

"המפתח להחלמה בידי ההורים": טיפול משפחתי בהפרעות אכילה

* נעשה שימוש בלשון נקבה בשל ריבוי המקרים של נשים הלוקות במחלה.

פרופ' יעל לצר

הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות אוניברסיטת חיפה, מרכז להפרעות אכילה, רמב"ם
הקריה הרפואית לבריאות האדם

הקדמה

שכיחות הפרעות אכילה (ה"א) נמצאת בסימן עליה מתחילת שנות ה-60, פוגעת בעיקר בנערות בגיל ההתבגרות, בשיעור של 0.3% - 2% מהאוכלוסייה, וכרוכה בתחלואה מרובה, נפשית ופיזית ובאחוזי תמותה גבוהים. הפרעות אכילה מאופיינות ברצון פתולוגי להפחית במשקל, בהתעסקות כפייתית באוכל, צורה, ומשקל, על רקע של מצבי דחק נפשיים, דימוי עצמי וערך עצמי נמוכים.

הסיבות להיווצרות ה"א אינן ברורות ונראה כי שילוב של תהליכים חברתיים, פסיכולוגיים, וביולוגיים ממלאים תפקיד משמעותי בהיווצרותן. הטיפול מתבצע לרוב על ידי צוות רב מקצועי המומחה בטיפול בה"א, וכולל שיקום גופני, תזונתי, נפשי, ובינאישי. במרבית המקרים ניתן לטפל במסגרת אמבולטורית, ובחלקן יש צורך באשפוז מלא או חלקי. רוב המטופלות מגלות התנגדות רבה לטיפול, למרות הנזקקות הרבה, ומכאן הקושי לסייע להן. לאורך השנים התגבשו מודלים טיפוליים שונים לטיפול בה"א. הצטברות הניסיון הקליני והמחקרי הובילו להכרה בתפקידה המכריע של המשפחה בתהליך הריפוי לאורך כל שלבי הטיפול (Iatzer & Stein, 2019).

מאמר זה יסקור תחילה את תפיסת המשפחה בהפרעות אכילה בראי היסטורי ותיאורטי, יובאו המודלים התיאורטיים הראשוניים של תפיסת המחלה בראיה משפחתית, יוצג ההסבר של המחלה מנקודת ראות המודל המשפחתי המערכתית, המבני והאסטרטגי, אשר תפס את המחלה בתחילת הדרך כמקור הבעיה, ומאוחר יותר כמנוף להבראה. יובא בהרחבה המודל הטיפולי מבוסס המחקר בטיפול משפחתי, המכונה "טיפול מבוסס משפחה" אשר נמצא היעיל ביותר בטיפול במתבגרות עם ה"א. לסיכום יובאו מחשבות למחקר עתידי בטיפול משפחתי.

תפיסת המשפחה בהפרעות אכילה בראיה היסטורית

במאה ה-19 עם הגילוי של מחלת האנורקסיה נרבוזה ותפיסתה כבעיה נפשית, הן על ידי גאל באנגליה ולסאז' בצרפת, נתפסה המשפחה כאחד הגורמים העיקריים להיווצרותה, וכפועל יוצא הומלץ על הרחקת החולה ממשפחתה במטרה לסייע להבראתה. במהלך השנים התגבשו שלוש גישות תיאורטיות עיקריות המסבירות את המחלה מנקודת ראות משפחתית ובהתאם את הטיפול בה: הליניארית, האינטראקציונית והמערכתית. (Iatzer & Stein, 2019)

על פי הגישה הליניארית לאחד מבני המשפחה יש תפקיד מכריע בהיווצרות המחלה, ובמיוחד לאם. בין אם בשל התייחסות אימהית אמביוולנטית, חוסר רגישות לצרכי הילדה, וקושי לספקן, או קשר ראשוני סימביוטי עם שליטה אימהית (Sours, 1974), מאוחר יותר ניתנה גם התייחסות לתפקיד האב, המאופיין כחלש, ילדותי וזקוק להגנה, או מרוחק ובלתי ניתן להשגה, דבר המקשה על סיפוק צרכי הביטחון של הילדה, וכן לאחריות הורית כללית.

על פי הגישה האינטראקציונית האחריות להיווצרות ה"א קשורה באינטראקציה הורה - ילד. על פי גישה זו הבת מצידה מביאה לאינטראקציה אישיות תלותית ובלתי בשלה מחד והתפתחות פיזית ואינטלקטואלית גבוהה לגילה מאידך, האם מצדה, מתקשה לספק את צרכיה הייחודיים של הבת, ומתעלת את היחסים עמה למילוי צרכיה האישיים. במצב זה, הבת הופכת לשלוחה של האם ומאבדת את תחושת הישות המופרדת והאוטונומית. (Bruch, 1973)

על פי הגישה המערכתית

על פי הגישה המערכתית המבוססת על תיאורית המערכות הכללית המשפחה הינה אוסף אלמנטים קבועים, היוצרים מהות הגדולה מסכום מרכיביה. שינוי המתרחש בחלק אחד של המערכת מביא לשינוי בתהליכים של המערכת כולה. בהקשר זה מודגשות בעיקר תרומתן של הגישה המבנית (Minuchin, 1974) והגישה האסטרטגית (Selvini - Pallazzoli, 1974) להבנת התפתחות מחלת האנורקסיה נרבוזה במשפחה.

התפיסה המשפחתית המבנית

מינושין (Minuchin, 1974) היה ממפתחי הגישה המערכתית המבנית בטיפול המשפחתי, אשר הדגיש את מקומו של האדם בהקשרו החברתי. המושג מבנה משפחה מתייחס לדרישות התפקודיות ו/או לקודים הסמויים המארגנים את הדרך בה מתנהלים יחסי הגומלין בין בני המשפחה. מינושין ועמיתיו (Minuchin et al., 1978) הקדישו תשומת לב רבה למשפחות המתפקדות בתנאים פסיכוסומטיים, כמו ילד/ה עם אסמה, סוכרת נעורים לא מבוקרת או אנורקסיה נרבוזה. הם זיהו ארבעה מאפיינים משותפים למשפחות אלו אותן כינו "משפחות פסיכוסומטיות": **סביכות רגשית משפחתית**, (enmeshment) המתבטאת במעורבות יתר רגשית של חברי המשפחה איש בחיי רעהו, גבולות מטושטשים, וקושי בנפרדות. **חסות יתר (overprotection)**: המתבטאת בהגנת יתר לא מותאמת המקשה על התפתחות והעצמאות של הילדים. **נוקשות (rigidity)**: המתבטאת בקושי של חברי המשפחה לעשות שינויים הנדרשים במעברים בחיי משפחה. **הימנעות מקונפליקט (lack of conflict resolution)**: מתבטאת בנטייה לעקוף מצבי קונפליקט ואי הסכמות מחשש להרס הלכידות המשפחתית. מינושין ועמיתיו (1978), ציינו כי במשפחות עם מאפיינים אלה, דפוסי המשפחה מעודדים סומטיזציה, ולכן הילדה החולה לא תשפר כל עוד לא יטופלו הכשלים התפקודיים של המשפחה. הם היו הראשונים שתרמו להבנת מבנה המשפחה של חולה עם אנורקסיה נרבוזה.

התפיסה המשפחתית האסטרטגית

באותה תקופה ובמקביל פיתחה קבוצת מילאנו באיטליה ובראשה סלביני פאלצולי את המודל המערכתי האסטרטגי לטיפול במשפחות להן בת עם אנורקסיה נרבוזה. הם זיהו מספר דפוסי תקשורת בעיתיים, המאפיינים משפחות אלו דפוס של העברת אשמה (Blame shifting), של חוסר מנהיגות במשפחה, (Rejection of personal leadership), ושל ברית סודית במשפחה (Selvini - Pallazzoli, 1974).

המודל המשפחתי המערכתי, המבני והאסטרטגי, היוו לראשונה התבוננות מחודשת על המערכת המשפחתית כמאיצה ומשמרת חולי, ובהתאם גובשו היסודות הטיפוליים, אשר היוו את הבסיס הראשוני לטיפול משפחתי באנורקסיה נרבוזה, ובהמשך גם להפרעות אכילה אחרות.. (Minuchin, et al 1978)

תפיסת המשפחה בהפרעות אכילה בראי המחקר

"המשפחה הפסיכוסומטית" כמקור לבעיה

חוקרים רבים ניסו לבחון אמפירית את המודלים התיאורטיים המערכתיים של "המשפחה הפסיכוסומטית" ומצאו מספר ממצאים התומכים בדפוסים אלו, אך רבים אשר שוללים אותם. ממצאים אלו הובילו למסקנה כי מאפייני משפחה אלו לא ייחודיים וקבועים ב"משפחות פסיכוסומטיות" לעומת משפחות בריאות אחרות. לטענת החוקרים, יש מקום להיות זהירים בבניית מודל אחיד וכוללני עבור "משפחות פסיכוסומטיות" ולהימנע מהקשה בין מודל מבני או איסטרטגי לבין קיומו של תהליך הכרוך בהתפתחות הפרעות אכילה במשפחה. (Eisler, et al., 1997)

לאור מסקנות אלו, מודל "המשפחה הפסיכוסומטית" זכה לביקורת רבה במיוחד מאחר והפנה אצבע מאשימה כלפי ההורים כאחראים על היווצרות המחלה של בתם וכן בשל התייחסותו הרבה לחוסר התפקוד המשפחתי, כבסיס לחולי, והתעלמות מהכוח הקיים במשפחה כמנוף להחלמה. כוון המחקר השתנה בהתאם והראה כי המשפחה מהווה משאב חיוני בתהליך ההחלמה של חולה עם אנורקסיה נרבוזה. בעקבות ממצאים אלה, חל שינוי במוקד הטיפול, אשר נתן מרכזיות לתמיכה בתהליך ההתמודדות הקשה של המשפחה עם המחלה ביחד עם העצמתה וגיוסה לתהליך הריפוי.

המשפחה כמנוף להבראה

בהתאם גובש מודל טיפולי חדש אשר התייחס אל המשפחה כגורם של כח ומנוף להבראה. הראשונים שבחנו מודל טיפולי זה היו אייזלר ודר (Eisler et al 2000) באנגליה, ומצאו במחקר מבוקר כי טיפול משפחתי מערכתי, המגייס את ההורים לשינוי, מעצים אותם ונעזר בהם ככוח טיפולי, נמצא יעיל בטיפול במתבגרות עם אנורקסיה נרבוזה אשר הגיעו לטיפול לא יאוחר משנה מיום התפרצות המחלה. על בסיס ממצאי מחקר זה פותח המודל המכונה "טיפול מבוסס משפחה".

טיפול מבוסס משפחה FBT

על בסיס ממצאי המחקר כאמור פיתחו חוקרים מארה"ב פרוטוקול טיפולי מובנה המכונה "טיפול מבוסס משפחה" ובדקו אותו אמפירית. המודל הטיפולי נמצא יעיל בטיפול במתבגרות עם אנורקסיה נרבוזה ובולימיה נרבוזה, ומוכר היום כטיפול הנבחר (Le Grange et al., 2007), (Le Grange et al., 2016) יודגש כי מודל זה עשה שימוש ברעיונות הראשוניים של מינושין וחבריו אך בשונה העניק התייחסות רבה להעצמת ההורים, והחזרת האמון בעצמם וביכולתם להאכיל מחדש את ביתם.

"טיפול מבוסס משפחה" נחלק ל-3 שלבים ונמשך כשנה. (ההמלצה מתוך המדריך הטיפולי הינה 20 מפגשי טיפול של FBT הפרושים על פני תקופה של 12 חודשים.)

בשלב הראשון, המטרה היא לגייס את ההורים לקחת חלק בטיפול, בהאכלת הילדה ובעליה במשקל. לצורך החזרת האמון ביכולות ההוריות שלהם, ובעצמם, מתקיימת שיחה פסיכו-חינוכית בה נעשה מאמץ להפחית מתחושת האשמה וחוסר האונים שלהם מחד, ולהחזיר את האמון שלהם בכוחם, זאת בין השאר על ידי מתן הסבר על אופי המחלה, הגורמים לה, המאפיינים שלה, התפקיד החשוב והמשמעותי שיש להם בהחלמתה, והצעדים הראשונים הנדרשים להתחלת ההזנה מחדש. מודגשת בשלב זה של הטיפול החשיבות של עבודת הצוות של ההורים, הרגישות והנחישות, העקביות וגיוס כל המשפחה למלחמה במחלה ולתמיכה בילדה.

בשלב השני, הנערה חוזרת אט אט לאכילה מסודרת ופחות או יותר מאוזנת וסדירה, אך עדיין בפיקוח ההורים. המוקד הטיפולי עובר לתמיכה במתבגר/ת, להתחיל לקחת אחריות על האכילה בהדרגה, עליהם לאכול יחד אך עם ציפייה לאכילה עצמאית יותר ויותר, ושמירה על משקל יציב.

בשלב השלישי והאחרון, המתבגרת מקבלת עצמאות ואחריות מלאה על אכילתה, מתחילה לשלב פעילות גופנית, והמיקוד עובר לנושאים כלליים ורחבים יותר של תפקוד בריא המותאם לגיל, בדגש על פיתוח מיומנויות בינאישיות, עידוד לדעה עצמית והתמודדות עם תביעות הגיל. בנוסף ניתן דגש על מניעת נסיגה בטיפול. ועל נושאים משפחתיים רלבנטיים שדורשים שיח דיון ופתרון.

בהמשך פותח ה"טיפול מבוסס משפחה" מטיפול במשפחה אחת לאורך זמן לטיפול הכולל מספר משפחות

בעת ובעונה אחת, והוא אינטנסיבי מאד בשלבו הראשוניים. מודל זה מכונה "טיפול רב משפחתי" Multi-Family-Treatment (MFT) ונמצא אמפירית יעיל כקודמיו. (Eisler et al., 2016)

"טיפול מבוסס משפחה": מחקרי המשך

"טיפול מבוסס משפחה" (FBT-Family based treatment) אמנם הוכח ביעילותו במחקרי RCT בארה"ב, אנגליה ובאוסטרליה אך מספר לא מבוטל של מטופלים לא הגיעו להחלמה מוחלטת בתום הטיפול המומלץ. הממצאים הראו כי רק 30-50% הגיעו למשקל גוף תקין, והפחתה בפסיכופתולוגיה הנלווית של ה"א. עלתה השאלה האם במקרים בהם אין הטבה בתום 20 מפגשי הטיפול, יש לקיים מפגשים נוספים, לשיפור התוצאות. עד כה המנבא העיקרי להצלחה היה עלייה במשקל, המתרחשת במהלך החודש הראשון של הטיפול.

על מנת לבחון זאת, נעשו מספר מחקרי RCT עדכניים אשר מצאו כי אכן טיפול ממושך יותר הניב תוצאות טובות יותר במטופלים מורכבים, עם תחלואה נלווית פסיכיאטרית רבה יותר. נמצא כי חלקם זקוקים ל 24 מפגשים

ואחרים מורכבים יותר ל-30 מפגשים, על מנת להשיג את מטרת הטיפול. מחקרי מעקב נטורליסטים הראו עוד כי כ-35% מהמטופלים ממשיכים את הטיפול לאחר סיום הפרוטוקול הטיפולי. לאור ממצאים אלו הומלץ על ידי החוקרים לכלול כמות משתתפים גדולה יותר ולבחון את מידת הרמיסיה, בנקודת זמן ממושכת יותר. Wallis, et al 2018

סיכום

בין התיאוריות האטיולוגיות הרבות על ה"א" הוקדשה תשומת לב רבה לתפקיד הפתוגני של המשפחה בהיווצרות המחלה. במרבית הפרסומים התיאורטיים והקליניים הראשונים, המבוססים על התיאוריה המערכתית, קיבלה המחלה מעמד של "הפרעה פסיכוסומטית" שם מבוטאת הדיספונקציה של המשפחה באמצעות הסימפטומטולוגיה של הבת. מודלים תיאורטיים וטיפוליים אלו לא אוששו אמפירית. הביקורת כלפיהם התמקדה במרכזיות שהן נתנו לבעייתיות המשפחתית, המהווה מקור לחולי והתעלמותן מהכוחות שיש במשפחה שיכולים להוביל להחלמה. ואכן, ממצאי מחקרים אמפיריים עדכניים מצביעים בהתמדה על כך שהמשפחה מהווה משאב משמעותי וחיוני בתהליך ההחלמה של חולות עם ה"א".

חשוב לציין כי בעקבות השינוי שחל בתפיסת המשפחה, כמקור תמיכה ראשוני ומרכזי להחלמה, ניתן כיום דגש רב יותר לחקר ההתמודדות של המשפחה עם מחלה של בן משפחה קרוב, והדרכים הנכונות לתמוך בה ולהעצימה ברגעים אלו, כי המפתח להחלמה בידי ההורים.

מקורות

Bruch, H. (1973). Eating disorder: Obesity, anorexia and the person within. New York: Basic Books.

Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., & Le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41, 727-736.

Eisler, I., Dare, C., Russell, G., Szmulker, G., Le Grange, D., & Dodge, E. (1997). A five – year follow up of a controlled trial of family therapy in severe eating disorders. Archives of General Psychiatry, 54, 1025-1030.

Latzer, Y., Stein, D. (2019). Introduction: Novel perspectives on the Psychology and Psychotherapy of Eating Disorders. Journal of Clinical Psychology, 75:8.

- Le Grange, D., & Chen, E. (2007). Family – based treatment for young adults with anorexia nervosa. Unpublished Manual, University of Chicago.
- Le Grange, D., & Lock, J. (2007). Treating bulimia in adolescents: A family – based approach. New York: The Guilford Press.
- Minuchin, S. (1974). Families & family therapy. Oxford, England: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). Psychosomatic families. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Selvini – Pallazzoli, M. (1974). Self starvation. London: Chaucer.
- Sours, J. A. (1974). The anorexia nervosa syndrome. International Journal of Psychoanalysis, 55, 567-572.
- Wallis A, Miskovic-Wheatley, J., Madden, S., Alford C, Rhodes P and Touyz S (2018) Does continuing family-based treatment for adolescent anorexia nervosa improve outcomes in those not remitted after 20 sessions? *Clinical Child Psychology and Psychiatry* , Vol. 23(4) 592–600