



# אתגר הפסיכולוג הרפואי במרפאה הבריאטרית: בין אבחון לטיפול

עירית חרותי, יעל סיון ורועי חזן

(סקרן ועמיתיו, 2017), ההתוויות לניתוחים בריאטריים במבוגרים מעל גיל 18 הן:

1.  $BMI > 40$
  2.  $35 < BMI < 40$  סובלים ממחלות שונות שמקורן בהשמנה (סוכרת, יתר לחץ דם, תסמונת דום נשימה בשינה, הפרעות פוריות משניות, בעיות אורתופדיות, כבד שומני, מחלת לב וכו').
  3.  $30 < BMI < 35$  במקרים של מנותחים שעברו ניתוח בריאטרי קודם ונכשלו בו, או בחולי סוכרת לא מאוזנים למרות הטיפול התרופתי.
  4. כאשר המועמד לניתוח מעל גיל 65, יתקיים דיון והתייעצות רב תחומית באשר לביצוע הניתוח הבריאטרי וסוגו, בהתאם לשיקולים רפואיים.
- קיימים סוגים שונים של ניתוחים בריאטריים הנבדלים במידת הרסטריקציה (הגבלת נפח האוכל) שהם מאפשרים ובדרך השפעתם על יכולת הספיגה ועל ההפרשה האנדוקרינית של מערכת העיכול. כמו כן, קיים שוני בין הניתוחים מבחינת הסיכון הניתוחי, בהשפעתם על תחלואה הנלווית להשמנה (סוכרת, יתר לחץ דם, שומנים בדם ועוד) ובתוצאותיהם מבחינת הירידה במשקל. בשנים האחרונות מרבית הניתוחים נעשים בשיטה לפרוסקופית (זעיר-פולשנית, ללא פתיחת בטן) המפחיתה את הסיכון הניתוחי ומקלה על תהליך ההחלמה (Angrisani et al., 2015).

## הערכה טרום ניתוחית ומעקב במרכז בריאטרי

עקב העלייה במספר הניתוחים בישראל, הוגדר בחוזר מנהל הרפואה של משרד הבריאות (2013) תהליך ההערכה הטרם ניתוחית במרפאות הבריאטריות. על פי החוזר, ההערכה תיעשה על ידי ועדה רב מקצועית הכוללת: כירורג, פנימאי או אנדוקרינולוג, דיאטנית

עודף משקל והשמנת יתר הם תופעות נפוצות באוכלוסיית העולם, ובכלל זה בישראל (חוזר מנהל הרפואה של משרד הבריאות, 2013). השמנת יתר חולנית מוגדרת כמחלה כרונית, הפוגעת במערכות גוף רבות, מגבירה את הסיכון לפגיעה באיברים שונים ולחלות במחלות שונות כגון מחלות לב ודרכי הנשימה, סוכרת ויתר לחץ דם, והיא גם מקצרת את תוחלת החיים ופוגעת קשות באיכותם (Runkel et al., 2011).

ארגון הבריאות העולמי בשיתוף איגודים מקצועיים מתחום הכירורגיה, האנדוקרינולוגיה והסוכרת, קבעו כי ניתוח בריאטרי הוא טיפול אפקטיבי להשמנת יתר חולנית, המוריד באופן מובהק את התמותה ואת המחלות הנלוות ומגדיל את שרידות המטופלים (Luca et al., 2016).

## מטרת ההערכה הטרם ניתוחית היא הכנת המטופל באופן המיטבי לטיפול הכירורגי בהשמנה והשלכותיה השונות, לרבות התאמת סוג הניתוח למטופל בהתאם למשקלו, מחלות הרקע שלו, הרגלי האכילה שלו והתנהגותו

ניתוחים בריאטריים, או בשמם הפופולרי, ניתוחים לקיצור קיבה, הופכים לשכיחים יותר בעולם בכלל, ובישראל בפרט. ישראל נמצאת במקום הראשון בעולם במספר הניתוחים הבריאטריים באופן יחסי לגודל האוכלוסייה (Angrisani et al., 2015).

על פי חוזר מנהל הרפואה של משרד הבריאות (2013) ונייר העמדה העדכני של ההסתדרות הרפואית בישראל

ד"ר עירית חרותי היא פסיכולוגית רפואית ושיקומית בכירה, מנהלת המערך הפסיכולוגי, בית החולים בילינסון. irithe@clalit.org.il  
יעל סיון היא פסיכולוגית רפואית מומחית, המערך הפסיכולוגי, בית החולים בילינסון.  
רועי חזן הוא פסיכולוג בהתמחות רפואית, המערך הפסיכולוגי, בית החולים בילינסון.

לבריאות, בעיות רפואיות בשל השמנת היתר ורצון לשפר את הכושר הגופני (Brantley et al., 2014). בה בעת, נראה כי גם לסיבות פסיכולוגיות מרכיב בהחלטה לפנות לניתוח בריאטרי, כמו רצון לשפר את ההערכה העצמית ואת דימוי הגוף (Munoz et al., 2007). לצד זאת, עולה כי למרבית המועמדים לניתוח ציפיות שאינן ריאליות לגבי הירידה במשקל שלאחר הניתוח (Karmali, Kadikoy, Brandt & Sherman, 2011).

## הערכה פסיכולוגית לפני ניתוח בריאטרי מאפשרת זיהוי התוויות נגד פסיכולוגיות לניתוח, ובנוסף מאפשרת איסוף מידע עשיר לתכנון מטרות טיפוליות עתידיות

בהמשך לכך נעשה בירור לגבי תפיסת הייחוס (חיצוני או פנימי) של המועמדים לניתוח באשר לגורמים המשפיעים על ההשמנה (העצמי, 2010). קיימת חשיבות רבה להבנת הניתוח ככלי להרזיה ולא כפתרון קסם. לאור הרסטריקציה הפיזית הנוצרת בניתוח, מתאפשרת ירידה בכמויות האוכל הנקודות זמן אחת. אולם, נדרשת היענות של המנותחים להנחיות התזונתיות באשר לתדירות הארוחות ובחירת המזון הנצרך בכדי לשמור על הישגים של הניתוח לאורך זמן. ואכן, מחקרים מראים כי 30-40 אחוזים מהמנותחים הבריאטריים מעלים אחוז ניכר מהמשקל שירדו כשנה לאחר הניתוח. גורמים התנהגותיים שנמצאו כמנבאים הצלחה הם מעקב אחר האכילה ושינוי כולל בהרגלי האכילה. לעומת זאת, גורמים המנבאים סיכון מוגבר לעלייה במשקל לאחר הניתוח הם: חוסר שינוי בחשק לאכילה, נטייה לאכילה רגשית, מצוקה רגשית ואי הגעה למעקבים תזונתיים ורפואיים (Snyder, 2009).

במסגרת ההערכה הפסיכולוגית מתאפשרת ההזדמנות להעביר מידע פסיכו-חינוכי למועמדים לניתוח באשר לשינויים האפשריים לאחר הניתוח, וזאת על מנת להכנים באופן מיטבי להתאמות ההתנהגותיות הנדרשות בעתיד לבוא (Flores, 2014).

### ב. היסטוריה של משקל ודיאטה

במסגרת ההערכה הפסיכולוגית נערכת סקירה של היסטוריית ההשמנה והירידה במשקל של המועמדים לניתוח תוך בחינת הקשר לאירועי חיים משמעותיים

פסיכולוג או עובד סוציאלי ורופא מרדים. מטרת ההערכה הטרומית ניתוחית היא הכנת המטופל באופן המיטבי לטיפול הכירורגי בהשמנה והשלכותיה השונות, לרבות התאמת סוג הניתוח למטופל בהתאם למשקלו, מחלות הרקע שלו, הרגלי האכילה שלו והתנהגותו. בנוסף, מחייב חוזר מנהל הרפואה המדובר (2013) את המרכז הבריאטרי לערוך לאחר הניתוח מעקב הכולל: בדיקה כירורגית, הדרכה ומעקב על ידי דיאטנית, מעקב פסיכולוגי פרטני או קבוצתי, מעקב רופא משפחה או אנדוקרינולוג וביצוע בדיקות תקופתיות נדרשות, לצד הדרכה בנוגע לחשיבות הפעילות הגופנית לאחר הניתוח.

## הערכה פסיכולוגית טרום הניתוח

בהתאם לחוזר מנהל הרפואה של משרד הבריאות (2013), מועמד לניתוח בריאטרי בישראל נדרש לעבור הערכה פסיכוסוציאלית על ידי פסיכולוג או עובד סוציאלי. ההחלטה לשלב איש בריאות הנפש בוועדה לניתוחים בריאטריים נובעת מההנחה כי "בשונה מדיאטות בהן ישנו סיכון נמוך לבריאותו של המטופל, בניתוח הבריאטרי קיים סיכון משמעותי הדורש שינויים התנהגותיים לאורך זמן". להערכה הפסיכולוגית הוגדרו שתי מטרות מרכזיות:

1. הערכת מידת מוכנות המועמד לניתוח, לשינוי אורח חיים ותזונתו, והערכת נכונותו להתחייב להיות במעקב קבוע לאחר הניתוח.
2. בירור לגבי תחלואה פסיכיאטרית הקשורה להפרעת אכילה. בהתאם לספרות המחקרית בתחום, עולה כי הערכה פסיכולוגית לפני ניתוח בריאטרי מאפשרת זיהוי התוויות נגד פסיכולוגיות לניתוח, ובנוסף מאפשרת איסוף מידע עשיר לתכנון מטרות טיפוליות עתידיות שבכוחן להביא לשיפור באיכות החיים ולתוצאות טובות יותר בירידה במשקל (Edwards-Hampton & Wedin, 2015).

בהתאם לכך, במרפאתנו אנו מקיימים ראיון פסיכולוגי חצי מובנה בדומה להמלצתה של העצמי (2010), ובו אנו בוחנים את הקריטריונים הבאים:

### א. סיבות לביצוע הניתוח, הבנת הניתוח והבנת השינוי הנדרש באורח החיים לאחריו

כחלק מהערכת מידת המוכנות של המועמד לניתוח בריאטרי, נעשה בירור של המוטיבציות לניתוח בכדי לבחון האם הציפיות מהתהליך ריאליות ותואמות את הישגי הניתוח האפשריים. בהקשר זה, נמצא כי הסיבות המרכזיות לניתוח הן דאגה



על אכילת לילה, שבה כ-35 אחוזים מצריכת הקלוריות היומית מתבצעת לאחר ארוחת הערב, וכן יש המדווחים על הפרעת שינה על ידי אכילה בלתי נשלטת באמצע הלילה. הפרעת אכילה התקפית היא נושא מורכב בתחום הבריאטרי, שכן הדעות חלוקות בקרב החוקרים. חלקם תומכים בהשערה כי תהיה רמיסיה של האכילה ההתקפית לאחר הניתוח בשל הרסטריקציה הכירורגית, ולכן אין לראות בהפרעת אכילה התוויית נגד ניתוחית. אחרים צופים שתהיה החמרה בהפרעה, ולכן מדגישים את החשיבות בטיפול בהפרעת האכילה לפני ההליך הניתוחי (Greenberg, Sogg & Perna, 2009).

## גורמים המנבאים סיכון מוגבר לעלייה במשקל לאחר הניתוח הם: חוסר שינוי בחשק לאכילה, נטייה לאכילה רגשית, מצוקה רגשית ואי הגעה למעקבים תזונתיים ורפואיים

### ד. היסטוריה פסיכיאטרית

מועמדים לניתוח בריאטרי נמצאו בספרות כפגיעים יותר לפתח הפרעות פסיכיאטריות: נמצא כי עד כ-70 אחוזים מהמועמדים מתארים הפרעות פסיכיאטריות מציר 1 (בהתאם ל-DSM IV), עכשוויות או במהלך חייהם, ובעיקר דיכאון, חרדה והפרעת אכילה התקפית (Zwaan et al., 2011). לפיכך, ישנה חשיבות רבה במסגרת ההערכה הפסיכולוגית לקבוע האם קיימים תסמינים פסיכיאטריים עכשוויים שעשויים להשפיע על התמודדות המטופל לאחר הניתוח.

אנו מקפידים אפוא לברר בירור מעמיק בדבר נוכחותם של תסמינים של דיכאון, חרדה, מאניה, פסיכוזה, נטייה לאובדנות, רקע של התעללות פיזית, מילולית או מינית, היסטוריה משפחתית של הפרעות נפש והתנסות בטיפול פסיכיאטרי. בנוסף, נבחנת לעומק היסטוריה של התמכרויות לאלכוהול, סיגריות, סמים ועוד, שלעתים מהוות לכשעצמן התוויית נגד לניתוח הבריאטרי. זאת, משום שייתכן כי המחמאות והפידבקים החיוביים להם זוכים המטופלים לאחר הניתוח הבריאטרי מסביבתם, עלולים להשפיע על אותם מטופלים עם נטייה להתמכרות ולהרס עצמי באופן כזה שינסו לחבל בירידה במשקל.

(נישואים, הריונות, שינויי עבודה). נאסף מידע בנוגע לשלב ההתפתחותי בחיים שבו החלה להתפתח השמנת היתר, סוגי הדיאטות שנוסו, תוצאות של מאמצי העבר, גורמים הקשורים לחזרה לעלייה במשקל (אם הייתה ירידה) וכן גנטיקה משפחתית (Snyder, 2009). במהלך הסקירה ההיסטורית אנו מאמינים כי ניתן לזהות אמונות שגויות שעליהן חונכו המטופלים, כמו "צריך לסיים את האוכל מהצלחת", ו"להשאיר אוכל בצלחת זה בזבוז". אמונות אלו ואחרות עלולות להקשות על המאמצים בעתיד לשמירה על תוצאות הניתוח. ניסיונו מראה שסקירת היסטוריית ההשמנה מאפשרת גם להתייחס לנושאי בושא ואשמה הקשורים בכישלונות קודמים בירידה במשקל, תוך חיזוק המאמצים בהווה לשיפור המצב הבריאותי.

### ג. התנהגויות אכילה עכשוויות

בהמשך לסקירת מהלך ההשמנה נעשה בירור לגבי דפוסי האכילה של המועמדים לניתוח. עולה כי קיים קשר הדוק בין השמנה להתנהגויות אכילה שאינן אדפטיביות כגון אכילה לא מסודרת, דילוג על ארוחת בוקר, אכילת מנות גדולות, אכילה לילית, אכילה רגשית ואכילה התקפית (להלן). הספרות מראה שהתנהגויות אכילה אלו אינן מותאמות להמלצות התזונתיות לאחר הניתוח, שכן אלו מביאות להישנות המשקל העודף על אף הרסטריקציה הכירורגית (Edwards-Hampton & Wedin, 2015). אמנם נערך בירור תזונתי מקיף על ידי הדיאטנית, אולם התחקות אחר התנהגויות האכילה מאפשרת בחינתן בהקשר לפסיכו-פתולוגיות הקשורות להשמנה: אכילה רגשית או הנטייה לאכילת יתר כתגובה למצוקה רגשית תורגמה במהלך השנים לסגנון התמודדות במצבי לחץ ומשבר. סגנון זה עשוי לבוא לידי ביטוי אצל מטופלים לפני ניתוחים בריאטריים או אחריהם, והוא מהווה גורם סיכון לכישלון ניתוחי. אכילה רגשית לא מטופלת מאטה את קצב הירידה במשקל וגורמת לחזרת המשקל העודף לאחר הניתוח (Chesler, 2012).

**הפרעות אכילה:** 10-25 אחוזים מהמועמדים לניתוח בריאטרי סובלים מהפרעת אכילה התקפית, הפרעת אכילה שבה מתקיימות אפיזודות חוזרות ונשנות של בולמוסי אכילה חסרי שליטה. מדובר באכילה של כמויות אוכל גדולות במיוחד, הנאכלות בפרק זמן קצוב (בדרך כלל עד שעתיים). ככל שתחושת החרטה על האכילה ההתקפית מביאה לפעולה יזומה של ריקון הגוף ממזון, התקפי הזלילה יהוו חלק מהפרעת אכילה רחבה יותר (Snyder, 2009). חלק מהמועמדים לניתוח מדווחים גם

לאחר מכן, אפקט השיפור במצב הרוח נעלם בהדרגה והדיכאון נוטה לחזור לרמות של לפני הניתוח (Booth et al., 2015).

## בכל מפגש טיפולי טמון פוטנציאל לשינוי במצב המטופל. כך, במקרים רבים, המטופלים מגיעים לתובנות ומגלים פתיחות להתבוננות אינטרוספקטיבית על הקשר בין ההשמנה, האכילה והתנהגותם בהקשר הפסיכולוגי

הסיבות לכך מגוונות, וקשורות למאפיינים של אלו הבוחרים לעבור ניתוח בריאטרי בכדי לטפל בהשמנה. על פי רוב, מדובר באנשים המתמודדים עם מחלות רקע רבות, כמו סוכרת, כבד שומני, מחלות ריאות, כאבים כרוניים ועוד, מחלות אשר לכשעצמן מביאות לירידה במצב הרוח. כמו כן, הבחירה לעבור ניתוח בריאטרי נקשרת לזיהוי ההשמנה על ידי המנותחים כגורם למצוקה פסיכולוגית, כך שמדובר במועמדים הרגישים לשינוי במצב הרוח מלכתחילה (Booth et al., 2015). זאת ועוד, עולה כי חלק ניכר מהמנותחים הבריאטריים עולים בחזרה במשקל, כאמור, ככל שמתרחקים ממועד הניתוח. לעתים מתעוררות תחושות של אכזבה ותסכול כתוצאה מציפיות לא מציאותיות באשר לשינוי שיביא עמו הניתוח. ציפיות שאינן מתממשות עלולות לגרום לירידה בערך העצמי של המנותחים. יתרה מכך, עולות גם סיבות פיזיולוגיות הנובעות מכך שחלק מהניתוחים המוצעים מבוססים על תת ספיגה של המעי. באופן זה, חלה ירידה ברמות הוויטמינים, כמו גם ירידה ביעילות הספיגה של תרופות אנטי דיכאוניות, באופן שמעלה את רמות הדיכאון (Mitchell et al., 2014).

מכאן החשיבות שבאיתור מועמדים לניתוח בריאטרי המועדים לדיכאון לאחר הניתוח. נמצא כי אבחנה של דיכאון על ידי פסיכיאטר, או מתן מרשם לתרופה אנטי דיכאונית על ידי רופא משפחה בקהילה, בשנתיים שלפני הניתוח, נקשרת לסיכון גבוה יותר לאשפוז פסיכיאטרי בגין דיכאון בשנתיים שלאחר הניתוח הבריאטרי. וזאת, בהשוואה למנותחים ללא אבחנה מוקדמת כזו (Lagerros, Brandt, Hedberg, Sundbom & Bodén, 2017).

הפרעת חרדה עשויה אף להגדיל את הסיכון לקשיים בניהול החרדות לפני הניתוח ואחריו, כאשר מתרחשים אירועים בלתי צפויים בתוכנית הטיפול (Snyder, 2009; Green, Engel & Mitchell, 2014).

מחקר ענף בתחום עוסק בהשפעה של ניתוח בריאטרי על רמות הדיכאון של המטופלים נוכח הקשר ההדוק בין דיכאון והשמנה. אחד מהגורמים לתמותה לאחר ניתוח בריאטרי הוא אובדנות (Peterhansel, Petroff, Klintzke, Kersting & Wagner, 2013). ואכן, כ-15 עד 30 אחוזים מהמועמדים לניתוח מדווחים על תסמינים דיכאוניים מובהקים במהלך ההערכה לפני הניתוח. זאת ועוד, עד כ-50 אחוזים מדווחים על לפחות אפיזודה אחת של דיכאון מזוירי במהלך חייהם (Booth, Prevost & Gulliford, 2015). כמו כן, מחקרי סקירה עדכניים מוכיחים כי חולים שעברו ניתוח בריאטרי נוטים להתאבד בשכיחות גבוהה פי 4 מהאוכלוסייה הכללית (Peterhansel et al., 2013).



כביכול, בהינתן קשר הדוק בין השמנה ודיכאון, ניתן היה להסיק כי ניתוח בריאטרי המביא לירידה במשקל יקדם ירידה ברמת הדיכאון. עם זאת, המחקר בתחום הקשר בין ההשמנה והדיכאון מציג נתונים שאינם אחידים באשר להשפעת הניתוחים הבריאטריים על רמות הדיכאון של המנותחים (Switzer, Debru, Church, Mitchell & Gill, 2016). כך, נמצא כי ניתוח בריאטרי מביא אמנם לירידה מסוימת ברמות הדיכאון לאחריו, אולם הממצאים המחקריים תלויים בטווח המדידה ובמרחק ממועד הניתוח הבריאטרי. מחקר מקיף שנערך בבריטניה וכלל 3,000 נבדקים הראה כי הירידה ברמות הדיכאון לאחר ניתוח בריאטרי, בהשוואה לאנשים המתמודדים עם השמנת יתר שלא עברו ניתוח בריאטרי, היא מסוימת ונשמרת לפרק זמן של עד שלוש שנים ממועד הניתוח,



בריאתיים הצליחו יותר בשינוי אורח החיים לאחר הניתוח הבריאתי ובשימור ההישגים של הניתוח (Rudolph & Hilbert, 2013).

המטופלים נשאלים אפוא באשר לגורמי התמיכה השונים בחייהם, המעורבות של בני משפחה בהחלטה להינתח ותגובתם להחלטה, דפוסי האכילה הנהוגים בבית ופניותם של גורמי התמיכה לסייע למטופלים לאחר הניתוח. בהתאם לכך, מתקיימת חקירה משותפת של מצבים חברתיים אפשריים שעשויים להציב אתגר חברתי לפני המנותחים הבריאתיים, כמו תגובות של קנאה לשינוי במראה החיצוני מצד בני זוג, אי עמידה בציפייה להיענות לנומרות אכילה מקובלות באירועים משפחתיים בשל הקיבולת הנמוכה באופן חריג וכדומה. חקירה זו מסייעת להעריך את אופן התמודדותו של המטופל למול אתגרים אלו. ההערכה הפסיכולוגית מזמינה להעלות סוגיות אלו, לעתים לראשונה, ולבחון אסטרטגיות להתמודדות עתידית עמן. העיסוק בתמיכה החברתית לכשעצמו מדגיש עבור המועמד לניתוח את החשיבות הרבה של תמיכה חברתית בתהליך הבריאתי.

#### 1. ניתוחים חוזרים

הגידול הניכר בעשור האחרון בכמות השנתית של הניתוחים הבריאתיים, לצד ההתפתחות הרפואית בתחום, יצרו ביקוש גובר לניתוחים בריאתיים חוזרים. עבור מנותחים שהעלו במשקלם לאחר ניתוח ראשון. לרוב מדובר בהליכים כירורגיים חדשים המוצעים למנותחים, אשר יעילים יותר מהטכניקות הניתוחיות שהיו מקובלות בעבר, שכן השפעתם על הירידה במשקל הייתה חלקית, ולעתים הם אף יצרו סיבוכים בטווח הארוך. תחום הניתוחים החוזרים דורש שיקול דעת שיביא בחשבון הן את הפן הרפואי, הן את הפן התזונתי והן את הפסיכולוגי. המחקר בתחום מעלה כי ישנה חשיבות רבה לזיהוי ציפיות לא ריאליות בנוגע לתוצאות ניתוח בריאתי חוזר, כמו גם להתנהגויות אכילה רגשית בקרב המועמדים לניתוח בריאתי חוזר, שכן גורמים אלו עשויים להשפיע על משקל המטופל ועל כישלונו בירידה במשקל גם לאחר ניתוח נוסף (Van Vuuren, Strodl, & White & Lockie, 2015).

בתהליך ההערכה לפני ניתוח בריאתי חוזר, חשוב אפוא במיוחד להעמיק בסיבות שהביאו לכישלון הניתוח הראשון. יש לבחון את היכולת להתבוננות פנימית ולמידה מחודשת משגיאות שנעשו בתהליך הקודם.

נוכח הקשר ההדוק בין דיכאון והשמנה לבין הסיכון הגבוה יחסית להופעה של דיכאון ואובדנות בקרב מנותחים בריאתיים, תהליך ההערכה הפסיכולוגית במרפאתנו מתבצע תוך שימוש בשאלונים מוכרים בספרות דוגמת שאלון Beck להערכת דיכאון (Snyder, Beck, & Combs, 2009). עם זאת, עולה המורכבות של אמינות הדיווח העצמי של המועמדים לניתוח. כך, במחקר שהשווה בין רמות הדיכאון בתהליך ההערכה עצמו, למול כ-2 עד 4 שבועות לאחר מפגש ההערכה וטרם מועד הניתוח, נמצא כי מועמדים לניתוח בריאתי נוטים לצמצם את הדיווח על תסמינים דיכאוניים עמם הם מתמודדים בתהליך ההערכה (Fabricatore, Sarwer, Wadden, & Combs & Krasucki, 2007). ייתכן שהדבר נובע מרצון לייצר מצג שווא מול הפסיכולוג המעריך בכדי להשיג את אישורו, שכן מועמדים לניתוח מכירים את התהליך ואף נוטים להיוועץ בחבריהם בפורומים וירטואליים שונים טרם תהליך ההערכה. בה בעת, ישנם גם כאלו אשר דווקא מדגישים יתר על המידה את מצוקתם הפסיכולוגית מתוך מחשבה כי בכך יגדילו את הסיכוי לאישור. לצד זאת, יש כאלו אשר ההמתנה לניתוח ממועד האישור מעוררת בהם דחק לכשעצמה. סוגיה זו מהווה אתגר בפני עצמו עבור הפסיכולוג המעריך.

#### ה. תמיכה חברתית

השינוי הדרמטי שמטופלים בריאתיים עוברים אינו מתרחש בוואקום, כי אם בתוך הרשת החברתית המקיפה אותם (העצמי, 2010). המשפחה שגרה עם המטופל, המשפחה הרחבה יותר וחברים שאיתם בא במגע, מכרים ועמיתים לעבודה, כולם עשויים להשפיע על התמודדותו של המטופל עם התהליך הבריאתי.

מחקר איכותני שבחן את האופן שבו תמיכה חברתית מסייעת למנותחות בריאתיות מצא כי סוגי התמיכה החברתית המסייעים הם מגוונים ותלויי סטואציה וצורך, כמו: מתן מידע, סיוע בתפקוד היומיומי, תמיכה רגשית ועידוד. בהמשך לכך, עלה צורך בתמיכה הניתנת על ידי גורמים שונים, ובהם בן משפחה, צוות סיעודי או רפואי וצוות פסיכו-סוציאלי (Ogle, Park, Damhorst & Bradley, 2016). מחקרים מראים כי לתמיכה חברתית השפעה ניכרת על הירידה במשקל לאחר הניתוח הבריאתי. התמיכה החברתית נקשרת לעלייה בשביעות הרצון מתוצאות הניתוח (Vishne et al., 2004). עוד נראה כי משתתפים שהיו פעילים בקבוצות תמיכה למנותחים

## תיאור מקרה

אנה (שם בדוי) בת 60, רווקה, עובדת בשירות הציבורי כל חייה. הגיעה להערכה פסיכולוגית לפני ניתוח בריאטרי חוזר עם BMI = 60. ברקע עברה ניתוח "שרוול" לפני כעשר שנים, טרם נכנסו לתוקף הנחיות משרד הבריאות, ולכן לפניו לא נדרשה לעבור הערכה פסיכולוגית. בהערכה עלה כי המוטיבציות שלה לניתוח הן שיפור יכולת התפקוד ומצבה הבריאותי (לחץ דם גבוה). ברקע הפסיכו-סוציאלי, אנה ילדה שנייה מבין 3 אחים. אביה נפטר כשהייתה בת 15. אמה דומיננטית ונוקשה, ללא שיח רגשי בבית. מתארת כי אחיה הבכור היה המועדף על אמה. לפני כ-15 שנה חלתה אמה בסרטן ואנה הייתה המטפלת העיקרית שלה עד מותה לפני כעשר שנים. במהלך תקופת הטיפול הרפואי באמה, עקב ירידה במצב הרוח, החלה להשתמש בציפרלקס (10 מ"ג) במעקב רופא משפחה. מהיסטוריית ההשמנה של אנה עולה כי הייתה ילדה שמנמנה מאז ומתמיד. בגיל התיכון החלה דיאטה במסגרת פיקוח רפואי בבית הספר. לאורך השנים, באופן הדרגתי, העלתה במשקל ועשתה ניסיונות מגוונים של דיאטות, ללא שימור לאורך זמן של הירידה במשקל. סביב מחלת הסרטן של אמה העלתה במשקל במידה ניכרת. לאחר מות אמה פנתה לדיאטה נוספת שהביאה לירידה משמעותית במשקל, אולם משראתה כי לאחר מספר חודשים מתקשה לשמרה לאורך זמן, החליטה לפנות לניתוח שרוול וירדה בעקבותיו כ-60 ק"ג נוספים. בשלוש השנים האחרונות מאז היא פרשה פרישה מוקדמת ממקום עבודתה, והעלתה שוב בהדרגה כ-40 ק"ג. בשנה האחרונה משקלה יציב. מבחינת דפוסי אכילה עולה כי מאז תקופת הטיפול באמה ביצעה בולמוסי אכילה באופן שגרתי. אנה הביעה התנגדות עזה לשאלות אינטרוספקטיביות, שבאו להעמיק התבוננות בתפקיד הפסיכולוגי של האוכל בחייה. כך, למשל, סירבה בתוקף לאפשרות כי קיים קשר בין הטיפול באמה לבולמוסים שהביאו לעלייה במשקל לפני הניתוח הראשון. בבירור שנעשה לגבי ציפיותיה מהניתוח, תלתה את הכישלון הניתוחי בסוג הניתוח כייחוס חיצוני מוחלט, מתוך תקווה כי ניתוח רדיקלי יותר ישיג תוצאות טובות יותר של ירידה במשקל. יש לציין כי התנגדות דומה הביעה בתהליך ההערכה התזונתית. המסר שעלה מהוועדה היה כי אנה תידרש לעבור תהליך של התבוננות מעמיקה באשר לסיבות שהובילו להשמנה לאחר

הניתוח הראשון טרם תאושר לניתוח חוזר.

כחודש מפגישת ההערכה, תיאמה אנה מפגש חוזר עם הפסיכולוג, שבמהלכו שיתפה כי השיחות עם אנשי המקצוע השונים סייעו לה להבין כי היא זקוקה להעמיק בגורמים להשמנה בחייה בכדי להצליח לייצר שינוי אמיתי, ולכן מעוניינת בטיפול פסיכולוגי. במקביל, החלה ליווי תזונתי במרפאה בכדי לשנות את הרגלי האכילה שלה.

במהלך הטיפול עלו שני קולות מרכזיים בחווייה הפנימית של אנה. הקול הבוגר, האחראי והמרצה, הפועל "נכון". ולעומתו, הקול הילדי, הדחפי, שצמא לחופש ומרחב פעולה עצמאי. כמי שגדלה כילדה מרצה הצמאה להערכתה של אמה הנוקשה, נטתה אנה להדחיק את רצונותיה ולהתאים עצמה לציפיות הסביבה. אולם, סביב האכילה ההתקפית, מצאה עצמה פועלת מתוך עמדה אמוציונלית ודחפית, כאומרת "לעשות גם את מה שאסור". המשקל הביא להנכחתה של אנה במרחב, נראה שזו הייתה דרכה לתפוס מקום, לבטא את צרכיה ורצונותיה ולתבוע נראות מסביבתה הקרובה, ובייחוד מצד אמה שנטתה להעיר לה על משקלה מגיל צעיר. בה בעת, נראה כי למשקל היה תפקיד מגן עבור אנה, ומנע ממנה לחוות את החרדה והאשמה שבפרידה מהאם, ולמעשה מנע ממנה לגדול ולצמוח לעבר עצמאות. כך, צרכיה בביטוי עצמי, בהכרה ובנפרדות התנקזו לאקט של בולמוסי האכילה, ועל כך אף אמרה: "כשנפגעת ממנה, הייתי עוברת בחנוניות, קונה שתי מנות פלאפל, כדי שאף אחד לא יידע שאני קונה רק לעצמי כאילו אני מביאה למישהו, ואוכלת אותן כדי להירגע". ככל שמרחב ההתבוננות בטיפול גדל, הצליחה אנה לזהות רגשות שהתעוררו סביב התקפי האכילה, לבטאם בטיפול באופן מילולי ולייצר מרחב סימבולי להתבוננות על דפוסי האכילה ועל משקלה: "עזרת לי לחשוב, אין לי עם מי לחשוב על עצמי, אין לי מי שישקף לי, שיעזור לי להתבונן על עצמי". במובן זה, השיח הגופני שהתבטא דרך הנכחתה באמצעות משקלה הפיזי עבר טרנספורמציה לשיח נפשי של ביטוי רגשי: "היום אין לי כבר חוקים לעבור עליהם, זה השינוי". אנה מצאה את היכולת לדבר את עצמה כמשחררת ומרגיעה, התקפי האכילה פחתו במידה ניכרת, היא שינתה את הרגלי האכילה שלה, הורידה מעט ממשקלה באופן עצמאי, וניגשה לניתוח בריאטרי חוזר כשמונה חודשים מתחילת הטיפול.





## דין

שותף להפרדה או הפיצול הקיימים לעתים בתחום בין הגוף לנפש. התפקיד המתכלל שלו מחייבו להתייחס במקצועיות לכל הגורמים הרלוונטיים להצלחת הניתוח, תוך דגש על שיפור באיכות חייו של החולה.

במקרה המוצג, אנה יכלה לעבור ניתוח ללא אפשרות להתבוננות מעמיקה אחר הסיבות להשמנה והרגלי האכילה הבולמוסיים שהביאו ככל הנראה לכישלון הניתוח הראשון. אכילה רגשית לא מטופלת כפי שהייתה לאנה מהווה סיכון לעלייה במשקל לאחר הניתוח, שכן הניתוח הוא הליך פיזי בלבד, ואינו מהווה תחליף להגנות פסיכולוגיות רבות שנים (Jumbe, Hamlet &, 2017). בפועל, הרקע הנפשי להשמנה של אנה נשאר בדיוק כפי שהיה לפני הניתוח הראשון, לכן הטיפול באנה ובמועמדים אחרים לניתוח בריאטרי עוסק בקושי להיפרד מבעיית ההשמנה הייחודית להם ולא בטיפול בירידה במשקל. אנו תופסים את ההערכה הפסיכולוגית לפני ניתוח בריאטרי כהליך קריטי לא רק כדי לזהות התוויות נגד הניתוח, אלא גם ובמיוחד כדי להבין טוב יותר את המוטיבציה שלהם, האתגרים ההתנהגותיים, הגורמים הרגשיים שעשויים להשפיע על ההתמודדות וההסתגלות של המטופלים לניתוח והשינויים באורח החיים הקשורים לכך.

עבור חלק מהמועמדים לניתוח בריאטרי, תהליך ההערכה הפסיכולוגית משלב בתוכו התערבות פסיכולוגית ממוקדת, שהרי לתפיסתנו, בכל מפגש טיפולי טמון פוטנציאל לשינוי במצב המטופל. כך, במקרים רבים, המטופלים מגיעים לתובנות ומגלים פתיחות להתבוננות אינטרוספקטיבית על הקשר בין ההשמנה, האכילה והתנהגותם בהקשר הפסיכולוגי. עם זאת, עבור מטופלים רבים אחרים, ההערכה מעלה סוגיות אלו לראשונה, ולעתים משקפת את כובד משקלן בחיי המטופל, כך שמתחדדת ההבנה כי יצטרכו טיפול פסיכולוגי ארוך יותר בכדי לשמר את השינויים באורח החיים. מניסיוננו, יחסי העברה חיוביים במהלך ההערכה הראשונית יקבעו האם מטופלים יפנו בהמשך לטיפול בהתמודדות עם אתגרי הניתוח. הבנה זו מחזקת את העמדה כי הערכה פסיכולוגית לפני ניתוח בריאטרי היא חלק חשוב ומרכזי ב"פאזל" ההערכה הקדם ניתוחית המולטי-דיסציפלינרית לטווח הקצר והארוך.

אוכלוסיית מטופלי הבריאטריה היא קבוצה הטרוגנית. נראה אולי שמדובר באוכלוסייה שלמה הסובלת מהשמנת יתר, אך כל אחד מחבריה מגיע עם רקע אחר וסיבות שונות להשמנה. המקור להשמנה בקרב מטופלים בריאטריים מגוון מאוד, וההתייחסות צריכה להיות גמישה כך שלכל מטופל "נתפור" את "חליפת" הטיפול התואמת את צרכיו מתוך הנחה כי השמנה היא ביטוי של מרכיב אישיותי אחד מבין מכלול מרכיבים.

ההערכה הפסיכולוגית לפני הניתוח חשובה אפוא להערכת חולשות וחוזקות. בכך היא מסייעת למטופלים ולצוות הרפואי לצפות ולהתכונן לאתגרים אפשריים לאחר הניתוח (Edwards-Hampton & Wedin, 2015). בעבודתנו במרפאה הבריאטרית מצאנו כי על הפסיכולוג הרפואי הבריאטרי למלא כמה תפקידים, בהם: אבחון והערכה, פסיכו-אדיוקציה וטיפול. ריבוי תפקידים זה מציב את הפסיכולוג הבריאטרי במתח מובנה בין עמדת המטפל לעמדת המאבחן. כובע "הפסיכולוג המאבחן", החבר בוועדה שבסופה נדרשת החלטה ברורה לגבי התאמת המטופל לניתוח, תוך הבאה בחשבון מקרים קיצוניים שהניתוח הוא מציל חיים עבורם, אל מול כובע "הפסיכולוג המטפל", המבקש להפוך את תהליך ההערכה לאירוע טיפולי שבו המטופל יוכל לפגוש את עצמו, כלומר את כישלונותיו בהתמודדות עם תהליך הירידה במשקל, ולהשליך את ההשמנה על תחומי החיים השונים בחייו.

נדרש אפוא מהפסיכולוג הרפואי במרפאה הבריאטרית לנוע בין שתי העמדות הללו ולייצר אינטגרציה בין תפיסת עולמו המקצועית ובין הדיסציפלינות השונות למול הוועדה הרב מקצועית. לעתים נדרש לתווך את הצרכים הפסיכולוגיים של המטופלים מול חברי הוועדה ולעתים נאלץ לעמוד כ"שומר סף" למול המגמה הרווחת בעולם הרפואה שרואה בניתוח הבריאטרי פתרון יעיל וזמין למגפת ההשמנה.

אנו רואים בפסיכולוג הרפואי דמות מתכללת יחידה בין ההגדרות השונות של "הצלחה ניתוחית": האם הצלחה ניתוחית פירושה ירידה במשקל או שיפור מצבו הרפואי של החולה (הגדרות רפואיות)? ואולי הצלחה ניתוחית פירושה שיפור במצבו הנפשי של החולה או שיפור באיכות חייו? הפסיכולוג הרפואי המאבחן והמטפל בצורה הוליסטית בבני אדם באשר הם, לא יכול להיות

רשימת המקורות בעמוד 66