



# טיפול בשיתוף פעולה New Maudsley

פרופ' ג'נט טרז'ר

[janet.treasure@kcl.ac.uk](mailto:janet.treasure@kcl.ac.uk)

תרגום לעברית: ד"ר עדית זהר-בז'ה

**KING'S**  
*College*  
**LONDON**

University of London

South London and Maudsley



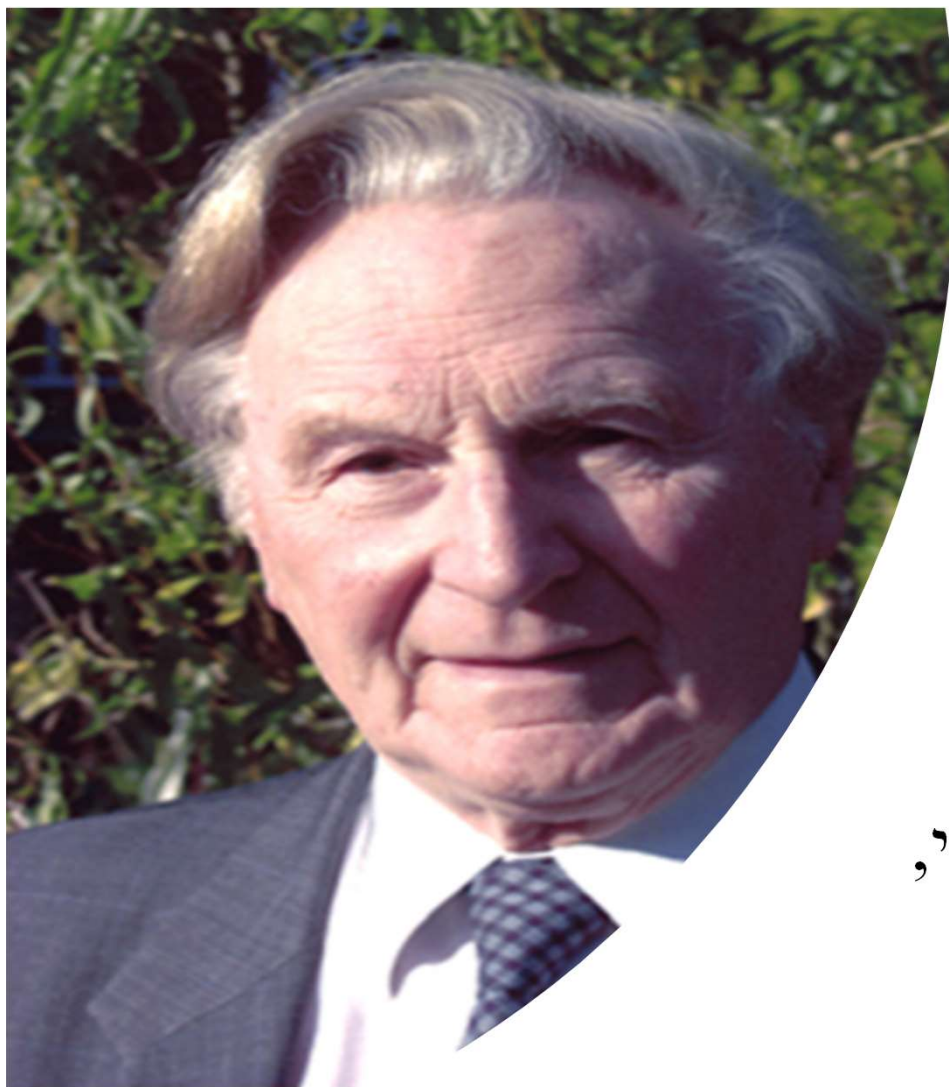
NHS Trust

# תכנית ההרצאה

- ההיסטוריה שלי בה"א
- המודל הקוגניטיבי בין-אישי
- יישום בתוך טיפול



**ההיסטוריה שלי בה'א**



**הניסויים הראשונים  
שבחנו טיפולים  
פסיכותרפיים  
לאנורקסיה נרבוזה**

השוואת טיפול משפחתי לטיפול פרטני,  
למניעת הישנות המחלה  
לאחר טיפול באשפוז

(Russell et al 1984, 1989).

# ניסוי לבחינת טיפול באנורקסיה נרבוזה בגישת **Maudsley**, שנות ה-80'



טיפול משפחתי  
בהשוואה  
לטיפול פרטני  
במטרה למנוע הישנות  
לאחר טיפול באשפוז

חלוקה אקראית של המטופלים, על  
פי גיל ושלב המחלה:  
1. גיל צעיר מ-18 שנים  
מחלה מוקדם (פחות מ-3 שנים)  
2. גיל צעיר מ-18 שנים  
מחלה ממושכת (יותר מ-3 שנים)  
3. מבוגרים

# עיקרי טיפול משפחתי (מסוג - Maudsley)

- אגנוסטי ביחס לסיבת התפתחות ה"א
- החצנה של המחלה
- התמקדות ראשונית בסימפטומים
- אוכל הוא תרופה
- תפיסה שאינה רודנית

# טיפול משפחתי יעיל יותר רק למטופלים שגילם צעיר מ-18 שנים ומשך מחלתם קצר מ-3 שנים

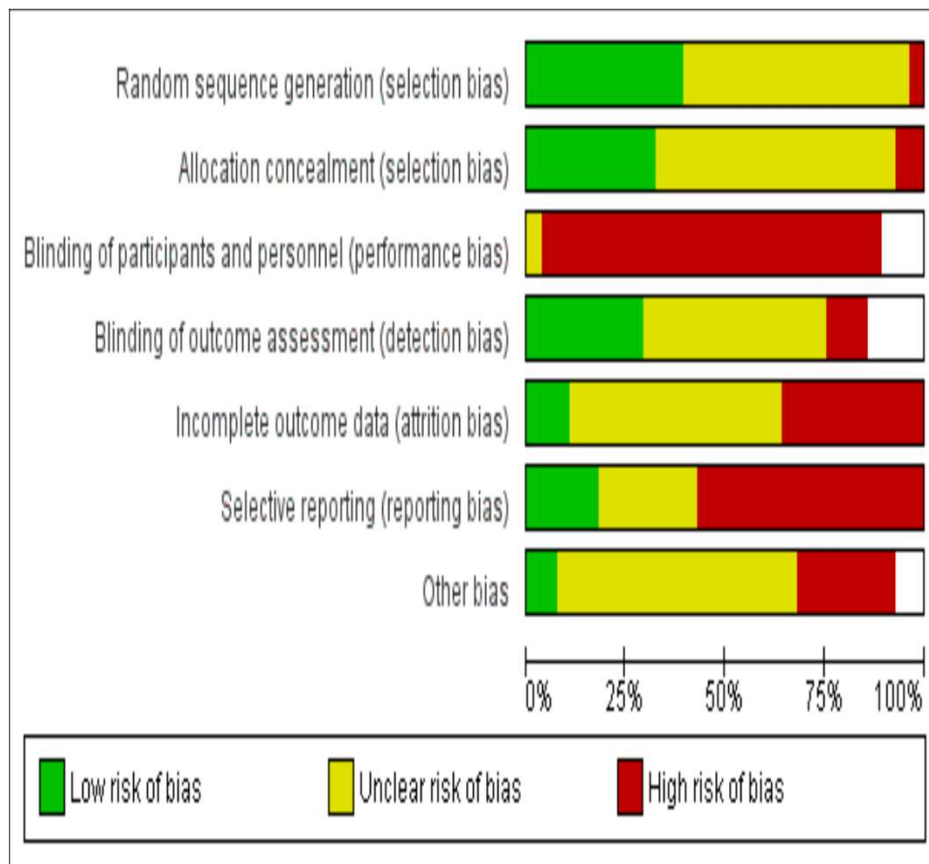
חלוקה אקראית עם ריבוד

משך המחלה ממתן את התגובה לטיפול

הדוגמה הראשונה לרפואה מותאמת אישית בהפרעות אכילה

# מה אומרות הראיות המחקריות על גישת טיפול משפחתי באנורקסיה נרבוזה?

Fisher CA et al 2018- Cochrane Review



כמות מוגבלת של ראיות  
באיכות נמוכה מצביעות על  
כך שטיפול משפחתי יעיל יותר  
מטיפול רגיל.  
(ראיות המבוססות של שני מחקרים  
קטנים עם הטיות אפשריות).



# יישום טיפול מבוסס ראיות: דוד סאקט

Peterson et al. *BMC Medicine* (2016) 14:69  
DOI 10.1186/s12916-016-0615-5

BMC Medicine

OPINION

Open Access

The three-legged stool of evidence-based practice in eating disorder treatment: research, clinical, and patient perspectives



Carol B. Peterson<sup>1,2\*</sup>, Carolyn Black Becker<sup>3</sup>, Janet Treasure<sup>4</sup>, Roz Shafran<sup>5</sup> and Rachel Bryant-Waugh<sup>6</sup>



**באיזה סוג של אנורקסיה נרבוזה מדובר?**

# טיפול משפחתי יעיל לסוגים מסוימים של אנורקסיה נרבוזה

- טיפול משפחתי = לטיפול פרטני  
במטופלים שגילם צעיר מ-18 שנים ובעלי משך מחלה  
ארוך מ-3 שנים
- שיעורי החלמה נמוכים בשני הטיפולים
- טיפול משפחתי = לטיפול פרטני  
במטופלים שגילם מעל 18 שנים  
שיעורי החלמה מתונים בשני הטיפולים

**מה מקובל עבור מטופלים ובני משפחתם?**

RESEARCH ARTICLE

Open Access



# “We don’t really know what else we can do”: Parent experiences when adolescent distress persists after the Maudsley and family-based therapies for anorexia nervosa

Ella Wufong<sup>1\*</sup>, Paul Rhodes and Janet Cona<sup>2</sup>

## Abstract

**Background:** Maudsley Family Therapy (MFT), and its manualised version, Family-Based Therapy (FBT), are the only well-established treatment interventions for a adolescent anorexia nervosa (AN), with treatment efficacy primarily measured by improvements in eating behaviours and weight restoration. A crucial component of this therapy is an intensive home-based refeeding intervention that requires a substantial commitment from parents for up to one year. While this treatment works to restore weight in a proportion of adolescents, very little is known about its impacts on family distress, relationships and identity, including in the 40% of families where the adolescent experiences ongoing eating disorder (ED) symptomatology and/or psychological distress during and post-treatment. Specifically, few studies have investigated the impacts of MFT/FBT treatment on family functioning or on how parents negotiate their identities, or who they understand themselves to be, in the context of this treatment intervention. This is a significant omission, given the substantive role assigned to parents to take responsibility for their child’s eating restoration in the first treatment phase. This study seeks to address this gap through a qualitative exploration of parents’ experiences of MFT/FBT, in cases where treatment was discontinued and/or their child continued to experience psychological distress post-treatment.

**Methods:** 13 parents participated in in-depth semi-structured interviews that scaffolded between their experiences and ways they negotiated and sustained their identities as parents within the context of MFT/FBT for their child. Interview data was analysed through a framework of critical discursive analysis to generate themes centred on these parents’ experiences and identity negotiation.

**Results:** Key findings are that MFT/FBT: (1) provided a map for therapy that initially relieved parents’ anxieties for their child and facilitated improvements in family functioning; (2) inadequately addressed parental guilt and blame with a form of externalisation of the illness; (3) perpetuated parental guilt by raising anxiety about AN and allocating responsibility for refeeding their child in phase 1 of the treatment; and (4) when ceased, left these parents struggling with an uncertain future, and fears for the wellbeing of their children.

(Continued on next page)

## Care experiences of young people with eating disorders and their parents: qualitative study

Dana Mitrofan, Hristina Pelkova, Astrid Janssens, Jonathan Kelly, Eve Edwards, Dasha Nicholls, Fiona McNicholas, Mima Simic, Ivan Eisler, Tamsin Ford and Sarah Byford

### Background

Perspectives of young people with eating disorders and their parents on helpful aspects of care should be incorporated into evidence-based practice and service design, but data are limited.

### Aims

To explore patient and parent perspectives on positive and negative aspects of care for young people with eating disorders.

### Method

Six online focus groups with 19 young people aged 16–25 years with existing or past eating disorders and 11 parents.

### Results

Thematic analysis identified three key themes: the need to (a) shift from a weight-focused to a more holistic, individualised and consistent care approach, with a better balance in targeting psychological and physical problems from an early stage; (b) improve professionals’ knowledge and attitude towards patients and their families at all levels of care from primary to ‘truly specialist’; (c) enhance peer and family support.

### Conclusions

Young people and parents identified an array of limitations in approaches to care for young people with eating disorders and raised the need for change, particularly a move away from a primarily weight-focused treatment and a stronger emphasis on psychological needs and individualised care.

### Declaration of interest

None.

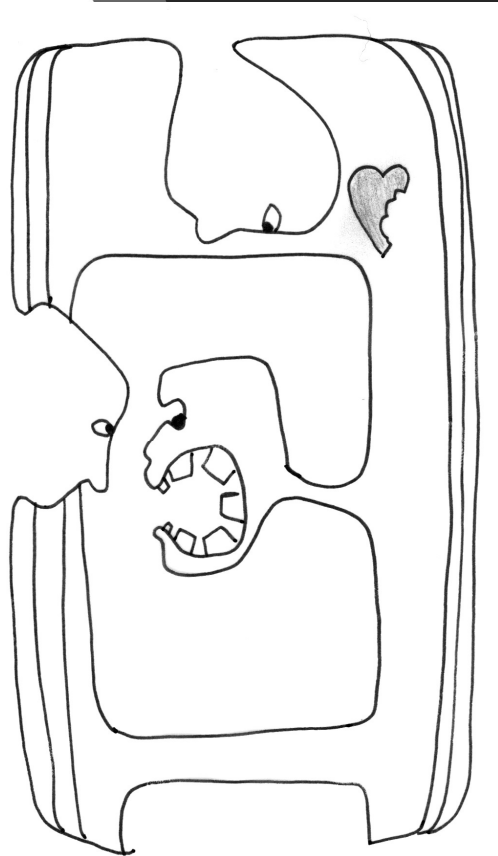
### Keywords

Qualitative research; anorexia nervosa; bulimia nervosa; carers; eating disorders NOS.

### Copyright and usage

© The Royal College of Psychiatrists 2019. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is unaltered and is properly cited. The written permission of Cambridge University Press must be obtained for commercial re-use or in order to create a derivative work.

מה אומרים מטופלים והוריהם?



## הורים מטילים ספק בעקרונות המפתח של טיפול משפחתי בגישת Maudsley (FBT/MBT) (Wufung et al 2019)

- הסמכת ההורים כאחראים על ההזנה ועליית המשקל של ילדם, במסגרת מתעמתת (ההורים נגד ה"א מוחצנת).
- הטיפול במצוקות פסיכולוגיות (דכאון, OCD, ASD, חרדה חברתית וכו') נדחה עד לשלב האחרון.

## חוקרים מטילים ספק בעקרונות המפתח של טיפול משפחתי בגישת Maudsley (FBT/MBT)



• האם אנחנו צריכים להמשיך בעמדה אגנוסטית ביחס לאטיולוגיה של ה"א"?

במשך למעלה מ-40 שנים עשינו כברת דרך ביחס למה שאנו יודעים ולא יודעים כעת.

מה מחפשים קרובים מטפלים?

---

מידע וידע אודות ה"א

(Haigh & Treasure, 2003)

---

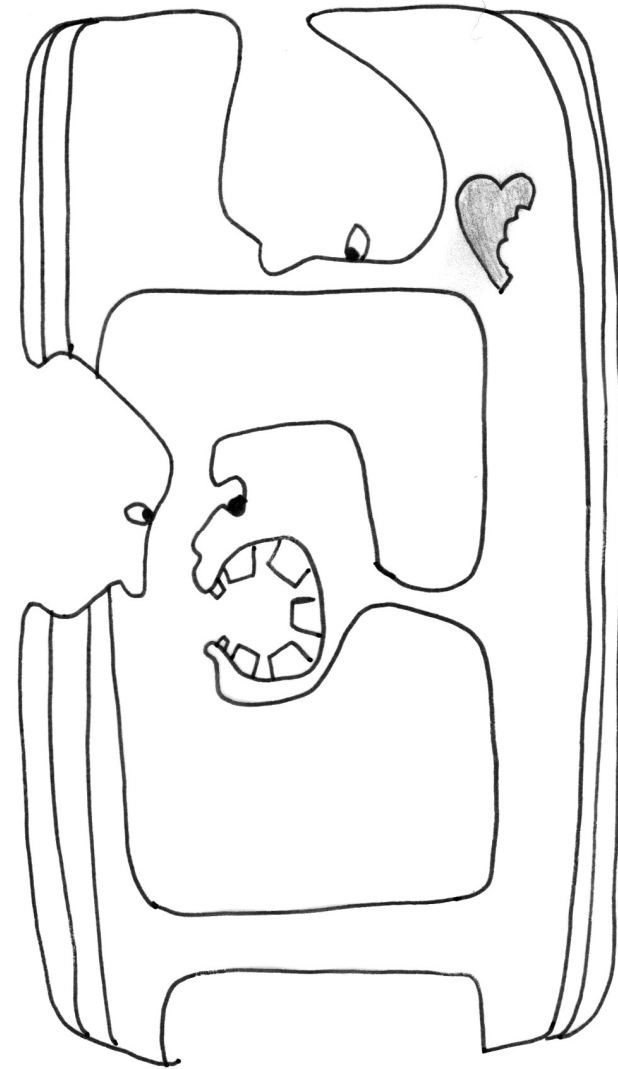
עזרה ותמיכה בדבר הדרך הנכונה ביותר לפעול במקומם

(Whitney et al., 2005)



## התחשבות בנקודת המבט של בני המשפחה

- מה ידוע על האטיולוגיה של ה"א (גורמי סיכון ושימור)?
- מה ניתן לשינוי?
- כיצד זה מתורגם לתוך הטיפול?
- מהו הטיפול מבוסס הראיות העדכני ביותר?



מה מהווה בעיה על פי מטופלים וקרובים  
מטופלים?



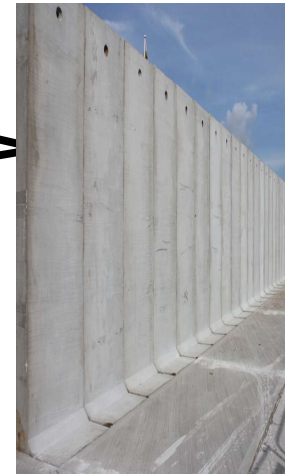
רבקה: התבקשתי לסכם במשפט אחד  
את החוויה של מאנורקסיה נרבוזה –  
למעשה, אני יכולה לעשות זאת במילה  
אחת בלבד – **בידוד**.

# קרובים מטפלים מבודדים ומוקפים חומות



תתרחקו!  
אינני רוצה  
שתתערבו.

סליחה. אין  
באפשרותנו  
לעשות דבר. זה  
עניין של סודיות.



# פיתוח המודל הקוגניטיבי בין-אישי: גורמים משמרים

Schmidt & Treasure 2006; Treasure & Schmidt 2013

# המודל הקוגניטיבי בין-אישי



# פנוטיפ חברתי קודם (אנורקסיה נרבוזה)



בדידות, ביישנות ורגשות נחיתות בילדות ובגיל ההתבגרות  
(Fairburn et al 1999).

יכולת חברתית נמוכה (Rhind et al 2015).

חרדה חברתית (Penas lledo et al 2010).

פעילויות מבודדות (Krug et al 2014).

התנהגויות כניעה וחרטנות (Connan et al., 2003,  
Troop et al., 2003, Troop et al., 2007).

פחות תמיכה חברתית (Tiller et al 1997, Krug et al  
2009, Kim et al 2009, Adenzato et al 2012, 2011).

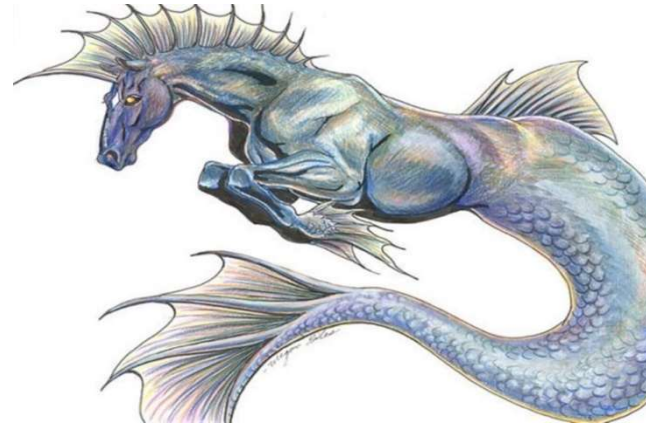
**מהן הבעיות החברתיות המשניות?**



# המודל הקוגניטיבי בין-אישי



**בעיות בקוגניציה החברתית**

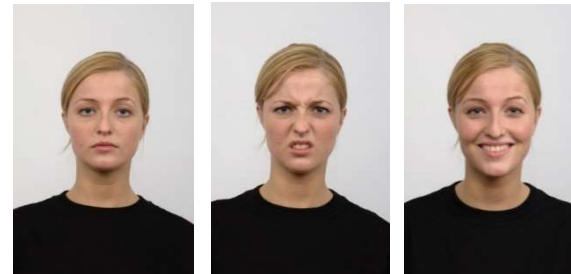


**סטרוס כרוני: המוח עולה באש**

**אדפטציה של נוירונים: פגיעה בלמידת רגשות  
נזק להיפוקמפוס (↓ למידה חדשה / יצירת נוירונים)**

# תשומת לב להבעות פנים חברתיות

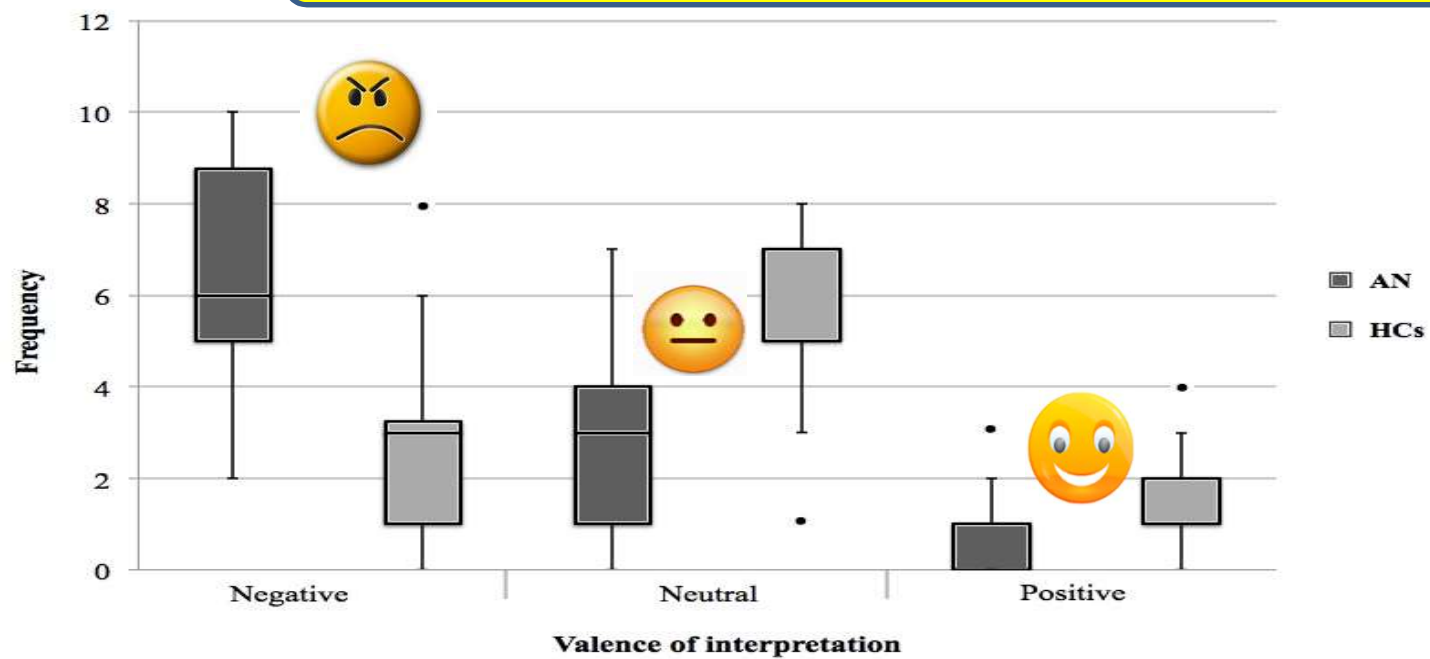
אנורקסיה נרבוזה < בולימיה נרבוזה  
קיים קשר לטראומה מוקדמת  
סטריס כרוני



Harrison et al 2012; Cardi et al., 2013, 2015

# פרשנות של תרחישים רבי משמעות

בעודך מתקרב לקבוצת אנשים, הם משתתקים, בגלל שהם דיברו על ..



# בעיות בקוגניציה חברתית



Caglar-Nazali et al  
*Neuroscience and  
Biobehavioral  
Reviews* (2013)

Domain	Effect
הערכה עצמית שלילית	2.2
חוסר הבעת רגש בפנים	2.0
התקשרות לא בטוחה	1.3
רגישות למדרג חברתי	1.1
אלקסיטימיה	0.66
הימנעות מרגש	0.44
דאגה הורית נמוכה	0.55
פעילות מופחתת	0.39
הגנת-יתר הורית	0.29



**תחשבו כיצד כל זה משפיע על מערכות  
יחסים בין-אישיות**



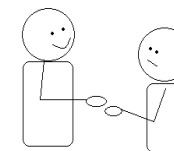
**השלכות עבור קרובים מטפלים בהקשר לסימנים חברתיים:**

**איום במיקוד תשומת הלב  
פרשנות מתמקדת בשלילי**





# תקשורת חברתית: מחסור בשיקוף של הבעות פנים



- אנורקסיה נרבוזה אקוטית:  
 הבעת פנים ↓  
 מבוגרים < מתבגרים

- החלמה מאנורקסיה נרבוזה:  
 רגשות חיוביים ↑

<18 שנים

>18 שנים

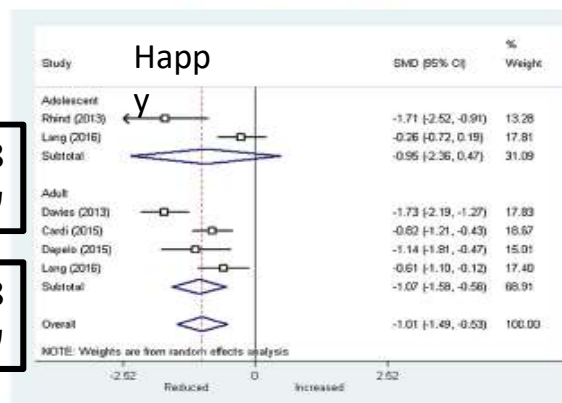


Fig. 2. Forest plot of the meta-analysis for facial emotional expression in response to positive affect in patients with AN.



<18 שנים

>18 שנים

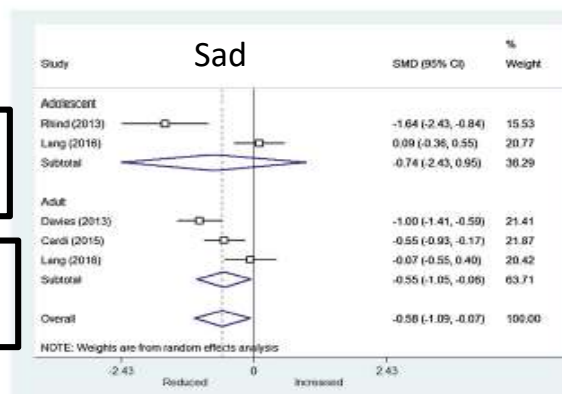


Fig. 3. Forest plot of the meta-analysis for facial emotional expression in response to negative affect in patients with AN.



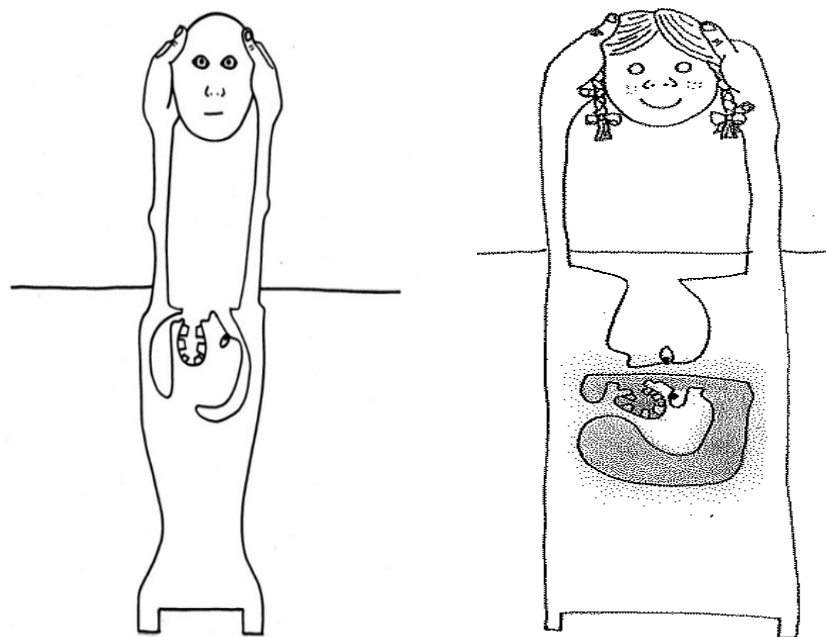
## בעיות בקוגניציה חברתית



Caglar-Nazali et al  
*Neuroscience and  
Biobehavioral  
Reviews (2013)*

Domain	Effect
Negative self evaluation	2.2
Lack facial affect	2.0
Attachment insecurity	1.3
Sensitivity to social ranking	1.1
Alexithymia	0.66
Avoidance emotion	0.44
Low parental care	0.55
Reduced agency	0.39
Parental overprotection	0.29

# תקשורת חברתית מאופקת: מסכה ריקה או ריצוי מזויף



Davies et al., 2011, 2013; Dapelo et al., 2016; Lang et al., 2016; Leppanen J. et al . (2017)

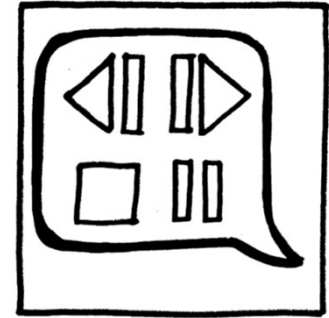


**תחשבו כיצד כל זה משפיע על מערכות  
יחסים בין-אישיות**

# פרדיגמת הפנים הקפואות



# פרדיגמת הפנים הקפואות



<https://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0> •

• מוכרת גם בתחום הרובוטיקה והגרפיקה הממוחשבת בשם "תופעת עמק המוזרות" (uncanny valley effect).

• במבוגרים, אינטראקציה עם פנים קפואות מעוררת סלידה ועוררות אוטונומית (Gross et al 2003).

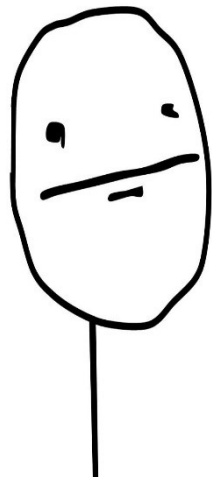
# המודל הקוגניטיבי בין-אישי





**תגובות של אחריים לאנורקסיה נרבוזה**

# חוסר באפקט ובמערכות יחסים בין אישיות



חוסר הדדיות  
לחמימות, תגובה  
קרירה ומרוחקת.

מורים התעצבנו  
כי חשבו שלא  
אכפת לי.

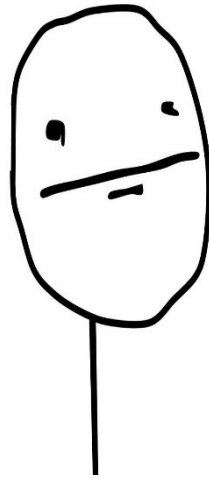
הייתי ידועה כ-  
"מלכת הקרח"  
באוניברסיטה.



הם לא ידעו מה  
התרחש בתוכי.

Davies et al 2013, 2014, 2016, Cardi et al 2014, Rhind et al 2014, Ambwani et al 2016

# חוסר באפקט ובמערכות יחסים בין אישיות



**מבוגרים: סלידה ועוררות אוטונומית  
בעקבות אינטראקציה עם פנים קפואות  
וחוסר הדדיות רגשית.**

*(Gross et al 2003, Hess et al 2013, Schneider et al  
2013, Szczurek et al 2012) .*

**פעוטות: פרדיגמת הפנים הקפואות**

<https://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0>

**בינה מלאכותית: "תופעת עמק המוזרות"**

# בעיות בתפיסה החברתית

- קושי בזיהוי אינטימיות  
(Costanzo & Archer, 1993)
- תגובה קרירה למשוב חם  
(Ambwani et al 2016)
- פתרון בעיות חברתיות באופן פחות  
מתאים (Sternheim et al., 2012)



**ההשפעה על מערכות יחסים**

# יחסים בין-אישיים של אנשי מקצוע

RESEARCH ARTICLE

## First do no harm: Iatrogenic Maintaining Factors in Anorexia Nervosa

Janet Treasure<sup>\*,†</sup>, Anna Crane, Rebecca McKnight, Emmakate Buchanan & Melissa Wolfe

Department of Eating Disorders, Psychological Medicine, Kings College London, Institute of Psychiatry, London, UK

### Abstract

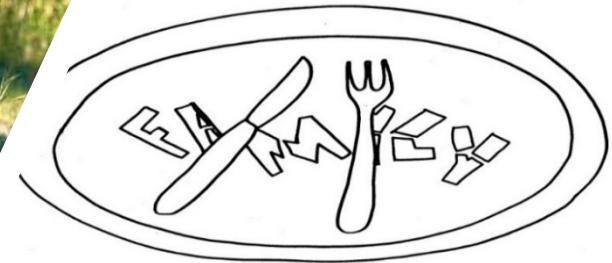
The aim of this paper is to reflect on the way that we as clinicians may play an inadvertent role in perpetuating eating disordered behaviour. This is considered within the theoretical framework of Schmidt and Treasure's maintenance model of anorexia nervosa (AN). The model includes four main domains; interpersonal factors, pro-AN beliefs, emotional style and thinking style. Interpersonal reactions are of particular relevance as clinicians (as with family members) may react with high expressed emotion and unknowingly encourage eating disorder behaviours to continue. Hostility in the form of coercive refeeding in either a hospital or outpatient setting may strengthen conditioned food avoidance and pessimism may hamper motivation to change. Negative schema common to eating disorders, for example low self-esteem, perfectionism and striving for social value may augment existing or initiate new eating disorder behaviour. Services can become a reinforcing influence by providing an overly protective,

Eur. Eat. Disorders Rev. 19 (2011) 296–302

מטאפורות מעולם בעלי החיים לתיאור סגנונות בין-אישיים לא מועילים

**קשרים בין-אישיים בבית משתקפים**  
**בקשרים בין-אישיים בבית החולים**





## תגובות למתן טיפול

- חרדה גבוהה, תסכול.
- בסופו של דבר התאמה, וויתור, או נסיגה מהמחלה.





דונו בזוגות בבעיות  
בברית הטיפולית,  
קשיים כצוות או  
תגובות לחיים עם ה"א

# סיגנלים חברתיים מבלבלים

הקול האנורקטי – צועק/לוחש

אני צוחה אני חייבת  
אנסות להצליח. כמה  
קאופיות יש בזה? מה  
הפכה המלון? כמה אני  
שוקלת? אני לא יכולה  
לעלות במסקל. אני חייבת  
להמשיך לפצת במסקל. אני  
חלשה טיפשה. עצלנית  
ואפספנית. אני חלופה שמנה.  
אני צוחה. לא משיע לי  
לאכול. לא משיע לי לחיות.  
וכי' וכי'...

קוגניציה  
חברתית, הטיה  
שלילית.  
↓ וויסות רגשי

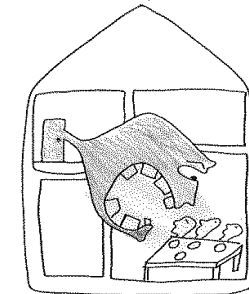
פנים "מתות"

הצילון!  
הזעקה מהגוף

התנהגות אנורקטית: דחיית מזון –  
התעלמות מהמצוקה של האחרים.  
שקרים, לרמאויות, סודיות

## גורמים בין-אישיים

- מתיש לגור עם או לטפל באדם עם אנורקסיה נרבוזה. מערכות יחסים עלולות להיסדק.
- קרובים מטפלים מושפעים מאיומים  
"אני מאוד רוצה שתצטרפי אלינו לארוחת ערב, אז נדאג לכך שנצא למקום שמגיש סלט בלי רותב" (הסתגלות)
- או נכנסים לייאוש  
"את מתנהגת בצורה מגוחכת ומקלקלת לכל האחרים את הארוחה עם כל הדרישות שלך" (עוינות)



# המודל הקוגניטיבי בין-אישי



- בעיות בקוגניציה החברתית משפיעות על הברית הטיפולית ועל מערכות יחסים עם בני משפחה ועמיתים.

- הן ברות שינוי.



# בידוד: גורם משמר הניתן לשינוי



• פתרון: ↑ קשר



• תיקון נתקים בקשרים ו-↑ קשר

# בידוד: גורם משמר הניתן לשינוי



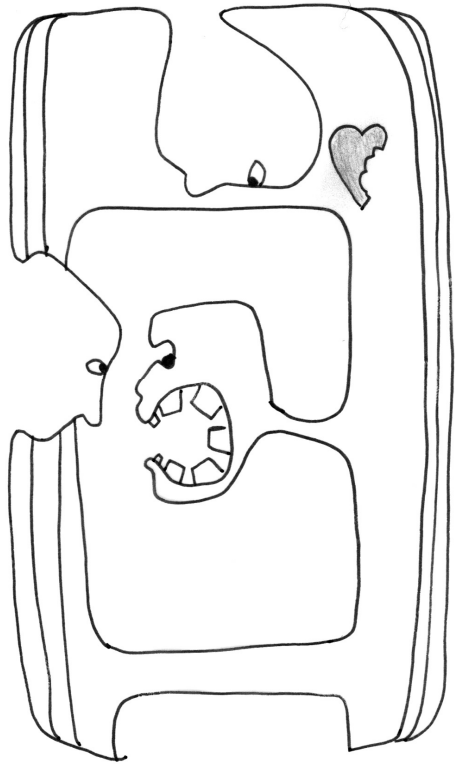
• פתרון: ↑ קשר



• תיקון נתקים בקשרים ו-↑ קשר



# צרכים של קרובים מטפלים



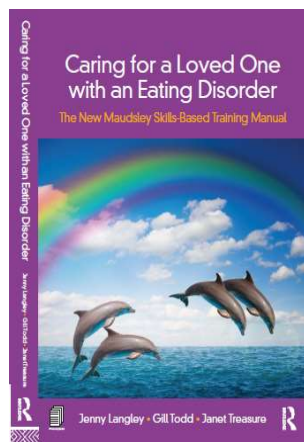
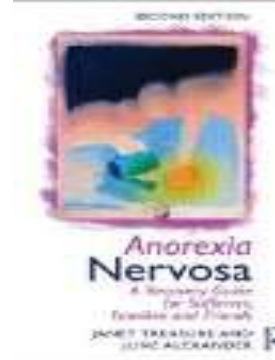
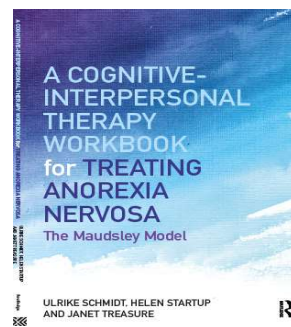
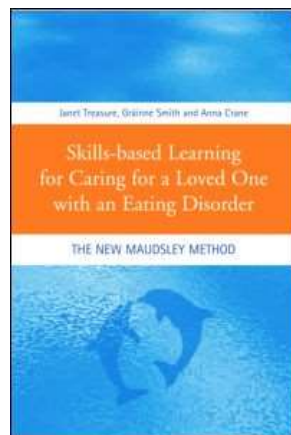
פתרונות לשיתוף מיומנויות  
ליצירת חלונות ודלתות בחומות.

# מסגרת להתערבויות מורכבות

## Medical Research Council (MRC)

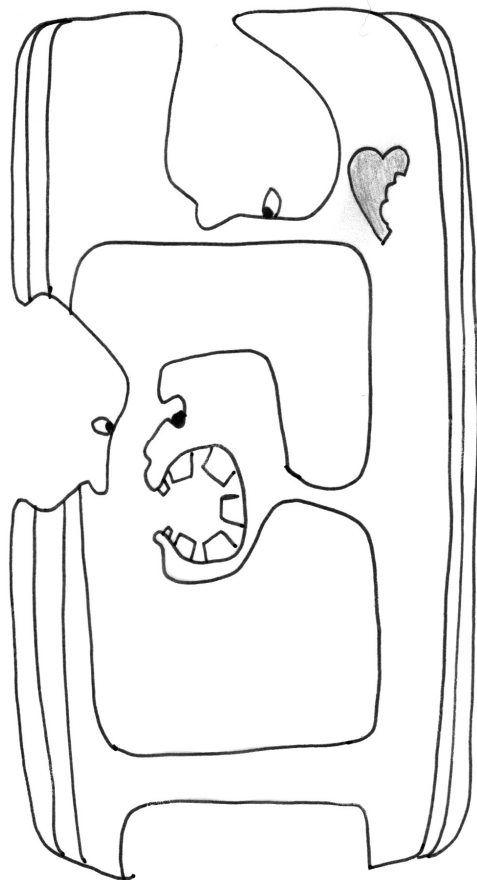


*Goddard et al 2015; Hibbs et al 2016; MacDonald et al 2016; Cardi et al 2017; Hodsall et al 2017; Magill et al 2017; Adamson et al 2019*



חומרי עזר המשמשים לפעילות מודרכת משותפת עם קרובים מטפלים. מיומנויות להפחתת גורמים בין-אישיים משמרים.

# חלונות ודלתות בחומות: שיתוף ידע ומיומנויות בין מטפלים (קרובים ואנשי מקצוע)



- ניסוח משותף
- הקשבה תוך שימוש במיומנויות הריאיון המוטיבציוני
- מבוסס פתרון / מסגרת של פסיכולוגיה חיובית
- אימון בוויסות רגשי
- למידה חווייתית משינוי הרגלים (התאמה, וויתור)
- תיקון סגנונות חשיבה קיצוניים בעזרת גמישות מחשבתית וראיית "התמונה הגדולה"
- אימון בטכניקות לשינוי התנהגות

## Experienced Carers helping Others (ECHO) קרובים מטפלים מנוסים מסייעים לאחרים (ECHO)

התערבות לניהול עצמי לקרובים מטפלים  
מעורבות של צורכי שירותי הבריאות בכל שלב

עובדים יחד  
בשיתוף פעולה

הבנה משותפת  
מיומנויות משותפות

יציאה מהמלכודות  
של ה"א"

וויסות רגשות  
דאגה לעצמי  
↓ התאמה  
↓ הגנת יתר  
↓ עוינות וביקורת  
↓ מחלוקות ופילוג

מתן מיומנויות  
לשינוי ↑

חמלה  
תקשורת חיובית  
מיומנויות לשינוי התנהגותי

Ex

שיתוף מידע אודות גורמי סיכון  
וגורמי שימור.  
ההשלכות של הרעבה על המוח.

עובדים יחד  
שיתוף פעולה

הבנה משותפת  
מיומנויות משותפות

יציאה ממלכודת הפרעת  
האכילה

וויסות רגשות  
דאגה לעצמי  
↓ השלמה  
↓ הגנת יתר  
↓ עוינות וביקורת  
↓ מחלוקות ופילוג

הספקת מיומנויות לשינוי ↑

חמלה  
תקשורת חיובית  
מיומנויות לשינוי התנהגותי

**תיאור כיצד גורמי סיכון ושימור מקשים  
על שינוי**

Exp

# שתפו במידע אודות ההשפעה על קרובים אחרים

עובדים יחד  
שיתוף פעולה

הבנה משותפת  
מיומנויות משותפות

יציאה ממלכודת הפרעת  
האכילה

וויסות רגשות  
דאגה לעצמי  
↓ השלמה  
↓ הגנת יתר  
↓ עוינות וביקורת  
↓ מחלוקות ופילוג

הספקת מיומנויות לשינוי ↑

חמלה  
תקשורת חיובית  
מיומנויות לשינוי התנהגותי



**זאת הילדה שלי שצריכה להשתנות,  
לא אני!**

מקדמים  
שינוי עם  
קרובים  
מטפלים

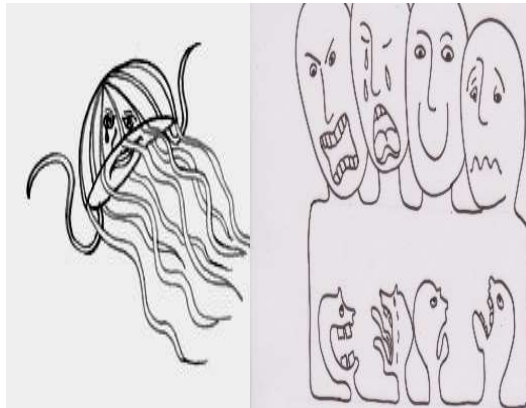
When we are no longer able to  
change a situation - we are  
challenged to change ourselves.

Viktor E. Frankl

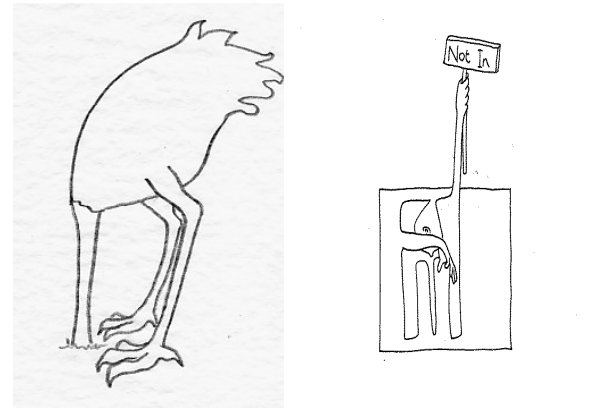
BrainyQuote

כשאין ביכולתנו עוד לשנות את המצב –  
אנו מאותגרים לשנות את עצמנו.  
ויקטור פרנקל

# תגובות רגשיות של קרובים מטפלים (יותר מידי, פחות מידי)

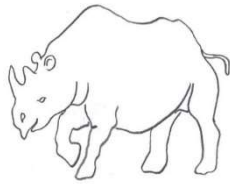


רגש בעוצמה גבוהה  
- מדוזה

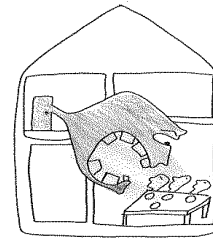
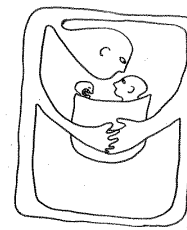


הימנעות מתגובה  
רגשית

# התנהגויות מונעות רגש בקרב קרובים מטפלים (יותר מידי דחיפה או יותר מידי משיכה)

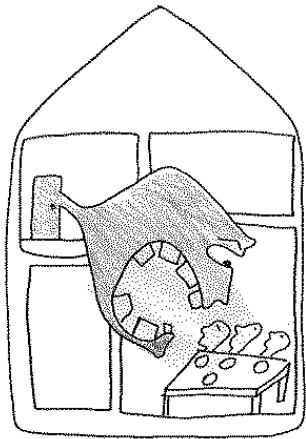


דחיפה לכיוון גדילה  
קרנף וטרייר



משיכה לבטיחות/הזנה מושלמת  
קנגרו – התאמה והרגעה

# מעגל הקסמים של סתגלנות ומתירנות



הורים יכולים לחוות  
חרדה גבוהה  
ו"להתהלך על  
ביצים".

# התאמות



**אני לא אוכל.  
אני מעדיף למות.**

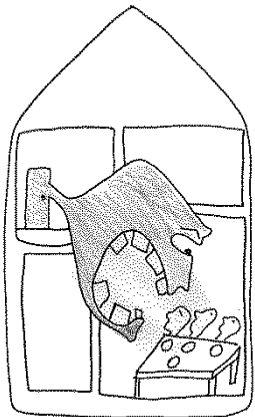
## משפחות מקבלות:

- טקסים הקשורים במזון ובארוחות.
- התנהגויות שמקנות בטחון (ספורט וכו').
- התנהגויות OCD שמספקות הרגעה.
- השוואה ותחרות עם בני משפחה אחרים.

# התאמה: מלכודת התלות

- השתתפות גלויה בהתנהגויות של ה"א (לדוגמה - אכילה טקסית).

- הימנעות מטריגרים (לדוגמה - התנהלות ע"פ חוקים, זמני הארוחות, מה לקנות, כיצד לאחסן, באילו כלים להשתמש וכו').



- התאמה ↓ מצוקה.

- חוסר התאמה ↑ מצוקה ותוקפנות (מילולית ופיזית), הצקה, הטרדה וסחיטה רגשית (לדוגמה - האשמת הקרובים בחוסר אהבה או אכפתיות, אם הם לא מתאימים את עצמם).

# משפחות: מתאימות עצמן ל-OCD

יש לי כלים שונים להכנת ובישול הארוחות שלי. הם נשמרים בנפרד.

לפעמים היא יורדת בבוקר ומספרת שחלמה שאכלה מוס שוקולד. בהמשך, היא תשאל לאורך כל היום – לא אכלתי מוס שוקולד, נכון? היא ממשיכה וממשיכה...

"היא עומדת לידי כשאני מבשלת, כדי לשאול אם שמתי שמן באוכל ובודקת במשך כל הארוחה. אני היחידה שיכולה לבשל בשבילה!"

היא תשאל אותי 100 פעמים ביום האם היא אכלה יותר מידי בארוחה האחרונה שלה.

היא תשתה מים רק מבקבוק חדש. המקרר מפוצץ בבקבוקי המים שלה.

אסור לאף אחד להיכנס למטבח כשהיא נמצאת בו.





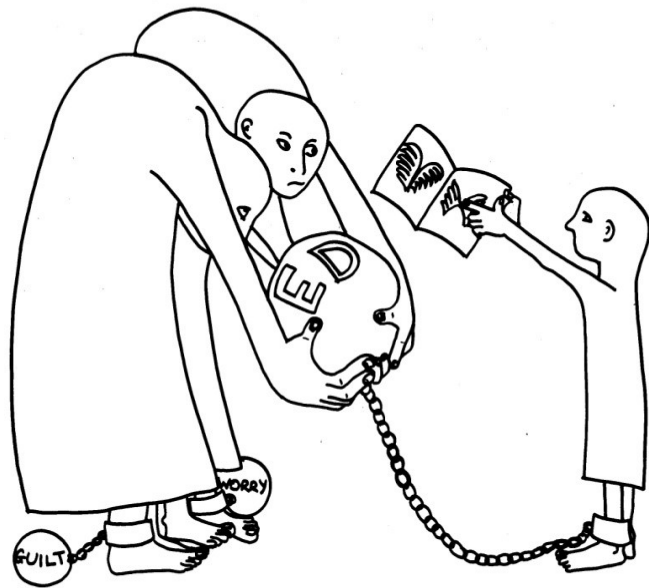
כל המשפחה צריכה להיות מעורבת

רמות נמוכות של התאמה בקרב בני משפחה אחרים  
משמרות את המחלה.

*(Salerno et al 2015)*

# לאפשר

המשפחה מנסה להגן על המתמודדת ועל משפחתה מההשלכות של ה"א".



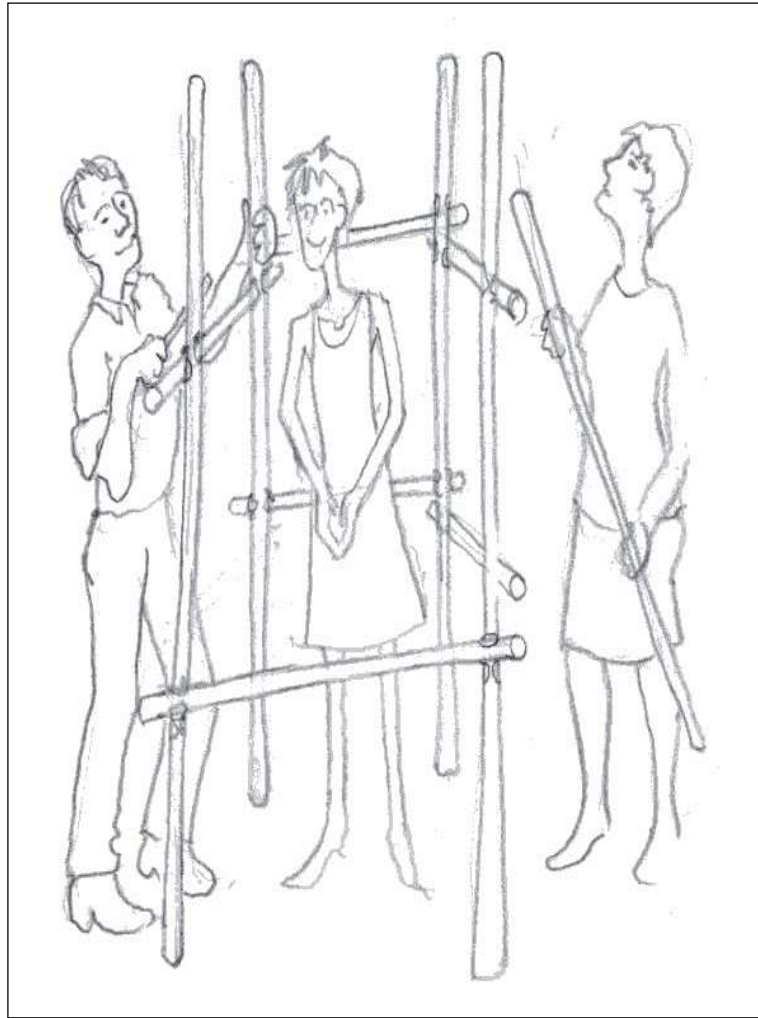
הם מנקים לכולך במטבח או בחדר האמבטיה.

הם מחפים על מזון או כסף שנלקחו.

הם מספקים כסף ומשאבים המאפשרים את ההתנהגות.

רגשות: פחד, אשמה, חרדה, בושה.

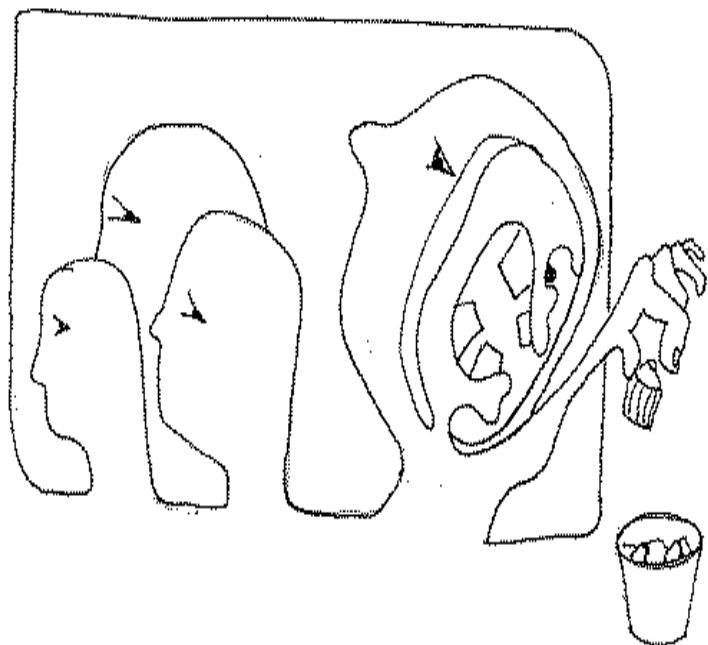
# לאפשר ה"א. הימנעות ושינוי שגרה



## לחפות על:

- בעיות בצנרת השירותים
- גניבה (מזון וכסף)
- בלגן/לכלוך
- ענייני חברה ומשפחה

**אילו התנהגויות מתאימות  
ומאפשרות ראיתם?**



העלמת עין

# המשפחה מאפשרת התנהגויות בולימיות

- אם ארד למטבח ואראה שהיא סיימה את כל הקורנפלקס, אאלץ לנסוע לסופר, כדי שהאחרים יוכלו לאכול קורנפלקס לארוחת בוקר".

- המכונית שלה התקלקלה, אז הקפצתי אותה לסופר ב-11 בלילה. לא רציתי שהיא תלך למכולת השכונתית, מאחר והמחירים שם גבוהים ואנשים שם מכירים אותנו.

- "אני יודעת שכסף נלקח מהארנק שלי, אז אני עושה מאמץ להסתיר אותו, אבל, בעלי לא שם לב לכך – אז, אני בטוחה שהיא לוקחת את הכסף שלו.

- אני חייבת לנקות את השירותים; זה לא נעים ליתר בני המשפחה.

# משפחות: השוואה ותחרות

היא חייבת לראות אותי  
אוכלת בכל לילה לפני  
שהיא אוכלת משהו. היא  
שופטת את מה שהיא אוכלת  
לפי סוג המזון והכמות שאני  
אכלתי באותו הלילה.

לפעמים היא קונה עוגות קרם וכו'. היא מכריחה  
אותי לאכול אותן גם כשאני לא רוצה בהן.

בכל פעם שאני עולה/יורדת מספר  
מדרגות, היא חייבת לעלות/לרדת מדרגות  
כפול ממני.

היא לא אוהבת שאני קונה מזון בריא  
בשבילי.

היא נותנת כל יום לאחותה הצעירה כסף  
לקנות אוכל. ואז פותחת את דלת ארון  
הממתקים כדי לפתות את בתי השנייה, עם  
שובה הביתה.

**תגובה לתגובות**

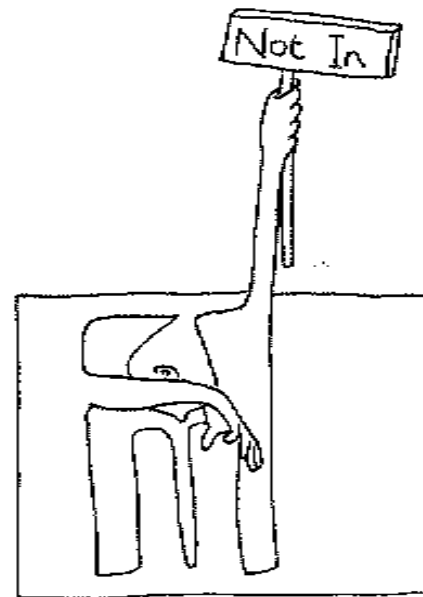


# המודל הקוגניטיבי בין-אישי

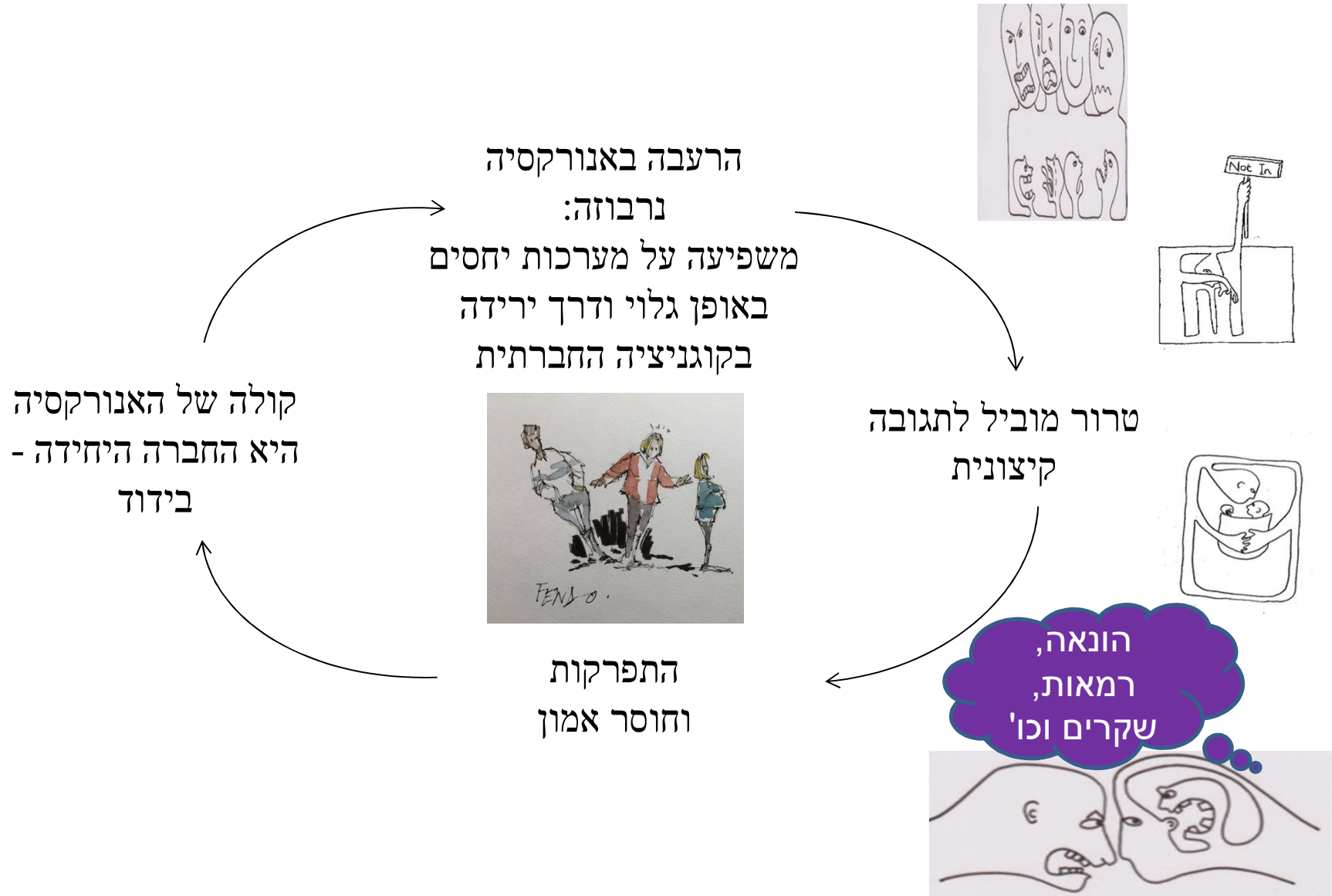


## גורמים בין-אישיים

- התשה והתפרקות  
עשויים להתרחש



# מעגל קסמים של התפרקות

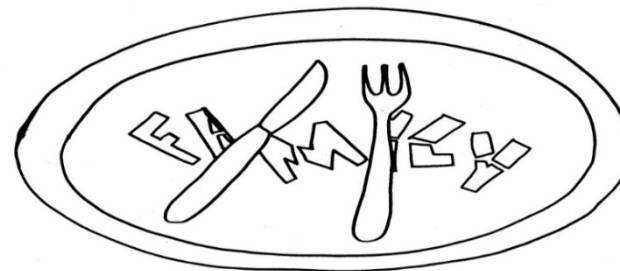


## הפרדה מול עקביות ושיתוף פעולה

14



עבודת צוות חיונית  
רשת של תמיכה



### הפרד ומשול

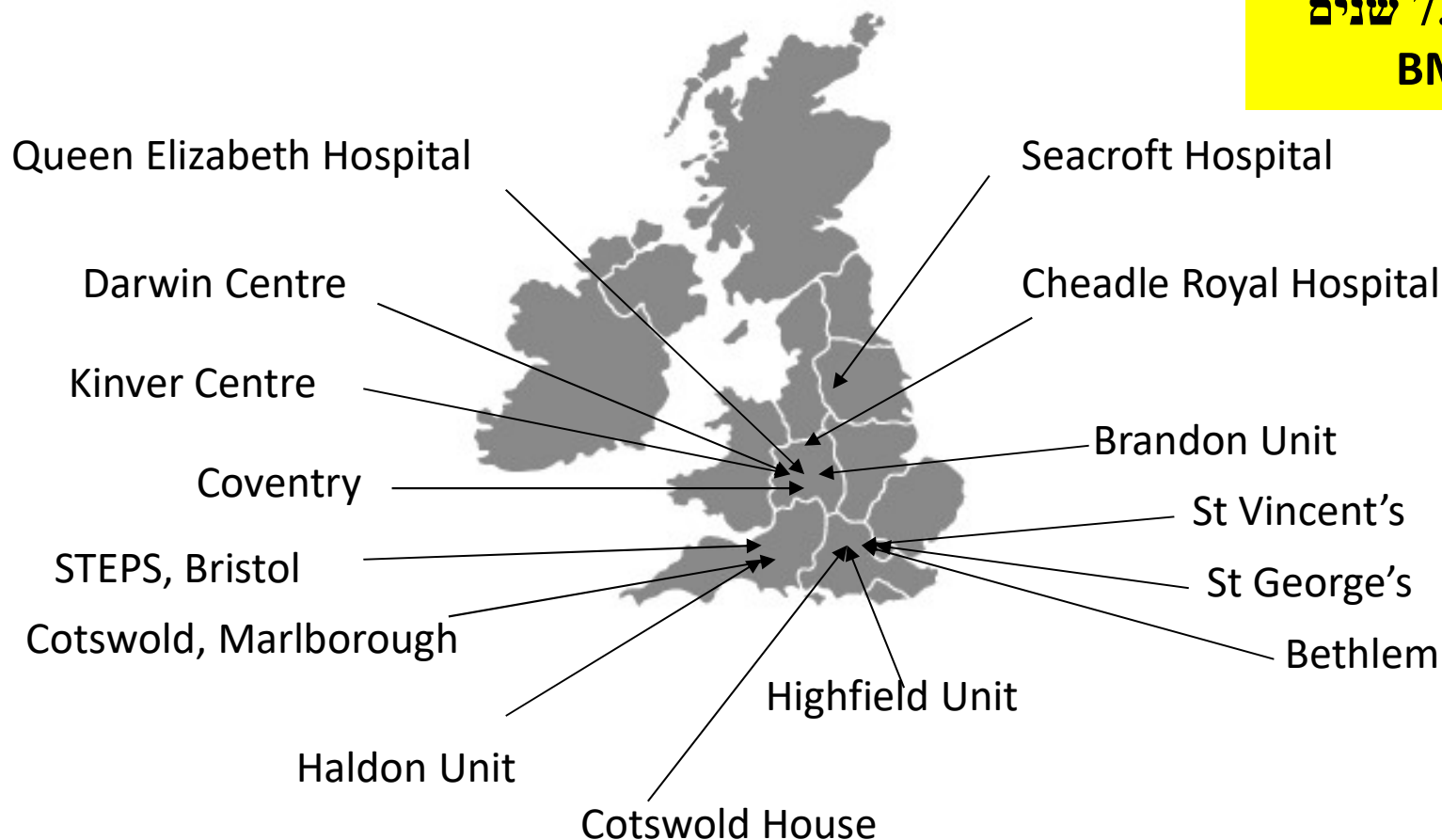
- ההורים נוקטים בעמדות מנוגדות.
- מתח בין הזנה טוטאלית וגדילה.

**מהן הראיות?**

# התוספת של ECHO לטיפול באנורקסיה נרבוזה ממושכת לאחר אשפוז

## 15 מרכזים משתפי פעולה

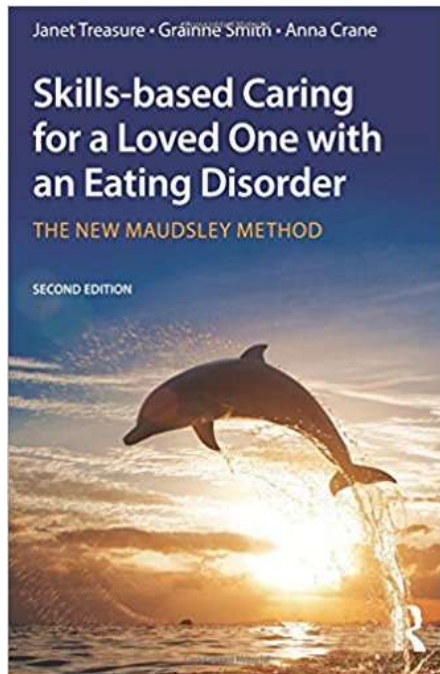
**N=178**  
**גיל 25.8 שנים**  
**משך 7.7 שנים**  
**BMI 14.4**



# ECHO: שיתוף פעולה בין הורים (Partners) ואנשי מקצוע (2 P's).

## חוברת הדרכה

ממוקדת בגורמים משמרי מחלה ותכנון יעדים



## סרטוני וידאו

מומחים על ידי ניסיון מומחים על ידי ידע



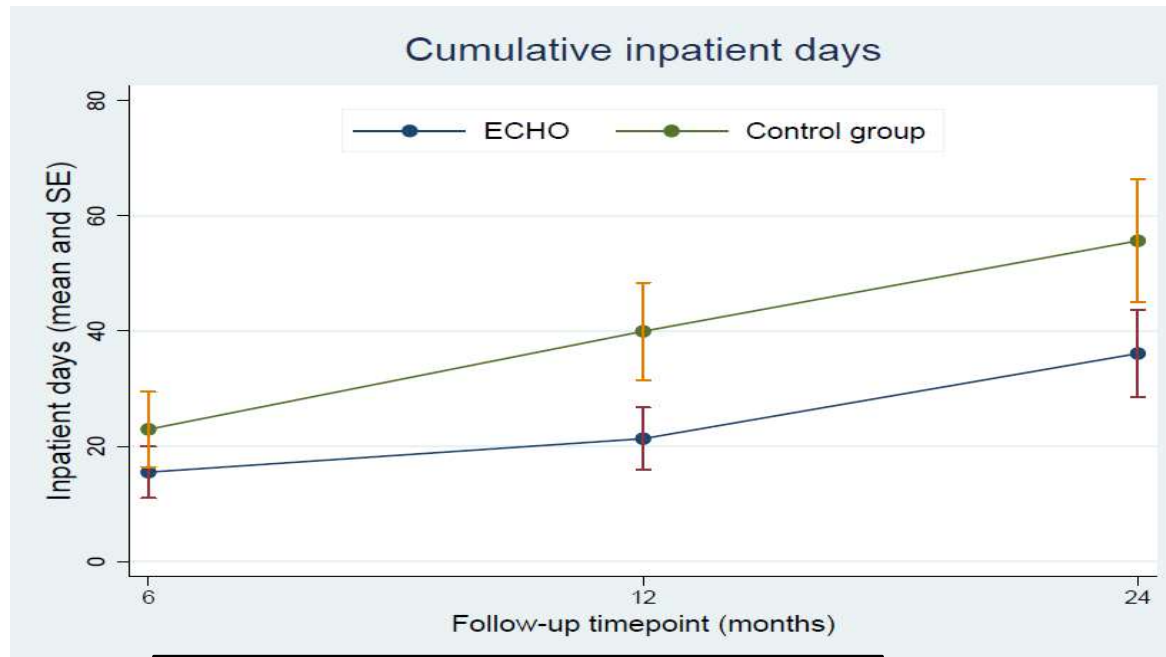
## הדרכה



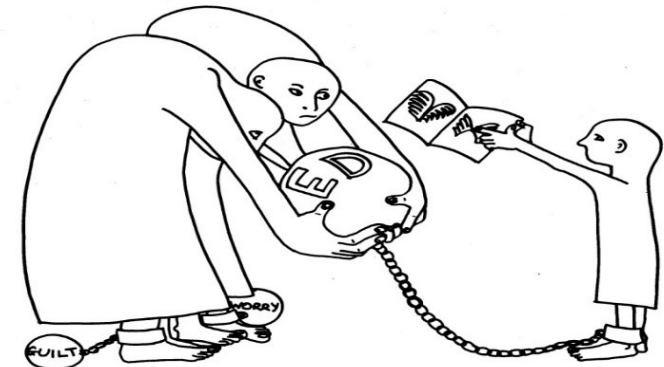
# ECHO ↓ נטל על המטפלים והשירותים

↓ משך האשפוז (148 לעומת 168 ימים)  
↓ שיעור אשפוזים חוזרים (27% vs 32%;  $p=0.04$ )

↓ נטל על המטפלים (ES: 0.5)  
↓ התנהגויות אמוציונאליות (ES: 0.3-0.5)



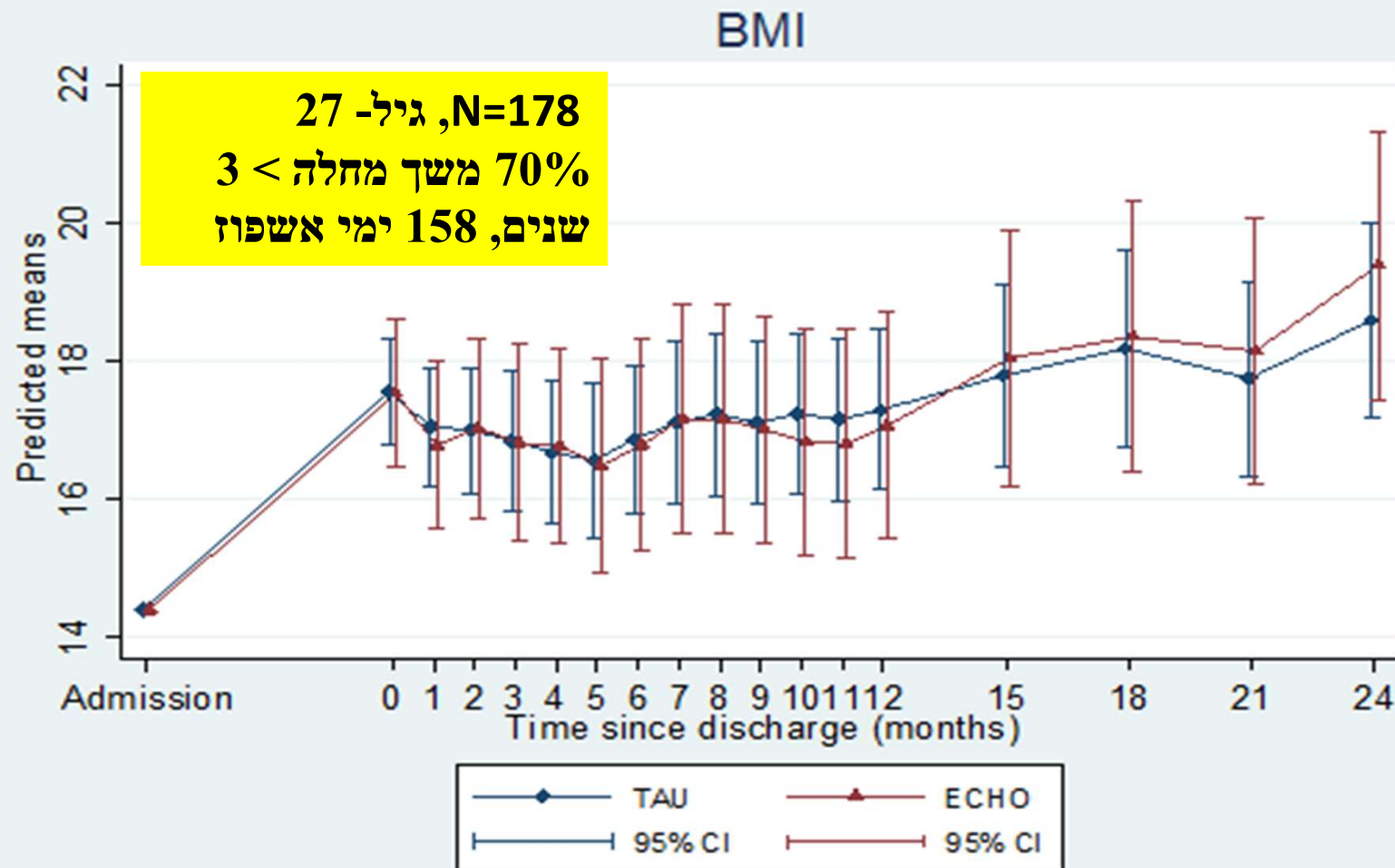
Hibbs et al 2016; Magill et al 2017





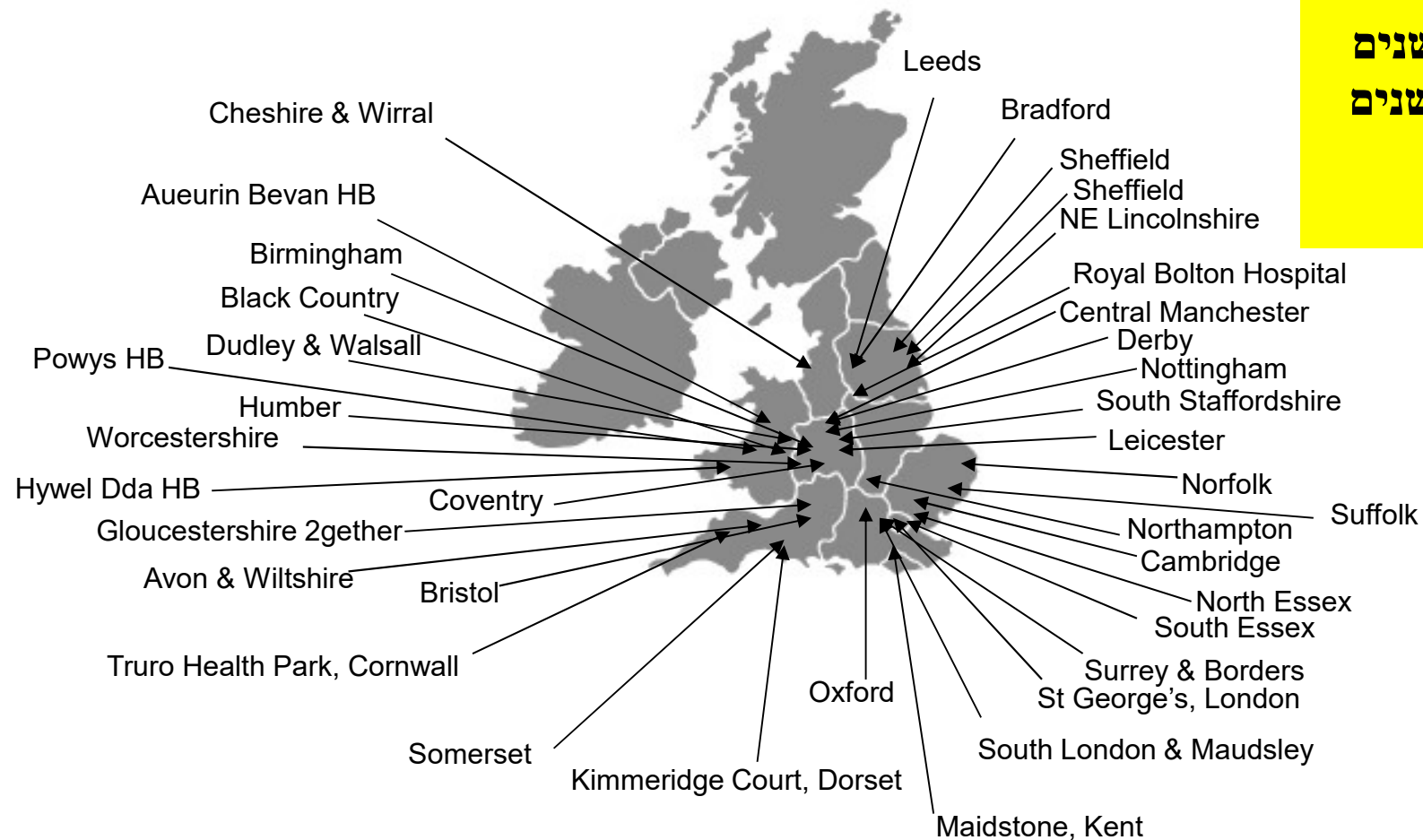
# התערבות ECHO - שנתיים

(Magill et al 2017)



# ניסוי אקראי מבוקר (RCT) רב-מרכזי למטופלי מרפאה מתחת לגיל 21 שנים

38 NHS ED services (17 CAMHS, 13 adult, 8 both)



**N=149**

**גיל 16.5 שנים**

**משך 1.8 שנים**

**BMI 17.1**

## שינוי בהתנהגות של קרובים מטפלים

	ECHO	טיפול כרגיל
זמן טיפול – נקודת ההתחלה	49 (15-100)	51 (19-132)
זמן טיפול – 12 חודשים	<b>12 (2-47)*</b>	19 (3.3-90)
מיומנויות טיפול – נקודת ההתחלה	176 (36)	179 (35)
מיומנויות טיפול – 12 חודשים	<b>195 (38)*</b>	189 (40)
התאמה ואפשר – נקודת ההתחלה	50 (21)	49 (22)
התאמה ואפשר – 12 חודשים	42 (21)	49 (24)

# מספר אשפוזים בבתי חולים

קבוצת מטופלים/קרובים מטופלים	6 חודשים	12 חודשים
ECHO	12%	9%
TAU (טיפול כרגיל)	16%	8%

# ECHO והישגי המטופל

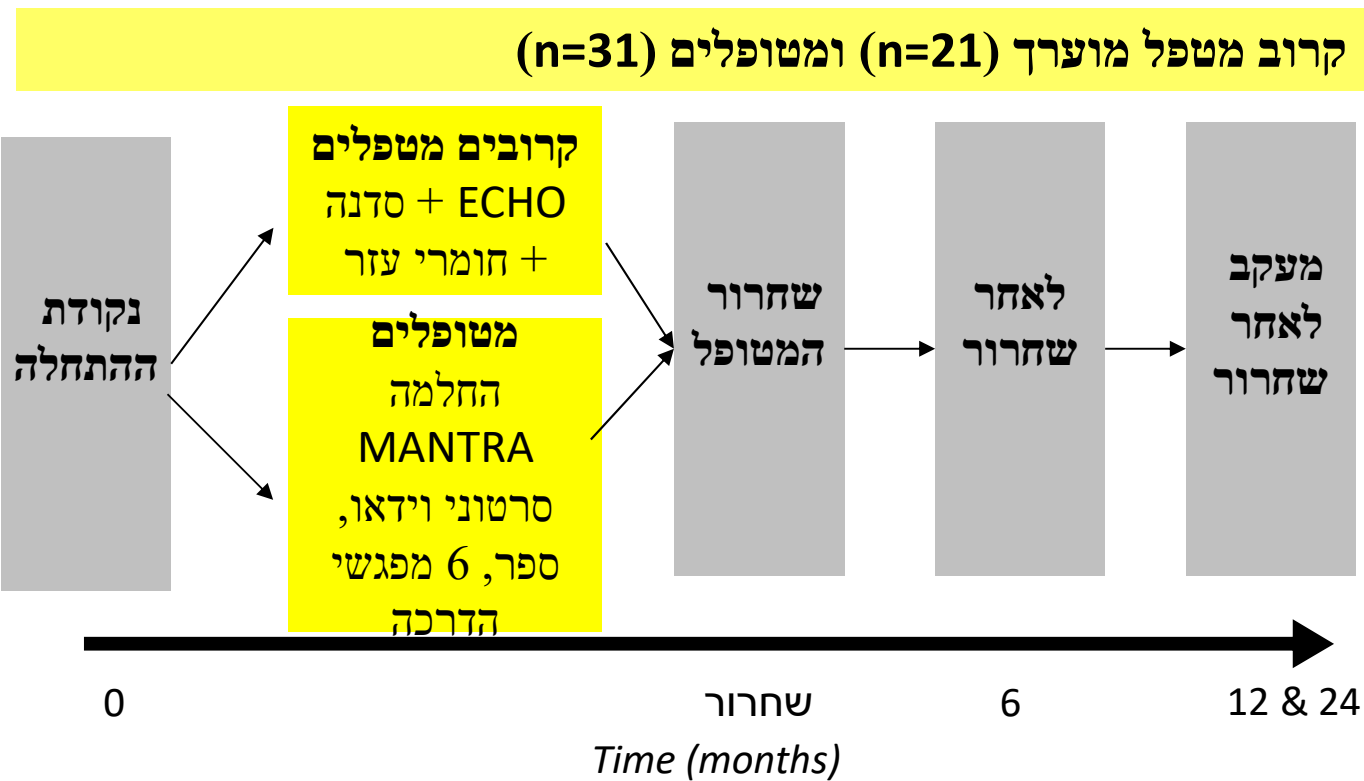
בעיות עמיתים		
	ECHO	TAU
Baseline	3.1 (2.3)	2.8 (2.2)
12months	<b>2.2 (1.8)*</b>	2.8 (2.2)

בקבוצת ECHO היו פחות בעיות עמיתים

התנהגויות פרו-סוציאליות		
	ECHO	TAU
Baseline	7.0 (2.3)	7.5 (2.1)
12months	<b>7.6 (2.0)*</b>	6.8 (2.2)

בקבוצת ECHO היה מספר גבוה יותר של התנהגויות פרו-סוציאליות

האם MANTRA ECHO משפר את המעבר מטיפול במסגרת אשפוזית עבור מטופלים עם אנורקסיה נרבוזה קשה וממושכת?  
מחקר המבוסס על סדרת מקרים.



Adamson et al., 2018

BMI = 13.7 (1.4); גיל 24 (16-49); משך 7.6 (1-32)

# ECHOMANTRA תרומה ל-NHS מבלי להכביד על הקרובים המטפלים

- משך האשפוז ↓ ב-4.5 שבועות
- עליית משקל ↑ ב-0.11 ק"ג/שבוע

**חסכון פוטנציאלי של 180  
מיליון פאונד בשנה**

(Adamson et al 2019, Int Rev Psych)

"הרגשתי שאני מהווה פחות נטל לאחר  
שבן הזוג שלי עבר את  
".ECHOMANTRA

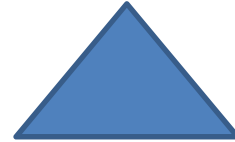
"זו הייתה נקודת מפנה עבורנו בהחלמה  
שלי. זו הייתה הפעם הראשונה  
שהוצעה לנו תמיכה כזוג ושנינו נכללנו  
בטיפול שלי. אנו מרגישים שזה היה  
צעד חיוני בדרך להחלמה שלי."

# מסקנות

- בידוד הוא בעיה מרכזית בקרב המתמודדים עם אנורקסיה נרבוזה ומשפחותיהם, ומהווה אחד מגורמי המפתח המשמרים את המחלה, על פי המודל הקוגניטיבי בין-אישי.
- ניתן לשנות בידוד באמצעות שיפור החיבורים החברתיים.
- שיתוף פעולה עם קרובים מטפלים הוא חלק מתהליך זה.
- גישה זו יכולה להפוך את השירותים למשתלמים יותר.



# לקחים מרכזיים ליישום



---

טיפול שיתופי כולל  
משולש טיפולי

---

הטיפול מעצים אנשים באמצעות  
הפצת מידע ושיתוף במיומנויות

---

הטיפול כולל תמיכה בקרובים מטפלים לבניית חוסן  
נפשי, מתן ידע אודות המחלה ומיומנויות תקשורת,  
המאפשרים להם להגיב באופן שונה למחלה

# קשר חברתי למעבר

## ECHO

### התערבות לאופטימיזציה של תפקיד התמיכה של קרובים מטפלים

## ECHOMANTRA

### התערבויות מעורבות למטופלים ולקרובים מטפלים

**Cognitive interpersonal maintenance model of eating disorders: intervention for carers**  
DIGNA COHEN, MICHELLE MCGILL, ANNE ROSA, ANITA, URSULA NUNZIATI, SONIA LONDA, ANITA ROSA, SONIA LONDA

**Background:** Eating disorders (ED) are chronic mental health conditions that affect 1% of the population. They are associated with high rates of morbidity and mortality, and are often comorbid with other mental health conditions. The impact of ED on the lives of individuals and their families is significant. This study aims to evaluate the effectiveness of a cognitive interpersonal maintenance model of eating disorders intervention for carers.

**Methods:** A pragmatic randomised controlled trial was conducted. The intervention group received a 12-week cognitive interpersonal maintenance model of eating disorders intervention for carers. The control group received a waitlist control. The primary outcome was the change in carers' mental health outcomes, measured using the Carer Distress Scale (CDS). Secondary outcomes included carers' knowledge of the disorder, their coping strategies, and their satisfaction with the intervention.

**Results:** The intervention group showed significantly greater improvements in CDS scores compared to the control group. There were also significant improvements in carers' knowledge of the disorder, their coping strategies, and their satisfaction with the intervention.

**Conclusion:** The cognitive interpersonal maintenance model of eating disorders intervention for carers is an effective intervention for improving carers' mental health outcomes. It also improves carers' knowledge of the disorder, their coping strategies, and their satisfaction with the intervention.

**Clinical effectiveness of a skills training intervention for caregivers in improving patient and caregiver health following in-patient treatment for severe anorexia nervosa: pragmatic randomised controlled trial**  
Natalie Knight, Charlotte Hild, Rebecca Hild, Elizabeth Godwin, Pamela Moxness, Jane Arnold, John Morgan, Jennifer Beesley, Ulrike Schmidt, Louise Lindner, Janet Treasure

**Background:** Severe anorexia nervosa (AN) is a life-threatening eating disorder with high rates of morbidity and mortality. It is often associated with significant physical and psychological comorbidities. This study aims to evaluate the clinical effectiveness of a skills training intervention for caregivers in improving patient and caregiver health following in-patient treatment for severe AN.

**Methods:** A pragmatic randomised controlled trial was conducted. The intervention group received a 12-week skills training intervention for caregivers. The control group received a waitlist control. The primary outcome was the change in patient health outcomes, measured using the Eating Disorder Examination (EDE). Secondary outcomes included caregiver health outcomes, patient satisfaction, and caregiver satisfaction.

**Results:** The intervention group showed significantly greater improvements in EDE scores compared to the control group. There were also significant improvements in caregiver health outcomes, patient satisfaction, and caregiver satisfaction.

**Conclusion:** The skills training intervention for caregivers is an effective intervention for improving patient and caregiver health following in-patient treatment for severe AN. It also improves caregiver health outcomes, patient satisfaction, and caregiver satisfaction.

**Two-year Follow-up of a Pragmatic Randomised Controlled Trial Examining the Effect of Adding a Carer's Skill Training Intervention in Inpatients with Anorexia Nervosa**  
Natalie Knight, Charlotte Hild, Rebecca Hild, Elizabeth Godwin, Pamela Moxness, Jane Arnold, John Morgan, Jennifer Beesley, Ulrike Schmidt, Louise Lindner, Janet Treasure

**Background:** This study reports the two-year follow-up of a pragmatic randomised controlled trial examining the effect of adding a carer's skill training intervention in inpatients with AN. The primary outcome was the change in patient health outcomes, measured using the EDE. Secondary outcomes included caregiver health outcomes, patient satisfaction, and caregiver satisfaction.

**Methods:** The intervention group received a 12-week skills training intervention for caregivers. The control group received a waitlist control. The primary outcome was the change in patient health outcomes, measured using the EDE. Secondary outcomes included caregiver health outcomes, patient satisfaction, and caregiver satisfaction.

**Results:** The intervention group showed significantly greater improvements in EDE scores compared to the control group. There were also significant improvements in caregiver health outcomes, patient satisfaction, and caregiver satisfaction.

**Conclusion:** The skills training intervention for caregivers is an effective intervention for improving patient and caregiver health following in-patient treatment for severe AN. It also improves caregiver health outcomes, patient satisfaction, and caregiver satisfaction.

**Self-Help And Recovery guide for Eating Disorders (SHARED): study protocol for a randomized controlled trial**  
Valerie Kitchin, Caroline Fairhead, Ross Cooze, Jennifer Mackintosh, Gill Todd, Anthony Paul, Sara Miles, Ulrike Schmidt, and Janet Treasure

**Background:** Eating disorders (ED) are chronic mental health conditions that affect 1% of the population. They are associated with high rates of morbidity and mortality, and are often comorbid with other mental health conditions. This study aims to evaluate the effectiveness of a self-help and recovery guide for eating disorders.

**Methods:** A pragmatic randomised controlled trial was conducted. The intervention group received a self-help and recovery guide for eating disorders. The control group received a waitlist control. The primary outcome was the change in patient health outcomes, measured using the EDE. Secondary outcomes included patient satisfaction and recovery.

**Results:** The intervention group showed significantly greater improvements in EDE scores compared to the control group. There were also significant improvements in patient satisfaction and recovery.

**Conclusion:** The self-help and recovery guide for eating disorders is an effective intervention for improving patient health outcomes, patient satisfaction, and recovery.

**Transition Care in Anorexia Nervosa Through Guidance Online from Peer and Carer Expertise (FRANGLE) Study Protocol for a Randomised Controlled Trial**  
Valerie Kitchin, Caroline Fairhead, Ross Cooze, Jennifer Mackintosh, Gill Todd, Anthony Paul, Sara Miles, Ulrike Schmidt, and Janet Treasure

**Background:** Anorexia nervosa (AN) is a life-threatening eating disorder with high rates of morbidity and mortality. It is often associated with significant physical and psychological comorbidities. This study aims to evaluate the effectiveness of transition care in AN through guidance online from peer and carer expertise.

**Methods:** A pragmatic randomised controlled trial was conducted. The intervention group received transition care in AN through guidance online from peer and carer expertise. The control group received a waitlist control. The primary outcome was the change in patient health outcomes, measured using the EDE. Secondary outcomes included patient satisfaction and recovery.

**Results:** The intervention group showed significantly greater improvements in EDE scores compared to the control group. There were also significant improvements in patient satisfaction and recovery.

**Conclusion:** Transition care in AN through guidance online from peer and carer expertise is an effective intervention for improving patient health outcomes, patient satisfaction, and recovery.

**Research Article**  
**Transition Care in Anorexia Nervosa Through Guidance Online from Peer and Carer Expertise (FRANGLE) Study Protocol for a Randomised Controlled Trial**  
Valerie Kitchin, Caroline Fairhead, Ross Cooze, Jennifer Mackintosh, Gill Todd, Anthony Paul, Sara Miles, Ulrike Schmidt, and Janet Treasure

**Background:** Anorexia nervosa (AN) is a life-threatening eating disorder with high rates of morbidity and mortality. It is often associated with significant physical and psychological comorbidities. This study aims to evaluate the effectiveness of transition care in AN through guidance online from peer and carer expertise.

**Methods:** A pragmatic randomised controlled trial was conducted. The intervention group received transition care in AN through guidance online from peer and carer expertise. The control group received a waitlist control. The primary outcome was the change in patient health outcomes, measured using the EDE. Secondary outcomes included patient satisfaction and recovery.

**Results:** The intervention group showed significantly greater improvements in EDE scores compared to the control group. There were also significant improvements in patient satisfaction and recovery.

**Conclusion:** Transition care in AN through guidance online from peer and carer expertise is an effective intervention for improving patient health outcomes, patient satisfaction, and recovery.

# רשימת מקורות לראיות התומכות בטיפול משותף

- 1 Hibbs, R. *et al.* Clinical effectiveness of a skills training intervention for caregivers in improving patient and caregiver health following in-patient treatment for severe anorexia nervosa: pragmatic randomised controlled trial. *BJPsych Open* **1**, 56-66, doi:10.1192/bjpo.bp.115.000273 (2015).
- 2 Hibbs, R., Rhind, C., Leppanen, J. & Treasure, J. Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: A meta-analysis. *Int J Eat Disord* **48**, 349-361, doi:10.1002/eat.22298 (2015).
- 3 Magill, N. *et al.* Two-year Follow-up of a Pragmatic Randomised Controlled Trial Examining the Effect of Adding a Carer's Skill Training Intervention in Inpatients with Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev* **24**, 122-130, doi:10.1002/erv.2422 (2016).
- 4 Hodsoll, J. *et al.* A Pilot, Multicentre Pragmatic Randomised Trial to Explore the Impact of Carer Skills Training on Carer and Patient Behaviours: Testing the Cognitive Interpersonal Model in Adolescent Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, doi:10.1002/erv.2540 (2017).
-

# סרטוני וידאו של ג'ני לנגלי

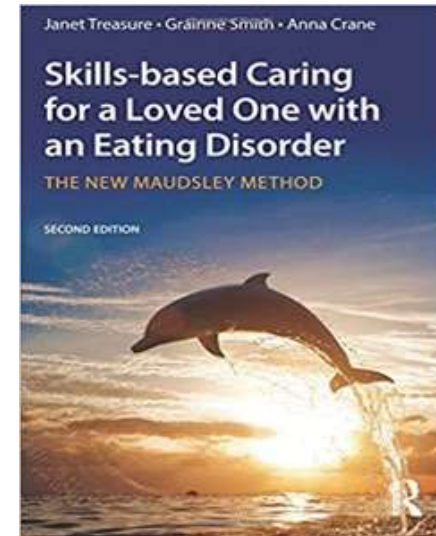
• [www.youtube.com/watch?v=S6YMdosgAkE](http://www.youtube.com/watch?v=S6YMdosgAkE)

• תרגול 1.5 במדריך ההכשרה - סרגל המוכנות לקרובים מטפלים.



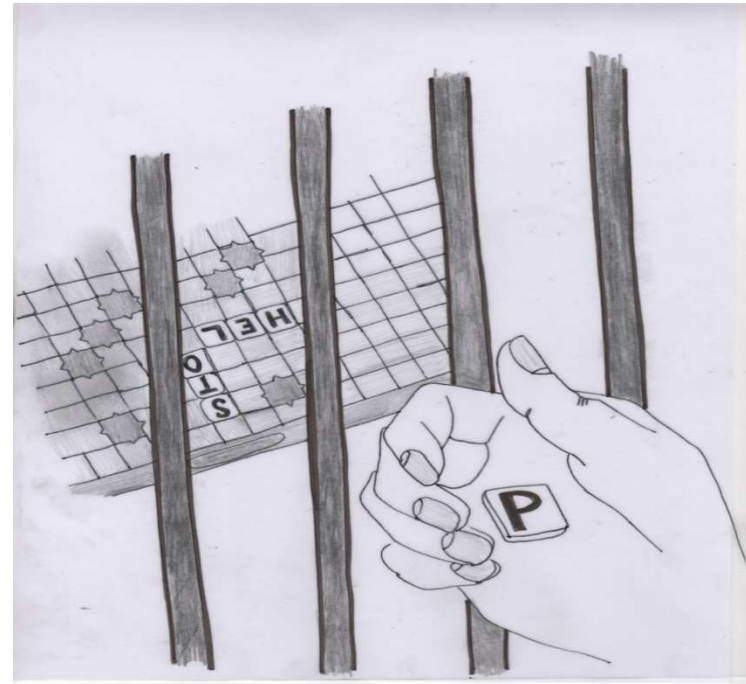
# מטופלים, הורים, בני-זוג, עמיתים, ציבור ואנשי מקצוע

**TRIANGLE  
PLATFORM**  
Chat workshops  
Information



# ECHOMANTRA: שיתוף פעולה של הורים (בני זוג, עמיתים) מטופלים ואנשי מקצוע (3 P's)

- משאבים דיגיטליים משותפים שהופקו יחד על ידי 3 ה-P's (הורים, מטופלים ואנשי מקצוע).
- שיתוף אנונימי של עמיתים ומטופלים/קרובים מטפלים וסדנאות/קבוצות בהנחייתם של בוגרי פסיכולוגיה.



(Adamson et al 2019, Int Rev Psych)

# שיפורים להורים ולבני-זוג



זה נתן לי **תקווה ומיקוד**. אני יכול לראות שינוי חיובי כשאני הולך לצד בתי. אני דוחף אותה לכיוון הנכון, כמו מטאפורת הדולפין. למדתי לאתגר התנהגויות אנורקטיות מסוימות.



- ↓ נטל על הקרובים המטפלים (ES: 0.5)
- ↓ התנהגויות רגשיות (ES: 0.3-0.5)

# שיפורים למטופלים



זו הייתה נקודת מפנה בתהליך ההחלמה שלי.  
זו הייתה הפעם הראשונה שהוצעה לנו תמיכה  
כזוג ושכללו את שנינו בטיפול שלי.

ההתמקדות אינה במשקל ובאוכל בלבד. מספקים לך  
מיומנויות להתמודדות עם היבטים שונים של  
החיים, עם שובך לחיים.





# שיפורים ברמה הציבורית



## ↓ משך האשפוז

1. הפחתה ↓ 20 ימים = 168 לעומת 1.148
2. הפחתה ↓ 29 ימים = 111 לעומת 88

## ↓ אשפוזים חוזרים

1. ↓ 500 ימים = 32% לעומת 27% ( $p=0.04$ )
2. ↓ 400 ימים = 16% NS לעומת 12%

## ↓ רשימות המתנה

חסכון במערכת הבריאות הלאומית  
:(NHS)

↓ LOS (£10,000-14,500/case)

↓ Rescue (£2000-2,500/case)