

# "הקול בראש" ניתוח לקיצור קיבה באמצעות היפנוזה להתמודדות עם השמנה חוזרת לאחר ניתוח בריאטרי

## מיה מזרחי

במילים אחרות, השמנת יתר היא תופעה מולטי-פקטוראלית המושפעת ממספר גורמים:

**גורמים נפשיים:** מצבים פסיכופתולוגיים (דיכאון, אובדנות, הפרעות מצב רוח ועוד), מצבי דחק, חוויות טראומטיות, בעיות היקשרות (attachment) ונטויה להתמכרות.

**גורמים סביבתיים:** סביבה משפחתית, הרגלים תרבותיים ומצב סוציו-אקונומי.

**גורמים פיזיולוגיים:** הפרעות הורמונליות (בלוטת התריס, בלוטת יותרת המוח או בלוטת יותרת הכליה), טיפולים תרופתיים (כגון סטרואידים), הורמון לפטין, מחלות מטבוליות, הפרעות שינה, הפרעות קשב ותורשה.

**גורמים התנהגותיים:** גורמים התנהגותיים הם שיובילו להשמנה: התנהגויות אכילה מופרעות המהוות תסמין או תוצאה של מצוקה רגשית כגון אכילה רגשית, אכילה לילית, אכילה אימפולסיבית ובולמוסי אכילה.

מדד מקובל להשמנה הוא מדד מסת גוף (body mass index = BMI). ערך BMI מעל 30 נחשב להשמנת יתר, והשמנת יתר חולנית היא מצב קיצוני של מדד BMI מעל 40, או מעל 35 עם מחלות נלוות. על פי נתוני ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2016), מאז 1975 מספר הסובלים מהשמנת יתר שילש את עצמו. בישראל, 15.5% מהאוכלוסייה מוגדרים כסובלים מהשמנת יתר, מהם כ-70% חולים גם במחלה מטבולית נלווית.

## ניתוח בריאטרי לטיפול בהשמנת יתר חולנית

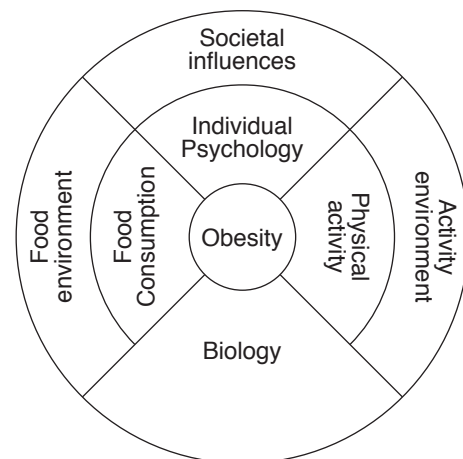
טיפולים שונים מוצעים כיום לטיפול בהשמנת יתר, בין השאר טיפולים פסיכולוגיים (Shaw, O'Rourke, Del Mar & Kenardy, 2005), תרופתיים ואנדוסקופיים. אולם ארגון הבריאות העולמי מנחה רופאים ברחבי העולם להמליץ על ניתוח בריאטרי לכל מטופל הסובל מהשמנת יתר חולנית.

מטרת הניתוח הבריאטרי להקטין את נפח המזון שייכנס או

לפני אי-אלו שנים ישבתי בקליניקה כפסיכולוגית בריאטרית וליוויתי מטופלים סביב הניתוח הבריאטרי שלהם. במשך שנים האמנתי שהניתוח הבריאטרי בשילוב ליווי מתאים הוא הפתרון האולטימטיבי. אולם בחלוף השנים התגלו עוד ועוד מטופלים שעולים בחזרה במשקל גם לאחר הניתוח, וכך הניתוח הפך לעוד תחנה במסע האינסופי. בעודי יושבת על הכורסה, רשמתי לעצמי משפט אחד שחזר על עצמו מפיהם של מטופלים רבים, שוב ושוב: "הלוואי שיכולתי לעשות את ניתוח השרוול כל שנתיים". מכאן הדרך להתערבות הייתה סלולה.

## פסיכוסומטיקה והשמנה

המושג "פסיכוסומטיקה" מניח שקיים קשר דו-כיווני בין הגוף והנפש, וההסתכלות הפסיכוסומטית מאפשרת לראות את המטופל כאדם שלם. בהתייחס להשמנה, ההסתכלות הפסיכוסומטית מאפשרת להבין את מצבו של המטופל כתוצאה של אינטראקציה בין גורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים (ראו אזור).



מבוסס על: Vandenbroeck, Goossens & Clemens, 2007

מיה מזרחי היא פסיכולוגית רפואית בכירה, מורשית להיפנוט ומומחית בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי. בשנת 2008 הקימה את השירות הפסיכולוגי במרפאה הבריאטרית בבתי החולים הדסה עין כרם והדסה הר הצופים. חברת ועד של "האגודה הישראלית לפסיכוסומטיקה" וחברה בוועד המייסד של "האגודה הישראלית לפסיכוסומטיקה".  
maya.healthpsycho@gmail.com  
תודה מיוחדת לד"ר איתן אברמוביץ על התמיכה וההכוונה המקצועית.  
הפרטים האישיים בתיאורי המקרה שוננו לשמירת הפרטיות.

## השמנת יתר חוזרת לאחר ניתוח בריאטרי

על פי נתוני משרד הבריאות, מספר הניתוחים הבריאטריים למטופלים בגירים בארץ בשנת 2016 היה 8,233. הניתוח הבריאטרי הנפוץ ביותר בארץ ובעולם הוא ניתוח שרוול. עם זאת, תוך חמש שנים מהניתוח, 40-60 אחוזים מהמנותחים עולים חזרה במשקל (Lauti, Kularatna, Hill & MacCormick, 2016). קיימים גם הסברים מטבוליים והורמונליים לכישלון הניתוח, שאליהם לא ניכנס במאמר הנוכחי. כתוצאה מכל אלו, אנו עדים בשנים האחרונות לעלייה ניכרת במספר הניתוחים הבריאטריים החוזרים.

ההתמודדות עם העלייה החוזרת במשקל לאחר הניתוח מאתגרת ומעלה את סוגיית הכרוניות של הפרעת ההשמנה. מטופלים שהגיעו לניתוח בריאטרי, לרוב ניסו בעבר טיפולים אלטרנטיביים לירידה במשקל, עוד לפני הניתוח הראשון. בעת העלייה החוזרת לאחר הניתוח, לאחר הפתרון הקיצוני, הם נותרים לרוב אבודים ומיואשים.

ההתערבות המוצגת להלן מוצעת כאלטרנטיבה לניתוחים אלו, ומאפשרת למטופלים לממש את הפנטזיה של חוויית "ירח הדבש" שלאחר הניתוח ללא הצורך בקיומו.



## פסיכולוגיה, היפנוזה וירידה במשקל

תפיסות דינמיות שונות ניסו להבין את תופעת ההשמנה, הרעב והאכילה מהפן הנפשי, או לחקור את הפן הגופני של החוויה הסובייקטיבית במטרה להגיע אל הלא מודע. קוהוט (Kohut, 1977), למשל, מייחס את אכילת היתר והשמנת היתר לקיבעון דחף ראשוני או תסוגתי (רגרסיבי) ברמה האורלית, מעין בריחה מפחד סירוס או מסיפוק. ויניקוט (Winnicott, 1974) מתאר חוויית אימה בתגובה לריקנות פנימית, וניסיון לארגן מצב של "ריקנות נשלטת" על ידי אכילה דיסוציאטיבית. לעומתם, תפיסות התנהגותיות רואות בהשמנת יתר ביטוי סימפטומטי של התנהגויות נרכשות. טיפול באמצעים היפנוטיים מאפשר

ייספג בגופו של המטופל על ידי הקטנת נפח הקיבה, יצירת שינויים הורמונליים, ושינויים בהרכב אוכלוסיית החיידקים בדרכי העיכול. הניתוח אף מסייע בהתמודדות עם היבטים פסיכולוגיים והתנהגותיים של השמנת היתר, מהיותו מונע את מעגל הקסמים של האכילה המופרזת, רגשות האשמה, הבושה, חוסר השליטה, הדחייה העצמית, הכאב הנפשי וחזרה לאכילה.

## הניתוח כפתרון להשמנת היתר אינו מביא בחשבון כי השמנה היא תהליך שבמהלכו מתפתחת מערכת היחסים של אדם עם האוכל, עם עצמו ועם הסביבה. לאחר הניתוח הבריאטרי נדרש לא רק שינוי התנהגותי, אלא גם שינוי יסודי במערכות יחסים אלו

הניתוח כפתרון להשמנת היתר אינו מביא בחשבון כי השמנה היא תהליך שבמהלכו מתפתחת מערכת היחסים של אדם עם האוכל, עם עצמו ועם הסביבה. לאחר הניתוח הבריאטרי נדרש לא רק שינוי התנהגותי, אלא גם שינוי יסודי במערכות יחסים אלו (העצמי, 2010). עקב כך, בתהליך הטיפול חשוב לזהות את הגורמים הפסיכולוגיים והסומטיים אשר תרמו להתפתחות ההשמנה, ואת הגורמים המשמרים אותה, כגון טריגרים נפשיים וסביבתיים, טראומה מוקדמת, זהות ודימוי עצמי, משמעות האוכל מבחינה חברתית ותרבותית ותפקיד האוכל בחיי המטופל (Grimaldi & Van Etten, 2010).

היעדר התייחסות לגורמים אלו עשוי לעורר בעיות משניות שכן הניתוח ונטרול היכולת לאכול לוקח מהמטופל את הפתרון שמצא למצוקתו הנפשית, ומותיר אותו חסר כלים להתמודדות עם המצוקות הקיימות. מצב זה עשוי אף לייצר מצוקות פסיכולוגיות חדשות (Kubik, Gill, Laffin & Karmali, 2013).

חשוב לציין כי למרות המורכבות הפיזית והרגשית, מרבית המנותחים יחוו בשנה שלאחר הניתוח תקופה הנקראת "ירח דבש". תקופה זו מתאפיינת בירידה מהירה במשקל, המלווה בתחושת מסוגלות עצמית, מוטיבציה לשינוי התנהגותי, ביטחון עצמי ואפקט חיובי. אך תקופה זו לא נמשכת לעד, וההתמודדות עם הקונפליקטים הפנימיים שהובילו לבעיית ההשמנה, בשילוב גורמים מטבוליים שונים, מובילה לכך שחלק לא מבוטל מהמטופלים סובלים מהשמנת יתר חוזרת.



מתחים, הגברת תחושת שליטה, חיזוק מוטיבציה לשינוי, טיפול בגורמים הרגשיים הנמצאים בבסיס ההשמנה, שיקום היחסים עם הגוף, חיזוק רצון לאכילה בריאה, העלאת המודעות לתחושות רעב ושובע ואף חיזוק תחושות אברסיביות כגון בחילה וצרבת המופיעות אחרי אכילת יתר (Bo et al., 2018; Bolocofsky, Spinler & Coulthard-Morris, 1985; Kirsch, Montgomery & Sapirstein., 1995). שינויים אלו נחוצים וחשובים, אך כשלעצמם לא מייצרים שינוי יציב במשקל (Cochrane & Friesen, 1986). מניסיוני, אחת הסיבות לקושי בשינוי ובהתמדה טמון בהיעדר חיבור בין החלק הרגשי לחלק הסומטי הקשור באכילה. במילים אחרות, חסר חיבור בין הגוף לנפש. ראייה לכך היא כי מרבית המטופלים הסובלים מהשמנה מבינים את השינוי שעליהם לעבור, אך לא מסוגלים לבצעו. שימוש בהיפנוזה תוך ביצוע "ניתוח שרוול היפנוטי" יכול לספק מענה לכך ולאפשר את החיבור הפנימי דרך הגברת המודעות הגופנית, מגע וקשיבות לדחפים, ויצירת חוויית קיבה קטנה באמצעות שחזור הניתוח.

## ב"ניתוח שרוול היפנוטי", המטופל לא עובר את הניתוח באופן פסיבי, אלא המוח שלו בעצמו הוא זה שמבצע את הניתוח באופן אקטיבי, ולכך חשיבות מכרעת להצלחת התהליך

### ניתוח שרוול היפנוטי

הרציונל העומד מאחורי ההתערבות המוצגת, "ניתוח שרוול היפנוטי" שעליה ארחיב, הוא שהמוח לא מבחין בין מציאות לדמיון ולכן חוויה חושית ורגשית מדויקת של ניתוח בריאטרי בתוך טראנס היפנוטי יכולה להיחווה כחוויה אמיתית של שחזור הניתוח והשלכותיו הפסיכוסומטיות.

Greetham ועמיתיו (2017) מצאו כי התערבות היפנוטית המדמה ניתוח טבעת מתכווננת אינה יעילה יותר מאשר היפנוזה המקדמת בריאות ושובע. התערבויות היפנוטיות המדמות ניתוח בריאטרי נקראות בספרות "קיצור קיבה וירטואלי". על אף שקיים ניסיון קליני בתחום, בעולם בכלל ובארץ בפרט, אין כמעט ספרות מדעית מקצועית בנושא. מעבר לכך, רובן של ההתערבויות שנעשו עד כה, בוצעו במטופלים שביקשו להימנע מניתוח בריאטרי. הייחודיות של "ניתוח שרוול היפנוטי" היא בכך שהוא לא רק מדמה ניתוח בריאטרי, אלא משחזר את הניתוח הכירורגי

אינטראקציה של תפיסות דינמיות והתנהגותיות תוך שימוש בכלי טיפולי אחד.

היפנוזה היא מצב של מודעות או תודעה אחרת, מצב ביניים בין ערות לשינה. מצב תודעתי זה מוביל לרגיעה עמוקה (המכונה גם טראנס), המאפשרת לאדם קליטת מסרים מהסביבה ללא הצנזורה של המודע. היפנוזה רפואית היא כלי טיפולי רב עוצמה. בעזרת סוגסטיות (אידאה, רעיון, "השאה" בעברית) מועברים מסרים שעוקפים את החשיבה הלוגית ואת מנגנוני הבקרה האינטלקטואליים (ההתנגדות והביקורתיות), ובכך מתאפשר מגע ישיר עם החלקים האינטואיטיביים, הרגש והדמיון. כך, באמצעות תגובה למחשבה (ideo-response) יכולים להיווצר שינויים גופניים ונפשיים. קיימות כמה קונטרה-אינדיקציות לטיפול בהיפנוזה, וחשוב שהמטפל יהיו מודע להן.

מבחינה אנטומית, נמצא כי במצב היפנוטי נוצרת עלייה בקשרים בין שני אזורים במוח (בין ה־dorsolateral prefrontal cortex לבין האינסולה) המשפיעים על תהליכים גופניים. במצב היפנוטי, מופעלים שרירים ונוצרות תחושות ומחשבות, שיכולות לייצר שינויים פיזיולוגיים, חושיים, תחושתיים ורגשיים (אברמוביץ', 2014).

## המוח לא מבחין בין מציאות לדמיון ולכן חוויה חושית ורגשית מדויקת של ניתוח בריאטרי בתוך טראנס היפנוטי יכולה להיחווה כחוויה אמיתית של שחזור הניתוח והשלכותיו הפסיכוסומטיות

תאורטיקנים שונים בחנו את המכניזם הדיסוציאטיבי המתרחש בתוך האכילה המופרעת (אכילה אוטומטית, בולמוסי אכילה) (Fuller-Tyszkiewicz & Mussap, 2008). בסוף המאה ה־19, פייר ג'אנה ציין שדיסוציאציה עשויה לייצר תסמינים כגון הפרעות אכילה, וכי היא מהווה מנגנון התמודדות בעקבות אירועים טראומטיים (Vanderlinden & Vandereycken, 1997). ההיפנוזה מאפשרת כניסה לחוויה דיסוציאטיבית נשלטת ובכך משתמשת באותו המנגנון הפגוע, אבל הפעם באופן שמאפשר למטופל להפוך לשותף פעיל בטיפולו. כך הופך מצב דיסוציאטיבי של אכילה לא נשלטת למצב אסוציאטיבי שבו הוא מחובר ושולט יותר בהתנהגותו.

מחקרים שונים בדקו את הקשר בין היפנוזה לירידה במשקל. המחקרים הראו יעילות בין היתר בתחומים הבאים: הפחתת

את השפה ההיפנוטית למטופל הספציפי. למרות שעומק הטראנס לא משפיע על האפקט הטרפויטי (Hutchinson-Phillips, Gow & Jamieson, 2007) חשוב להכיר את מאפייני המטופל (צורך בשליטה, רמת התנגדות/התנגנות, צורך לרצות); (4) תרגול באמצעות היפנוזה עצמית בבית עד לניתוח ההיפנוטי (התרגיל מוקלט בפגישה).

ביום "הניתוח", המטופל מגיע בצום לקליניקה, וחדר הטיפולים הרגוע והאינטימי הופך לזירה רפואית. הניסיון הוא להעיר במוחו את החוויה של חדר הניתוח, דרך כל החושים: טמפרטורת החדר, ריחות כגון אלכוהול וחומרים אנטיספטיים, מכשירים ויזואליים, חלוק ומד לחץ דם. המטופל עובר הזכרה והסבר מפורט הכולל תמונות של האנטומיה ושל המהלך הכירורגי שמתבצע בעת ניתוח שרוול. אני מראה למטופל את המכשירים הכירורגיים הרלוונטיים, ומנסה ללמד את המוח שלו, עוד בשלב הערות, מה הוא הולך לעשות בזמן הטראנס, כך שהמטופל יוכל לשכב ולהירגע, והחלק במוח האחראי על הניתוח כבר ידע מה לדמיין בהנחיית. בשלב הבא משוחזרת חוויית ההכנה לניתוח: המטופל לובש חלוק בית חולים וחובש כובע חדר ניתוח, גורב גרבי לחץ, מוכנס עירוי (ללא המחט), ומחברים אותו למוניטור המודד דופק ולחץ דם לאורך כל הניתוח. המטופל חותם על טופס הסכמה מדעת ויוצאים לדרך (ראו תמונת אילוסטרציה). בשלב הזה, מטופלים רבים נמצאים כבר בטראנס היפנוטי עוד לפני שהחלה ההיפנוזה הפורמלית.

לאחר אינדוקציה והעמקה, המטופל מתחיל את "המסע" - מסע כירורגי ורגשי כאחד: אני מנצחת התזמורת אך המוח של המטופל הוא שחותך, צורב, מהדק, שוטף, מקצר... אני מלווה אותו בדמיון מהכניסה לבית החולים עד ליציאה מבית החולים. במעמד הניתוח, אנו עוברים שלב אחר שלב ומדמים בפרטי פרטים את הניתוח הבריאתי, והמוח מייצר חוויה של כיס קיבה צר המכיל 60 מ"ל. נוסף לשחזור הניתוח, שזורים בתוך הסקריפט ההיפנוטי סוגסטיית מעצימות, מחזקות, סוגסטיית פוסט-היפנוטיות של שובע ושליטה עצמית, של בריאות ורצון להתעמל ולתכנן ארוחות. לאחר "הניתוח", מתקיימות פגישות מעקב שמטרתן להניע את התהליך לצד בירור מכשולים פוטנציאליים. במקרים רבים, כעבור שבועות אחדים מתחילים לצוץ "חלקים" בנפש (Ego states) המשפיעים על האכילה וההשמנה: "הילד שבתוכי", "החלק המורד", "החלק שרוצה פיצוץ" ועוד. כל אותם חלקים פנימיים מגלמים את הקול האפל שמשלט בדרך כלל על יכולת השליטה של המטופל ועל האכילה שלו. בשלב זה אני משלבת התערבות היפנוטית בשיטת מצבי אגו (Watkins & Watkins, 1997) במטרה לזהות מי מנהל את ההתנהגות ולאפשר מפגש ראשוני בין ה"חלקים" השונים העולים בהתערבות. לאחר מכן, במשך כחצי שנה מתבצעות פגישות מעקב טלפונית חודשיות.

שהמטופל עבר. הצלקות קיימות, המיקום של החתך נמצא בזיכרון, הריחות של חדר הניתוח מאוכסנים בחומר האפור... רק צריך "להעיר" את החוויה, ולשחזר... בנוסף, ב"ניתוח שרוול היפנוטי", שלא כמו בהליך כירורגי, המטופל לא עובר את הניתוח באופן פסיבי, אלא המוח שלו בעצמו הוא זה שמבצע את הניתוח באופן אקטיבי, ולכך חשיבות מכרעת להצלחת התהליך.

### מבנה ההתערבות

ההתערבות היא התערבות ממוקדת וקצרת מועד, אשר במרכזה הניתוח ההיפנוטי. מעבר לכך, היא בנויה באופן שיאפשר בניית קשר טיפולי חזק, מכיל, תומך ואינטנסיבי. ההתערבות כוללת חמישה מפגשים פרטניים וליווי טלפוני במשך כחצי שנה, או עד שמוקד השליטה נמצא אצל המטופל. המטרה היא לשחזר את כל מהלך הניתוח, כולל השינויים ההתנהגותיים והתזונתיים הנלווים לו. לאחר סקרינינג טלפוני הבדוק התאמה פוטנציאלית, המטופלים מקבלים שאלון מובנה ארוך, במטרה לייעל את פגישת ההיכרות וההערכה. פגישות ההכנה מתמקדות בבניית ראפור, הגברת המוטיבציה, בירור מכשולים, זיהוי גורמי פגיעות וחוסן, זיהוי דפוסי אכילה, הכנה תזונתית והתנהגותית, תיאום ציפיות ובניית יעדים. במקרים מסוימים יש צורך בהפניה לתזונאית בריאטרית להגברת הידע וההבנה התזונתית.

חלק חשוב במפגש הוא סיפור הניתוח של המטופל, המאפשר העלאת זיכרונות וחוויית מהניתוח ומהתקופה שאחרי. נעשה שימוש בטכניקות נרטיביות, כשמטרת ההיזכרות משולשת: (1) לאפשר בניית סקריפט היפנוטי של הניתוח מותאם אישית לכל מטופל, כולל התאמת סוג הניתוח (שרוול או מעקף קיבה); (2) לאפשר למוח להתחיל תהליך של שיפוט זיכרונות ואסוציאציות הקשורות לניתוח;

(3) להכיר את התופעות והסיבוכים שחוו על מנת לאפשר עיבוד של חוויות שליליות ותיקון בחוויה ההיפנוטית (למשל מטופל שסבל מכאבים עזים בהתאוששות, יקבל יותר מורפין בניתוח ההיפנוטי, או מטופלת שסבלה מסיבוך בניתוח, כגון דלף ואשפוז ארוך, נבנה סקריפט הכולל תיקון של החוויה). במקרים מסוימים אבקש ליצור קשר עם הכירורג הבריאתי שניתח בעבר.

במפגשי ההכנה נבצע תרגיל היפנוטי ראשון. מטרת התרגיל: (1) הפחתת רמות החרדה העשויות להיווצר עקב חששות בנוגע להיפנוזה (במיוחד עבור מטופלים הפוגשים את תחום ההיפנוזה לראשונה בחייהם);

(2) הגברת יכולת ההקשבה הפנימית וחיזוק יכולת המטופל להיכנס פנימה ולחוות את ההרפיה ההיפנוטית העמוקה, תוך מתן סוגסטיית של שובע וירידה במשקל, והגברת המוטיבציה לשינוי דרך כלים היפנוטיים של חיזוק אגו;

(3) בדיקת מידת ההיפנוטיזביליות של המטופל על מנת להתאים

## תיאור מקרה I

יוסי, בן 57, נשוי ואב לשלושה ילדים. מנהל בכיר בחברת הייטק, איש "בריא בנפשו", ילדות נורמטיבית ויציבה. אופטימי, מתפקד, בעל אינטליגנציה גבוהה, אב ובעל מסור. חווה אירועים ואובדנים משמעותיים אך בעל כוחות התמודדות וארגון אישיות נורמטי תקיין, כך שכל תחומי חייו בשליטה יחסית, מלבד תחום האכילה. בשנת 2015 הגיע למשקל שיא של 135 ק"ג (BMI=42) עם מחלות נלוות (סוכרת ויתר לחץ דם) ועבר ניתוח שרול. הוא חווה "ירח דבש" וירד 45 ק"ג, אך בשנתיים האחרונות החל לעלות בחזרה והגיע למשקל 115 ק"ג. הוא פנה אליי בעקבות מפגש עם מטופל שלי שעבר את "ניתוח השרוול ההיפנוטי" ואמר לי: "במהלך חיי, עלייתי וירדתי סך של מאות קילוגרמים. עברתי ניתוח שרול, ניסיתי כל דיאטה אפשרית, אבל אני לא מצליח לעשות שינוי אמיתי מבפנים. אני יודע מה עליי לעשות, מחזיק מעמד תקופה ובסוף 'נשבר'... עמדתי לקבוע תור לניתוח חוזר, כשפגשתי חבר ותיק באירוע. נראה לעין כי ירד במשקל, והוא יושב ואכל בשלווה. חיין אליי ואמר: 'עשיתי ניתוח בהיפנוזה לפני שלושה חודשים, ירדתי כבר 14 קילו וכיף לי'". יוסי אדם מאורגן, ממושמע ובעל מוטיבציה גבוהה, אך ההפתעה שלו בעקבות "הניתוח ההיפנוטי" הייתה כי אין הנחיות נוקשות ומובנות אלא הזמנה להקשיב ולשאול את עצמו בכנות "מה בא לי לאכול".

**במקרים רבים, כעבור שבועות אחדים מתחילים לצוץ ה"חלקים" בנפש (Ego states) המשפיעים על האכילה וההשמנה: "הילד שבתוכי", "החלק המורד", "החלק שרוצה פיצוי" ועוד. כל אותם חלקים פנימיים מגלמים את הקול האפל שמשתלט בדרך כלל על יכולת השליטה של המטופל ועל האכילה שלו**

החיבור פנימה היה חדש עבורו. הוא יודע לבצע הנחיות, אך לעולם לא עצר לשאול את עצמו אם הוא רעב, מה הוא צריך וכיצד לדאוג לעצמו. החלק בהתערבות שאפשר ליוסי חיבור ושינוי פנימי אמיתי הוא שכל ההנחיות נעשות ממקום של הזמנה להקשבה וסוגסטיה של סיפוק, ולא ממקום של "החזקה", שלילה או צמצום. תוך חודש יוסי ירד 10 ק"ג. במפגש המעקב קיימנו תרגיל Ego states ועלה חלק "ילדי" אשר העלה תחושות של בדידות,



תמונת אילוסטרציה. התמונה צולמה באישור המטופלת

בהתאם לצורך, אני מפנה את המטופלים למעקב אחר חוסרים תזונתיים אצל רופא המשפחה. ברגע שהמטופל חש יציב ובטוח בתהליך הטיפולי, בטוח שיכול להתמודד עם קשיים ומכשולים, אנו עוברים למעקב שנתי.

## תוצאות ונתונים

בשנה שחלפה, ביצעתי 21 ניתוחים היפנוטיים. להלן תוצאותיהם: 67% לאחר ניתוח בריאטרי (N=7), 33% (N=14) ללא ניתוח קודם. היחס המגדרי הינו 13:8 לטובת הנשים. מתוך המנותחים לשעבר, 10 עברו שחזור ניתוח שרול ו-4 שחזור ניתוח מעקף קיבה. 80% מהמטופלים החלו לרדת במשקל עוד בשלב שלפני הניתוח, בין התרגיל ההיפנוטי הראשון לבין הניתוח ההיפנוטי (טווח הירידה נע בין 1 ל-3 ק"ג). 70% מהמטופלים ירדו 10% ממשקל גופם תוך חודשיים מהניתוח. רובם ממשיכים לרדת במשקל לאחר מכן אך בקצב איטי יותר. מטופלים עם BMI גבוה מ-40 (השמנת יתר חולנית) ירדו במשקל מהר יותר ובאחוזים גבוהים יותר. מלבד חמישה מטופלים, כולם דיווחו על חוויית שובע ומלאות מהרגע שעברו את הניתוח ההיפנוטי למשך מספר חודשים. לאחר חמישה חודשים בממוצע, מתפוגגת תחושת השובע המוקדמת בכל המטופלים. שלושה מטופלים לא ירדו במשקל, ושניים ירדו מעט ונעצרו. ארבעה מתוך חמשת המטופלים הללו החלו את ההתערבות עם BMI נמוך מ-30 ובעצם ביקשו לעצור את העלייה לפני שיגיעו למדד גבוה. אחת מתוכם נטלה כדור הרגעה בבוקר הניתוח ולכן התבטלה היכולת שלה להיכנס לטראנס היפנוטי. גם אלו שלא הגיעו ליעד מבחינת המשקל, דיווחו על חוויה רגשית מעצימה ומקדמת. ניתן היה לצפות בשינויים התנהגותיים נוספים בעקבות ההתערבות: רישום לחדר כושר, הרשמה לאימוני מרתון והפסקת עישון.

## הניתוח ונטרול היכולת לאכול לוקח מהמטופל את הפתרון שמצא למצוקתו הנפשית, ומותיר אותו חסר כלים בהתמודדות עם המצוקות הקיימות

פגישות ההכנה התמקדו בהגברת המודעות והקשב פנימה, מגע עם הדיסוציאציה הסומטית ובניית מקום רגשי מכיל בהווה. הסקרפט ההיפנוטי התמקד בשימת דגש על השילוב של הניתוח הקודם בתוך האדם הקומפוטנטי והחזק שסימה נהייתה היום. הייתה חשיבות בשחזור הניתוח שעברה בתוך "האני המתפקד" של ההווה, ובכך ליצור רציפות פנימית של זהות. בתוך "חדר הניתוח ההיפנוטי" קיבלה תפקידים קונקרטיים במטרה לשנות את מיקוד השליטה מעמדה פסיבית לאקטיבית, מעמדת קורבן לחוויה מעצימה של בחירה ושינוי. במהלך הטראנס ההיפנוטי של "הניתוח", ניתן היה להבחין בכך שסימה באמת משחזרת את הנוכחות שלה בחדר הניתוח: בכניסה לחדר הניתוח החלה לרעוד וחשה שקר לה (כפי שנהוג להרגיש בחדר ניתוח אמיתי). ברגע שאמרתי שהמרדים מתקרב אליה עם המסכה, הדופק שלה עלה בן רגע מ־68 ל־89. כאשר התעוררה מהטראנס ההיפנוטי, סימה דיווחה על מספר חוויות מעניינות: תחושת כיווץ ולחץ באזור הקיבה, הרגשה של "ברזל בבטן", לצד תחושה נפשית של התרוממות ואנרגיות. תופעת עיוות הזמן (time distortion) מוכרת בהיפנוזה, וסימה חוותה 50 דקות של טראנס היפנוטי כאילו ארכו 10 דקות. קלות בעמידה במגבלות התזונתיות בחודש הראשון (כלכלה נוזלית ורכה). כעבור שבוע, סימה ירדה 6 ק"ג ונרשמה לחדר כושר. כעבור חודש, ירדה 10 ק"ג (כלומר 4 ק"ג נוספים), ולראשונה בחייה החלה לתכנן ולבשל לעצמה ארוחות. במקרה של סימה, העובדה שהחלה לתת לעצמה מקום ולדאוג לעצמה העיד על שינוי רגשי עמוק. כעבור שלושה חודשים, לקראת אירוע משפחתי, הלכה סימה לתופרת וגילתה שהיקף המותניים שלה ירד ב־32 ס"מ. סימה ירדה עד כה 28 ק"ג בחמישה חודשים, שוקלת 114 ק"ג, וממשיכה לרדת במשקל. ההצלחה האמיתית, אצל סימה ואצל אחרים אשר טופלו בהליך זה, היא לא המספרים והקילוגרמים, אלא השינוי הרגשי העמוק שעוברים בזכות ההיפנוזה. ההתערבות מתחילה תהליך רגשי עמוק. לאחר "הניתוח", סימה הרגישה בשליטה ובחירה את מה שאוכלת, היא הרגישה ש"אוכל הוא לא issue", היא הרגישה ביטחון עצמי ומסוגלות עצמית, הפסיקה לחוות בושה ואשמה, והתחילה לחוות הנאה מתוך שליטה. דרך בניית קשר טיפולי תומך ומכיל, ההתערבות ההיפנוטית אפשרה לסימה להתחבר

של נראות וחוסר נראות, של משמעות ושל הדחקה. היכרות עם החלק הזה, הבנתו והבנת הקשר שלו לאכילה, אפשרו פתיחת ערוץ תקשורת בין החלק הזה לבין החלק המתפקד של יוסי, במטרה להתחיל לקדם את תחושת השליטה בתחום האכילה. כעבור חודשיים, בדיקות הדם הראו שרמות הסוכר ירדו מ־121 ל־92. כעבור 5 חודשים, יוסי ירד כבר 17 ק"ג אך החל להרגיש עצירה בירידה, ובמיוחד החלה מתפוגגת תחושת השובע. תופעת הפלאטו, שבה נעצרת ההתקדמת בכיוון הרצוי, ידועה גם לאחר הניתוח הכירורגי - הגוף רעב, הוא נכנס למצוקה, וכתהליך הישרדות אבולוציוני הוא מאט את המטבוליזם כדי לשמר אנרגיה. יש חשיבות להמשיך את התהליך למרות העצירה במשקל. המעקב הטלפוני ארוך הטווח אפשר "לתפוס" את תחילת הנפילה ולעורר מוטיבציה מחודשת, להתחבר חזרה לתחושת המסוגלות ולאפשר פסיכו־אדוקציה על תופעת הפלאטו. יוסי התבקש לא להישקל עד למפגש הטלפוני הבא, וכעבור חודש ירד עוד קילו. הוא חזר למסלול, וגברה בו תחושת השליטה. חצי שנה לאחר הניתוח יוסי תיאר שינוי משמעותי ביחסים הבין־אישיים. לדבריו, מאז ההתערבות ההיפנוטית הוא חווה חיבור משמעותי לילדיו ולאשתו, הפסיק לחפש מפלט באוכל, מחפש לחוות רגעי שקט שמהם פחד בעבר, ונרשם לקבוצת ריצה.

### תיאור מקרה II

סימה, בת 47, גרושה ואם לארבעה ילדים. כיום מתפקדת ובעלת עסק עצמאי. ברקע, הורים מזניחים, ילדות קשה רוויית אירועים טראומטיים, התעללויות ופגיעות מיניות מתמשכות, חתונה עם גבר אלים ובריחות למקלטים לנשים מוכות. סימה פיתחה יכולות דיסוציאטיביות שאפשרו לה לשרוד, אך גרמו להזנחה גופנית קיצונית. האוכל היה מפלט וגם אמצעי לבניית חומה בינה לבין העולם. רקע רפואי: בשנת 1995 עברה ניתוח בריאטרי ראשון (SRVG) - סוג של טבעת קיבה מובנת), אך הניתוק המוחלט מהגוף ומהחוויה הגופנית גרמו להזנחה שהובילה להשמנה קיצונית חוזרת. בשנת 2006 הגיעה למשקל 181 ק"ג (BMI=72), עישנה 3 חפיסות סיגריה ביום, מעולם לפני כן לא עבדה, ואובחנה כסובלת מדיכאון ומטראומה מורכבת. בשנת 2009 עברה ניתוח שרזול, בעקבותיו חוותה "ירח דבש", וירדה ל־118 ק"ג. המשקל ירד אך סימה לא עשתה שום שינוי התנהגותי, התזונה שלה התבססה על עוגות ועוגיות. במשך עשור היא התחזקה, נפתחה אל העולם, אל האחרים, החלה ללכת זקוף יותר, לעבוד ולהאמין בעצמה. אולם לא נוצר חיבור בין הגוף לרגש, היא לא פיתחה מודעות גופנית, וככל ש"ירח הדבש" התרחק בזמן, כך המשקל החל לעלות. כשפנתה אליו ב־2019, כבר שקלה 142 ק"ג! מבחינה רפואית, היא הייתה מועמדת לניתוח חוזר, אך החלטנו לנסות קודם את הניתוח ההיפנוטי.



התהליך, הוא מחויב יותר לתהליך והמוח ממשיך להוביל לשינוי. כאמור, קהל היעד של ההתערבות הינו מנותחים לשעבר, אולם חלק מהמטופלים שפנו הגיעו ללא ניתוח קודם. בשלב זה, התוצאות דומות גם באוכלוסייה זו: 80% מהמטופלים ירדו 10% ממשקל גופם תוך חודשיים, והירידה המשיכה במהלך השנה העוקבת. המשקל ההתחלתי הממוצע של מטופלים אלו היה גבוה יותר, כך שסטטיסטית ירדו יותר במשקל. מטופלים אלו מגיעים עם מוטיבציה גבוהה, כי מפחדים להגיע לניתוח כירורגי. עם זאת, קיימת הידעיה שאם לא מצליחים אז יש פתרון כירורגי. עבור מטופלים אלו, הסקרפט הניתוחי נעזר בתחושות גופניות של חוויה אשפוזית כלשהי ושילוב של פרוצדורות הלקוחות מתהליכים מקובלים בניתוח השרוול.

תוצאות אלו דומות לתוצאות של פרוצדורות אנדוסקופיות המוצעות לטיפול בהשמנת יתר שהן פרוצדורות פולשניות ויקרות. כך למשל, בלון אנדוסקופי מציע ירידה של 10% ממשקל הגוף, ולאחר הורדת הבלון כעבור חצי שנה, כ-80% מהמטופלים עולים חזרה במשקל (Tate & Geliebter, 2017). הצרת קיבה אנדוסקופית מאפשרת בממוצע ירידה של 20% ממשקל ומחזיקה כשנתיים. יש לציין כי הפרוצדורות האנדוסקופיות אינן זמינות למי שעבר ניתוח בריאטרי קודם.

מטרת "ניתוח השרוול ההיפנוטי" היא אכן לרדת במשקל, אך מטרת העל היא לאפשר שינוי נפשי עמוק ומשמעותי, ואנו עדים לכך: המטופלים מדווחים על שינוי בתפיסה העצמית ובחוויות העצמי שלהם. התהליך ההיפנוטי מעביר למטופלים תחושת העצמה, וכתוצאה מכך הם מדווחים על תחושת שליטה וחיבור פנימי, מדווחים על שינויים משמעותיים במצבם הנפשי, הרגשי והמשפחתי ("לראשונה אני דואג לעצמי", "לראשונה בחיי אני מכינה לעצמי קופסה בבוקר, ולא רק לילדים", מטופל הפסיק ליטול תרופות נוגדות דיכאון בעקבות שיפור משמעותי במצב רוחו לאחר "הניתוח" בליווי פסיכיאטרי כמובן).

ההתערבות מאפשרת חזרה לזירה קשה ועוצמתית, אבל ממקום מוגן ומכיל. ניתוח הוא אקט קיצוני וחודרני, כך ששחזור החוויה בתנאים מוגנים, יחד עם מטפל המכיל את הבהלה והחששות, מאפשרת חוויה מתקנת ומעצימה.

לחלקים הקומפלטניים גם באכילה, לבנות רצף פנימי של חוויית עצמי וזהות, ולהשתמש במנגנון הדיסוציאטיבי כאמצעי לפתח תחושת שליטה פנימית וחיבור פנימי.

## סוגיות לדין

"אפקט רשימת ההמתנה": בהתערבויות שערכת, 90% מהמטופלים ירדו במשקל עוד לפני "הניתוח", במהלך פגישות ההכנה. תופעה זו תואמת את "אפקט רשימת ההמתנה" שלפיו הקבוצה הממתנה להתערבות מראה שינויים סימפטומטיים עוד בשלב ההמתנה (Penkova, Stark, Leichsenring & Steinert, 2018). אפקט זה מהווה סממן לציפייה חיובית לקראת ההתערבות.

תופעה משמעותית נוספת המתרחשת בהתערבות היא **שחזור תופעות פיזיולוגיות** בעת "הניתוח ההיפנוטי" התואמות לאלו שהתקיימו בניתוח הכירורגי. כך למשל, שבוע לאחר "הניתוח ההיפנוטי" דיווחו מטופלים שסבלו מעצירות לאחר הניתוח הכירורגי כי הם סובלים מעצירות גם לאחר הניתוח ההיפנוטי. הכנסת סוגסיות פוסט-היפנוטיות לביטול העצירות אפשרה להתמודד עם התופעה. מטופלת אחת הגיעה בבוקר הניתוח ההיפנוטי עם מיגרנה קשה ואמרה: "זה בסדר, זה אפילו מכניס אותי לאווירה כי בבוקר הניתוח שרוול שלי גם הייתה לי מיגרנה". מטופלת נוספת התקשרה משועשעת מספר ימים לאחר הניתוח ההיפנוטי ואמרה "איזה קטע, תראי כמה זה חזק. אני שוכבת במיטה עם שפעת באמצע אוגוסט. זה לא הגיוני, ופתאום נזכרתי שכמה ימים אחרי ניתוח השרוול הייתה לי שפעת...". מטופל ומטופלת דיווחו שלאחר הניתוח ההיפנוטי לא היה להם חשק לעשן, ומכאן הפסיקו לעשן, כפי שאירע אצל שניהם לאחר הניתוח הכירורגי. המטופל חזר לעשן כעבור חודשיים, אך חלפה כמעט שנה והמטופלת עדיין נקיייה מניקוטין. בפגישות ההכנה אני מנסה לקבל מידע רחב במטרה למנוע שחזור של תופעות לא רצויות, אך לפעמים תופעה נשכחת ומשוחזרת, והסוגיה רק מחזקת את הידוע על עוצמת ההתערבות ההיפנוטית.

## יעילות הטיפול

עד כה, איסוף הנתונים העלה ש-70% מהמטופלים ירדו 10% ממשקל גופם תוך חודשיים מהניתוח. המשמעות היא כי ממוצע הירידה במשקל למטופל היה 12 ק"ג בחודשיים! עד לתום השנה הראשונה, 60% מהמטופלים המשיכו לרדת במשקל. חשוב לציין שבעבור חלק מהמטופלים, המטרה הייתה בלימת העלייה במשקל ולא ירידה. מאפיין המשותף לארבעת המטופלים שלא ירדו במשקל (מתוך החמישה) היה שהם לא סיפרו לסביבה שלהם על ההתערבות. מי שמשתף את הסובבים לו בדבר הניתוח ההיפנוטי מאפשר, ככל הנראה, למוח שלו להמשיך לחוות את

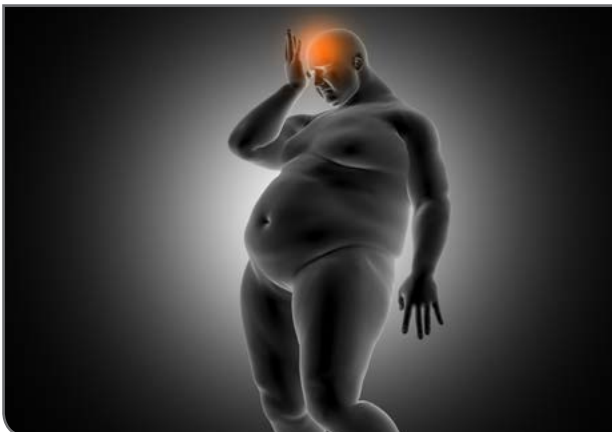
### אינדיקציות ל"ניתוח שרוול ההיפנוטי":

- מטופלים הסובלים מהשמנת יתר (BMI>30), או מטופלים שעברו ניתוח בריאטרי והחלו לעלות במשקל.
- מטופלים שהחלו לעלות במשקל ורוצים להימנע מניתוח חוזר.
- מטופלים הסובלים מהשמנה קיצונית המגבירה סיכונים בניתוח, כהתערבות קדם ניתוחית.
- מטופלים הסובלים מהשמנת יתר ולא עומדים בקריטריונים לניתוח בריאטרי.

מקצוע מסוימים (רופאים, פסיכולוגים ורופאי שיניים) בעלי רישיון להיפנוט ממשרד הבריאות לעסוק בהיפנוזה. כך שלא כל מטפל המומחה בתחום ההשמנה יכול לטפל בשיטה זו.

## סיכום

התערבות דרך "ניתוח שרוול היפנוטי" היא התערבות ממוקדת. היא מתבססת על בניית קשר טיפולי אינטנסיבי המאפשר שימוש בכלי היפנוטי להשגת הגברת מודעות וקשב פנימה, חוויית חיבור רגשי עמוק ושינוי תפיסה סומטית, במטרה לרדת במשקל. ההתערבות נולדה בכדי לתת מענה לסוגיית ההשמנה החוזרת לאחר ניתוח בריאטרי. השמנה היא תהליך מורכב הכולל מרכיבים של התמכרות, הגנות, התנהגות אוטומטית, הפרעות אכילה ועוד. ההתערבות לא מתיימרת לפתור את כל הסוגיות, אלא שואפת לאפשר הנעה ואתחול של תהליך פנימי עמוק ומשמעותי, תוך חיבור בין החלק הרגשי לחלק הסומטי. על אף שלכאורה מדובר בהתערבות סימפטומטית ממוקדת, למעשה היא מאפשרת מגע ישיר ועמוק עם חלקים פנימיים שונים.



ומה צופה העתיד? אני מקווה ורוצה להאמין שעבור חלק גדול מהמטופלים, בעקבות הסינון הראשוני וההתאמה האישית של הטיפול, השינוי והחיבור שייעשו בזכות התהליך ההיפנוטי יאפשרו שינוי ושימור התוצאות לטווח ארוך. אולם, גם אם לא כך יהיה, כלומר גם אם לטווח ארוך יתרחש תסריט דומה לניתוח הכירורגי וחלק גדול מהמטופלים יעלו חזרה במשקל, ההתערבות ההיפנוטית עדיין תהווה התערבות משמעותית. או כפי שמטופלת אמרה לי: "מבחינתי, גם אם לא יחזיק לתמיד, שווה לי לעשות אצלך מנוי ולבוא כל שנתיים". השמנת יתר מוגדרת כמחלה כרונית, וכמו בכל מחלה כרונית, המטרה היא למצוא דרך להגיע לרמיסיה ולשמר אותה. "ניתוח שרוול היפנוטי" יכול להוות כלי משמעותי, נטול תופעות לוואי מסכנות חיים ובעל רווחים רגשיים בדרך להגשמת מטרה זו.

## יעדים ותיאום ציפיות

שינויים סומטיים	שינויים התנהגותיים	שינויים פסיכולוגיים
הפחתת מודדי מחלות נלוות	הפחתת התנהגויות אכילה (בולמוסי אכילה, אכילה לילית, אכילה נשנושית, אכילה רגשית וכו')	מסוגלות עצמית מודעות עצמית דאגה לעצמי
ירידה במשקל	הגברת פעילות גופנית	הפחתת שיפוטיות ואשמה
בלימת העלייה במשקל	תכנון ארוחות	שיפור מצב רוח

## מספר הסתייגויות...

מאחר שמדובר בפייולט ראשוני, שעליו עדיין לא נערך מחקר מדעי יסודי אלא התבוננות קלינית ראשונית, אפרט מספר מגבלות.

הנתונים לא נאספו באופן מתודולוגי מבוקר ולא נעשה מעקב מעבר לשנה.

קיימת חשיבות גם בבדיקת עמדותיהם של המטופלים בנוגע לטיפול בהיפנוזה טרם תחילת התהליך. היפנוזה היא כלי טיפולי רב עוצמה, אך עדיין עטוף בסטיגמות ודעות קדומות העשויות לגרום לפרשנות מוטעית של ההתערבות בקרב המטופלים. מי שמצפה לראות שההיפנוזה עושה קסמים, מי שמחכה שהשינוי יקרה לבד או יבוא מהמטפל, ומי שמתחילת התהליך "מחפשים" לראות שזה לא עובד, אינם מתאימים להתערבות היפנוטית.

מטופלים נוספים שיתקשו ליהנות מהתערבות מסוג זה, הם מטופלים בעלי קושי בהיקשרות (attachment). מיקוד ואינטנסיביות הטיפול מצריכים בניית קשר טיפולי משמעותי, כך שמי שמתקשה לסמוך על אחר ולהביע בו אמון, לא יצליח להיות פנוי להקשבה ולבניית החיבורים הפנימיים במתכונת ממוקדת.

ההתערבות מתאימה במיוחד למטופלים בעלי ארגון אישיות נירורטי שיצליחו לגייס משאבים וכוחות להתערבות אינטנסיבית מסוג זה (Kernberg, 1984). לפי המודל המבני של קרנברג, ניתן לסווג מטופלים לאחת משלוש רמות של ארגון אישיות (ניורוטי, גבולי ופסיכוטי) בהתאם לחיבור למציאות, סוגי מנגנוני ההגנה, מידת התבונה ומידת האינטגרציה בזהות. מטופלים בעלי ארגון אישיות גבולית יוכלו ליהנות מ"ניתוח שרוול היפנוטי", אך לעיתים יצטרכו המשך טיפול להעמקת הסוגיות הרגשיות והחזקתן. מניסיון העבר, חלקם כבר נמצאים בטיפול פסיכולוגי, ושיתוף פעולה עם המטפל הכרחי למתן טיפול הולם.

יש לציין שבארץ קיים חוק ההיפנוזה (1984) המאפשר רק לאנשי





1. אברמוביץ, א' (2014). היפנוזה והיפנותרפיה: מדריך למטפלים. הוד השרון: ספרי מקור-עיון.
2. העצני, צ' (2010). לשקול מחדש: המדריך הפסיכולוגי למטפל הבריאתני. רימונים.
3. Bo, S., Rahimi, F., Goitre, I., Properzi, B., Ponzio, V., Regaldo, G., ... & Broglio F. (2018). Effects of self-conditioning techniques (self-hypnosis) in promoting weight loss in patients with severe obesity: A randomized controlled trial. *Obesity*, 26(9):1422-1429.
4. Bolocofsky, D.N., Spinler, D. & Coulthard-Morris, L. (1985). Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioral weight management. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 35-41.
5. Cochrane, G. & Friesen, J. (1986). Hypnotherapy in weight loss treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 489-492.
6. Fuller-Tyszkiewicz, M. & Mussap, A.J. (2008). The relationship between dissociation and binge eating. *J Trauma Dissociation*. 2008;9(4):445-462.
7. Greetham, S., Goodwin, S., Wells, L., Whitham, C., Jones, H., Rigby, A., ... Atkin, S. (2017). Pilot investigation of a virtual gastric band hypnotherapy intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 64(4):419-433.
8. Grimaldi, D. & Van Etten, D. (2010). Psychosocial adjustments following weight loss surgery. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48(3), 24-29.
9. Hutchinson-Phillips, S., Gow, K. & Jamieson, G.A. (2007). Hypnotizability, eating behaviors, attitudes, and concerns: A literature survey. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55:1, 84-113.
10. Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale Universities Press.
11. Kirsch, I., Montgomery, G. & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, pp. 214-220.
12. Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International University Press.
13. Kubik, J.F., Gill, R.S., Laffin, M. & Karmali, S. (2013). The impact of bariatric surgery on psychological health. *Journal of Obesity*; 2013:837-989.
14. Lauti, M., Kularatna, M., Hill, A.G. & MacCormick, A.D. (2016). Weight regain following sleeve gastrectomy - a systematic review. *Obesity Surgery*. 26(6):1326-1334.
15. Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C. & Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev*, 18(2):1-18.
16. Penkova, Z., Stark, R., Leichsenring, F. & Steinert, C. (2018). The effects of waiting for treatment: A meta-analysis of wait-list control groups in randomized controlled trials for panic disorder. *Current Psychiatry Reviews*, 14(2): 60-70.
17. Tate, C.M. & Geliebter, A. (2017). Intra-gastric balloon treatment for obesity: Review of recent studies. *Advanced Therapy*. 34(8):1859-1875.
18. Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, dissociation and impulse control in eating disorders*. Taylor and Francis group.
19. Vandenbroeck, I.P., Goossens J. & Clemens M. (2007). *Building the obesity system map*. London, UK: Foresight.
20. Watkins, J.G. & Watkins, H.H. (1997). *Ego states: Theory and therapy*. Norton & Company edition.
21. Winnicott, D. (1974). The fear of breakdown. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 103-107.
22. WHO. (2016). *Obesity and Overweight*. Retrieved from: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html) [Google Scholar]