

תרומתו של הפסיכולוג למערך הבריאטרי

ד"ר ציפי העצני

פסיכולוגית קלינית, מומחית בטיפול באנשים הסובלים מהשמנה ומהקשיים הנלווים לה

רבים מהפונים לניתוח בריאטרי לטיפול בהשמנה נעזרים באכילה רגשית כדרך להתמודד עם חוויות התפתחותיות קשות ונסיבות חיים מאתגרות. ההנחה שעומדת בבסיס הטיפול הפסיכולוגי במטופל הבריאטרי מתבססת על ההצלחה החלקית של הניתוחים, ועל ההבנה שהתנהגות האכילה מושפעת לא רק מגורמים פיזיולוגיים אלא גם מגורמים פסיכולוגיים, חברתיים ותרבותיים. הטיפול הפסיכולוגי מלווה את התהליך על כל שלביו - מהשלב הטרום ניתוחי ועד המעקב לאורך זמן שלאחר הניתוח.

המציאות בשטח כיום היא שבפועל, רוב המועמדים שפונים לניתוח הבריאטרי - מתקבלים. כתוצאה מכך, נוצר מצב שבו חלק מהמועמדים מגיעים לניתוח עם תמונות קליניות מורכבות. מציאות זו דורשת מעקב ערני וצמוד ובמקרים מסוימים, היערכות מיוחדת מצד הצוות המטפל והפניה לטיפול פרטני במקרה הצורך.

טיפול פסיכולוגי בשלבים השונים של התהליך הבריאטרי

מחקרים מראים שאנשים שמצליחים להפיק תועלת מטיפול מסורתי בהשמנה הם בדרך כלל אנשים עצמאיים, בעלי מוטיבציה פנימית המכירים באחריותם האישית לשינוי (8-9). הם בדרך כלל גם אנשים עם מעט ניסיונות קודמים בהרזיה (10). פרופיל זה אינו מאפיין את מרבית המועמדים אשר פונים לניתוח בריאטרי, שניסו פעמים רבות להיעזר בתוכניות הרזיה קונבנציונליות ונכשלו. יתרה מכך, רבים מהפונים לניתוח בריאטרי לטיפול בהשמנה נעזרים באכילה רגשית כדרך להתמודד עם חוויות התפתחותיות קשות ונסיבות חיים מאתגרות. ההנחה שעומדת בבסיס הטיפול הפסיכולוגי במטופל הבריאטרי מתבססת על ההצלחה החלקית של הניתוחים, ועל ההבנה שהתנהגות האכילה מושפעת לא רק מגורמים פיזיולוגיים אלא גם מגורמים פסיכולוגיים, חברתיים ותרבותיים.

באופן כללי, ניתן לחלק את התהליך הבריאטרי לשלושה שלבים עוקבים (11-12), כאשר כל שלב מתאפיין בצרכים ובמוקדים שונים לטיפול:

השלב הטרום-ניתוחי
השלב הפוסט-ניתוחי
שלב התחזוקה לטווח רחוק

תארו/י לעצמך שאת/ה פונה לרופא עם בעיה פיזית כלשהי והוא לא טורח לשאול אותך מתי וכיצד התפתחה הבעיה, הוא גם לא בודק אותך, ומייד נותן לך מרשם לטיפול בבעיה. ותארו/י לעצמך שהרופא הזה כך נוהג עם כל מטופל שהוא רואה. כך מטפלים בהשמנה כיום. בדרך כלל אנשים שמנים מקבלים את אותו מרשם: 'איכלו פחות ועשו יותר פעילות גופנית' (1).

בעיית ההשמנה היא אחת מהבעיות ההטרוגניות ביותר שקיימות (2-5), וישנם אין-ספור מסלולים ודרכים לפיתוח בעיית השמנה ולהנצחתה לאורך שנים. בשל כך, סביר להניח שגם הדרך להבראה מהשמנה לא תהיה אחידה, וייתכן שיהיה צורך במסלולים רבים לטיפול (6). העדות לכך היא שהטיפול המשמעותי ביותר בהשמנה - הניתוח הבריאטרי, יעיל בכ- 80 אחוזים מהמקרים בלבד (7). לאור זאת, ישנה התייחסות הלכת וגוברת של אנשי מקצוע והכרה מטעם הקהילה המדעית בהיבטים הפסיכולוגיים של השמנת יתר ובהבנת ההטרוגניות של השמנת יתר, הן באתיולוגיה והן בטיפול.

מכיוון שהשמנה מתפתחת על רקע מערכת היחסים של אדם עם האוכל, עם עצמו ועם הסביבה - על איש המקצוע שעובד עם מטופל שסובל מהשמנה להבין ששינוי לאחר הניתוח הבריאטרי דורש לא רק שינוי התנהגותי, אלא גם שינוי יסודי במערכות יחסים אלו. כדי לטפל בבעיה בצורה יעילה, חשוב לזהות את הגורמים שתרמו להתפתחותה ואת הגורמים המשמרים אותה כיום אצל כל מטופל ומטופל.

לכן, בבואנו לטפל בבעיית ההשמנה, חשוב להבין את התפקיד של האוכל בחיי המטופל בהתפתחותו המוקדמת, בתקופה שבה החלה להתפתח בעיית ההשמנה וכמובן גם בהווה. יש להבין את המשמעות החברתית והתרבותית של אוכל בחיי המטופל ואת עמדותיו ביחס לקבלת הנחיות מדמויות סמכות. חשוב גם לזהות האם הבעיה קשורה בעיקרה לטריגרים רגשיים, סביבתיים ו/או בין-אישיים, ויש גם לאבחן אם בעיית ההשמנה יושבת על טראומה מוקדמת ומשמשת עבור המטופל כגורם מגן.





בדרך כלל בשלב
 התחזוקה מטופלים
 עולים בחזרה כ-10
 אחוזים מהמשקל
 הנמוך ביותר
 שהושג. למרבה
 הצער, רבים
 מהמטופלים יפרשו
 שינוי נורמטיבי
 זה ככישלון
 אישי. לכן חשוב

מאוד להסביר
 מראש למטופלים
 שניתן לצפות
 לעלייה של עד 10
 אחוזים מהמשקל
 המינימלי שאליו
 הגיעו, ואין זה
 מעיד על כישלון
 אישי

וללעיסה יסודית של כמויות אוכל מזעריות. רבים מהמטופלים שעוברים ניתוח מדווחים על קשיים ראשוניים בהסתגלות הפיזית והפסיכולוגית לשינוי הדרסטי שהם חווים בצריכה הקלורית. יש המדווחים על עייפות, מצב רוח ירוד וגלי קור הקשורים להסתגלות הפיזית של הגוף לשינויים בתזונה. יש גם החווים רעב מדומה ("Phantom hunger") הנובע מחוסר הסיפוק הפסיכולוגי מהצריכה המוגבלת בתוכנית האכילה הפוסט-ניתוחית. ישנה גם תופעה של הקאות בזמן שלומדים לאכול על פי הנחיות התזונה הפוסט-ניתוחיות. כמו כן, מטופלים רבים חווים התקפי חרדה ו"התקפי חרטה" הקשורים לביצוע הניתוח. תופעות מעין אלה אופייניות בקרב המנותחים הבריאטריים ולרוב חולפות. עם זאת, קשיים אלה יכולים להיות מועצמים לתקופה ממושכת יותר אצל מטופלים שלא הגיעו מוכנים מבחינה נפשית לניתוח, אצל מטופלים שעברו את הסינון למרות חוסר יציבות נפשית, ו/או אצל מטופלים שחווים סיבוכים רפואיים משמעותיים במסגרת תהליך ההחלמה. למרות האמור, רוב המטופלים מסתגלים לשינויים הפיזיים לאחר מספר שבועות ומתחילים לחוות את מה שמכונה בספרות תקופת "ירח הדבש שלאחר הניתוח".

"תקופת ירח הדבש" מתאפיינת בירידה מהירה ויחסית דרמטית במשקל, גם אצל מטופלים שלפני הניתוח סבלו מהפרעות בוויסות הרגלי האכילה. לרוב, ירידה זו במשקל מלווה בשיפור ניכר בביטחון העצמי, במצב הרוח ובמוטיבציה גבוהה לשיתוף פעולה עם ההנחיות של הצוות הבריאטרי לאחר הניתוח. רוב המטופלים מגיעים על פי הנדרש למעקבים הרפואיים והתזונתיים, והפנייה לטיפול פסיכולוגי בשלב זה פחות שכיחה. עם זאת, מטופלים נוטים לפנות לעזרה כשהם מתקשים להיענות להנחיות הצוות הבריאטרי המטפל וכשהם חווים חרדות וקשיים

השלב הטרומ-ניתוחי

שלב זה מתאפיין באיסוף מידע, בקבלת החלטה אודות ניתוח בריאטרי ובהכנה פיזית ונפשית לניתוח. רבים מהמטופלים המגיעים ליעוץ בשלב זה מתארים חרדות ורגשות מעורבים כלפי הניתוח. עם זאת, ניתן לזהות מעין דחיפות או בהילות לבצע את הניתוח ולרזות מייד, מהר ובקלות. ישנם מטופלים שמגיעים ליעוץ לאחר שלמדו את החומר הרלוונטי לצורך קבלת החלטה, אולם רבים מגיעים להתייעצות עם ידע שטחי וציפיות לא מציאותיות.

חשוב שהמטפל יזהה את המוקד החשוב לעבודה על ידי ביצוע הערכה מקיפה ותיאום ציפיות עם המטופל לגבי סיבת הפנייה לטיפול בשלב זה של התהליך. טבלה 1, מסכמת דוגמאות לצרכים אפשריים ואופייניים בעבודה עם המטופל שפונה ליעוץ לפני הניתוח הבריאטרי.

השלב הפוסט-ניתוחי

שלב זה מתחלק לשני תתי שלבים המתאפיינים באתגרי הסתגלות בעלי דגשים שונים. בשלב זה מטופלים עושים את המעבר מהסתגלות פיזית להסתגלות רגשית וחברתית לניתוח. עד חצי שנה לאחר הניתוח - דגש על הסתגלות פיזית. חצי שנה עד שנה וחצי לאחר הניתוח - דגש על הסתגלות פסיכו-סוציאלית.

6-0 חודשים לאחר הניתוח

מכיוון שמייד לאחר הניתוח מטופלים מתמודדים עם שינוי פיזי קיצוני ומהיר, הדגש בחצי השנה הראשונה לאחר הניתוח הוא בהיבט של ההסתגלות הפיזית לניתוח. בשלב זה, מטופלים נוטים להתמקד בהחלמה הפיזית ובהסתגלות לצריכה איטית



טבלה 1: מוקדי התערבות בשלב הטרם-ניתוחי

ההתערבות הטיפולית	זיהוי הצורך
עבודה פסיכו-חינוכית: הסבר עובדתי אודות האפשרויות השונות לטיפול בהשמנה, דיון בהשלכות המעשיות והאישיות של ביצוע ניתוח בריאטרי לסוגיו תוך התייחסות אובייקטיבית ליתרונות ולחסרונות של התהליך עבור המטופל עצמו	איסוף מידע אודות הניתוחים הבריאטריים השונים וההשלכות המעשיות של ביצוע צעד זה
Cost-benefit analysis: דיון ובדיקת היתרונות והחסרונות קצרי הטווח וארוכי הטווח עבור המטופל הספציפי בנסיבות חייו העכשוויות ראיון מוטיבציוני לסיוע בעיבוד רגשות מעורבים והתקדמות לקראת תהליך של שינוי	סיוע בקבלת החלטה תוך כדי התייחסות לאמביוולנטיות אישית הכרוכה בשינוי מהפכני בחיים
לעתים נדרשת התערבות טיפולית לטיפול בבעיות רגשיות ו/או במשברי חיים. עבודה טיפולית המכוונת לייצוב המצב הרגשי, התפקודי ו/או המערכת הסביבתית של המטופל כשלב מקדים לטיפול בריאטרי	ייצוב בעיות פסיכו-סוציאליות כשלב מקדים להכנה לניתוח
<ul style="list-style-type: none"> סיוע בגיוס מערכת תמיכה ו/או חשיבה מעשית כיצד להתמודד במקרים שבהם המערכת הסביבתית מוגבלת ביכולתה לעזור ו/או מתנגדת לניתוח ואינה מוכנה לעזור תכנון ופתרון בעיות מעשי: תכנון שינויים שיצטרכו להתבצע בבית ובעבודה. לדוגמה, עבודה על שינויים בקביעת סדרי עדיפויות וניהול זמן שיפור המודעות העצמית לקשיים בוויסות האכילה הכנת המטופל לעבודה עם דיאטנית בריאטרית, במקרים שבהם קיימת התנגדות לדמויות סמכות ו/או להנחיות מטעם הצוות הרפואי עבודה על תכנון, נרמול וויסות הרגלי האכילה תמיכה נפשית ועיבוד חששות לקראת הניתוח תיאום ציפיות לגבי דרישות הניתוח ותוצאות הניתוח לטווח הקצר והארוך 	הכנה מעשית ורגשית לניתוח

"תקופת ירח הדבש"
מתאפיינת בירידה מהירה ויחסית דרמטית במשקל, גם אצל מטופלים שלפני הניתוח סבלו מהפרעות בוויסות הרגלי האכילה. לרוב, ירידה זו במשקל מלווה בשיפור ניכר בביטחון העצמי, במצב הרוח ובמוטיבציה גבוהה לשיתוף פעולה עם ההנחיות של הצוות הבריאטרי לאחר הניתוח

אמביוולנטי או לא תמך בניתוח, יכול להירתע מההתחזקות ומהעוצמה שהמטופל חווה בעקבות הירידה במשקל. כמו כן, לפעמים יש ציפיות שהניתוח ישפר בעיות בוגיות ובקשרים אחרים, וכשהדבר לא קורה יש אכזבה. לעתים אנשים חווים משברים ואף אובדן בקשרים עם בני זוג ו/או בני משפחה וחברים, החשים איום כתוצאה מההרזיה ומההעצמה המתלווה לה. לעומת זאת, קשרים שהיו חיוביים או תקינים לפני הניתוח עשויים ברוב המקרים להוות מקור משמעותי של תמיכה וחיוק לאחריו.

יש לזכור שגם שינויים חיוביים ככל שיהיו, עלולים להוות מקור דחק למטופל הבריאטרי. למשל, לעתים הירידה במשקל חושפת את המטופל הבריאטרי לאפשרויות חדשות בחיים שדורשות גם הן הסתגלות (מקומות עבודה חדשים, בני זוג פוטנציאליים וכו'). לכן תהליך השינוי עשוי להיות מורכב ודורש למידה והסתגלות למצבים חדשים. יכולת ההתמודדות עם תהליך השינוי תלויה במידה רבה במשאבים האישיים של המטופל ובהתנסויות החיים שלו טרם הניתוח. לדוגמה, אישה שחווה הטרדה מינית לפני הניתוח והשתמשה בשומנה העודף כמגן בפני מחזרים פוטנציאליים, או אדם שנדחה פעם אחר פעם ממקומות עבודה בגלל מבנה גופו - ייחשפו למצבים חדשים ולאטגרים לאחר ההרזיה. לכן, בשלב זה ניתן לצפות לנכונות מוגברת מצדם של מטופלים להיכנס לתהליך טיפולי, וקיים תפקיד מרכזי לפסיכולוג המלווה את המטופל הבריאטרי בסיוע בהתמודדות עם שינויים פסיכולוגיים ובין-אישיים הקשורים להשלכות

בהסתגלות למצב החדש. מניסיוני, אנשים שאין להם תמיכה סביבתית מספקת או לחילופין אנשים שיצרו קשר טיפולי טוב טרם הניתוח, נוטים לפנות ליעוץ ו/או להמשיך ביעוץ אצל פסיכולוג בשלב זה.

בשלב הפוסט-ניתוחי, המטפל באוריינטציה קוגניטיבית-התנהגותית הבקיא בתהליך הבריאטרי יכול לסייע במיוחד בהעברת מידע, בסיוע בהתמודדות עם קשיים בשינוי הרגלי אכילה ובהסתגלות למצב החדש, הדורשת יכולת לוויסות רגשות והרגעה עצמית. כמו כן, המטפל יכול להעניק תמיכה רגשית וסיוע ענייני ובלתי שיפוטי בפתרון בעיות שעולות במסגרת תקופת ההסתגלות הראשונית. דוגמאות: קשיים במעבר מאכילה מהירה לאכילה איטית ומודעת, קשיים בהקשבה לרמזי רעב ושובע, הפסקת האכילה בזמן ובאופן שאינם גורמים להקאות, התמודדות עם רעב מדומה והתקפי דחף לאכילה, קשיים בהתמודדות עם חרדות ורגשות אמביוולנטיים, קשיים במעבר ההדרגתי מאורח חיים בלתי פעיל לאורח פעיל יותר.

18-6 חודשים לאחר הניתוח

בשלב זה, רוב המטופלים כבר הסתגלו לניתוח, ירדו במשקל באופן משמעותי ונמצאים במעקב תזונתי ורפואי לפי הצורך. למרות שמרביתם נהנים מהשינויים החיוביים, ישנם דיווחים על מתחים בין-אישיים. מתחים אלה קשורים לקשיי ההסתגלות של הסביבה הקרובה לשינויים הפיזיים והפסיכולוגיים שהתרחשו אצל המטופל כתוצאה מהניתוח. למשל, בן זוג שהיה



הניתוח וההרזיה.

לבסוף, מטופלים שסבלו מבעיות נפשיות לפני הניתוח, כגון הפרעות במצב הרוח, חרדה לסוגיה ובולמוסי אכילה, נמצאים בסיכון מוגבר לחוות הישנות בבעיות אלה עם התקרבות של סיום "תקופת ירח הדבש". על המטפל הבריאתרי שנמצא בקשר מתמשך עם המטופל להיות עירני לשינויים ולתנודות במצבו הרגשי, במצבו התפקודי ובמצבו החברתי. מטפל קשוב ועירני יזהה בעיות בזמן, יסייע בהתמודדות עם קשיים שיתעוררו ויפנה לטיפול פסיכיאטרי, זוגי או מיני לפי הצורך.

שלב התחזוקה

(החל מ-18 חודשים לאחר הניתוח)

השלב האחרון של התהליך הבריאתרי הוא למעשה שלב שאינו מסתיים. מדובר בשלב שבו המשימה המרכזית היא הסתגלות והתייצבות לטווח ארוך, הן מבחינת המשקל והן מבחינת השינויים ההתנהגותיים, הקוגניטיביים והרגשיים הנדרשים לצורך שמירה על משקל חדש זה. בשלב זה קיימת ירידה משמעותית במעורבות הצוות הבריאתרי בעבודה הישירה מול המטופל. למעשה, ירידה זו מתרחשת במקביל לכך שמרבית המטופלים חווים ירידה בהתלהבותם מהתהליך ונמצאים בסיכון מוגבר לחזרה לדפוסי אכילה ישנים. כמו כן, בדרך כלל בשלב זה מטופלים עולים בחזרה כ-10 אחוזים מהמשקל הנמדד ביותר שהושג. למרבה הצער, רבים מהמטופלים יפרשו שינוי נורמטיבי זה ככישלון אישי. לכן חשוב מאוד להסביר מראש למטופלים שניתן לצפות לעלייה של עד 10 אחוזים מהמשקל המינימלי שאליו הגיעו, ואין זה מעיד על כישלון אישי.

כיום מקובל להגדיר "כישלון" בתוצאות הניתוח כירידה של פחות מ-50 אחוזים מהמשקל העודף ההתחלתי ו/או עלייה משמעותית מתוך המשקל שכבר ירד לאחר הניתוח. למרות ההבנה המוגבלת אודות הסיבות לעלייה במשקל, ידוע כי תופעה זו קשורה לקשיים בהיענות להנחיות ההתנהגותיות של הצוות המטפל וחזרה לדפוסי אכילה ישנים כגון בולמוסי אכילה (13). לאחר שנים של מחקר, ניתן לזהות מספר עקרונות מפתח המאפיינים מטופלים אשר הצליחו לשמור לאורך זמן על רוב הישגי המשקל בעקבות ניתוח בריאתרי (14-16). להלן דוגמאות להרגלים ולדפוסיים המאפיינים את האנשים שהצליחו לשמר את תוצאות ההרזיה בלי קשר לסוג הניתוח הבריאתרי שעברו:

- קבלת אחריות אישית לוויסות האכילה והמשקל.
- פעילות גופנית סדירה.
- צבירת שבע שעות שינה בממוצע ללילה.
- שתיית מים בכמות מספקת והימנעות משתייה מוגזת.
- הפרדה בין שתייה לאכילה.
- הקפדה על צריכת שלוש ארוחות מאוזנות ושתי ארוחות קלות ביום.
- אכילה איטית ומודעת.
- הגבלת כמויות המזון הנצרך.
- נטילת ויטמינים ותוספי תזונה על פי הנחיות הצוות הבריאתרי.
- ניטור עצמי ביחס למשקל ולהרגלי האכילה.

למעשה אין חידוש בממצאי מחקר זה, ותוצאותיו גורמות לבעיה של חשיבה מעגלית: הרי עקרונות אלה של שמירה על הישגים במשקל קשורים להתמדה בניהול אורח חיים בריא, בין אם אדם עבר ניתוח בריאתרי ובין אם לאו. מכיוון שבעיית ההישנות קשורה בעיקר לקושי של הפרט להתמיד בשינויים ההתנהגותיים שמלכתחילה היו נחוצים לצורך הירידה במשקל, האתגר שלנו כאנשי מקצוע אינו מסתיים בשאלה כיצד ניתן באופן מעשי למונע עלייה מחודשת במשקל, אלא בעיקר כיצד ניתן לסייע לאנשים באופן אישי להתמיד בהנחיות ידועות אלה. תפקידו המרכזי של המטפל העובד עם אנשים הנמצאים בשלב

התחזוקה של הניתוח הבריאתרי הוא לתמוך במטופל ולבצע הערכה מתמשכת וסדירה לזיהוי קשיים שמתעוררים תוך כדי התהליך. יש לשים לב להופעתן של בעיות באכילה, תנודות במצב הרוח וסימפטומים פסיכיאטריים שעלולים לפגוע בהסתגלות הפסיכו-סוציאלית של המטופל וביכולתו לפתח עמידות בניהול אורח חיים בריא. דוגמאות לקשיים שכחים שעולים במסגרת תקופת ההסתגלות לטווח ארוך:

- שחיקה וחזרה לדפוסי אכילה ישנים.
- הופעתן ו/או חזרתן של בעיות רגשיות כגון דיכאון וחרדה.
- אכזבה מרמת הירידה במשקל בפועל ביחס לפנטזיה.
- חוסר שביעות רצון מההופעה החיצונית ו/או מעודפי העור שנשארו לאחר ההרזיה.
- התמודדות עם טראומות עבר שהודחקו, והתעוררו מחדש בעקבות ההרזיה.

לאחר שהמטופל הבריאתרי חווה תקופה ממושכת של יציבות במשקל, במצב הרוח, בתפקוד הכללי ובאורח החיים החדש שפיתח, ניתן לעבור איתו לשלב האחרון של הטיפול הבריאתרי אשר מתמקד במשימה המשמעותית של מניעת הישנות וניהול הישנות לטווח ארוך (Relapse Prevention and Relapse Management).

מעקב לאורך זמן

מכיוון שהשמנה היא בעיה כרונית מטבעה, גם לאחר סיום הטיפול רצוי לבדוק שינויים במשקל ושינויים התנהגותיים, קוגניטיביים ו/או רגשיים שמתרחשים לאורך זמן. לצורך כך, ניתן לבנות יחד עם המטופל תוכנית מובנית למעקב המשך. למרות שלא כל מטופל ישתף פעולה עם מעקב מתמשך, הידיעה שמתוכננת פגישות מעקב לאורך זמן מעניקה לרוב המטופלים שמסיימים טיפול תחושת ביטחון והגנה. ניתן לבצע את פגישות המעקב תחילה פעם בחודש ובהמשך אחת לחצי שנה, עד לפגישות שמתקיימות אחת לשנה. במידה שמטופל מביע חוסר רצון או חוסר עניין במעקב אישי, ניתן לבנות איתו תוכנית אישית למניעת הישנות המתבססת על הגדרה משותפת של פרמטרים המצדיקים פנייה מחודשת להתייעצות לפי הצורך. מניסיוני, רבים מהמטופלים שאינם מעוניינים להמשיך במעקב, אינם חוזרים לטיפול בהמשך גם לאחר בניית תוכנית אישית למניעת הישנות, אולם אין זה בהכרח אומר שלא הצליחו להפיק תועלת מהטיפול ולבצע מעקב עצמי. עם זאת, חשוב להסביר למטופל כי גם אדם השומר על משקל יציב לאורך שנים יכול למצוא את עצמו בסיכון להישנות בעת אירועי חיים שליליים ו/או מאתגרים. הריון, גירושין ואובדן הם דוגמאות למצבי חיים שבהם אנשים נוטים לפנות להרגלים ישנים להתמודדות עם סטרס, גם אם שנים לא עשו כך. מצבים אלה נוטים לעורר תגובות ישנות וזה עלול להפחיד את המטופל ולערער את הביטחון העצמי שלו. לכן רצוי להכין את המטופל מראש לזמנים כאלה ולהמליץ לו לפנות לטיפול "תחזוקתי" בעתות נסיגה, גם אם לתקופה קצרה.

© החומרים המופיעים במאמר זה, מבוססים על חומרים המופיעים בספר הדרכה שכתבה ד"ר העצני עבור אנשי מקצוע העובדים עם אנשים שעוברים ניתוחים להרזיה - "לשקול מחדש: המדריך הפסיכולוגי למטפל הבריאתרי" (2010).

רשימת המקורות המלאה מופיעה באתר מכון תנובה למחקר

- יש לזכור שגם
- שינויים חיוביים
- ככל שיהיו, עלולים
- להוות מקור
- דחק למטופל
- הבריאתרי. לעתים
- הירידה במשקל
- חושפת את
- המטופל הבריאתרי
- לאפשרויות חדשות
- בחים שדורשות
- גם הן הסתגלות
- (מקומות עבודה
- חדשים, בני זוג
- פוטנציאליים וכו').
- לכן תהליך השינוי
- עשוי להיות מורכב
- ודורש למידה
- והסתגלות למצבים
- חדשים

