

# Review



מגזין מכון תנובה למחקר

גיליון 26 ינואר 2009

הפרעות אכילה בישראל -  
קצה הקרחון?  
ד"ר איתן גור

הטיפול בהפרעות אכילה  
פרופ' דניאל שטיין

אכלני ונודדי הלילה  
לימור בן חיים

תחלואה והחלמה  
מאנורקסיה -  
שכיחות ומדדים  
ד"ר מיכל יעקובוביץ'-גוון

ויסות רגשי  
(Emotional Regulation)  
והפרעות אכילה  
פרופ' מוריה גולן



## משולחן המערכת

## תוכן העניינים

- 3** הפרעות אכילה בישראל - קצה הקרחון?  
ד"ר איתן גור
- 6** הטיפול בהפרעות אכילה  
פרופ' דניאל שטיין
- 10** אכלני ונודדי הלילה  
לימור בן חיים
- 14** תחלואה והחלמה מאנורקסיה -  
שכיחות ומדדים  
ד"ר מיכל יעקובוביץ'-גוון
- 18** וויסות רגשי (Emotional Regulation)  
והפרעות אכילה  
פרופ' מוריה גולן
- 22** פורומים מקצועיים
- 23** תיאור מקרה
- 24** כנסים 2009

נושא קשה ומורכב בחרנו הפעם. קשה לעיכול, קשה ומורכב לטיפול.

התלבטנו אם להביא אותו למגזין שלנו, שהרי לא מדובר בבעיות שהשורש שלהן הוא תזונתי, ועוד יותר מכך, הטיפול בהן מורכב מהיבטים רבים, שהתזונה היא רק אחד מהם.

ובכל זאת, דווקא המורכבות, הקושי, העניין הם שהכריעו בעד הקדשת גליון זה לנושא הפרעות אכילה, שיחד עם השמנת יתר מגיעה שכיחותן עד ל-50% מהאוכלוסיה בארצות מערביות.

שכיחות הפרעות אכילה גם הולכת ועולה, ולא רק בקרב קבוצת הגיל השכיחה - נערות.

חלקם הגדול של הלוקים בהפרעות אכילה ובעיקר באנורקסיה ובבולימיה הינם אכן אנשים צעירים, בגיל ההתבגרות, אבל לאחרונה מוסכם שהשכיחות של אי סדרים באכילה מופיעה בשכיחות גבוהה יותר גם בחולים מבוגרים בכל הגילאים.

בחברה התחרותית בה אנו חיים כולנו חשופים למסר כפול: מחד הדגשת יתר של חשיבות המראה החיצוני והרזון ומאידך פיתוי מתמיד לטעום משפע המאכלים המוצע לנו. הפרעות אכילה מבטאות את הקושי לאזן בין שתי מגמות מנוגדות אלו.

מיטב המומחים בתחום הפרעות אכילה כתבו לגליון זה, בתקווה שכולנו, דיאטנים ורופאים, נהיה ערים יותר לזהות את המחלה בעודה באיבה, וכדי שיהיו יותר כלים באמתחתנו שיאפשרו לנו התייחסות נכונה והפניה למסגרות טיפוליות הולמות עפ"י הצורך.

קריאה מהנה,

טליה לביא

עורכת ראשית

פרופ' זמיר הלפרן

יו"ר הוועדה המדעית

מכון תנובה למחקר

## Review

מגזין מכון תנובה למחקר



עורכת ראשית: טליה לביא  
עורכת משנה: רותי אבירי  
יועץ מדעי: פרופ' זמיר הלפרן  
מידענית: הדס אביבי  
מנהלת הפרוייקט: נגה שוורץ  
הפקה: פרומרקט

כתובת למכתבים: מכון תנובה למחקר,  
ת.ד. 2525 רחובות 76123. טל: 08-9444265

**הנכם מוזמנים לקרוא תקצירי מאמרים עדכניים וסיכומי מפגשים מקצועיים שמקיים המכון באתר המחודש שלנו: [www.tnuva-research.co.il](http://www.tnuva-research.co.il)**



# הפרעות אכילה בישראל - קצה הקרחון?

ד"ר איתן גור

מנהל המחלקה להפרעות אכילה, המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא, תל השומר

**המתח הקיים בין המגמה הכללית של עליה במשקל לבין הרצון להיראות לפי הנורמות המקובלות הוביל חלק גדול מהאוכלוסייה לפתח תחלואה מיוחדת שכמעט ולא היתה מוכרת לפני כארבעה עשורים - הפרעות אכילה.**

## שכיחות הפרעות אכילה

הפרעות אכילה הפכו לפאנאנדימיה בשנים האחרונות בעולם המערבי ושיעורן הולך ועולה בארצות המתפתחות. השכיחות של הפרעות האכילה בארצות המערב עלתה בעשורים האחרונים והפכה לתחלואה משמעותית מבחינת בריאותית וכלכלית. שכיחותה של Anorexia Nervosa היא כ-1.2% בנשים ו-0.2% בגברים (2), Bulimia nervosa כ-4% בנשים וכאחוז בגברים, ושאר הפרעות האכילה הבלתי מסווגות בשם Eating Disorders No Otherwise Specified (ED-NOS) עוד כ-5%. יחד עם השמנת היתר שכיחות הפרעות האכילה מגיעה עד לכ-50% מכלל האוכלוסייה בחלק מהארצות המערביות. העליה המהירה בשיעורי השמנת היתר בקרב ילדים (3) מצביעה על כך שהתהליך עדיין לא הגיע לקיצו והעתיד צופן בחובו אתגר לא מבוטל למעצבי המדיניות הבריאותית בכל הנוגע להרחבת שירותי הבריאות הייחודיים לתחום זה, ופיתוח תוכניות מניעה יעילות שיבלמו את המשך העליה בתחלואה.

העובדה שמחצית מהאוכלוסייה סובלת מהפרעת אכילה כלשהי מקשה על הצבת קו ברור בין הנורמה לפתולוגיה, ורבים מהאנשים המוגדרים כסובלים מהפרעת אכילה אינם מגדירים את עצמם כסובלים מהפרעת אכילה, ואינם מודעים לעובדה שמצבם התזונתי והרגלי האכילה שסיגלו לעצמם פוגעים באופן קשה באיכות חייהם ומשפיעים על התחלואה העתידית ותוחלת חייהם.

משחק הווירטואלי Second Life® (www.secondlife.com) המאפשר לשחקן לחיות חיים וירטואליים מקבילים לצד חייו בעולם הגשמי, יכול כל שחקן לבחור לו דמות כרצונו ממוגוון דמויות עצום. למרות הגיוון האדיר בצבע עורן של הדמויות, שערן, הבגדים, התכשיטים הקעקועים וכל שאר האביזרים הנלווים, בדבר אחד אין כמעט כל גיוון: מבנה גופן. רוב הדמויות הן בעלות מבנה גוף צר וארוך ואף אחת מהן אינה סובלת מהשמנת יתר.

בעולמנו המצב שונה לחלוטין. בארצות המערב עודף משקל והשמנת יתר הם נחלת רוב האוכלוסייה. העלייה בשכיחות השמנת היתר לא פסחה אף על ארצנו, ובסקר ארצי שנערך בשנים האחרונות נמצאו נתונים מדאיגים לגבי שכיחות ומהירות התפתחות התחלואה בהשמנת יתר (1).

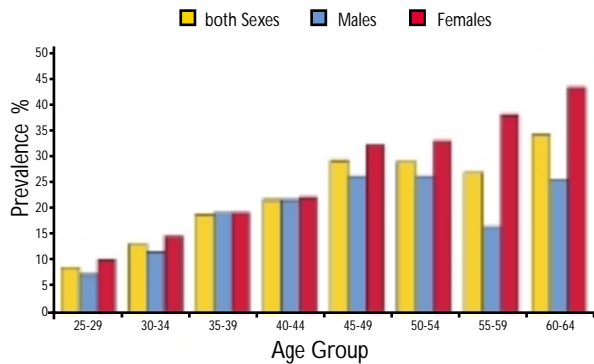
שינויים מהירים בשיעורי השמנת היתר ועודף המשקל אינם מעידים על התמרה גנטית או תהליך זיהומי, אלא משקפים את השינוי המהיר שחל באורח חייו של האדם בעולם המערבי. בעשורים האחרונים התפתחו מספר מגמות שעיקרן העלייה בזמינות המזון, שינויים קיצוניים בהרכב המזון, עליה ברמת החיים וירידה בפעילות הגופנית היום יומית. מגמות אלו גורמות למאזן אנרגטי חיובי שתוצאתו היא עלייה במשקל. מנגד, חל שינוי דרמטי בתפיסת העצמי ודימוי הגוף של כלל האוכלוסייה והשאיפה למבנה גוף ארוך וצנום הפכה לכוח, המניע חלקים גדולים מהאוכלוסייה לסגל לעצמם הרגלי תזונה קלוקלים ופעילות גופנית מזיקה.

המתח הקיים בין המגמה הכללית של עליה במשקל לבין הרצון להיראות לפי הנורמות המקובלות הוביל חלק גדול מהאוכלוסייה לפתח תחלואה מיוחדת שכמעט ולא היתה מוכרת לפני כארבעה עשורים - הפרעות אכילה.





## הימצאות BMI >30 בישראל לפי גיל (1)



הבולמיות מפסיקות להקיא אך ממשיכות להתבלםס והופכות לחולות הסובלות מהפרעת אכילה זללנית (Binge Eating Disorder) (BED). התפתחות הפרעות אכילה חדשות אצל חולים שסבלו מהשמנת יתר ועברו ניתוחים בריאטריים אינה נדירה אף היא (8).

## אבחון הפרעות אכילה

אנורקסיה ובולמיה הן הפרעות אכילה כרוניות וקשות הנמשכות שנים רבות המשפיעות באופן קשה על בריאותו של החולה, איכות ותוחלת חייו. אחד המשתנים העיקריים המשפיעים על סיכויי ההחלמה מהפרעת אכילה הוא פרק הזמן העובר מתחילת המחלה ועד תחילת הטיפול. זיהוי מוקדם של המחלה והפנייה לטיפול משפרות את סיכויי של החולה להחלים ממחלתו. אחד הגורמים המקשים על אבחון של הפרעות אכילה אלו היא נטייתם של חלק מהחולים להסתיר את מחלתם מהסובבים אותם ולהכחיש את התסמינים של המחלה.

גיל הופעת הפרעות האכילה הוא גיל ההתבגרות המוקדם והראשוני להיפגש בחולים החשודים בהפרעת אכילה הם רופאי המשפחה. הפרעות אכילה הן הגורם השכיח ביותר לירידה במשקל מתחת למשקל הגוף התקין בגיל ההתבגרות, ולאחר בירור גופני קצר, יש להפנות את החולה לפסיכיאטר לצורך הערכה משלימה ואבחון. חולות בולמיות רבות מגיעות למרכזי טיפול ולחדרי מיון בתלונה של הקאות חוזרות הגורמות להפרעות אלקטרוליטיות חמורות (היפוקלמיה). גם אם החולה מכחישה שמדובר בהקאות יזומות יש להפנותה להערכה פסיכיאטרית לצורך שלילת הפרעת אכילה. לעיתים, רופאי השיניים הם הראשונים לאבחן חולה בולמית, בליטת סתימה מעל גובה פני השן מעידה על שחיקה של האמייל עקב הקאות מרובות וסימנים אחרים האופייניים לחולות מקיאות (9).

בניגוד להפרעות אכילה דוגמת אנורקסיה נרבוזה ובולמיה נרבוזה, אבחון התחלואה בהשמנת יתר הוא מהיר ובלתי אמצעי. אך משנעשתה האבחנה מסתפקים מרבית הרופאים באמירה "אתה חייב לרדת במשקל" ואינם מבינים שתהליך מוצלח של ירידה במשקל והתייצבות ארוכת טווח על משקל יציב ותקין דורש תהליך טיפולי ארוך ומתיש.

## אטיולוגיה

עד התפתחות החקלאות לפני כ-8,000 שנה כל בני האדם חיו בקבוצות של "ציידיים מלקטים" ומדי יום יצאו לחפש את מזונם לאותו יום, הרכב המזון והמאמץ הפיזי שהיה כרוך בהשגתו מנעו כל אפשרות של התפתחות עודף משקל. התפתחות החברה החקלאית שינתה את המבנה החברתי והביאה לכך שזמינות המזון גדלה והשמנה הפכה אפשרית עבור חלק מהאוכלוסייה. אך עדיין עד למהפכה התעשייתית מרבית האוכלוסייה עבדה בעבודה פיזית יום יומית וזמינות המזון היתה במשורה יחסית. השינוי המרכזי בעליה בזמינות המזון ובירידה בפעילות הגופנית היום יומית נבע מהמהפכה התעשייתית והגיע להקצנה מדאיגה עם התפתחות חברת השפע והועצם אף יותר בתהליך הגלובליזציה.

החיים בחברת השפע מעוררים את המתח הבלתי נמנע בין הזמינות הבלתי מוגבלת של המזון והפיתוי לאכילתו, לבין הציווי החברתי הסוגד לרזון ורואה בו את ניצחון הרוח על הגוף. לא פלא אם כך, שהפרעות האכילה מתפתחות בעיקר בקרב מתבגרות ומתבגרים החשופים ללחצים בלתי פוסקים מצד חבריהם, הוריהם ושולל הדימויים המשווק אליהם דרך מרקעי הטלוויזיה והמחשב.

המודל התיאורטי המקובל של מרבית הפרעות האכילה הוא מודל מולטיפקטוריאלי, המשלב השפעה פוליגנית ומוכנות ביולוגית בצירוף עם השפעות סביבתיות. המונחים "נטייה להשמנה" ו"מטבוליזם איטי" מושמעים לעיתים קרובות מפי החולים עצמם כהסבר לעלייתם במשקל, או להחלטתם לסגל לעצמם הרגלי אכילה בלתי תקינים. חולים אלו אינם מודעים לכך שתחילתה של הבעיה ממנה הם סובלים נעוצה באובדן נקודת שיווי המשקל במאזן האנרגטי שנובעת בדיכ מהחלטתו של החולה לרדת במשקל, למרות שאין כל צורך בכך והוא נמצא במשקל תקין. נקודת אובדן שיווי המשקל היא תחילתו של תהליך של שינוי קיצוני במשקל הגוף המביא לשינויים מטבוליים וגורם להתערערות מוחלטת של מנגנוני הויסות המשמשים לייצוב המשקל.

חיזוקים לכך שהתרומה הסביבתית היא המרכיב העיקרי באטיולוגיה של הפרעת האכילה מתקבלים ממחקרים בחברות בהן קיימת שונות חברתית ותת קבוצות של האוכלוסייה מקיימות אורח חיים תרבותי שונה (4), ממחקרי הגירה הבדקים את שיעורי התחלואה בהפרעות אכילה בקרב מהגרים בהשוואה לשיעורי התחלואה בארצות מוצאם (5) וממחקרים הבדקים את התפתחות הפרעות האכילה בארצות העוברות תהליך מודרניזציה מהיר התחלואה בהפרעות אכילה עולה מעלית שיעורי התחלואה בקרב דוגמת סין (6). עדות נוספת להשפעה הסביבתית תרבותית על התחלואה בארצות העוברות תהליך מודרניזציה מהיר גברים. במהלך שני העשורים האחרונים קיימת עלייה מתמדת בשיעורי התחלואה של הפרעות אכילה בקרב גברים (7) וההסבר לממצא זה נעוץ בעובדה שההבדלים בין המגדרים מטשטשים, וגברים מאמצים דפוסי התנהגות שהיו בעבר משויכים לנשים כגון: איפור, אופנה, ניתוחים קוסמטיים, הסרת שיער גוף ועוד. העיסוק בתחומים אלו מגביר את המודעות וההתמקדות בהופעה החיצונית ובחלק מהמקרים תורם להתפתחות הפרעות אכילה.

יחד עם זאת יש לזכור שמצוקה נפשית היא המקור להתפתחות הפרעות האכילה ואין כל אפשרות לטפל בהפרעות אלו ברמה הגופנית מבלי להתייחס להיבטים הנפשיים המורכבים של הפרעות אלו. המעבר בין הפרעת אכילה אחת לשנייה אינו נדיר. חלק מהחולות האנורקטיות הופכות להיות חולות בולמיות, חלק מהחולות

חיזוקים לכך

שהתרומה

הסביבתית היא

המרכיב העיקרי

באטיולוגיה של

הפרעת האכילה

מתקבלים ממחקרים

בחברות בהן קיימת

שונות חברתית ותת

קבוצות של

האוכלוסייה מקיימות

אורח חיים תרבותי

שונה



## הטיפול בהפרעות אכילה

הטיפול בהפרעות אכילה הוא טיפול המשלב מרכיבים גופניים, דיאטטיים, פסיכולוגיים, התנהגותיים ותרופתיים. הצלחת הטיפול נגזרת מעבודת צוות מיומן המתקשר היטב, פועל כמקשה אחת ומעביר מסרים חדים וברורים למטופל.

לאחר האבחון יש להפנות את החולה למרכזים ייחודיים המטפלים בהפרעות אכילה. למרות שבשנים האחרונות קיימת תודעה מפותחת יותר לגבי הטיפול הפסיכיאטרי בכללותו, עדיין קיימת רתיעה הן בקרב הרופאים והן בקרב החולים ובני משפחותיהם מהפניית החולה למסגרת טיפולית פסיכיאטרית, עקב חששן מפני הסטיגמה העלולה לדבוק בחולה המופנה למסגרת שכזאת. הטיפול בחולים הסובלים מהפרעות אכילה מצריך רמה גבוהה של התמקצעות ודורש ניסיון רב ואין תחליף לטיפול המשלב מרכיבים תזונתיים, גופניים, תרופתיים ונפשיים.

הטיפול בהשמנת יתר טומן בחובו אתגרים קשים ומורכבים. מרבית החולים מבינים את הצורך בירידה במשקל ובחזרה למשקל תקין ולכאורה, מפגינים מוטיבציה גבוהה להשגת מטרתם. אלו קושי ביכולת ההתמדה, חוסר הבנה שמדובר בתהליך ארוך ומתמשך, והקושי שבהתמודדות עם השינויים הנדרשים בהרגלי החיים גורם לכישלון תדיר אצל רוב רובם של המטופלים. ההמלצות הטיפוליות של ה-National Institute of Health (NIH) בהשמנת יתר מגדירות יעד משקלי - ירידה של 10% ממשקל הגוף בפרק זמן של כ-6 חודשים בעזרת שינויים בהרגלי התזונה, הגברת הפעילות הגופנית היום יומית והפעילות הספורטיבית. השתתפות בקבוצות תמיכה מגבירות את סיכויי ההצלחה ארוכי הטווח. טיפול תרופתי הוא חלק מהטיפול אך אינו יכול לבוא כתחליף לתוכנית הכוללת. לאחר שלב הירידה חייב המטופל להמשיך את הטיפול לאורך שנים ארוכות בקבוצת המשך ורק אם יצליח להתייצב על משקלו החדש למשך תקופה ארוכה ניתן יהיה להכנס לשלב נוסף של ירידה נוספת במשקל.

בשנים האחרונות קיימת עלייה תלולה במספר הניתוחים הבאריאטריים המבצעים בעולם ובארץ. היכולת הטכנית הניתוחית בתחום הבאריאטריה התקדמה בצורה מרשימה ביותר בעשור האחרון, דבר שהפחית את התחלואה הפוסט-ניתוחית והתמותה הניתוחית. בהתוויה נכונה, פתרון זה הוא אחד הפתרונות היעילים העומדים לרשות המטופל הסובל מהשמנת יתר קיצונית. הערכה פסיכיאטרית טרום ניתוחית היא הדרך הטובה ביותר לזהות חולים הסובלים מהפרעת אכילה טרום ניתוחים. נוכחות הפרעת אכילה, שאינה מטופלת טרום הניתוח, מנבאת תוצאות ניתוחיות דלות.

## מהלך ושיעור ההחלמה

הפרעות אכילה הן הפרעות בעלות מהלך מתמשך ושיעורי החלמה נמוכים יחסית. שיעור ההחלמה באנורקסיה עומד על כ-35% בבולמיה על כ-45% ובהשמנת יתר אף פחות מכך. ממצאים אלו מצביעים על כך שמרבית החולים סובלים ממהלך מחלה הנמשך שנים ארוכות ולעיתים קרובות כל חייהם. הטיפול במרביתם של

חולים אלו מתבצע במרכזים מרפאתיים אך חלקם מגיע למצבים גופניים קשים המצריכים אשפוזים חוזרים. התמותה באנורקסיה נרבוזה היא כ-5% והיא אחת המחלות הקטלניות ביותר בנערות בקבוצת הגיל הזאת. התמותה מבולמיה נרבוזה נדירה ביותר. התחלואה השניונית השכיחה הנובעת מהשמנת יתר (סכרת), היפרליפידמיה, מחלות לב, סינדרום מטבולי) גורמת לתחלואה קשה אצל חולים אלו ולקיצור משמעותי של תוחלת חייהם.

## מדיניות טיפול ומניעה בהפרעות אכילה

שכיחותן הגבוהה של הפרעות האכילה בקרב האוכלוסייה, שיעורי ההחלמה הנמוכים והמגמות המצביעות על המשך העלייה בשיעור התחלואה והתפשטותן לתת-אוכלוסיות חדשות, מחייבת גיבוש תוכנית ממלכתית רחבת היקף שתתן מענה לחולים הסובלים מהפרעות אלו ותפחית את שיעורי התחלואה העתידיים. יש להכשיר כוח אדם מקצועי, לפתוח מרכזי טיפול ייעודיים בפרסה ארצית, להגדיל את מספר מרכזי הטיפול השלישוניים ואת מספר המיטות המיועדות לחולים אלו.

בתחום המניעה יש לזיום תוכניות מניעה ממלכתיות שיתחילו בגני הילדים וימשכו לאורך כל תוכנית הלימודים. הניסיון מלמד שתוכניות מניעה צריכות להישען על הקניית הרגלי תזונה נכונים, שילוב של פעילות גופנית בריאה, והעצמת יכולת ההתבוננות הביקורתית במסרים שמועברים במדיה.

### References:

1. Israel Center for disease control. MABAT: First Israeli National Health and Nutrition Survey 1999-2001, 2003 (<http://www.who.int/infobase> IRef: 101034).
2. Bulik M, Sullivan F, et al. Prevalence, Heritability, and prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa. Arch Gen Psychiatry. 2006;63:305-12.
3. Laron Z. Increasing incidence of childhood obesity. Pediatr Endocrinol Rev. 2004;1 Suppl 3:443-7.
4. Latzer Y, Witztum E, et al. Eating disorders and disordered eating in Israel: an updated review. Eur Eat Disord Rev. 2008;16:361-74.
5. Greenberg L, Cwikel J, et al. Cultural correlates of eating attitudes: a comparison between native-born and immigrant university students in Israel. Int J Eat Disord. 2007;40:51-8.
6. Liang XM, Guo LT, et al. A cross-sectional investigation on eating disorders in 1486 female students from universities, senior high schools and junior high schools in Chengdu. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2008;29:321-4.
7. Muiise AM, Stein DG, et al. Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. J Adolesc Health. 2003;33:427-35.
8. Niengo SH, Kofman MD, et al. Binge eating in the bariatric surgery population: a review of the literature. Int J Eat Disord. 2007;40:349-59.
9. Aranha AC, Eduardo et al. Eating disorders. Part I: Psychiatric diagnosis and dental implications. J Contemp Dent Pract. 2008;9:73-81.

שכיחותן הגבוהה של

הפרעות האכילה

בקרב האוכלוסייה,

שיעורי ההחלמה

הנמוכים והמגמות

המצביעות על המשך

העלייה בשיעור

התחלואה

והתפשטותן

לתת-אוכלוסיות

חדשות, מחייבת

גיבוש תוכנית

ממלכתית רחבת

היקף שתתן מענה

לחולים הסובלים

מהפרעות אלו

ותפחית את שיעורי

התחלואה העתידיים



# הטיפול בהפרעות אכילה

פרופ' דניאל שטיין

מנהל המחלקה הפסיכוסומטית לילדים ובני נוער, בית החולים לילדים ע"ש אדמונד ולילי ספרא, המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא, תל השומר, יו"ר הסקציה לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, החוג לפסיכיאטריה, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב, רמת אביב

**הפרעות אכילה הן מבין ההפרעות הפסיכיאטריות הקשות ביותר לטיפול. הן מצריכות התערבות אינטגרטיבית של צוות רב-מקצועי מול מטופלים בעלי תחלואה גופנית ופסיכיאטרית משמעותית, אשר לעתים קרובות מתנגדים לעצם קבלת הטיפול.**

**הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי (CBT) יעיל עבור חולות עם בולימיה נרוזה (BN) ותסמונת בולמוסית (BED). באנורקסיה נרוזה (AN) לעומת זאת, אין כיום טיפולים שיעילותם הודגמה במחקר מבוקר למעט הטיפול המשפחתי מסוג Multimodal Interactional Maudsley Family Based Therapy (FBT) למתבגרות שסובלות מ-AN לתקופה קצרה יחסית.**

הקוגניציות הנלוות אליהן, ולהביא לשיפור בשליטה על הבולמוסים, ההקאות, והשימוש במשלשלים שבמקורם נועדו למנוע עלייה במשקל כתוצאה מהבולמוסים. הצורך בהפסקה של דיאטה ומעבר לאכילה תקינה הינו היבט חשוב בשלב זה. השלב השני, הקוגניטיבי, מתמקד בזיהוי ושינוי של העיוותים הקוגניטיביים הקשורים למשקל ולהופעה החיצונית, וכתוצאה מכך אמור להביא לשיפור בהערכה העצמית הירודה, שנחשבת כאחד המניעים העיקריים להופעה של הפרעות אכילה בחולות עם פגיעות (vulnerability) קודמת משמעותית. השלב השלישי שואף לגיבוש השינויים שהושגו בטיפול ולמניעת חזרה של המחלה.

CBT קלאסי לטיפול ב-BN וב-BED הינו טיפול קצר-מועד ממוקד (בין 16 ל-24 פגישות), היות ושינויים משמעותיים יכולים להתרחש גם לאחר סיום הטיפול (2). גרסאות מותאמות ארוכות יותר קיימות עבור מקרים חמורים יותר, או כאשר הפרעת האכילה מלווה בהפרעת אישיות (במיוחד הפרעת אישיות גבולית). קיימת גרסה מותאמת הנמשכת כשנה לטיפול בהשמנת-יתר, שנמצאה יעילה לשמירה על הירידה במשקל, לפחות בטווח הקצר (3). CBT נחשב לטיפול המועדף ב-BN וב-BED, טוב יותר, או לפחות יעיל באותה מידה, בהשוואה לפסיכותרפיות אחרות, וטוב יותר מאשר טיפול באמצעות תרופות מסוג SSRI (מעכבים סלקטיביים של ספיגה חוזרת של סרוטונין). השילוב בין CBT ל-SSRIs טוב יותר מאשר כל אחד מטיפולים אלה בנפרד (4). בעקבות הטיפול נפסקים הבולמוסים, ההקאות, והשימוש במשלשלים בכ-50%-40% מהמטופלים, וכעבור 6-1 שנים ההפרעות אינן קיימות בכ-50% מהמטופלות. אצל 35%-45% מהמטופלות עלולה עדיין להימצא הפרעת אכילה בעת המעקב, שתהיה בדרך-כלל חמורה פחות בהשוואה לתחילת הטיפול (5).

העדר שיפור בעזרת CBT קלאסי אצל מיעוט משמעותי של המטופלות נובע מהתמקדות הטיפול בעיקר בקשיי האכילה וההפרעה בדימוי הגוף, ופחות בתהליכים אחרים שעלולים לשמר את המחלה (6). דבר זה הוביל לבניית מודל CBT מותאם Trans-

פרעות אכילה הן מבין ההפרעות הפסיכיאטריות הקשות ביותר לטיפול. הן מצריכות התערבות אינטגרטיבית של צוות רב-מקצועי מול מטופלים בעלי תחלואה גופנית ופסיכיאטרית משמעותית, אשר לעתים קרובות מתנגדים לעצם קבלת הטיפול. בראש ובראשונה, בכל טיפול ב-AN [אנורקסיה נרוזה], BN [בולימיה נרוזה], BED [הפרעת אכילה בולמוסית] או ED-NOS [הפרעת אכילה בלתי ספציפית] שיקום תזונתי מהווה תנאי הכרחי, אך לא מספיק להחלמה. היות ומרבית החולים בהפרעות אכילה הן נשים, נתייחס במאמר זה לחולים בלשון נקבה.

## טיפולים נפשיים פרטניים

### טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT)

הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי (CBT) ב-BN פותח בתחילת שנות השמונים, ויושם כמה שנים אחר כך במספר מרכזים מובילים לטיפול בהפרעות אכילה בבריטניה ובארצות הברית. כיום, כעבור שני עשורים, CBT ופסיכותרפיה אינטרפרסונלית (IPT) מהווים את ההתערביות הפסיכו-תרפויטיות היחידות שמתוקפות במחקרים מבוקרים כיעילות עבור מטופלים מבוגרים אמבולטוריים הסובלים מ-BN ומ-BED (1). מספר מחקרים מבוקרים ואקראיים מצאו לאחרונה ש-CBT יעיל גם עבור בני-נוער שאינם מאושפזים הסובלים מ-BN.

מדריך (manual) טיפולי מלא פורסם בתחילת שנות התשעים (2), ויעילותו הודגמה במספר רב של מחקרים מבוקרים (1). CBT ניתן כיום לביצוע במסגרת פרטנית ובמסגרת קבוצתית. ה-CBT הקלאסי עבור BN ו-BED (2) מורכב משלושה שלבים התלויים זה בזה. השלב הראשון, שהוא פסיכו-חינוכי התנהגותי במהותו, שואף לניטור שיטתי (יומן אכילה) של האכילה ושל העיסוק סביב אוכל ומשקל, על מנת לגרום לתופעות אלו להיות פחות אוטומטיות, להגדיר את ההתנהגויות הבעייתיות ואת



## טיפולים משפחתיים

בטיפול ב-AN יושמו מגוון התערבויות משפחתיות מבניות (structural) ואסטרטגיות, עם תוצאות מבטיחות במקרים מסוימים, אך לא באחרים, ואשר לגביהן לא בוצע מעקב אורך קפדני. עד כה, ההתערבות המשפחתית היעילה היחידה מחקרים מבוקרים הינה ה-FBT (7).

מודל זה הוא מובנה, ממוקד ומוגבל בזמן. הטיפול כולל 20 מפגשים שמתקיימים במשך כ-12-6 חודשים, ומחולק לשלושה שלבים התלויים זה בזה. בשלב הראשון מתמקד הטיפול בשיקום המשקל. ההורים מעורבים באופן פעיל ומקבלים אחריות זמנית לאכילה של בתם. שלב זה כולל מפגשים שבועיים למשך 3-5 חודשים, כאשר העבודה על קונפליקטים משפחתיים נדחית לאחר התייצבות האכילה. לעיתים המשפחה אוכלת בנוכחות המטפל, על-מנת לזהות קשיים מבניים בנייהול האכילה. בשלב השני (מפגש טיפולי כל שבועיים-שלושה) מוענקת למתבגרת אחריות הולכת וגדלה על האכילה, אם כי היא עדיין נעשית בסיוע ההורים. בשלב השלישי (מפגשים אחת לחודש), שמתחיל לאחר שהושג ונשמר משקל תקין, הטיפול מתמקד במשימות ההתפתחותיות התואמות את הגיל ובקונפליקטים המשפחתיים הרלוונטיים, וכן בשימור וגיבוש השינוי בהפרעת האכילה ובמניעת חזרתה.

מודל ה-FBT זה הניב תוצאות מבטיחות במספר מחקרים מבוקרים שנערכו במתבגרות מתחת לגיל 18 שמשך מחלתן פחות משלוש שנים (12,13). במקרים אלה היעילות של FBT נמצאה גבוהה יותר מזו של התערבויות פסיכו-תרפויטיות פרטניות אחרות, כולל לאחר 1-5 שנים מהטיפול (12,13). ה-FBT יעיל בעיקר בצעירות עם הפרעת אכילה לא חמורה, שחיות במשפחה שלמה, שמתפקדת באופן סביר. גרסה מותאמת בה מתקיימים מפגשים נפרדים עם ההורים ועם המטופלת נמצאה כטובה יותר מהמתכונת המשותפת המסורתית עבור משפחות עם רמות גבוהות של expressed emotions. מחקרים חדשים הראו השפעה טובה גם בילדות שמאובחנות AN-כ.

מודל ה-FBT המסורתי אינו מתאים עבור מתבגרות שסובלות מ-BN ועבור מבוגרות עם הפרעת אכילה כלשהי, שעברו פסיכותרפיה פרטנית היא ההתערבות העדיפה. לאחרונה יזמו כמה חוקרים גרסה מותאמת של FBT, המיועדת למתבגרות עם BN. בדומה למודל הרגיל מתקיימים גם כאן כ-20 מפגשים במשך כ-12-6 חודשים, וההורים מעורבים בטיפול באופן פעיל. הממצאים הראשוניים מצביעים על כך שההורים מצליחים להפחית את התקפי הזלילה, ההקאות, והשימוש במשלשלים של בנותיהם וגם לצמצם קיום של דיאטה חמורה (14). בשני מחקרים מבוקרים נמצא שהתוצאות תחת טיפול ב-FBT דומות ל-CBT פרטני, וטובות יותר בהשוואה לפסיכותרפיה תמיכתית פרטנית או IPT מבחינת הפחתת הבולמוסים, ההקאות, והשימוש במשלשלים.

## טיפולים תרופתיים

### Tricyclic antidepressants (TCAs) & Serotonin specific reuptake inhibitors (SSRIs)

תרופות מסוג SSRI (מעכבים סלקטיביים של ספיגה חוזרת של סרוטונין) ו-TCA (נוגדי דיכאון תלת-טבעתיים) נמצאו כיעילות לטיפול ב-BN וב-BED במחקרים מבוקרים רבים (15,16). תרופות אלה מפחיתות את תדירות הבולמוסים [שיעור הפחתה ממוצע של 55%, בהשוואה לשיעור הפחתה תחת אינבו (placebo) של 25% ב-BN ו-33% ב-BED]. במטופלות עם BED שלהן משקל

diagnostic שמכוון לניהול היבטי הליבה הרלוונטיים לכל סוגי הפרעות האכילה שלא זכו להתייחסות מספקת במודל הקלאסי, כולל פרפקציוניזם, הערכה עצמית בסיסית נמוכה, קשיים בוויסות רגשית, וכישורים חברתיים לקויים (6). הדבר נעשה מתוך ההשערה לפיה מאפיינים "אישיותיים" אלה מצויים ביחסי גומלין עם המשתנים הקשורים ישירות לאכילה, באופן שמשמר את הפרעת האכילה. אין עדיין מספיק מחקרים על-מנת להעריך האם המודל הטרנס-דיאגנוסטי מביא לשיפור במקרים שלא הגיבו היטב למודל הקלאסי.

בטיפול ב-AN עדיין חסרה עדות אמפירית להעדפתה של התערבות פסיכו-תרפויטית אחת לעומת אחרות, למעט הטיפול המשפחתי מסוג Multimodal Interactional Maudsley Family Based Therapy (FBT) למתבגרים הסובלים מ-AN לתקופה קצרה יחסית (7). השיפור בכל התערבות פסיכו-תרפויטית, בין אם מדובר בפסיכותרפיה פסיכו-דינאמית, CBT, או טיפול משפחתי במבוגרות הסובלות מ-AN, הוא עדיין לא גבוה.

היעילות המוגבלת של CBT ב-AN (8) נובעת מהתנגדותן של מטופלות אלה לשינוי בכלל ולהחלמה בפרט. גורמים מפריעים נוספים כוללים את הצורך לעלות במשקל ולשמור על המשקל שמושג באופן מתמיד, וכן את ההשפעה המועטה של CBT על מאפייני הליבה של AN (6).

CBT המשמש לטיפול ב-AN נמשך עד 24 חודשים, כאשר חלק ניכר מהטיפול מוקדש לפחד האינהרנטי של המטופלות משינוי ולהתמודדות עמו (8). מטרת הטיפול היא להביא בהדרגה את החולות להכרה בכך שהסתמכותן על שליטה באכילה כבסיס בלעדי לתחושת הערך העצמי שלהן אינה מובילה לשיפור רווחתם הכללית, ולהרחיב את מגוון הנושאים שעשויים להיות רלוונטיים עבורן, שאינם קשורים ישירות לאכול ומשקל. למרות שהמחקר ב-AN עדיין מועט, CBT עשוי להיות יעיל בעיקר למניעת חזרה של המחלה בחולות שהשיגו שיפור סימפטומטי, יותר מאשר לטיפול במצב החרירי של תת-משקל ותת-תזונה (9).

### טיפול לפי פסיכולוגיית העצמי (Self psychology)

על-פי גישת פסיכולוגיית העצמי, הפרעה קשה בהערכה העצמית היא גורם חשוב בהתפתחות של הפרעות אכילה. בניסיון לשפר את הערכתן העצמית, החולות לעתיד מוותרות על צרכיהן שלהן לטובת סיפוק צרכיהם של אחרים, באופן שיראה להן שהן עצמן אינן זקוקות עוד לתמיכה של האחר. כאשר החולות מרגישות לא מוערכות ולא מובנות על ידי האחר, הם יפנו להפסקה אקטיבית של האכילה (ב-AN) או לאוכל כפיצוי (ב-BN) במטרה לשפר את התדמית העצמית הירודה (10,11).

ההמשגות של פסיכולוגיית העצמי מתאימות במיוחד לטיפול ב-AN וב-BN, בשל הדגש הרב המושם במודל זה על הפוטנציאל של הקשר הטיפולי לתקן את ההערכה העצמית. הדבר קשור כנראה לעמדה הטיפולית בפסיכולוגיית העצמי שמדגישה את חשיבות ההבנה האמפאטית "מבפנים", כלומר מעמדה קרובה לחוויה, בה המטפל קשוב ביותר למטופלת, בניגוד לפרשנויות "מבחוץ", רחוקות מהחוויה, שמאפיינות סוגי פסיכותרפיה אחרים. תרומה חשובה נוספת של פסיכולוגיית העצמי נובעת מהאפשרות הטמונה בה לכוון את החולה בהפרעת אכילה לקראת יצירה של קשרי זולת-עצמי (self-object) הולמים עם דמות המטפל, דבר שיכול לאפשר ויתור על המקום של האוכל, או של העדר אקטיבי של האכילה בבניית ההערכה העצמית (10,11). אמנם הטיפול בהפרעות אכילה באמצעות פסיכולוגיית העצמי טרם נבדק במחקרים מבוקרים, אך מספר תיאורי מקרה מצביעים על יעילותו (11), ומחקר אחד מצא שיעילות הטיפול בפסיכולוגיית העצמי ב-CBT בהפרעות אכילה דומה.

השלב הראשון ב-CBT

הוא פסיכו-חינוכי

התנהגותי במהותו

השואף לניטור שיטתי

(יומן אכילה) של

האכילה ושל העיסוק

סביב אוכל ומשקל,

על מנת לגרום

לתופעות אלו להיות

פחות אוטומטיות,

להגדיר את

ההתנהגויות

הבעייתיות ואת

הקוגניציות הנלוות

אליהן, ולהביא לשיפור

בשליטה על

הבולמוסים, ההקאות,

והשימוש במשלשלים





**תרופות מסוג SSRI  
ו-TCA מפחיתות את  
תדירות הבולמוסים  
ובמטופלות עם BED  
שלהן משקל עודף  
עשויות תרופות אלו  
להביא גם לירידה  
במשקל. SSRIs  
משפרים גם עמדות  
והתנהגויות הקשורות  
לאכילה, כולל הנטייה  
לצמצום, המשאלה  
לרזון, והכפייתיות  
הקשורה לאכילה**

שימוש ב-SSRIs נמצאה ירידה בתסמינים הקשורים להפרעות אלה בחולות AN. אף על פי ש-SSRIs יעילים בטיפול לטווח ארוך ב-BN ו-BED (15,16), מחקרי מעקב הראו כי חזרה של המחלה עלולה להתרחש עם הפסקת השימוש בתרופות אלה. יתרה מכך, קיימת אפשרות לפיתוח סבילות להשפעה נוגדת הזלילה של ה-SSRIs (אם כי לא נמצאה התפתחות של סבילות להשפעות האנטי-דיכאוניות, אנטי-חרדתיות, ואנטי-אימפולסיביות של התרופות). דבר זה עלול להגביר את הסיכון לחזרה של המחלה. לא קיימת עדיין תרופה בעלת יכולת מבוססת לשפר את העלייה במשקל ב-AN. יתרה מכך, SSRIs אינם יעילים בחולות AN בתת-משקל, מאחר וספיגת הטריפטופן, חומר המוצא של הסרוטונין, מופחתת בתנאים אלה יחסית לחומצות אמינו חיוניות אחרות (17). רוב המחקרים מצביעים על יעילות טיפולית רק עבור הפרעות נלוות (דיכאון, חרדה, OCD), וזאת רק לאחר עלייה מסוימת במשקל. כמה מחקרים מבוקרים הציעו ש-SSRIs יעילים במניעת חזרה של AN. זאת משום שהם מאפשרים לשמור של העלייה שהושגה במשקל, ומפחיתים את חומרת הדיכאון, החרדה והכפייתיות בקרב חולות AN שחזרו למשקל תקין, בהשוואה לאינבו (18).

עודף עשויות תרופות אלו להביא גם לירידה במשקל. נמצא ש-SSRIs משפרים גם עמדות והתנהגויות הקשורות לאכילה, כולל הנטייה לצמצום, המשאלה לרזון, והכפייתיות הקשורה לאכילה. עם זאת, רק מיעוט מהחולות שסובלות מ-BN ו-BED מגיעות להפסקה מלאה של בולמוסים (ושל הקאות/שימוש במשלשלים ב-BN) באמצעות SSRIs, הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך. העלאת המינון קשורה בדרך כלל לשיפור בהשפעה נוגדת הזלילה. לא נמצא קשר בין ההשפעה נוגדת הזלילה להשפעה נוגדת הדיכאון של SSRIs. אם כי היעילות הטיפולית של SSRIs ו-TCAs דומה, ל-SSRIs יש עדיפות בטיפול ב-BN ו-BED, היות ולהן פחות תופעות לוואי, כולל כאלה שקשורות בעליה במשקל.

הרציונל לשימוש ב-SSRIs לטיפול ב-BN וב-BED קשור ביכולתן להגביר את הזמינות של הנוירורנסמיטר סרוטונין באזורים רלוונטיים במוח, כאשר לסרוטונין יכולת להפחית התקפי זלילה ולהגביר תחושה של שובע. בנוסף, BN ו-BED מלוות בהפרעות אחרות שמתווכות על ידי סרוטונין, כולל הפרעות במצב הרוח (דיכאון), הפרעות חרדה, הפרעה טורדנית-כפייתית (OCD), שימוש בסמים ובאלכוהול והפרעות בשליטה על דחפים. ואכן תחת





## References:

1. Agras WS, Walsh T, et al. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2000;57:459-66.
2. Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In: Fairburn CG, Wilson TG. Binge eating: Nature, assessment and treatment. New York: Guilford, 1993:361-404.
3. Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM. Cognitive Behavioral Treatment of Obesity: A Clinician's Guide. New York. The Guilford Press, 2003.
4. Mitchell JE, Peterson CB, et al. Combining pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of patients with eating disorders. Psychiatric Clin North Am 2001;24:315-23.
5. Jones R, Peveler RC, et al. Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. Arch Gen Psychiatry 1993;50:419-28.
6. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behavior therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. Behav Res Ther 2003;41:509-28.
7. Lock J, Le Grange D, et al. Treatment manual for anorexia nervosa: A family based approach. New York: Guilford, 2001.
8. Garner DM, Vitousek KM, Pike KM. Cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PW. Handbook of clinical treatments in eating disorders. New York: Guilford, 1997:94-144.
9. Pike KM, Walsh BT, et al. Cognitive behavioral therapy in the post-hospitalization treatment of anorexia nervosa. Am J Psychiatry 2001;160:2046-9.
10. Goodsitt A: Eating disorders: A self-psychological perspective. In: Garner DM, Garfinkel PE. Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford, 1997:208-28.
11. Bachar E. The fear of occupying space. Jerusalem: Hebrew University Magnes Press, 2001. [in Hebrew].
12. Robin AL, Siegel PT, et al. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:1482-9.
13. Eisler I, Simic M, et al. A randomized controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: A five-year follow up. J Child Psychol Psychiatry 2007;48:552-60.
14. Le Grange D, Lock J. Treating bulimia in adolescents: A family-based approach. New York: Guilford, 2007.
15. Shapiro JR, Berkman ND, et al. Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. Int J Eat Disord 2007;40:321-36.
16. Brownley KA, Berkman ND, et al. Binge eating disorder treatment: A systematic review of randomized controlled trials. Int J Eat Disord 2007;40:337-48.
17. Ferguson CP, La Via MC, et al. Are serotonin selective reuptake inhibitors effective in underweight anorexia nervosa? Int J Disorders 1999;25:11-17.
18. Kaye WH, Nagata T, et al. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. Biol Psychiatry 2001;49:644-52.

## תרופות אחרות

מבין התרופות האחרות שנחקרו בהפרעות אכילה, נמצא במחקרים מבורקים של-Topiramate, תרופה אנטי-אפילפטית במקורה, יש יכולת להוריד את עוצמת הבולמוסים בחולות עם BN ו-BED. התרופה עדיין לא אושרה רשמית לשימוש בהפרעות אלה, פרט לתנאי מחקר. באופן דומה, אחת מתופעות הלוואי הנפוצות של התרופה Olanzapine, במקור תרופה אנטי-פסיכוטית לא טיפוסית, היא עלייה גדולה במשקל בחולים הסכיזופרנים שטופלו בה. מתוך כך הועלתה האפשרות לבדיקת יעילות התרופה בחולות AN. ואכן, בכמה תיאורי מקרה, מחקרים פתוחים, ומחקר מבורק אחד נמצא ש-Olanzapine יכול להגביר בכמה ק"ג את העלייה במשקל בחולות AN כרוניות שלא הגיבו לטיפולים קודמים.

## לסיכום

הפרעות אכילה מצריכות התערבות של צוות רב-מקצועי מול מטופלים בעלי תחלואה גופנית ופסיכיאטרית משמעותית. שיקום תזונתי מהווה תנאי הכרחי, אך לא מספיק להחלמה בכל טיפול בהפרעות אכילה.

הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי (CBT) יעיל עבור חולות עם בולימיה נרבוזה (BN) ותסמונת בולמוסית (BED). ה-CBT הקלאסי כולל שלשה שלבים. השלב הראשון הוא פסיכו-חינוכי התנהגותי במהותו, שואף לניטור שיטתי (יומן אכילה) של האכילה ושל העיסוק סביב אוכל ומשקל, ולירידה של דיאטה, בולמוסים, הקאות, ושימוש במששלים. השלב השני הקוגניטיבי מתמקד בזיהוי ושינוי של עיוותים קוגניטיביים הקשורים למשקל, הופעה חיצונית, והערכה עצמית בכלל. השלב השלישי שואף לגיבוש השינויים שהושגו בטיפול ולמניעת חזרה של המחלה. העדר שיפור בעזרת CBT קלאסי אצל מיעוט משמעותי של המטופלות, הביא לבניית מודל CBT מותאם Trans-diagnostic שמכוון להיבטי ליבה רלוונטיים לכל סוגי הפרעות האכילה, כולל פרפקציוניזם, הערכה עצמית בסיסית נמוכה, קשיים בוויסות רגשית, וכישורים חברתיים לקויים.

אין כיום טיפולים שיעילותם הודגמה במחקר מבוקר באנורקסיה נרבוזה (AN), למעט הטיפול המשפחתי מסוג Multimodal (FBI) Interactional Maudsley Family Based Therapy למתבגרות שסובלות מ-AN לתקופה קצרה יחסית. הטיפול ממוקד ומוגבל בזמן, ומחולק לשלושה שלבים. בשלב הראשון מתמקד הטיפול בשיקום המשקל. ההורים מעורבים באופן פעיל ומקבלים אחריות זמנית לאכילה של בתם. בשלב השני מוענקת למתבגרת אחריות הולכת וגדלה על האכילה, אם כי היא עדיין נעשית בסיוע ההורים. בשלב השלישי, שמתחיל לאחר שהושג ונשמר משקל תקין, הטיפול מתמקד במשימות ההתפתחותיות התואמות את הגיל ובקונפליקטים המשפחתיים הרלוונטיים, וכן בשימור וגיבוש השינוי בהפרעת האכילה ובמניעת חזרתה.

תרופות מסוג SSRIs יעילות בחולות עם BN ו-BED. התרופות מפחיתות את תדירות הבולמוסים, וכתוצאה מכך גם את תדירות ההקאות והשימוש במששלים. בנוסף משרות תרופות אלה גם עמדות והתנהגויות הקשורות לאכילה, כולל הנטייה לצמצום, המשאלה לרזון, והכפייתיות הקשורה לאכילה. יעילות ה-SSRIs ב-AN מוגבלת למניעת חזרה של המחלה בחולות שהגיעו למשקל תקין.

ה-FBT יעיל בעיקר

בצעירות עם הפרעת

אכילה לא חמורה,

שחיות במשפחה

שלמה, שמתפקדת

באופן סביר. מודל FBT

המסורתי אינו מתאים

עבור מתבגרות

שסובלות מ-BN ועבור

מבוגרות עם הפרעת

אכילה כלשהי, שעבורן

פסיכותרפיה פרטנית

היא ההתערבות

העדיפה





# וויסות רגשי (Emotional Regulation) והפרעות אכילה

פרופ' מוריה גולן  
שחף, מרכז לטיפול כוללני בהפרעות אכילה ודמוי גוף  
המכללה האקדמית תל חי והאוניברסיטה העברית, ירושלים

**הפרעות אכילה הן ביטוי לסטטוס מצוקה ועוררות שמבוטא הן בתחום הרגשי והן בתחום האכילה. וויסות רגשי מהווה גורם אטיולוגי בהתפתחות הפרעות אכילה, ולפיכך מהווה נדבך חשוב בהתמודדות עמן. הפנמת וויסות במרחב הרגשי האישי והחברתי ובמרחב האכילה הם עדים עיקריים בטיפול בהפרעות אכילה.**

יש פרטים רגשיים במיוחד שמצבי קושי התפתחותיים (מחויבויות שקשורות לתהליך ההתבגרות למשל) נחווים עבורם כמאיימים, ומפעילים עוררות רגשית, דפוס הגנתי אוטומטי של צמצום ו/או הימנעות. אם הפרט ממשיך באסטרטגיית הנסיגה או הנוכחות המצומצמת הוא עשוי להישאר עם מנגנון התמודדות לא אפקטיבי, התנהגות חברתית שאינה מיטיבה (הסתגרות, התרחקות ובידוד), נתון לתחושת חרדה או התרגשות מציפה גם בעת שנדרש להתמודד עם אתגרים קטנים בלבד (1).

מעיון במהלך החיים של חולות בהפרעות אכילה ניתן לראות כי בשלבים שונים של חייהן נראו קוים חרדתיים, או קשיים בוויסות שהתבטאו בצורת פחדים, אובססיביות או התפרצויות. מודל הוויסות הרגשי גורס שאנשים המוצפים בתחושות שליליות אוכלים כחלק מהצורך בנחמה או הסחה מתחושות שליליות. הפרט למד שהאכילה נותנת תחושת הקלה במצבים רגשיים שליליים בטווח הקצר (חסך, אי שקט, עצב או דיכאון, או כל שהות בסביבה לא תומכת), ומתמיד בדפוס התנהגות זה, שכן קיימת אשליה של הטבה בטווח הארוך. מאחר ואכילה במצבים שכאלו היא תהליך נלמד, ניתן לסייע לפרט להגיב למצב המצוקה דרך פיתוח אמצעי וויסות אחרים (2). Setter (3) טוענת שילד לומד לאכול מסיבות רגשיות כאשר הוריו בעקביות משתמשים במזון להתמודד עם רגשות - למסך, להסיח, להרגיע או לספק עיסוק. לרב למידה שכזו מתרחשת ב-4 השנים הראשונות לחיים. סוזן בראדלי (1) מציעה שמצבי אפקט שליליים נוטים ליצור עוררות Arousal פיסיולוגית. האינטרפרטציה של הפרט ביחס לעוצמת העוררות במצבי אפקט שליליים היא זו שמובילה לתחושת שליליות ספציפיות (דיכאון, עצב, השמנה) ולכמות העוררות שנחווית.

תפתחות הפרעת אכילה היא איתות לקיום מצוקה רגשית כתוצאה מרגשות שליליים של חרדה, כעס, עצב או לחילופין תוצאה של עוררות לא מובנת או לא צפויה. גורמים גנטיים וגורמים חווייתיים משפיעים על הפגיעות של הפרט לחוויה של מצב עוררות או מצוקה. במרבית המקרים למצוקה רגשית יש ביטוי פיסיולוגי (stress) סמוי או גלוי במידה זו או אחרת.

## תגובת לחץ וויסות רגשי

מנקודת הראות של הפסיכופתולוגיה תגובת לחץ ממושכת (stress), כתוצאה מתורשה גנטית או לחצים מוקדמים, מעמידה את הפרט בסיכון להתפתחות סימפטומים עתידיים כתוצאה מכישלון ל"כבות" את תגובת הלחץ והיעדר וויסות של הקטכולאמינים והנוירורנסמיטורים האחרים. סימפטומים משקפים קומבינציה של התנסות בתחושות רגשיות (חרדה, כעס, עצב) והמאמצים של הפרט להתמודד עם תחושות אלו (הגבלת מזון, זלילה, התנהגות עוינת, תוקפנות, הימנעות חרדתית) עשויים להסתיים ישירות בחוויה של עוררות כללית (כמו בהפרעות שינה או בתלונות פסיכוסומטיות - כאבי בטן וראש) ואף להוביל לכניעה כמו בדיכאון ואפילו לנתק כמו בפסיכוזא. וויסות רגשי הוא ביטוי ליכולת של הפרט לעכב התנהגויות בלתי מתאימות שקשורות להצפה רגשית. היכולת להתארגן לפעולה מכוונת שאינה תלויה במצב הרגשי, היכולת להרגעה עצמית של כל עוררות פסיכולוגית שמושרית על ידי רגשות שליליים והיכולת למקד את תשומת הלב בתכנים חשובים למרות תחושות חזקות אלו (1).



ובמצבי סכנה בחברה התרבותית כמו בחינות, מו"מ, ראיון, מחלה - אנחנו רצים לשירותים, הדופק גובר, עליה בלחץ הדם והנשימה מואצת לעיתים.

בעת הפעולה של מצוקה ומנגנון העוררות שמגיב לה, ההיפותלמוס מפריש Corticotrophin releasing factor (CRH) שגורם להיפופיזה להפריש Adrenocorticotrophic hormone וזה גורם לבלוטות האדרנל לשחרר גלוקוקורטיקואידים כמו קורטיזול וכן אדרנלין ונוראדרנלין - הורמוני עקה.

העלייה בהורמונים אלו גורמת לסדרה של פעולות ביולוגיות: עליה בקצב הלב כדי לספק במהירות יותר דם, עליה בלחץ הדם כדי לספק דם ביעילות, עליה בקצב הנשימה כדי לקבל יותר חמצן מהאטמוספירה, פירוק מאגרי הגליקוגן מהכבד והשריר כדי לקבל עוד גלוקוז, ויצירה של גלוקוז מסובסטרטים שהם לא פחמימות. בנוסף, הרמה הגבוהה של הקורטיזול גורמת לירידה ברמת הדופאמין, האנדורפיין והסרוטונין, פפטידים שירידתם קשורה להפחתה בתחושת העונג, השובע ואיכות השינה ומגבירה קיום אימפולסיביים ואובססיביים.

כאשר החשיפה לרמה גבוהה של CRH קצרה, אכן יש עוררות של המעי' הסימפתטית, והאדם חש עליה באנרגיה ובריכוז. אבל כשהחשיפה היא כרונית או שמתקיים תהליך של סנסיטיזציה - רגישות יתר להתנסות הבאה או שמתרחש התהליך ההפוך, למעשה קיימת דה-סנסיטיזציה של המערכת עד כדי ניתוק. בהפרעות אכילה רמות הקורטיזול גבוהות באופן כרוני מה שפוגם ביעילות תגובת הלחץ - במקום שתהיה מאוזנת היא תהיה בתת או ביתר פעילות.

המערכת הלימבית היא המבנה שנחשב לאיבר העיקרי בו מתרחש וויסות תחושות. למערכת זו תפקיד מרכזי בפעולות שקשורות לתגובה רגשית כמו מציאה וחיפוש של אוכל, כעס והתנהגויות הגנתיות כמו גם התנהגויות תוקפניות. היא עושה את זה תוך קישור אינטנסיבי עם שני הגנגליה הבזלית - המוח הקדום והקורטקס הפרה-פרונטלי - המוח המפותח.

האמיגדלה שהיא חלק מהמעי' הלימבית, עם הקישורים שלה לתלמוס, לאזור הפרפרונטלי, להיפוקמבוס ולהיפותלמוס, מייצרת מצב עוררות בתגובה לגירוי מסוים דרך רפלקס מותנה של פחד Fear conditioning. מסתבר שאיבר זה אחראי על התנהלות הגנתית ותוקפנית. האינסטינקטים הללו מולדים אבל הם גם פתוחים ללמידה ולזיכרון.

בבסיס המוח, כחלק מהמעי' הלימבית, נמצאת האמיגדלה, מעליה מתפתחת מערכת התגובות הרגשיות. מאחוריה ומסביבה נמצאים אזורים נוספים שנחשבים לחלקים החושבים של המוח הרגשי, בהם נאגרות התנסויות רגשיות כל הזמן ומתרחש שיקול ביחס לפעולות אלטרנטיביות.

וויסות הפעילות במעי' הלימבית מתרחש בחלקו גנטית ובחלקו בהשפעת המערכת האדרנרגית, סרוטונרגית והדופאמינרגית שמופעלות על ידי מסלולים גלוטמינרגים (דפוס מגביר) או גבאמינרגים (דפוס מעכב). נוראפינפרין מעלה את הסיגנל לעוררות ופעולה מול סכנה, סרוטונין משמש כבקר כללי שמעכב מצבי יתר רגשיים, ודופאמין מתווך תשוקה ותחושות חיוביות (1).

על פי מרבית התיאוריות דפוסי התגובה מול מצוקה פועלים באופן לא מודע. מנגנוני הגנה מוקדמים נרשמים במח והופכים להיות מצב נתון מבחינה כימית. בהמשך הם הופכים להיות התגובות הרגשיות שלנו כי זו תבנית התגוננות. כל התיאוריות מסיקות שכאשר הפרט מתבגר הוא בהדרגה מפתח נטיות להתנהגויות מסוימות שהוגדרו כהגונות או אסטרטגיות קוגניטיביות. מנגנונים אלו מספקים דרך לוויסות תחושות ויחסים. כל התיאוריות גורסות שלפיתוח מנגנוני הגנה אלו דרושה תלות במטפל ובגרות קוגניטיבית ובהמשך הישענות על מיומנויות שפתיות.



## הביולוגיה שמאחורי תגובת הלחץ

תחושות, רגשות ועוררות מוכתבות על ידי המעגלים החשמליים במח - במיוחד מעגלים שקשורים לאמיגדלה (חלק מהמעי' הלימבית) ומווסתים על ידי אינטראקציות מורכבות של נוירוטנסמיטורים (4).

מערכת העצבים האוטונומית היא מערכת עצבים היקפית שפועלת בגוף באופן בלתי רצוני. המערכת הזו שולטת בקצב הלב, בתנועות, בשווי המשקל ובנשימה. מערכת זו מחולקת לשתי תת מערכות: המערכת הסימפתטית, האחראית על תגובות "הילחם וברח" Fight or Flight והמערכת הפראסימפתטית, האחראית על וויסותן של מה שאנו מכנים תגובות "נוח ועכל" Rest-and-Digest. מערכות אלו מבטלות זו את זו. כלומר כשהאחת נכנסת לפעולה היא מדכאת את התפקודים השייכים למערכת השנייה. מדובר במנגנון חיובי שנועד למקד ולהפיק מפעולות מסוימות את המיטב. כאשר אנחנו נהנים מארוחה הגונה רצוי שנהיה רגועים; על מאגרי האנרגיה של גופנו להיות מכווננים בעיקר למערכת העיכול, כדי שמרבית האנרגיה תהיה מופנית לטעימה, לעיכול, ולכל היותר לשיחה נעימה עם חברנו לשולחן. תפקודים אלו מנוהלים על ידי המערכת הפראסימפטטית.

המעי' הסימפתטית נוטלת את הפיקוד כאשר המוח מקבל איתותי סכנה וכנס למצב של כוונות לתגובת חירום. תגובת הילחם וברח הן הדרך הבסיסית להתמודד עם סכנות האורבות לנו בטבע,

מעין במהלך החיים של חולות בהפרעות אכילה ניתן לראות כי בשלבים שונים של חייה נראו קיום חרדתיים, או קשיים בוויסות שהתבטאו בצורת פחדים, אובססיות או התפרצויות





## מיומנויות בוויסות רגשי (8)

איזון בין תחושות חיוביות ושליליות  
כוונון עוצמת התחושות  
הסתגלות תחושתית  
מודעות לתחושות תוך כדי הישארות במצב הרגשי  
תהליך שבו מעצבים את המצב הנפשי בהתאם לתחושות הבעלות  
מנטליזציה רגשית - היכולת לקשר את התחושות למשמעות  
מתן ייצוגים סימבוליים לתחושות  
השגת מורכבות מקסימלית של המח - יכולת להתבונן על ההקשר.

## כיצד מתפתחת יכולת לוויסות רגשי?

וויסות רגשי או התמודדות עם עוררות הם חלק מתהליך התפתחותי שמושפע מהגנטיקה, מגורמים ביולוגיים ומדפוס ההיקשרות תינוק-הורה, כמו גם מהתנסויות אחרות. וויסות רגשי מתייחס לקואורדינציה של רגשות, קוגניציה ותגובות. יכולת זו מתפתחת לראשונה בתגובה לדמות הטיפולית. הוולד המתפתח סומך על תמיכה חיצונית שתלמד לווסת את העוררות שלו. מגע עיניים הופך להיות המקור הראשוני ביחס לתחושות ולכוונות של אנשים - התינוק נשען על הפנים. מסתבר, שהמבטים והחיוכים של מבוגר אוהב מסייעים להתפתחות המח. דרך המבטים התינוק מקבל מידע ביחס להתעוררות המערכת הסימפתטית של האם ושהיא חווה התעוררות של הנאה. בתגובה גם במעי העצבים שלו מתעוררות הנעה והדופק שלו עולה. התהליך הזה מאיץ תגובה ביוכימית: בטא אנדורפין (פפטיד הנאה) מופרש לדם ומגיע למח הקוגניטיבי. אופיאידים אנדוגניים שכאלו יודעים כמסייעים לנוירוניים לגדול על ידי כך שמווסתים את הגלוקוז והאינסולין. באותו זמן משתחרר דופאמין ממח העצם וגם מגיע למח הקדמי. זה מקדם קליטת גלוקוז שם ומסייע לרקמות חדשות לגדול. הדופאמין קשור לתגובת הנאה ותמריץ שלנו, הוא מיצר מוטיבציה ואפקט מגרה להשגת Reward. אז, על ידי מבטים של אהבה וחיוכים המשפחה משרחרת כימיקלים של הנאה שלמעשה עוזרים למח לגדול.

## התגובות של פני האחר משמשות מדריך לתינוק ביחס להתנהגויות חברתיות

Kopp (9) התייחס להתפתחות ההדרגתית של אסטרטגיות לוויסות רגשי בתינוק כנולדות קודם כל מההתנהגות המשקפת שהופכת ליותר ויותר עשירה ככל שהילד מתבגר ביחס לקשב וקוגניציה. תינוק נורמלי מפתח עור תחושתית שעוזר לו להרגיש בטוח, ושדרכו מפעפעות חוויות בשני הכיוונים. כהגנה מפני טראומות מפתחים ילדים (אוטיסטים למשל) בידוד תחושת-עצמי שחוסם את החוויות הנכנסות והיוצאות, אך יש להם מודעות שולית שדרכה יכולה התערבת טיפולית לחדור. הגורם החשוב ביותר בהפגמת מערך הוויסות הוא הצורך של הילד לשמור על הרצף הפנימי של החוויה העצמית שלו עצמו, לכן הוא יפנים אסטרטגיות ששומרות על העקביות הפנימית שלו, גם אם אחרים יתייחסו לאסטרטגיות הללו כ- maladaptive (מציצת אצבע למשל).

כאשר מתפתחת השפה, הילדים מסוגלים לבטא את רגשותיהם לאחרים, לקבל משוב מילולי ביחס למותאמות של התחושות שלהם, לשמוע ולחשוב איך להתמודד איתם. כאשר ההורה ממלל את התחושות מתעצמת יכולת הזיהוי של הילד בין תחושה למילה.

## גורמי סיכון לנטייה ליצור עוררות גבוהה בתגובה למצוקה

### טראומה, ניצול ואובדן

היסטוריה של טראומה ניצול או אובדן היא מאפיין משותף להפרעות רבות כולל חרדה והפרעות מצב רוח, הפרעות אכילה, הפרעות התנהגות והפרעות אישיות. טראומה וניצול מיצרים מצב ממושך של עוררות יתרה עם עדויות ביולוגיות. מחקרים הראו שאפילו פרידה קצרה מהאמא, ולו רק משום שאושפזה או יצאה ללידת ילד נוסף עשויה ליצור שנוי משמעותי בתחושות של התינוק שתבטא בשנוי פיסיולוגי והתעוררות מצב מצוקה. חזרת הפונקציות לנורמה תלויה בזמינות הרגשית של האם כשהיא חוזרת (1).

### טמפרמנטיות או תגובתיות ללחץ

אלה זהו כגורמי סיכון בתיאוריות רבות של הפרעות התפתחות ופסיכופתולוגיה. קיימים מחקרים המעידים כי כבר בינקות אפשר לזהות את התינוקות היותר ריאקטיביים - אלו עשויים להיתקל בקשיי וויסות. מה שנחשב לטמפרמנט פנימי עשוי כבר להיות מושפע מהסביבה טרום הלידה. למשל אמא שנמצאת בלחץ בגלל מחלת סרטן של בעלה, רמות הקורטיזול הגבוהות עשויות לעבור לעובר וליצור אצלו פוטנציאל לרגישות יתר ותגובת לחץ מוגברת. הטענה היא שתגובת הלחץ נקבעת ברחם עד גיל 6 חודשי הריון ושהמערכות הנוירורנסמיטוריות מושפעות מהסביבה טרום הלידה וזו שאחריה (5).

### הפרעות בתפקוד המח

אנומליות מולדות או כאלו שהם תוצאה של טראומה. יש מחקרים שהראו שתינוקות פנים או כאלו שנולדו טרום זמנם מציגים תמונה של יותר קשיים בוויסות עוררות מאשר תינוקות שנולדו במשקל רגיל - ילדים כאלו יאתגרו את הוריהם ויזדקקו להורה שיותר רגיש לסגינלים שלהם ויותר מותאם לצרכים שלהם מה שתורם לפגיעות היותר גבוהה שלהם ולקשיים בהיקשרות (1).

### קשיי היקשרות

תינוקות שמפגינים היקשרות בלתי בטוחה - Insecure attachment, במיוחד אלו בעלי הדפוס ההימנעוטי מציגים רמות עוררות גבוהות למרות שהם לא נראים לחוצים. תינוקות אלו למדו להתמודד דרך הימנעות, ולכן העוררות שלהם במיוחד באינטראקציה עם מטפלים, מדגימה מצב של מצוקה פנימית. מחקרים עם מתבגרים עם דפוסי היקשרות נעדרת Dismissing attachment - המקבילה הבורגת לדפוס של היקשרות הימנעונית בתינוק, הראו קשיים בוויסות תחושות, שהודגמו על ידי רגישות יתר של העור ויחס עיון או חרדתי לחברת השווים (6).

כל דפוסי ההיקשרות הלא בטוחה עשויים להיות קשורים ביכולת הפגועה של הילד לפתח אסטרטגיות לוויסות תחושתית, וכן ליצור התנהגויות בעלות השפעה שלילית עם המטפל הראשי, מה שמעצים את חוסר הביטחון של הילד והעוררות במצבי לחץ (7).

## רגישות יתר לבטויי עוינות וביקורת וקונפליקטים משפחתיים (בעיקר זוגיים)

רגישות יתר לבטויי עוינות וביקורת וקונפליקטים משפחתיים (בעיקר זוגיים) קשורה לתגובת יתר של מצוקה רגשית ולעיתים התפתחות הפרעות חרדה והפרעות אכילה (1).

טיפול באשר הוא  
תורם לפיתוח מערך  
הוויסות דרך יצירת  
קשר אישי ליצור  
התהליך הטיפולי.  
בתוך הקשר הזה  
הפרט חוקר את  
האופן בו הוא מרגיע  
את עצמו או  
באמצעות אחרים  
וינסה לשפר תבניות  
רגשיות ישנות שאינן  
מיטיבות איתו  
ולהפנים תבניות  
חדשות



השליטה באפקטים דרך אמצעים ורבליים היא בעצם היעד בוויסות רגשי. בגיל הגן, ילדים מווסתים רגשות קודם כל דרך הרגעה עצמית (Self-soothing), ואז על ידי מאמצים להפעיל את הסביבה החברתית להתמודד עם מצבים מלחיצים (10). כלומר מדובר בתהליך שבו השליטה עוברת מההורה אל הילד. ככל שהילד מתבגר אלו היחסים, ולא רק אישיות טיפולית מסוימת, שהופכים לווסת רגשי. המיומנות שלו לווסת רגשות באופן סתגלני משתפרת, במיוחד ע"י שימוש בגישות קוגניטיביות להתמודד עם תחושות מלחיצות.

## וויסות לא אפקטיבי אופייני בהפרעות אכילה (11)

1. היעדר וויסות רגשי - תת שליטה: תחושה שהרגשות מאוד עוצמתיים, אימפולסיביות, התקפי זעם, הזדקקות נואשת לאחר לצרכי הרגעה חיצונית. אופייני יותר בבולימיה ובאנורקסיה מהסוג המתרוקן. הפרעת האכילה נותנת אשליה של וויסות רגשי.
2. איפוק-יתר שליטה. הגבלה או איפוק ביחס לעונג, ביחס להיענות לצרכים גשמיים, למיניות, לתחושות, ליחסים, להתבוננות פנימית; ריקנות, תחושת דיספוריה או דיכאון, תחושת חוסר מותאמות, אג-הדוניה, חרדה ובושה. - מופיע יותר באנורקסיה, אך גם בקרב כרבע מהסובלות בבולימיה. הפרעת האכילה נותנת אשליה שהצליחה לכא ולדחוק את האפקט.
3. תפקוד יתר - פרפקציוניזם. מצפוניות יתר, שיפוט עצמי מחמיר, חרדה. אופייני יותר בבולימיות, אם כי קיים גם בחמישית מהאנורקסיות. הפרעת האכילה נותנת אשליה של פתרון הגיוני לבעיית האפקט.

## פיתוח הוויסות הרגשי והשתחררות מהדפוסים הלא יעילים (12)

היכולת של הילד לוויסות עצמי תלויה במודעות הרגשית, בשליטה הקוגניטיבית באפקט, בהבנה החברתית (Social-cognitive). הילד מפתח בהדרגה שליטה עצמית כשהוא מסוגל לתת שם לרגשות, להשתמש בשפה לתקשר את הצרכים שלו ומפתח אסטרטגיות להתמודדות עם בעיות שיענו על הצרכים שלו.

### תפקיד ההורה והמטפל

- לספק הורות רגישה, תמיכה בהתפתחות היקשרות בטוחה.
- לזהות את מקור הדאגה/המצוקה
- לתקן את התחושה ולתת שם למצבים פנימיים ותחושות
- דרך משחק משותף, מויימ והדרכה ללמד את הילד אסטרטגיות להתמודדות עם בעיות. הוויסות מבוקר על ידי משוב ממשי מהסביבה או על ידי מחשבה/חשש מהתגובה הצפויה של המערכת והשפעותיה.
- פיתוח אסטרטגיות לשליטה ברמות מסוימות של עוררות שאינה נוחה ולתווך מצבים בינאישיים.

טיפול באשר הוא (פסיכותרפיה, טיפול בשילוב אומנויות, טיפול תזונתי ואחרים) תורם לפיתוח מערך הוויסות דרך יצירת קשר אישי לצורך התהליך הטיפולי. בתוך הקשר הזה הפרט חוקר את האופן בו הוא מרגיע את עצמו בעצמו או שבאמצעות אחרים וינסה לשפר תבניות רגשיות ישנות

שאינן מיטיבות איתו ולהפנים תבניות חדשות. תרגול עקבי של מיומנויות ההתבוננות - התרחקות וקבלת תמונה רחבה על המצב יכול לסייע להתגבר על מנגנוני הגנה לא אפקטיביים ששכיחים מאוד במחלות פסיכוסומטיות.

היכולת של הפרט להתעמת עם החולשות והכישלונות שלו, לוותר על אשליית המושלמות הן ביחס לעצמו והן ביחס לזולת, משפרת את הקבלה העצמית ואיתה את הוויסות העצמי.

### אמצעים טיפוליים נוספים

- בנוסף, טיפול עשוי להציע וויסות גם דרך:
1. התנהגויות שמפחיתות את עוצמת האפקט כמו נשימות, טכניקות הסחה.
  2. שיח על תחושות מכאיבות
  3. פיתוח שיח פנימי חיובי. מסתבר שהנטייה לראות את החצי הריק של הכוס היא גם מולדת וגם עוברת במשפחות. פיתוח חשיבה חיובית מהווה גורם מגן משמעותי בפתולוגיות רבות.
  4. דה-סנסיטיזציה על ידי חשיפה הדרגתית לגורם המעורר.
  5. ביופידבק. אחד הכלים שהתפתחו בשנים האחרונות ומסייע להפגיש את החולות בהפרעות אכילה עם סטטוס העוררות שלהן, היכולת שלהן להשפיע עליו ולפיכך תחושת השליטה.

## לסיכום

הפרעות אכילה הן ביטוי לסטטוס מצוקה ועוררות שמבטא הן בתחום הרגשי והן בתחום האכילה. וויסות רגשי מהווה גורם אטיולוגי בהתפתחות הפרעות אכילה ולפיכך מהווה נדבך חשוב בהתמודדות עמן. הפנמת וויסות במרחב הרגשי האישי והחברתי ובמרחב האכילה הם יעדים עיקריים בטיפול בהפרעות אכילה.

קו מצוקה בנושא הפרעות אכילה 08-9357035

### References:

1. Bradley SJ. Affect Regulation and the development of psychopathology. The Guilford Press, New York, 2003.
2. Gross JJ. Handbook of emotion regulation. Guilford Publications, New York, NY, 2006.
3. Satter, E. Your child's weight, helping without harming. Madison, WI: Kelcy Press, 2005.
4. Pavuluri MN, Herbener ES, Sweeney JA. Affect regulation: a systems neuroscience perspective. Neuropsychiatr Dis Treat. 2005;1:9-15.
5. Derryberry D, Rothbart MK. Reactive and effortful processes in the organization of temperament. Dev and Psychopat 1997;9:633-52.
6. Fonagy P, Target Mary, et al. Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. Other Press publication, LLC, 2002.
7. Kraemer GW. A Psychobiological theory of attachment. Behav Brain Scien 1992;15:493-541.
8. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford, 2003.
9. Kopp CB. Regulation of distress and negative emotions: A developmental Review. Develop Psychol 1989;25:343-54.
10. Eisenberg N, Spinard TL, et al. Emotion-related regulation: Its conceptualization, relations to social functioning and socialization. In P. Philippot & R.S. Feldman., The regulation of emotion (pp. 277-306). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2004.
11. Vansteelandt K, Rijmen F. Drive for thinness, affect regulation and physical activity in eating disorders: A daily life study. Behav Res Ther 2007;45:1717-34.
12. Maes S, Karoly P. Self-Regulation assessment and intervention in Physical health and illness: A Review. Appl Psychol Rev 2005;54:267-99.

ילד לומד לאכול

מסיבות רגשיות

כאשר הוריו בעקביות

משתמשים במזון

להתמודד עם רגשות

- למסך, להסח, להרגיע או לספק

עיסוק. לרב למידה

שכזו מתרחשת

ב- 4 השנים

הראשונות לחיים

