

מחלת אנדומטריוזיס והטיפול בעזרת שפת האכילה

אנדומטריוזיס

אנדומטריוזיס היא מחלה כרונית דלקתית המוגדרת כהימצאות של רקמה דמוית רירית הרחם מחוץ לרחם.^{1,2} על פי הארגון לבריאות העולמי (WHO), מחלה זו משפיעה על כ-10% מהנשים בגיל הפוריות בעולם, כ-190 מיליון נשים ונערות.² התהליכים הדלקתיים במחלה זו תלויים בהורמונים סטרואידים (בעיקר אסטרוגן) ומשפיעים על רקמות באגן, כולל השחלות.^{3,7}

אנדומטריוזיס היא מחלה מורכבת והטרוגנית מאוד. נגעי האנדומטריוזיס משתנים וכוללים נגעים פריטונאליים שטחיים בצבע משתנה, ציסטות בשחלות שנקראות אנדומטריומות וגושים החודרים לפחות ממישה מילימטרים לעומק רקמה בה נמצאים, מצב זה מלווה לרוב בהצטלקויות (פיברוזיס) ובהידבקויות. בנוסף ניתן לראות נגעים מחוץ לאזור האגן.¹

אבחון אנדומטריוזיס נעשה באמצעות לפרוסקופיה. הניתוח מתבצע לאחר החלטה קלינית המבוססת על היסטוריית המטופלת, הצגת התסמינים, הבדיקות הקליניות והדמיות.⁶ היות שאבחון המחלה נקבע באמצעות ניתוח בלבד, לרוב מתעכב רק לאחר הופעת הסימפטומים.⁷ גישה לקדם אבחנה לא ניתוחית כוללת אולטרסאונד טרנסוואגינלי ו-MRI (Magnetic Resonance Imaging) יכולה להיות שימושית על מנת לראות נגעים בשחלה ואנדומטריוזיס עמוק.⁷

על פי הארגון האמריקאי לרפואת רבייה (rASRM) ישנה שיטת דירוג לחומרת המחלה משלב I ועד IV. מטופלות המוגדרות בשלב I בעלות מספר מוגבל של נגעים ומעט הידבקויות, בעוד שמטופלות בשלב IV מוגדרות עם מספר רב של נגעים, אנדומטריומות או שניהם יחד עם הידבקויות נרחבות. למרות שדירוג זה כולל את מספר הנגעים וההידבקויות, איננו מראה מתאם לתסמיני המחלה, לטיפול בה או לפרוגנוזה. כלומר, מטופלות המדורגות בשלב I יכולות לסבול מכאבים קשים, אי פוריות או שניהם, וכן מטופלות בשלב IV עשויות להיות א-סימפטומטיות.⁴ עקב דירוג מחלה שאינו מספק אלגוריתם קליני להערכת סיכון או פרוגנוזה, חלק מהאנשים טוענים כי ההגדרה מתאימה יותר קשורה לסימפטומים אותם מציגות המטופלות.¹

מנגנונים פוטנציאליים למחלת האנדומטריוזיס

המנגנונים המאפיינים את המחלה והסיבות הפוטנציאליות לפתוגנזה של המחלה חשובים להבנת דרכי הטיפול בהם אדון בהמשך. הבסיס במנגנונים הפתולוגיים קשור בתאי גזע שמצויים בתוך ומחוץ לחלל רירית ומתוכנתים בצורה לקויה.³ ידוע כי התפתחות אנדומטריוזיס כרוכה בשילוב בין תהליכים אנדוקריניים, אימונולוגיים פרו דלקתיים ותהליכים פרו אנגיוגניים. אמנם תהליכים אלה מייצגים את הסיבה או התכונה בתוך התהליך הפתופיזיולוגי של המחלה, אך נמדדים בדרך כלל שנים לאחר שהמחלה סימפטומטית ולכן הפתוגנזה אינה ברורה.¹

דלקתיות היא תהליך מרכזי באנדומטריוזיס. היא מובילה לכאב, לשינוי בתצורת רקמות שכנות, לפיברוזיס, להידבקויות ולאי פוריות. נהוג לחשוב כי התהליך הדלקתי מאוקטב על ידי אסטרדיול ומתווך על ידי רצפטור לאסטרון b (ERb) באנדומטריוזיס.³ רירית הרחם והנגעים האנדומטריוטיים מכילים סיבי עצב המגורים באמצעות מתווכים דלקתיים, למשל, מאקרופאגיים המתמקמים על סיבי העצב, מקודמים על ידי אסטרדיול המסונתז באופן מקומי, ומייצרים Insulin like growth factor עם רגישות עצבית. האותות המתקבלים במערכת העצבים יכולים להוביל להיענות מוגברת של נוירונים לקלט Afferent נורמלי או עם תת סף שמוביל לרגישות ולשינויים בעיבוד תחושת הכאב.¹

נוסף על כך, אחד המקורות המשוערים להתפתחות אנדומטריוזיס הוא וסת רטרוגרדית. מצב בו יש רפלקס של פסולת הוסת המכילה תאים חיים עוברת דרך החצוצרות אל חלל הצפק. היות שוסת רטרוגרדית היא תופעה שכיחה מאוד באוכלוסייה, יש צורך בסיבה נוספת העשויה להסביר את אופן היווצרות המחלה. ייתכן כי תאי סטרומה ברירית הרחם בעלות יכולת הדבקה כתוצאה משינויים בפרופיל אינטיגרין (מולקולת הדבקה) ותגובה דלקתית הגורמת להידבקויות תאית.

גשוג של משקעי אנדומטריוזיס מחייב תיווך אסטרדיול (אסטרון), אשר מגיע מהורמונים מערכתיים ומקומיים. הנגעים מאופיינים בביטוי מוגבר של קולטן אסטרון $\beta 35$ שהוכח כמקדם צמיחת נגעים על ידי TNF- α ,

הגדלת רמות אינטרלוקין- $\beta 1$, שיפור הידבקות, תפוצה תאית והגברת תאי אפיתל-מזנכימליים.¹ יתרה מכך, עולים דיווחים בהם תאי סטרומה בנשים עם אנדומטריוזיס מגיבים פחות לפעולות פרוגסטרוון ("עמידות לפרוגסטרוון").⁷ ייתכנו גם שינויים אפיגנטיים המשפיעים על אנדומטריוזיס. היפומתילציה של CpG יכולה להוביל לביטוי יתר של Steroidogenic Factor 1 (SF1) או Estrogen Receptor β (ER- β), מה שעלול גרום לפרו דלקתיות וצמיחת תאים.¹³

תסמיני מחלת האנדומטריוזיס

סימפטומי אנדומטריוזיס הם מגוונים. ישנו קשר לכאבים כרוניים עזים המשפיעים על אורח החיים בזמן הוסת החודשית, קיום יחסי מין, יציאות ומתן שתן, כאבי אגן כרוניים, נפיחות בטנית, בחילות, עייפות, ולעיתים אף דיכאון, חרדה ואי פוריות.^{2,7} בין 2-11% מהנשים המאובחנות אינן חוות תסמינים. בין 5-50% מהנשים עקרות, ו-21-5% מאושפזות בעקבות כאבי אגן חמורים.¹

נשים עם אנדומטריוזיס חוות לעיתים קרובות תסמינים במערכת העיכול. במחקר מקרה-ביקורת שנערך ב-2015, נבדקו תסמיני מערכת העיכול בהשפעת תרופות לטיפול באנדומטריוזיס, בהשוואה לנשים מהאוכלוסייה הכללית. במחקר זה נראה כי חולות עם אנדומטריוזיס חוות יותר כאבי בטן, סובלות יותר מעצירות, נפיחות בטנית וגזים, ובעלות דחיפות לעשיית צרכים גדולה יותר באופן מובהק בהשוואה לאוכלוסיית הנשים הכללית.⁵ למרות ההשפעה המשמעותית של אנדומטריוזיס על נשים, משפחותיהן והכלכלה, המודעות הציבורית והמקצועית להפרעה נותרה ירודה.¹

השלכות נפשיות

מספר מחקרים מראים את הקשר בין אנדומטריוזיס לרווחה נפשית, לתסמינים נפשיים ולמחלות פסיכיאטריות. אנדומטריוזיס מקושרת לטווח רחב של סימפטומים פסיכיאטריים, במיוחד דיכאון וחרדה המוגדרות כהפרעות הנפוצות ביותר בקרב החולות. יתרה מכך, מטופלות מקושרות גם עם סטרס פסיכולוגי ואיכות חיים ירודה. בעזרת שאלוני דיווח עצמי, נמצא כי לנשים עם אנדומטריוזיס ציוני רגישות גבוהים יותר בהשוואה לנשים בריאות. כמו כן, בהשוואה לנשים עם מחלות גניקולוגיות אחרות, מטופלות עם אנדומטריוזיס מראות ציוני חרדה, מופנמות ופסיכוטיות גבוהים יותר. חשוב לציין כי גם במחקרי אורך התוצאות תואמות, כך שנשים עם אנדומטריוזיס בעלות סיכון מוגבר יותר לפתח הפרעות של דיכאון או חרדה.⁸

הקשר בין אנדומטריוזיס, כאבי אגן ומחלות פסיכיאטריות קשורים לנוכחות CPP, המוגדר ככאב לא ממאיר המורגש באזור האגן, באופן קבוע או חוזר על פני תקופה של שישה חודשים. אנדומטריוזיס הוא אחד הגורמים השכיחים ביותר לCPP, על כן עשוי להשפיע על הרווחה הנפשית של חולות אלו. הוכח כי לכאבי אגן יש השפעות שליליות על בריאותן הנפשית ואיכות חייהן של נשים, בפרט כאלו המדווחות על רמות גבוהות של חרדה ודיכאון, אובדן כושר עבודה, הגבלות בפעילויות חברתיות ואיכות חיים ירודה. הקשר יכול להיות הפוך כך שהגורמים הפסיכולוגיים עשויים להשפיע על תחושת הכאב, היות העובדה כי לתסמיני הכאב אין קשר לשלב דירוג המחלה, כפי שנאמר לעיל.⁸

תסמינים של מערכת העיכול משפיעים אף הם על הרווחה הנפשית הלקויה של חולות אנדומטריוזיס בהשוואה לנשים בריאות. יתר על כן, ישנה השפעה על קושי בחיי היומיום של מטופלות אלו.⁵

טיפול במחלת אנדומטריוזיס כיום

ההיבט הרפואי

רוב הטיפולים הסימפטומטיים של אנדומטריוזיס כיום פועלים על ידי עיכוב ביוץ, הפחתת רמות אסטרוידול בסרום והפחתת זרימת הדם ברחם. מומלץ לרופאים לקחת בחשבון את העדפות המטופלת, תופעות לוואי, יעילות, עלויות וזמינות בבחירת טיפול הורמונלי לכאב הקשור לאנדומטריוזיס. ניתן להשתמש במספר תרופות עם השפעה דומה על שיכוך הכאב. את התרופות המוצעות לשימוש ניתן לסווג לפי מחיר. תרופות בעלות נמוכה, מרבית הפרוגסטוגניים ואמצעי מניעה פומיים משולבים (OCs), כלומר גלולות למניעת היריון) או תרופות בעלות גבוהה, לדוגמה, אגוניסטים של GnRH (Gonadotropin Releasing Hormone Agonists). ההמלצה להתחיל בטיפול בתרופות בעלות נמוכה ולהעלות לתרופות בעלות גבוהה רק במקרים של 'חוסר יעילות' או 'אי סבילות'. באופן עקרוני, OCs שימושיות

במקרים של נגעים פריטונאליים שטחיים או אנדומטריומות בעלת קוטר קטן מ-5 ס"מ, ופרוגסטוגניים בעלי השפעה טובה יותר עבור דיספארייוניה (כאבים ביחסי מין) חמורה הקשורה לנגעים חודרניים עמוקים יותר. תפקידם של אנטי-אסטרוגניים, חומרים ממקור טבעי כמו רזרבטרול, אנטי-ארומטאזות, מולקולות אנטי-אנגיוגניות ואימונומודולטורים עוד אינו ידוע.⁹

GnRH הוא הורמון המופרש מההיפותלמוס. אנלוגיים להורמון זה משמשים לטיפול באנדומטריוזיס. עם זאת, חלק מהחולות הנוטלות אנלוגים GnRH מפתחות הפרעות חמורות בניעות המעי (dysmotility). הפרעות אלו עשויות להתבטא בצורה של חסימת מעיים כרונית מדומה (CIPO) או Enteric Dysmotility (ED). ביופסיות מראות אף ניוון עצבי עם היעדר כמעט מוחלט של GnRH. במעקב שערכו במשך חמש שנים, נראה כי יש החמרה משמעותית בתסמינים במערכת העיכול וכאבי הבטן לאחר הטיפול.⁵

כאב המטופלות הוא הסיבה השכיחה ביותר להתייעצות, על כן, עצירת הכאב נמצאת בראש סדר עדיפויות הטיפול. לרוב, פרט לאבחנה, ניתוח לפרוסקופי בעל אלמנט טיפולי גם עבור שליטה בכאב וגם עבור תסמין אי הפריות.⁹ גם על פי ESHRE guideline של 2022, ניתוח לפרוסקופי הוא אחד מהאופציות לטיפול בהפחתת כאב הקשור באנדומטריוזיס.¹¹ למרות זאת, רוב הטיפול המסורתי מתבסס על תרופות נוגדות דלקת לא סטרואידיות (NSAIDs). בנוסף, ההמלצה למניעת כאב היא על ידי נטילת תרופות הורמונליות (תרופות משולבות, פרוגסטגנים, אנטי-פרוגסטגנים או אגוניסטים של GnRH), שכן מפחיתות דיספארייוניה, דיסמנוריה (כאבי בטן תחתונה הקשורים לזמן הוסת או לפנייה) וכאבים שאינם ווסתיים הקשורים לאנדומטריוזיס. שימוש באופיאידים רלוונטי לכאב שאינו עובר באמצעות NSAIDs או באמצעות טיפול הורמונלי.^{9,11}

עקב ההמלצה הגורפת בטיפולים הקשורים לבסיס הורמונלי וכי גלולות למניעת היריון הן הקו הראשון הטיפולי באנדומטריוזיס, מעניין לראות מהן תופעות הלוואי הקשורות לגלולות למניעת היריון. לרוב, תופעות הלוואי קלות ונעלמות עם משך השימוש בהן או עם מעבר לסוג אחר של גלולות. ההשפעה השכיחה ביותר של הגלולות המשולבות (אסטרוגן ופרוגסטרוגן יחד) היא דימום מתמשך. בנוסף, נשים רבות מתלוננות על בחילות, כאבי ראש, התכווצויות בבטן, רגישות בשדיים, הפרשות מוגברות מהנרתיק וירידה בחשק המיני. נוסף על כך, גלולות למניעת היריון עלולות לגרום ליתר לחץ דם (ב-4-5% מהנשים הבריאות) ולהחמרת יתר לחץ דם ב-16-9% מהנשים עם יתר לחץ דם קיים. נשים עם סוכרת עשויות להצטרף בהגברת צריכת האינסולין על מנת לווסת את רמות הגלוקוז בדם בטווח הרצוי. כחלק מתופעות לוואי מסכנות חיים, הסיכון לפקקת ורידים ולשבץ איסכמי או אוטם שריר הלב עולה עם נטילת הגלולות.¹⁰

ההיבט התזונתי

מטרת הטיפול התזונתי היא הורדת רמות האסטרוגן, הפחתת דלקתיות והפחתת תסמיני מערכת העיכול. ישנן הוכחות כי תזונה ואורח חיים עשויים להשפיע על נוכחות דלקת בגוף, פעילות האסטרוגן, המחזור החודשי ומטבוליזם הפרוסטגלנדינים. ככלל, תזונה יכולה להשפיע על הסיכון לפתח אנדומטריוזיס.¹³ למרות השכיחות הגבוהה של המחלה (אחת מכל עשר נשים) ולמרות המידע התזונתי הרב הקשור לאסטרוגן, דלקתיות ומתילציה, לא נמצאו guidelines תזונתיים עבור אוכלוסייה זו. ניתן לשער שהטרונגניות המחלה מקשה על מציאת הנחיות ברורות ועל ביצוע מטא-אנליזה מקיפה.¹⁵ על פי גיליון מספר 7 במגזין Up To Diet משנת 2019, ישנה התייחסות לטיפול תזונתי אישי. המטרה לקבל המלצות על סמך התסמינים האישיים והעדפות המטופלות.¹⁴

משום שאנדומטריוזיס היא מחלה הקשורה בדלקתיות, נכון להתייחס לחומצות שומן חיוניות בתזונה. חומצות שומן אומגה 6 (PGE2 ו-PGF2α) כנראה מגבירות את התכווצויות הרחם וגורמות לתסמינים כואבים. עם זאת, חומצות שומן אומגה 3 (PGE3 ו-PGE3α) נקשרות להפחתת דלקת ולפיכך גם לפחות כאב.¹² מומלץ לאכול מאכלים הקשורים באומגה 3 שכן קשורים להפחתת דלקת ולהפחית במאכלים הקשורים לאומגה 6 מגבירי הדלקת.¹³

ייתכן כי רמות גבוהות של אסטרוגן הן גורם סיכון לפתח אנדומטריוזיס. מחקרים מראים כי יש קשר בין תזונה לבין שכיחות מחלות הקשורות באסטרוגן (למשל, סרטן השד וסרטן רירית הרחם),^{12,13} ניתן להניח כי רמות

האסטרוגן בדם משפיעות על התזונה ועשויות למלא תפקיד גם באטיולוגיה אנדומטריוזיס.¹² מכיוון שכולסטרול הוא פרקורסור של האסטרוגן, מומלץ לאכול מאכלים אשר משפיעים על פינוי מהגוף.¹³ מחסור ברכיבי תזונה כמו חומצה פולית, ויטמין B12, אבץ וכולין, עשוי להפריע למתילציה ב-DNA וכתוצאה מכך להפרעות אפיגנטיות אשר קשורות בהיפומתילציה, עקב כך להביא לדלקתיות, ועליה ברצפטור לאסטרוגן b.¹³

השפעת התזונה הים תיכונית על כאב הקשור לאנדומטריוזיס נבדקה במחקר באוסטריה על נשים שאובחנו עם לפרוסקופיה באנדומטריוזיס והראו סימפטומי כאב לפני ההתערבות. המטופלות נאלצו להקפיד על משטר תזונה ספציפי הכולל ירקות טריים, פירות, בשר לבן, דגים עשירים בשומן, מוצרי סויה, מוצרי ארוחה שלמה, מזונות עשירים במגנזיום ושומנים בכבישה קרה. במהלך ההתערבות, המשתתפות התבקשו להימנע ממשקאות ממותקים, בשר אדום, ממתקים ושומנים מן החי. דירוג הכאב צוין בסולם דירוג מספרי (NRS). כשליש מהמשתתפות לא הצליחו לדבוק במשטר הדיאטה עקב היריון או שינוי לאפשרויות טיפול קלאסיות. עם זאת, ב-68 משתתפות המחקר שנותרו, נמצאה הקלה משמעותית בכאבים הכלליים ובכאבים הקשורים בווסת, ביחסי מין ובזמן יציאות. כמו כן, גם שיפור במצב הכללי.¹⁵

רוב דרכי הטיפול, הן מהגישה הרפואית והן מהגישה התזונתית מדגישות את הצד לטיפול התסמינים הפיזיים. לרוב, איזון האסטרוגן, הפחתת דלקתיות ומניעת התקפי כאב ותסמיני מערכת העיכול במידה וישנם. על פי הכתוב, הטיפול התרופתי הנפוץ ביותר, גלולות למניעת היריון, רווי בתופעות לוואי אשר משפיעות על אורח החיים ועקב כך גם עשוי לא להתאים לחלק מהנשים. תזונה ים תיכונית אמנם מפחיתה את הכאב וגורמת לשיפור בדיווח המצב הכללי, אך לא בכל המקרים ניתן לדבוק במשטר הדיאטה. לפיכך, נראה כי שיטות הטיפול צריכות לקבל תפנית אשר תתמוך או תחליף את השיטות הקונבנציונליות כיום, נראה כי שפת האכילה יכולה להיות מקור שכזה.

שפת האכילה כדרך טיפול באנדומטריוזיס

על פי הנלמד בשיעורי הקורס, גישת שפת האכילה מושתת על פי מספר גישות המלוכדות לכדי גישה טיפולית אחת הנקראת "שפת האכילה". על כן, בחיפושי אחר גישה זו כדרך לטיפול באנדומטריוזיס שאפתי להכיר בחלק מגישות שצוינו בקורס לעומק. הגישות נתפסו בעיניי כמתאימות ככפפה ליד לגישה הטיפולית הרצויה לאנדומטריוזיס בפרט ולטיפול במחלות כרוניות ככלל. הגישות שנראו לי מתאימות הן הגישה הסלוטוגנית לבריאות והגישות הטיפוליות ממוקדות קבלה וקשיבות (mindfulness).

הגישה הסלוטוגנית

בתחום קידום הבריאות, המונח Salutogenesis שהציג הארו אנטונובסקי בספרו מ-1979, קשור למגוון משמעויות. המשמעות היסודית ביותר של המונח מתייחסת לחוויות החיים שעוזרות לעצב את תחושת הקוהרנטיות של האדם. תחושה חזקה של קוהרנטיות עוזרת לגייס משאבים להתמודדות עם גורמי לחץ וניהול מתחים בהצלחה. כלומר, תחושת הקוהרנטיות מבטאת את המידה שבה יש לאדם תחושת ביטחון מתמשכת ודינמית באשר לפנימיות האדם. באופן כללי, תחושת קוהרנטיות מכילה שלושה מרכיבים עיקריים עבור פירוש האירוע המלחיץ; comprehensibility (רמת ההבנה), manageability (יכולת הניהול), ו-meaningfulness (משמעות) המושפעים מאירועי החיים.¹⁶ כאמור לעיל (עמוד 2) אוכלוסיית הנשים החולות באנדומטריוזיס נוטה לפתח יותר דיכאון, חרדה ומצבים נפשיים קשים נוספים ולהיפך, מצבים נפשיים כמו לחץ וחרדה יכולים להשפיע על התקפי הכאב אותן חוות הנשים. על פי המודל הסלוטוגני הקשור לשפת האכילה, ככל שאישה תפתח תחושת קוהרנטיות גדולה יותר, כך תוכל לגייס משאבים להתמודדות עם גורמי הלחץ. על פי הבנתי, בהתייחסות לנאמר, התמודדות זו עשויה להפחית את התקפי הכאב ואף תסמינים נוספים שהמחלה מביאה עימה.

בנוסף לכך, התיאוריה הסלוטוגנית אינה מתמקדת ב"איך לשמור על אנשים שיהיו 'בריאים'". היא נובעת מלימוד יתרונות וחסרונות של רעיונות ופעולות בתחומי קידום הבריאות, המניעה, הריפוי והשיקום, על הבריאות של אותה מערכת מורכבת, האדם.¹⁷ הטיפול בעזרת הגישה הרפואית והגישה התזונתית שנכתבו לעיל (עמוד 3 ו-4), מתמקד בניסיון להפחתת הדלקתיות, הפחתת רמות אסטרוגן והפחתת תסמיני העיכול. כלומר, בהפחתת 'הגורמים' או 'גורמי סיכון' ו-'הפחתת תסמינים', לכן, הגישות דומות יותר למודל הפתוגני ולא כבסיס ל'קידום בריאות' כפי

שמתמקד המודל הסלוטוגני. על פי אנטונובסקי, לא ניתן להסתפק בהמעטה של גורמי סיכון אלא יש צורך בניאולוגיזם נוסף: גורמי בריאות (Salutary factors).¹⁷ כך, שהגישות הרפואיות והתזונתיות אינן מספיקות. על פי הבנתי, כחלק קידום הבריאות משמע חיזוק תחושת הקוהרנטיות לשם התמודדות מיטיבה עם לחץ, שתקדם את בריאותה של האישה המטופלת. בשאיפה להבין כיצד ניתן לקדם בריאות בנוסף לחיזוק הקוהרנטיות, נראה כי קבלה וקשיבות הן כלי מעניין שעשוי להביא נחת לאותן מטופלות.

קבלה וקשיבות (Mindfulness)

כפי שאני רואה זאת, המונחים "קבלה" ו-"קשיבות" נמצאים כחלק מקידום הבריאות ומחזקים את הגישה הסלוטוגנית. באשר לגישת הטיפול ב"שפת האכילה", נעשה שימוש בגישת טיפול הנקראת Acceptance and Commitment Therapy (ACT). ACT מטרתה להרחיב את הגמישות הפסיכולוגית על מנת לאפשר חיים עשירים, מלאים ובעלי משמעות תוך קבלת הכאב שהינו חלק אינטגרלי ובלתי הפיך מהחיים. הדרך להגיע לחיים מלאי משמעות מלווה בשישה תהליכים, אשר ממוקמים על הדף כצורת משושה. צורת המשושה מדגימה כי כל התהליכים אינם נפרדים זה מזה, אלא קשורים ומשפיעים אחד בשני. ששת התהליכים הינם; נוכחות ב'כאן ועכשיו' (Contact with the present moment), ערכים (Values), מחויבות לפעולה (Committed Action), אני כיצופה' (Self of context), קבלה (Acceptance) והפרדה קוגניטיבית (Difusion). כחלק מהמגע עם ה'כאן ועכשיו' נעזרים בתרגול קשיבות, המגע עם ההווה קשור למודעות לחוויה ברגע הנוכחי, המאפשרת לתפוס במדויק את המתרחש. ערכים, משמע להבין מה חשוב ומשמעותי עבורנו, ולא לחיות על פי מה שאחרים רוצים. מחויבות לפעולה, לבצע פעולות לאור הערכים שבהם אנו מאמינים לצורך המימוש לחיים מלאים. פעולה עשויה לדרוש אימון מיומנויות. אני כיצופה', היכולת של האדם לחוות עצמו כצופה ברגשות והמחשבות, במקום להיות הרגשות והמחשבות עצמן. קבלה, היא יצירת קשר פעיל עם חוויות פסיכולוגיות באופן ישר, מלא וללא הגנה מיותרת. הפרדה קוגניטיבית, היא היכולת ליצור מרחק ונפרדות בינינו לבין המחשבות.¹⁸

לדעתי, ACT היא דרך נפלאה להעצמת הסיפוק מהחיים עבור חולים במחלה כרונית שאין לה מרפא. הגברת הגמישות הפסיכולוגית יכולה לאפשר לאישה להגיע לחיים מלאים למרות הכאב והסבל הכרוך במחלה. על פי הנלמד בכיתה ועל פי הכתוב למעלה, הדבר הראשון בו כדאי להתחיל בטיפול על פי גישת שפת האכילה הוא הבנת הערכים של המטופלות. כאשר המטופלת יודעת מה חשוב לה, היא תדע מה ינחה אותה לאורך חייה, על מה היא לא תוותר למרות תסמיני המחלה ואורח החיים הקשה המתלווה לכך. לאחר מכן, חיזוק ה'כאן ועכשיו' עשוי להפחית את תחושת התסכול המתלווה למחלה. כלומר, במקום עיסוק בעבר ("כשהייתי קטנה היו לי ווסתות קלות"), "פעם היו לי חיים חברתיים", "אם לא הייתה לי את המחלה בטח כבר היו לי חמישה ילדים כמו שתמיד חלמתי", ניתן להתעסק במה עכשיו עושה טוב ("למרות שכואב לי, הצלחתי להיפגש עם החברה לזמן מה"). יתרה מכך, כאשר המטופלת תסתכל על חייה כצופה מהצד כך תתחיל לבצע הפרדה קוגניטיבית. חשוב שהמטופלת תבין את ההצמדות הקוגניטיביות שלה ("אם אני שותה חלב, אהיה שבויעים בשירותים", "גלוטן עושה לי בטן נפוחה", "אף גבר לא ירצה אותי כי כואב לי ביחסי מיני") על מנת לאפשר לה בחירה בנוגע לטיפול בעצמה. אפשרות הבחירה מפנה את השליטה מהרופא/ה שממילא אינם יכולים לרפא את המחלה, אל המטופלת. בנוסף לכך, היות שאין guidelines תזונתיים הצמדות אלו לא בהכרח נכונות ועשויות לגרום להימנעויות שלא לצורך וחסרים תזונתיים שיכולים לגרום לתגובה לא רצויה בהקשר למחלה. הימנעויות אלו יכולות אף להביא להתקפי זלילה שכתוצאה מכך יביאו להתקפי כאב. העניקה למטופלת תחושת שליטה ומימוש עצמי חזק מתאפשרים על ידי קבלת המציאות כפי שהיא כאשר לא ניתן לשנות, אך עם זאת להתחייב לפעולות בהן המטופלת יכולה לשנות כדי לממש את ערכיה. אני מאמינה שעל פי גישה זו, מיקוד הטיפול באנדומטריוזיס יהיה העצמת סיפוק מהחיים לצד הכאב ולא במאבק מתמיד להפחתת הכאב.

היבט ודעה אישיים

במהלך שנות התואר במדעי התזונה, אובחנתי באנדומטריוזיס. לאחר הטיפול הרפואי שקיבלתי שכלל גלולות למניעת היריון. חשבתי שהעניין נפתר. בהתחלה הטיפול התרופתי עזר והקל על סימפטומי הכאב, ואף הנגעים המאפיינים את המחלה כמעט נעלמו. לאחר זמן מה, החלו תופעות לוואי הקשורות בטיפול התרופתי שהשפיעו רבות

על אורח חיי. בנוסף, הופיעו נגעים קרובים מאוד למעי שגרמו לתסמינים קשים במערכת העיכול. הבנתי שעם המחלה אצטרך להתמודד לבד ושאינן תרופת קסם שתרפא את הכאב והסבל. בגלל שאני סטודנטית למדעי התזונה, הרגיש שיש לי מזל וניסיתי בעזרת הידע שצברתי למצוא פתרון. חשבתי שאם אמצא משטר דיאטה מתאים עבורי, הסבל יחלוף. לאחר התייעצויות עם גורמים מוסמכים (דיאטנית, נטרופת, רופאת נשים ורופא גסטרו). הקפה של הבוקר שהיה הדבר המנחם ביותר ביום היה צריך להיפסק במייד. מוצרי חלב שאני כל כך אוהבת היו צריכים לצאת מהמקרר (למשפחה צרפתייה שאוהבת גבינות זה הדבר הקשה ביותר). נזקקתי למעבר לתזונה טבעונית על מנת להפחית את מקורות האסטרוגן החיצוניים, מה שהשפיע רבות על הסביבה החברתית והמשפחתית שלי. כיום אני מבינה שהפעולות שנקטתי היו על פי הגישה הפתוגנית, הקשורה להימנעות מגורמי הסיכון. ההימנעות נבעו מתוך פחד ולא מתוך מוטיבציה לקידום בריאות. כל אלו הובילו תחושת תסכול רבה.

במהלך השנה האחרונה בחרתי החלטות הקשורות בהמשך הקריירה שלי. אמנם על הדף אלו החלטות טובות שמקדמות אותי, אבל היוו מקור לחץ רב שגרם לתסמיני האנדומטריוזיס להופיע ללא שום הפוגה. בכל יום מלחיץ כמו ריאיון או מפגש חשוב הגיעו דימומים קשים שנמשכו ימים רבים לאחר מכן. הכאבים אינם עברו בנטילת תרופות לשיכוך כאב. תפיסת האירוע כגורם מלחיץ הביאה עימה חרדה רבה שלווה בהרבה אכילה ממקור רגשי. הקפה של הבוקר שהופסק חזר לתפריט יחד עם כוסות נוספות במהלך היום. היום אני מבינה שחוויתי מעין 'התקף אכילה' שנבע מהימנעות המתמשכת. בנוסף להתקפי שתיית הקפה, נמנעתי ממפגשים חברתיים מהחשש שיגיע כאב שלא אצליח להתמודד איתו מול אנשים.

עם השיעורים בקורס וקריאה רבה הקשורה לקבלה וקשיבות, התחלתי לחשוב מה מניע אותי ומה חשוב לי, כלומר, מהם הערכים שלי? אלו מלווים אותי כיום בכלל הבחירות בחיים שלי, בדגש על התזונה והאירועים החברתיים. כעת, לא אגיד שהכל נפתר, אבל אני לומדת לחיות לצד הכאב. יודעת מה חשוב לי ועל מה אני לא רוצה לוותר וכאשר אני לא מוותרת על הדברים שחשובים לי, אני מסופקת. אני לומדת לחיות את היכאן ועכשיו, כאשר אין כאב, אך גם במיוחד כאשר הכאב נמצא. אמנם המחשבות על העתיד עוד נמצאות, אבל הן אלו שמנתבות אותי לבחירות ולפעולות הקשורות לסולם הערכים שבניתי לעצמי שאני מבצעת כיום. אני חושבת שללא הקורס של שפת האכילה, הייתי מנסה להמשיך להיאבק בדברים שאינם בשליטתי.

✕ ... **אחיות אנדומטריוזיס ישראל**  התגבשות • 2 שעות

נפילה 😞
החלטתי לפני כמה זמן לשנות את התזונה שלי בעצותיך, ובאמת להפתעתי שבוע שהתמדתי בקושי כאב לי!
ואז, הזיכרון קצת היטשטש, והופ כמה קוביות לואקר, הופ חלב רגיל, הופ שוקולד, וכן הלאה..
מפה לשם, לא ישנתי כל הלילה כמעט, מהערב אתמול עד עכשיו כואב לי 😞

איך אתן מצליחות לשמור על זה ולא ליפול ככה?
נראה שלהזכיר לעצמי שאם אוכל לא טוב יכאב לי בסוף לא תמיד עוזר 

יום שקט ורגוע לכולן ❤️❤️

13 תגובות   

 שלי  הגב/הגיבי  לייק

ביבליוגרפיה

1. Zondervan, K. T., Becker, C. M., & Missmer, S. A. (2020). Endometriosis. The New England Journal of Medicine, 382(13), 1244-1256. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1810764>.
2. WHO – World Health Organization. access date: 07/2022. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/endometriosis>.
3. Bulun SE, Yilmaz BD, Sison C, Miyazaki K, Bernardi L, Liu S, Kohlmeier A, Yin P, Milad PMC6693056.M, Wei J. Endometriosis. Endocr Rev. 2019 Aug 1; 40(4): 1048-1079. doi: 10.1210/er.2018-00242. PMID: 30994890; PMCID:

4. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril*. 1997 May; 67(5): 817-21. doi: 10.1016/s0015-0282(97)81391-x. PMID: 9130884.
5. Ek M, Roth B, Ekström P, Valentin L, Bengtsson M, Ohlsson B. Gastrointestinal symptoms among endometriosis patients--A case-cohort study. *BMC Womens Health*. 2015 Aug 13; 15: 59. doi: 10.1186/s12905-015-0213-2. PMID: 26272803; PMCID: PMC4535676.
6. Koninckx PR, Fernandes R, Ussia A, Schindler L, Wattiez A, Al-Suwaidi S, Amro B, Al-Maamari B, Hakim Z, Tahlak M. Pathogenesis Based Diagnosis and Treatment of Endometriosis. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021 Nov 25; 12: 745548. doi: 10.3389/fendo.2021.745548. PMID: 34899597; PMCID: PMC8656967.
7. Saunders PTK, Horne AW. Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. *Cell*. 2021 May 27; 184(11): 2807-2824. doi: 10.1016/j.cell.2021.04.041. PMID: 34048704.
8. Laganà AS, La Rosa VL, Rapisarda AMC, Valenti G, Sapia F, Chiofalo B, Rossetti D, Ban Frangež H, Vrtačnik Bokal E, Vitale SG. Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. *Int J Womens Health*. 2017 May 16; 9: 323-330. doi: 10.2147/IJWH.S119729. PMID: 28553145; PMCID: PMC5440042.
9. Rolla E. Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *F1000Res*. 2019 Apr 23; 8:F1000 Faculty Rev-529. doi: 10.12688/f1000research.14817.1. PMID: 31069056; PMCID: PMC6480968.
10. Cooper DB, Patel P, Mahdy H. Oral Contraceptive Pills. 2022 Feb 26. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 28613632.
11. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, King K, Kvaskoff M, Nap A, Petersen K, Saridogan E, Tomassetti C, van Hanegem N, Vulliamoz N, Vermeulen N; ESHRE Endometriosis Guideline Group. ESHRE guideline: endometriosis. *Hum Reprod Open*. 2022 Feb 26; 2022(2): hoac009. doi: 10.1093/hropen/hoac009. PMID: 35350465; PMCID: PMC8951218.
12. Jurkiewicz-Przondziona J, Lemm M, Kwiatkowska-Pamuła A, Ziółko E, Wójtowicz MK. Influence of diet on the risk of developing endometriosis. *Ginekol Pol*. 2017; 88(2): 96-102. doi: 10.5603/GP.a2017.0017. PMID: 28326519.
13. Halpern, Gabriela, Schor, Eduardo and Kopelman, Alexander Nutritional aspects related to endometriosis. *Revista da Associação Médica Brasileira [online]*. 2015, v. 61, n. 6 [Accessed 25 July 2022] , pp. 519-523. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.06.519>>. ISSN 1806-9282. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.06.519>.
14. <https://www.atid-eatright.org.il/Magazines/Magazine7/17/#zoom=z> Access Date: 07/2022.
15. Nirgianakis, K., Egger, K., Kalaitzopoulos, D.R. *et al*. Effectiveness of Dietary Interventions in the Treatment of Endometriosis: a Systematic Review. *Reprod. Sci*. 29, 26–42 (2022). <https://doi.org/10.1007/s43032-020-00418-w>.
16. Idan, Orly, Monica Eriksson, and Michal Al-Yagon. "The salutogenic model: The role of generalized resistance resources." *The handbook of salutogenesis* (2017): 57-69.
17. אנטונובסקי, א. (1998). The salutogenic model as a theory to guide health promotion/ המודל הסלוטוגני כתיאוריה מכוונת בקידום הבריאות *מגמות*, 170-181.
18. Harris, Russell. "Acceptance and commitment therapy (ACT) introductory workshop handout." *Psych Med* (2007).