



טיפול התנהגותי-קוגניטיווי בהשמנת יתר

מתוך הגישות הטיפוליות בתחום הפסיכולוגיה, טיפול התנהגותי-קוגניטיווי נחשב כיום לטיפול המועדף בבולמיה, בבולמוסי אכילה ובהשמנת יתר. מדובר בטיפול מובנה ומוגבל בזמן שמדגיש את שיתוף הפעולה בין מטפל ומטופל בפתרון בעיותיו בהווה

ד"ר ציפי העצני, פסיכולוגית קלינית וחברה מומחית באגודה הישראלית לטיפול התנהגותי-קוגניטיווי

המטרה המרכזית של הטיפול התנהגותי-קוגניטיווי בהשמנת יתר היא להקנות למטופלים את הידע ואת המיומנויות הנדרשים לצורך ירידה במשקל, תוך שימת דגש במניעת הישנות הבעיה ובשימור ההישגים לטווח רחוק. השאלה המרכזית שנשאלת לפי גישה זו אינה רק מה גרם לבעיית ההשמנה, כי אם מה משמר את הבעיה בחייו של הפרט כיום.

באופן מעשי, העבודה הטיפולית מאורגנת בשלושה שלבים:

1. הערכה: סינון ואיסוף מידע

טיפול שמתמקד בשינוי הרגלי חיים דורש שילוב של בחירה אישית, יכולת התמדה, פניות וכוחות להשקעה ממושכת של זמן ומאמץ. לכן, לפני תחילת ההתערבות, חשוב לברר שקיימים תנאים בסיסיים אלה: בחירה אישית, יציבות רגשית, יציבות בתפקוד היומיומי וכן יציבות במערכות התמיכה. בשלב ההערכה, עיקר המאמץ המשותף של המטפל והמטופל מוקדש לאיסוף מידע ולזיהוי מוקדי כוח וקושי. בשלב זה, מטפל ומטופל פועלים יחד כמדענים שעוסקים בפרויקט מחקר משותף: כיצד התפתחה בעיית ההשמנה ומהם הדפוסים המחשבתיים, הרגשיים וההתנהגותיים שמשמרים אותה. שלב ההערכה בטיפול מתאפיין בניטור עצמי ובהתבוננות משותפת של המטפל והמטופל במידע המצטבר. מכאן יהיה אפשר לבנות תכנית טיפולית ספציפית שתסייע למטופל לקדם את עצמו בתהליך השינוי, ולפתח את המיומנויות הנחוצות להתמודדות אחרת ויעילה יותר עם המצבים שהובילו בעבר לאכילת יתר.

2. טיפול: שינוי באורח החיים

מכיוון ש"פאזל" ההשמנה מורכב מחלקים שונים באנשים שונים, שלב זה מכיל התערבויות שונות לפי צרכי המטופל ומאפייניו. בסעיף הבא אסקור בקצרה את תחומי ההתערבות השכיחים המיושמים בטיפול בהשמנה.

מחשבות שמובילות לאכילת יתר

במהלך השנים אנשים מפתחים עמדה של חוסר ישע מול בעיית ההשמנה. עמדה זו מובילה אותם לכניעה עיוורת לדחף לאכילת יתר ולפיתוח הרגלי חיים הרסניים, שעם השנים הולכים ונעשים מותנים. בטיפול ניתן ללמד את המטופל לזהות את המחשבות שצצות בראשו ומובילות אותו להתנהגות מותנית של אכילת יתר. ניתן לעשות זאת דרך הכוונת תשומת הלב של המטופל למצבי סיכון שלעתיים תכופות מסתיימות באכילת יתר. מצבי סיכון לאכילת יתר הם מגוונים ומשתנים מאדם לאדם. הם יכולים להיות קשורים בין השאר לשעות מסוימות ביממה, למקומות מסוימים, למראה ולריח של אוכל, למצבים רגשיים, למצבים חברתיים, לקונפליקטים בין-אישיים ולמצבים שבהם האדם מצוי לבד וחשוף לאוכל. הדרך הטובה ביותר לסייע למטופל לזהות את המחשבות האוטומטיות שלו היא לעזור לו לנהל רישום שוטף העוקב אחר הרגלי האכילה, ולאתר מתוך הרישום את המצבים המתאפיינים ב:

שינוי חזק ופתאומי במצב הרוח

שינוי חזק ופתאומי בדחף לאכול

התנהגות של הרס עצמי/הכשלה עצמית (אכילת יתר, בולמוס)

במאמר זה אין אפשרות לפרט את שלל המחשבות שמובילות

לאכילת יתר. מחשבה יכולה להופיע בצורת מילים, תמונות ויזואליות ודמיון חושי, זיכרונות וחלומות בהקיץ. לאחר שמטופל לומד לזהות את המחשבות שמובילות אותו לאכילת יתר, ניתן ללמד אותו להתווכח עם המחשבות ולהתמקד בדרכי חשיבה חלופיים.

שליטה עצמית

אחת מהטעויות הרווחות הנוגעות לשליטה עצמית היא ההתייחסות לשליטה עצמית כפועל יוצא של תכונת אופי או כוח רצון. חשיבה כזו היא מעגלית ולא מותירה מקום לשינוי ולשיפור. הגישה ההתנהגותית-קוגניטיווי מתייחסת לשליטה עצמית כאל מיומנות נרכשת. ישנם מצבים ותחומים שבהם הורגלו אנשים לשלוט בעצמם לעומת מצבים ותחומים שבהם הורגלו להרפות, כשבין שליטה מושלמת לרפיון מוחלט יש הרבה דרגות ביניים.

בטיפול התנהגותי-קוגניטיווי המטפל עובד יחד עם המטופל לזהות את המצבים שבהם המטופל רגיל להיכנע לדחף האכילה שלו, במטרה לחזק את מיומנות השליטה העצמית במצבי סיכון אלה. באופן הדרגתי, המטופל והמטפל חותרים יחד לשיפור הפעלת השליטה העצמית ביותר מצבים מבעבר. לצורך כך עומדות לרשותם מגוון התערבויות, כגון עיצוב סביבה, זיהוי שרשראות אכילה ושינויין וכלים לחיזוק סף התסכול. ככל שיצבור מטופל חוויות של שליטה עצמית בתחום האכילה, כך יתפתח האמון ביכולת שלו להתמודד עם אותם רגעים לא נוחים שנתפסו על ידו בעבר כבלתי נסבלים.

קשיים בוויסות רגשי

אחד הגורמים המשמרים את הנטייה לאכילת יתר הוא קשיים בוויסות הרגשי. ישנם אנשים שבמהלך חייהם למדו לאכול כתגובה למצבים רגשיים כמו דיכאון, חרדה, כעס, בדידות או לחילופין התרגשות ושמחה. אנשים שנוטים לאכילה רגשית התרגלו לאכול כאמצעי בריחה או שיכוך כאב רגשי. כיוון שרגשות הם חלק מטווח החוויות האנושיות שכולנו חשופים אליהן, חלק מהעבודה שנעשית עם אנשים שמתקשים להתמודד עם רגשותיהם היא שיפור היכולת לוויסות הרגש, ופיתוח יכולת עמידה במצבים רגשיים שמעוררים אצלם את הדחף לאכול. הנכונות להרגיש ולשאת את הרגש מאפשרת לאדם לפתח מנגוני התמודדות חלופיים לאכילה. למעשה, היכולת להתמודד עם רגשות היא מיומנות חיים שמפחיתה את הצורך באכילה רגשית. לעתים, במהלך העבודה עם אנשים שסובלים מהשמנה, מתגלה הפרעה רגשית שהיתה בלתי מאובחנת עד כה. במקרים אלו, טיפול פסיכולוגי או תרופתי בבעיה הרגשית יחד עם ליווי מתמשך של דיאטנ/ית יובילו לשיפור ניכר בוויסות הרגלי האכילה.

מיומנויות בין-אישיות

אחד הגורמים המשמרים את הנטייה לאכילת יתר באנשים מסוימים הוא קשיים באסטרטגיות ובמיומנויות בין-אישיות. מדובר בקושי להגיד "לא" - לא רק לאוכל כי אם גם לבני אדם בסביבת העבודה, הבית והחברה. תהליך של שינוי הרגלי אכילה הוא תהליך שעלול להפר את האיזון הישן שבו נהג המטופל להכניע את צרכיו לצורכי הסביבה. לכן שינוי בהרגלי חיים שדורש דאגה לבריאות ולצרכים האישיים עלול לעורר מתחים עם הסביבה הבין-אישית, בייחוד באותם מצבים שבהם לסביבה יש עניין בשימור המצב הישן. ניתן בטיפול התנהגותי-קוגניטיווי לסייע לאדם לרכוש כלים מעשיים להתמודד עם הלחצים הסביבתיים שפועלים לשימור ההשמנה. עם הזמן והתרגול, המטופל מפנים דרכי התמודדות חלופיות לכניעה עצמית אוטומטית התפרצות אימפולסיונית וואו בריחה לאכילת יתר כתגובה למצבי קונפליקט.

פעילות גופנית

לעתים שנים של הימנעות מפעילות גופנית יוצרת תופעה של "נכות מדומה", שבה המטופל מאבד את האמון ביכולתו לבצע פעולות בסיסיות כגון הליכה מתונה או עבודות בית פשוטות. האתגר המרכזי בטיפול הוא לסייע למטופל לזהות את השיח הפנימי שגורם לו להימנע מפעילות גופנית. מקורות שכיחים לדחינות

לבין דפוסיים מדאיגים של הישנות הדורשים ערנות, זיהוי מוקדם והתערבות מוקדמת ככל שניתן. שלב זה של מניעת הישנות יסתיים בבניית תכנית מעשית לשמירה על משקל יציב, שתכלול חשיבה משותפת על התמודדות עם מצבי סיכון ותכנון מסגרת מעקב מתאימה לצורכי המטופל.

סיכום

מאמר זה סקר את מאפייני הטיפול המרכזיים של הגישה ההתנהגותית-קוגניטיבית בהשמנת יתר. שילוב גישה זו במערך הכולל של הטיפול בהשמנה עשוי לשפר את ההתמדה של המטופלים ואת שיתוף הפעולה שלהם עם הנחיות והתערבויות מעשיות, שנועדו לסייע להם לבצע שינוי ארוך טווח בהרגלי חיים.

ד"ר ציפי העצני היא פסיכולוגית קלינית וחברה מומחית באגודה הישראלית לטיפול התנהגותי-קוגניטיבי. היא מתמחה בטיפול באנשים הסובלים מהשמנה ומקשיים נלווים.

ד"ר העצני מנהלת קליניקה פרטית ועובדת בשיתוף פעולה עם רופאים ועם דיאטנים קליניים המטפלים באנשים הסובלים מרמות שונות של השמנה ומאכילה כפייתית.

כמו כן היא מעבירה השתלמויות ברחבי הארץ לאנשי מקצוע המבקשים לסייע למטופליהם לעשות שינוי בהרגלי חיים.

בקרוב יצא ספרה "לשקול מחדש: המדריך הפסיכולוגי להרזיה ולשמירה על הישגים".

קריאה מומלצת:

להלן רשימה של מקורות מרכזיים להעמקת הידע בטיפול התנהגותי-קוגניטיבי בהשמנת יתר:

- Beck, J. (2007). *The Beck Diet Solution*. Birmingham, Alabama: Oxmoor House.
- Brownell, K.D. (2000). *The Learn Program for Weight Management*. Dallas, Texas: American Health.
- Collins, R.L. (2005). *Relapse Prevention for Eating Disorders and Obesity*. In G.A. Marlatt & D.M. Donovan (Eds). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, pp. 248-275. New York: Guilford.
- Cooper, Z., Fairburn, C.H. & Hawker, D.M. (2003). *Cognitive Behavioral Treatment of Obesity*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G. & Wilson, G.T. (1993). *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). *Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: A Transdiagnostic Theory and Practice*. *Behaviour Research and Theory*, 509-528.
- Keville, S., Byrne, V., Tatham, M. & G. McCarron (2008). *Cognitive Behaviour Group Therapy for Obesity and Binge Eating Disorders*. In J. Buckroyd & S. Rother (Eds). *Psychological Responses to Eating Disorders and Obesity: Recent and Innovative Work*. (pp. 139-157). West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Rosen, J.C. (2002). *Obesity and Body Image*. In C.G. Fairbairn & K.D. Brownell (Eds), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (2nd ed., pp. 399-402). New York: Guilford.

כוללים: דימוי עצמי נמוך ("אני לא מסוגל"), סף תסכול נמוך ("זה יהיה קשה מדוי"), כעס ("אף אחד לא יגיד לי מה לעשות") וחשיבה דיכוטומית ("אם זה לא כמו שצריך, זה לא נחשב כלל"). זיהוי המחסומים המובילים להימנעות מפעילות גופנית סולל את הדרך לבניית אלטרנטיבות ולייעוץ מעשי בבניית תכנית אימונים שלוקחת בחשבון צרכים פסיכולוגיים, מגבלות גופניות מציאותיות ואילוצים סביבתיים שעלולים לפגוע בכושר ההתמדה. מטופל שלומד לעקוב אחר הביצועים ורמת ההנאה שהוא חווה מהפעילות הגופנית עשוי לשנות את התכנית בהתאם לצרכיו המשתנים ולהתמיד בה.

דימוי גוף והמאמץ לרזות

מחקר עדכני מראה שבעיות בדימוי הגוף וחוסר שביעות רצון ממבנה הגוף לאחר תהליך של הרזיה מנבאים את הסיכון להישנות ולעלייה מחודשת במשקל. אף שבמקרים רבים עצם תהליך ההרזיה תורם לשיפור בשביעות הרצון מהגוף, יש אנשים שדאגותיהם בנוגע למראם החיצוני ולמבנה גופם גורמים להם להציב ציפיות נוקשות ביחס להרזיה. ציפיות גבוהות אלו פוגעות באפשרות ליהנות מהישגי ההרזיה שאינם מגיעים לרף הגבוה שהציבו לעצמם.

חוסר היכולת ליהנות מהישגים אישיים בתהליך ההרזיה גורם לאנשים מסוימים להרגיש כאילו נכשלו, גם בזמן שמבחינה אובייקטיבית הצליחו להגיע להישגים משמעותיים. עם הזמן, תחושות האכזבה והתסכול מובילות לנשירה מתכניות טיפול ולנטשת המאמץ לשינוי. מנקודת מבטם של הנושרים יש היגיון בדפוסי הנשירה, גם אם מדובר בדפוסי התנהגות הרסניים. הרי מדוע יעשה אדם מאמץ אם הוא אינו נהנה מפירותיו? על מנת לסייע למטופלים להפיק תועלת מהשינוי שהם כה התאמצו לבצע, חשוב לסייע להם לזהות דפוסי חשיבה והתנהגות שמשמרים את חוסר שביעות הרצון מהגוף. מכאן אפשר לעזור להם לפתח יכולת לנהל משא ומתן לגישור הפער בין המצוי והרצוי מבחינתם.

סיכום שלב השינוי בטיפול

ההישג המרכזי של שלב הטיפול בהשמנה הוא אמונה שהולכת ונבנית ביכולת המטופל להתמודד אחרת עם הקשיים שהובילו אותו בעבר לאכילה בניגוד לאינטרסים שלו. אמון זה נבנה על ידי תרגול מתמשך של המיומנויות הנרכשות והפנמה של דרכי התמודדות חדשים עם מצבי סיכון ישנים ומזכירים. לקראת סיום שלב זה יזהו המטפל והמטופל יחד שינויים שכבר נעשו בטיפול, ויעבדו על השלמה עם שאיפות שלא יהיה אפשר להגשימן במסגרת הטיפול. מכאן תוכשר הקרקע לעבודה על מניעת הישנות ועל שמירה על הישגי הטיפול, כולל תכנון מסגרת מעקב שתתאים לצורכי המטופל.

3. מניעת הישנות ושימור הישגים

פיתוח גישה של קבלה עצמית לצד שימור המחויבות המעשית לשינוי בהרגלי החיים מאפשרים הערכה מחודשת ומציאותית יותר של טווח המשקל שניתן לשמור עליו לאורך זמן. על מנת לקבוע את טווח המשקל המתאים למטופל, חשוב להתבסס על הניסיון המעשי של המטופל בתהליך ההרזיה הנוכחי ובניסיונות הקודמים לו כדי לחדד את ההבחנה בין משקל יעד בר השגה לבין משקל יעד שניתן לשמור עליו לאורך זמן. בתקופה זו על המטופל ללמוד באמצעות ניסוי וטעייה אילו התנהגויות נדרשות כדי לשמר משקל יעד כזה או אחר.

רישום ביומן אכילה ומעקב של דיאטנית/ית חשובים במיוחד בשלב זה של שמירה על משקל יציב, מכיוון ששמירה על משקל יציב היא מיומנות נרכשת ומדע מדויק, שאנשים הסובלים מבעיית השמנה טרם צברו ניסיון בה. חשוב להגדיר את השמירה על משקל יציב כיעד להשגה בטיפול ולסייע למטופל לבנות תכנית מעשית לשמירה על איזון ויציבות במשקל. במהלך ההתנסות בשמירה על משקל יציב ילמד המטופל את ההבחנה בין שינויים בנליים במשקל, כגון תנודות בנזלים, לעומת שינויים משמעותיים שדורשים פעילות מתקנת. עם הזמן ילמד המטופל להבחין בין מעידות חד-פעמיות