים לא נמצא הבדל ביעילות הטיפול שניתן בדרך זו בהשוואה לטיפול פנים אל פנים (Mitchell et al., 2008).

המגבלות של טיפול בבולימיה נרבוזה ובהפרעת אכילה בולמוסית

בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי בבולימיה נרבוזה ובהפרעת אכילה בולמוסית נצפו כמה מגבלות משמעותיות. כאמור, תהליך המיון לקבלה לתוכנית משאיר מאחור רבות מהמטופלות בשל אי-התאמתן למודל טיפולי זה. מבין אלו שנמצאו מתאימות, מיעוט לא מבוטל לא יגיבו לטיפול ו-20%-35 ינשרו ממנו לפני סיומו (Steel et al., 2000; Vanderlinden, 2008). שיעורים גבוהים אלה קשורים בעיקר לקושי להתמיד בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי בכלל ובמקרים של הפרעות

אכילה בפרט. שכן, טיפול מסוג זה מחייב שיתוף פעולה והתמדה ניכרים אל מול מטלות מורכבות, מעיקות ומתסכלות, כמו הכתיבה היום-יומית ביומן האכילה ותרגול של הטכניקות המובילות לזיהוי ולשינוי של החשיבה האוטומטית הדיספונקציונלית אחרי שעות הטיפול.

בנוגע למטפלים, נמצא שלא מעטים מהם מתקשים להסביר כראוי את החשיבות שבכתיבה יום-יומית של יומן האכילה. יתר על כן, בטיפול שבעיקרו מבוסס על מדריך מובנה (Manual), לעתים קשה למטפלים לגלות אמפתיה מלאה לקשיים של המטופלות, מאחר שעצם ההיצמדות לפרוטוקול טיפולי עלולה לגרום להם להתעלם מבעיות אחרות המטרידות את המטופלת באותו זמן ולהשאירן ללא מענה (McIntosh et al., 2005). קשיים בחוזה הטיפולי מטפל-מטופלת על רקע סוגיות אלו עלולים אף הם להביא לנשירה מהטיפול (Vanderlinden, 2008).

היעדר השיפור בעזרת טיפול קוגניטיבי-התנהגותי אצל מיעוט משמעותי של מטופלות עם בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה בולמוסית נובע בין השאר מהתמקדות הטיפול בעיקר בקשי האכילה ובהפרעה בדימוי הגוף, ובאמונות הקשורות למרכיבים אלה, כך שלמעשה אין בו מענה מספק לתהליכי ליבה אחרים האופייניים להפרעות אכילה, כגון פרפקציוניזם, קושי בוויסות מצב הרוח ובהתמודדות עם מצבי רוח משתנים וקשיים ביחסים בין-אישיים (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003).

יש הסבורים כי הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי בצורתו המקורית אינו שם לב די הצורך לתחושת חוסר הערך העמוקה של החולות. כמו כן נטען כי בעוד המשתנים הקשורים באכילה ובדימוי הגוף עלולים להביא להתפתחות של הפרעות אכילה, הרי יחסי הגומלין בין משתנים ישירים אלה ובין תהליכי הליבה האחרים שצוינו עלולים לשמר את המחלה ולמנוע ריפוי (Fairburn et al., 2003). אחרים טוענים שהטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי בבולימיה נרבוזה ובהפרעת אכילה בולמוסית אינו יכול להצליח משום שבתוכנית הטיפולית אין התייחסות מספקת למשמעות הרגשית שהיא מעבר למשמעות הקוגניטיבית-אינטלקטואלית, כלומר למידת ההפרעה שטמונה באופי הכפייתי של הקוגניציות הקשורות לאכילה ולמשקל. כמו כן, יש התייחסות מעטה מדי, לפי אותם חוקרים, להשפעה של בני משפחה וחברים, שאינם עוברים את השינויים הקוגניטיביים שעוברות המטופלות (Vanderlinden, 2008).

הצורך להרחיב את ההיבטים הרגשיים הכרוכים בהפרעה עורר ניסיונות לפתח מודלים חלופיים. מודל שפותח לאחרונה בישראל מרחיב את המודל הקיים ומדגיש את הקונפליקט העומד בבסיס ההפרעה. המודל המוצע, טיפול התנהגותי-קוגניטיבי הממוקד בקונפליקט (Conflict-Oriented Cognitive Behavioral Therapy), משלב גישה קוגניטיבית-התנהגותית וטיפול פסיכודינמי קצר-מועד (Latzer et al., 2005, 2008). המודל לא נבדק בצורה מבוקרת, ולכן אי אפשר להעריך את יעילותו, אך ניסיונות ראשוניים הצביעו על תוצאות חיוביות. מודל חלופי אחר שנועד להשלים את המודל המקורי הוא המודל העל-אבחנתי, המתואר להלן.

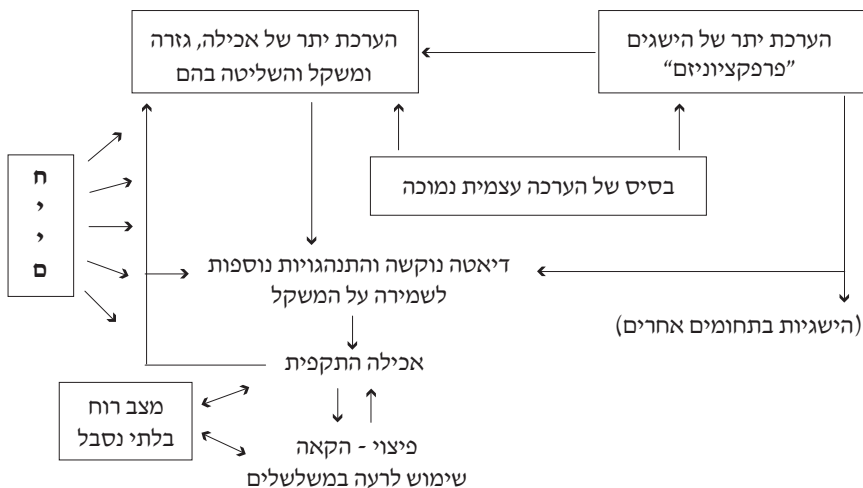
המודל העל-אבחנתי

המודל העל-אבחנתי (Transdiagnostic) נבנה אף הוא בהשפעת הליקויים במודל הקוגניטיבי-התנהגותי הקיים בהפרעות אכילה. על סמך הערכות קליניות ופורמולציות תאורטיות הוצע טיפול קוגניטיבי-התנהגותי מחוזק (Enhanced CBT – CBT-E) (Fairburn et al., 2003).

טיפול זה נבדל מהטיפול המקורי בכך שהוא משקיע יותר במחויבות של המטופלת לעצם הטיפול, ובעבודה על שינוי הקוגניציות הדיספונקציונליות המשמרות את המחלה. הטיפול פועל לפי עקרונות המודל העל-אבחנתי (איור 2), המתמקד במשתני ליבה שהם מעבר לנושאים הקשורים באכילה ובמשקל והנחשבים לרלוונטיים לכל סוגי הפרעות האכילה. עם משתנים אלה נמנים פרפקציוניזם, הערכה עצמית בסיסית נמוכה, קושי לסבול תנודתיות במצב הרוח (Mood Intolerance) וכישורים חברתיים בעייתיים. לטענת מחברי המודל, חוסר התייחסות הולמת למשתני ליבה אלה, שלהם השפעה מכרעת על המהלך של הפרעת האכילה ועל הסיכוי להחלמה, היא אחד הגורמים המרכזיים לקשיים שבטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי המקורי.

איור 2 ממחיש את יחסי גומלין בין ההתנהגויות והאמונות הספציפיות לנושאי אכילה ומשקל לבין אמונות הליבה שתוארו. יחסים אלה עלולים להביא בכל שלב של הטיפול להגברת הסיכון לשימור המחלה ולהפחתת הסיכוי להחלמה מלאה. למשל, רמות גבוהות של פרפקציוניזם, שמוגדרות בתפיסה העל-אבחנתית כהערכת-יתר של הישגיות והצלחה, עלולות לחזק את הערכת-היתר שמקנות החולות לנושאים הקשורים בשליטה על האכילה, המשקל וההופעה החיצונית, וזה כשלעצמו עלול להקשות על ויתור על הפרעת האכילה. בדומה לכך, הקושי להתמודד תנודתיות מצבי הרוח עלול להגביר את התדירות של בולמוסי אכילה ושל התנהגויות מטהרות שיפחיתו מהחומרה של אותם מצבי רוח (יצירת מעגל קסמים). חוסר התייחסות הולמת לקשיים הבין-אישיים של המטופלות עלול להשפיע הן בשלב ההתנהגותי (החולות מתביישות לפנות לאחרים לקבלת סיוע), הן בשלב הקוגניטיבי (דיספונקציות קוגניטיביות רבות מושפעות מנושאים של אי-קבלה חברתית), ובשלב של גיבוש תוצאות הטיפול ומניעת חזרה של המחלה (החולות עלולות להמשיך לפרש בצורה שאינה הולמת התייחסויות של אחרים משמעותיים, וכתוצאה מכך להגיב אליהם ברגישות-יתר).

איור 2: המודל הקוגניטיבי-התנהגותי העל-אבחנתי לטיפול בהפרעות אכילה
סכמה לא פונקציונלית להערכה עצמית



מחקר מבוקר רחב היקף (Fairburn et al., 2009) שבדק את ההשלכות של הוספת מרכיבי הליבה לטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי המקובל בקרב חולות עם בולימיה נרבוזה או הפרעת אכילה לא-טיפוסית עם בולמוסים ו/או התנהגויות מטהרות, השווה שני סוגים של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי מחוזק (CBT-E), סוג ממוקד, שמתייחס רק לקשיים הנוגעים לנושאי אוכל ומשקל, וסוג מורחב, שמביא בחשבון גם את משתני הליבה. אף על פי ששני הטיפולים היו יעילים, נמצא שחולות שאובחנו אצלן לפחות שניים מבין ארבעת משתני הליבה ברמה גבוהה (כלומר, הפרעה) היטיבו להגיב לסוג השני, בעוד חולות ללא הפרעה במשתנים אלה הגיבו טוב לטיפול המחוזק הממוקד.

לאחרונה התפרסם מדריך לטיפול בהפרעות אכילה לפי המודל העל-אבחנתי, שמשמש ב-CBT המחוזק (Fairburn, 2008). מדריך זה מתואר בהרחבה בפרק על טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בהפרעות אכילה בקרב ילדים ובני נוער, שמתמקד בעקרונות הטיפול באנורקסיה נרבוזה.

סיכום

הפרעות אכילה נמנות כיום עם ההפרעות הנפשיות הקשות ביותר לטיפול, מכמה סיבות. הן כרוכות בתחלואה ובסיבוכים גופניים מורכבים, הדורשים פיקוח, התייחסות וטיפול מתמידים; הן כרוכות בתחלואה פסיכיאטרית נלווית הכוללת את רוב ההפרעות הנפשיות המוכרות, ויש לכך השפעה על מהלך הטיפול; אצל רוב החולות ניכר מעבר מתת-צורה אחת של הפרעת אכילה לאחרת – החל מהתנהגות מגבילה מצמצמת, דרך שלב שיכול לכלול בתחילה צמצום אכילה בשילוב עם בולמוסים ו/או התנהגויות מטהרות ובהמשך בולמוסים ללא צמצום אך עם התנהגויות מטהרות, וכלה בהופעה של בולמוסים ללא התנהגויות מטהרות או של התנהגויות מטהרות ללא בולמוסים. מעברים אלה מהתנהגות סימפטומטית אחת לאחרת מחייבים התמודדות עם מצבים מתחלפים של שליטת-יתר, הימנעות ונוקשות, מול אובדן שליטה וקושי בוויסות של התנהגויות האכילה, דחפים ורגשות. הדבר מקשה על בניית פרדיגמות טיפוליות שיהיו גם ברורות, הגיוניות ועקביות, וגם גמישות, משתנות לפי הצורך וניתנות למחקר. חשוב לציין, שעם כל התקדמות הידע הקליני, הטיפולי והמחקרי, עדיין לא מובן לגמרי, מדוע אנשים צעירים פונים להתנהגות שעומדת בסתירה לצורך טבעי של האדם ברמתו הבסיסית ביותר; מדוע מובעת התנגדות משמעותית ביותר לטיפול למרות הידע והמודעות שיש לחולים לגבי ההשלכות והנזקים של המחלה בהווה ובעתיד, ומדוע השמירה על משקל נמוך נראית לחולים כדבר החשוב לעצם קיומם הרגשי יותר מכל דבר אחר.

הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי אינו מתיימר לענות על שאלות מורכבות אלו, ויש הכרה במוגבלותו בכל הנוגע להפרעות האכילה. עם זאת, לטיפול על פי מודל זה יש יתרונות בולטים מעצם העובדה שיש בו קריטריונים שעל פיהם אפשר לאבחן התאמה או אי-התאמה לטיפול, ומכך ששיטת העבודה על פי ממוקדת ואמורה להיות ברורה למטופלים (על המטפל לוודא שאכן כך הוא הדבר). מלבד זאת, אם כי פרדיגמה טיפולית זו מתייחסת לתסמינים שמפריעים כאן ועכשיו, הרי למעשה היא נוגעת גם בגורמים נפשיים העומדים בבסיסם, מושפעים מהם

ומגבירים או מפחיתים את הסיכוי לריפוי. גם אין לשכוח, כי הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי הקלאסי בהפרעות אכילה מתבסס על מודל שנבדק במחקרים מבוקרים רבים שתיקפו את יעילות הטיפול בבולימיה נרבוזה והפרעת אכילה בולמוסית בקרב מבוגרים ובני נוער, הן במסגרת פרטנית הן במסגרת קבוצתית.

הפרק הציג את עקרונות הטיפול באופן שמבהיר גם לקורא שאינו בעל ידע נרחב בהפרעות אכילה את המרכיבים ההתנהגותיים הייחודיים להפרעות אלו ואת העיוותים הקוגניטיביים המרכזיים שיש לטפל בהם. מחברי הפרק מדגישים את החשיבות רבה של ביסוס תוצאות הטיפול תוך חיזוק המיומנויות של המטופלים לעבודה עצמית במהלך הטיפול ולאחריו, ואף את החשיבות שבמתן כלים הולמים, ברורים וישימים, שיישעו למטופלים לזהות מצבי סיכון, ובכך יפחיתו את הסיכון לחזרה של המחלה.

החוקרים המובילים בתחום מכירים במגבלות של הפרדיגמה הטיפולית הקוגניטיבית-התנהגותית, שנוטה להתמקד בעיקר בתסמינים ובעיוותים הקוגניטיביים הקשורים ישירות להפרעת האכילה, ואינה מספקת מענה הולם לכלל הקשיים של כלל החולות. נעשו ניסיונות רבים להתמודד עם מגבלות אלו, בעיקר כדי להגיע גם אל מטופלות עם תחלואה פסיכיאטרית נלווית קשה, ולתת מענה לקשיים נוספים העומדים בבסיס הפרעת האכילה או הנלווים אליה. אחד מהם הוא בניית המודל העל-אבחנתי. מודל זה מוסיף נדבכים רלוונטיים למודל הקיים ומציע דרך לטיפול במרכיבי ליבה אישיותיים העלולים להביא לשימור המחלה, שלא קיבלו מענה הולם במודל הקלאסי. המודל העל-אבחנתי גם מנסה להרחיב את הטיפול ולהחילו על הפרעות אכילה נוספות, בייחוד אנורקסיה נרבוזה, שאף להן המודל הקלאסי אינו מציע פתרון מספק. למודל העל-אבחנתי חשיבות רבה מעבר לרמה הטיפולית, שכן הוא מכיר בפגיעויות הפסיכולוגיות והביולוגיות הבסיסיות המשותפות לכל סוגי הפרעות האכילה (Kaye et al., 2004), ואף ב"קלות הבלתי נסבלת" של המעבר בין הפרעות האכילה למיניהן (Eddy et al., 2008).

ואולם, למרות העובדה שיעילות המודל הטיפולי העל-אבחנתי הוכחה לאחרונה באופן מבוקר, נראה שעדיין חסרה בו התייחסות מספקת לכמה נושאים משמעותיים. הוא אכן מרחיב את טווח התכנים החשיבתיים שיש להתייחס אליהם, אך אינו מציע חידושים בדרך הטיפול בכשלים האופייניים בתהליכי החשיבה, בעיקר האופי הכפייתי, הנוקשה והחוזר על עצמו שלה. הוא גם אינו מספק פתרונות חדשים לגבי דרכים להגברת המוטיבציה לטיפול ולגבי ההבנה הרגשית של המטופלים, שאופי התמקדותם בנושאי אוכל ומשקל הוא-הוא לב הבעיה. טיפול קוגניטיבי-התנהגותי מעצם מהותו אינו מטפל בקשיים פיזיולוגיים מרכזיים בהפרעות אכילה, כמו קשיי הוויסות הרגשי והדחפי, או הנטייה של המטופלות להתמכר ל"חומרים" שהם זמינים לכול. המודל אף אינו מטפל בקשיים אישיותיים מרכזיים כמו הרס עצמי או ביטול עצמי, ולא במרכיבים תפיסתיים מרכזיים כמו ההזדהות המשמעותית של נערה עם אנורקסיה נרבוזה עם מחלתה ומשאלתה לבניית "זהות אנורקטית". גם למקום המרכזי של המשפחה, החברים והחברה כולה במהלך המחלה ובריפוייה אין מקום במודל. קושי אינהרנטי אחר, ואולי אף עיקרי, נעוץ בשילוב של שיטה שהיא מוגדרת, ממוקדת וקצרה במהותה (מתבססת על מודרך מובנה) עם מטופלות שפעמים רבות מתקשות ליצור קשר טיפולי ומתנגדות לעצם הטיפול. הדבר עלול להקשות על יצירת חוזה טיפולי ראוי ולהביא לכשלים אמפתיים חוזרים במהלך הטיפול.

קושי אחרון זה קשור בחלקו גם למטפלים; יש בהם הנוטים להגיב לחוסר שיתוף הפעולה מצד המטופלות, ואף לתסכול הנובע מההתמקדות בתסמינים ובקוגניציה, בתגובות נגד רגשיות חזקות ולא תמיד הולמות. תגובות רגשיות אלו שכיחות כנראה יותר בקרב מטפלים בהפרעות אכילה מאשר בקרב מטפלים בהפרעות נפשיות אחרות (Golan, Yaroslavski, Stein, 2009), אולי משום שהדרכת קוגניטיביות-התנהגותיות לא תמיד מספקות מענה הולם לקשיים שלהם בטיפול.

להערכתנו, בעתיד הנראה לעין וגם בעתיד הרחוק יותר, בתקופה שבה הפרעות האכילה הולכות ונעשות קשות ומופיעות הן בגילאים צעירים יותר הן בגילאים מבוגרים יותר, יהיה צורך לשלב את הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי על יתרונותיו בטיפול בתסמיני הפרעת האכילה ובמניעת חזרתם, עם טיפולים נוספים, שיתמקדו בקשיים האחרים שצוינו. המחקר לגבי מבוגרים, צפוי שיבדוק מהו הזמן המתאים לשילוב הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי בתהליך טיפולי פסיכודינמי מעמיק בקשיים האישיותיים. אפשרות כזאת תיתכן גם לגבי בני נוער עם הפרעות אכילה, שם יש לשבץ את הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי במארג הטיפולי האמור לאפשר התפתחות הולמת של המתבגר. אפשרות אחרת באשר לבני נוער היא שילוב של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי כחלק מטיפול משפחתי. לשילובים מעין אלה יש מקום, מעבר להרחבת האפשרויות שניתנות למטופלים, גם בניסיון לגשר בין אסכולות שונות בטיפול בהפרעות אכילה, השרויות במחלוקת. הידע התאורטי והניסיון הקליני שהצטברו במרוצת השנים מאפשרים את הגמישות והשילוב של עולמות תאורטיים שונים עם גישות טיפוליות למיניהן, שבעבר היו נפרדות ואפילו הוצגו כמנוגדות זו לזו. יתרה מזו, אם בעבר התקיימה חלוקה נוקשה בין העולם התאורטי והטיפול של המטפל ההתנהגותי-קוגניטיבי לזה של המטפל הדינמי, נראה שכיום יש פתיחות והבנה רחבה וגמישה יותר בין שתי האסכולות. התפתחות זו תאפשר לחוקרים, לתאורטיקנים ולמטפלים לתת מענה טיפולי מתאים יותר למגוון רחב של בעיות שמשקפות בטיפול המורכב בהפרעות אכילה.