

"באנו חושך לגרש": החוויה של אירועי חיים טראומטיים מנקודת הראות של נשים עם תסמונת אכילה לילית

יעל לצר^{1,2}, רויטל אדלשטיין אלקיים¹, אסנת רבין¹, מירי גבעון¹,
סיגל אלון¹ ואורנה צישינסקי³

¹ המרכז להפרעות אכילה, חטיבה פסיכיאטרית, רמב"ם, הקריה הרפואית לבריאות האדם, חיפה
² ביה"ס לעבודה סוציאלית וביה"ס לבריאות הציבור, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות,
אוניברסיטת חיפה
³ החוג למדעי ההתנהגות, מכללה אקדמית עמק יזרעאל, עמק יזרעאל

תקציר

מבוא: שכיחותן של הפרעות אכילה (ה"א) הולכת ועולה בעשורים האחרונים, בעיקר בקרב נשים בעולם המערבי. נמצא קשר חיובי בין ה"א לבין היסטוריה של אירועי חיים טראומטיים. עם זאת, מחקרים מעטים בלבד בחנו קשר זה בקרב נשים עם תסמונת אכילה לילית (תא"ל). ממצאים אלה מעלים צורך להעמיק את הידע לגבי קשר זה מנקודת ראותן של הנשים עם תא"ל.

מטרות: לבחון את ההשפעות ארוכות-הטווח של אירועי חיים טראומטיים בעבר בקרב נשים עם תא"ל, דרך הבנת החוויות והמשמעויות של הטראומה מנקודת ראותן.

שיטה: מחקר רטרוספקטיבי איכותני, המבוסס על ניתוח תוכן של ראיונות קבלה לטיפול בה"א. במחקר השתתפו 18 נשים בנות 19–60, דוברות עברית, אשר מאובחנות עם תא"ל מסוג אכילה באמצע הלילה.

ממצאים: במחקר התגבשו שלוש תמות: (1) אירועי פגיעה שנחווה כחודרנית לגוף; (2) אירועי פגיעה הקשורים בהזנחה הורית; ו-(3) תפיסת האוכל והאכילה כ"אויב ואוהב" בו-זמנית – האוכל פוגע אך גם מנחם ומקנה תחושת ביטחון, במיוחד בלילה, ומאפשר התמודדות ותפקוד למחרת היום.

מסקנות: הממצאים הוסיפו לידע הקיים על הקשר בין אירועי חיים טראומטיים, דיסוציאציה וה"א, דרך החוויה של המטופלות. כמו כן הם הרחיבו על התפקיד המווסת של האכילה בלילה, המנתקת ומרגיעה כאחד, ומאפשרת התמודדות עם המטלות ביום שלמחרת.

השלכות פרקטיות: לממצאים אלו חשיבות בהבנת התפקיד המשמעותי של דיסוציאציה בהתמודדות עם חוויות טראומטיות בכלל, ובתא"ל בפרט. הדבר יכול לסייע בתהליך הטיפול בנשים עם תא"ל.

מילות מפתח: הפרעות אכילה, תסמונת אכילה לילית, היסטוריה של טראומה, התקפי אכילה, נשים.

מבוא

שכיחותה של הפרעות אכילה (ה"א) הולכת ועולה בחמשת העשורים האחרונים בעולם המערבי, בעיקר בקרב נערות ונשים צעירות (Varnado-Sullivan et al., 2001; Talmon & Widom, 2021), והן כרוכות בתחלואה פיזית ונפשית (Levine & Smolak, 2006). גם בישראל נצפתה מגמה דומה (Lutzer et al., 2008). הה"א העיקריות הן אנורקסיה נרבוזה, בולמיה נרבוזה, ה"א התקפית – Binge Eating Disorder (BED) וה"א לא טיפוסית – (OS-FED) Other Specified Feeding and Eating Disorder, ובכלל זה תסמונת אכילה לילית (תא"ל) (American Psychiatric Association, 2013).

האטיולוגיה של ה"א היא רב-סיבתית, והיא כוללת גורמים ביולוגיים, גנטיים, פסיכולוגיים ומשפחתיים. מבין גורמי הסיכון להיווצרות ה"א, בולטת היסטוריה של אירועי חיים טראומטיים (Molendijk et al., 2017). מחקרים אשר בחנו גורם סיכון זה התמקדו בעיקר בה"א העיקריות, ומחקרים מעטים בלבד בחנו קשר זה בקרב חולות עם תא"ל (Kjaersdam Tellús et al., 2021; Vidaña et al., 2020).

המחקר הראשון שבדק קשר בין תא"ל להיסטוריה של אירועי חיים טראומטיים מצא שכיחות גבוהה שלהם בקרב חולות עם תא"ל, ובעיקר בלטו אירועים של התעללות מינית ופיזית (Tzischinsky & Lutzer, 2004). מחקר נוסף מצא שיעור גבוה יותר של התעללות נפשית והזנחה פיזית בקבוצות BED ותא"ל בהשוואה לקבוצת ביקורת (Allison et al., 2007; Monteleone et al., 2021). מחקר עדכני מצא בדומה לכך שיעור גבוה במובהק של אירועים טראומטיים בקרב חולות עם תא"ל בהשוואה לנבדקות בריאות מהקהילה (Lutzer et al., 2020). ממצאים אלה מעלים צורך להעמיק את הידע לגבי גורם סיכון זה בקרב נשים עם תא"ל, בעיקר אלו שאצלן מתרחשת האכילה באמצע הלילה, ולהעמיק את ההבנה על מאפייני החוויה של האירועים הטראומטיים מנקודת ראותן של הנשים עצמן.

תסמונת אכילה לילית

תא"ל תוארה לראשונה על ידי חוקרים אשר בדקו נשים עם השמנת יתר. האכילה הלילית אופיינה ביקיצה מוחלטת, אכילת מזון עתיר קלוריות וחזרה לשינה (Stunkard et al., 1955). מאז ועד לשנות התשעים של המאה הקודמת פורסמו בנושא מחקרים בודדים, והללו הדגישו יותר את הפרעת השינה על פני ה"א (Schenck et al., 1993). משנות התשעים ואילך פורסמו עשרות מחקרים בנושא, שכללו הגדרות שונות של תא"ל. בשנת 2009 התקבצו קבוצת חוקרים בתחום והציעה אבחנה לתסמונת (Allison et al., 2010).

על בסיס אבחנה זאת הוגדרה תא"ל במדריך האבחנתי הפסיכיאטרי DSM-5, תחת הקטגוריה ה"א לא ספציפיות אחרות (American Psychiatric Association, 2013). הקריטריונים העיקריים של התסמונת הם: (1) אפיזודות חוזרות של אכילה לאחר התעוררות משינה או צריכת מזון מרובה לאחר ארוחת הערב; (2) קיימת מודעות וזיכרון של האכילה (להבדיל מהפרעות שינה); (3) האכילה מלווה בתחושת אי-נוחות מהמצב; (4) היעדר בעיות במחזור השינה/ערות; (5) האכילה הלילית גורמת למצוקה נפשית משמעותית ו/או לפגיעה בתפקוד. המחקר הנוכחי מתמקד רק במטופלות עם תא"ל אשר אוכלות באמצע הלילה.

בתיאור המוקדם של תא"ל הודגש הקשר בין התסמונת לפסיכופתולוגיה ומצוקה רגשית (Stunkard et al., 1955). מרבית המחקרים בהמשך חיזקו קשר זה, ובמיוחד תיארו מצב רוח דיכאוני אשר מחמיר בשעות הערב (Thompson & DeBate, 2009), ורמות גבוהות של חרדה ודיכאון המשפיעות על התפקוד הכללי (Lundgren et al., 2008; Napolitano et al., 2001). תמיכה לכך נמצאה גם במחקרים נוספים שבדקו תא"ל באוכלוסייה עם ה"א" (Latzner et al., 2020; Roer et al., 2014; Tzischinsky & Latzer, 2004). ובקרב חולים פסיכיאטריים (Lundgren et al., 2006).

אירועי חיים טראומטיים והפרעות אכילה

מחקרים מצאו כי כ-50% מהאוכלוסייה הכללית דיווחו שעברו לפחות חוויה טראומטית אחת בחייהם הכרוכה בהשלכות נפשיות קשות (Groth et al., 2020; Kjaersdam Telléus et al., 2021; Strauss et al., 2018). לצורך התמודדות עם המצוקה שמעלים האירועים הטראומטיים נמצא כי רבים נוטים לפתח אסטרטגיות קוגניטיביות והתנהגותיות, כמו הימנעות, קוגניציות שליליות, התנהגויות של פגיעה עצמית, רה-ויקטימיזציה וה"א" (Briere & Scott, 2007; Litwack et al., 2014; Palmisano et al., 2016; Williamson et al., 2002).

מספר מחקרים מצאו קשר בין רה-ויקטימיזציה בקרב מבוגרים והפרעות אכילה. במצבים אלה קורבן התעללות נמצא בסיכון גבוה להיקלע למצבי קורבנות נוספים בהמשך, אשר יכולים להתרחש מייד לאחר הפגיעה הראשונית או בשלב מאוחר יותר בבגרות. תופעה זאת נקשרת לרוב למקרים של ניצול בילדות. המחברים מדגישים כי יש חשיבות לביצוע אבחנה מבדלת בין מבוגרים שעברו התעללות מינית בילדותם לבין מבוגרים שעברו אירועי אונס בבגרותם, שכן לאירועים אלה ישנן השלכות פסיכולוגיות שונות, והרה-ויקטימיזציה שכיחה יותר במקרים של התעללות מינית בילדות (Messman-Moore & Garrigus, 2007).

חשיפה לאירועי חיים טראומטיים נמצאה גם כאחד מגורמי הסיכון לפיתוח ושימור ה"א", ולפרוגנוזה קשה. מרבית המחקרים התמקדו בקשר שבין התעללות מינית בילדות וה"א. נמצא שיעור גבוה יותר של התעללות מינית ופזיזת בקרב חולות עם ה"א התקפית (29% ו-21%, בהתאמה) בהשוואה לקבוצת ביקורת (11% ו-10%, בהתאמה). ממצאים דומים על רקע של התעללות מינית ופזיזת עלו בקרב חולות עם בולימיה (35% ו-32%, בהתאמה) ונשים עם מחלות פסיכיאטריות (26% ו-29%, בהתאמה) (Kjaersdam Telléus et al., 2021).

קשר זה נבדק גם בחולות עם AN ו-BN, ונמצא כי ככל שמספר האירועים הטראומטיים היה גבוה יותר, כך עלתה רמת הסימפטומים של ה"א, במיוחד במקרים של התעללות רגשית (Monteleone et al., 2019, 2021). עוד נמצא כי 48% מבין 113 מטופלות עם ה"א שאושפזו עברו התעללות מינית בילדות (Carter et al., 2006), בעיקר מטופלות עם ה"א מהסוג ההתקפי/היטהרותי (Longo et al., 2019). ככל שנמצאו יותר אירועים טראומטיים כך עלתה רמת הפסיכופתולוגיה של ה"א.

עם זאת, רק שלושה מחקרים בחנו את הקשר בין אירועי חיים טראומטיים לבין תא"ל. הראשון בדק מטופלות עם ה"א התקפיות עם או בלי תא"ל, ומצא כי 16% מהמטופלות עם ה"א התקפיות ו-9% עם

בולימיה נרבוזה אובחנו גם עם תא"ל. 84% ו-64% בהתאמה סבלו מתחלואה פסיכיאטרית נלווית. כמו כן, 60% מהנבדקות עם ה"א התקפית ו-50% מהנבדקות עם בולימיה נרבוזה דיווחו על אירועי חיים טראומטיים, בעיקר התעללות מינית ופיזית (Tzischinsky & Latzer, 2004).

המחקר השני בדק אירועי חיים טראומטיים במטופלים עם ה"א התקפית ותא"ל בהשוואה לקבוצה עם השמנת יתר ללא ה"א, ומצא שכיחות גבוהה של אירועים טראומטיים בשלוש הקבוצות: תא"ל, ה"א התקפית והשמנת יתר (82%, 79% ו-71%, בהתאמה). נמצא שיעור גבוה משמעותית של התעללות נפשית בקרב נבדקים עם תא"ל וה"א התקפית בהשוואה לנבדקים עם השמנת יתר ללא ה"א, שכיחות גבוהה יותר של הזנחה רגשית בקרב נבדקים עם ה"א התקפית, ושיעור גבוה משמעותית של הזנחה פיזית בקרב נבדקים עם תא"ל וה"א התקפית לעומת השמנת יתר, עם ערכים גבוהים יותר בקרב קבוצת תא"ל. כמו כן נמצא קשר בין דיכאון לסוגים שונים של אירועי חיים טראומטיים בכל הקבוצות (Allison et al., 2007).

בדומה לכך, במחקר עדכני נמצאה שכיחות גבוהה יותר של אירועים טראומטיים בילדות בכל קבוצות ה"א בהשוואה לקבוצת ביקורת, ובקרב נבדקות עם תא"ל נמצאה שכיחות גבוהה יותר של הזנחה פיזית משאר הקבוצות. בנוסף, ההתעללות הנפשית נמצאה מנבאת את רמת הפסיכופתולוגיה בקרב נבדקות עם ה"א (Latzer et al., 2020). מחקרים אלה פתחו צוהר להבנת הקשר בין טראומה בעבר לתא"ל. עם זאת, לא נבחנה עד כה החוויה של אירועי החיים הטראומטיים, השלכותיה ומאפייניה מנקודת מבטן של חולות עם תא"ל.

לפיכך, מטרת המחקר הנוכחי הן להכיר מקרוב את קיומן של חוויות טראומטיות בעברן של המטופלות, ולהבין כיצד הן חוות אותן ומתארות אותן. מטרה נוספת היא להכיר מקרוב את החוויה של המטופלות לגבי האכילה הלילית באופן ספציפי, ולהבין כיצד הן מתארות ותופסות אותה. הממצאים יסייעו להבין ולהסביר את חווית האכילה בלילה על סמך החוויות הקשות שעברו המטופלות מנקודת ראותן.

שאלות המחקר

1. מהם המאפיינים הדמוגרפיים, הקליניים, סוגי הטראומות ושכיחותן ורמת התחלואה הנלווית של מטופלות עם תא"ל (אכילה בלילה)?
2. האם מטופלות עם תא"ל עברו חוויות טראומטיות בעברן? אם כן, מהן, כיצד הן חוו אותן ואיך הן מתארות אותן מנקודת ראותן?
3. כיצד מטופלות עם תא"ל חוות, מתארות ותופסות את האכילה בלילה?

שיטה

מחקר זה הוא רטרוספקטיבי איכותני, והוא מבוסס על ניתוח תוכן של ראיונות קבלה לטיפול של נשים עם תא"ל. המחקר התבסס על הגישה האיכותנית הפנומנולוגית, על פיה המציאות מורכבת ומובנית מתפיסותיהן הסובייקטיביות ונקודת ראותן של המטופלות המשתתפות במחקר.

מדגם

משתתפות המחקר נדגמו בצורה מכוונת מקרב נשים אשר פנו לטיפול בשל ה"א, ואובחנו עם ה"א התקפית ותא"ל מסוג אכילה בלתי נשלטת באמצע הלילה (אכילת לילה). בסך הכול אותרו 82 תיקים, שכללו ראיונות עומק לאבחון ולקבלה לטיפול. מתוכם נבחרו 18 מטופלות אשר הראיונות שלהן היו מפורטים ביותר, ונקודת מבטן כפי שהשתקפה בראיונות תוארה בהרחבה. בחירת מטופלות על פי קריטריון זה אפשרה לוודא שמדובר במטופלות ורבניות יותר ובעלות יכולת לשתף במצוקתן. המטופלות אותרו על ידי המטופלות מהמרכז להפרעות אכילה, לאחר קבלת אישור מוועדת הלסינקי של בית החולים וממשרד הבריאות.

המדגם לא כוון למטופלות אשר אובחנו כסובלות מהפרעת דחק פוסט-טראומטית, והקריטריון היחיד היה דוח על ריאיון מפורט כאמור. עם זאת, במחקר נוסף שהתקיים על המדגם הכולל של המטופלות עם תסמונת אכילה לילית נמצא כי מרביתן דיווחו על היסטוריה של אירועים טראומטיים, ועל כך התבססו. מתוך כלל המטופלות שנדגמו למחקר זה, 5 אובחנו עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית, והשאר דיווחו על היסטוריה של אירועי חיים טראומטיים בילדות ללא אבחון של הפרעה זו (Tzischinsky et al., 2021; ראו לוח 1).

המחקר הינו מחקר איכותני, והוא מתבסס על מדגם קטן של מטופלות אשר חוו את התופעה באופן אינטנסיבי. הקריטריון להכללה במדגם זה היה אבחנה של ה"א התקפית (American Psychiatric Association, 2013), ובנוסף אבחנה של תא"ל (אכילת לילה) על פי הקריטריונים האבחנתיים של אליסון ועמיתים (Allison et al., 2010) ושל DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). הקריטריונים לאבחון תא"ל כללו: התעוררות באמצע הלילה לפחות פעמיים בשבוע, אכילה בלתי נשלטת וחזרה לשינה, ברצף במהלך חצי השנה האחרונה. האבחנות נעשו באמצעות בדיקה פסיכיאטרית קלינית ומענה על מיני שאלון נירוו-פסיכיאטרי בינלאומי (Mini-International Neuropsychiatric Interview) (Sheehan et al., 1998).

בשל אופיו האיכותני של המחקר, לא עלה צורך בייצוגיות מלאה של כלל המטופלים, אך מאפייני המטופלות שנדגמו היו מגוונים הן בטווח התחלואה הנלווית והן ברקע התרבותי וההשכלתי. הנתונים הדמוגרפיים והקליניים נלקחו מתיקי המטופלות, ואילו חוויות אירועי החיים הטראומטיים נלקחו מדיווחי המטופלות עצמן. מסיכום הנתונים הדמוגרפיים של המטופלות עלה כי טווח הגיל היה 20-70; 7 (39%) מהמשתתפות לא נולדו בארץ; 10 היו נשואות (55%), 5 גרושות (28%), 2 רווקות (11%) ואחת אלמנה; ומספר הילדים היה בין 0-4. בנוסף, 3 משתתפות (17%) היו בעלות השכלה יסודית, 9 (50%)

היו בעלות השכלה תיכונית, ו-6 (33%) היו בעלות השכלה אקדמית. 6 (33%) מהמשתתפות לא עבדו בעת הריאיון, והשאר עבדו, לרוב במקצועות חופשיים.

מסיכום הנתונים הקליניים של המשתתפות עלה כי על פי מדד BMI, 3 משתתפות (17%) היו עם משקל תקין (BMI 22.2-25.7), והשאר עם משקל יתר או השמנה (BMI 26.6-46.7). כמו כן, 10 משתתפות (56%) ציינו שעברו התעללות מינית בילדותן, רובן על ידי בן משפחה, ו-12 משתתפות (67%) ציינו כי עברו התעללות פיזית, לרוב על ידי ההורים. 14 משתתפות (78%) ציינו שעברו הצקות סביב אכילה והשמנת יתר, ו-14 (78%) ציינו שעברו הזנחה פיזית בילדות כגון אי-נוכחות הורית בבית, הורים עסוקים וחוסר השגחה, היעדר אוכל או ביגוד מספק בבית וכדומה. כל המשתתפות ציינו אירועי חיים קשים נוספים, לדוגמה דור שני לשואה, הגירה ועוד. כולן פרט לאחת העידו כי הן סובלות מתחלואה נפשית נלווית כמו חרדה, דיכאון, PTSD או OCD. כמו כן, כולן ציינו שהן סובלות מתחלואה פיזית נלווית, כמו השמנה חולנית, היפרתירואדיזם, פיברומיאלגיה, דום נשימה בשינה ואינסומניה (ראו לוח 1).

תהליך איסוף הנתונים

מחקר זה הוא רטרופקטיבי איכותני, והוא מבוסס על ראיונות שהתקיימו בקרב נשים עם תא"ל במהלך האבחון וההערכה לקבלה ולטיפול במרכז לה"א בבית חולים בצפון הארץ. הראיונות כללו שאלות פתוחות, קבועות ומנוסחות מראש, אשר סייעו לקבל תשובות מלאות המתארות את חוויותיהן של המטופלות. הליך זה אפשר מחד גיסא איסוף מידע רלוונטי למחקר באופן עקבי, ומאידך גיסא התבוננות מעמיקה על העולם הנרטיבי של המטופלות. שאלות הריאיון עסקו בסיבת הפנייה למרפאה, תיאור ומהלך הבעיה שבעטייה הגיעו, אירועים בעברן, היסטוריה משפחתית ומצב קליני ותפקודי נוכחי. לגבי השאלות הנוגעות להיסטוריה של אירועי חיים טראומטיים, נשאלו המטופלות בהרחבה על תפיסתן לגבי אירועי החיים הטראומטיים בעברן ועל הקשר האפשרי להפרעת האכילה הלילית.

הראיונות נמשכו כשעה וחצי עד שעתיים, ותוכנם נכתב תוך כדי הריאיון על ידי המראיינות, שהינן מטופלות עם ניסיון בטיפול בה"א, אך שלא היו בהכרח המטופלות של הפונות בהמשך (שקדי, 2011). יודגש כי במחקר הנוכחי נדגמו ראיונות שלא יועדו מלכתחילה לצורכי מחקר, אלא הם בוצעו כחלק מתהליך אבחון והערכה לקבלה למרפאה ולטיפול בתא"ל. ראיונות אלה תועדו בזמן אמת על ידי המראיינות, ונכנסו לתיק המטופלת. כאמור, לצורך המחקר הנוכחי נבחרו רק ראיונות שהיו מפורטים דיים כדי לשמש חומר לניתוח התוכן.

ניתוח הנתונים

הראיונות נותחו על פי הגישה של ניתוח נושאי (thematic analysis), אשר בוחנת את התיאורים כפי שנכתבו בראיונות כבבואה לעולמה הפנימי של המטופלת (Bengtsson, 2016). תהליך הניתוח כלל ארבעה שלבים: (1) קריאה חוזרת ומעמיקה של הראיונות; (2) תהליך מוקפד של מיון וארגון הראיונות על פי "יחידות משמעות" לקבוצות שייצגו רעיונות דומים אשר חזרו על עצמם – ראשית בעזרת קודים משותפים, ובהמשך על פי קטגוריות; (3) ארגון הקטגוריות וסידורן על פי רצף הגיוני אשר ביסס את המבנה הרעיוני של ממצאי המחקר; (4) אינטגרציה של "יחידות המשמעות" והקטגוריות לשלוש תמות

עיקריות. יודגש כי בתהליך ניתוח הנתונים לקחו חלק ארבע החוקרות, המשתייכות לדיסציפלינות שונות. בסיום כל שלב התקיים מפגש מעמיק בין ארבע החוקרות לצורך עיבוד הראיונות, זיהוי ואיתור הרעיונות המאחדים והשונים. העבודה המשותפת של החוקרות, אשר כולן מומחיות לטיפול בהפרעות אכילה, תרמה במידה משמעותית להתבוננות מעמיקה בחומרים ולאמינות המחקר (שקדי, 2011).

אתיקה

בניסיון לשמור על חיסיון רפואי ואנונימיות, שונו שמות או פרטים שעלולים לחשוף את המטופלות. כל החומר נלקח כאמור מתיקי המטופלות, ללא הקלטה, ובכך נמנעה חשיפה נוספת. החוקרות הינן מטפלות במרכז לה”א ובעלות מודעות גבוהה לשמירה על סודיות. המחקר אושר על ידי ועדת הלסינגי של בית החולים (RMB-0389-09).

ממצאים

בכל הראיונות בלטה החוויה של המטופלות כי חייהן היו בלתי צפויים, מבלי יכולת להתכונן, להתגונן או להבין אותם. הן חשו חוסר אונים וחוסר שליטה. אחת הדרכים המרכזיות שעליה דיווחו בהתמודדות עם האירועים הקשים שחוו בעברן הייתה האכילה באמצע הלילה. מניתוח תוכן הראיונות התגבשו שלוש תמות מרכזיות.

התמה הראשונה מתארת אירועי פגיעה והתעללות שנחו כחודרניים לגוף ולוו בתחושת חוסר אונים וכאב. התמה השנייה מתארת אירועים טראומטיים הקשורים בהזנחה הורית, אשר התבטאה בהיעדר נוכחות הורית פיזית ורגשית, וכן מעברים רבים כגון הגירה וגירושי הורים, המלווים בתחושה של בדידות, חוסר מוגנות, חוסר אונים, חוסר שייכות, תלישות, טלטלה, ותחושה שהקרקע נשמטת ושהבית איננו מקום בטוח. התמה השלישית מתארת את האוכל כ”אויב ואוהב” בו-זמנית – חוויה אמביוולנטית של המטופלות סביב אוכל ואכילה, ודיאלוג שהן מקיימות עימה. מצד אחד הן העלו תפיסות קשות של האוכל כאויב וכמקור לכל הרע בחייהן, בכללו בעיות נפשיות ופיזיות; מצד שני נחוה האוכל כעוגן הצלה המקנה תחושת ביטחון, מנחם, מרגיע, מעין חבר המפיג בדידות, ובמיוחד בשעות הקטנות של הלילה. חוויית האכילה תוארה גם כחווייה מנתקת, המהווה מעין מפלט ווסת מחוויית הטרומה שעולות בלילה.

תמה 1: פגיעה והתעללות שנחו כחודרניים לגוף – ”לא הבנתי מה קורה, הוא ניסה לגעת בנו כל הזמן”

מטופלות רבות תיארו התעללות פיזית או מינית קשה בילדות, לרוב על ידי אנשים משמעותיים במשפחתן שאמורים היו להגן עליהן. ההתעללות פגעה בגופן בצורה בלתי צפויה, אכזרית ולא מובנת, והפכה אותו לפרוץ ולא מוגן.

התעללות פיזית

[1] אבא זרק כיסאות ושבר כיסאות עליי, על אחותי, על אמא, קיבלנו מכות בראש, בגב. כילדה לא הבנתי איך אדם מתהפך עליך 180 מעלות, אוהב אותך ופתאום זורק עליך כיסא.

[2] אבא הרביץ לי "מכות מוות". בגיל 5 חזרתי בחורף קר וגשום הביתה מהגן בלי המעיל. אבא אמר לי ללכת בחזרה לגן להביא את המעיל. היה המון גשם. אבא לא נתן לאמא ללכת איתי, הלכתי לגן המפחיד, בגשם, בלי מטרייה. ידעתי שאם לא אמצא את המעיל אחטוף.

[3] מגיל 11-16 אמא הכתה אותי. אם הייתי עושה משהו לא טוב ידעתי שזה יבוא. אבא היה אומר לאמא: טפלי בה. שכבתי במיטה ואמא עם האגרופים עליי. לא הסכמתי להראות שכואב לי. אמא התחילה בסטירה, לא הראיתי לה כמה כואב לי, ואז באגרופים, וגם אז שתקתי.

[5] חונכתי על ידי מכות. אמא הייתה נכנסת להתקפי זעם ומכה אותי עם כפכף [...]. לאמא היו התקפי זעם על דברים שעשינו, אם הערנו מהשינה או עשינו משהו רע [...]. אבא מרוחק, דגל בשיטות החינוך של אמא.

התעללות מינית על ידי בני משפחה

[4] אבא פגע בנו מינית, בעיקר בבנות הגדולות [...]. לא הבנתי מה קורה, ניסה לגעת בנו כל הזמן [...] עטפתי את עצמי בסדין שיהיה קשה לאבא להגיע אליי.

בתיאור קשה ביותר שיתפה מטופלת אחרת כיצד נפגעה מינית על ידי קרוב משפחה, אשר פגע בה בסתר בהיותה כבת 10 בלבד. על מנת להרחיקו ממנה אכלה ואכלה כדי להשמין, והיא חשה שההשמנה שמרה עליה קצת.

[6] כשהייתי בת 10, הייתי רעבה לתשומת לב. פחדתי לא לרצות. אמא הגיעה הביתה רק בשעה שש וחצי, ובאותה תקופה החל הניצול המיני והנגיעות הראשונות מצד קרוב המשפחה. עד היום של האירוסין שלי פחדתי שלא לרצות אותו. המשקל שלי עזר לי אחר כך שלא יגע בי.

[7] בגיל 8-9 נפגעתי מינית על ידי דוד וסבא שלי. הסיפור נפתח רק לפני חודשיים בזמן האשפוז האחרון בקבוצת הבוקר. רק היום אני יכולה להגיד שאני לא האשמה.

[2] שני אחים של אמא, בני דודים, לא ידעתי אם יש לי קרום בתולים או לא, לא ידעתי אם אני בתולה. עד שלא כואב לך באמת, את לא זזה.

התעללות מינית על ידי זרים

[10] היו שני אירועי פגיעה. אחד בגיל 10 והשני בגיל 12. בפעם הראשונה הייתי עם חברה ושיחקנו יחד אצלה בבית. דוד שלה היה שם, היה בין 50-60 [...] הוא בא אליי למיטה אצלה וניסה לגעת בי, אמר לי כמה אני יפה, והלחיץ אותי. רק אחרי שנתיים סיפרתי לאמא שלי. אמר לי "תשמרי את זה בינינו, עדיף שלא תספרי", פחדתי ממנו, היה עברייני [...] מסתבר שהוא היה פדופיל, מוכר. אמא קיבלה הלים [...] פעם שנייה בגיל 12, הייתי בבית שלי ואמא יצאה עם חבר שלה לשעה והשכן שמר עלינו, השכן בן 50 בערך נגע בי [...] אני לא סומכת על אף אחד! קשה לסמוך על אנשים.

[9] עברתי אונס קשה בברכה בקיבוץ על ידי המציל.

[11] כשהייתי בת 19 נאנסתי על ידי כרטיסן ברכבת, שאיים עליי [...] הייתי מאוד נסערת אחר כך, אבל למדתי מזה לקח שלא נזהרתי מספיק, מאז היו לי הרבה הטרדות מיניות.

[3] בגיל 11, מוכר בגדים הצמיד אותי אליו, הייתי גדולה וחזקה וברחתי. קרה גם בגיל 13, 14. בגיל 15 נהג אוטובוס סגר את הדלת בתחנה האחרונה ולא נתן לי לרדת, ניסה לתפוס אותי. הייתי באימה מוחלטת, משותקת. דפקתי על הדלת וברחתי, רצתי לאבא וספרתי לו. הוא הלך לנהג והנהג שכנע אותו שאני משקר.

לסיכום, בתמה הראשונה תוארו אירועי פגיעה והתעללות פיזית ומינית שנחוו כחודרניים לגוף, ולוו בתחושת חוסר אונים, בלבול וכאב, ותחושה כי הגוף אינו שייך למטופלות אלא משמש אובייקט לצורכיהם של אחרים. פגיעה קשה במיוחד נעשתה על ידי בני משפחה, שאמורים היו להגן ולשמור על גופן ולא להשתמש ולפגוע בו. מנגד, אצל חלקן הפגיעה נעשתה באקראי על ידי זרים, אשר ניצלו את תמימותן וכפו עצמם עליהן במקומות שונים.

תמה 2: הבית לא בטוח – "לא היה אוכל בבית, היינו לבד, אף אחד לא טיפל בנו"

התמה השנייה מתארת חוויה דומיננטית נוספת שעלתה במרבית הראיונות – הזנחה רגשית ופיזית ותחושת חוסר מוגנות בתוך המשפחה, שהחריפה את תחושת השיפתן ופגיעותן לעולם החיצוני. המשתתפות נאלצו להתמודד עם הקושי המנטלי העולה מכך שהוריהם אינם מסוגלים להגן עליהן.

הזנחה פיזית קשה עד רעב

[4] לא היה אוכל בבית, היינו לבד, אף אחד לא טיפל בנו. גידלתי לבד את ארבעת האחים שלי, ויתרתי למענם גם על אוכל.

[6] הייתי בת 9, לא היה לי אוכל חם ולא היה מי שיחכה לי בצהריים, שיגיש מזון חם. נזרקתי מבית לבית, אצל האחיות שלי.

חוסר נוכחות אבהית

[10] אני לא מכירה את אבא שלי, לא יודעת מיהו, לא היה לי אף פעם קשר איתו. שמעתי מאמא שלי שלא היה הכי חיובי [...] אמא שלי סבלה מאלימות מצד אבא שלי ונפרדה ממנו כשהייתה בהיריון ב.

[12] הייתי בת ארבעה חודשים כשההורים שלי נפרדו. אבי נישא בשנית ויש לו שלושה ילדים. לא הייתי בקשר עם אבא עד גיל 13. בגיל 13 ראיתי אותו לראשונה [...] אחר כך עלינו ארצה והוא נשאר.

ההורים "נוכחים נפקדים"

[14] בגיל 14 שכבתי לראשונה עם גברים. הייתי לבד, רציתי חום ואהבה [...] אמא עבדה במשמרות וגברים היו באים אליי וישנים אצלי. אמא סמכה עליי אבל אני חיכיתי שתשים לי גבולות שתגידי לי שהיא לא מרשה, אמרתי לעצמי שאני שרמוטה, לא אהבתי באמת סקס, רציתי חום חיבוק, ושישנו איתי [...] ואז עם הזמן לא ידעתי לפתח מערכת יחסים. חשבתי שרוצים אותי רק בשביל סקס. והיו גם שתי הפלות.

[13] אמא עברה תאונת דרכים קשה והייתה במצב מאוד קשה. אחרי התאונה היה לה חשוב להראות שהיא נורמלית ומתפקדת, ואז הביאה עוד שני ילדים לעולם. אמא לא חזרה לעצמה אחרי התאונה, מצב כלכלי בבית היה מאוד קשה, אבא היה מובטל זמן רב [...] העסק נפל [...] היינו לבד הרבה.

[16] ההורים היו חלשים [...] אני אוהבת אותם אך היו חלשים מול אח שלי שהיכה אותי [...] פעם הסתובבתי עם סימן כחול בלחי ורב אחד שאל אותי אם הכול בסדר, אמרתי לו שקיבלתי מכה מכיסא שדחפו עליי. הייתי ילדה טובה, רציתי להיות כמו כולם [...] יצאתי לפנימייה וההורים אפילו לא ליוו אותי [...] כשאחי הרביץ לי הלכתי לאבא ובקשתי שיגן עליי. לא קרה הרבה כשפניתי.

כאוס במשפחה

[15] אבא שלי היה בכלא, ישב על אלימות היה גם אלכוהוליסט, הוא רצה לחדש איתי קשר ולא יודעת אם מעוניינת, חוששת מאוד לפגוע באמא שלי.

[4] הייתי בת 10 בלבד כשאמא שלי נפטרה מסרטן השד, אמא הייתה אישה מדהימה, נקייה, הבית היה תמיד מצוחצח, אמא הייתה מאוד חולה, בכיתי לרופא שיעזור לאמא שלי.

[14] כשהייתי כבת 7 הוריי התגרשו. היה לאמא חבר שהיכה אותי מגיל 8 עד 11, הוא היכה אותי כי לא נרדמתי בלילה ופחדתי לישון, ישנתי על הרצפה ואמא לא עזרה לי [...] אמא נתנה לו להכות אותי. אמא לא התערבה, היה חונק אותי. חטפתי מכות רצח [...] הוא היה שתיין, היה בוגד באמא, נשארה איתו עד שלא יכלה להכיל את השתייה והבגידות שלו.

נישואים מוקדמים, גירושין ומוות במשפחה

[12] [ב]גיל 17 התחתנתי ו[ב]גיל 20 עליתי ארצה. התגרשתי כשהבת הייתה בת שנה [...] בעלי הראשון בגד בי, ולא רציתי להישאר בקשר, הבגידה הייתה טראומה נפשית, פחדתי מאוד, הייתי במדינה זרה וחדשה ועם תינוקת.

[17] בתקופה בה התגרשתי אבי חלה ולקה בהתקף לב שהסתבך ונפטר צעיר. באותה תקופה גם פוטרתי מעבודתי. שלוש אירועים אלו בו-זמנית (אבא שנפטר, גירושים ופיטורין) ערערו אותי מאוד וביטחוני העצמי הידרדר.

[5] נפטרה סבתי האהובה מאוד, [היא] אהבה לבשל. הייתה עבורי מקום מפלט, נפטרה משבץ לב כשהייתי בת 16. סבתא זה המקום החם – בישול טוב. אמא הייתה עבורי מקום חסר שליטה. סבתא כותל מערבי, מקום מקבל ורך מאוד.

הזנחה על רקע ה"א ובעיות נפשיות של האם

[7] הייתה לי ילדות קשה, חייתי לצד אם שסבלה מאנורקסיה ובעיות נפשיות.

[10] אכילה לילית הייתה מגיל 6-7, לא חשבתי שזו בעיה, גם אמא הייתה קמה לאכול בלילה.

[12] לאמא שלי יש פחד מהשמנה. כל השנים עולה ויורדת ועושה דיאטות בלי סוף. פחדה תמיד שאעלה במשקל, הייתה לה בעיה עם זה. היא הגבילה אותי באוכל. כשראתה שאני עולה עשתה לי דיאטות [...] הייתי ילדה מלאה, לא היינו שמנות אף פעם, לא אני ולא אמא.

[11] אימי הייתה ניצולת שואה, נהגה גם לאכול בלילה. הייתה באשפוזים פסיכיאטריים.

לסיכום, התמה השנייה מתארת חוויה של טראומה הקשורה בהזנחה ופגיעה הורית, חוסר נוכחות הורית ואובדנים רבים המלווים בתחושה של בדידות, חוסר מוגנות, חוסר אונים ותחושה שהבית אינו מקום בטוח.

תמה 3: האוכל "אויב" ו"אוהב" – "מנחם ומנתק"

התמה השלישית מתארת את החוויה של המטופלות סביב אוכל ואכילה בלילה, והדיאלוג המתעתע שהן מקיימות איתו. מצד אחד הן חוות את האוכל והאכילה כאויב ומקור לכל הרע בחייהן, ובכללו את בעיותיהן הנפשיות והפיזיות. מצד שני האוכל כאוהב, כעוגן הצלה המקנה תחושת ביטחון, מנחם, מרגיע, מעין חבר המפיג בדידות, ובמיוחד בשעות הקטנות של הלילה. האכילה תוארה גם כחוויה מנתקת, כמעין מפלט מהאירועים הקשים, בדומה להתמודדות במצבים פוסט-טראומטיים.

האוכל כ"אוהב": "נעים בבטן - כשעצוב בראש"

מטופלות רבות תיארו את יחסיהן עם האוכל כמנחמים ומרגיעים, ולא בהכרח כקשורים לרעב. הן ציינו כי הן חייבות לאכול בשביל לא להרגיש כאב, להירגע, כדי למלא בור וחלל בתוך הבטן שלעולם לא יוכל להתמלא, כפתרון לכל מכאוב, או כדי לישון טוב. "נעים בבטן כשעצוב בראש", כפי שאמרה אחת המטופלות.

האוכל כמנחם ומרגיע

[2] כשאני אוכלת חטיפים זה מרגיע אותי ואז אני חושבת מה לעשות עם החיים שלי, דואגת, מפחדת, כל דבר בחיים שלי פונה לאוכל, הוא פתרון להכול, במיוחד בשעות הקטנות של לילה קשה.

[13] הכי קשה זה הטירוף בראש, יש הרבה מחשבות, צריכה אוכל כדי להירגע [...]. הדבר הראשון שאחשוב ואלך אליו זה אוכל טוב, טוב [...]. אלך לאכול, לא משנה מה [...]. במצבים קשים אני יכולה לאכול שניצל, למרות שאני צמחונית.

[17] בגיל 26 הייתי ישנה בימים וערה בלילות, ואוכלת. היו מספר פעמים שהלכתי לישון וקמתי לאכול באמצע הלילה גם כשהתארחתי אצל אחותי.

[5] אני זקוקה למשהו טעים להוציא את הטעם הרע, חמים, נעים, מנחם, נעים בבטן - עצוב בראש.

לישון טוב

[15] כדי לישון טוב האכלתי את עצמי עם פחמימות זמינות לקבל תחושת כבודת שמשוה ירדים אותי [...]. הירדמות לשעה, יקיצה, אכילה, הירדמות.

למלא בור שחור בבטן

[13] פותחת מקרר וארון עשרים פעם, ומחפשת משהו לאכול, יכולה לאכול כל דבר שזז [...]. מרגישה שחייבת לעשות משהו כדי לא להרגיש, זה לא משנה אם אכלתי קודם, רוצה לבלוע אוכל כשלא רוצה להרגיש משהו. [...] לא קשור לרעב או לצורך בנחמה, זה מעבר לזה. יש בור עמוק שלעולם לא יתמלא.

האוכל כ"אויב" - "גמר לי את החיים"

מרבית המטופלות מתארות תחושות של גועל, שנאה עצמית, אובדן שליטה, מלאות וכבדות במהלך הלילה לאחר ההתקף ובבקר שלאחריו, וקושי משמעותי לאכול עד אמצע היום שלמחרת. הן בזות לעצמן וכועסות על כך שהן לא מצליחות לשלוט על אכילתן, ומתארות את האוכל והאכילה כ"אויב" ומקור לכל הרע בחייהן, בכלל זה מחלות ומכאובים גופניים ונפשיים.

[71] האוכל תוקף אותי, גמר לי את החיים.

[6] מרגישה כמו חיה פצועה ומדממת.

[8] אני מרגישה כמו בלון נפוח שעומד להתפוצץ.

גועל ובושה

[18] אני בערב הופכת לחיית טרף, בבוקר אני נגעלת מהזוועה שבמיטה, מהאוכל שלקחתי למיטה.

[13] מתביישת לאכול ליד אנשים כי מרגישה מגעילה, מרגישה כמו בהמה, משהו מגושם, כאשר אוכלת ליד אנשים, מתחילה לאכול רוצה עוד ועוד.

[13] עד גיל 18 הייתי אוכלת בלילה כיכר לחם שלמה, קמתי לקחתי אוכל של ילדות בפנימייה, אכלתי כל דבר שזז ואחר כך עשיתי את הצומות של מיצים ביום.

[6] אוכלת בלי הפסקה בימים ובלילות, בלי שעות וימים אין רעב ואין שובע, הכול בא בבולמוס של הפרעות אכילה מטורפות באופן מעגלי, אם דוחסת אוכל שמה אצבע ומקיא שאוכל לנשום, האוכל יוצא מבלי שאקיא יש מחנק, יכולה לפתוח מקרר בללה, האכילה בדרך כלל בשלוש לפנות בוקר, ממש דוחה.

[14] מחסלת את האוכל לילדים, מוציאה 2,000 ש"ח לקניות לא כולל מסעדות ארבע פעמים בשבוע, בעלי רואה את השאריות, מתביישת מאוד.

אובדן שליטה בעת ההתקף

[14] יש התקפי אכילה והקאות ביום וגם מתעוררת כל לילה, אוכלת אלפי קלוריות ומקיא [...] אני קמה בלילה בשעה 2:40, מחסלת 3,000 קלוריות - מעדנים, מילקי, חטיפים, מול נטפליקס, וקמה ב-6 בבקר עם מועקה, כל מה שנאכל מעבר למזון בריא הוא טריגר להתקף, עושה קניות כל שלושה ימים, אני לא שולטת [...] בקושי לועסת, מערבבת ואוכלת כמו שואב אבק, חריף, חמוץ, מתוק, מלוח, הכול יחד, בלי הבחנה.

[6] הטלוויזיה דולקת כל שעות הלילה [...] לא מפסיקה לזלול פיצוחים, גרעינים [...] אין שליטה על הכמות.

האוכל כריקוד בין "אויב" ו"אוהב" - מנתק ומחבר

מטופלות רבות תיארו את חוויית האכילה בלילה גם כחוויה מנתקת, דיסוציאטיבית, אשר מרחיקה אותן מהרגשות הקשים. חלקן ציינו מעין חוויה של דה-פרסונליזציה, כאילו לא הן האוכלות אלא מישהי אחרת, וחלקן תיארו דה-ריאליזציה, שבה הן מוצאות את עצמן אוכלות במטבח מבלי משים, עם תחושות של אובדן שליטה מוחלט, בריחה למחוזות חיים נעימים/לא נעימים כמו חיית טרף, ותחושת ניתוק ופיצול מהגוף. עם זאת, חוויה זו גם מאפשרת להן לעיתים תחושת חיבור לחיים. האכילה בלילה מנהלת בחווייתן כישות נפרדת מהישות המתפקדת במהלך היום.

[8] אני תמיד מצטיידת באוכל לנשנש, שיהיה לי במה להירגע, יש בי כאילו שתי אישיות - אחת שרוצה לאכול ולהפסיק ואחת שרוצה לאכול בקימה בלילה, אני דמות בת בלי גיל, בורחת למחוזות הילדות כי שם בעולמי אינני מרגישה בדידות בלילה, אני חוזרת להיות הילדה היפה והמטופחת [...] אני מרגישה כמו בלון נפוח שעומד להתפוצץ.

[13] פותחת מקרר וארון עשרים פעם, ומחפשת משהו אחר, יכולה לאכול מהרצפה, לאכול מגש של פיצה במסעדה שאנשים לא סיימו, זה קורה בזמן שמרגישה שחייבת לעשות משהו כדי לא להרגיש, זה לא משנה שאכלתי קודם, רוצה לבלוע אוכל כשלא רוצה להרגיש משהו [...] כאילו לא אני.

[17] זה לא אני אוכלת, זה מישהו אחר.

[18] יש בי את "ג'ורג'ט" שמתבוננת שמנסה לשמור שלא אוכל, ויש את "אודט" שאוכלת, אני כל הזמן מרגישה שהאדם השומר מתפצל ממני ולא מצליח לשמור שלא אוכל.

[12] אני הולכת לישון בשעה 22:00-23:00 בלילה, אחרי 40 דקות עד שעה מתעוררת מתוך שינה, ומוצאת את עצמי הולכת למטבח מטושטשת מאוד, אוכלת, הולכת לישון, לוקחת אוכל למיטה אפילו שהאוכל מלכלך וזה מאוד מפריע לי. ניסיתי לקחת כדור הרגעה שיטשטש אותי, וזה לא עזר. על אף הטשטוש קמתי ואכלתי מטושטשת. זה קורה ככה: אני ישנה וכאילו מישהו מעיר אותי ואומר לי תקומי [...] מכמויות קטנות הגעתי לכמויות מטורפות.

בעיות נפשיות ופיזיות

מרבית המטופלות דיווחו גם על תגובות נפשיות וגופניות למצבי הלחץ, כגון דיכאון, חרדה, הפרעות כפייתיות, הפרעות פוסט-טראומטיות, הפרעות שינה ומחלות פסיכוסומטיות. האכילה בלילה הפכה למעין אויב לגוף, כדרך של הגוף לתקוף את עצמו נוכח הטראומה ועל מנת להתמודד איתה. חלקן תיארו מחלות אוטואימוניות כמו קוליטיס, פיברומיאלגיה, אסתמה, מעי רגיז או פסוריאזיס.

תפקוד במהלך היום

למרות האירועים הטראומטיים שעברו בילדותן, מרבית המטופלות היו גאות ביכולתן לתפקד בחיי היום-יום, לפרנס, לטפל בילדים ולהתמודד עם אתגרי החיים כנגד כל הסיכויים. לתחושתן, הדבר היחיד שבו הן לא מצליחות לשלוט הוא האכילה באמצע הלילה. מרביתן עובדות במקצועות חופשיים, מנהלות משפחה, מגדלות ילדים, לעיתים לבד - אך המוטיב שחזר אצל מרביתן הוא שהן לא מוותרות, ומצליחות לשלוט באכילה במהלך היום. המוטיב של האוכל כאוהב ואויב, מנתק ומחבר, ממשיך להתבטא גם בנושא זה בין התפקוד ביום-יום לחוסר התפקוד והשליטה באכילה בלילה.

[10] אני עובדת בגן ילדים של חינוך מיוחד וגם עובדת בתשלום אחר הצהריים בצהרון של הגן. קיבלתי הרבה מחמאות על היכולת שלי להתמודד עם ילדים מורכבים.

[12] אני הרבה שנים אחות במקצועי, עובדת כמנהלת סיעוד במכון בקופת חולים ומתפקדת טוב [...] מרוצים ממני מאוד ואפילו הציעו לי תפקיד בכיר, מאז אני בעומס גבוה ומתנהלת עם אכילת לילה, ומקווה כל פעם שזה יעבור.

[17] אני מגדלת שני ילדים לבד, מורה במקצועי, בחטיבת הביניים ובתיכון מלמדת ומחנכת, מנסה לשמור על קשר חברי, לא מוותרת.

לסיכום, בתמה השלישית תוארה החוויה של המטופלות סביב האכילה בלילה והתחושות המנוגדות המתלוות אליה. הן תיארו את האכילה בכלל, ואת האכילה בלילה בפרט, כעין מפלט מקשיי היום-יום, ממצוקות וממחשבות טורדניות. האוכל במובן זה מנחם, מרגיע, נתפס כחבר המפיג בדידות, ומספק ביטחון ושליטה מסוימת בכאוס של חייהן. אולם במקביל הן גם תיארו תחושות של גועל, שנאה עצמית, אובדן שליטה, מלאות וכבדות במהלך הלילה לאחר ההתקף ובבקר שלאחריו, וקושי משמעותי לאכול עד אמצע היום שלמחרת. הן תיארו את האוכל והאכילה כאיוב ומקור לכל הרע בחייהן, ובכללו מחלות ומכאובים גופניים ונפשיים. רבות תיארו את האכילה בלילה גם כחוויה של ניתוק מעצמן, מהמקום ומהגוף. האכילה במובן זה היא מודעת אך גם מאפשרת מפלט מהקשיים, בדומה להתמודדות באמצעות דיסוציאציה במצבים פוסט-טראומטיים.

ואכן, ממצא בולט הוא כי למרות האירועים הטראומטיים הרבים שעברו בילדותן והתחושות הנפשיות והגופניות הקשות, מרבית המטופלות הביעה גאווה ביכולתן לתפקד בחיי היום-יום, לפרנס, לטפל בילדים ולהתמודד עם אתגרי החיים כנגד כל הסיכויים. לתחושתן, הדבר היחיד שבו הן לא מצליחות לשלוט הוא האכילה באמצע הלילה, ואולי באופן פרדוקסלי ייתכן שהיא מסייעת להן לזכור את זיכרונות העבר וקשיי היום-יום ולאפשר להן תפקוד סביר.

דיון

במחקר זה תוארה חוויית האירועים הטראומטיים ומאפייניה מנקודת הראות של מטופלות עם תא"ל, והבנת החוויה בפרספקטיבה של האכילה בלילה לאחר ההירדמות. מניתוח תוכן הראיונות עלה כי החוויה המשותפת לכל הטראומות הייתה החיים בלתי צפויים, חסרי שליטה, אשר הובילו את המטופלות לסגל דפוסי התמודדות לוויסות הרגשות הקשים אשר מלווים אותן שנים רבות. אחד מהדפוסים הללו הוא האכילה בלילה. הממצאים מחזקים את הספרות הקושרת בין אירועי חיים טראומטיים להתפתחות ושימור ה"א", ומוסיפים עליה.

מחקרים קודמים העלו שככל שהאירוע הטראומטי התרחש בגיל צעיר יותר ונמשך פרק זמן ממושך יותר, כך רמת ה"א הייתה חמורה יותר והפרוגנוזה קשה יותר (Lippard & Nemeroff, 2020). במיוחד נוכח היסטוריה של התעללות רגשית (Monteleone et al., 2019). המחקר הנוכחי מחדש בתיאור החוויה של אירועי חיים טראומטיים ביחס להפרעת אכילה לילית מנקודת ראותן של המטופלות עצמן. למיטב הידיעה, רק מחקרים כמותניים מעטים בחנו עד כה את הקשר בין אירועי חיים טראומטיים לבין תא"ל. מרביתם מצאו שכיחות גבוהה של תחלואה פסיכיאטרית ושל אירועי חיים טראומטיים בקרב המטופלות, בעיקר התעללות מינית ופיזית (Tzischinsky & Latzer, 2004), וכן התעללות נפשית והזנחה פיזית (Allison et al., 2007; Latzer et al., 2021).

יתר על כן, קלינאים רבים טוענים כי שיעור הפגיעות המיניות גבוה בהרבה מהמדווח, שכן לעיתים קרובות הפגיעה נשמרת בסוד בחדר הטיפולים והנפגעות חוששות לחשוף אותה (גור, 2015). שתי התמות הראשונות במחקר מחזקות טענה זאת, שכן תיאור החוויה מנקודת ראות המטופלות,

סוגי הטראומות והתיאור הקליני הכולל של התחלואה הנלווית העלו תכנים אשר לרוב לא נחשפים במחקרים כמותיים. המטופלות העלו טראומות שונות, בהן התעללות מינית, פיזית ונפשית, וכן הזנחה פיזית ורגשית.

כמו כן תיארו המטופלות תחלואה נלווית קשה הכוללת חרדה, דיכאון, תסמונת פוסט-טראומטית, מחלות גופניות ועוד (ראו לוח 1). תחושת הבדידות הקשה בדיווחי המטופלות באה לידי ביטוי גם בשיתוף התמות הראשונות, הן בתיאורי הבדידות הרגשית והן בבדידות הפיזית, שכן 45% מהן חיות בגפן מסיבה כלשהי (ראו לוח 1). התיאור של אחת המטופלות את חווייתה כ"בור עמוק", תומך בממצאים קודמים על חוויית הבדידות וחוסר האונים כ"חור שחור" שלא ניתן למילוי, גם לא באמצעות האוכל (Gerzi & Latzer, 2000).

נוסף על כך, מרבית המחקרים עד כה לא כללו תיאור מפורט של סוגי התעללויות כמו במחקר הנוכחי, ובמיוחד לא מתוך חוויית המטופלות. כמו כן, מרביתם לא תיארו את התחלואה הפיזית והנפשית הקשה שממנה הן סובלות. על כן, ממצאי המחקר מחזקים את הספרות הקודמת ומוסיפים עליה את המנגנון הקושר בין חשיפה לטראומה לבין קשיים בויסות במערכות פסיכו-ביולוגיות, שיכולות להגביר בתורן את הרגישות למגוון הפרעות נפשיות ופיזיות, ובכללן ה"א ותחלואה פיזית ונפשית קשה (Isomaa et al., 2015).

אחד ההסברים האפשריים לכך הוא שה"א בכלל, וחוויית התקף האכילה בלילה בפרט, הן אסטרטגיות התמודדות המסייעות להפחית מתח, להקלות ולהסיח את הדעת מהחווייה הטראומטית (Briere & Scott, 2007). תפקידה של ה"א הוא להתנתק ולהתרחק מהחווייה הקשה של הפגיעה בגוף, כך שהעיסוק באוכל מאפשר התמודדות כלשהי במצב הבלתי נסבל. בנוסף, ההשמנה מבטאת התרחקות ממה שנתפס כאטרקטיבי, בניסיון להפוך את הגוף לבלתי מושך עבור פוגעים מיניים מציאותיים או מופנמים. אסטרטגיה זו מאפשרת לבודד את העצמי מהעולם החיצוני, מספקת הגנה מסביבה פוגעת וממגע רגשי, ומדכאת התעוררות מינית (Ross, 2009). גור (2015) מוסיפה כי ה"א היא הדרך שבה בוחרות מטופלות להעלות את הקושי שבפגיעה כל פעם מחדש, שכן בשל הגיל הצעיר שבה התרחשה החוויה הטראומטית, היא לא עברה תהליך של מנטליזציה המאפשר את המשגת האירוע.

מענה לשאלות המחקר הראשונות עלה משתי התמות הראשונות, אשר הציגו תיאור של המטופלות את ההזנחה ההורית שחוו בילדות, המלווה בכאב רגשי ופיזי. הן הצביעו על היעדר נוכחות של דמויות מיטיבות מופנמות, והתייחסו לכך במישרין או בעקיפין בתיאור החיפוש אחר עוגן מיטיב ובטוח באמצעות האוכל והאכילה, ובמיוחד באכילה באמצע הלילה - שעות שבהן תחושת הבדידות מחריפה. תיאור חוויית ההזנחה ההורית בילדות בהתייחס לתא"ל מנקודת הראות של המטופלות היא ממצא חדש המחזק את הקשר הידוע בין אירועי חיים בילדות הכרוכים בהזנחה פיזית ונפשית לבין ה"א (Pignatelli et al., 2017), ובהיקש תא"ל (Latzer et al., 2020). המטופלות תיארו כי הן מתמודדות עם האירועים הקשים מעברן באמצעות חוויית האכילה בכלל, והאכילה בלילה בפרט, אשר נחוות כמאבק בין תפיסת האוכל כ"אויב" ו"אוהב" בו-זמנית. האוכל מרגיע ומעניק ביטחון מחד גיסא, אך מאידך גיסא האכילה הלילית נתפסת ככישלון, דחייה עצמית ומקור לתחלואה פיזית ונפשית קשה.

בהמשך לכך, התמה השלישית מספקת מענה לשאלת המחקר הראשונה והשלישית. בתיאורן של המשתתפות את האוכל כאויב הן ציינו תחלואה פיזית ונפשית קשה המלווה בבדידות, ובהצגת האוכל כאוהב, הן תיארו חוויה של תמיכה, חברות ונחמה. הסבר אפשרי לחוויה של האוכל כאוהב הוא שהאכילה נתפסת כפיצוי על תחושת הריקנות הפנימית והבדידות האופייניות לנפגעות תקיפה מינית ולילדים שחוו הזנחה, בשל חסך בקשרים מיטיבים, בביטחון ובאהבה. על פי חווייתן, האכילה מספקת להן תחושת מלאות ושובע, רגיעה ונחמה, הגם שהם זמניים בלבד. מנגד, תפיסת האוכל כאויב התקשרה בחווייתן לתחושות של אשמה והענשה עצמית המאפיינות נפגעות תקיפה מינית ופיזית, ונפגעות הזנחה ודחייה. הילדה הנפגעת מאמינה שיש לה חלק בפגיעה, בהזנחה ובדחייה שחוותה, וחשה הקלה מסוימת דרך הענשה עצמית ופגיעה באובייקטים המופנמים, במקרה זה באמצעות התקפי האכילה (Ross, 2009).

דואליות זאת יכולה גם להסביר את הניתוק הדיסוציאטיבי המאפיין אנשים שעברו אירועי חיים טראומטיים (Boyd et al., 2020). ממצאי המחקר הנוכחי מוסיפים נדבך איכותי משמעותי לממצאים כמותניים אשר הצביעו על קשר בין ה"א לסימפטומים דיסוציאטיביים, חוויות של חוסר שליטה, אמנזיה, דה-ריאליזציה, דה-פרסונליזציה והיעדר תחושת זמן, השכיחים במיוחד במהלך התקפי האכילה (La Melá et al., 2010), ואת הקשר שלהם לה"א (Trottier & MacDonald, 2017). במובן זה, האפיזודות של התקפי האכילה בלילה מאופיינות בקריסה של המודעות העצמית, אשר מתבטאת בפנייה לאכילה מופרזת כאמצעי התמודדות.

החוויה הדואלית של התקפי האכילה בלילה כ"אויב" ו"אוהב" הינה מעגלית: מחד גיסא היא מאפשרת הקלה, נחמה, ויסות, רגיעה ואף תפקוד מסוים, אך מאידך גיסא זוהי חוויה מתעתעת, שכן ההקלה היא רגעית והכאב עולה וצף שוב, ומבקש ויסות מחדש. כך משתחזרת הטראומה באמצעות הסימפטום, אשר אוהב ופוגע במטופלת בה בעת. דואליות זאת באה לידי ביטוי גם בתחושתן כי האכילה ההתקפית בלילה, ואובדן השליטה המתלווה אליה, מנוגדים לתפקוד הטוב יחסית במהלך היום, שרובן תיארו. דיסוציאציה וחוסר ויסות יכולים לפעמים למלא תפקיד חיובי בהתמודדות עם אירועי חיים קשים, ועשויים להפוך למנגנון העיקרי להתמודדות עם בעיות היום-יום (Lev-Ari et al., 2021).

מגבלות ומחקרי המשך

למחקר מספר מגבלות. הראשונה היא שכלי המחקר, המבוסס על ריאיון, הוא סוג של התערבות בעלת השפעה על המראיינות, שכן עלולה להיווצר הטיה עקב האינטראקציה שמתפתחת עימן (Creswell, 1998). המגבלה השנייה היא שמהימנות הניתוח במחקר איכותני מתבססת על החוקרות ככלי מחקר מרכזי, בהיותן אחראיות על איסוף הנתונים וניתוחם (Lincoln & Guba, 1985). במחקר הנוכחי הראיונות היו חלק מתהליך ההערכה הראשוני לקבלה למרפאה, והם התבצעו על ידי שתי מראיינות מנוסות מאוד שהיו גם החוקרות. המגבלה השלישית היא שהחוויות הטראומטיות אשר תוארו במחקר זה נלקחו מדיווחי המטופלות בלבד, ורק חמש מטופלות אובחנו עם PTSD. לכן אירועי החיים הטראומטיים מוגדרים כחוויה אישית של המטופלות. המגבלה הרביעית היא שהמטופלות נבחרו על פי קריטריון של דוחות ריאיון מפורטים, מה שסייע להעיד כי מטופלות אלה היו ורבוליות יותר ובעלות יכולת שיתוף

גבוהה. ייתכן כי בראיונות האחרים המטופלות היו מאופקות יותר, ובכך סיפקו פחות אינפורמציה על חוויותיהן.

המגבלה החמישית היא שלא נבדק באופן ספציפי המצב הסוציאקונומי של הנבדקות. כל המידע הדמוגרפי נלקח מתיק המטופלות, שם לא צוין פרט זה באופן ספציפי. מדיווחי חלק מהנבדקות צוין שהן באו מבתים מזניחים ומרמה נמוכה של סיפוק משאבים, דבר שיכול להצביע על רמה סוציאקונומית נמוכה. עם זאת, רוב המרואיינות היו נשואות עם ילדים, בעלות השכלה תיכונית ומעלה ועובדות במקצועות חופשיים. מנגד, יש לציין כי בהווה מרביתן חיו בגפן, כך שיתכן כי כיום הן מתמודדות עם מצב סוציאקונומי מאתגר, אשר עלול לשמש טריגר להחמרת המחלה ולפנייה לטיפול. קושי להתמודד עם המציאות היום-יומית עלול להעלות זיכרונות דומים מחוויות עבר. ולבסוף, כמו בכל מחקר איכותני, גודל המדגם אינו מאפשר הכללה של הממצאים לאוכלוסייה כולה.

מפאת מגבלות המחקר הנוכחי, ובשל מיעוט המחקרים בנושא, יש מקום למחקרי המשך איכותניים פרוספקטיביים המתמקדים בקשר שבין חוויית הטראומה לאכילה בלילה, תוך התייחסות להיסטוריה של טראומות שונות. כמו כן רצוי לבדוק את אותם משתנים גם בכלים כמותניים, לצורך תיקוף והכללה של הממצאים.

השלכות לפרקטיקה

המחקר הנוכחי חיזק, תמך והוסיף למחקרים שהצביעו על קשר בין היסטוריה של אירועי חיים טראומטיים לבין ה"א בכלל, ותא"ל בפרט. כמו כן המחקר הוסיף לידע על הקשר בין סימפטומים דיסוציאטיביים לבין ה"א, ולהבנת התפקיד של ה"א בוויסות, הרגעה וניתוק מהחוויות הקשות. בין אם ההתייחסות אל האוכל היא כאל "אויב" או "אוהב", מנחם או פוגע, אלו קשרים אשר ראוי שכל אנשי המקצוע יהיו מודעים להם. זיהויו של קשר זה מפרספקטיבה אישית יכול לתרום משמעותית להבנת החוויה המלווה את התקפי הזלילה בכלל, וההתקפים באמצע הלילה בפרט, וכן להבנת הקשיים הניצבים בפני מטופלים בהיעדר יכולת לשלוט בדפוס אכילה אלו. הבנת ההיבט הדיסוציאטיבי והמוססת בהפרעות האכילה אף מרמז על המנגנונים שיתכן כי המטופלת נעזרת בהם, במודע או שלא במודע, גם בסיטואציות מאיימות אחרות ואולי אף באינטראקציה הטיפולית.

מחקר זה גם מדגיש את ההיסטוריה של אירועי חיים טראומטיים בכלל, ופגיעה מינית בפרט, כאחד הגורמים האטיולוגיים הקשורים להתפתחות ה"א ולשימורה, שאליו לא ניתנת הדעת בצורה מספקת במהלך הטיפול. במיוחד חשוב הדבר בנוגע לשאלה אם ניתן ונכון לטפל בה"א לפני שמתייחסים ונוגעים בצורה מותאמת באירועים הטראומטיים. חשוב להבין את התפקיד המווסת של ה"א, ולבנות טיפול מותאם המשלב בין השניים. התשובות לכך מורכבות, אך העלאת השאלות יכולה לקדם מטפלים רבים במסע הטיפולי המאתגר במטופלות עם ה"א והיסטוריה של טראומה.

נקודות מפתח

- הרחבת הידע על החוויה של ה"א נוכח אירועי חיים טראומטיים, ובמיוחד בקרב נשים עם תא"ל.
- הבנת ההשפעה ארוכת-הטווח של אירועי חיים טראומטיים בילדות במטופלות עם תא"ל.
- הבנת התפקיד המווסת של האכילה בלילה כמנתקת ומרגיעה, וכמאפשרת התמודדות עם המטלות ביום שלמחרת.
- הבנת התפקיד המשמעותי של דיסוציאציה וניתוק בהתמודדות עם טראומה בתא"ל.

מקורות

- גור, ע. (2015). גוף זר: הפרעות אכילה, פגיעות מיניות בילדות וטיפול מותאם. הקיבוץ המאוחד.
- שקדי, א. (2011). המשמעות מאחורי המילים. מתודולוגיות במחקר איכותני - הלכה למעשה. רמות.
- Allison, K. C., Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Stunkard, A. J. (2007). High self-reported rates of neglect and emotional abuse, by persons with binge eating disorder and night eating syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 2874–2883. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.05.007>
- Allison, K. C., Lundgren, J. D., O'Reardon, J. P., Geliebter, A., Gluck, M. E., Vinai, P., Mitchell, J. E., Schenck, C. H., Howell, M. J., Crow, S. J., Engel, S., Latzer, Y., Tzischinsky, O., Mahowald, M. W., & Stunkard, A. J. (2010). Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 241–247. <https://doi.org/10.1002/eat.20693>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *Nursing Plus Open*, 2, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
- Boyd, J. E., O'Connor, C., Protopopescu, A., Jetly, R., Lanius, R. A., & McKinnon, M. C. (2020). The contributions of emotion regulation difficulties and dissociative symptoms to functional impairment among civilian inpatients with posttraumatic stress symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(7), 739–749. <https://doi.org/10.1037/tra0000576>
- Briere, J., & Scott, C. (2007). Assessment of trauma symptoms in eating-disordered populations. *Eating Disorders*, 15(4), 347–358. <https://doi.org/10.1080/10640260701454360>
- Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E., & Woodside, D. B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 257–269. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.09.004>
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Sage.
- Gerzi, S., & Latzer, Y. (2000). Autistic patterns: Managing the "black-hole" in eating disorders. *Psychoanalytic Social Work*, 7(3), 29–55.
- Groth, T., Hilsenroth, M., Boccio, D., & Gold, J. (2020). Relationship between trauma history and eating disorders in adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 13(4), 443–453. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00275-z>

- Isomaa, R., Backholm, K., & Birgegård, A. (2015). Posttraumatic stress disorder in eating disorder patients: The roles of psychological distress and timing of trauma. *Psychiatry Research, 230*(2), 506–510. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.044>
- Kjaersdam Tellés, G., Lauritsen, M. B., & Rodrigo-Domingo, M. (2021). Prevalence of various traumatic events including sexual trauma in a clinical sample of patients with an eating disorder. *Frontiers in Psychology, 12*, 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.687452>
- La Mela, C., Maglietta, M., Castellini, G., Amoroso, L., & Lucarelli, S. (2010). Dissociation in eating disorders: Relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Comprehensive Psychiatry, 51*(4), 393–400. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.09.008>
- Latzer, Y., Rozenstain-Hason, M., Kabakov, O., Givon, M., Mizrahi, S., Alon, S., & Tzischinsky, O. (2020). Childhood maltreatment in patients with binge eating disorder with and without night eating syndrome vs. control. *Psychiatry Research, 293*, 113451. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113451>
- Latzer, Y., Witzum, E., & Stein, D. (2008). Eating disorders and disordered eating in Israel: An updated review. *European Eating Disorders Review, 16*(5), 361–374. <https://doi.org/10.1002/erv.875>
- Lev-Ari, L., Zohar, A. H., & Bachner-Melman, R. (2021). Eating for numbing: A community-based study of trauma exposure, emotion dysregulation, dissociation, body dissatisfaction and eating disorder symptoms. *PeerJ, 9*, e11899. <https://doi.org/10.7717/peerj.11899>
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Lippard, E. T. C., & Nemeroff, C. B. (2020). The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: Increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. *American Journal of Psychiatry, 177*(1), 20–36. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010020>
- Litwack, S. D., Mitchell, K. S., Sloan, D. M., Reardon, A. F., & Miller, M. W. (2014). Eating disorder symptoms and comorbid psychopathology among male and female veterans. *General Hospital Psychiatry, 36*(4), 406–410. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2014.03.013>
- Longo, P., Bertorello, A., Panero, M., Abbate-Daga, G., & Marzola, E. (2019). Traumatic events and post-traumatic symptoms in anorexia nervosa. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1), 1682930. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1682930>
- Lundgren, J. D., Allison, K. C., Crow, S., O'Reardon, J. P., Berg, K. C., Galbraith, J., Martino, N. S., & Stunkard, A. J. (2006). Prevalence of the night eating syndrome in a psychiatric population. *American Journal of Psychiatry, 163*(1), 156–158. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.156>
- Lundgren, J. D., Allison, K. C., O'Reardon, J. P., & Stunkard, A. J. (2008). A descriptive study of non-obese persons with night eating syndrome and a weight-matched comparison group. *Eating Behaviors, 9*(3), 343–351. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.12.004>
- Messman-Moore, T. L. & Garrigus, A. S. (2007) The association of child abuse and eating disorder symptomatology. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 14*(3), 51–72. https://doi.org/10.1300/J146v14n03_04
- Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D., & Elzinga, B. M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine, 47*(8), 1402–1416. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003561>
- Monteleone, A. M., Cascino, G., Pellegrino, F., Ruzzi, V., Patriciello, G., Marone, L., De Felice, G., Monteleone, P., & Maj, M. (2019). The association between childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: A mixed-model investigation. *European Psychiatry, 61*, 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.08.002>

- Monteleone, A. M., Tzischinsky, O., Cascino, G., Alon, S., Pellegrino, F., Ruzzi, V., & Latzer, Y. (2021). The connection between childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: A network analysis study in people with bulimia nervosa and with binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27, 253-261. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01169-6>
- Napolitano, M. A., Head, S., Babyak, M. A., & Blumenthal, J. A. (2001). Binge eating disorder and night eating syndrome: Psychological and behavioral characteristics. *International Journal of Eating Disorders*, 30(2), 193-203. <https://doi.org/10.1002/eat.1072>
- Palmisano, G. L., Innamorati, M., & Vanderlinden, J. (2016). Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(1), 11-31. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.018>
- Pignatelli, A. M., Wampers, M., Loredio, C., Biondi, M., & Vanderlinden, J. (2017). Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(1), 100-115. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1198951>
- Roer, S., Latzer, Y., & Geliebter, A. (2014). Negative emotional eating among obese patients with and without binge eating behavior and night eating syndrome. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51, 219-225.
- Ross, C. A. (2009). Psychodynamics of eating disorder behavior in sexual abuse survivors. *American Journal of Psychotherapy*, 63(3), 211-226. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2009.63.3.211>
- Schenck, C. H., Hurwitz, T. D., O'Connor, K. A., & Mahowald, M. W. (1993). Additional categories of sleep-related eating disorders and the current status of treatment. *Sleep*, 16(5), 457-466. <https://doi.org/10.1093/sleep/16.5.457>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20), 22-33.
- Strauss, M., Mergl, R., Gürke, N., Kleinert, K., Sander, C., & Hegerl, U. (2018). Association between acute critical life events and the speed of onset of depressive episodes in male and female depressed patients. *BMC Psychiatry*, 18(1), 332. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1923-4>
- Stunkard, A. J., Grace, W. J., & Wolff, H. G. (1955). The night-eating syndrome. A pattern of food intake among certain obese patients. *American Journal of Medicine*, 19, 78-86. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(55\)90276-X](https://doi.org/10.1016/0002-9343(55)90276-X)
- Talmon, A., & Widom, C. S. (2021). Childhood maltreatment and eating disorders: A prospective investigation. *Child Maltreatment*, 27(1) 107755952098878. <https://doi.org/10.1177/1077559520988786>
- Thompson, S. H., & DeBate, R. D. (2009). An exploratory study of the relationship between night eating syndrome and depression among college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 24(1), 39-48. <https://doi.org/10.1080/87568220903400161>
- Trottier, K., & MacDonald, D. E. (2017). Update on psychological trauma, other severe adverse experiences and eating disorders: State of the research and future research directions. *Current Psychiatry Reports*, 19(8), 45. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0806-6>
- Tzischinsky, O., & Latzer, Y. (2004). Nocturnal eating: Prevalence, features and night sleep among binge eating disorder and bulimia nervosa patients in Israel. *European Eating Disorders Review*, 12(2), 101-109. <https://doi.org/10.1002/erv.538>
- Tzischinsky, O., Tokatly Latzer, I., Alon, S., Latzer, Y. (2021). Sleep quality and eating disorder-related psychopathologies in patients with night eating syndrome and binge eating disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 10(19), 4613. <https://doi.org/10.3390/jcm10194613>

- Varnado-Sullivan, P. J., Zucker, N., Williamson, D. A., Reas, D., & Thaw, J. (2001). Development and implementation of the Body Logic Program for adolescents: A two-stage prevention program for eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*(3), 248–259. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(01\)80061-4](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(01)80061-4)
- Vidaña, A. G., Forbush, K. T., Barnhart, E. L., Mildrum Chana, S., Chapa, D. A. N., Richson, B., & Thomeczek, M. L. (2020). Impact of trauma in childhood and adulthood on eating-disorder symptoms. *Eating Behaviors, 39*, 101426. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101426>
- Williamson, D., Thompson, T., Anda, R., Dietz, W., & Felitti, V. (2002). Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity, 26*(8), 1075–1082. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802038>

לוח 1: היסטוריה של אירועי חיים טראומטיים בילדות, ומאפיינים קליניים של אוכלוסיית המחקר

תחלואה נלווית		סוגי האירועים הטראומטיים					מספר נבדקת
תחלואה פיזית	תחלואה נפשית	אירועי חיים קשים נוספים	הזנחה פיזית ורגשית	התעללות רגשית	התעללות פיזית	התעללות מינית	
השמנה, היפותירואידזם	חרדה, פוביה חברתית	דור שני לשואה, אלימות בין הורים, מלחמה	חוסר פניות הורית	השפלות בילדות סביב השמנה, ואכילה.	מכות ע"י אבא		1
משקל יתר, ניתוח בריאטרי-2, אנמיה כרונית, ניתוח פלסטי אף	OCD, דכאון, ניסיונות אובדניים, התקפי חרדה יומיים	אמא ילדה אותה בהיותה בגיל התבגרות	חוסר פניות הורית, והזנחה פיזית	השפלות בילדות סביב השמנה, ואכילה	מכות ע"י אמא ואבא	פגיעה מינית ע"י בני דודים	2
השמנה חולנית, ניתוח קיצור דם, קיבה, יל"ד, דום נשימה, סוכרת, פיברומיאלגיה	דכאון אחרי לידה, דיכאון, ה"א	הגירה בגיל שנתיים, קליטה קשה.	האשמה הורית במצב של חרם כתתי ופגיעה מינית.	השפלות בילדות סביב השמנה, ואכילה	מכות ע"י אמא ואבא	הטרדות ופגיעה מינית בילדות ע"י גברים אקראיים	3
השמנה חולנית, ניתוח בריאטרי, דום נשימה, היפותירואידזם, פיברומיאלגיה	דכאון, חרדה, ה"א	עליה ארצה בגיל 4, אבא אלכוהוליסט, אמא נפטרה בהיותה ילדה, דחיה חברתית, ותאונת דרכים	חוסר נוכחות הורית והזנחה פיזית	השפלות בילדות סביב השמנה, ואכילה	מכות ע"י אבא	פגיעה מינית בילדות ממושכת ע"י אבא.	4
השמנה חולנית, היפותירואידזם, אסטמה, טיפולי פוריות, דלקת מפרקים, OCP, אינסומניה	חרדה, PTSD סביב מלחמה	מות סבתא	היעדר נוכחות הורית והזנחה רגשית ופיזית	השפלות בילדות סביב השמנה, ואכילה.	מכות ע"י אמא		5

תחלואה נלווית		סוגי האירועים הטראומטיים					מספר נבדקת
תחלואה פיזית	תחלואה נפשית	אירועי חיים קשים נוספים	הזנחה פיזית ורגשית	התעללות רגשית	התעללות פיזית	התעללות מינית	
השמנה חולנית, דום נשימה, פיברומיאליגיה כבד שומני	חרדה, ADD	עליה, נישואין מוקדמים.	חוסר נוכחות הורית הזנחה פיזית	השפלות בילדות סביב השמנה, ואכילה	מכות ע"י אמה, ובעלה.	פגיעה מינית בילדות ע"י הגיס	6
השמנת יתר, ניתוח בריאטרי	התמכרות לסמים	אמא עם בעיות נפשיות אלמנות מגיל צעיר.	העדר נוכחות הורית הזנחה רגשית ופיזית			פגיעה מינית בילדות ע"י דוד	7
משקל יתר, אסתמה, טיפולי פוריות, טינטון באוזניים, היפרכולוסטרומיה, פריצת דיסק	חרדה, OCD	נישואים מוקדמים, בגידה ע"י הבעל				פגיעה מינית בילדות ע"י בן דוד	8
משקל יתר, דום נשימה בשינה, היפותירואידיזם	דיכאון, PTSD, חשיפה לפיגוע טרור.	דור שני לשואה, לידה שקטה		השפלות בילדות סביב השמנה, ואכילה	אלימות קשה בין ההורים	אונס בידי אדם זר	9
השמנה חולנית,	דכאון ביפולרי, ניסיונות אובדניים.	פרידה של ההורים לפני שנולדה.	העדר נוכחות הורית, הזנחה רגשית		אלימות בין ההורים	פגיעה מינית בילדות ע"י מכרים	10
השמנה	דכאון	דור שני לשואה, אמא עם ה"א בעל מכור, מהמר		השפלות בילדות סביב השמנה, ואכילה		אונס ע"י אדם זר בגיל 81	11

תחלואה נלווית		סוגי האירועים הטראומטיים					מספר נבדקת
תחלואה פיזית	תחלואה נפשית	אירועי חיים קשים נוספים	הזנחה פיזית ורגשית	התעללות רגשית	התעללות פיזית	התעללות מינית	
משקל יתר בעיות אורטופדיות קשות בגפיים, על רקע תאונת דרכים	דכאון אחרי לידה, PTSD בעקבות תאונה.	עליה, אמא עם ה"א, נישואים מוקדמים, גירושים בגיל צעיר, הורות יחידנית.	הזנחה פיזית. נטישה של האב בגיל צעיר.	השפלות בילדות סביב השמנה, ואכילה	אלימות בין אמא לסבתא		12
משקל יתר, קוליטיס	דכאון חרדה, OCD,	אמא בשיקום ממושך עקב תאונה	העדר נוכחות הורית הזנחה פיזית ורגשית, גדלה בפנימייה	השפלות בילדות סביב השמנה, ואכילה	מכות ע"י האח		13
השמנה חולנית, דום נשימה, אינסומניה, כבד שומני, יל"ד	התקפי חרדה PTSD, התקף פסיכוטי.	עלייה בגיל ילדות, גירושי הורים, אירוע בשל מלחמה	העדר נוכחות הורית, הזנחה רגשית	השפלות בילדות סביב השמנה, ואכילה	מכות ע"י בן זוג של האם	הפקרות מינית בגיל ההתבגרות, הריונות והפלות	14
משקל תקין פיברומיאלגיה היפרכולסטרולמיה כבד שומני, מעי רגז, אוסטאופניה	דיכאון, חרדה, דיכאון אחרי לידה, מחשבות אובדניות	אמא עם מחלת נפש, אבא נפטר.	העדר נוכחות ופניות הורית הזנחה רגשית.				15
הפרעות שינה	PTSD על רקע פטירת האח הצעיר.	עליה, פטירת אח, גרושים הורים, אבא אלכוהוליסט, אלימות, כלא		השפלות בילדות סביב השמנה, ואכילה.	אבא אלכוהוליסט מצבי אלימות קשים.		16

תחלואה גלווית		סוגי האירועים הטראומטיים					מספר נבדקת
תחלואה פיזית	תחלואה נפשית	אירועי חיים קשים נוספים	הזנחה פיזית ורגשית	התעללות רגשית	התעללות פיזית	התעללות מינית	
השמנה, אינסומניה		גירושי הורים בילדות, אביה נפטר בילדות	העדר נוכחות ופניות הורית. גדלה אצל הסבים	השפלות בילדות סביב השמנה, ואכילה			17
השמנת יתר, היפו גליקמיה, אינסומניה.	דיכאון, התקפי חרדה, ADHD	גרושים שלה	העדר נוכחות ופניות הורית, הזנחה פיזית ורגשית	השפלות בילדות סביב השמנה, ואכילה			18