

חלק א

התאוריה, יישומה ובחינתה האמפירית



פרק ראשון

אנורקסייה ובולימיה: אבחון והיסטוריית הטיפול

איתן בכר

אנורקסייה נרוזה היא אחת מהפרעות הנפש החמורות ביותר, והמוזרות ביותר. בלא כל הפרעה אחרת בחשיבה פרט לעיוות בתפיסת הגוף נערה אינטליגנטית, ולרוב אף אינטליגנטית במיוחד, מרעיבה את עצמה לעתים עד מוות. בולימיה נרוזה הוגדרה הפרעה נפרדת מאנורקסייה נרוזה רק בראשית שנות השמונים של המאה העשרים (American Psychiatric Association [APA], *DSM III*, 1980). הפרעות אלו קרובות זו לזו, וישנן הפרעות ביניים שרשימת הסימפטומים בהן מורכבת משתי התמונות הפסיכיאטריות הללו. בעוד שנערה הסובלת מאנורקסייה רסטריקטיבית (restrictive – ראה להלן) שומרת על משקל נמוך על ידי איאכילה, נערה הסובלת מבולימיה שומרת על משקל נמוך על ידי סילוק יזום של המזון מגופה לאחר שאכלה כמויות גדולות ממנו. סילוק המזון לאחר בולמוס הזלילה נעשה בדרך כלל על ידי הקאות או על ידי תרגילי ספורט קשים. דרך אחרת שחולות רבות מנסות לסלק בה את המזון מהגוף היא שימוש במשלשלים. בניגוד להקאות ולהתעמלות דרך זו אינה מפחיתה באמת מהמשקל, כי היא מזרזת את סילוק שארית המזון לאחר העיכול. מבין החולות בבולימיה 50% היו בעברן אנורקטיות. בספר זה נתייחס אל החולה בלשון נקבה, מאחר שכ־90% מהחולים באנורקסייה או בבולימיה הן נערות ונשים.

אבחון

ספר האבחנות הנפשיות (*DSM*) מונה במהדורתו הרביעית (APA, 1994) את רשימת הסימפטומים והסימנים לאבחנה של אנורקסייה או של בולימיה.

קריטריונים דיאגנוסטיים של אנורקסייה נרוזה
א. החולה מסרבת לשמור על משקל גוף מינימלי הנורמלי לגיל ולגובה מסוימים, כלומר, משקלה נמוך ב־15% מן המשקל המצופה.
ב. החולה מוצפת בפחד עז מעלייה במשקל למרות היותה בעת הבדיקה בתת־משקל.

ג. (1) החולה חווה את צורת גופה או את משקלו באופן מעוות, כלומר היא מושכנעת שהיא שמנה אף על פי שהיא בתת־משקל; (2) הערכתה העצמית מושפעת בצורה מופרזת ממשקל גופה ומצורתה.

ד. המחזור החודשי נעדר לפחות שלוש פעמים רצופות אצל נערות ונשים הנמצאות בגיל קבלת המחזור.

סוגים ספציפיים של אנורקסייה
 סוג הבולמוס וסילוקו (binge eating purging type): בתקופת האנורקסייה החולה עסוקה באופן סדיר בבולמוס זלילה ובסילוק, דהיינו הקאות יזומות או שימוש במשלשלים או במשתנים.
 סוג ההצטמצמות (restrictive type): בתקופת האנורקסייה החולה אינה עסוקה בבולמוס זלילה ובסילוק.

קריטריונים דיאגנוסטיים של בולימיה נרוזה
 א. אפיזודות חוזרות ונשנות של בולמוס זלילה. אפיזודה של בולמוס זלילה מוגדרת באמצעות שני הקריטריונים הבאים: (1) כמות אוכל הגדולה בעליל ממה שרוב האנשים יאכלו בפרק זמן נתון או בנסיבות דומות; (2) תחושה של חוסר שליטה במשך האפיזודה, כלומר החולה חשה שאינה מסוגלת להפסיק לאכול או שאין לה בקרה על סוגי המזונות שהיא אוכלת ועל כמותם.
 ב. התנהגות מפצה בלתי תקינה החוזרת ונשנית כדי למנוע עלייה במשקל, כגון הקאות יזומות, שימוש במשלשלים או במשתנים, צומות או תרגילי ספורט קשים.
 ג. בולמוס הזלילה וההתנהגות המפצה מתרחשים שניהם פעמיים בשבוע בממוצע לפחות למשך שלושה חודשים לפחות.
 ד. ההערכה העצמית מושפעת באופן מוגזם ולא תקין מצורת הגוף וממשקלו.
 ה. ההפרעה מופיעה לא רק בתקופת אנורקסייה, שכן אז האבחנה תהיה אנורקסייה מסוג הבולמוס וסילוקו.

סוגים ספציפיים של בולימיה נרוזה
 סוג הסילוקו (purging type): במהלך האפיזודה של בולימיה החולה עוסקת באופן סדיר בהקאות יזומות או משתמשת במשלשלים או במשתנים.
 הסוג הלא-מסלק (non-purging type): במהלך האפיזודה של בולימיה החולה נוקטת התנהגויות מפצות ובלתי תקינות כגון צומות או תרגילי ספורט קשים, אך אינה עסוקה באופן סדיר בהקאות יזומות או משתמשת במשלשלים או במשתנים.

הסיבוכים הגופניים של אנורקסייה ושל בולימיה

הסיבוכים הגופניים של האנורקסייה נובעים מההרעבה הקיצונית ומהרזון הקיצוני שבא בעקבותיה. סיבוך גופני אחד כבר הוזכר לעיל כאחד הקריטריונים לאבחנה, והוא אבדן המחזור. סיבוכים נוספים הם עצירות, כאבי בטן קשים,

אטיות, ירידה בחוס הגוף ואימימוש פוטנציאל הצמיחה לגובה. יש חולות המפתחות 'לאנוגו', שהוא שיעור דק על הידיים ועל הישבנים. תופעה זו היא ניסיון של הגוף לשמור על חומו, שירד בגלל היעדרן של שכבות שומן מינימליות. סימנים גופניים נוספים הם יובש של העור, חוסר יכולת לשאת קור ודופק נמוך. אם חידוש האכילה הנורמלית לא נעשה באופן הדרגתי, עלולות להופיע בצקות קשות. תיתכן גם פגיעה קשה בצפיפות העצם. אחוז התמותה מאנורקסייה הוא בסביבות ה־10% ואף יותר מכך. עיקר הסיבוכים הגופניים מבולימיה נובעים מההקאות היוזמות. אלה כוללים: פגיעה חמורה בשיניים, בוושט, בבלוטות הרוק, פגיעה במאזן הנזלים והאלקטרוליטים, ולעתים נוצרים כתוצאה מכך סיבוכים בלב שעשויים להסתיים במוות. עם זאת שיעור התמותה מבולימיה אינו ידוע. תופעת אבדן המחזור נדירה יותר בבולימיה מבאנורקסייה, שכן רמת משקל הגוף בבולימיה נותרת קרובה לנורמה עם סטיות קלות ממנה. הסיבה לאבדן מחזור המתרחש לעתים בבולימיה אינה ברורה לחלוטין.

תפוצת המחלות

תפוצת האנורקסייה באוכלוסיית הסיכון היא בשיעור של 0.5%-1% מכלל אוכלוסיית הנערות בגיל ההתבגרות המאוחר והנשים בגיל הבגרות הצעירה. תפוצת הבולימיה באותה אוכלוסייה היא 1%-3%. אנורקסייה ובולימיה נפוצות הרבה יותר בחברות עשירות ומתועשות, אשר יש בהן שפע של אוכל. מהגרים מהעולם השלישי לארצות עשירות עלולים לפתח את המחלה בשיעורים המתקרבים לאלו של האוכלוסייה המקומית. בארצות העשירות המחלות הללו שכיחות בקרב השכבות החברתיות-כלכליות הגבוהות יותר מבשכבות החברתיות-כלכליות הנמוכות (הסו, 1990). מחקר מדויק לגבי הפער בשכיחות המחלות בין שכבות האוכלוסייה פורסם לאחרונה בהולנד (הואק, 1998). לפי מחקר זה שכיחות הבולימיה גדולה פי שבעה באזוריה העירוניים של הולנד לעומת אזוריה הכפריים. הסו (1990) מדווח על ממצא מעניין בנוגע לנסיכויות נפט ערביות: שיעור הפרעות האכילה בהן גדל ביחס ישר לשיפור ברמת החיים וברמת ההכנסה עד לפי שבעה. תצפיותיו מראות שיש מעין הידבקות חברתית בתוך כיתה או שכבה בתיכון שבה מתגלה מקרה של אנורקסייה - לאחר מקרה זה מופיעים מקרים נוספים. כל הממצאים הללו מצביעים על ההשפעה המכרעת של גורמים חברתיים, תרבותיים ופסיכולוגיים על תפוצת מחלות אלו. עם זאת ידוע על גורמי סיכון גנטיים מסוימים שעלולים להעלות את סיכויי הופעת המחלה. ידוע שבמשפחות של חולות אנורקסייה או בולימיה יש שכיחות גבוהה יותר של בעיות תזונה (מהשמנת יתר ועד אנורקסייה) או של מחלות נפש אחרות (APA, 1994). ואולם עדיין לא ברור מהי השפעתו של הגורם הגנטי על מהלך המחלה ואף לא ברור מהי התרומה שלו, אם ישנה כזו, למידת השונות הסטטיסטית המוסברת של מחלות אלו. הגיל השכיח להופעת אנורקסייה או בולימיה הוא גיל ההתבגרות או גיל

הבגרות הצעירה. נדירים מאוד המקרים של הפרעות אלו לפני גיל ההתבגרות, ונדירה ביותר התחלה שלהן לאחר גיל 40. הגיל הממוצע להופעת אנורקסייה הוא 17. יש המצביעים על עקומה דו־קוטבית של שיאי תחילת המחלה בגילים 14 או 18. הגיל הממוצע להופעת בולימיה הוא מעט מאוחר יותר (נוטה יותר לסוף ההתבגרות ולראשית הבגרות הצעירה). תופעה זו גם עולה בקנה אחד עם העובדה שלפחות ב־50% ממקרי הבולימיה הופיעה המחלה לאחר שהחולה כבר חלתה באנורקסייה.

משך המחלה בשתי ההפרעות משתנה. יש חולות המחלימות לאחר תקופה קצרה (של חודשים ספורים) ויש המידרדרות למחלה שנמשכת שנים. סטרובר (1998) פרסם מעקב שניהל במשך למעלה מ־15 שנה אחר חולות אנורקסייה. הוא מצא שלאחר מקסימום שש שנות טיפול 75% מהחולות החלימו החלמה מלאה ואף אחת לא נסוגה בחזרה למחלה; עוד 12% החלימו החלמה חלקית, ומתוכן 10% נסוגו בחזרה למחלה; 13% לא החלימו אפילו לאחר שש שנות טיפול.

היסטוריית הטיפול באנורקסייה

כבר בסוף המאה השבע עשרה הופיע בספרות הרפואית דיווח על מחלה אשר תיאורה מתאים לזה של האנורקסייה (מורטון, 1694). עד לראשית שנות השלושים של המאה העשרים הופיעו לפחות שבעה פרסומים שבהם המחברים משערים שלמחלה יש מקור גופני, והציעו לשם רפוייה מלחים מינרליים ואמבטיות שונות. משנות השלושים גברה ההכרה שלמחלה יש מקור נפשי, ופסיכותרפיה הפכה להיות מרכז הטיפול.

הפסיכואנליזה, שבלי ספק היא התאוריה המרכזית בתחום הפסיכותרפיה, פיתחה מהעשורים הראשונים של המאה העשרים ועד ימינו שלושה מודלים להבנת הפתולוגיה והנורמליות בנפש האדם. כמו בכל שטחי המדע, גם בפסיכואנליזה כל מודל חדש מכיל את המודל שקדם לו. התאורטיקנים והמטפלים שטיפלו באנורקסייה (כאמור לעיל, בולימיה הוגדרה תסמונת נפרדת מאנורקסייה רק מראשית שנות השמונים) השתמשו ב'משקפיים' ובימפה' שסיפק כל מודל כזה בעתו. כך משנות השלושים ועד ראשית שנות החמישים הביטו המטפלים והחוקרים באנורקסייה מבעד למשקפיים של המודל דחף-הגנה. לפי מודל זה, בתשתית חיי הנפש נמצא קונפליקט בין דחפים (מיניים ותוקפניים) לבין איסוריו של 'אני עליון נוקשה, וה'אני מפעיל מנגנוני הגנה כדי לתווך ביניהם. מודל זה יעיל בטיפול בנירוטים, מפני שמבני הנפש שלהם תקינים. ואולם אנורקסיות אינן נראות כמופעלות על ידי דחפים חזקים. מיניות נראית הדבר האחרון המעניין אותן. הן נראות כבעלות דחפים מוכחדים. אך כיוון שבידי המטפלים באותן שנים היו כאמור רק המשקפיים והמפה של המודל דחף-הגנה, הם הפעילו אותם לגבי אנורקסייה. כך מולטון (1942), וגם וולר, קאופמן ודייטש (1940) שיערו שהרעבה עצמית היא הגנה מפני פנטזיות על כניסה להיריון

בדרך אורלית. מסרמן (1941) שיער שהסירוב העיקש לאכול הוא הגנה מפני פנטזיות אורליות סדיסטיות קניבליסטיות. מודל זה לא תרם תרומה גדולה לטיפול באנורקסייה הן בשל הנחותיו התאורטיות הן מפני שהטכניקה האינטרפרטיבית הקונפונטיבית לא התאימה לטיפול בנערות אלו.

לפי המודל דחף-הגנה המתח בין הדחפים המיניים והתוקפניים ובין איסורי האני העליון הנוקשה יוצר סימפטומים נירוטיים. חלק ניכר מהסימפטומים האנורקטיים והבולימיים אינו מוסבר על ידי המודל דחף-הגנה. העיוות בתפיסת הגוף, ההתנכרות לתחושות פנימיות והפחד המשתק מפני מימוש עצמי מצביעים על פגיעה חמורה יותר במבנה הנפש מקונפליקט בין מערכות נפש בניות. כאמור, במקרים לא מעטים ניתן למצוא אצל אנורקטיות ואצל בולימיות רגיעה מפני מיניות. ואולם בבדיקה מעמיקה ניתן לראות שהרגיעה אינה בתוך המשולש האדיפלי, כלומר החרדה אינה מפני הפרת טבו, אלא היא חרדתה של הנערה מהגדילה. גדילה פירושה עזיבת עמדת ההקשבה המיוחדת שלה להוריה, שאליה נשוב בהמשך. בפרק השישי נראה דוגמה לנערה אנורקטית שחווהה אכזבה מהתייחסות אביה לגדילתה. היא חשה שהוא מקווה שהיא תישאר דקיקה, מלאכית וקטנה, ושהסימנים המיניים שהופיעו בגופה מצערים אותו משום שאינו רוצה שתתפתח ותתרחק. הוא השתמש בביטוי 'תפסת תחת', שמציין את העובדה שהופיעו סימנים מיניים ומביע תרעומת על כך שהיא מפגינה נוכחות הן התנהגותית הן פיזית. בעוד שהנירוטית חשה אשמה על הנאה ממילוי משאלות הנחשבות בעיניה לאסורות, האנורקטית או הבולימית חשה אשמה על עצם ההנאה, התפסת בעיניה כפסולה. הדבר נובע מהיעדר יכולתה להקשיב לעצמה, לדאוג לצרכיה ולקדם אותם, אפיונים שנשוב אליהם בהמשך. בשלבים מתקדמים של הטיפול, לאחר שנבנה עצמי חזק יותר, החולה עשויה להפגין התעסקויות מיניות בעלות גוון אדיפלי. בשלב זה ידמה הטיפול לטיפול קלסי בנירוזה. ניצנים כאלה של הופעת מרכיבים אדיפליים בשלבים המתקדמים של הטיפול אפשר לראות להלן בפרקים השישה עשר והשבעה עשר.

המודל יחסי אובייקט הוא הקומה הבאה של בניין התפתחות הפסיכואנליזה. המודל עוסק באופן ההתקשרות בין בני אדם. הוא כולל בתוכו גם את הקומה הראשונה, שכן חלק לא מבוטל מההתקשרות בין בני אדם סובבת גם היא סביב דחפי המיניות והתוקפנות. מאלר (1968) סרטטה על סמך תצפיותיה ציר התפתחות נוסף על הציר הפסיכוסקסואלי. בציר התפתחות זה התחנות לא היו התחנות של התפתחות הדחף הפסיכוסקסואלי, אלא תחנות של ההתפתחות הפסיכולוגית שבה הילד נפרד בהדרגה מאמו. תאורטיקנים וחוקרים שהשתמשו במודל יחסי אובייקט לטיפול באנורקסייה - מסטרסון (1995), סאורס (1980), פלצולי (1985) - תיארו את קשיי ההיפרדות של אנורקטיות. קשיי ההיפרדות לפי מודל זה מתבטאים אצל הנערה האנורקטית דווקא בסלידה קשה מדמות אמה. כדי שלא להידמות לה, למשל בנשיותה, היא משחיתה את גופה. כך מוכחדת סמלית גם דמות האם שהופנמה. טכניקת הטיפול גם לפי מודל זה, כמו בקודם לו, היא אינטרפרטציה שלא במעט לובשת אופי של קונפונטיביות. אינטרפרטציות וקונפונטיביות מתאימות לטיפול בפתרון קונפליקט לא פתור

יותר מלמילוי ולתיקון חסרים בעצמי. גודסיט (1997), הנמנה עם זרם פסיכולוגיית העצמי, מתייחס לתאורטיקנים של יחסי אובייקט המצוטטים לעיל ומציין שבתיאורי המקרים שלהם וכן במקרים שטיפל בהם בעצמו לא מצא עדות לבלבול בין תפיסת העצמי של הנערה האנורקטית ובין דמות אמה, ובמיוחד לא מצא שבלבול אפשרי כזה מתוודע על ידי פנטזיות אורליות.

הקושי של הנערה האנורקטית או הבולימית להיפרד הוא רק חלק מההסבר שתאוריית הפסיכולוגיה של העצמי מסבירה בהקשר רחב יותר. תאוריה זו מדברת על קושי לא רק של היפרדות אלא גם של אינדיווידואציה, כלומר על רתיעה מפני פיתוח אינדיווידואום עצמאי שהוא מרכז עצמאי ליזמה ולקידום אינטרסים משל עצמו.

תאוריית הפסיכולוגיה של העצמי היא הקומה השלישית ובינתיים האחרונה בבניין הפסיכואנליזה. קוהוט (1971) תיאר ציר התפתחות נוסף על השניים הקודמים: הציר הנרקסיסטי. בציר זה הישענות נרקסיסטית על אחרים אינה תחנה אחת בציר ההתפתחות כמו בציר יחסי אובייקט. משנתו של קוהוט מעניקה לגיטימציה לצורך הזה של האדם לאורך כל חייו. ההתפתחות התקינה לאורך ציר זה היא מהישענות מוחלטת ונואשת על האחר להישענות גמישה ובשלה.

סביבת גדילה אופטימלית מאפשרת לתינוק או לילד הקטן הישענות נרקסיסטית הולמת. זו הישענות שבה האדם שעליו נשענים מוכן לוותר על צרכיו ועל נקודת המבט שלו ולפעול מתוך נקודת המבט של הנשען (זולת עצמי [self object], ראה פירוט בפרק הבא). בתנאים כאלו מתפתח בתוך הילד עצמי חזק ובריא היכול להפעיל מתוך עצמו את תפקודי ההרגעה והוויסות שהופעלו קודם לכן מבחוץ. תהליך זה מתקדם תוך תנודה בין סביבה אמפתית דייה לבין כישלונות אופטימליים באמפתיה. נערה המפתחת הפרעת אכילה אינה מאמינה שהיא יכולה להישען על בני אדם למילוי צורכי הזולת העצמי שלה. בעת הגידול חל היפוך תפקידים בין ההורה לילדו. כאשר ההורה נשען הישענות נרקסיסטית על ילדו, דהיינו מצפה שהילד לא יפעל כבעל אינטרסים וזווית ראייה משל עצמו, אלא יקשיב וימלא את צורכי ההורה (למשל בהרגעה, בנחמה, בהפגת רגשות דיכאוניים), הילד עלול להרגיש שאין לו זכות לחיות את חייו שלו ובמובן זה הוא חסר עצמי (selfless). ילדים כאלה, אשר מקדישים את עצמם לשגשוג של הוריהם תוך ביטול ושלילה של צרכיהם העצמיים הפנימיים ואשר אינם מאמינים שאדם אחר יכול למלא צורכי זולת עצמי בעבורם, נוטים לפתח הפרעות אכילה (גודסיט, 1985, 1997). כאשר ילדה חשה חסרת עצמי, היא חווה אשמת קיום (self guilt) כשהיא מנסה לפעול למען עצמה, מפני שתפקידה להקשיב להוריה ולמלא אחר צרכיהם (ובתהליך העברה המוכר בפסיכולוגיה, למלא בהמשך גם את צרכיהם של אנשים משמעותיים אחרים בחייה). הסיבה לכך היא שלהרגיש ולחשוב באופן עצמאי הם פעילויות שאותן היא חווה כבגידה באחר אשר את צרכיו עליה למלא. היא חשה אשמת קיום לגבי תפיסת מקום פסיכולוגי בעולם, קרי: ביטוי של עצמה, נוכחות, רצון ודעה. את כל אלה היא חווה כלא מוסריים, הרסניים ופוגעים באחר. אשמת הקיום הזו מסבירה גם את רצונה שלא לתפוס מקום

פיזי בעולם ולא לאכול. האכילה מבטאת נתינה עצמית וכן פירושה היענות למקורות פנימיים של צורך, לעומת היענות לחובות חיזוניות (גודסיט, 1985). כמו כן האכילה מבטאת הכרה בזכות שלה להתחשב בעצמה ולתת קדימות לעצמה מפני אחרים. כלומר האכילה הופכת למעשה אנוכי בעיניה. הבולימית תקיא את מה שזללה מפני שהיא חווה את הבולמוס כפעולה מגונה של פינוק עצמי. בעיני האנורקטית האכילה עצמה היא פעולה לא מוצדקת שמבטאת פינוק עצמי, שיש בו משום בגידה בתפקיד של היות זולת עצמי לאחרים.

אפיון מרכזי זה של הסובלת מהפרעת האכילה, אשמת הקיום וביטול עצמי, יוצר גם את מה שמכונה בספרות הפסיכואנליטית 'תגובה שלילית לריפוי' (negative therapeutic reaction). החלמה תביא אותה לידי קידום עצמי ותחושה של נוכחות נפשית, ואלה הם דברים שכפי שראינו היא חווה כבגידה וכמהלכים 'לא כשרים'.

התמונה המצטיירת של הנערה האנורקטית או הבולימית היא תמונה של חוסר בתחושת העצמי. רק תאוריית הפסיכולוגיה של העצמי, הממשיגה חוסר זה, יכולה להסביר תחושות של חוסר יזמה עצמית, ניכור עצמי, היעדר התלהבות בעשייה והיעדר חיות (vitality).

הפסיכולוג העובד לפי גישת פסיכולוגיית העצמי נוקט עמדה טיפולית מיוחדת, שאינה מפרשת דחפים והגנות או עיוותים בהפנמת ייצוגי גוף האם אלא מדגישה ערנות לצורכי העצמי. בפרק הבא נפרט כיצד מחיה הפסיכולוג בשיטה זו את העצמי המדודל והלא־מפותח של החולה. בעזרת עמדתו הוא מחדש או מפעיל אצלה את האמונה שניתן לסמוך על אדם אחר ולהישען עליו במקום להישען על חומר (אוכל, בצריכתו או בהימנעות ממנו), שממלא את צרכיה בזולת עצמי.

הפסיכולוגיה של העצמי בהשוואה לגישות עכשוויות אחרות

האופן שבו הפסיכולוגיה של העצמי ממשיגה את האנורקסייה ואת הבולימיה קרוב מאוד גם לתצפיות הקליניות ולהמשגות של המחלות האלה בגישות אחרות בפסיכולוגיה. דרכי הטיפול, כלי ההתבוננות ועמדת המטפל שונים בכל גישה, אך מרתק לעמוד על הקרבה בתפיסת שורשי המחלה, בתצפית ובהמשגה שבין גישות פסיכולוגיות כה שונות. דמיון זה מגביר את התקפות שבתפיסת הבעייתיות המושתתת בבסיס המחלה.

הזרם הקלייניאני נחשב בתוך הפסיכואנליזה לזרם המקוטב לפסיכולוגיית העצמי. בכל זאת נאוקלייניאנים, למשל ויליאמס, הגיעו להמשגה המרתקת בדמיונה לזו של פסיכולוגיית העצמי בתחום הפרעות האכילה. ויליאמס (1997) מתארת היפוך תפקידים של מכיל ומוכל בין הילדה העתידה לפתח הפרעת אכילה לבין הוריה. האם לפי תפיסה זו אינה יכולה להפעיל בשביל הילדה את מה שבין (1959) מכנה תפקודי אלפא, שהם היכולת של ההורה להכיל רגשות קשים שהילדה חשה ולרכך אותם. לפי ויליאמס, אמה של הילדה העומדת לפתח הפרעות אכילה, אינה יכולה למלא תפקודים אלו בשביל ילדתה, ואף משליכה

את רגשותיה הקשים אל הילדה ומקווה שהיא תכיל אותם. ניתן למצוא אישוש לדברים אלו מהתצפית וההמשגה של פסיכולוגיית העצמי לגבי חילופי תפקידי עצמי - זולת עצמי בין ההורה לילד. טווח התפקודים שממלא זולת עצמי בעבור עצמי הנזקק לו גדול יותר מתפקודי הכלה, שבהם מתמקדים ביון וויליאמס, אך הכלה היא בוודאי תפקוד לא מבוטל מתוכם.

הזרם ההתנהגותי-קוגניטיבי בפסיכולוגיה נחשב מקוטב לכל הזרמים הפסיכואנליטיים כולם. עם זאת מרתק לשוב ולראות שבאשר לאפיונים הנמצאים בבסיס ההפרעה ובמטרה הטיפולית הנגזרת מהם, גישה זו רואה עין בעין עם ההתפתחות המודרנית הזו של הפסיכואנליזה - פסיכולוגיית העצמי. גרנר וגרפינקל (1985) רואים בהערכה עצמית נמוכה, בחוסר יכולת לעמוד על דעתך, וכן בחוסר יכולת לבטא את משאלותיך, התנהגויות העלולות לבשר אנורקסייה. בטיפול התנהגותי-קוגניטיבי באנורקסייה (הפרעה אשר בה, בדרך כלל, אין מפעילים את הטיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי, שהוא שכיח יותר בבולימיה), גרנר וגרפינקל (1985) מציעים חיזוקים ופרסים כל אימת שהנערה האנורקטית תפגין התנהגויות שבהן תבטא רצון משלה.

הטיפול המשפחתי (מינושין, רוזמן ובייקר, 1978; פלצולי, 1985) מנסה אף הוא, אם כי בדרכים טיפוליות שונות כמובן מפסיכולוגיית העצמי או מהטיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי, להשיג שחרור של הנערה מהכבילות (enmeshment) ומהגנתיות היתר שבמשפחה. הטיפול לפי גישה זו מנסה לאפשר לנערה האנורקטית, באמצעות שיפור דרכי התקשורת במשפחה, לחפש אחר רצונה האוטונומי ולבטא אותו. המטפלים המשפחתיים (פלצולי, 1985) יכולים להגיד למשפחה כולה להקשיב במשך 10 דקות לנערה, שהודרכה להזכיר בדבריה רק את מה שהיא רוצה מתוך בחירה אוטונומית שלה, ולא למען מישהו אחר במשפחה.

מדוע נשים?

הרוב המכריע של החולים באנורקסייה ובבולימיה, כ-90%, הן נשים. העובדה שמתוך כלל החולים 10% הם גברים (שיעור בעל משמעות סטטיסטית) מראה שלא ניתן לייחס את התופעה רק למבנה גוף או למערך ההורמונים הנשיים. מהם, אם כן, ההסברים הפסיכולוגיים והחברתיים לשיעור הגבוה כל כך של נשים החולות במחלות אלו? ההסבר הפשוט, שלפיו אפנת הביגוד בחברה המערבית מעודדת נשים להיות רזות, אינו מאפשר להסביר את התופעה באופן מלא. ראשית, דיווחים על אנורקסייה היו בכל שלוש המאות האחרונות, כולל בעשורים הראשונים של המאה העשרים, בזמן שאידאל הרזון שמגדיר יופי נשי לא שלט בחברה. שנית, באותה חברה, באותן השפעות אפנה, רק 1% מהבנות בגילי הסיכון מפתחות אנורקסייה ורק 3% מפתחות בולימיה. זאת ועוד, יש חברות כמו סין למשל שגם בהן אידאל היופי הנשי הוא גוף רזה, אך לא רווחות בהן אנורקסייה ובולימיה. בניגוד למה שנהוג היה לחשוב במערב, בזמן האחרון

חוקרים מדווחים שהספרות הסינית הקלסית והעכשווית וכן עמדות הציבור בעבר ובהווה נוטות לאידאל של יופי נשי רזה (לאונג, דייוויד וצ'אנג, 1998). למרות זאת האנורקסייה והבולימיה אינן רווחות בסין בשיעורים הדומים לאלו שבמערב, וההסבר לכך הוא שסין אינה חברת שפע. צריך שיהיה שפע של אוכל כדי שיהיה מותר 'לשחק' בו לשם מתן ביטויים סמליים ונפשיים. בשפע אין הכוונה רק לשפע של אוכל, אם כי כמובן יש חשיבות רבה לשפע של חומר זה כדי שישמש ביטוי סמלי בהימנעות ממנו או בצריכתו הבולימית והוצאתו.

'שפע' פירושו גם שפע הזדמנויות לביטוי ולקידום עצמי. לוין (1994), לוין וסמולק (1992) וסילוורסטיין ופרליק (1995) מציינים ששכיחות הפרעות האכילה גדלה בחברות אשר יש בהן מצד אחד פתיחת הזדמנויות לפני נשים להתפתחות ולביטוי עצמי, ומצד אחר עדיין קיימת בהן הציפייה שהן ישרתו את האחר, בעיקר את הבעל או בני משפחה אחרים. בשפת הפסיכולוגיה של העצמי נוכל להגיד שאישה הנוטה לכך נפשית תוכל לבטל את עצמה, להקריב את עצמה ולוותר על נוכחותה הפסיכולוגית ועל תפיסת מקום פסיכולוגי רק במקום שתפיסת מקום פסיכולוגית, נוכחות וביטוי עצמי פתוחים לפניה. רק שם יש משמעות לביטולה העצמי. החברה המערבית, לצד שפע המזון שבה, היא חברה המאפשרת, ואפילו מעלה על נס, אינדוידואליזם וטיפוח עצמי. הנערה האנורקטית חווה את הבחירה באופצייה של אינדוידואליזם כחטא, או כמשהו שאינה ראויה לו. בהקשר לכך ניתן להזכיר את מחקרם של צינטוריה וקצמן (2000), שמצאו שכאשר גרוזיה נפתחה אל שפע הבחירות וההזדמנויות הקיימות בחברה קפיטליסטית גדל בה שיעור הפרעות האכילה. כמו כן גלוק (2000), שחקרה את מצב הקהילה היהודית בארצות הברית, מצאה שנשים חילוניות הראו חוסר שביעות רצון מצורת גופן ונטייה להפרעות אכילה בשיעור כפול מזה שנמצא אצל נשים חרדיות. ייתכן שאחד ההסברים לתופעה זו הוא שבחברה החרדית תפקיד האישה ברור ומוגדר והיא נחשפת פחות לאפשרות לתפוס מקום, לחופש בחירה ולפיתוח אינדוידואליזם.

גיל ההתבגרות מהווה תקופת סיכון לנערה הנוטה לפתח אנורקסייה. האותות הגופניים מופיעים ומבשרים את תום הילדות ואת התחלתה של תקופת הבגרות, תקופה שמזמנת ומזמינה תפיסת מקום ונוכחות, משימות שהיא חשה שאינה מתאימות לה. לא מיניות, היפרדות או נשיות כשלעצמן הן המפחידות את הנערה האנורקטית, כפי שחשבו תאורטיקנים במודלים הקודמים, אלא משהו כולל הרבה יותר: חיים מלאים בחברת השפע. גברים בחברה אינם מעודדים לבטל את עצמם ואינם זוכים לחיזוקים חיוביים גלויים או סמויים אם הם מוותרים על מקומם. נהפוך הוא, בנים וגברים מקבלים חיזוקים על התנהגויות של קידום עצמי ושל פריצה קדימה ואפילו על 'שימוש במרפקים' לדחיפת אחרים הצדה. בהמשך הספר נתאר מקרה שבו נער ביטל את עצמו ואת צרכיו בשירות צורכי הוריו ובעיקר למול צרכיה של אמו, ודינמיקה זו הביאה להפרעת אכילה אצלו. קרנייקוק (1991) מצאה במחקרה שאצל גברים שאינם פועלים על פי הסטראוטיפי המצופה מהם, קרי הם גברים שאינם עומדים על דעתם, מוותרים פסיבית לרצונותיהם של אחרים ואינם מבטאים את משאלותיהם, שיעור

הפרעות האכילה גבוה לעומת שאר אוכלוסיית הגברים. מחקר מעניין ופשוט על אסוציאציות המתעוררות אצל סטודנטים באשר לגודל ארוחתה של גברת יכול לתמוך בדברים שאמרנו לעיל. צייקן ופלינר (1987) מצאו שסטודנטים משני המינים ראו בארוחה קטנה בהיקפה ארוחה נשית, ומי שאוכלת ארוחה קטנה הצטיירה בעיני רוחם כאישה אדיבה יותר ומתחשבת יותר בזולת. לעומת זאת, אישה האוכלת ארוחות גדולות נתפסה כלא נאה, לא אדיבה ומתחשבת פחות באחרים. ארוחות המיועדות לגברים לא היו מקושרות כלל לכל הערכים הללו. ממצא זה מראה באופן מדהים איך שני המינים מצפים שאישה תראה פחות נוכחות עצמית, תמלא פחות אחר הצרכים שלה, וכיצד שני המינים מחברים התנהגות זו ליתר התחשבות מצדה ולאדיבות כלפי האחרים. זאת ועוד, הביטוי ששני המינים נתנו לציפיות אלו התקשר בממצא זה ישירות לצמצום האכילה אצל האישה.

ייתכן שבשביל נשים, אם הן זקוקות לחומר כדי למלא צורכי עצמי, אוכל הוא הבחירה המתאימה לציפיות החברתיות להתנהגות מופנמת ועצורה יותר, שכן ההתעסקות באוכל היא לרוב עניין פרטי ומוצנע יותר משימוש בחומרים אחרים כאלכוהול או סמים.

קיומם של גברים החולים בהפרעות אכילה, הן אנורקסייה הן בולימיה, מציב סימן שאלה על מידת יכולתם של המודלים הקודמים, מודל דחף-הגנה ומודל יחסי אובייקט, לספק הסבר למחלות אלו, שכן אין לצפות שגברים יחששו להיכנס להיריון בדרך אורלית או שיחששו שגופם הולך ונדמה לגופה של האם.

טיפול פסיכולוגי משולב בטיפול דיאטני-מטבולי

ברוך (1973) הציעה כבר בסוף שנות השישים ובראשית שנות השבעים לשלב טיפול פסיכולוגי ביעוץ דיאטני-מטבולי. גם גודסיט (1985), שהיה מראשוני החוקרים בזרם פסיכולוגיית העצמי בתחום האנורקסייה והבולימיה, מצביע על החשיבות של שילוב שכזה.

לייעוץ הדיאטני-מטבולי שלוש מטרות. המטרה הראשונה היא לפקח על מצבה הגופני של החולה ולבקר אותו כדי לאתר סיכונים העלולים להגיע עד לסיבוכי מוות או לנזקים בלתי הפיכים. הדיאטנית או הפסיכולוג צריכים לדאוג לכך שהחולה תיפגש עם רופא פנימי-מטבולי המומחה להפרעות אכילה. רופא זה יעקוב אחר בדיקות ביוכימיות ובדיקות מעבדה אחרות, בעיקר אלו הנוגעות לאלקטרוליטים, לחלבון, לצפיפות עצם ולמשקל, שהם נתונים העלולים לחייב אשפוז ולעתים אף אשפוז קריטי. מתן תוספות מינרליות וויטמיניות מסוימות והשלמת דיאטה תזונתית, בעיקר של החומרים החסרים, הם מרכיבים בעלי חשיבות מכרעת לטיפול.

המטרה השנייה היא להגדיל בהדרגה את מספר הקלוריות בדיאטה של האנורקטית ולמצוא הרכב מזון שיעודד הפחתה בבולמוסי הזלילה אצל הבולימית. המטרה השלישית היא להקנות לחולות הרגלי אכילה נכונים, משמע ארוחות

מסודרות ומגוונות בהרכבן לאורך היום. חשוב שהדיאטנית תקנה את הרגלי האכילה הנכונים בהדרגה, קרי: הגדלת היקף הארוחות ומספרן אצל אנורקטיות והקטנת מספר הבולמוסים וההקאות אצל בולימיות. כדאי וחשוב שהפסיכולוג יעודד את החולה ללכת לייעוץ הדיאטני-מטבולי. במקרה של סירוב מוחלט של החולה לפנות לייעוץ כזה יש להפסיק את הטיפול הפסיכולוגי או לשקול שלא להתחיל בו.

פרט לתרומה ההכרחית של הייעוץ הדיאטני לבריאות הגופנית, הוא מסייע לפסיכולוג גם בכך שהוא משחרר אותו מהקדשת משאבים טיפוליים למעקב ישיר אחר הסימפטום הגופני. עם זאת ייתכנו מקרים רבים שבהם הפסיכולוג עצמו יצטרך לתת לחולה הסברים על מצבה הגופני והדרכה לגבי הרגלי אכילה תקינים. התערבות כזו מצדו תיתכן בעיקר בתחילת הטיפול, כאשר מצבה הגופני של החולה עדיין קשה, והצורך שלה להרגיש 'מוחזקת' הוא עדיין גדול. תחושת החולה שהיא 'מוחזקת' גדלה גם מעצם העובדה שעוד אנשי צוות מטפלים בה. בשלבים ראשונים אלו של הטיפול, חולות רבות נרתמות לפסיכותרפיה באטיות. כפי שנראה בפרק הבא, הדבר נובע מהישענותן על החומר כממלא צורכי זולת עצמי, ולכן התקשרותן למטפל כממלא צרכים אלו היא אטית. חלקן מאופיינות במה שניתן לכנות 'אלקסיטימיה': קושי לבטא רגשות. נכונותו של המטפל להיות פעיל יותר בשלבים אלו ולהשתמש בפרמטרים (יעידוד והרגעה שהם מעבר לארסנל הפסיכודינמי) יכולה לתרום לטיפול בשלב זה. נוסף על כך עצם האלמנט המוקדי המסוים, הנובע מהצבעה על נקודות ציון בתהליך הטיפולי אשר בהן הפסיכולוגיה של העצמי מציידת את המטפל (נקודות שאותן נסקור בפרק הבא), יכול לתרום לתחושת החולה שהיא 'מוחזקת' ומובנת.

חולות רבות ממאנות להגיע לטיפול בשלבים ראשונים אלו. קיומם של יותר מאיש צוות אחד - פסיכולוג, דיאטנית ורופא פנימי-מטבולי - מאפשר דרגות חופש רבות יותר בבחירת מישור טיפולי שבו ניתן להתחיל ולאחר מכן להשלים את שאר המישורים הטיפוליים. כל זאת בתנאי שהחולה תדע מראש ותסכים עקרונית שאופני טיפול אלו יתווספו בעתיד הלא-רחוק. החולות האנורקטיות והבולימיות המוותרות בדרך כלל על רצונן ועל דעתן, לעתים עומדות על דעתן בתקיפות ובעקשנות רבה בתחום אחד: 'לא להיות מטופלת'. הסימפטום מאפשר להן בכך ביטוי (ולו גם מעוות) של 'נפנוף' באוטונומיה ובמרדנות. 'אוטונומיה' זו היא כמובן עגומה מאוד שכן ללא החזקה מבחוץ היא עלולה להסתיים במוות.

מניעה

מניעה של הפרעה פסיכולוגית מורכבת ומסובכת הרבה יותר ממניעה של מחלות גופניות. בעוד שבאחרונות די בנעיצת מחט אחת ובהזרקת החומר המחסן, הפרעה פסיכולוגית מצריכה פעולת הסברה והכנה מורכבת הרבה יותר שנמשכת לאורך זמן רב יותר. זאת ועוד, מאחר שהחיסון הגופני פשוט להפעלה, קל לחסן אוכלוסייה גדולה לשם מחקר ואז לראות תנודות של אחוזים בודדים (מפני

שלעתים זה כל שיעורה של המחלה המסוימת) באוכלוסייה רחבה. חיסון פסיכולוגי מורכב לאין שיעור וקשה להעבירו לשם צורכי מחקר באוכלוסיות רחבות. זו הסיבה שהידע שלנו כיום לגבי מניעה ראשונית של אנורקסיה ושל בולימיה מועט. 'מניעה ראשונית' היא הפחתת מספר המקרים החדשים המצטרפים לאוכלוסיית החולים. עם זאת, דווקא בישראל נמצא במחקר מניעה כזה (ניומרק, בטלר ופלטי, 1995) שלימוד הרגלי תזונה נכונים הפחית את השכיחות של הקאות או דיאטות מסוכנות בקבוצת הניסוי לעומת אוכלוסייה שלא קיבלה את החינוך הזה.

בכל תכנית מניעה יש שני מרכיבים: הקטנת גורמי הסיכון והגדלת גורמי העמידות. אין ספק שגורם סיכון קשה הוא דיאטה חריפה אצל מתבגרות (הסו, 1990). כדאי אם כן שהורים יהיו ערים לכך וימנעו דיאטות חריפות מצד אחד, ויעודדו הרגלי אכילה תקינים של ארוחות קבועות ומגוונות מצד אחר. לתקשורת ההמונים יכולה להיות תרומה כפולה בעניין זה: ראשית עידוד דרכים נוספות להצלחה נשית פרט להופעה חיצונית (ליון וסמולק, 1992; ליון, 1994) ושנית מניעת עידוד להרזיה. קידום 'אידאל הרזון' בתקשורת מקשה את האיתור המוקדם והחינוכי של אנורקסיות בחברה.

טיפוח של גורמי עמידות הוא משימה מורכבת יותר. ליון (1994) מציע לקדם גורמים הידועים בהשפעתם הכללית כמחסנים נפשיים ובין אלה הוא מונה הערכה עצמית וזהות עצמית. הפסיכולוגיה של העצמי יכולה להציע להורים הדרכה לגבי גורמים ספציפיים יותר של עמידות. לפי גישה זו כדאי שהורים יהיו ערים להתנהגות של נערה המבטלת את עצמה, את צרכיה ואת עצמיותה ופועלת לפי הצרכים של האחרים. כדאי שינסו להניא מדריך זו אפילו אם דרך זו נוחה להם. הדרך הטובה ביותר להשגת המטרה היא להבטיח שההורים יימנעו מלהישען על בנותיהם כגורם שאמור לספק את צרכיהם בהערכה עצמית, בהרגעה ובוויסות רגשות מכאיבים. בהמשך לערנות זו מצד ההורים, כדאי שהללו ישימו לב ליכולתה של בתם להישען על הזולת. האם היא יכולה לפנות לאחרים כשרע לה וכשקשה לה? האם היא יכולה להישען עליהם בעת הצורך ולבקש עזרה ותמיכה בעת כאב?

לצד הערנות שהורים מתבקשים לגלות לסימני מחלה אפשרית אצל בנותיהם, חשוב גם לדעת מתי אין מדובר במחלה. לא כל נערה רזה היא אנורקסית. ראינו בקריטריונים האבחנתיים של אנורקסיה שכדי לאבחן מחלה זו צריך שהרזון ינבע מסירובה של הנערה לעלות במשקל. עליה להראות חרדה עצומה מעלייה במשקל ולהתעסק התעסקות רבה ביותר בחרדה זו ובחישובי קלוריות. כמו כן עליה לסבול מעיוות בתפיסת הגוף, קרי: להתלונן מרה שהיא שמנה בשעה שהיא רזה ביותר. ונוסף על כך, כדי שהאבחנה תינתן עליה להראות שהערכתה העצמית מושפעת ממידת הרזון שלה. אם כל הקריטריונים הללו לא מתקיימים והמדובר רק ברזון אצל נערה שאוכלת בדרך כלל ארוחות קבועות ומגוונות באופן סדיר, קרוב לוודאי שאין צורך לדאוג או להדאיג אותה. במקרה זה כדאי רק להקפיד על הרגלי האכילה הנכונים (ארוחות קבועות עם אוכל מגוון) ולנסות בעדינות לקדם, אפילו ללא מילים, את עלייתה במשקל - למשל על ידי איתור אותם

מאכלים שהיא תאהב לאכול. אם למרות היעדר הסימנים החולניים המשקל הנמוך יתמיד לאורך תקופה ארוכה ויעכב לאורך זמן את התפתחותה, כדאי יהיה לפנות לבירור פסיכולוגידיאטני.

בעוד שרזון אינו בהכרח סימן חד־משמעי לאנורקסייה, הקאה יזומה לשם סילוק ארוחה היא תמיד סימן מובהק וחד־משמעי לקיומה של הפרעת אכילה נפשית. הערה אחרונה זו חשובה במיוחד מפני שחולות רבות, במיוחד בתחילת המחלה, אינן מבינות את חומרת ההקאה. היא נראית להן 'טריק' חביב ותמים אשר עוזר להיפטר מקלוריות. הן אינן מבינות שפעולת סילוק זו היא אחד מהמאפיינים של מחלת נפש קשה. לא בכדי ההקאה נחשבת מרכיב מכריע כל כך של מחלת הנפש הבולימית, שכן ההקאה מסייעת להיווצרותו של מעגל ההתמכרות החולני. החולה חושבת שבגלל ה'כלי' הזה העומד לרשותה תוכל לזלול הרבה, והדבר מגביר את הזלילה. יצוין כאן שהקאה לעולם אינה מוציאה החוצה את כל הקלוריות שהוכנסו. שנית, לעתים חולות 'נאלצות' לאכול יותר כדי שיוכלו להקיא, מה ששוב מגביר את מעגל הקסמים החולני. כאשר ההורים או קרובים אחרים סביבה חושדים בקיום הפרעה אצל הנערה, יש להקדים ולהביאה לטיפול. ככל שהטיפול, הן באנורקסייה הן בבולימיה, קרוב לפרוץ המחלה, כך סיכויי הריפוי טובים יותר.