

"אכילה והכלה במגוון טעמים"
החידוש באבחנת הפרעות אכילה לפי ה-DC 0-5
והטיפול במרפאה להפרעות אכילה בגיל הרך
במכון להתפתחות הילד של מכבי בחיפה

הילה חכלילי כהן פסיכולוגית התפתחותית מדריכה
פסיכולוגית ראשית במערך התפתחות הילד
מכבי שירותי בריאות- מחוז צפון

תקציר הרצאה שניתנה ביום העיון
"היבטים מתחדשים באבחנות ישנות-
בשורת ה- DC 0-5 לאבחון ולטיפול"
עמותת בריאות הנפש של התינוק 23.5.2017

למרבית הילדים עם התפתחות תקינה אכילה היא תהליך טבעי ומהנה, דרכו הם לומדים לטעום את טעמי העולם. 25% עד 40% מהילדים עם התפתחות תקינה מדווחים כבעלי קשיים באכילה, (אכילה איטית, סירוב לאכול, אכילה בררנית או הקאות). אבל רק אצל 3% מהם קיימת הפרעה מתמשכת בעוצמה של הפרעת אכילה. לעומת זאת אצל הילדים עם בעיות התפתחותיות הפרעות אכילה מהוות חלק בלתי נפרד מהקשיים שהם חווים. 50% מהפגים, 80% מהילדים עם צרכים מיוחדים מציגים קשיים באכילה.

המרפאה להפרעות אכילה בגיל הרך בתוך המכון להתפתחות הילד של מכבי בחיפה הוקמה לפני כעשר שנים במטרה לתת מענה טיפולי למכלול ההיבטים של הקשיים- היבטים רפואיים, תזונתיים, תפקודיים ורגשיים. צוות המרפאה כולל מטפלות מכל תחום טיפולי במכון: פיזיותרפיסטית, מרפאה בעיסוק, קלינאית תקשורת, עובדת סוציאלית, פסיכולוגית התפתחותית, דיאטנית ילדים, רופאה התפתחותית - נוירולוגית ילדים ורופא מיעוץ גסטרואנטרולוג ילדים. את המרפאה מנהלת נירה פלדמן דיאטנית קלינית לילדים מחוזית.

למרפאה מגיעים ילדים עם ליקויים נוירולוגיים, תסמונות, בעיות רפואיות, ליקויים בוויסות חושי וקשיים תפקודיים שונים שמלווים בקשיים סביב אכילה- סרבנות, אכילה מועטה ועיכוב בגדילה, עיכוב ברכישת מיומנויות אכילה, קושי במעבר למוצקים ועוד. תהליך הקבלה למרפאה כולל הערכה רפואית, תזונתית, תפקודית ורגשית. תצפית על אכילה בצוות רב מקצועי הינו חלק מתהליך ההערכה ובו מעריכים תחומים תפקודיים ורגשיים באינטראקציית האכילה, כולל צורת הגשת המזון והאינטראקציה בין הילד להורה, כמו גם מסרים גלויים וסמויים העוברים ביניהם במהלך האכילה.

השינויים באבחנות:

אבחנות של הפרעות אכילה בספר האבחנות הקודם **DC 0-3** מתבססות על עבודתה של דר' אירין שאטור אשר ב-2009 הוציאה עדכון לאבחנות ופרוטוקול טיפולי. האבחנות מתייחסות לגיל בו התחילה ההפרעה עם דגש על שלבים התפתחותיים רגשיים ולנושאים של וויסות, הדדיות, ואוטונומיה. האבחנה כוללת התייחסות ליחסים הורה-ילד ומערבת בין ההתנהגות לאתולוגיה. שאטור מדגישה את הקושי של התינוק בהפרדה בין וויסות של צרכים רגשיים וצרכים פיזיולוגיים - רעב ושובע. האבחנות מתייחסות רק לילדים שאוכלים מעט מדי.

6 קטגוריות לאבחנות :

הפרעת אכילה של וויסות בין הלידה לגיל 3 חודשים
הפרעת אכילה של הדדיות מופיעה בגיל 8-2 חודשים וקשורה לזמינות, תגובתיות ורגישות הורית
הפרעת אכילה של אוטונומיה או אנורקסיה של תינוקות 9 חודשים לערך
רתיעה תחושתית ממזון
הפרעת אכילה הקשורה למצב רפואי
הפרעת אכילה פוסט-טראומטית

שטור מציעה 6 שלבים טיפוליים הכוללים הדרכת הורים פסיכו-חינוכית והתערבות התנהגותית כשהמטרה היא להוביל לכך שתשומת הלב של התינוק תתמקד בחווית הרעב והשובע הפנימית במקום באינטראקציה עם ההורים. ההסתכלות של שטור על הפרעות האכילה רלוונטית ביותר לתחום הטיפול הפסיכולוגי ולהבנת דינמיקת היחסים שבבסיס ההפרעה, אבל אינה יעילה מספיק לאבחנה בגלל החפיפה בין תחומים שונים- התנהגות, יחסים, ואתילוגיה. בנוסף היא מתייחסת רק לילדים שאוכלים מעט מדי.

ספר האבחנות החדש DC 0-5 (12/2016) כולל את הפרעות האכילה בקבוצת ההפרעות במנגנונים פיזיולוגיים הישרדותיים, יחד עם הפרעות שינה ובכי ומציע הסתכלות אחרת בשלב האבחנה – הסתכלות על **התנהגות** התינוק:
האבחנה ניתנת באמצעות **תיאור תצפיתי של סימפטומים התנהגותיים** שמופיעים **בהקשרים שונים** (אם בהקשר של דמות ספציפית מדובר בהפרעת יחסים ולא הפרעת אכילה).
כדי שהקשיים יוגדרו כהפרעה צריכה להיווצר פגיעה בשגרת החיים של הילד ומשפחתו ושיבוש מהלך התפתחות תקין. **הקטגוריות האבחנתיות הן 3:**

אכילת יתר - Overeating Disorder (מגיל שנתיים)

ילדים שעסוקים בחיפוש אחר אוכל בעוצמה רבה במשך רב שעות היום, מבקשים כמות רבה של אוכל בזמן ארוחה ועסוקים באוכל גם בשעות שאינן בזמן הארוחה באופן שמשבש את הפעילות התקינה שלהם. הפעוט יכול להכנס למצוקה אם מונעים ממנו אוכל. אבחנה זו המופיע בשכיחות נמוכה יותר מהאבחנה הבאה- תת אכילה

תת-אכילה Undereating Disorder (ללא גיל ספציפי)

התינוק/פעוט באופן קבוע אוכל פחות מהמצופה בגילו (בהקשר כללי ולא בהקשר לדמות מסוימת- שאז זה הפרעה ביחסים שמתבטאת באכילה) ומציג לפחות אחת מהתנהגויות אכילה בלתי מסתגלות אלו:

1. חוסר עניין עקבי באכילה
2. פחד והימנעות מאכילה
3. קושי בוויסות במהלך האכילה (למשל באופן קבוע נרדם או נעשה חסר מנוחה)
4. אוכל רק כשישן
5. נכשל במעבר לאוכל מוצק
6. אוכל רק כשמתקיימים תנאים מסויימים שהמטפל ממלא אחריהם (מול תכנית טלויזיה מסויימת, עם צעצועים וסיפורים)
7. אכילה סלקטיבית באופן קיצוני, סירוב לאכול צבעים מסויימים, או מרקמים או מגוון מצומצם ולא רגיל.
8. אגירה (החזקת אוכל בפה זמן ממושך מבלי לבלוע)

אכילה לא טיפוסית Atypical Eating Disorder (ללא גיל ספציפי)

- Hoarding - אגירת אוכל במקומות לא שגרתיים
- Pica - אכילת דברים שאינם מזון
- Ruminatio - העלאת מזון שנבלע לחלל הפה ולעיסה חוזרת שלו.

ההתייחסות לצירים הנוספים בספר האבחנות מאפשרת לראות את התמונה הרחבה של מכלול התנאים התורמים להיווצרות הפרעה- מרכיב היחסים עם המטפל העיקרי ובמשפחה בכללותה (ציר 2), המרכיב הרפואי(ציר 3), גורמי דחק סביבתיים (ציר 4) והמרכיב ההתפתחותי (ציר 5). הסתכלות זאת מאפשרת לתכנן טיפול רב מקצועי בהתייחס לתחומים תפקודיים התפתחותיים ורגשיים משפחתיים.

הטיפול במרפאת אכילה בצוות רב מקצועי:

דניאל שטרן מספר לאם שאך נולדה בספרו "הולדתה של אם" (1998):
"ההאכלה היא אינטראקציה טבעית וחיונית שתפקידה לתת לך את היכולת להתקרב אל תינוקך"
"תלמדי איך את והתינוק שלך תתאימו היטב יחד, ותתחילי לחשוב על התינוק שלך כעל אדם בזכות עצמו". "יחסי האם-תינוק שלך יהיו מבוססים על סלע איתן של אינטראקציות פשוטות כמו האכלה" אך מה קורה בחוויה של ההורים כשחיונית ההאכלה אינה נעימה ומתגמלת?

עיכוב בגדילה, קושי בשגשוג ואכילה מועטה הוא מצב שיוצר לחץ ודאגה רבה, לעיתים ממש תחושת חירום הישרדותית אשר דורשת הרבה כוחות ויכולות לוויסות רגשי הורי כדי להכיל את התחושות הקשות ולשמור על רגישות ותגובתיות מתאימות.
כשהמצב הזה פוגש אם (בעיקר אם, אך שני ההורים שותפים לתמונה) עם רקע של חרדה, קונפליקטים סביב אכילה בילדות שלה והעדר תמיכה מתאימה מדמות אימהית כל אלה מגבירים את הסיכון לחזרה על דפוסים קודמים והתפתחות הפרעת אכילה אצל התינוק.

הטיפול במשפחות שחוות קשיים כאלה לעיתים מפגיש את הצוות המטפל בתחושות של חירום וחרדה ובביטויים עוצמתיות של כעס מצד ההורים על הצוות שלא נותן להם פתרונות מידיים למצב. לעיתים קשה מאד ליצור בסיטואציה הזאת מרחב רפלקטיבי לחשיבה והתבוננות ברגשות.

תפקיד הפסיכולוג בעבודת הצוות במרפאה הוא לסייע בהבנת הצרכים הרגשיים של ההורים והפעוט וליצור מיכל בינאישי ובינמקצועי מבוסס על חשיבה רפלקטיבית, מנטליזציה, יצירת "בסיס בטוח" וחיזוק הדימוי העצמי ההורי תוך הבנה של צרכיו ההתפתחותיים של הפעוט.

המטרה היא ליצור ברית טיפולית שתאפשר להורים לפתח מרחב להתבוננות אישית שלהם על חוויות ילדות סביב אכילה, חשיפת בידוריות של הפרעה, מודלים של עבודה, רוחות רפאים בחדר התינוקות. ולפתוח מרחב סימבולי- העברת ביטויים של קונפליקטים לאיזורים פחות הישרדותיים וגם יותר משחיקיים.

מה שמסייע לנו בעבודה במרפאה הוא מרחב שאנחנו יוצרות בינינו בתוך הצוות. מרחב של שיתוף רגשי וחשיבה משותפת. במשך הזמן גיבשנו שפה משותפת שמשלבת בין הגישות השונות ומקצועות הטיפול השונים. אני למדתי מהם מרכיבי התזונה החשובים ביותר לגדילת תינוקות, ואת העובדה שכשרוצים להעריך את הכמות שהפעוט אוכל מודדים שלושה ימים ולא יום אחד, איזה אוכל כדאי להגיש ואיך להושיב נכון את הילד בשלבים השונים.

המטפלות האחרות למדו על "טרנפרנס הסבתא הטובה" (שטרן 1995)

אנו פוגשים הרבה אימהות שהאימהות שלהן נעדרות, חסרות או נמצאות אך אינן מסוגלות לתת לבתן תמיכה ואישור למסוגלות שלה לגדל את ילדה. אנחנו שמות דגש על הצלחות, ועל רגעי התכוונות טובה של ההורים. אנחנו שוקלות בכל מקרה מתי הזמן הנכון לפגישות משותפות ומתי יש להפריד את הטיפולים. לרב העיסוק במדדי הגדילה אצל הדיאטנית מעורר כל כך הרבה ציפיות וחרדה שמצמצם את המרחב להתבוננות רגשית וחשיבה רפקלטיבית ויש צורך להפריד בין הפגישות. ברגע הראשון בו אפשר להירגע, הדיאטנית מרווחת את מעקב הגדילה ומסבירה להורים- שעוסקים עכשיו בהרגלי אכילה ולא בעלייה במשקל.

אנחנו פוגשים במרפאה הורים שזמן ממושך עסוקים מאד בתמה הראשונה של הקונסטלציה האימהית לפי שטרן- דאגה להישרדותו הקיומית של התינוק והגדילה שלו. הדאגה אינה נרגעת וממשיכה לתפוס מקום מרכזי בחשיבה של ההורים ולעיתים מקשה עליהם להיכנס לתמה השנייה- יצירת הקשר האינטימי עם הילד. בפגישות משחק בחדר הטיפול הפסיכולוגי אנחנו עוזרים להורים לראות בילד סובייקט הזקוק לקשר אינטימי מעבר לצורך לגדול ולעלות במשקל.

שטרן מתאר את "תגובות הדריכות הטבעיות של האם". אנו מבחינים שתגובות דריכות מוגזמות סביב האכילה מעבירות לתינוק מסר שהמצב של אכילה הוא מצב לא בטוח. החוויה הופכת להיות מבלבלת עבור הילד, מה שמוביל לעיתים למאבק שליטה ולשיחזור של מודל עבודה הורי שההורה חווה בילדותו באינטראקציה עם הילד שלו.

אנחנו עוזרים להורים למצוא דרכים כדי לאפשר לפעוט לבטא את הצורך שלו בנפרדות דרך מצבים אחרים ביומיום בדרך מסתגלת ולא דרך פגיעה במנגנון פיזיולוגי הישרדותי כאכילה. מעודדים את ההורים לשנות הרגלים שלהם ולהתאים אותם לצרכי הילד שלהם כמו למשל לסגל שיגרת ארוחות משפחתיות כמודל.

מודל טיפולי נוסף שאנחנו מציעים הוא ההשתתפות בקבוצת אמהות ופעוטות. הקבוצה היא הזדמנות לפעוטות לחוות אכילה בחברת ילדים בגילים יחד עם האמהות. לרב הפעוטות אינם משולבים עדיין במסגרת גנית, כשאחת הסיבות היא הדאגה לתזונה שלהם.

המטרה היא ליצור מיכל לאימהות דרך תחושת שותפות עם אימהות שחוות קשיים דומים לשלהן בהאכלת הילדים, ומרחב לילדים להתנסות בחוויה של אכילה קבוצתית עם בני גילם בתנאים בטוחים, ולהתמקד יותר בהנאה ובהתנסות מאשר בכמות האוכל שנכנסת. הילדים מתעניינים באוכל בצלחת של חבריהם, טועמים דברים שלא טעמו אף פעם לפני כן, ולרב יש הנאה גדולה, מה שהם לא חווים בסיטואציות של אכילה בבית.

המנחות הן 3 מטפלות מצוות המרפאה: דיאטנית, פסיכולוגית ומרפאה בעיסוק. חלק מהפגישות הן עם הילדים וחלק רק לאמהות. ניתנת הדרכה מכל אחת מהמטפלות בתחום שלה, לגבי מאפייני השלב ההתפתחותי, כיצד אלה באים לידי ביטוי סביב אכילה וכיצד לענות עליהם.

במהלך הפגישות עם האימהות הן מתבקשות להביא סרטונים מארוחות שנעשות בבית ואנחנו צופים בהם ביחד בקבוצה. בצפייה בעצמן מן הצד הן רואות הרבה דברים בעצמן שלא היו יכולות לגלות בדרך אחרת (כמו אמא שגילתה כמה היא רצה אחרי הבן שלה, או כמה היא מדברת תוך כדי האכילה, בעוד שבעלה שמאכיל ללא מלל מצליח יותר להאכיל את בנם). בצפייה בסרטים אנחנו מדגישות את מה שכן מצליח, מתמקדים בניואנסים קטנים שמקדמים את הקשר ויוצרים סיטואציה מתאימה להאכלה. במידת הצורך הילדים עם הוריהם ממשיכים לטיפול פרטני.

המטרה שלנו בטיפול במרפאה היא ליצור "ארוחה" טיפולית מותאמת לצרכים של הפעוט והוריו ולהביא לגדילה והתנהגות אכילה תואמות גיל ומצב התפתחותי.