

“מניעה וחישוב מסלול מחדש בטיפול בהפרעות אכילה”

יום העיון השנתי של העמותה הישראלית למניעה, לטיפול ולמחקר בהפרעות אכילה

מכון וינגייט

תוכנית יום העיון – יום ד', ה-8.23

חלק I – יום עיון מקצועי	
פעילות	שעה
התכנסות ורישום – כיבוד קל	08:35-08:00
ברכות ודברי פתיחה – ד"ר מיכל חסון רוזנשטיין, יו"ר העמותה	09:00-08:35
הרצאת מליאה – פרופ' אריק סטייס (*ההרצאה תתקיים באנגלית) “The Evidence Base for the Body Project Eating Disorder Prevention Program”	10:30-09:00
הפסקה	11:00-10:30
מושבים מקבילים – סבב א' (פירוט מטה)	12:30-11:00
הפסקת צהריים: תוגש ארוחה	13:30-12:30
מושבים מקבילים – סבב ב' (פירוט מטה)	15:00-13:30
ישיבת מליאה שנתית של חברי העמותה; הצגת הפעילות השנתית, חילופי ממלאי תפקידים בוועד העמותה.	16:00-15:00
חלק II – יום עיון משותף לאנשי מקצוע, למתמודדות. יום ולמשפחות	
פעילות	שעה
רישום משפחות ומתמודדות. יום	16:15-15:45
ברכות והרצאה בנושא הגל השלישי בפסיכותרפיה בטיפול בהפרעות אכילה – ד"ר מיכל חסון רוזנשטיין, פסיכולוגית קלינית מומחית, יו"ר העמותה	16:55-16:15
הצגה – טאל לוי כהן, MA, אומנית, יוצרת, מופיעה ומטפלת בהבעה וביצירה. הצגת יחידה מקורית בז'אנר התיאטרון-מחול, שמתארת תהליך שעברה נערה-אישה רקדנית בהתמודדותה עם הפרעת אכילה מסוג בולימיה.	17:30-16:55
שולחנות עגולים (פירוט מטה)	18:40-17:40

- התוכנית נתונה לשינויים, טל"ח.
- חנייה חינם (קבלת תו חנייה ליציאה בעמדת הרישום).

הרשמה בלינק

<https://www.iaed.org.il/conference>

חלק ו – יום עיון מקצועי

מושבים מקבילים סבב א' (11:00-12:30)

מושב מקביל 1

הפרעות אכילה: מסיכון לטיפול (הצגות מחקר)

המושב יתקיים בשפה האנגלית

יו"ר: פרופ' שירי שדה שרביט

11:00-11:20

"היעילות של תכנית עזרה עצמית דיגיטלית להפרעות אכילה: השוואה של עזרה עצמית מודרכת לעומת אוטומטית."

פרופ' שירי שדה שרביט (1,2), גב' מאי בכר קובי (1,3), פרופ' דניס וילפלי (4), פרופ' קורונה ג'קובי (5), פרופ' בר טיילור (2,6)

(1) בית ספר ברוך איבצ'ר לפסיכולוגיה, אוניברסיטת רייכמן, הרצליה, ישראל. (2) אוניברסיטת פאלו אלטו, פאלו אלטו, קליפורניה, ארה"ב. (3) המרכז לבריאות הנפש שלוותה, שירותי בריאות כללית, הוד השרון, ישראל. (4) בית הספר לרפואה, אוניברסיטת וושינגטון, סיינט לואיס, מיזורי, ארה"ב. (5) אוניברסיטת דרזדן, גרמניה. (6) בית הספר לרפואה, אוניברסיטת סטנפורד, פאלו אלטו, קליפורניה, ארה"ב.

תקציר

רקע: לאור הפער הגדול בין הצורך בהתערבויות מבוססות ראיות, נגישות וחסכוניות עבור הפרעות אכילה לבין החסר העצום באנשי מקצוע מיומנים, כלים דיגיטליים עשויים לסייע בהפחתת סימפטומים אצל אלו הממתינים לטיפול. המחקר בדק האם תוכנית דיגיטלית לעזרה עצמית תראה היתכנות, קבילות ויעילות בנשים ישראליות עם הפרעות אכילה, בהשוואה לטיפול המקובל, וכן האם תוכנית דיגיטלית לעזרה עצמית מודרכת עדיפה על עזרה עצמית אוטומטית.

שיטה: בניסוי אקראי מבוקר זה השתתפו 667 נשים עם הפרעות אכילה (למעט אנורקסיה נרבוזה) אשר הוקצו אקראית לעזרה עצמית מודרכת, עזרה עצמית אוטומטית והפנייה לטיפול בקהילה. שתי הקבוצות הראשונות קיבלו את תוכנית everyBody, התערבות דיגיטלית לנשים עם הפרעות אכילה. everyBody מורכבת מ-21 סשנים דיגיטליים הכוללים תכנים פסיכוכימיקים, ניטור עצמי, לימוד מיומנויות ועבודה עצמית בין הסשנים. המנטוריות בתוכנית המודרכת היו סטודנטיות לתואר שני בפסיכולוגיה. המשתתפות מילאו שאלונים בתחילת התוכנית ובמעקב של חודשיים ו-6 חודשים.

תוצאות: מתוך 5,576 נשים שעמדו בקריטריונים של הפרעות אכילה, 12% (667) הסכימו להשתתף במחקר. מתוכן, כ-71.5% פתחו חשבון בפלטפורמה הדיגיטלית. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצות המחקר. כ-10% מהמשתתפות דיווחו שהן כבר נמצאות בטיפול בהפרעת האכילה שלהן, ורק 20% מביניהן היו מרוצות מהטיפול שקיבלו. המשתתפות הביעו ציפיות נמוכות מהתוכנית הדיגיטלית. ממצאי המחקר הצביעו על כך שגודל האפקט של השפעת התוכנית הדיגיטלית המודרכת והאוטומטית לאחר 6 חודשים היתה $d = 0.56$ ו- $d = 0.75$, בהתאמה. גודל

האפקט עבור תסמיני דיכאון וחרדה נע בין $d = 0.19-0.50$ עבור קבוצות הטיפול. בקבוצת הביקורת לא נמצאה ירידה משמעותית בתסמינים, אם בכלל.

מסקנות: ממצאי המחקר מציעים כי התערבות דיגיטלית יכולה לשפר תסמיני הפרעות אכילה, דיכאון וחרדה, גם כשהיא כוללת הדרכה מודרכת.

11:20-11:40

“הפרעות בדפוסי אכילה, קשיים של הורים בהאכלה, ומאפיינים רגשיים והתנהגותיים בילדים עם הפרעת אכילה נמנעת מצמצמת (ARFID) של גיל הילדות.”

ד"ר שרון עירון שגב (1), גב' דניאל בסט (1), גב' שני ארד- רובינשטיין (2), ד"ר מרטין עפרון (2), ד"ר יפה סרור (2), גב' הדר דיקשטיין (2) פרופ' דניאל שטיין (2,3).

(1) בית הספר למדעי התזונה, הפקולטה לחקלאות, מזון ואיכות הסביבה ע"ש רוברט ה' סמית, האוניברסיטה העברית. (2) מחלקה פסיכוסומטית לילדים, בית חולים לילדים ע"ש אדמונד ולילי ספרא, מרכז רפואי ע"ש שיבא, תל השומר. (3) פקולטה לרפואה ש"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב.

Abstract

Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) is a relatively new diagnostic category. We sought to determine whether the Stanford Feeding Questionnaire (SFQ), an instrument for assessing picky eating, can differentiate children with ARFID from control children, and whether children with ARFID would show more non-feeding/eating emotional problems than controls. Fifty children with ARFID were compared to 98 controls. Parents completed the SFQ, Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED), Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), and Sensory Responsiveness Questionnaire (SRQ). Twelve items within the SFQ represented the child problematic eating-related behaviors (SFQ-ARFID Scale), and another 15 items represented parental feeding problems (SFQ-PFP Scale). These two subscales underwent validation for use as screening tools to identify the severity of the children's eating behaviors (the SFQ-ARFID Scale) and the degree of parental feeding problems (the SFQ-PFP Scale). The results showed that the SFQ-ARFID and SFQ-PFP Scale scores were significantly higher in children with ARFID vs. controls. Children with ARFID demonstrated higher SDQ-Total-Difficulties, higher SDQ-Internalizing-Difficulties and lower SRQ-Hedonic scores compared with controls. Of all parameters, the SFQ-ARFID Scale best differentiated children with ARFID from control children (area under receiver operating characteristics curve = 0.939, 95% CI, 0.895–0.983, $p < 0.001$). These findings suggest, based on parental report, that there are more eating-related problems and emotional disturbances in children with ARFID vs. controls, alongside increased parental feeding problems. Further research is required to determine whether the SFQ-ARFID Scale may serve as an effective screening tool for the identification of ARFID.

11:40-12:00

"האם ניתן להפנים את אידאל הרזון מבלי להיות חשופים למבני גוף? מחקר על העדפה סמויה של רזון בקרב נשים עיוורות מלידה."

פרופ' נועם ויינברך (1), גב' סאשי גובייר (2), פרופ' אריק סטייס (2)

(1) בית הספר למדעי הפסיכולוגיה, אוניברסיטת חיפה, (2) המחלקה לפסיכיאטריה ומדעי ההתנהגות, אוניברסיטת סטנפורד.

Abstract

Endorsement of the thin beauty ideal increases risk for future body dissatisfaction and eating disorders among women. Visual-based media is theorized to be a central pathway through which the thin ideal is internalized. This internalization process results in formation of automatic attitudes favoring thin versus overweight people. However, it is often impossible to separate the contribution of visual-based media and other forms of communication in the creation of such attitudes. Using a novel auditory implicit association test, we show that congenitally blind women with no previous exposure to body shapes develop automatic pro-thin and anti-overweight attitudes to the same extent as sighted women. This result replicated in studies conducted in two countries involving a combined total of 62 blind and 80 sighted women. Results suggest that internalization of the thin ideal can occur without visual exposure to images of the thin beauty ideal or visual exposure to one's own body. These results have implications regarding our understanding of how potential risks factors for eating disorders develop.

12:00-12:20

"דיסוציאציה ואבדנות בהפרעות אכילה: גורמים מתווכים וממתנים."

ד"ר יעל לואיס (1,2), ד"ר עדי חנוך-לוי (3), ד"ר עמית ירוסלבסקי (4), פרופ' אליעזר ויצטום (4), פרופ' דניאל שטיין (2,4)

(1) המרכז לטיפול בהפרעות אכילה הדרים כפר סבא, שלוותה, שירותי בריאות כללית, (2) פקולטה לרפואה ש"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב, (3) מחלקה פסיכוסומטית לילדים, בית חולים לילדים ע"ש אדמונד ולילי ספרא, מרכז רפואי ע"ש שיבא, תל השומר, (4) הפקולטה למדעי הרפואה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

Abstract

Background : In patients with eating disorders (EDs), elevated dissociation may increase the risk of suicide. We sought to examine the influence of bodily-related disturbances, depression, anxiety, severity of ED symptoms, body mass index (BMI), and type and duration of the ED on the relationship between elevated dissociation and elevated suicidality in adolescent inpatients with EDs..

Methods : We studied 75 inpatients with anorexia nervosa restricting type, 60 with anorexia nervosa binge/purge type, and 37 with bulimia nervosa. Participants were assessed using self-rating questionnaires assessing dissociation [Perceptual Alteration Scale; PAS]), suicidality [Multi Attitude Suicidal Tendencies Scale (MAST)], bodily-related parameters [Contour Drawing Rating Scale (CDRS), Eating Disorder Inventory-2 Drive for Thinness and Body Dissatisfaction (EDI-2-DT, EDI-2-BD), and Body Investment Scale (BIS)], and severity of ED-related symptomatology [Eating Attitudes Test-26 (EAT-26)] depression [Beck Depression Inventory (BDI)], and anxiety [State (S)-Trait (T) Anxiety Inventory (STAI-S, STAI-T)].

Results : Dissociation and suicidality were directly associated. In addition, depression and anxiety-trait moderated in the mediating role of body image parameters in the association between increased dissociation and increased suicidality. Thus, only in inpatients with increased BDI and STAI-T, body image disturbances (elevated CDRS, EDI-2-DT and EDI-2-BD and decreased BIS scores) were found to mediate in the association between the PAS and MAST. ED-related parameters (EAT-26, BMI, and duration and type of the ED), did not moderate in these relationships.

Conclusion: In inpatients with EDs, increased dissociation may be significantly associated with increased suicidality both directly, and via the intervening influence of body image, depression and anxiety.

מושב מקביל 2

הפרעות אכילה: מטיפול להחלמה (הצגות מחקר)

יו"ר: פרופ' רחל בכנר

11:00-11:20

"התהליך הטיפולי בראי המשקל."

ד"ר עמית גולדשטיין (1), ד"ר עופר חוגרי (2), עדי רוטנברג (1), מיתר מגורי (1), נטע ברקת (1), פרופ' סילבנה פניג (1)

(1) מרכז שניידר לרפואת ילדים, (2) בית ספר ברוך איבצ'ר לפסיכולוגיה אוניברסיטת רייכמן.

תקציר

מבוא: כידוע, התהליך הטיפולי באנורקסיה תובע שינויים בגוף (משקל) בקוגניציה וברגש. המסגרת הטיפולית האשפוזית מכוונת בעיקר לתיקון הגוף, ונדרשת בה גמישות רבה והיענות מותאמת לצרכיו המשתנים במהירות של המטופל. המטפל נדרש להתערבויות טיפוליות הלוקחות בחשבון גורמים סביבתיים, משפטיים, פיזיולוגיים ופסיכולוגיים רבים העשויים להשפיע על הגרף המשקלי והצלחתו מותנת בתגובות אישיות של כל מטופל לגורמים שונים. מטרת המחקר

הינה להדגים כיצד ניתן להבין את התנודתיות במשקל כקשורים קשר הדוק ומשמעותי לתהליכים שהתרחשו במקביל בחיי המטופלת ובטיפול עצמו.

שיטה: במסגרת טיפול במחלקת נוער ייעודית להפרעות אכילה, עקבנו אחר 17 מטופלות מתחילת האשפוז ועד לשחרור מהמחלקה ונטרנו את התנודות במשקל לאורך האשפוז. תנודות אלו נבחנו בצורה נטורליסטית לאורך ציר הזמן למול תהליכים טיפוליים שהתרחשו במקביל. תהליכים אלו כללו: חשיפות לבית ולבית הספר, מתן משקל יעד, מעבר לאשפוז יום, הגעה למשקל יעד, עדכון חוזה טיפולי ושיחה יזומה עם מנהלת המחלקה.

תוצאות: נמצא כי לאחר עדכון חוזה טיפולי ושיחה יזומה עם מנהלת המחלקה, נצפתה עלייה במשקל באופן מובהק. כמו כן, נמצא כי לאחר הגעה למשקל יעד נצפתה ירידה במשקל באופן מובהק. עוד נמצא כי לאחר קבלת משקל יעד ולאחר מעבר לאשפוז יום, לא נמצאה מגמה אחידה בקרב המטופלות.

מסקנות: ממצאים אלו שופכים אור על תהליכים טיפוליים שעשויים להשפיע רבות על התנודתיות במשקל בתוך מסגרת אשפוזית. יתר על כן, הממצאים שנמצאו במחקר זה תומכים בהתאמת הטיפול באופן אישי לכל מטופל (Personalized medicine) יש להמשיך ולהעמיק בערך הטיפולי והמחקרי של הכלי בזיהוי ומיפוי גורמים המשפיעים על הטיפול בהפרעות אכילה.

11:20-11:40

"תפיסת עצמי בקרב נערות עם הפרעת אכילה, מחקר השוואתי."

ד"ר מריאנה סוקולוב (1,2), פרופ' שטיין דניאל (1)

(1) המערך להפרעות אכילה לילדים, ביה"ח ספרא, תל השומר, (2) המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן.

תקציר

הפרעות אכילה נחשבות לאחת מההפרעות הנפוצות בעולם המודרני ולאחת הבעיות הקשות לטיפול בקרב מתבגרים. מדובר בהפרעות ממושכות, כאשר גם בהינתן טיפול מתאים, קרוב לרבע מהחולות, אינן מחלימות וממשיכות לסבול מסימפטומים ארוכי-טווח של ההפרעה במהלך חייהן.

גורמים פסיכולוגיים רבים נמצאו קשורים לקיום הפרעת אכילה. מחקרים על חולות מבוגרות הראו כי חולות בהפרעות אכילה מתאפיינות ביחס שלילי ורגשות שליליים כלפי עצמן ושלרגשות אלו תפקיד משמעותי הן בסיכון לחלות בהפרעה והן בהשפעה על תוצאות הטיפול בה.

עם זאת, יש מעט נתונים לגבי היחס לעצמי, והשפעתו על התפתחות הפרעות אכילה בקרב מתבגרות, כמו גם על מידת יציבותו של היחס לעצמי לאורך זמן.

מודל מבני לניתוח ההתנהגות ה- SASB – Structural Analysis of Social Behavior הינו מודל פסיכולוגי המבוסס על תיאוריות יחסי אובייקט, ובהתאם לתיאוריות אלו, מותח קשר ישיר בין היחסים המופנמים של האדם עם דמויות משמעותיות בילדותו לבין התבוננויות שלו על עצמו בבגרותו.

בעזרת מודל זה, המחקר הנוכחי בדק את תפיסת העצמי ותפיסת האובייקטים ההורים בקרב חולות צעירות באנורקסיה.

במחקר הועברו שאלונים המודדים את תפיסת העצמי והאובייקט ההורי, כמו גם שאלונים המודדים את עוצמת הפרעת האכילה ועוצמת המצוקה הרגשית, ל-30 חולות צעירות באנורקסיה, שאושפזו במחלקה להפרעות אכילה, בתחילת האשפוז ובסופו, וכן ל-30 נערות בקבוצת ביקורת. ממצאי המחקר הראו כי חולות צעירות מאופיינות בתפיסה עצמית שלילית בהשוואה לבדקות הביקורת. תפיסה עצמית שלילית זו נמצאה קשורה בתפיסת יחס שלילי של האובייקטים ההורים כלפי הנערה. בפרט, שליטת יתר, האשמה, התקפה וכעס של ההורים, נראים כתורמים להתייחסות עצמית שלילית ביותר, הבאה לידי ביטוי בחוסר אהבה עצמית, שליטת יתר, האשמה והתקפה עצמית ובמצוקה רגשית גבוהה אצל הנערות החולות. עם זאת, בשונה מחולות מבוגרות, נמצא שאצל חולות צעירות, התפיסות העצמיות השליליות עדיין אינן מגובשות, כך שניתן לראות שיפור בתפיסה העצמית, כמו גם בסימפטומים של הפרעת האכילה ובמצוקה הרגשית כבר לאחר מספר חודשי אשפוז.

ממצאים אלו תומכים בחשיבות הטיפול באנורקסיה מוקדם ככל שניתן כאשר התפיסות לגבי העצמי עדיין גמישות וסיכויי ההחלמה טובים יותר.

11:40-12:00

"תיקוף שאלון החלמה מהפרעות אכילה (EDRQ) ככלי קליני."

פרופ' רחל בכנר (1,2), גב' מיכל לינצקי (1), ד"ר לילך לב-ארי (1), פרופ' עדה זוהר (1)

(1) תכנית לתואר שני בפסיכולוגיה קלינית, המרכז האקדמי רופין, (2) בית הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית.

תקציר:

רקע: חוקרים שונים בתחום מגדירים החלמה מהפרעות אכילה (ה"א) באופן שונה ומשתמשים בהגדרות שונות ובמדדים שונים, דבר אשר מוביל בתורו למסקנות סותרות וחסרות עקביות בתחום. מחקר זה מציע שאלון בעל 28 פריטים, ה-EDRQ (Eating Disorders Recovery Questionnaire) כמדד מבוסס דיווח עצמי להחלמה מה"א.

שיטה: במחקר השתתפו 978 (885 נשים) בני 18-26. ל-174 מהם היתה ה"א בהווה (אנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה, או הפרעת אכילה בולמוסית), ל-105 מהם היתה הפרעה אחרת בהווה או בעבר, ל-104 מהם היתה ה"א בעבר (56 אנורקסיה נרבוזה, 19 בולימיה נרבוזה, 11 הפרעת אכילה בולמוסית, 18 יותר מהפרעה אחת), ול-579 לא היתה היסטוריה של ה"א. המשתתפים מלאו שאלונים שמדדו החלמה מה"א (EDRQ), תסמיני ה"א (EDEQ), חוויה חיובית מהגוף (DKB-35), אפקט חיובי ושלילי (PANAS), תסמיני דיכאון (PHQ-9), שביעות רצון מהחיים (SWLS) ואכילה חיובית (PES).

ממצאים: נמצא ל-EDRQ מהימנות גבוהה ($\alpha=0.91$). ארבעה תתי סולמות זהו באמצעות ניתוח גורמים מגשש ואושרו באמצעות ניתוח גורמים מאשש: היעדר סימפטומים, קבלת העצמי והגוף, חיבור רגשי וחברתי ובריאות גופנית. היו מתאמים מובהקים בינוניים עד גבוהים בין תתי הסולמות לרוב השאלונים האחרים. ציוני ה-PHQ-9, EDEQ והאפקט השלילי (PANAS) היו הגבוהים ביותר בקבוצת המתמודדות עם ה"א בהווה והנמוכים ביותר בקבוצת הביקורת. ציוני ה-

EDRQ, ה-SWLS, ה-DKB-35, ה-PES והאפקט החיובי (PANAS) היו בדפוס של כיווניות הפוכה. למתמודדות בעבר עם ה"א היו ציונים שנפלו באמצע הטווח בין שתי הקבוצות האחרות. המתאים בין ציוני ה-EDRQ ל-EDE-Q היה 0.67, כך שהשאלונים האלה מודדים מושגים דומים אך נפרדים.

מסקנות: ה-EDRQ כלי עם תכונות פסיכומטריות טובות למדידת רמת ההחלמה מה"א השונות בהקשרים קליניים ומחקריים.

12:00-12:20

"אשפוז יום פוסט-אשפוזי למתבגרות עם הפרעות אכילה."

גב' לירון ליטמנוביץ כהן (1,2), ד"ר רוני הלוי יוסף (1), ד"ר טל שלטון (1), ד"ר עדי חנוך-לוי (1), פרופ' דניאל שטיין (1,3)

(1) מחלקה פסיכוסומטית לילדים, בית חולים לילדים ע"ש אדמונד ולילי ספרא, מרכז רפואי ע"ש שיבא, תל השומר, (2) המרכז לטיפול בהפרעות אכילה הדרים כפר סבא, שלוותה, שירותי בריאות כללית, (3) פקולטה לרפואה ש"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב.

Abstract

Background: The implementation of daycare vs., or following, inpatient treatment for the management of patients with EDs bears critical therapeutic and financial concerns

Aim: To examine the efficacy of post-hospitalization daycare for adolescents hospitalized with an ED.

Methods: We assessed 61 female adolescents hospitalized with an ED. Thirty-seven continued with a daycare program for at least five months, whereas 24 did not. The patients' condition at one-year follow-up was evaluated using physiological parameters (body mass index [BMI], menstruation) and self-rating questionnaires assessing ED-related symptoms, body-related attitudes, depression and anxiety. Social functioning was assessed using open-ended questions. One-year ED outcome was evaluated using Strober's criteria, with a standardized interview. To be remitted from an ED, patients had to maintain a stable weight, to have regular menstrual cycles, and not to engage in bingeing, purging and restricting behaviors for at least 8 consecutive weeks before their assessment.

Results: A good 1-year outcome from an ED was achieved using a single criterion: BMI, menstruation, ED-symptoms, or body-related attitudes, regardless of the completion of daycare program. By contrast, when using the more comprehensive Strober's criteria, less than 25% of former inpatients not completing daycare achieved remission, vs. almost 50% of the completers. Around two thirds of patients of both groups had depression and anxiety at follow-up, and only 50% showed good post-discharge social functioning.

Conclusion: Completion of post-hospitalization daycare may improve the short-term ED-related outcome of former ED inpatients, whereas more focus should be attributed to the management of comorbid psychopathology and social functioning.

מושב מקביל 3

חידושים בטיפול בהפרעות אכילה

יו"ר: ד"ר עינת צוברי

11:00-11:20

"הכי טוב שיש' - תוכנית קצרה להתערבות במשבר- הפרעות אכילה."

גב' מירי כדורי, ד"ר נטע יואלי, ד"ר אילה אורי

המרכז לבריאות הנפש לילד ולמתבגר, מרפאת ילד ונוער, המרכז הרפואי זיו, צפת.

תקציר

התפרצות הקורונה בעולם, שהובילה לשינוי אורחות חיים כמו לדוגמה בידוד חברתי, למידה מרחוק, סגר ממושך ועוד, גרמה כפי שכבר נחקר וידוע לעליה בתחלואה הנפשית של בני נוער. בתחילת שנת 2021 עם חזרה לשגרת חיים לצד הקורונה, עלה מספר הפניות של בני הנוער (בעיקר נערות) עם סימפטומים של הפרעות אכילה בדרגות חומרה שונות. המערך לטיפול בהפרעות אכילה לא הצליח לספק את הדרישה שעלתה מהשטח. תורי המתנה לטיפול התארכו עד לכ- שמונה חודשים.

בחיפוש אחר מתן מענה בזמן המתנה לטיפול, נבנה מודל התערבות ייחודי שהתבסס על מסקנות מאמר שהתפרסם ב(2020 v.11) Front Psychiatry וכותרתו:

" A Brief Modified Family-Based Treatment Interven for Youth With Mild Eating Disorders: A Case Series (2020)." .

הפרוטוקול המתואר במאמר הוא מודיפיקציה של FBT שבו 5 מפגשי הורים שמתקיימים על פני 6 שבועות. המודל כפי שהוצג במאמר הותאם למשאבי כוח האדם והזמינות במרפאתנו. נבנה מודל התערבות שכלל 6 מפגשים עם המטופלות והוריהן. המפגשים כללו קבוצת הורים באוריינטציה פסיכו חינוכית, לזוי דיאטנית ובדיקת רופא. עד עתה התקיימו 5 מחזורים של התוכנית (בכל מחזור 4 נערות).

על פי תוצאות ראשוניות, התוכנית מנעה התדרדרות בזמן המתנה לטיפול וכן הגבירה את מידת שביעות הרצון של ההורים. נערך מחקר רטרוספקטיבי אחרי 4 סבבים של התוכנית, בהן לקחו חלק 16 נערות.

בכנס תוצג תוכנית ההתערבות שנעשתה, ההתאמות שבוצעו, אוכלוסיית המשתתפות והוריהן וכן תוצאות המחקר הרטרוספקטיבי שבוצע.

11:20-11:40

"פסיכותרפיה משולבת פסיכדליה לטיפול באנורקסיה."

מר יואל גולברט

המחלקה לטיפול בהפרעות אכילה, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר.

תקציר

הרצאה זו תכלול סקירה של פרוטוקול המחקר אשר מיועד להתחיל בחודש ינואר בתחום הפסיכותרפיה משולבת MDMA לטיפול באנורקסיה.

תחום הפסיכותרפיה משולבת הפסיכדליה מתפתח בשנים האחרונות ואף זכה להגדרת "טיפול פורץ דרך" על ידי FDA לטיפול ב-MDD ו PTSD. הפרעות אכילה, ואנורקסיה בראשן הינן מצוקות נפשיות קשות אשר גובות מחיר כבד על רווחתם ותפקודם של המתמודדים יחד עם עול כבד על מערכות הבריאות והשיקום. המציאות בשטח אשר משקפת אחוזי נסיגה חוזרת גבוהים, היענות נמוכה לטיפול מציבה את האנורקסיה כאחת המצוקות הפסיכיאטריות המתגרות לטיפול ומכאן הצורך הבהול במציאת גישות טיפוליות בטוחות ואפקטיביות.

היות ואנורקסיה הינה פסיכופתולוגיה עם שיעורי תחלואה כפולה גבוהים עם MDD ו PTSD, בהן תחום המחקר מציג תוצאות מבטיחות, מהווה בסיס איתן לרציונאל מחקרי שמטרתו לבחון את האפקטיביות האפשרית והבטיחות שטיפול מסוג זה יקנה למטופלות המאובחנות עם אנורקסיה.

פסיכותרפיה משולבת פסיכדליה הינה תחום רחב הכולל בתוכו שימוש בחומרים משני תודעה שונים (כגון MDMA ופסילוציבין) לבין גישות מוכרות בפסיכותרפיה כגון SE, Hakomi MBCT ופסיכותרפיה דינאמית. ההשערה הינה שהשפעותיו הנירו - פרמקולוגיות של החומרים יחד עם מימד החוויה הסובייקטיבית הנוצר מתחברים לתוך הסטינג הטיפולי באופן אשר מוביל לשינויים ארוכי טווח לעיתים אחרי שימוש בודד בחומר.

בהרצאה אספק סקירת ספרות של השדה המחקרי שתוביל להנחת הרציונאל המחקרי וסקירת הפרוטוקול אשר אושר למחקר.

11:40-12:00

"גשר על פני מים סוערים: תכנית ארצית להכשרת צוותי רפואה ראשונית וכללית לניהול רב מקצועי של מקרי הפרעות אכילה בשירותי בריאות כללית בהעדר מענה ייעודי מיידי."

ד"ר עינת צוברי (1,2), ד"ר רינת גרונדמן שם טוב (1,2)

(1) המרכז לטיפול בהפרעות אכילה הדורים כפר סבא, שלוותה, שירותי בריאות כללית (2) מכון מגיד ללימודי המשך, מיסודה של האוניברסיטה העברית.

תקציר

מגיפת הקורונה הביאה לעליה דרמטית בשיעור היארעות מקרי הפרעות אכילה בעולם ובארץ מציאות זו הובילה לתורי המתנה ממושכים למסגרות מרפאתיות ואשפוזיות להפרעות אכילה בישראל. כפועל יוצא מכך, צוותים במרפאות ראשוניות, מחלקות ילדים בבתי חולים כלליים

ומחלקות נוער בבתי חולים פסיכיאטריים קורסים תחת עומס מקרי הפרעות אכילה ונדרשים למתן מענה בהיעדר הכשרה מתאימה. מציאות זו מכתובה צורך במענים נוספים לרבות "תכניות גשר" לשם החזקה מיטבית ככל הניתן עד מעבר למסגרות ייעודיות קיימות לטיפול בהפרעות אכילה.

בהרצאה זו תוצג תכנית הכשרה ייחודית שהתקיימה ברמה ארצית, במסגרתה הוכשרו כ-250 אנשי צוות (רפואה, תזונה, סיעוד, עו"ס, פסיכולוגיה, טיפול בהבעה) מחטיבת בתי החולים והקהילה של שירותי בריאות כללית הנדרשים למתן מענה במסגרת שירותי רפואה ראשונית בקהילה ומחלקות אשפוז וטיפול יום כלליות לילדים ולמבוגרים בבתי חולים. מטרת ההכשרה שיפור זיהוי ואבחון מקרי הפרעות אכילה במסגרות בלתי ספציפיות להפרעות אכילה, שיפור ניהול מקרים בהתאם למודל עבודה רב מקצועי והיכרות תאורטית ויישומית עם כלים ועקרונות מרכזיים מתוך גישות טיפוליות מבוססות מחקר בהפרעות אכילה. במהלך ההכשרה הושם דגש על פיתוח מיומנויות בסיסיות הקשורות בזיהוי, אבחון והתערבות טיפוליות זאת, תוך דגש רב על היבטים הקשורים בהעמדת הסטינג הטיפולי במסגרות אלו ועל שיתוף פעולה ורצף טיפולי בין גורמי ומסגרות הטיפול. תכנית זו לוותה במחקר הבוחן את תחושת המסוגלות הסובייקטיבית של המשתתפים לטיפול במקרים אלו. עיקרי התכנית וממצאי המחקר יוצגו במהלך הרצאה זו.

12:00-12:20

"מרפאת ההמתנה בשניידר – מענה מגשר למטופלים הממתינים למסגרות לטיפול בהפרעות אכילה."

גב' עדי בר איל, גב' עדי לייבל סגיב, גב' אבישג שיר, פרופ' סילבנה פניג

מרכז שניידר לרפואת ילדים.

תקציר

רקע: החל מתחילת הפנדמיה נצפה גידול בפניות של בני נוער ומשפחותיהם למסגרות טיפוליות להפרעות אכילה. עלייה זו משנית לעלייה משמעותית בתחלואה של הפרעות אכילה בבני נוער. בשל העומס הגואה, נוצרה מצוקת מענים בכל שלבי הרצף הטיפולי ועלה צורך במסגרות מגשרות שייתנו מענה וליווי בשלבים אלו למטופלים ומשפחותיהם. כמענה לצורך זה, נפתחה במרכז לרפואת ילדים בשניידר, באפריל 2021, מרפאה חדשה המיועדת למטופלים אשר נמצאים בהמתנה למסגרות הטיפוליות השונות הכוללות מרפאה להפרעות אכילה, היחידה לטיפול יום ומחלקה לאשפוז

מלא. הקבלה למרפאה אינה כרוכה בזמן המתנה, ומטרת הטיפול שניתן היא למנוע החמרה במצבם של המטופלים עד לקבלתם למסגרת הטיפולית. הטיפול במרפאת ההמתנה כולל קבוצת הדרכת הורים מקוונת, כפעם עד פעמיים בשבוע ובנוסף טיפול דיאטני פרטני פרונטלי.

מטרות: לתאר את 'מרפאת ההמתנה' עבור מטופלים הממתינים למסגרות הטיפוליות להפרעות אכילה בשניידר, ולבחון יעילות מענה זה במניעת החמרה במצבם של המטופלים בתקופת ההמתנה.

תוצאות: במרפאת ההמתנה טופלו מעל 100 מטופלים מאז הקמתה. למטופלים ניתנה אפשרות להצטרף לטיפול דיאטני וקבוצת הדרכת הורים. בהתאם לכך, ישנם במרפאת ההמתנה מטופלים שקיבלו טיפול דיאטני בלבד, מטופלים שטופלו במסגרת הדרכת הורים קבוצתית בלבד ומטופלים שקיבלו טיפול משולב דיאטני + קבוצת הורים מקוונת. מתוך נתונים של 50 מטופלים אשר קיבלו טיפול דיאטני פרטני עם או ללא קבוצת הורים מקוונת, נראה כי הטיפול שניתן סייע במניעת החמרה במצבם של המטופלים עד לקבלתם למסגרת הטיפולית. יתרה מכך, מצבם של מרבית מהמטופלים השתפר תחת הטיפול הנ"ל מבחינת פרמטרים של משקל, BMI וצורך באשפוז במחלקת ילדים.

מסקנות: מרפאת ההמתנה אפשרה מתן טיפול מיידי למטופלים עם הפרעות אכילה בתקופת ההמתנה למסגרות טיפוליות ובכך סייעה במניעת החמרה במצבם.

מושב מקביל 4

DBT (סדנה חווייתית בת שעה וחצי)

11:00-12:30

"קבוצת מיומנויות DBT להורים/נערות הסובלות מהפרעות אכילה."

גב' יעל סמואל, גב' קלאודיה גריצר

טיפול יום הפרעות אכילה, המחלקה הפסיכיאטרית לילדים ונוער, המרכז הרפואי "זיו", צפת.

תקציר

DBT היא שיטת טיפול שפותחה ע"י דר' מרשה לינהאן לטיפול בהפרעת אישיות גבולית והתנהגות אובדנית. הטיפול הוכח כיעיל והפך לסטנדרט טיפולי. ה-DBT משלב גישות קוגניטיביות והתנהגותיות עם פרקטיקות של זן בודהיזם.

עם הזמן נעשו התאמות של השיטה לטיפול במצבים נפשיים נוספים כגון: הפרעות אכילה, הפרעות נוספות על ספקטרום הוויסות הרגשי והתמכרויות. בנוסף נעשתה התאמה לטיפול בבני נוער ובמשפחות. מחקרים מבוקרים מצאו את ה-DBT כיעיל בטיפול בהפרעות אכילה.

המטפלת מחזיקה בעמדה דיאלקטית: מאמינה למטופלת ומתקפת את רגשותיה, מחשבותיה והתנהגותה וגם מאמינה ביכולתה להשתנות. היא מציעה ומלמדת מיומנויות של קבלה לצד מיומנויות שינוי: מיומנויות של מודעות עצמית, יעילות בין אישית, ויסות רגשי והתמודדות עם מצוקה.

השיטה מיושמת במרכז הפסיכיאטרי לילד ולמתבגר בבית"ח זיו גם עבור מטופלות הסובלות מהפרעות אכילה.

הנערות מפתחות מיומנויות DBT של קבלה ושינוי שמאפשרות להן, לדוגמא, להגביר את תשומת הלב לתחושות הגוף, לרגשות ולמחשבות שלהן ולהתמקד בקשר בין תחושות אלו להתנהגות ולסימפטומים שלהן.

מטרת הסדנה היא הדגמה של קבוצת מיומנויות DBT להורים/נערות, משתתפיה יטעמו ויחוו מעקרונות הטיפול. בסדנה נציג בקצרה את הרקע התיאורטי של ה-DBT, נתאר את מבנה הקבוצה וסדר יום אופייני, נכיר בקצרה את המודולות השונות, נתרגל ניתוח אירוע דרך עבודת יומן DBT, נתרגל תיקוף, אבחון של דילמות דיאלקטיות ומציאת פתרונות דיאלקטיים.

מושב מקביל 5

אוכלוסיות מיוחדות ותזונה (סדנאות לימודיות)

יו"ר: פרופ' יעל לצר

11:00-11:45

"הפרעות אכילה באוכלוסייה החרדית בישראל."

פרופ' יעל לצר (1,2), גב' אסתי הרמן (3), גב' מוריה עוזיאל (3), ד"ר צופיה לאופר (3), גב' מירב שמעוני (3), פרופ' דניאל שטיין (3,4)

(1) הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה, (2) היחידה לטיפול בהפרעות אכילה, המרכז הרפואי רמב"ם, חיפה, (3) המרפאה לטיפול בהפרעות אכילה, מרכז רפואי מעיני הישועה, (4) פקולטה לרפואה ש"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב.

Abstract

Eating disorders (EDs) have become an increasing problem in Jewish Ultra-Orthodox communities in Israel in recent years. This promoted the establishment of a new ED department for Ultra-orthodox young women at the Maaynei Hayeshuah Medical Center in Bnei Brak, Israel, around three years ago. This has led us to propose this workshop at the upcoming 2021 IAED conference

The workshop will start with a theoretical background about EDs in the Ultra-Orthodox world. Then we will discuss the reasons for the raise of EDs in Jewish Ultra-Orthodox communities in Israel, including greater exposure to mainstream Israeli norms about the thin body-ideal at work, in college, or via the internet. This may bring into the foreground intense bodily related social comparisons in Ultra-Orthodox classrooms.

Second, we will discuss several specific issues associated with EDs in Ultra-Orthodox communities, e.g., issues related to matchmaking and marriage at young age (the possibility of a young woman to postpone her marriage if her period stops). Each issue will be discussed using specific examples, highlighting the role of EDs as specific idioms of distress in this society.

Third, we will describe the adaptation of the ED inpatient department at the Maaynei Hayeshuah Medical Center in Israel to virtual long-distance home-based treatment during the recent COVID-19 pandemic and related lockdowns. This issue is particularly complicated in Ultra-Orthodox populations, who, despite greater openness and acceptance of modern technologies, still have often no access to long-distance telecommunication.

Last, we will describe a specific psychotherapeutic intervention, embedded in Jewish beliefs and premises

An open discussion with the participants of the workshop will follow.

11:45-12:30

"קביעת טווח משקל יעד בתת סוגים של אנורקסיה נרבוזה: גישה להתאמה אישית חדשה."

גב' רחלי אשכנזי (1), גב' מוריה עוזיאל (1), גב' בריגיט כוכבי (2), גב' שרון אברמצ'יק (1), ד"ר צופיה לאופר (1), ד"ר אורנה אטיאס (1), פרופ' דניאל שטיין (2,3), גב' אסתי הרמן (1), גב' מירב שימשוני (1)

(1) המרפאה לטיפול בהפרעות אכילה, מרכז רפואי מעיני הישועה, (2) מחלקה פסיכוסומטית לילדים, בית חולים לילדים ע"ש אדמונד ולילי ספרא, מרכז רפואי ע"ש שיבא, תל השומר, (3) פקולטה לרפואה ש"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב.

Abstract

Treatment Goal Weight (TGW) is the weight necessary to support puberty, growth and development, physical activity and psychological functioning. Reaching TWG is of the utmost importance in malnourished patients with anorexia nervosa (AN). Yet, it is a complex, often controversial process for patients and treatment providers alike. Our aim in this workshop is to present our experience with a novel individualized weight restoration process carried-out in our facility

First, we assess whether the patient has exhausted their growth potential. The target weight of patients with growth potential is based on their pre-AN height and weight. Until recently, patients above the age of 18 or those with almost no growth potential will most likely be given a TGW based on common literature-based recommendations, suggesting a minimum body mass index (BMI) of 19-19.5 kg/m². This approach is commonly used for all AN patients without consideration of subtypes other than AN-restricting type, including AN-binge/purge or purging type, and atypical AN. With the rise of atypical AN and AN-restricting type with a history of overweight, this approach is often inappropriate. This because such non-restricting patients may become highly obsessive and hungry with this TGW, and potentially develop/continue with binge/purge symptoms.

We illustrate an alternative approach with several illustrations showing that genetic predisposition for body weight, growth history, weight history, premorbid weight and return of menstrual function for girls are all crucial in setting a correct TGW and prevent the risk of future weight gain above the given TGW

מושב מקביל 6

חשיבה מחודשת על טיפול – דיון מיוחד למוזמנים מראש

11:00-12:30

“שינוי חשיבה על טיפול בהפרעות אכילה - לקראת ועדת היגוי: דיון מיוחד, בהרשמה מראש בלבד.”

ד"ר מיכל חסון רוזנשטיין (1), ד"ר איתן גור (2)

(1) יו"ר העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה. (2) מנהל המערך להפרעות אכילה מבוגרים, שיבא תל השומר.

תקציר

במושב זה נתמקד בכך שיש להכיר בשינויים שחלו באופי הפרעות האכילה בשנים האחרונות.

חשובה ההכרה שתמהיל החולות היום שונה מזה שהיה בעבר. בנוגע למטופלות שנזקקות לאישפוז ומצבים ממושכים, עלינו להתייחס מקצועית לכך שמדובר בעיקר בתחלואה עם קומורבידיות. כך שבנוסף להפרעת אכילה יש בה כמעט תמיד מרכיבים נוספים, פסיכיאטרים או רפואיים אחרים. לכן צריך לחשוב מחדש על המודל הטיפולי ברמה המערכתית והפרטנית.

בדיון נתייחס לטיפול פסיכיאטרי/ פסיכולוגי כוללני מוכוון בריאות.

מתוך התובנות שיעלו בדיון, ננסה לגבש רעיון מרכזי שיוכל בעתיד להוות בסיס לועדת היגוי לבניית תוכנית טיפולית מקיפה יותר בתחום הפרעות האכילה בארץ, כך שתתן מענה מותאם לצרכים העולים מאופי התחלואה כיום.

מושב מקביל 7

מסע להחלמה (תיאורי מקרה)

יו"ר: דנה לוי ינקלוביץ

11:00-11:45

"משפחה אחת ושתי מטפלות, במסע לאינטגרציה בין גוף ונפש."

גב' דנה לוי ינקלוביץ, גב' עדנה אפלבוים נמדר

המכון לטיפול בהפרעות אכילה קופ"ח מאוחדת, מחוז דרום.

תקציר

יעל (שם בדוי), בת 16, פיתחה הפרעת אכילה בעת מגפת הקורונה, בעתיה חוותה מצוקה רגשית רבה וצמצום חברתי ניכר. התמונה הקלינית התאפיינה בצמצום אכילה, איבוד משקל, אמנוריה, חשיבה אובססיבית סביב אוכל, פחד עז מפני עלייה במשקל, פעילות גופנית מופרזת ובולמוסים סובייקטיביים יומיומיים. כבר בשלב ההערכה עלה כי המערכת המשפחתית מתאפיינת בביקורתיות ונוקשות גבוהה, מיעוט בשיח רגשי ועיסוק רב במראה חיצוני.

תחילה, התוכנית הטיפולית כללה טיפול תזונתי וטיפול רגשי פרטני בתדירות שבועית והדרכת הורים אחת לשבועיים. בהמשך, לאור העדר הטבה קלינית משביעת רצון, הוחלט לשנות את התוכנית הטיפולית כך שתתמקד בהתערבות משפחתית, בהנחיה משותפת של פסיכולוגית ודיאטנית.

השיטה הטיפולית התבססה על עקרונות הטיפול המשפחתי המערכתי (מינושין), תוך דגש על העצמה והפחתת אשמה במשפחה (FBT). בפגישות נעשתה התייחסות לפן התזונתי ולפן המשפחתי-רגשי. תחילת הטיפול התמקדה בפן התזונתי, ובהמשך הושם דגש רב יותר לעבודה רגשית-משפחתית.

המערכת המשפחתית התאפיינה בעיסוק רב בנראות, ביקורתיות וניתוק רגשי. תת מערכת ההורים אשר התאפיינה במתח ומאבקי כוח, הועצמה, תוך עבודה על הקשבה ויכולת להיתרם מנקודות המבט השונות של ההורים למען התמקדות בביתם. דפוס משפחתי הנוגע לקושי בהכלת נפרדות ובהקשבה לצרכים רגשיים, הוביל לכך שהושם דגש על מובחנות העצמי, ועל דיפרנציאציה בתוך המשפחה. נעשתה עבודה על הישענות לצד התבגרות, תוך דגש על שיפור תקשורת משפחתית וחזוק אסטרטגיות ההתמודדות של המשפחה עם הפרעת האכילה. נצפתה הפחתה משמעותית בסימפטומים של הפרעת האכילה.

תיאור המקרה מדגיש את ההשפעה המשמעותית של טיפול משפחתי בהתמודדות עם הפרעת אכילה. בנוסף, ניכר כי היעילות הטיפולית גברה בזכות העבודה הרב צוותית בהנחיה משותפת.

11:45-12:30

"משאב ייחודי: תיאור מקרה של תמיכת עמיתים לקידום החלמה בהפרעות אכילה"

לירון כהן

National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (ANAD)

תקציר

בהצגת מקרה זו נספר את סיפורה של אשה צעירה שלקתה באנורקסיה נרבוזה ופנתה לתכנית תמיכת עמיתים כדי לקדם את תהליך החלמה. לתכנית זו הגיעה לאחר ששחררה מאשפוז, ובמהלך התכנית צוותה לעמיתה תומכת לפגישות שבועיות, לצד המשך הטיפול הפסיכולוגי, התזונתי והרפואי בקהילה. תמיכת עמיתים היא גישה מוכרת וידועה מזה שנים רבות בתחום בריאות הנפש ככלל וההתמכרויות בפרט. עמיתות תומכות הן אלה שחוו את המחלה בעצמן וצלחו את תהליך החלמה, וכעת מהוות עזר לטיפול בכך שהן מספקות את המומחיות האישית שלהן בחוויות

ההחלמה. העמיתות עוברות הכשרה אינטנסיבית שבה הן רוכשות את הכלים להשתמש בחוויה האישית שלהן על מנת להיות מקור לחמלה, הזדהות ותקווה, כמו גם לתמיכה מעשית. תמיכת עמיתים מושתתת על יצירת מערכת יחסים שיוויינית שבה ההחלמה של שני הצדדים יוצאת מחוזקת. במפגשים שבועיים, במסגרת תחומת-זמן קבועה מראש, העמיתה התומכת מסייעת למתמודדת להתקדם במסע ההחלמה שלה הן על ידי שבירת תחושת הבדידות, והן על ידי זיהוי מטרות ואסטרטגיות למימושן. מציגת המקרה היא מנטורית ומדריכת מנטוריות מנוסה באירגון "אנאד", ארגון המנטוריונג המוביל מארצות הברית בעל הניסיון רב השנים. בהצגת המקרה נתאר את התהליך שעברה המתמודדת, החל משלב הפניה ל"אנאד" והציוות עם העמיתה התומכת, דרך הפגישות השבועיות, ועד ההשתלבות בחיי היום-יום בקהילה. כמו כן נתאר כיצד מערכת היחסים עם העמיתה תרמה להתמדה בטיפול ולהצלחתו, לזיהוי טריגרים ומניעת נסיגות, לסיגול כלי התמודדות יעילים, לשיפור מערכות היחסים הבין-אישיות, ולמתן תקווה ומוטיבציה להחלמה.

מושב מקביל 8

אנורקסיה במחבואים (סדנה לימודית + תיאורי מקרה)

יו"ר: ד"ר שלי בן הרוש נגארי

11:00-11:45

"האם זו אנורקסיה או שמא לא? מצבים רפואיים העלולים להסתמן כהפרעת אכילה או להקשות על האבחון והטיפול בה."

ד"ר שלי בן הרוש נגארי

המרכז לרפואת מתבגרים מרכז רפואי שערי צדק, מרפאת המתבגרים של מחוז ירושלים בקופ"ח מאוחדת.

תקציר

מבוא- הפרעת אכילה היא מחלה מסכנת חיים המשפיעה על כל מערכות הגוף ויכולה להוביל לתחלואה קשה ולתמותה. זו מחלה שהן האבחון שלה והן הטיפול דורשים הבנה של ההשלכות ההדדיות של המצב הגופני על המצב הנפשי וההתנהגותי ולהיפך. המעקב הרפואי אחר מטופלות עם הפרעות אכילה מצריך רגישות ועירנות לסיבוכים גופניים שיכולים להתפתח כגון הפרעות למאזן המלחים, הפרעות קצב לבביות, היעדר מחזור, ופגיעה בצפיפות העצם. בסדנא זו ארצה לסקור דרך 2 תיאורי מקרים מצבים שבהם היתה לכאורה הסתמנות קלאסית של הפרעת אכילה אך במהלך הליווי והטיפול נמצאו מחלות שונות שדרשו התיחסות רפואית מיידי.

א' בת 14 אובחנה עם אנורקסיה אטיפית וחרדה היא טופלה ע"י צוות מולטידיסציפלינרי ותרופתית בSSRI. עם הטיפול התגברה על החרדה החברתית, שיקמה יכולות אכילה והגיעה למשקל יעד. בשל אלווסת הורחב בירור, בכל נקודות הבירור עלתה שוב ושוב הצומת בין הסתמנות קלאסית של אנורקסיה למשהו אחר, לבסוף לאחר השלמת בירור אינטנסיבי אובחן גידול מוחי נדיר מאוד. האם א' סבלה מאנורקסיה?

ב' בת 16 במעקב דיאטנית הפרעת אכילה. בהערכה רפואית, דיווחה על עצירות קשה ואל ווסת. לכאורה התלונות מאוד שכיחות בנערות עם תת תזונה אלא שהבדיקה הגופנית העלתה חשד למצב אחר, לאחר בירור ב' אובחנה עם ציסטה ענקית שנכרתה ניתוחית. האם ב' סבלה מאנורקסיה?

חשוב שאנשים המטפלים בהפרעות אכילה יהיו מודעים לאבחנה מبدלת וישמרו על ראש פתוח כשהם ניגשים לאבחון מטופליהם. הסדנא תכלול את תיאור המקרים, שיתוף הקהל בהתלבטויות האבחוניות בדרך וכן התייחסות למצבים מורכבים בהם יש הפרעת אכילה בנוסף למצב גופני אחר.

11:45-12:30

"שקט או צעד" – משחק במחבואים בטיפול בנערה אנורקטית עם חשד לאוטיזם.

דנה גריסרו הרגס, נטע ניצן-גיל, ד"ר אורית קריספין

המרפאה להפרעות אכילה, מרכז רפואי שניידר לרפואת ילדים.

תקציר

שמרית בת 14:6, לומדת בכיתה ט'. מגיעה למרפאתנו לאחר שירדה 26 ק"ג לאורך שנה, לאחר צמצום באכילה וספורט אינטנסיבי. בהערכה ראשונית אובחנה שמרית כסובלת מאנורקסיה אטיפיקלית והתחילה טיפול דיאטני ופסיכולוגי במרפאה, המלווה בהדרכה להוריה.

לאורך הטיפול עולות שאלות באשר לאפשרות כי שמרית עונה על אבחנה של הרצף האוטיסטי המובילות לשאלות טיפוליות מהותיות, ומאירות בזוויות חדשות את הקשר הטיפולי ומטרות הטיפול, התזונתי והפסיכולוגי כאחד. המפגש עם שמרית, מאלץ ומזמין את הצוות כולו להרחבת ההתבוננות וחישיבה מחודשת על התערבויות המדויקות ביותר בדרך לשמרית והמרחק הנכון ממנה. לאחר כמספר חודשים הטיפול נפסק בשל התנגדותה הנחרצת של שמרית להמשיכו ונותרנו עם שאלות רבות.

דרך סיפור טיפולה של שמרית ננסה להעמיק ולשפוך אור על הקשר בין ASD להפרעות אכילה, הספרות העדכנית מצביעה על שכיחות גבוהה של מאפיינים אוטיסטיים בקרב הסובלים מהפרעות אכילה, בפרט אנורקסיה רסטרקטיבית (Baron-Cohen et al, 2013). עם זאת קשה להבין האם הפרעת אכילה אקוטית מייצרת מצג אוטיסטי או שמא ASD מגביר את הסיכון לפיתוח הפרעת אכילה? המחקרים מניבים ממצאים סותרים. מחד יש שמצאו ירידה מעטה בסימפטומים האוטיסטיים בקרב המחלימות מהפרעות אכילה (Kerr-Gaffney et al, 2020). מאידך ממחקרים אחרים עולה כי הרעבה הקשורה ל-AN עלולה לייצר תכונות פסאודו-אוטיסטיות הקשורות לתת תזונה כרוני וחמור (Treasure,2013).

נראה כי לדיון בסוגייה זו ישנן השלכות קליניות רבות ברמות השונות- איתור, אבחון וטיפול. דרכן אולי ניתן יהיה למצוא את המרחק הנכון גם מול שמרית, לאפשר לה להיוותר חבויה ולהימצא בו-זמנית, במקצב המדויק לה.

מושבים מקבילים סבב ב' (13:30-15:00)

מושב מקביל 1

פיזיולוגיה וויסות בהפרעות אכילה (הצגות מחקר)

יו"ר: פרופ' דניאל שטיין

13:30-13:50

"רמת חומצה אורית גבוהות ברוק של מתבגרות עם הפרעות אכילה."

ד"ר רותי גיסר, ד"ר טניה גולצר-דובנר, גב' דליה פבזנר, ד"ר עמית שלו, ד"ר רבין מסראווה, ד"ר לאורה קנטי, ד"ר אילת מלצר, ד"ר נידל קוטנה, ד"ר רוני רצון, ד"ר אלה קיאנסקי, ד"ר שקמה קלר, ד"ר אסתי גלילי-וויסטוב, פרופ' רונן סגמן

המרכז הרפואי-אוניברסיטאי הדסה עין כרם.

Abstract

Objective: Uric acid (UA) is increasingly recognized as having important physiological roles and associated with several peripheral and central pathophysiological outcomes, and might play a role in eating disorders (ED) pathogenesis. We investigated whether UA levels are altered among adolescents with ED.

Methods: Morning salivary UA concentrations were compared between adolescents referred to treatment at the Herman Dana Center receiving a DSM-V diagnosis of an ED and matched healthy controls.

Results: Salivary UA was significantly elevated among ED compared with control values (ED mean 3.9 ± 1.2 mg/dl, control mean 2.9 ± 1.9 mg/dl, $t = -3.13$ df = 81, $p = 0.003$).

Discussion: Salivary UA is elevated among adolescents with ED. Further studies are required to replicate and extend this finding and evaluate its generalizability as a state or trait marker as regards ED subtypes, other body fluids (plasma and cerebrospinal fluid), and recovery or premorbid stages, as well as its putative mechanistic relevance to ED.

13:50-14:10

"הוצאה אנרגטית בסיסית בחולות קשות ומיוצבות עם אנורקסיה נרבוזה ובולימיה נרבוזה."

בריג'יט כוכבי (1), ד"ר עדי חנוך לוי (1), ענת טולדנו (1), פרופ' דניאל שטיין (1,2)

(1) המרכז הרפואי שיבא, תל השומר, (2) אוניברסיטת תל אביב.

Abstract

Objective: Determining resting energy expenditure (REE) may be important in the nutritional assessment of adolescents with eating disorders (EDs). Calculated equations assessing REE, developed according to data from healthy people, may under- or overestimate REE in EDs. We have sought to compare the REE measured in clinical settings to that calculated using equations in actively ill adolescents with anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN), and following stabilization of weight and disordered eating.

Methods: Thirty-five female adolescents with AN and 25 with BN were assessed at admission to inpatient treatment and at discharge. REE was measured using indirect calorimetry (DELTATRAC Metabolic Monitor). Expected REE was calculated using the Harris–Benedict equation.

Results: An overestimation of expected versus measured REE was found for both patients with AN and BN, both at admission and discharge. Second, the differences between expected and measured REE were significantly less robust in BN versus AN. Third, REE before renourishing was lower in inpatients with AN versus BN. Fourth, the REE of patients with AN (both measured and expected) increased from admission to discharge to a greater extent than expected solely from the increase in weight. The difference between admission and discharge expected and measured REE was significant also in patients with BN.

Conclusion: Our findings suggest that predicted and measured REE are different in both AN and BN, and that both expected and measured REE are not useful in the planning of renourishing programs in patients with AN.

14:10-14:30

"פעילות אבנורמלית במנגנון עיכוב תגובות אוטומטיות כגורם התורם להרעבה עצמית באנורקסיה נרבוזה."

גב' מיטל גיל, פרופ' נועם ויינברך

בית הספר למדעי הפסיכולוגיה, אוניברסיטת חיפה.

Abstract

Anorexia nervosa (AN) is characterized by severe food intake restriction leading to significant weight loss. It has been suggested that superior response inhibition (i.e., the ability to inhibit dominant, automatic, or prepotent responses when necessary) may underlie the ability of patients with AN to restrict eating and endure prolonged starvation. However, studies that assessed response inhibition among adolescents with AN commonly report inconsistent findings. It has been hypothesized that environmental factors such as negative affect and exposure to food stimuli may modulate response

inhibition in patients with AN. The current study is the first to examine the causal influence of affective state and exposure to food stimuli on response inhibition among adolescents with AN. Thirty-one adolescents with AN and 41 healthy adolescents completed an emotion-food stop signal task in which they categorized food and non-food images as quickly as possible and withheld their response when a stop signal appeared. Additionally, participants were exposed to negative or neutral images in each trial before the target appeared. The results indicated that following negative images, adolescents with AN were better able to stop their response to food compared to non-food items. This pattern was not observed among healthy controls or following exposure to emotionally neutral images. The results indicate that negative emotions trigger stronger activation of response inhibition to food stimuli among adolescents with AN compared to healthy adolescents. The study provides the first empirical evidence showing a causal influence of negative affect on response inhibition to food in patients with AN.

14:30-14:40

"תפקידם של התנהגויות האכלה הוריות, סגנון ההתקשרות, קשיים בוויסות הרגשי ואלקסיטימיה בהתנהגויות אכילה, אורתורקסיה ופעילות גופנית כפייתית." (הצגת בזק)

מרב זמיר ופרופ' עדה זוהר

המרכז האקדמי רופין.

תקציר

רקע: המחקר בדק את הקשר בין תהליכים רגשיים מוקדמים - התקשרות, פרקטיקות של האכלה הורית, וכן התנהגות בהווה - אכילה מופרעת והתעמלות כפייתית, לבין אורתורקסיה, בניסיון למקם את תופעת האורתורקסיה בספקטרום של הפרעות האכילה.

שיטה: מערך המחקר היה מתאמי. הצעת המחקר אושרה ע"י וועדת האתיקה המוסדית, ומשתתפי המחקר חתמו על הסכמה מדעת לאחר שהוסברו להם מטרותיו. משתתפי המחקר היו 562 (17.09% גברים) מתנדבים מהקהילה, בני 19-73 (11+33), עם 15.5 שנות השכלה במוצע. המשתתפים השיבו באמצעות Qualtrics® XM על השאלונים: האכלה הורית רטרוספקטיבית [RCFQ], שאלון התקשרות [ECR], שאלון אלקסיטימיה [TAS], שאלון קשיים בוויסות רגשי [DERS], שאלון הפרעות אכילה [EDEQ], שאלון התעמלות כפייתית [CET], שאלון חוויות גוף חיוביות [DKB35], ושאלון אורתורקסיה [DOS].

תוצאות: בניית מודל משוואות מבניות מצאנו שסגנונות התקשרות והתנהגויות האכלה הוריות קשורות הן לקשיים בוויסות הרגשי והן לאלקסיטימיה. בנוסף, מצאנו כי קשיים בוויסות הרגשי ואלקסיטימיה היו קשורים לאכילה מופרעת, שבתורה נמצאה כקשורה לאורתורקסיה ולפעילות גופנית כפייתית. יתר על כן, מצאנו שקושי בוויסות הרגשי תיווך את הקשר בין סגנונות התקשרות והגבלה הורית של אכילה בילדות, לבין אכילה מופרעת בהווה, בעוד שלהתנהגות

ההורית של ניטור צריכת מזון עתיר קלוריות של הילד היה קשר ישיר וכן קשר עקיף לאורתורקסיה ולפעילות גופנית כפייתית. כמו-כן, נמצא ששונות מוסברת משמעותית באורתורקסיה נתרמת ע"י המשתנים הרגשיים וההתנהגותיים (R=46.4% 2).

מסקנות: תוצאות המחקר הנוכחי תומכות בטענה כי אורתורקסיה אמנם שייכת לספקטרום הפרעות האכילה. התנהגויות האכלה הוריות, כמו גם סגנון התקשרות לא בטוח – הקשורים להפרעות אכילה – נמצאו בקשורים גם לאורתורקסיה. למרות העיסוק המניפסטי בבריאות, נראה כי עצמת העיסוק וחוסר הגמישות לגבי משטר האכילה ה"בריא", אמנם מהווה פתולוגיה שראויה לתשומת-לב קלינית.

14:40-14:50

"שימוש בפגיעה עצמית באשפוז בקרב נערות המאובחנות באנורקסיה נרבוזה." (הצגת בזק)

גב' טל פז (1), פרופ' אטי ברנט (1), פרופ' ענת קלומק-ברונשטיין (1), ד"ר אריק הדס (2), גב' תמי טהר (3), ד"ר איריס שחר לביא (3), פרופ' סילבנה פניג (3)

(1) אוניברסיטת רייכמן, (2) לדר הדס מרכז בריאות נפש ע"ש בריל, ת"א, (3) מרכז שניידר לרפואת ילדים.

Abstract

Background: Non-Suicidal Self Injury (NSSI) is a common co-morbidity of Anorexia Nervosa (AN), conceptualized as a coping mechanism, or self-punishment, while confronting weight increase or uncontrolled eating. This study assessed this co-morbidity among inpatient adolescents, in relation to different 'treatment stages' along the course of hospitalization.

Methods: The study followed 125 adolescents diagnosed with AN admitted to a pediatric psychiatry ward. Treatment stages were defined along the gradual exposure of patients to weight increase and to functioning at home and community environment. A multilevel logistic regression model was used to test the influence of treatment stages on NSSI, while controlling for covariates including depression, severity of AN, anxiety, suicidal ideation, and history of NSSI.

Results: The highest probability of NSSI was found to occur towards the end of inpatient care, a stage in which reaching target weight is expected, simultaneously with an increase in planned exposure to home and community. The effect of the treatment stage on NSSI remained significant also after controlling for covariates.

Conclusion: This is one of the few studies that examined the influence of treatment stage on NSSI during inpatient care for AN. Its findings contribute to the evaluation of risk factors for NSSI during AN. Awareness of the increased risk for NSSI as treatment progresses is crucial for the treatment of adolescents with AN.

14:50-15:00

"ליווי בארוחות בטיפול באנורקסיה נרבוזה - תפיסת המחלימות." (הצגת בזק)

גב' קרן ישראלי איתח (1), ד"ר דיאנה לוצאטו (2) פרופ' רחל בכנר (3,4)

(1) מרכז לבריאות הנפש לב השרון, (2) המכללה האקדמית תל-אביב יפו, (3) המרכז האקדמי רופין, (4) בית הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית.

תקציר

רקע: אחת הזירות המרכזיות שזכתה להכרה בחשיבותה בקידום ההחלמה מאנורקסיה נרבוזה היא שעת הארוחה. בעקבות הקשיים ביישום הארוחות, הליווי המקצועי במהלך הפך לחלק בלתי נפרד מכל תכנית אינטנסיבית לטיפול בהפרעות אכילה. למרות זאת, נכון להיום, לא קיימים קווים מנחים הנתמכים במחקר אמפירי בנוגע ליישום הארוחות. המחקר הנוכחי ביקש לבחון מהם הגורמים בליווי שמסייעים או מעכבים את ההחלמה מהפרעת אכילה, מתוך החוויה הסובייקטיבית של נשים ונערות שעברו טיפול.

שיטה: במחקר השתתפו תשע נשים שאובחנו בעבר עם אנורקסיה נרבוזה והחלימו באופן מלא או ניכר. המחקר התבצע בשיטה איכותנית פנומנולוגית, כאשר הנתונים נאספו באמצעות ראיונות מובנים למחצה. תמלילי הראיונות נותחו באופן של קידוד תמטי רב שלבי.

תוצאות: נמצאו מספר תמות מרכזיות במחקר, הנחלקות לכאלה הקשורות במסגרת הליווי (מטרת הליווי, אכילה משותפת, מידת המעורבות של המטופלות והגבולות בליווי) ואחרות הקשורות במספק הליווי (איכויות המלווה ואסטרטגיות הננקטות על ידו). נמצאה תמה נוספת העוסקת בליווי הנעשה על ידי בן משפחה, שכן מדובר בליווי בעל מאפיינים ייחודיים. לפי משתתפות המחקר, על מנת לקדם החלמה, מומלץ שהמלווים יספקו תמיכה רגשית לצד השגחה, יחצינו את המחלה ויפחיתו את רמות החרדה באמצעות הסחה והומור. כל משתתפות המחקר קוראות למלווים לאכול את הארוחה יחד עם המטופלות וממליצות להימנע מגישות נוקשות שמתעלמות מקולה של המטופלת. **דיון:** המחקר מציע השלכות יישומיות לממצאים הן מבחינת הכשרה של המלווים והן מבחינה של פרוטוקולים מותאמים לליווי. ראוי לבסס קווים מנחים לליווי שיספקו גבולות ברורים לארוחה תוך התחשבות בצרכים הייחודיים של כל מטופלת ובחומרת מצבה.

מושב מקביל 2

קורונה והיבטים חברתיים בהפרעות אכילה (הצגות מחקר)

יו"ר: ד"ר יעל לואיס

13:30-13:50

"הברית הטיפולית בין המטופלת, המטפלת והדיאטנית בעת טיפול מרחוק בהפרעות אכילה בסגר הראשון של התפרצות הקורונה."

ד"ר יעל לואיס (1,2) רוני אלרן-ברק (3) ד"ר רינת גרונדמן-שם טוב (1) ד"ר עינת צוברי (1)

(1) המרכז לטיפול בהפרעות אכילה הדורים כפר סבא, שלוותה, שירותי בריאות כללית, (2) פקולטה לרפואה ש"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב, (3) בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה.

Abstract

Objective: Little is known about the therapeutic alliance (TA) formed with different professionals in multidisciplinary eating disorder (ED) treatment. We aimed to conduct a pilot study during the online setting of the first COVID-19 lockdown examining (1) patients' TA with their dieticians and psychotherapists, as viewed by both sides, (2) "agreement" between patients' and therapists' views of the TA, and (3) associations between psychological characteristics and TAs.

Method: Sixty-three patients with EDs and their treating psychotherapists and dieticians were surveyed during the COVID-19 lockdown (April–May 2020) using the Working Alliance Inventory (WAI-S). Validated questionnaires were used to measure patients' psychological characteristics. Spearman and t-tests were used to examine differences and correlations between variables.

Results: Positive associations were found between the TAs examined. Agreement was stronger in patient-dietician dyads than in patient-psychotherapist dyads. Severe ED psychopathology was associated with weaker TA (bond subscale). General psychopathology was associated with weaker TA toward the dietician (task subscale).

Conclusion: Patient's TA with their dieticians and psychotherapists remained strong during the first COVID-19 lockdown. As our pilot study suggests differences between the patient-dietician and the patient-psychotherapist relationship, further longitudinal studies are needed to investigate multidisciplinary TAs and their impact on treatment outcomes.

13:50-14:10

"בין איסור לבידוד: אנוקסיה בתקופת הקורונה - ניתוח טוויטר."

ד"ר רותי קפלן זרחי

המרפאה להפרעות אכילה, קופ"ח מאוחדת - מחוז דרום.

Abstract

COVID-19 was declared a global epidemic in March 2020 and continues to have profound consequences for the mental health of the general population and those suffering from mental illnesses. Since the outbreak of the epidemic, requests for hospitalization and treatment for anorexia have increased dramatically. The present study examined the subjective experience of anorexics during Covid-19, by collecting Twitter posts written by them during the epidemic. Tweets were analyzed qualitatively using thematic analysis as illustrated by the steps identified by Braun and Clarke (2006, 2014). Three themes emerged from the analysis: 1) Between restriction and

punishment: It was found that the reality of Covid-19 enabled a smoother dialogue between the anorexic ascetic inner reality and the outer reality. 2) Between the visible and the invisible: It was found that the social reality created by the pandemic affected anorexics' ability to conceal or hide their body and their eating habits. For anorexics living with family members, Covid-19 reality made hiding anorexic habits difficult. Conversely, anorexics living alone were more likely to hide symptoms and would adhere to anorexic practices. 3) Between isolation and loneliness: It was found that anorexics perceived quarantines, isolations, and social distancing as triggers of anorexia. Familiarity with anorexics' tweets can enable therapists to gain a deeper understanding of their emotional experience, conscious and unconscious during this period, thus increasing treatment effectiveness.

14:10-14:30

"לאהוב את עצמך: התפקיד של חמלה עצמית בקשר שבין אכילה מופרעת, סטיגמה כלפי השמנה ודימוי גוף"

גב' עדן סוקר מיכאלביץ' (1), ד"ר לילך לב-ארי (2,3)

(1) תכנית המוסמך לפסיכולוגיה קלינית של הבגרות והזקנה, המרכז האקדמי רופין, (2) תכנית המוסמך לפסיכולוגיה קלינית, המרכז האקדמי רופין, (3) המרכז לחקר אובדנות וכאב נפשי על שם ליאור צפתי, המרכז האקדמי רופין.

Abstract

Disordered eating (DE) includes a variety of unbalanced and dangerous eating behaviors. DE has been found to be associated with negative body image (NBI), especially in underweight individuals. Self-compassion (SC) has been found to be negatively associated with stigma towards obesity and to mediate the relationship between DE and NBI. This study has two objectives: To examine the association between DE and both positive and negative body image for people who are under and overweight; And to assess the moderating role of SC in the associations between DE, stigma towards obesity and body image. We hypothesized: 1. SC would predict negative and positive body image while controlling for DE, stigma towards obesity and BMI. 2. Self-compassion would moderate the mediating relationship of stigma towards obesity between DE and a body image. Two hundred and fourteen participants (81.8% women; mean age=34±13.4) self-reported on demographic variables, BMI, disordered eating (EDE-Q), self-compassion (SCS), stigma toward obesity (AFS), and positive (DKB-35) and negative (FRS) body image. SC predicted all aspects of positive body image, after controlling for BMI, stigma towards obesity and DE. SC did not predict negative body image. SC was found to moderate the mediation model in which stigma towards obesity mediated the relationship between DE and NBI but not positive body image. Meaning that stigma towards obesity mediated the relationship between DE and NBI for those low in SC, but not for those high in SC, as

hypothesized. SC and stigma towards obesity are of great importance in the relationship between DE and body image. Enhancing SC and lowering stigma towards obesity may help improve body image.

14:30-14:40

"אין דבר העומד בפני הרזון- השלכותיו והשפעותיו של חוק הדוגמניות בישראל." (הצגת בזק)

גב' רון חז, גב' עדי ברקן, פרופ' רחל בכנר

המרכז האקדמי רופין.

תקציר

ההיחשפות של נשים לאידיאל היופי והרזון במדיה תורמת לא פעם לדימוי גוף שלילי, למצב רוח ירוד ואף להפרעות אכילה. חוק הדוגמניות אשר נחקק בישראל בשנת 2012, יצא לאור במטרה לשנות את המודלים הכוזבים והבעייתיים המוצגים בתקשורת אשר הופכים לנורמות בחברות המקדשות רזון. על אף חשיבותו של החוק, מאז חקיקתו מעט מאוד מחקרים בחנו את השלכותיו בשטח ולכן המחקר הנוכחי ביקש להעמיק את הידע אודות החוק ואודות השלכותיו. באמצעות חיפוש וניתוח תכנים אינטרנטיים שאפנו להבנות תמונת מצב אינטגרטיבית אשר תשפוך אור אודות השינוי שהחוק ביקש להנחיל בתעשיית הדוגמנות ובתעשיית הפרסום. ניתוח התוכן התבסס על אתרי תקשורת (17), בלוגים (1), מסמכים ממשלתיים (2) ומאמרים (2). בנוסף, בוצעו 2 ראיונות עומק שנערכו עם דוגמניות בארץ אשר חוו את השפעותיו של החוק בתעשיית הדוגמנות.

התוצאות מראות כי תעשיית הפרסום ממשיכה בהצגת מודלים בעייתיים של יופי אשר אינם תואמים למציאות וסותרים את תכני החוק. נראה כי השפעותיו של הניסיון המשפטי להיאבק בתופעה אינן מורגשות בשטח. מגבלות רבות מצויות הן בניסוח החוק והן בתחום אכיפתו. בנוסף, נמצא כי העמדות כלפי החוק חצויות בשיח אמביוולנטי כאשר מצד אחד קיימת מודעות לבעייתיות בניסוח החוק בהקשר לפגיעה בפרנסתן של דוגמניות, בחופש הביטוי ובחופש העיסוק, ומצד שני קיימת תמיכה במניעי החוק ובמטרתו. מחקרי המשך עשויים לבחון אלטרנטיבות לחוק שמטרתן להוביל לשינוי תפיסתי המעודד גיוון וראוי כי שינוי זה יגיע מהשטח ולא דרך חקיקה. בנוסף, ייתכן כי בחינת האינטרסים של אנשים בתעשיית הפרסום, תעזור לגיבוס בשינוי תפיסות של גוף ויופי, על-ידי הצגת מודלים מגוונים יותר שיאפשרו הזדהות בריאה אצל נשים רבות יותר.

14:40-14:50

"מאפיינים לאכילה בררנית בבגרות והפרעות נלוות." (הצגת בזק)

גב' דורין ברהום שפירא, פרופ' עדה זוהר

המרכז האקדמי רופין.

תקציר

רקע: המחקר הנוכחי בדק את הקשר שבין באכילה בברנית בבגרות, לבין נטייה לגועל, נטייה לגועל מאוכל, רגישות חושית, תסמיני OCD ודאגה וחום הוריים, זאת על מנת להגדיר מאפיינים ייחודיים לאכלנים בברנים בבגרות. שיטה: השיבו 772 משתתפים מתוכם 17% גברים, בגילאי 18-76, ממוצע שנות השכלתם 15.47. המשתתפים מילאו שאלון דמוגרפי, שאלון תחושת הגעלות כללית (DPSS-R), שאלון הגעלות מאוכל (FDS), שאלון אכילה בברנית במבוגרים (APEQ), שאלון למדידת תסמיני OCD (OCI-R), שאלון האבלה הורית רטרוספקטיבית (RCFQ), שאלון למדידת הפרעה בוויסות חושי (SRQ-IS) ושאלון קשר הורי (PBI). לאחר מכן בוצע ניתוח אשכולות על מנת לאפיין אכלנים בברנים בוגרים. תוצאות: הניתוח העלה כי ישנה חלוקת ראשית: אכלנים בברנים בילדותם (כן/לא) ואכלנים בברנים בבגרותם שמייצרים 4 אשכולות מובחנים היטב. נמצא כי משתתפים שהוגדרו כאכלנים בברנים בילדותם וגם בבגרותם מתמודדים עם יותר פתולוגיות בהשוואה לאחרים. כמו כן, נמצא כי תסמיני OCD, תחושת הגעלות וקשיים בוויסות החושי באשכול בו לא הייתה אכילה בברנית בילדותם אך כן בבגרותם, דומה לקבוצה המאופיינת באכילה בברנית גם בילדות וגם בבגרות. נמצאו שני אשכולות של אכלנים בברנים בבגרות הנבדלות זו מזו בדאגה וחום הוריים כך שהקבוצה בה הדאגה והחום ההוריים הייתה גבוהה יותר הפגינה פחות פתולוגיות בהווה. דיון: המחקר מעלה כי ישנו כנראה מרכיב אינהרנטי לאדם המבוגר הבררן הקשור בקשיים בוויסות חושי ותחושת הגעלות. עם זאת, עולה כי חום ודאגה הורית משמשים כגורם חוסן כנגד פסיכופתולוגיה. הדבר מציע כיוון התערבות טיפולי כפול, כך שיש לפעול להתמודדות עם תחושות הגועל השונות ועם רגישות חושית, וכן במקביל לחזק היקשרות הורית העשויה למתן את ההשפעה של אכילה בברנית בבגרות.

מושב מקביל 3

הפרעות אכילה בציר הזמן (הצגות מחקר)

יו"ר: ד"ר עמית גולדשטיין

13:30-13:50

"אני לא אהיה אמא שלי: העברה בין דורית של שיטות האכלה של ילדים וסימפטומים של הפרעות אכילה."

ד"ר לילך לב-ארי (1,2), פרופ' עדה זהר (1,2), פרופ' רחל בכנר (1,3)

(1) תכנית המוסמך לפסיכולוגיה קלינית, המרכז האקדמי רופין (2) המרכז לחקר אובדנות וכאב נפשי על שם ליאור צפתי, המרכז האקדמי רופין (3) בית הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית.

Abstract

Objective: This study assessed the relationships between parents' retrospective recollections of their mothers' child feeding practices (CFP), current disordered eating (DE) and current CFP (how they now feed their children). Method: 174 Israeli parents (136 mothers, 38 fathers; 40.1±6.9 years of age) of children between the ages of 2 and 18, living at home, completed questionnaires online assessing demographics, retrospective recollections of the CFP that their mothers used when they were

children, current CFP and current DE. Results: Specific aspects of retrospectively recalled maternal CFP were significantly associated with the same aspects of current CFP. Current DE mediated the association between retrospectively recalled maternal CFP and current CFP and moderated the association between current concern about child's weight and pressure for child to eat. Discussion: Results highlight that the way adults pass on their feeding practices to their children is strongly influenced by their childhood recollections of their mothers' concern about their weight, pressure for them to eat or restriction of their food intake. People often strive to behave differently from their parents, especially in the realm of food and eating. However, our findings suggest that parental CFP can become entrenched and can be passed on to our children. Understanding these multigenerational transmissions might help prevent childhood and adult's eating disorders and obesity.

13:50-14:10

"משתנים המשפיעים על היענות לניתוח בריאטרי באוכלוסיית מתבגרים."

ד"ר איייה שלח

מרכז שניידר לרפואת ילדים.

Abstract

Adolescence is a developmental stage characterized by noncompliance with medical treatment at higher rates than in adults, perhaps as a result of psychological, physiological, sociological and family-related factors. Noncompliance with medical regimens could adversely affect patients' physical and psychological health, the cost-effectiveness of medical care and clinical decisions, and the results of clinical trials. In spite of the multiple clinical benefits, non-compliance with the life changing demands during the post bariatric surgery phase could lead to health related complications in general, and particularly in the context of adolescents' physical development.

Method: The study group consisted of 47 adolescents and their parents: 34 girls and 13 boys, aged 13–18 with a diagnosis of morbid obesity. All completed a standard battery of questionnaires, including BDI, PBI, PE DSQL, SAS-SR, TSRQ-HP, SE OB, bullying, and a demographic and lifestyle semi-structured interview.

Results: The study identified latent profiles of compliance over time after the bariatric surgery. We identified three major subgroups of phenotypes that might correspond to different patterns of change in compliance over time A. high compliance B. Low compliance C. Delayed low compliance. In

addition, the analyses revealed that children's autonomy and independence from family had a significant and strong effect on compliance.

Discussion: By characterizing compliance typologies, the results of this study may enable practitioners to predict which adolescent patients would comply with the surgery's strict conditions and which may need specific interventions according to the compliance profile. The innovative approach of this research is in understanding the important role of parents in the post-operation compliance process of adolescents undergoing bariatric surgery.

14:10-14:30

"אני ישנה וליבי ער - על הפרעות שינה בקרב מתבגרים עם הפרעות אכילה."

דר' יריב עצמוני (1), דר' שלי בן הרוש נגארי (2,3)

(1) מרכז רפואי שיבא תל השומר (2) המרכז לרפואת מתבגרים, מרכז רפואי שערי צדק, (3) מרפאת המתבגרים קופת חולים מאוחדת מחוז ירושלים.

תקציר

מבוא: הפרעות שינה (ה"ש) מצויות בשכיחות של 30% מאוכלוסיית המתבגרים. הפרעות אכילה (ה"א) גם הן מסתמנות לרב בגיל ההתבגרות וכרוכות במורבידיות ומורטליות גבוהים. זיהוי של ה"ש במטופלים עם ה"א הוא משמעותי כיוון שה"ש בעצמן יכולות להחמיר את ה"א, לגרום לסיבוכים גופניים והן סמן פרוגנוסטי רע להצלחת טיפול בה"א. בנוסף, ה"ש יכולות להוות סמן ראשון לה"א שלא זוהו קודם לכן. במחקר שביצענו אמדנו את שכיחות ה"ש בקרב מתבגרים עם ה"א, בהתייחסות לסוג ה"ש וסוג ה"א. שיטות המחקר: מחקר Cross sectional, והשוואה בשכיחות ה"ש בין קבוצת המחקר – 27 מטופלים עם הפרעת אכילה המטופלים במרכז לרפואת מתבגרים, לבין הנתונים בספרות ובין השכיחות בקבוצת הביקורת- קבוצת האחים. קיום ה"ש בשתי הקבוצות הוערך באמצעות שאלון PSQI. אבחון ה"א נעשה לפי קריטריוני DSM 5. וכן נלקחו נתונים דמוגרפים ואפיון דרגת תת התזונה.

תוצאות המחקר:

שכיחות הפרעת שינה	BMI ממוצע	גיל ממוצע	מספר משתתפים	
67%	18.9	16.5	27	קבוצת המחקר
22%	-	16.6	27	קבוצת הביקורת

כפי שניתן לראות, שכיחות ה"ש בקרב מתבגרים עם ה"א גבוהה הן מהשכיחות באוכלוסיית המתבגרים הכללית (30%) והן מהשכיחות בקבוצת הביקורת (22%) באופן מובהק.

מסקנות המחקר: שכיחות ה"ש בקרב מתבגרים עם ה"א הינה גבוהה יותר. הקשר בין שתי ההפרעות הוא דו-כיווני ולכן מטפלים במתבגרים עם ה"א צריכים לחפש באופן יזום קיומן של ה"ש ולהתייחס אליהן ובמתבגרים עם ה"ש יש לשלול ה"א

בהרצאה נרצה להתייחס לה"ש האופיניות למתבגרים ולסקור את ההשפעות שלהן על תפקוד והתפתחות המתבגרים, בהמשך נסקור התנהגויות אופיניות לה"א (בולמוסים, צמצום והתנהגויות פיצוי) שיכולות לתרום לה"ש.

14:30-14:50

"הפרעות אכילה והתנהגות אובדנית: הבדלי גילאים בבחינת התיאוריה הבינאישית לאובדנות (IPTs)."

ד"ר עמית גולדשטיין (1,2), ד"ר איריס שחר לביא (2), ד"ר אורית קריספין (2), גב' רוני רום (2,3), ד"ר איתן גור (4), ד"ר נטע חורש-רינמן (1), ד"ר ירי גביעון (1)

(1) המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר אילן, (2) מרכז שניידר לרפואת ילדים, (3) בית ספר ברוך איבצ'ר לפסיכולוגיה, אוניברסיטת רייכמן, (4) המרכז הרפואי שיבא תל השומר.

Abstract

Objective: Individuals with Eating Disorders (EDs) are at extremely high risk for suicidal behaviors (SB). The aim of this study is to examine possible age differences in the components of the Interpersonal Theory of Suicide (IPTs) as risk factors for SB among adolescents and adults with EDs.

Method: The study included 140 female participants: 77 adolescents and 63 adults. Participants completed a battery of psychological instruments assessing SB, ED symptom severity, Non Suicidal Self Injury (NSSI), Perceived Burdensomeness (PB), and Thwarted belongingness (TB).

Results: PB levels were elevated among adults compared to adolescents, while TB levels were similar. PB moderated the relationship between EDs and SB only among adolescents, while TB moderated the relationship between EDs and SB only among adults.

Conclusion: Our findings support the contribution of IPTs constructs (TB, PB) to SB among individuals with ED. Moreover, our findings regarding the different mechanisms in which IPTs constructs operate among adolescents vs. adults are unique and have interventional implications. Treatments for adolescents with EDs should focus on providing support for caregivers to minimize the burdensomeness experienced by adolescents, while treatments for adults with EDs should focus on integrating them in their community and strengthening their sense of belongingness.

מושב מקביל 4

טיפול בינאישי בהפרעות אכילה (סדנה חווייתית)

13:30-15:00

"טיפול בינאישי בהפרעות אכילה: סדנה חווייתית."

פרופ' יעל לצר (1,2), פרופ' שירי שדה שרביט (3,4)

(1) ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה, (2) היחידה לטיפול בהפרעות אכילה, המרכז הרפואי רמב"ם, חיפה, (3) בי"ס ברוך איבצ'ר לפסיכולוגיה, אוניברסיטת רייכמן, הרצליה, (4) אוניברסיטת פאלו אלטו, פאלו אלטו קליפורניה ארה"ב

תקציר

קשיים בינאישיים שכיחים בקרב אנשים עם הפרעות אכילה. הם נמצאים במתאם עם דימוי גוף שלילי וערך עצמי נמוך, ומהווים אחד הגורמים המשמעותיים הקשורים עם התפתחות הפרעות האכילה, הקושי בטיפול בה והפרוגנוזה. מטופלים רבים מתארים לנו עולם בינאישי מצומצם, קשיים ביצירת קשרים בינאישיים אינטימיים משמעותיים וארוכי טווח עם הזולת, וקושי בפתרון יעיל של קונפליקטים. טיפול בינאישי (Interpersonal Therapy, IPT) הינו גישה טיפולית קצרת מועד ומבוססת מחקר המתמקדת ביחסים הבינאישיים של המטופלת וההשפעה ההדדית בין הקשרים החברתיים לבין הסימפטומים של הפרעת האכילה. IPT הינו אחד משני הטיפולים הפסיכולוגיים אשר ארגון הבריאות העולמי מעודד עבור טיפול נפשי בזכות התמיכה המחקרית המעידה על תוצאות טובות יותר מאשר טיפולים קצרי מועד אחרים.

בסדנה חווייתית זו נציג את המודל הטיפולי של IPT אשר הותאם למטופלים עם הפרעות אכילה על מנת לסייע בקשיים שתוארו לעיל. IPT להפרעות אכילה הועבר בהצלחה על אלפי מטופלים בעולם ונמצא אפקטיבי בעשרות מחקרים. המשתתפים בסדנה ילמדו את הנחות היסוד של התיאוריה הטיפולית ויתרגלו על עצמם מיומנויות התערבות בסיסיות בטיפול. המנחות יתארו את ארבעת התחומים הבינאישיים המשפיעים ומושפעים מהפרעת האכילה: עיבוד אבל, מחלוקת לגבי אופי היחסים, מעברי חיים וקשיים חברתיים. נדגים באמצעות תיאורי מקרה כיצד נוכל בגישת IPT לסייע למטופלים המתמודדים עם בדידות, קשיים בינאישיים והעדר תמיכה מספקת. כמו כן, נעסוק בכלים התנהגותיים ורגשיים אשר ניתן לתת למטופלות על מנת שלא יפתרו מצוקה בינאישית דרך אכילה רגשית והתקפית, צמצום באכילה, ספורט מופרז או הימנעות חברתית.

מושב מקביל 5

טיפול מבוסס משפחה (סדנה חווייתית)

13:30-15:00

"התערבות מבוססת משפחה (FBT) כטיפול הבחירה בהפרעות אכילה במתבגרים ובוגרים צעירים – מהתאוריה לקליניקה."

ד"ר עינת צוברי (1,2), ד"ר רינת גרונדמן שם טוב (1,2)

(1) המרכז לטיפול בהפרעות אכילה הדרים כפר סבא, שלוותה, שירותי בריאות כללית (2) מכון מגיד ללימודי המשך, מיסודה של האוניברסיטה העברית.

טיפול מבוסס משפחה (FBT; Family-Based Treatment) נחשב לטיפול הבחירה והמבוסס ביותר מחקרית עבור מתבגרים המתמודדים עם הפרעת אכילה מסוג אנורקסיה נרבוזה. עם השנים מצטברות עדויות ליעילותו גם עבור מקרי בולימיה נרבוזה בקרב מתבגרים ועבור בוגרים צעירים (Young adults, בטווח גילים 18-25 שנים). מודל הטיפול המקורי (FBT) פותח במקור בביה"ח מודסלי בלונדון בשנות ה-80. לאורך השנים, פותחו התאמות וגרסאות שונות למודל זה. בסדנא זו נציג את המודל שפותח ומיושם במרכזנו (המציע טיפול מרפאתי וטיפול יום לנוער ומענה מרפאתי למבוגרים). המודל במרכזנו, פותח על בסיס פרוטוקול FBT המקורי והינו תוצר של ניסיון קליני רב שנים בטיפול בהפרעות אכילה תוך התאמה לסטינג הטיפולי הנהוג בארץ המבוסס על צוות רב מקצועי. תינתן התייחסות גם להתאמות הנדרשות על רקע מורכבות הפסיכופתולוגיה הניצבת לפתחנו בעת הזו. בנוסף, תוצג התאמת עקרונות מתוך המודל כ"התערבות גשר" (Bridge plan) המאפשרת מענה ראשוני במסגרת רפואה ראשונית וכללית. זאת לאור מצוקת תורי ההמתנה למסגרות ייעודיות להפרעות אכילה בישראל שהחמירה במהלך תקופת הקורונה ולאור חשיבות ההתערבות המוקדמת ככל הניתן.

מטרות הסדנא:

1. הכרות עם טיפול מבוסס משפחה כטיפול הבחירה להפרעות אכילה במתבגרים – רקע היסטורי והכרות עם מודל הטיפול המקורי (FBT)
2. הכרות ישומית עם עקרונות מודל הטיפול הרב מקצועי שפותח והותאם במסגרת המרכז לטיפול בהפרעות אכילה, הדרים
3. הכרות עם עקרונות ההתערבות במסגרת רפואה ראשונית כתוכנית גשר עד קבלה למסגרת ייעודית לטיפול בהפרעות אכילה
4. המחשה באמצעות דוגמאות קליניות של טיפול בילדים ונוער ושל בוגרות צעירות

מושב מקביל 6

חשיבה מחדש ואינטגרציה בטיפול בהפרעות אכילה (סדנאות לימודיות)

יו"ר: מר לירן רוגב

13:30-14:15

"Me too Anorexia: על הידבקות ואימוץ א-טיפוסי של הפרעות אכילה כעוגן למצוקה דיפוזית."

מר לירן רוגב

טיפול יום פסיכיאטרי לנוער, הדסה עין כרם.

תקציר

עוד בשנות השבעים הילדה ברוך תיארה כיצד שינויים מסוימים התרחשו במאפיינים הקליניים ובדפוסים הפסיכולוגיים של הסובלות מהפרעות אכילה, ככל שאלו הפכו נפוצות יותר. אלו שפיתחו אותה עד תחילת שנות השבעים ידעו מעט על ההפרעה, וכנראה לא הכירו מישהו שסבל ממנה. בשנים שלאחר מכן אנורקסיה הפכה נפוצה ומוכרת יותר, ומטופלים רבים "התנסו בה", בעקבות חשיפה בטלוויזיה, בלימודים או על בסיס היכרות אישית. ברוך טענה כי שינוי

הזה כרוך גם בשינוי בתמונה הקלינית, הסימפטומטית והפסיכולוגית, עד כדי כך שלעיתים התעורר בה החשד שחלק מהסימפטומים הנם כוזבים או תולדה של חיקוי.

עשורים לאחר מכן, נוכח העלייה הכמותית הניכרת במאובחנות ומטופלות בהפרעות אכילה, מתבקש לבחון אם שינויים איכותיים אלו גדלו אף הם. על סמך ניסיוני וניסיון הצוות עמו אני עובד, חלה עליה אדירה לא רק בשכיחות של הפרעת אכילה אלא בשכיחותה של תת האוכלוסייה הלא ספציפית/א-טיפית. נוכחנו מתוך התנסויות אלו כי היצמדות לפרוטוקולים המוכרים ולהמשגות הקיימות פעמים רבות לא מועילה ולעיתים אף מחזקת את ההיחזות במאפייני הזהות הפתולוגית. עבודה עם אוכלוסייה זו שמאפייניה שונים, דרשה מאיתנו התבוננות מחודשת באפקטים היאטרורגניים של התערבויות מסוימות, והתמקמות שונה בחדר הטיפולים ומחוצה לו.

הסדנה שאני מבקש להעביר מתמקדת בשאלה האם ובאיזה אופן גידולה לאין שיעור של האוכלוסייה הזו דורש מאיתנו המטפלים בהפרעות אכילה חשיבה מחודשת על הידע הקיים שלנו, ושינוי תפיסתי בכל הנוגע להתערבויות הטיפוליות במה שמתכנס תחת הקטגוריה הרחבה "הפרעות אכילה". הסדנה תתבסס על כתיבה של היסטוריונים רפואיים, עיתונאיים וחוקרים מדעיים, כותבים מתחום הפרעות האכילה, תיאורטיקנים פסיכואנליטיים והוגים פוסט מודרניים, עדויות קליניות, ויניטות טיפוליות ותיעוד של אינטראקציות קבוצתיות של מטופלות, וכמובן התנסויותיהם ורעיונותיהם של המשתתפים.

14:15-15:00

"אף פעם לא אמרת לי שאני יכולה לבחור לעשות בולמוס" – יתרונות הטיפול האינטגרטיבי בצעירה עם הפרעת אכילה כפייתית".

ד"ר אפרת כהן-נוימן

המרפאה להפרעות אכילה, המרכז לבריאות הנפש, באר שבע.

תקציר

מודל רב מקצועי ואינטגרטיבי בטיפול בהפרעות אכילה הוא כמעט מובן מאליו אך גם קשה לניהול ויישום. הגישות הטיפוליות המומלצות כיום בטיפול בהפרעות אכילה הן מגוונות ומבוססות מחקר ונראה כי תפיסת-על מארגנת תוכל לתרום רבות לעבודת הצוות, לשפר ממשק בין הגורמים, להפחית פיצולים ולקדם את הטיפול באופן מהיר ויעיל יותר. האתגר העיקרי עבור המטפלת הפרטנית שגם ממלאת תפקיד כ-case manager הוא כפול - מצד אחד עליה לתת מענה לסימפטומים מסכני חיים ומצד שני, לדאוג ליצירת מרחב לחקר החוויה הסובייקטיבית של המטופלת. איך הדיאדה הטיפולית יכולה להתקדם לכיוון מטרה של הרחבת אפשרויות הבחירה של המטופלת, גם במצב מסכן חיים ממשי ופוטנציאלי בשל מופע סימפטומטי סוער? כיצד, אם בכלל, ניתן לתמוך בבחירה של מטופלת להעלם עד כדי מוות או לפגוע בעצמה דרך התנהגותה כשנראה שאפשר גם אחרת? אלו שאלות מוסריות, מקצועיות ואנושיות שמטפלות רבות נתקלות בהן.

מודל טיפול אינטגרטיבי יכול לסייע באיזון המתחים השונים שעולים בטיפול בהפרעות אכילה וארצה לדון בהם דרך ויניטות מסיפור טיפול בצעירה המתמודדת עם הפרעת אכילה בולמוסית, באמצעות מודל הפסיכודינמיקה המעגלית

של וכטל כמסגרת תיאורטית מארגנת עבור הגישה ההתייחסותית, הפמיניסטית, וטיפול DBT תוך שימוש במושג Generative enactment כ"מנוע" אינטרסובייקטיבי המקדם שינוי. אשרטט בקצרה את המודל ומושגי הבסיס וכדי לשקף את הרעיון האינטגרטיבי, אנסה להחיות את ההמשגות התיאורטיות דרך שילובן בסיפור הטיפול. אדגים כיצד ממשקי החיבור והתארגנות הגישות תחת מודל על תיאורטי, מסייעות בקביעת המטרות והדרך הטיפולית שהן - חתירה להרחבת אפשרויות הבחירה של המטופלת, תוך חיבור עמוק לסביבת חייה ולמידה של דרכי התמודדות אפקטיביות עם אתגרי היום יום.

בסדנה המשתתפות/ים:

- יכירו את מודל הפסיכודינמיקה המעגלית של וכטל ואופן שילובן של גישות נוספות כהצעה לביסוס מודל אינטגרטיבי.
- יחשפו למושג Generative enactment.
- ידונו במתח הדיאלקטי בין מצבים סימפטומטיים מסכנים לחופש הבחירה והאוטונומיה של מטופלות/ים.

מושב מקביל 7

חיבורים ויצירתיות בטיפול בהפרעות אכילה (תיאורי מקרה)

יו"ר: ד"ר בשמת קליין

13:30-14:15

"ביתו הראשון של האדם" – הבית והגוף בטיפול בהפרעות אכילה."

ד"ר בשמת קליין

מרפאה לטיפול בהפרעות אכילה, קופ"ח מאוחדת, ירושלים.

תקציר

בהרצאה זו אציג תיאור מקרה במטופלת הסובלת מהפרעת אכילה ודרכו אצביע על נושא שבדרך כלל נמצא בשולי השיח הטיפולי והוא הבית הפיזי והאופן שבו הוא משפיע על החוויה הנפשית. בהרצאה הנוכחית אתמקד בקשר של הבית הפיזי לגוף ובאופן ספציפי להפרעות אכילה.

הקשר בין הבית לגוף הינו קשר הדוק – הגוף הוא ביתו הראשון של האדם, והגוף, כמו גם הבית, נקשרים שניהם אל חוויות ראשוניות של הכלה והחזקה. בהרצאה זו אבחן את מערך הקשרים בין הבית לגוף ואציג את האופן שבו משמשת הפרעת האכילה כניסיון להתמודד עם כאב נפשי וחוויות ראשוניות של העדר החזקה והכלה. בנוסף אציג את האופן שבו משמשת הסביבה הפיזית של הבית מרחב מאפשר שביחס אליו מתבצעים ניסיונות לפצות על חוויות קשות אלו.

בעבודתי כפסיכולוגית ומדריכה במרפאה להפרעות אכילה אני נתקלת לעיתים קרובות בצמידות זו בין הפרעות בקשר של מטופלות אלו אל גופן ואל בתיהן. באמצעות תיאור המקרה שאביא, אדגים את האופן שבו הפנייה אל הגוף/בית

בציפייה שיתקנו בקיעים נפשיים היא דרך הגנתית לנסות ולתקן חוויה של "מעטפת נפשית מחוררת", מונח אותו המשיגה קינן בעקבות אנזייה.

ההרצאה תתבסס על תיאוריות פסיכואנליטיות שמרביתן משתייכות לזרם העצמאי בפסיכואנליזה הבריטית (ביק, טסטין, אנזייה, אוגדן ובולאס), וכמו כן שואבת מעבודת הדוקטורט שלי שעסקה בחוויה במרחב הביתי ובאופן שבו ניתן לעשות שימוש רגשי בחוויה זו.

בתיאור המקרה שאציג אתאר את הטיפול במטופלת בשנות ה-20 לחייה שהגיעה לטיפול במרפאה להפרעות אכילה לאחר מספר שנים בהן סבלה מבולימיה. דרך מקרה זה אדגים את מערך היחסים המורכב בין בית, גוף ונפש וכיצד הבנת הדינמיקה ביניהם יכולה להעשיר את השיח הטיפולי בהפרעות אכילה.

14:15-15:00

"הבעה, יצירה והפרעות אכילה – אומנות ככלי לטיפול והתמודדות."

אופיר וייס

בית חולים שניידר לרפואת ילדים.

תקציר

סדנא חווייתית המציעה הצצה לעולם האומנות הטיפולית במחלקות לטיפול בהפרעות אכילה. הסדנא כוללת למידה והיכרות עם:

- מושגים ורעיונות בסיסיים מעולם הטיפול באומנות כתשתית לעבודה עם מתמודדים/ות עם הפרעות אכילה.
- אומנות כשפה חדשה לתקשורת אישית ובין-אישית וכלי לעיבוד המציאות.
- הבעה ויצירה ככלי לתרגול ותיווך גישות פסיכופוליות שונות כמו: CBT, ACT, EMDR...
- תובנות, חוויות ודוגמאות מהשטח בעבודה במחלקות לטיפול בהפרעות אכילה (טיפול יום, אשפוז יום, אשפוז מלא).
- התנסות חווייתית ותרגול.

הסדנא תועבר על ידי מטפל קליני באומנות MA, בעל ניסיון בטיפול בהפרעות אכילה במחלקות אשפוז וטיפול יום בבית חולים. הסדנא כוללת שילוב של הרצאה והתנסות חווייתית (ציוד יצירה מלא יסופק לכל המשתתפים). המשתתפים בסדנא יזכו להצצה והיכרות ראשונית ומעמיקה עם עולם האומנות הטיפולית. בנוסף, המשתתפים יעשירו את ארגז הכלים הטיפולי שלהם ויחשפו לרעיונות ודוגמאות לפעילויות הבעה ויצירה אפקטיביות ופשוטות לתרגול היכולות להשתלב ולסייע בהתערבויות הטיפוליות השונות.

מושב מקביל 8

טיפול במצבים כרוניים (תיאורי מקרה)

יו"ר: גב' ענבר שרב אפרגן

13:30-14:15

"להשיב את האמון/ה: טיפול ממוקד טראומה בחולות הפרעות אכילה ממושכות."

גב' ליטל ידיד (1), גב' אלינה רטר (1), גב' צפנת נורמן (1), גב' נטע סגל (1), ד"ר דניאלה עמיטל (1), ד"ר מיכל חסון רוזנשטיין (2)

(1) היחידה לטיפול יום בהפרעות אכילה "אדוה" בית חולים ברזילי, (2) המרכז לבריאות הנפש מעלה כרמל.

תקציר

הגישה הטיפולית שלנו ביחידה החדשה לטיפול יום, שמה דגש על האמונה שכל מטופל/ת זכאי/ת לאיכות חיים לצד ההתמודדות עם המחלה ולקבלת תכנית טיפול מלאה, הכוללת ליווי דיאטני, פסיכותרפיה פרטנית וקבוצתית, מעקב וטיפול פסיכיאטרי וליווי סוציאלי ורפואי (ללא קשור לפרוגנוזה או לניסיונות עבר). הנחות היסוד שלנו מושתתות על עקרונות הטיפול-הקבוצתי האקזיסטנציאליסטי (יאלום, 2007) הרואות את הפרט כחלק מקבוצה, ושיכולתו להסתייע ולתרום לשאר הקבוצה מתוך התמודדותו האישית. בנוסף, הצוות מהווה מודל "משפחתי" לשיח רגשי, למיומנויות תקשורת בינאישיות ולשיתוף-פעולה והדדיות.

שני (שם בדוי), בת 40, נשואה ואם לארבעה ילדים מטופלת כיום כ-5 חודשים ביחידה, מאובחנת באנורקסיה נרבוזה (binge/ purge type) כ-7 שנים, בעברה שבעה אשפוזים פסיכיאטריים מלאים עם קושי באיזון משקלי ו-3 אשפוזים בטיפול-יום.

שלוש שנים לפני כן, במשקל 120 ק"ג, עברה ניתוח בריאטרי לאחריו השילה 60 ק"ג ב-6 חודשים ופיתחה סימפטומים של צמצום והקאות. כשאובחנה היתה בחודש השישי להריונה השלישי, בהחמרה משמעותית ופנתה לראשונה לטיפול. באשפוז הסגור האחרון, הגיעה בתת-משקל קיצוני של 39 ק"ג והייתה בסכנת חיים. שם חשפה לראשונה שנפגעה מינית בילדות, אך ללא יכולת לעבד זאת בטיפול.

בתיאור המקרה נתייחס למטופלת שתיוגה כ"כרונית", ולאור כך צומצמו משאבי הטיפול שניתנו לה ועם זאת גם הסיכוי להחלמה. עם הגעתה למסגרת יחידתנו, לאור הקשר המשמעותי בין טראומה מינית לבין התפתחותן של הפרעות-אכילה, בחרנו בטיפול התייחסותי ומכוון-טראומה, ואילו בפן התזונתי והקבוצתי, משולבים אלמנטים קוגניטיביים-התנהגותיים, בייחוד קבלה, וויסות רגשי וגמישות-קוגניטיבית (ACT ו-DBT).

בהצגת המקרה של שני, נתייחס לנקודות הציון בתהליך הטיפול: למוכנותה לטפל בטראומה, התמודדות עם שינויים גופניים (עלייה במשקל, חזרת הוסת) והתפקיד המשמעותי והמוביל שממלאת בקבוצה, וכיצד אלו אפשרו בתורם שינוי ויציאה מתקיעות.

14:15-15:00

"פנייה אל העתיד בטיפול בהפרעות אכילה כרוניות – 'כשמאמינים בי: אני יכולה להתחיל להאמין בעצמי' - נוכחות זולתעצמי וירטואלי."

גב' ענבר שרב איפרגן

המרפאה לטיפול בהפרעות אכילה, קופ"ח מאוחדת, ירושלים.

תקציר

במפגש עם חולות אנורקסיה קשות נראה לעיתים שלצד מלחמתן על שימור הסימפטומים, קיימת פגיעה בעצם הרצון שלהן להתקיים.

יוצג טיפול המייצר התנעה של חיים באזור שקפא במהלך ההתפתחות, תוך שימוש בהמשגה פסיכודינמית של פסיכולוגיית העצמי.

בת 19, שהוגדרה כחולה כרונית לאחר שנים של אשפוזים, הגיעה לאשפוז כפוי. אתאר את האופן בו היכולת של המטפלת להחזיק בתוכה את פוטנציאל האפשרות של המטופלת להתקיים ולהתפתח, סייעה לה במסע החלמה. בסוף הטיפול היא אמרה למטפלת: "כשמאמינים בי, אני מתחילה להאמין בעצמי, מי היה מאמין שאגיע למקום כזה? – התשובה היא את". יוצגו ויניטות טיפוליות, תוך פירוט התפתחות יחסי ההעברה.

קוהוט, בהתייחסו להתפתחות בראשית החיים, התייחס לשלב ראשוני בו הילד מתקיים רק כמושג פוטנציאלי – וירטואלי בנפשה של האם. בשלב זה האם מחזיקה בתוכה את אפשרויות ההתגלמות של העצמי העומד להיוולד. תהליך זה ממשיך בראשית החיים במפגש הממשי עם התינוק שנולד והמשך החזקת רצף ההתקיימות שלו בתוכה, גם כאשר לו עצמו עוד אין חוויה של קיום ושל רצף. מצאתי שבמקרים של אנורקסיה קשה, ניתן לעיתים קרובות לזהות הדהוד של כשל מוקדם באופן בו הוחזקו במיניד של האם עוד טרום הלידה ובמפגש איתה בראשית החיים. הנסיבות לכך יכולות להיות מגוונות (היריון לא רצוי בסביבה לא תומכת, כשל בהתפתחות של האם שמקשה עליה לתמוך בהתפתחות של הבת ועוד).

גורם מכריע בהתנעה מחודשת של צורכי עצמי בהעברה היא יכולתו של זולתעצמי ליצור בתוכו מרחב התקיימות עבור העצמי המתהווה של המטופלת. אציג את האפשרות של המטפלת, להתייבב מול המטופלת כ"זולתעצמי וירטואלי", כך שבמפגש בהווה, מתקיימת גם עמדה פרוספקטיבית לגבי פוטנציאל ההתקיימות שלה בעתיד.

חלק II – יום עיון משותף לאנשי מקצוע, למתמודדות.ים ולמשפחות

שולחנות עגולים מקבילים (17:40-18:40)

"אני לא מוותרת לך כי אני לא מוותרת עלייך!" – תיאור מקרה מנקודת מבט אישית – המקום המרכזי של ההורים בתהליך החלמה.

גב' מאיה פונר, אם למתמודדת.

מנהלת קבוצת 'ווצאפ' תומכת להורים למתמודדות.ים. חברת ועד מנהל בעמותת המסע שלנו, פורום משפחות מתמודדות עם הפרעות אכילה.

תקציר

מחקרים מראים שטיפול מבוסס משפחה (FBT) הוא טיפול מבטיח בהפרעות אכילה, עם סיכויי החלמה גבוהים לאורך זמן ובהשוואה לשיטות טיפול אחרות. נציג את המקרה המוצלח הפרטי שלנו של טיפול והחלמה דרך ההורים ותפיסת מקומם המרכזי בתהליך ההחלמה. המקרה מבוסס על טיפול בגישת FBT שבה היחס להורים הוא כמשאב להחלמה.

מתדיינות: גב' עדנה אפלבוים נמדר, פסיכולוגית קלינית וגב' דנה ינקלוביץ –דיאטנית קלינית.

"לצעוד ביחד: כיצד יכולה תכנית עמיתים (מנטורים) לתמוך בהחלמה מהפרעות אכילה?"

גב' לירון כהן (1), ופרופ' יעל לצר (2,3)

- (1) Project Manager - International Development, Mentor, and Team Lead, National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (ANAD), ביה"ס לעבודה סוציאלית, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה, (3) המרכז לטיפול בהפרעות אכילה, המרכז הרפואי רמב"ם, חיפה.

תקציר

תמיכת עמיתים היא גישה מוכרת בתחום בריאות הנפש ככלל וההתמכרויות בפרט. עמיתות תומכות הן אלו שחוו את המחלה בעצמן וצלחו את תהליך ההחלמה וכעת מהוות עזר לטיפול בכך שהן מספקות את המומחיות האישית שלהן בחוויית ההחלמה. התוכנית תורמת הן לעמיתות והן למתמודדות. יערך שיח על יישום התוכנית בארץ עם אפשרות להשפיע על התאמתה.

"מהי החלמה, ולמה זה משנה?"

פרופ' רחל בכנר

המרכז האקדמי רופין והאוניברסיטה העברית.

תקציר

נבין את הצורך בהגדרה סטנדרטית של החלמה מהפרעות אכילה בתחום המחקר ובתחום הקליני. נשאל את עצמנו האם אפשר להגיע להגדרה שמתאימה לכולם או שמדובר בתהליך אישי השונה מאדם לאדם.

"מדוע גם הפה שלי נסגר מול הילד/ה שלי?"

גב' מאיה טרביס פלג

המחלקה להפרעות אכילה, ביהח "שיבא" תל השומר.

תקציר

הורים שילדם סובל מהפרעת אכילה מוצאים עצמם במשנה זהירות עד כדי סגירת הפה, לא למזון- אלא למילים מול הילד. כתוצאה מכך התקשורת היום יומית נפגעת. נדון בסיבות לכך ובאמצעים התקשורתיים היכולים לסייע לחלץ אותנו מדפוס זה בהתבסס על עקרונות מתוך גישות הטיפול EFT ו- DBT.

"חיבור גוף ונפש – מהי הנפש. מהו חיבור גוף-נפש. איך מגיעים לכזה חיבור ולמה ישנו בכלל ניתוק מלכתחילה."

גב' טאל לוי כהן,

MA אמנית, יוצרת ומטפלת בהבעה ויצירה – בהמשך להצגת היחידה.

תקציר

לביטוי באמצעות האומנויות יש ערך רב בנתינת צורה למה שמתרחש בנפש ואין לו ביטוי ביומיום. באמצעות קריאה של תיאוריות פסיכולוגיות, אותן ליקטה במהלך לימודי הטיפול באמצעות הבעה ויצירה (באמצעות האומנויות), מבינה השחקנית מה עבר עליה בחייה ואיך הגיעה למצבה הנפשי הרעוע. לאחר שנים שהייתה "ילדה טובה", שהקשיבה וספגה אמירות מסביבתה הקרובה והרחוקה, בהן "לקחה על עצמה" גם את מחלת הנפש – בולימיה – היא מבינה איך באמצעות לימוד פסיכולוגיה ועיבוד וביטוי אישי ואומנותי בתנועה, במשחק ובכתיבה – אפשר להירפא ולהגיע למקום שלם עם עצמנו.

מתדיינת: גב' סימי חבלין, דרמה תרפיסטית ופסיכותרפיסטית. מקימה ומנהלת 'המרכז' למניעת הפרעות אכילה.