

טיפול באנקופרסיס - גישה אינטגרטיבית התקשורתית

פרופ' אסתר כהן

Esther.Cohen@mail.huji.ac.il

הרצאה במסגרת ערב "קפה ונושא" של האגודה לטיפול הורה ילד 25.10.22

*העניין שלי באנקופרסיס קשור בניסיון מתמשך במהלך עבודתי המקצועית לשלב את התחום ההתפתחותי, הקליני והמשפחתי וכן לחבר בין הידע האקדמי והיישומי-טיפולי

אין להעתיק, להפיץ, לאחסן במאגר מידע ולהשתמש ללא רשות המחברת.

הקדמה-

- לא אציג בפניכם פרוטוקול מסודר של טיפול באנקופרסיס. זאת כיון שאנקופרסיס איננה הפרעה חד-מימדית, כך שמדובר לא רק על "חרדת אסלה", הרגל גרוע, או בעיית התנהגות, אם כי אלו יכולים להיות מרכיבים של הקושי.
- לדעתי יש לראות באנקופרסיס סימפטום המשקף קושי מורכב בין הויסות של הגוף של הילד ושל מערכת היחסים הפסיכולוגית והסביבתית שלו.
- הקושי קשור גם בתהליכים תוך אישיים ובינאישיים של הילד וגם של כל הורה.
- הקושי או הקשיים מתגבשים ממקורות שונים ומשתמרים על ידי "היתקעות" בשימוש באסטרטגיות ודפוסי קשר לא מוצלחים.

ההורה כסוכן שינוי

- תהליך החינוך לניקיון והרגלי התפנות הם מדרישות הסוציאליזציה הראשונות שהורים מצופים להפעיל על הילד. לדרישה זו משקל חברתי-תרבותי בולט כלפי חוץ (במיוחד בארץ בימינו) והוא נושא משמעות אישית חשובה עבור ההורים והילד בתהליך הבנייה והויסות של היחסים ביניהם.
- ההורים, כל אחד כפרט ושניהם כזוג מאותגרים על ידי ההפרעה, במיוחד בתחום הדימוי העצמי, יעילות-עצמית, הבעת רגשות וויסותם, אמון והדדיות ביחסים, חמלה ותמלה עצמית, ודרכי פתרון קונפליקטים.
- לכן- ההורה הוא סוכן השינוי המשמעותי בטיפול באנקופרסיס, וגיוסו למטרה זו היא חיונית ומרכזית להצלחת הטיפול.

גישה אינטגרטיבית

- הגישה הטיפולית שאציג היא לכן רב-מימדית ומתייחסת לא רק לרמה ההתנהגותית, אלא גם לפיזיולוגיה, קוגניציות, רגשות ויחסים. עם זאת נדרשת אינטגרציה לקראת תכנון הטיפול ובניית הברית הטיפולית. האינטגרציה מבוססת על תאוריית ההתקשורת.
- הגישה הטיפולית מקבילה להתפתחויות בתחום הרפואה, השמה דגש לא על טיפול או תרופה למחלה, אלא על:

- התאמה אישית מדוייקת לנתוני החולה ולנתוני המחלה: נתוני הילד ונתוני ההורים
- שילוב נכון בין מענים טיפוליים: מענה פיזיולוגי - התנהגותי, רפלקטיבי ורגשי
- למידה ושינוי תוך כדי התנסות במענים שונים

הקשר הטיפולי

- אני מאמינה בחשיבות הקונטקסט הטיפולי ובעיקר יחסי המטפל והפונים כחלק מהאפקט של הטיפול, כמו גם הקשר פעמים רבות עם גורמי סוציאליזציה נוספים בחיי הילד (מטפלת, גננת, מורה).
- גורמים קריטיים להצלחת הטיפול כוללים שדר ברור של המטפל של חוסר שיפוטיות, אמפטיה וחמלה, בצד בטחון בפוטנציאל המיטיב של ההורים ובהצלחת התהליך המשותף. ("אם בעלי חיים או ילדים מפגרים לומדים...")

התבוננות עצמית- המטפל

- עבודה עצמית ושימוש בהדרכה של המטפל בתחום זה חשובה.
- שאלות לרפלקציה:
- מה למדנו מהספרות שהכרנו ומה מסמלת לנו ההתמודדות עם בעיית אנקופרסיס בטיפול (למשל ספרות פסיכואנליטית או קוג-התנהגותית)
- איך טיפול מבוסס הורים מסתדר עם דרך הטיפול הרגילה שלנו בבעיות ילדים ואזורי הנוחות שלנו?
- איך זה מרגיש להיות בתפקיד תובעני מהילד?
- מה תחושותינו לגבי סיכויי ההצלחה? לגבי הצורך להתמודד עם תוצאות ברורות מאוד.
- איך זה מרגיש להתמודד עם ציפיות ההורים במיוחד בגיל הצעיר ("אם זה היה כל כך פשוט...")

אתגרי המטפל באנקופרסיס

- המפגש של כל אחד מאיתנו בחיים עם טיפול בהפרשות וטאבו חברתי, והרגשת הנוחות שלנו כשנזמין את ההורים להתבוננות עצמית בתחום זה. יכולת ונכונות לדבר על הנושא לפרטיו, ויכולות להרחיב ולצמצם את המיקוד הנדרש.
- יכולת להימצא במרחב הביניים של הילד והמטפלים בו מבלי להזדהות הזדהות יתר עם אף אחד מהצדדים (ללא כעס, יאוש, רחמנות)

מדוע חייבים לטפל ובהקדם

- אי-טיפול או דחייתו מביא לנזקים שונים:
- סיבות פיזיולוגיות – נזק לתפקוד המעי והגדלת הקושי בריפוי
- סיבות חברתיות ופרקטיות
- סיבות פסיכולוגיות:
- "זמן ילד" שונה מזמן מבוגר: ככל שזמן ההתערבות מאוחר יותר נגרמים נזקים פסיכולוגיים בויסות רגשי

- וביחסים בינאישיים והריפוי קשה יותר
- פגיעה מתמשכת בדימוי עצמי של הילד, אימוץ שימוש בהגנות בלתי מתאימות
- פגיעה בדימוי העצמי של ההורה וביחסיו עם הילד בתחומים רבים

אבחנה של אנקופרסיס

- הקריטריונים לצורך אבחון הפרעה של אנקופרסיס לפי ה DSM-5 הם פשוטים למדי:
 - מדובר בהפרשת צואה במקומות בלתי מתאימים, בין אם היא בלתי-רצונית ובין אם מכוונת. אירוע כזה צריך להתרחש לפחות פעם בחודש במשך 3 חודשים כדי שיחשב כהפרעה.
 - בדרך כלל התנהגות זו נחשבת לפתולוגית רק אם הילד הוא מעל גיל 4.
- יש לוודא שהבעיה איננה תוצאה של לקיחת תרופות מסויימות או בעיה רפואית כללית, אם כי כשמדובר בבעיה של עצירויות זה עדיין נחשב כאנקופרסיס.
- יש לשלול סינדרום הירשספרונג. זהו מצב של חוסר בתאי עצב גנגליונים במעי הגס והרקטום המקשה על התחושה והשליטה; כרוך בבעיות ספיגה וחוסר עליה במשקל בינקות ובעיות בהתפתחות.

סוגי אנקופרסיס

- ה DSM מבחין בין שני סוגים עיקריים של אנקופרסיס על בסיס אפיוניים פיזיולוגיים של ההפרשות:
 - הסוג הראשון מאופיין על ידי עצירות וחוסר שליטה בגלל הצפת-יתר או דליפה (overflow). הוא השכיח יותר ומאפיין כ-59 אחוז מהמקרים.
 - ניתן לאבחנו על סמך דיווחים על שכיחות נמוכה של התפנות (פחות משלוש פעמים בשבוע), או לחילופין, על ידי בדיקה רפואית המספקת עדות להצטברות של חומר צואתי במעי (בדיקה רקטלית או של צילום בטן).
 - סוג זה של אנקופרסיס מצריך קודם כל ברור המצב הרפואי על ידי הפנייה לרופא גסטרו-אנטרולוג ילדים, והתייחסות לניקוי המעי והחזרתו לתקינות הן באופן התחלתי והן באופן כרוני.
- סוגים פחות שכיחים
 - בסוג השני של אנקופרסיס אין כל עדות לעצירות, שכיחות ההפרשות ומרקמן נראה נורמלי.
 - לעתים אין התלככות אלא הצמדות למנהג הפרשה רגרסיבי או לא גמיש.
 - הדגש במקרים כאלה יהיה על הגורמים הפסיכולוגיים החוסמים למידת הרגל התפנות תקין בדגש על אפיוני הילד (קושי עם שינויים) ויחסי הורה-ילד.

סוגים נוספים

- סוג נדיר יחסית בשכיחותו, המאופיין בשלשול מתמיד ובתסמונת המעי הרגיז, מצב פיזיולוגי המוחמר על ידי לחץ. מצב זה דורש בעיקר טיפול רפואי מתאים, וטיפול במקורות הלחץ.
- במקרים אחרים ההתלככות איננה עקבית, אלא מתרחשת מדי פעם, וברור על פי הקונטקסט שהיא מכוונת. הפרעה מסוג זה של אנקופרסיס מכונה גם "לכלוך מניפולטיבי" והיא קשורה לרוב בהפרעת

התנהגות או ב-**Oppositional Defiant Disorder**.

הטיפול בסוג זה של אנקופרסיס צריך לכלול טיפול במכלול היחסים. הדרישות לשינוי התנהגות לא יתחילו דווקא בסמפטומים של אנקופרסיס אלא בפעולות ניתנות יותר לשליטה על ידי ההורים. לדוגמא- ממתקים וצחצוח שיניים.

אנקופרסיס ראשוני ומשני

- אנקופרסיס ראשוני משמעו שהילד מעולם לא נגמל. הדבר מצביע על כשל ראשוני בויסות הפיזיולוגי והפסיכולוגי של הילד או של תהליך הסוציאליזציה והיחסים עם ההורים.
- באנקופרסיס משני יש רגרסיה פתאומית בהרגלי ההתפנות. במקרים אלו יש לברר אירועי טראומה או גורמי לחץ שגרמו לרגרסיה ולטפל בהם.
- זאת בנוסף לתחומים של הקושי הטיפוסיים באנקופרסיס ראשוני.
- אצל ילדים צעירים קשה לעתים להבחין בין שני סוגים אלו (תקופות קצרות ביותר של ניקיון עד גיל 6).

קו-מורבידיות

- השכיחות הגבוהה ביותר של הפרעה קו-מורבידית אצל ילדים עם אנקופרסיס היא ADHD. יש דיווחים שלקייחת ריטלין methylphenidate עוזר לאפקטיביות של הטיפול באנקופרסיס.
- אצל ילדים הסובלים מאנקופרסיס יש שכיחות גבוהה יותר מאשר באוכלוסייה של סימפטומים של חרדה/דכאון, כמו גם של בעיות חברתיות, בעיות התנהגות ובעיות בלימודים. (שאלת הסיבה והמסובב)
- הסביבות המשפחתיות של ילדים אלה מראות קשיים בביטוי רגשי מוצלח כמו גם לחילופין בעיות בארגון ועקביות.

פרוגנוזה ויעילות טיפולית

- המחקר מצומצם ולא עקבי-
- 4% מבני גיל 4 סובלים מסימפטומים של אנקופרסיס
- השכיחות המדווחת בגילאי 5 יורדת ל-2% - 1%. בפועל גבוהה יותר.
- בגיל בית הספר עדיין סובלים מאנקופרסיס כ 5.1% מהילדים
- ללא טיפול הבעיה משתפרת מעצמה עם הגיל רק אצל חלק מהסובלים ממנה, וסימפטומים ממשיכים להופיע אצל יותר ממחצית הילדים שסובלים מהבעיה עד גיל ההתבגרות.
- אחוזי ההצלחה במעקב של שנתיים אחרי טיפול אינטנסיבי נעים בין 51%-58%
- Axelrod, M., & Deegan, J. (2019).
- אחוזים טובים הרבה יותר ככל שהברית הטיפולית עם ההורים מוצלחת

ברית טיפולית

- הברית הטיפולית עם ההורים קריטית להצלחת הטיפול:

- שדר של קבלה, אמפטיה, חמלה,
- אופטימיות תלויה מאמץ ודבקות במטרה (אם בע"ח...)
- הסכמה על מטרות הטיפול
- הסכמה על דרכי הטיפול ותרומת כל אחד מהצדדים

הברית הטיפולית היא מודל לברית שההורה יבנה עם הילד בין אם הילד חלק מהטיפול או לא, אך יודע שהוריו נעזרים.

סימון תנאים להצלחה

ההורים (או מחליפיהם) מרכזיים ומצופים להשקיע בתהליך בעקביות, באינטנסיביות ולאורך זמן (ממספר שבועות ועד חדשים) ברמות שונות של אינטנסיביות. ברור העיתוי והתנאים להתערבות ותיקון ציפיות ל"עבודת מוסך".

- גיוס מוטיבציה- הדגשת האספקטים הבריאותיים השליליים של ההפרעה, והמשמעויות הפסיכולוגיות והחברתיות עבור הילד.
- הטיפול באנקופרסיס דורש זמינות והשקעה של המטפל, גם מעבר לשעה הטיפולית.
- מוכנות לשיתוף פעולה בין ההורים (לפחות לא להפריע)

מסרים טיפוליים

- פורמולציה של הבעיה כלמידה שהסתבכה בגלל צרוף גורמי רקע, אי התאמות ואי הבנות בין הילד והוריו, הניתנים לתיקון (אין אשמים).
- קבלה של ההבנה שאין כאן מאבק אלא בנייה של אמון, הבנה הדדית ופתרון בעיות מול הילד, שההורה מוביל אותו בעזרת המטפל.
- אורך רוח לגבי תשאול וחקירת הבעיה, איסוף מידע והתנסויות טנטטיביות

גישה אינטגרטיבית- הערכה מתרחבת

- מכיון שגישתנו אינטגרטיבית והתערבות תפורה אינדיבידואלית נדרשת הערכה ההולכת ומתרחבת לפי ההבנות המתגבשות והשינויים המתרחשים בתהליך. העקרון הוא מן הקל אל הכבד ומהפשוט למורכב.
- איך עושים ברור משמעותי של מקורות הקשיים במקרה ספציפי, איך מחליטים על תיעדוף מוקדי ודרכי ההתערבות?

שילובים בתכנית הטיפולית

- תכנית ההתערבות הוא של תהליך שינוי Bottom-Up : ברור ונסיונות התמודדות עם בעיות ספציפיות, אשר מתרחבת, במידת הצורך, להתמודדות עם בעיות כלליות ועמוקות יותר .
- הטיפול יכול תמיד שלב הערכה כולל של הילד באמצעות תשאול ההורים, ובמידת הצורך גם תצפיות ואיסוף מידע על הילד ויחסיו עם הוריו.

➤ במקביל לברור ראשוני של אפיוני הילד ותפקודו, התפתחותו וההיסטוריה שלו, חייב לבוא בהקדם הברור הפיזיולוגי והשלכותיו הפסיכולוגיות וההתנהגותיות.

תחומי הערכה

- בנוסף יערך תהליך הערכה של החסמים והחסרים ביחסי ההורים-ילד ובסביבתם.
- נברר את תחומי החסר של ההורים: חסר בידע ובכישורים
- הברור יעשה תוך ליווי בפסיכו-אדוקציה נחוצה להתייחסות לבעייה.
- בנוסף יבדקו אפיונים רגשיים וקשיים של הורים הקשורים בקשיים בבטחון ובאובייקטיביות הקשורים ליחסיהם עם הילד.

הערכת בעיית הילד

במהלך ההערכה רצוי לברר אם יש צורך להקדים ולשלוח את הילד להערכה של רופא מומחה בתחום הגסטרואנטרולוגי לילדים. צריך לברר באיזה סוג אנקופרסיס מדובר כך שניתן יהיה לנקוט צעדי התערבות ברמה הפיזיולוגית. בעיקר צריך להיות ברור אם הילד סובל ממצב של מגה-קולון, כלומר מהמצאות של גוש גדול ומוצק במעי, הדורש ניקוי יסודי, והאם נטייתו לעצירות דורשת טיפול מתמשך של לקיחת חמרים מרככים או/ו שינוי תזונה.

הערכת הילד:

- לכן יש לתשאל בפרוט לגבי אספקטים פיזיולוגיים והתנהגותיים הקשורים לבעיית הפרשות:
 - ככל שמתברר שהילד נוטה לעצירות, מרבה להתאפק, מתפנה לעתים רחוקות, סובל מכאבי בטן וגזים לפני הפרשה ו-או כאבים וקושי בעת ההתפנות, מפריש באופן מתמשך חומר נוזלי (מריחות) ללא שליטה, ולחילופין כשמתפנה לאחר זמן מפריש כמויות אדירות של חומר קשה-- ניתן לשער שנוצר תהליך פיזיולוגי בעייתי מבחינת מערכת העיכול וההפרשה.
 - יש לברר נטייה תורשתית והתפתחותית מוקדמת לעצירות, פיסורה, אירוע של הפרשה שנחווה ככואב, מבייש, מפחיד.
- הרגלי האכילה התורמים לעצירות עם מיעוט בסיבים, מיעוט שתייה ותגובה לחלב.

אינטראקציה בין גורמים

- יש לדעת כי ככל שחויית ההתפנות מעוררת חשש אצל הילד נוצר "מעגל קסמים" שלילי: הכאב והקושי המלווים התפנות הולכים וגדלים ככל שהילד נמנע מתפנה בשכיחות נמוכה יותר.
- ככל שההימנעות ממושכת יותר מצטברת במעי הגס מסה של חומר שמתקשה והופך להיות מעין סלע. המעי איננו מתנקה באופן יסודי, מלבד הסחה של נוזלים מסביב להצטברות מסה זו המופרשים כ"מריחות", או

תוצאות אישיות ובינאישיות

- ▶ המעי הולך ומתמתח לרוחבו כמו גרב אלסטית, הופך להיות "מגה-קולון", ונגרם נזק לתפקוד המעי. הנזק העיקרי הוא ליכולת התנועתית של המעי וגם ליכולת החסימה של הסוגר (ספינקסטר) בסוף המעי.
- ▶ מצב כרוני של מגה קולון גורם לכך שהילד באמת איננו שולט בהפרשות
- ▶ הפרשות בתחתונים מביא להתרגלות של המח כך שהילד לא מריח את הריח הלא נעים, לא מצליח להפריש כשמתאמץ וגם לא מרגיש כשיש דליפה של הפרשה.
- ▶ הסביבה בדרך כלל מתקשה להבין את המגבלות של הילד ורואה בקשיים בעיית מוטיבציה, או מרימה ידיים מתוך רחמנות וחוסר אונים.
- ▶ נוצר מעגל של תסכול, בושה וחוסר אונים של הילד במיוחד מול תגובות הסביבה ואימוץ טקטיות הגנתיות (מהחבאת תחתונים, שקרים, ועד העמדת פנים של חוסר איכפתיות)

פסיכו-אדוקציה

- ▶ אספקט טיפולי חשוב של האבחנה והפסיכואדוקציה כוללת הפנמת הידע הפיזיולוגי על הדינמיקה של הבעיה, ועל היכולת לטפל בה. הבנות אלה בדרך כלל עוזרות להורים למתן כעסים, להתאים ציפיות ולהיות אמפטיים יותר כלפי הילד.
- הסבר פיזיולוגי התנהגותי להורים ולילדים (למטפלים) סרטון וידיאו כחמש דקות :

The Poo in You

https://youtu.be/SgBj7Mc_4sc

https://www.youtube.com/watch?v=SgBj7Mc_4sc&list=PL5XEtiIXPeeLU1Gan3Ubo5o0M2IXm01Zkm&ab_channel=GIKids

הערכה פיזיולוגית-טיפול

- ▶ בדרך כלל הטיפול הרפואי לאחר אבחון "מגה קולון" כולל התנקות מסיבית של כמה ימים עם חומר משלשל, נרות ולעתים חוקן. בנוסף מתחילים תחזוקה שוטפת ומתמשכת עם צריכת חומר מרכז כמו "נורמלקס".
- ▶ המשך הקשר עם הרופא חשוב וכן תהליך ההתאמה של השימוש בחמרים מרככים.
- ▶ מומלץ לאמץ תזונה בריאה יותר ועשירה בסיבים.
- ▶ רק מחצית מהילדים נמצאים במצב של ריפוי אם לא ממשיכים בטיפול בחמרים מרכזי צואה בחצי שנה עד שנה לאחר סיום הטיפול.

הטיפול בויסות הפיזיולוגי

- ▶ בנוסף לניקוי הקולון והתאמה של טיפול במרככים, ניתן וכדאי להתחיל בלימוד מודעות לגוף: הדגמה של פעולות המערכת בצורה משחקית (למשל, באמצעות בלון, משחת שיניים) תרגול חיזוק שרירי בטן

ושליטה באנוס.

➤ לפתח יכולת לדבר עם הילד על התהליכים הפיזיולוגיים וההתנהגות הנילוית: הקשר בין התרופה ("לא ויטמינים"), האכילה, מדידת שכיוות התאפקות, ושינוי מוקד של הרגלים חדשים

➤ Whose Poop is this?

➤ <https://youtu.be/7T03u7g0Cn4>

למידת הרגל חדש

➤ התערבות טיפולית נוספת בעקבות הברור הפיזיולוגי היא הקניית ההבנה להורים וליד שהשליטה בצרכים נרכשת באמצעות שני מנגנונים- מודעות לאיתותי הגוף ובנוסף רכישת הרגל טוב שאיננו בהכרח קשור לאיתותי הגוף, אבל משפיע במשך הזמן על תפקוד המערכת הגופנית. מהלך זה צריך להיות מופנם על ידי ההורים ומוסבר לילד כך שההליכה לשרותים נקבעת לא רק על פי שיפוטו ("אין לי") כי הגוף איננו מאותת נכון.

➤ ההורים נדרשים ללמד את הילד הרגל חדש להתפנות ושל התאמת הנורמלקס, ולנטר תהליך זה. המטרה איננה תחתונים נקיים אלא שתוף פעולה ביישום ההרגל החדש תוך גיוס והתאמת המוטיבציה וההענות של הילד (אב שמתלונן שהמצב הורע בתחילת השימוש בנורמלקס ומפסיק)

התערבות התנהגותית

המטרה המרכזית של תכנית ההתערבות ברמה ההתנהגותית בצד הויסות הפיזיולוגי היא להקנות בהדרגה לילד הרגל סדיר של הליכה לשרותים, בשכיוות מתאימה, תוך ישיבה ממושכת מספיק והפעלת השרירים המתאימים לצורך התפנות.

➤ לגבי ילדים המכווצים באופן פרדוקסאלי את שרירי פי הטבעת, במקום לשחררם ולכווץ את שרירי הבטן, יש לתכנן תכנית הכוללת מרכיבים חינוכיים-קוגניטיביים לגבי תפקוד מערכת השרירים ושל אימון. האימון יכול להיות להרפייה במצבי הישיבה על האסלה (Friman, 2008) או לחיזוק המודעות ואימון הפעלה הדיפרנציאלית של שרירי הבטן ושרירי האנוס.

➤ קביעת השכיוות המתאימה ועיתוי הזמני שרותים נבנית על ידי התנסות ולמידה הדדית: אחרי ארוחות. עיתוי שאיננו מפריע או מקלקל פעילות מתוכננת

אתגר אימוץ ההרגל

➤ האתגר- הילד נאלץ לשנות הרגל רב-שנים. האם פשוט?

➤ שימוש בתכנית הכוללת צעדים קטנים ביותר המעוררים הכי מעט והתנגדות

➤ שימוש בחיזוקים חיוביים בלבד של קשר והדדיות או בתוצאות טבעיות

➤ יישום "עקרון שיתוף הפעולה": התאמת קצב הדרישות, מהותן, ובחירת והתוצאות המופעלות לערכים, לחששות ולהעדפות של ההורים ולנתוני הילד

➤ ככל שהיחסים בין הילד וההורים תקינים והברית בין המטפל וההורים טובה פעמים רבות הבעייה תיפתר, בעזרת התהליך ההדרכתי שתואר באמצעות פסיכואדוקציה, שינוי רפואי והתנהגותי.

ברור חרדות

➤ יש לברר אפשרות של קושי הנובע מחרדות: בעיקר, חרדות בתחום הישיבה על האסלה, לנפילת הצואה

או העלמותה, המשך חשש מכאב בעת היציאה, חששות מאובדן פרטיות; חששות מהענשה על הפרשה בתחתונים או שקרים ביחס לשימוש באסלה*; עדויות לגועל ודחיה מריח או חוסר ניקיון.
אלה דורשים תקשורת פתוחה וברורה וסיוע בהתמודדות עם חרדות לפי עקרונות קוג-התנהגותיים.
עם זאת ההפרעה פעמים רבות קשורה לחרדות בתחום הרגשי והמשפחתי הדורשים סוג עבודה אחר.

גורמים רגשיים והתקשרות

אלא שבהרבה מאוד מקרים הדברים מורכבים הרבה יותר, במיוחד ככל שגיל הילד גבוה מתגלים גורמים רגשיים ובינאישיים המקשים על תהליך השינוי.
המחקר מראה כי טיפול במרככים או משלשלים לבד איננו מספיק לריפוי אנקופרסיס, אם איננו מלווה בטיפול בסוגיות פסיכולוגיות.
חלק מהילדים איננו סובל מבעיה פיזיולוגית משמעותית (למשל- לכלוך לילה)
טיפול רפואי-התנהגותי שהוא הנפוץ בספרות איננו מניב מספיק תוצאות. פעמים רבות לאחר שיפור יש נטייה להדרדרות המצב.

"אתה יכול להביא את הסוס אל המים אבל אינך יכול לגרום לו לשתות"

הבנת ההורים

כאשר מתברר שהתערבויות פסיכואדוקציה והדרכה סביב כישורים אינם מספיקים נברר את השימוש בדפוסים לא אדפטיביים לגיוס ותמיכה בילד בתהליך, נעמיק בברור סוגיות של בטחון ואובייקטיביות בהתייחסות לבעיה.
נברר את האמונות והרגשות הלא אדפטיביות של ההורים לגבי היווצרות והתמשכות הבעיה, והקושי להתקדם בפתרונה, מקורן העכשווי וההיסטורי.
אלו כוללים: אסטרטגיות התקשרותיות וביטויין בהורות, כולל ההסטוריה ההתקשרותית האישית של ההורה וההסטוריה של התקשרותו עם הילד
מערכת לחצים עכשוית בחיי המשפחה.

אבני הנגף

זה גם הזמן לעזור להורה לקדם את המנטליזציה שלו – להתבונן, לבדוק, לשער ולנסות להבין לעומק את הגורמים המעכבים את שתוף הפעולה של הילד

זה גם הזמן להתמודד עם קשייו והיכולת שלו כהורה לבצע שינוי בהתייחסות לילד ולבעייה, ועשות זאת בתאום עם ההורה השני.

ברור סוגיות של "חובות הוריים" מהעבר עם הילד, רוחות רפאים ולמידות מהעבר של ההורה, ועיבודם.

הרחבת הפוקוס הטיפולי

הדגשת המטרה המורכבת יותר- לסייע להורים לקחת אחריות על תהליך הגמילה של הילד, תוך כדי

החזקה ותמיכה מותאמת. כזו שתיקח בחשבון את קשיי הוויסות שלו, הקושי שלו לבטא את צרכי התלות שלו מבלי לחוש אובדן אוטונומיה, או לבטא צרכי אוטונומיה מבלי לחשוש מאובדן הקשר.

- למשל להבין שכאשר הילד מתמודד עם תגובותיהם בזלזול והתרסה יתכן שמתמודד עם ביטוי הזקקות (המבוססים על למידה מוקדמת) וזקוק להבנתם ותמיכתם, בלי שיכנסו איתו למאבק כח או יתייאשו.
- לחילופין כשילדה טוענת שאיננה מפרישה כלל ומפרישה בלילות, לא לחשוש מחשיפה לבדיקת המציאות תוך חיזוק האמונה שיכולה לסמוך על הקבלה שלהם גם אם איננה עצמאית ומוצלחת, ורצונם לעזור. המשך מוקד טיפולי

- כלומר, יש צורך לייצר חוויה מתקנת ביחסים, שונה מזו שהילד רגיל אליה, שתאפשר את תיקון הקרע בקשר ביניהם ברגעי מתח וקונפליקט, ותביא לשבירת מעגל הקסמים השלילי שהם שרויים בו. התיקון מתחיל לעתים בתחומים של יצירת עניין והנאה משותפים בתחומים אחרים וביכולת להגיב בצורה יותר מיטיבה בזמנים של תקלות בהתפנות.
- להגדיל מודעות של ההורה לרגישויותיו ולעיוותים הנובעים מעברו, מסביבתו, ומנתוניו ולקחת אחריות ואמצעים לשנותם. (הפרעת חרדה OCD הורי, חוסר שביעות רצון בהורות ובחיים).

טיפול

תהליך השינוי בהתנהגות ההורה שנבנה בטיפול כולל הגדלת בטחון התקשורת, מנטליזציה ותובנות, ועיבוד רגשי. במקביל בהתייחסות בבית ההורה מנסה ליצור בסיס בטוח חדש על ידי יכולת לקרוא את הסימנים הגופניים של הילד, הרגשות וההגנות שמפעיל ולומד אתה הדרכים לתמוך ולסייע לילד לעשות שינוי (כולל: נורמלקס, סדר פעולות, תחושות קשות). הוא מספק "נמל מבטחים" בעת כשלונות ועודד להמשך התנסות ואמונה בהצלחה עתידית.

- הוא מתאמן בפיתוח תקשורת רגישה ויעילה, משחקיות, שיתוף פעולה יצירתי בפתרון בעיות עם הילד. (יישום **beating sneaky Poo**)
- לומד לתת עידוד וחיזוקים הקשורים בקשר (דוגמא: כל הכבוד על שיתוף הפעולה ולא על ההפרשה)

לומד

פיתוח כישורים רגשיים התקשורתיים

- קקי חמקמקי- הקשר בין הסיפור ושינוי העמדות המתמשך
- ההורה לומד לזהות ולהפריד בין רגשותיו וצרכיו ואלו של הילד ועובד על התאמות ופשרות. זאת בעזרת פיתוח תקשורת רגישה ויעילה, משחקיות, שיתוף פעולה יצירתי בפתרון בעיות עם הילד.
- תוספת טיפול נוסף בפסיכופתולוגיה של הורים ומצבי לחץ בהורית

מנטליזציה של הילד

- לצורך המנטליזציה של הבעיה בתפיסת ההורים את הילד והקשר איתם יש לבדוק האם ההפרעה כרוכה אצל הילד:
- בגורמים פיזיולוגיים (סדירות ותקינות מערכת התזונה, העיכול וההפרשה)
- גורמי ארגון עצמי (כולל קשב ומודעות לגוף, קצב וארגון פעולות) וטמפרמנט של הילד ומידת ההתאמה
- גורמים בינאישיים דינמיים והתקשורתיים המוסברים על ידי גורמים הסטוריים של הילד ועכשוויים.

מנטליזציה

- הבנת גורמים פסיכולוגיים-רגשיים של הילד והאינטראקציה ביניהם, כולל:
 - מצבי טראומה ואירועי חיים מלחיצים, במיוחד תהליכי הריון קשים, תוספת אח או אחות; מצבי פרידה מההורים או בין ההורים; סביבה מאיימת (אם מאיימת שתברח מהבית), לוחצת, משפילה, מאיימת וחוויית של התעללות ו/או ניצול מיני
 - דיספונקציה ביחסים עם ההורים: כולל חסך רגשי, דיכאון אימהי, חולשה או היעדרות הורים, מופרעות של הורים וקשיים ביחסים ביניהם ואיתם

מנטליזציה של הילד

- דפוסים של התקשרות נמנעת או חרדה (מטפל בבעיה בעצמו כי לא מאמין שמישהו יכול לעזור לו; מראה שזה לא מפריע לו; מפצה על תחושת כשלון על ידי התגרות וסרבנות. לחילופין- חסר בטחון בהתמודדות עצמאית או בכך שההורה ימשיך ללוות אותו)
- האם זו דרך להתמודד עם **Knowing what you are not supposed to know and feeling what you are not supposed to feel?**
- ביטוי לחרדה ודאגה לא מדוברת שקולט מההורים (הריון שנגמר "בהפלה"); הזקקות להורה היחידנית, או התחשבות על ידי התאפקות ממושכת מדי?
- האם ה"תקיעות" קשורה לתחושת דחייה, ייאוש ודכאון בתחומים שונים?
- רגרסיה או עצירה התפתחותית כוללת

מכשולים ביחסי הורה-ילד

- ההורה לומד לזהות ולהפריד בין רגשותיו וצרכיו ואלו של הילד ועובד על התאמות ופשרות.
- רפלקציה ובדיקה של עמדות ורגשות הורים ביחס לקשריו עם הילד, ביחס להפרעה ולהתמודדות עימה:
- מה המשמעות של הקושי הנוכחי עם הילד? מה מקורו?
- האם קיימות אצל ההורים ציפיות לא-מתאימות בשלב זה
- האם קיים קושי בהתגייסות להשקעה בצרכי הילד ובהתמדה. מה מקורותיה?
- האם קיימת אמביוולנטיות הורית המאופיינת בדחייה, כעס, אכזבה, אשם או חרדה ורחמנות. מה מקורן? כיצד ניתן להתמודד עימם?
- האם יש קושי במשחקיות וביצירתיות בפתרון בעיות.

תובנות וויסות רגשי הורי

- הויסות הרגשי של כל הורה לחוד ושניהם ביחד הכרחי לשינוי. הדבר כרוך בצמצום רמת החרדה, הפגיעות וביטוייה השונים אצל כל הורה בצורת ויסות רגשי לא מתאים.
- למשל- האם מתקשה לתזכר את הילדה בת השש בצורה אסרטיבית על הסיכום שעשו שתלך לשירותים, והיא מתעלמת ממנה. לאחר תשאול ורפלקציה מתברר שהמקור הוא כי מרגישה שהקשר עימה פגיע. להבנתה זה נובע מהחסך שממנו סבלה לאחר לידה בגלל מצבה הרפואי.

➤ האב לעומת זאת אסרטיבי, והילדה נענית לתזכוריו ללכת לשרותים. עם זאת הוא כועס על החיזוקים שהאם מעניקה לה סביב ההתפנות. הוא טוען "החיים הם לא פיקניק ומוטב שתלמד את זה בהקדם". רפלקציה לגבי מקור הכעס מגלה שגדל בתנאים שחייב היה לקחת בגיל מוקדם אחריות על טיפול באביו המשותק, ויותר על לימודים לטובת זאת. למעשה דואג לה וגם מקנא בה.

➤ התובנות ההוריות לגבי ההטיות שלהם והמקורות (ללא אשמה) מגדילים קבלה ואמפטיה ומגייסים הדברות על מנת לצמצם את המסרים הפוכים לילד ומגבירים ויסות רגשי והתנהגותי בהתייחסות לילד

עיבוד רגשי הורי

➤ עבודה חווייתית ממוקדת רגש להתמודדות עם אי שליטה בדפוסים שההורה קיבל כלא מוצלחים ומתקשה לווסתם. לפי עקרונות EFT או AEDP

