

תקציר מאמר: ויסות רגשי בעזרת תנועה

Steiger, H. (2017). Evidence-informed practices in the real-world treatment of people with eating disorders. *Eating Disorders Journal of Treatment and Prevention*, 25, 173-181.

סיכמה: איויה שלח, סטודנטית לתואר שלישי בטיפול באומנות באוניברסיטת חיפה בשנה"ל ש"ז.

הווארד סטייג'ר פסיכאטר העוסק מזה שנים בטיפול בהפרעות אכילה מתאר במאמר זה את הקושי בטיפול באוכלוסיה זו. מאמר זה עוסק בשיטות הטיפול השונות בהפרעות אכילה ומתאר דרכי התמודדות במקרים הרבים בהם הטיפול אינו מצליח לעשות את השינוי המבוקש. סטייג'ר רואה חשיבות בקביעת תוכנית טיפול בשיתוף פעולה עם המטופל, תוך כדי מתן מידע על ההשלכות וזאת מתוך מטרה לגייס את המוטיבציה של המטופל לשינוי. מאמר זה מציע הצעות שמטרתן לסייע למטפלים להתאים את הטכניקה שלהם בצורה מפורחת למצבים טיפוליים מורכבים בעולם האמיתי.

הווארד סטייג'ר פסיכאטר העוסק מזה שנים בטיפול בהפרעות אכילה מתאר במאמר זה את הקושי בטיפול באוכלוסיה זו. מאמר זה עוסק בשיטות הטיפול השונות בהפרעות אכילה ומתאר דרכי התמודדות במקרים הרבים בהם הטיפול אינו מצליח לעשות את השינוי המבוקש. סטייג'ר רואה חשיבות בקביעת תוכנית טיפול בשיתוף פעולה עם המטופל, תוך כדי מתן מידע על ההשלכות וזאת מתוך מטרה לגייס את המוטיבציה של המטופל לשינוי. מאמר זה מציע הצעות שמטרתן לסייע למטפלים להתאים את הטכניקה שלהם בצורה מפורחת למצבים טיפוליים מורכבים בעולם האמיתי.

בחר רמות של טיפול בתבונה

במקרים של תת תזונה חריפה אשפוז יכול להציל חיים, יחד עם זאת הוכח במחקרים כי אין שוני בתוצאות כאשר נבדק הטיפול באשפוז מלא לעומת טיפול בקהילה (Madden, Hay, & Touyz, 2015). מחקר נוסף הראה כי לא היה שוני בהגעה למשקל היעד אצל מתבגרים שעברו טיפול משפחתי במסגרת אשפוז יום, בין אם הטיפול החל באשפוז קצר לצורך ייצוב המצב הפיזי או אשפוז מלא ארוך ויקר (Madden et al., 2015). למרות מחקרים מסוג זה, אנשי הטיפול הקליני, לעיתים קרובות (עם הכוונות הטובות ביותר) מחליטים על טיפול אינטנסיביות ללא שיתוף הפעולה של המטופל, מתוך האמונה: שכשהוא יתאושש, הוא ישמח שעשינו את זה. הכותב מעלה את השאלה האם ההחלטה נעשית מתוך מחשבה על טובת המטופל בלבד או מונעת מרצון המטפל להיות חופשי מדאגה או מוגן מאחריות משפטית. הוא תוהה אם לא ניתן היה לעשות את ההחלטות בשיתוף פעולה עם המטופל כאשר המטופל מקבל מידע לגבי הסיכונים בקבלת ההחלטות שלו. בתנאי שאין סכנת חיים, מציע הכותב לא לבוא לטיפול עם תוכנית מובנת סגורה הרמטית אלה לקבל החלטות בשיתוף פעולה עם המטופל ועל פי התקדמותו בתהליך.

הכר את אפשרויות הטיפול המוכחות

ראשית מדבר סטייג'ר על החשיבות להכיר את הטיפולים המוכחים מחקרית בהפרעות אכילה. טיפול קוגניטיבי – התנהגותי (CBT) עבור בולמיה נרבוזה (BN, Fairburn, 1993; Marcus, & Wilson, 2009) ו CBT-E עבור אנורקסיה נרבוזה (AN, Fairburn et al., 2009) טיפול נוסף הוא הטיפול התנהגותי דיאלקטי (DBT) עבור BN, בולמיה נרבוזה עם אישיות גבולית, אכילה כפייתית (BED) ו-AN (Federici & Wisniewski, 2013). יש פסיכותרפיה בין אישית (IPT) שמתאימה עבור AN, BED, BN (Jacobs, Welch, & Wilfley, 2004), וטיפול רגשי אינטגרטיבי משולב (ICAT) עבור בולמיה נרבוזה ואכילה כפייתית (Wonderlich et al., 2014). מעבר לטיפולים אינדיבידואלים אלה, קיים טיפול משפחתי (FBT) עבור מתבגרים עם AN או BN (Lock, 2015). לטיפולים אלו יש סבירות טובה להשיג תגובות חיוביות במספר רב של הסובלים מהפרעות אכילה, אך סטייג'ר מוטרד במאמר זה מהחצי השני של המטופלים אשר אינם מגיבים לאחד מטיפולים אלו או שמגיבים בצורה חלקית בלבד ונשארים עם סימפטומים רבים. אפשרות אחת היא מיד עם סיום טיפול אחד להתחיל בטיפול נוסף אחר מתוך מחשבה שייתכן והמטופל יפיק תועלת מטכניקות אלטרנטיביות של גישה אחרת (Agras et al., 1995).

מקסם את המעורבות האישית

הספרות על אוכלוסיה של הפרעות אכילה מבהירה כי מטופלים אינם יכולים להחלים "על פי דרישה". הכרה בכך שלעתים קרובות המטופל לא יחלים במהלך פרק זמן מוגבל ויש צורך לתמוך במטופלים אשר לעתים קרובות נוטים לבושה ולבוז עצמי. מטפלים המתמחים בהפרעות אכילה מחוייבים להסביר למטופל כי הוא סובל מהפרעת אכילה לא כיוון שהוא חלש, מניפולטיבי או לא משתדל מספיק, אלא כתוצאה משילוב של הגנטיקה והסביבה שלו. יחד עם זאת אין הכוונה להאריך טיפול עד אינסוף במצבים שהוא אינו תורם ומיטיב עם המטופל. למעשה, מחקרים מראים כי שינוי קורה בתחילת הטיפול או בכלל לא (Doyle, Le Grange, Loeb, Doyle, & Crosby, 2010; Le Grange et al., 2012; Vall & Wade, 2015). כפי שהוצע קודם, אי תגובה לטיפול מצריכה מעבר לטיפול מסוג אחר או מעבר למסגרת שונה. מאחר שהפרעת אכילה אינה נפתרת "לפי דרישה", יש להיות זהירים לגבי הבטחות וציפיות מפורשות או משתמעות שמעבירים למטופלים לגבי תוצאות הטיפול. יחד עם זאת יש להעביר מסרים של תקווה. לדוגמה: מחקרים מצאו כי אחוז האנשים שהפחיתו את הסימפטומים שלהם בהפרעת האכילה עלה משמעותית ככל שהמעקב בסיום הטיפול היה ארוך יותר (Keel & Brown 2010). יחד עם זאת יש לזכור שהסבירות להחלמה היא רק אצל כ-50% מהמטופלים וכי מטופלים רבים לא יחלימו במהלך סבב הטיפול הראשון.

סיכום

ניתן לראות בספרות כי תוצאות הטיפול בהפרעות האכילה מצביעות על כך שמטופלים רבים מגיבים בצורה חיובית להתערבויות השונות, אבל רבים אחרים לא. קיימים מספר אמצעים להבדיל מראש מי יגיבו לטיפול ומי לא. מהספרות עולה כי עבור המטופלים שלא מגיבים, הטיפול צריך לאזן בין תוכנית מובנת והצורך בגמישות המתאימה למציאות שבה הסובלים מהפרעת אכילה "מגיבים בהדרגה". בזמן קבלת החלטות לגבי מהות הטיפול יש לשים את המטופל ואת הקרובים לו במרכז העבודה הקלינית, ולעבוד בשיתוף פעולה אינפורמטיבי, בלתי-כפוי ומותאם למטופל, מתוך הבנה כי יש חשיבות עליונה לגייס את המוטיבציה של המטופל לשינוי.

איווה שלח, evia@eviasimon.com

מרבית אנשי הטיפול מסכימים כי הרצון של המטופל לשינוי הוא בעל ערך. ישנן התערבויות שנועדו לשפר את המוטיבציה לשינוי באוכלוסיה של הפרעות אכילה (Geller & Dunn, 2011). התערבויות אלה מדגישות את העיקרון שמטרות הטיפול צריכות להתאים למצב הנכונות של המטופל לשינוי (Miller & Rollnick, 2002). שיטות אלה יעילות בדרך כלל כאשר מדובר במקרים של אכילה כפייתית, ששם מראש המוטיבציה לשינוי של המטופל היא גבוהה יותר (Dray & Wade, 2012; Waller, 2012). בדיון על ממצאים אלו נטען כי בניית המוטיבציה צריכה להיות תהליך מתמשך לאורך כל הטיפול ולא משהו שהמטפלים "עובדים עליו" בתחילת הטיפול. Self-Determination Theory (SDT) הינו מודל נוסף העוסק בהגברת המוטיבציה של המטופל. SDT מתייחס לעומק הפנמה של המוטיבציה, כאשר ישנם שלושה מצבים של מוטיבציה. מוטיבציה "אוטונומית" - החוויה היא בחירת הטיפול באופן חופשי, מוטיבציה של "מסוגלות" - למטופל יש את הידע הנדרש כדי לבצע שינוי ומוטיבציה של "הקשר" כאשר למטופל יש תחושה שהוא מחובר וסומך על התומכים שלו לאורך כל התהליך. סטייג'ר מסביר כי יש להכיר בחוויה של המטופל, לדוגמה להגיד אמירות מסוג: "אני מבין שכל שינוי קטן במשקל יש לו השפעה גדולה עלייך". עוד הוא טוען כי חשוב לתת תמיכה לאוטונומיה של המטופל ולהתייחס אליו בכבוד ולא בשיפוטיות. לדוגמה, לאמר: " למרות שאתה מתכוון לטוב אתה ממשיך לרדת במשקל". גישה זו מאמינה כי כשהמטופל מבין שהוא זקוק לעזרה וכי יש בסביבתו אנשים שרוצים לעזור לו ולא לשלוט עליו, או לחנך אותו הוא יגיב בצורה טובה יותר לטיפול.

גייס משפחה וחברים

כאשר מדובר בטיפול באוכלוסיה של מתבגרים לטיפול המשפחתי יעילות רבה (Lock 2015). הבסיס של הטיפול המשפחתי הוא לגייס אנשים קרובים וליצור מערכת תמיכה חיצונית למטופל. גישה זו מציידת את המערכת התמיכתית במידע הקשור בטיפול בהפרעות אכילה ובכלים פרקטים לטיפול ובכך מצליחה לייצר יותר אמפתיה למטופל ומפחיתה את האשמה. סטייג'ר מסכם כי המסר החשוב ביותר מטיפול משפחתי בעיניו, הוא שיש לגייס את המערכת התמיכתית כבעלת ברית של המטופל והצוות הטיפולי (Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepulveda, & Treasure, 2014).

תגובה תואמת לשלב של המטופל