

הפרעות אכילה מאופייניות בעיסוק מוגזם באוכל ובמשקל, אשר גורמים למצוקה ולפגיעה משמעותית בתפקוד. בעמוד הנוכחי, תוכלו לקרוא על סוג הבעיות אכילה, גורמים, הרשעות של הפרעות אכילה ודרכי טיפול.

הפרעות אכילה הן שם כולל לקבוצת אבחנות המتبטהת בעיסוק מוגזם באכילה ומשקל, לצד דפוסי אכילה בעיתים אשר מובילים לקשישים ורגשיים ולפגיעה משמעותית בתפקוד. להפרעות אכילה, בשונה מהפרעות נפשיות אחרות, עלולות להיות השלכות פיזיות ובריאות משמעויות מסוימות חיים. בשנים האחרונות, עקב הגברת המודעות לתזונה נכונה ובריאה, לצד הניסיון החברתי לשינוי אידיאל הרזון, עלתה גם המודעות בתחום הפרעות האכילה ולחשיבות הטיפול בהפרעות אכילה.

סוגי הפרעות אכילה

כיום, אנשים רבים מקיימים מערכות ייחסדים מורכבות עם תזונה, כך שלא פעם אוכל מהו אמצעי להתרמודדות עם קשישים ורגשיים. אותה מערכת ייחסים עם אוכל, עשוייה להישען על גורמים רבים, כגון נטיות גנטיות, דפוס התקשורת והזנה בתחילת החיים, היחס לאוכל ולהזנה בילדות, גורמים חברתיים ועוד.

יחד עם זאת, על אף המורכבות הקיימת פעמים רבות עם אוכל, מצב של הפרעת אכילה הינו מצב יחסית קיצוני, המटבטה בדפוס אכילה או עיסוק מוגזם באוכל לאורך זמן מתמשך, פגיעה בתפקוד הסובב מהפרעה או סביבתו ועיתים גם פגיעה פיזית או בריאותית כדוגמת ירידת דרסטית במשקל. להלן סוגים הפרעות האכילה, על פי ספר האבחנות-5-DSM:

• אנורקסיה נרבוזה – אנורקסיה נרבוזה היא הפרעת אכילה המאפיינית בירידה דרסטית במשקל הגוף, המתרכשת באמצעות הרעבה ו/או פעילות ספורטיבית מוגזמת. הפרעה מלאה בפחד עצום מהשמנה ועסוק מוגזם באוכל.

• בולימיה נרבוזה – בולימיה נרבוזה היא הפרעת אכילה המאפיינית בהתקפי זלילה המלווים ב"התנאהות מפצחות" אשר מטרתן היא מניעת עלייה במשקל. התנאהות אלו יכולות להיות הקאה, צום, שימוש במלשללים ועוד.

• הפרעת התקפי זלילה – הפרעת אכילה המאפיינית בהתקפי אכילה חוזרים בהם נוצרת כמות מזון מופרצת המלאה בתחששה של חוסר יכולת לשלוט באכילה, אשמה וגעול עצמי. בשונה מבולימיה, בהפרעה זו אין התנאהות מפצחות.

• הפרעת פיקה – הפרעת אכילה המתאפיינת באכילת חומרים לא מזינים, שהם אינם אוכל, לאורך זמן.

• הפרעת העלאת גירה – העלאת אוכל שנבלע בחזרה לחלל הפה, לצורך לעיסה, בליה או ירידקה, ולא כתוצאה ממצב רפואי או חלק מהפרעת אכילה אחרת.

• הפרעת צריכת מזון נמנעת או מוגבלת – הפרעת אכילה או האכלה המתאפיינת בהימנעות או הגבלת צריכת המזון, ללא הפרעה באופן בו משקל וצורת הגוף נחווים, עד כדי איבוד משקל דרמטי, חסר תזונתי משמעותי, תלות בהאכלה או תוספי תזונה עד כדי הפרעה בתפקוד.

מלבד הפרעות אכילה אלו קיימות **הפרעות אכילה ייחודיות לפעוטות וילדים**, אשר באות לידי ביטוי בדףו אכילה בעיתים, הכוללים **אכילת יתר, סירוב לאוכל** ואכילה א-טיפיקלית (העלאת גירה, פיקה או אגירת אוכל).

שכיחות של הפרעות אכילה

אנורקסיה נרבותה ובולימיה נרבותה הן הפרעות האכילה השכיחות ביותר. כמו כן, הן שכיחות יותר בקרב נשים בכלל ונערות מתבגרות בפרט. הפרעות אכילה קיימות גם בקרב גברים, אך בשיעור נמוך יותר. בשנים האחרונות עלתה המודעות לקיומן הנרחב של הפרעות אכילה בקרב גברים, הבאות לידי ביטוי לעתים במופעים שונים מלבד שמאפייניות נשים, דוגמת עיסוק מוגזם בכושר, אידיאל הנוגע לשירים ולא לרזון, ועוד. כמו כן, פעמים רבות אנשים סובלים מסימפטומים של הפרעות אכילה אשר אינם מצטברים לכדי אבחנה ממשית. ההערכה היא כי רבים מהסובלים מקשיים בתחום זה אינם פונים לעזרה נפשית או רפואי, מה שמקשה על הערכה מדויקת של שכיחות התופעה.

מה הם הגורמים להפרעות אכילה?

הפרעות אכילה נובעות משילוב בין גורמים פסיכולוגיים, בין אישיים וחברתיים. גורמים פסיכולוגיים נוגעים לכך שפעמים רבות העוסק באוכל מהוות מעין כלי לביטוי של קשיים רגשיים ובין-אישיים, במיוחד במצבים בהם יש קושי לבטא את הכאב הנפשי בצורה אדפטיבית. פעמים רבים, עיסוק באוכל ושימוש בéments האכילה מהוות כלי שליטה בדרך לייצרת עצמאות ונפרדות מההורים, קושי סביב שנייני הגוף וההתעוררות המנית הנלווה לגיל ההתבגרות וכן ניסיון להתמודד עם קונפליקטים משפחתיים. על כן, הפרעות אכילה שכיחות במיוחד בגיל ההתבגרות. יחד עם זאת, אין להקל בכרך ראש ועל אף שתסמים אלו הפכו כמעט "נורטטיביים", יש חשיבות עצומה לפניה לטיפול על ידי מומחים להפרעות אכילה על מנת להפחית את המזוקה הגורמת לתסמים.

גורמים חברתיים-תרבותיים המשפיעים על התפתחותן של הפרעות אכילה, נוגעים בין היתר לדגש הרוב הניתן בתרבויות המערבית לרזון והופעה חיצונית. הסטייגמות השליליות הנלוות פעמים רבים להשמנה הפכו במרוצת השנים את הרזון לאידיאל ואף לאמצעי ביטוי לכוח רצון והצלחה, כאשר בפועל, מבנה הגוף ומשקלמושפעים בעיקר מגנטיקה ותזונה בריאה.

מה הן הרשעות של הפרעות אכילה?

הפרעות אכילה עלולות להוביל לנזקים פיזיולוגיים ובריאותיים קשים ואף למorte, שכן מדובר באחת מההפרעות הנפשיות בעלות אחוזי התמותה הגבוהים ביותר. מצבים של תת משקל מהווים סכנת חיים ומובילים מרבית המקרים לפגיעה במערכות גופניות פנימיות. גם כאשר המשקל עצמו אינו נמוך באופן מסוכן, עשויים תסמים כגון בלומוסי אכילה, הרעבה עצמית והקאות לפגוע בתפקודים גופניים שונים כגון סדרות המצחורי החודשי, תפוקוד לבבי, תפוקוד הוושט ועוד. בנוסף, **השמנת יתר** קיונית עשויה להביא לסתורת, מחלות לב, לחץ דם גבוה, קשיי פירון ועוד.

מלבד הנזקים הבריאותיים, הפרעות האכילה מובילות פעמים רבות לפגיעה בתפקוד של הסובל מההפרעה או של הסובבים אותו. הפרעות אכילה בילדים ובגיל ההתבגרות מובילות פעמים רבות לפגיעה בתפקוד של ההורים ואף של כלל המשפחה. כמו כן, הפרעות אכילה מובילות פעמים רבות

לפגיעה חברתית ובין אישית, בין היתר בעקבות התנהגוויות של הסתירה, דימוי גוף וערק עצמי נמכרים במילויים ועוד. מtower כר, הפרעות אכילה עלולות להוביל להזנחה תחומי חיים משמעותיים שאינם קשורים באכילה, ומtower כר לפגיעה ומצוקה משמעותית של הסובלים ממנה.

כיצד ניתן לטפל בהפרעות אכילה?

הນזקים הפיזיים והפסיכולוגיים המתוארים לעיל, כמו גם סכנות המוות המשמשת הנש��פת למתמודדים עם הפרעות אכילה, מדגישים את חשיבותו של מציאת טיפול הולם. על פי גישות עדכניות, טיפול בהפרעות אכילה כולל תחיליה תכנית תזונתי-רפואית הממוקדת בהשגת משקל תקין ושמירה עליון, באמצעות ליווי רפואי ותזונאי או דיאטנית קלינית. בנוסף, יש חשיבות למציאת התערבות פסיכולוגיות ופסיכיאטריות אשר תואמות את ההפרעה ואת הפגיעה בתפקוד של הסובל ממנה. במקורה של הפרעות אכילה, מדובר בשתי זרועות הכרחיות של הטיפול אשר זקוות אחת לשניה וכן לרוב הטיפול ינוון על ידי צוות רב מערכתי הכוללת דיאטנית קלינית ומטפל רגשי מומחה להפרעות אכילה.

קיימות מגוון שיטות טיפול מרכזיות בהפרעות אכילה אשר עשויות לסייע בהתמודדות עם הפרעה, בין היתר טיפולים דינמיים (פרטניים ו/או קבוצתיים) אשר מסייעים בזיהוי תפקיד ההפרעה בחיה המטופל והשבת השליטה בגופו, טיפולים קוגניטיביים התנהגותיים המיעדים להתמודד עם החשיבה האובייבית וההתנהגוויות הנלוות לה (עיסוק מוגן בספורט, למשל) והתערבות משפחתיות אשר מוקדשות בפרטן אדפטיבי יותר של קונפליקטים. טיפולים תרופתיים עשויים לסייע כאשר הפרעת אכילה נובעת או מלווה בבעיות רגשיות נפשיות אחרים כמו דיכאון, הפרעות אישיות או חרדה. עם זאת, הטיפול התרופתי אינו מטפל בהפרעת האכילה עצמה.

חשוב להזכיר כי הטיפול בהפרעת אכילה עשוי להיערך במסגרת מרפאית כאשר המטופל מסוגל להמשיך בשגרת חייו, אך במקרים רבים בהם נשקפת סכנה לחיה המטופל או שישתוף הפעולה שלו עם הטיפול נמור מאוד, ניתן להיעזר במסגרת אשפוזית המספקת השגחה רפואית מקיפה, הקפדה על תזונה נכונה ומסגרת טיפולית نفسית המספקת החזקה רציפה על מנת למנוע החמרה של הפרעת האכילה.

אנורקסיה נרבוצה היא הפרעת אכילה המאפיינת בירידה דרסטית במשקל הגוף, המלווה בפחד עצום מאכילה והשמנה, למروת השמאכט הגוף רחוק מהליהות צזה. בעמוד הנוכחי, תוכלו לקרוא על התסמינים הקליניים, כיצד מאבחנים אנורקסיה, גורמים ודרבי טיפול.

התרבויות שלנו מכתיבנה לנו את התפיסה לפיה "רזה זה יפה"; הדוגמן על גבי שלט החוצות, ה"אושייה" בראשות החברתיות או שחקנית הקולנוע. אותן דמיונות אשר אמורים לעורר בינו הרשאה והזדהות עלולות להוביל לעיסוק בלתי פוטסkeh בתיחסות לגוף ולמשקל עד כי זה הוא קרטייס הביקור שלנו, בין היתר כמנוף להצלחה אישית וחברתית. אך כשעושים זאת "טוב מדי", והרצין להורייד במשקל משקל מושתלט על המחשבה וmobiel להתנהגוויות של הרעה, עשויים בני נוער ומבוגרים להזיק לעצםם, לעיתים עד מוות, חלק מהפרעת אכילה הידועה בשם אנורקסיה נרבוצה.

מהם התסמינים הקליניים של אנורקסיה?

אנורקסיה נרבהזה היא [הפרעת אכילה](#) המאפיינת בירידה דרסטית במשקל הגוף, המלווה בפחד עצום מאכילה והשמנה, למراتה שהמצב הגוף רחוק מלהיות צהה. משמעות השם אנורקסיה ביוניות הוא "חוסר תיאבן" אך לרוב, הסובלים מאנורקסיה אינם נודדים תשוקה למצון. להפך, חלק גדול מתשומת הלב, המחשבה וההתנהגות היומיומית מתמקדים באוכל, בדרכים להפחחת כמות המזון הנצרך ולבדק את מצב הגוף ומשקל.

לרוב, סובלות מאנורקסיה נוטות להכחיש את מצבן, להתנגד לטיפול ואף להסתיר פעולות הקשורות לאוכל או לירידה במשקל. הדבר יתבטא, למשל, בסירוב לאכול בנסיבות אנשיים. כמו כן, עלולות להתלוות להפרעה לעיתים "התנהוגות מפצחות" אשר נועדו לפצות על האכילה, כמו הקאה, שימוש בחומרים מששללים, משתנים וחוקנים, או פעילות גופנית מוגזמת.

אנורקסיה מלאה בדרך כלל בהפרעות פיזיות ונפשיות משמעותיות. הלויקם בהפרעה נוטים לסבול מחשיבה מצומצמת, שינויים חריגים במצב הרוח (לעתים עד כדי הצגת תסמים החופפים להפרעת [דיכאון מג'ורי](#)), הפרעות שינה, התנהוגות אובססיבית-קומפלטיבית, פרפקציוניזם ונוקשות. בתחום הפיזי, פעים רבים מלאו האנורקסיה בהפסקת המഴוז או צל נשים, פגיעה בתפתחות סדרה בקרב בני נוער, בעיות במערכות העיכול והרבייה ועוד. במקרים קשים עשוי הרעבה העצמית וההפרעות הגוף הנלוות לה להוביל למות.

כמה אנורקסיה שכיחה?

שיעור ההפרעה מוערכת בכ- 1.2%, כאשר בקרב נשים בגיל 15 ומעלה השכיחות הינה 0.9% ובקרב גברים, לרוב ההפרעה מתרפצת מאוחר יותר והוא מוערכת כ- 0.3%. אנורקסיה נחשבת "הפרעה נשית", ולא ברור עד כמה ההעדפה המגדנית נובעת מבושה וnormות תרבותיות או מופיע ממשי בין גברים ונשים בנטייתם לפתח אנורקסיה נרבהזה.

כמו כן, מוקד ההפרעה משתנה בין נשים וגברים כך שנשים נוטות להתמקד ברזון ואילו אידיאלי הגוף הגברי לרוב כול מסת שריר ושרירים, ולכן הפרעות אכילה גבריות פחותות באוט לידי ביטוי בהרעה וסירוב לאוכל, יותר בעיסוק אובייסיבי בפעולות ספורטיבית.

אנורקסיה נרבהזה היא הפרעה הנפוצה יותר במדינות מפותחות וمتועשות, ובקרב השכבות החברתיות-כלכליות הגבוהות יותר. מקרים מראים כי מהגרות למדינות מפותחות וערביות נוטות לפתח את ההפרעה יותר מאשר בנות גילן בארץ מוצאן. גברים ספורטאים נמצאים בקצבצת סיון לפתח אנורקסיה, ונשים העוסקות בדגימות או במכלול נמצאות אף הן בקצבצת סיון לפתח אנורקסיה.

אבחנה על פי DSM-5

קריטריונים דיאגנוסטיים:

A. הגבלת צריכת האנרגיה הדורשה לאדם, המובילת למשקל גוף נמוך בצורה משמעותית בהתחשב בגיל,מין, מסלול התפתחות ובריאות פיזית. משקל גוף נמוך באופן קיצוני מוגדר כמשקל

שהוא נמור מהמינימום הנורמלי באוכלוסייה, או לחילופין, עכור ילדים ותבגרים, נמור מהמינימום המצופה לגיל ולמין הילד.

B. פחד מתensus מפני עלייה במשקל או להפוך לשמן, או לחילופין – התנהגות מתensus אשר מחייבת בעלייה במשקל, למרות שנמצאים במשקל נמור משמעותית.

C. הפרעה באופן בו האדם תופס את משקל הגוף או הצורה שלו. השפעה מופרצת של משקל הגוף או הצורה על ההערכה העצמית או חוסר הכרה בחומרה של משקל הגוף הנוכחי.

סוגים שונים של אנורקסיה

ניתן להבחין בין 2 סוגים של אנורקסיה, לפי התנהגוויות הנלוות לקריטריונים הדיאגנוסטיים:

1. **אנורקסיה מסוג מגביל (Restricting Type)** – תת סוג זה מאופיין ב-3 חדשים לפחות של הרעבה עצמית ללא אפיוזות של צלילה והקאה, ולא התנהגוויות של טיהור עצמי (הקאה מכונת, שימוש במשלשלים או משתנים, או חוקן). בתת סוג זה הירידה במשקל מושגת בעיקר בעקבות דיאטה, צום והתעלמות מופרצת.

2. **אנורקסיה מסוג מטהר (Binge Eating/ Purging Type)** – תת סוג המאופיין ב-3 חדשים לפחות של התנהגוויות חוזרות ונשנות של התקפי צלילה, או התנהגוויות מטהר.

כמו כן, את הפרעה ניתן לסוג על פי דרגת החומרה שלה, הנקבעת על פי BMI בקרוב מבוגרים, ועל פי אחוזן ה-BMI בהשוואה לממוצע בני גילם בקרוב ילדים ותבגרים. דרגת החומרה עולה גם ככל שיש יותר פגיעה בתפקוד ויוטר צורך בהשגה:

- מתון – BMI גדול או שווה ל-17
- בינוני – BMI בין 16 עד 16.99
- קשה – BMI בין 15 עד 15.99
- קיצוני – BMI קטן מ-15

מהם הגורמים לאנורקסיה?

גישהות שונות ניסו להסביר הפרעה זו, כאשר כיום מאמינים מרבית אנשי המקצוע כי שילוב בין הגורמים השונים מובילם להיווצרות הפרעה:

1. **גורמים חברתיים-תרבותיים:** השוואה בין תמנונות של "משמעות" עצויות לבין אייקונים תרבותיים מהעבר מדגימה את השינוי העצום אשר חל בשנים האחרונות באופן בו נתפסת "האישה האידיאלית", כאשר דוגמניות רבות רחות באופן קיזוני, וכן רזון הקשור לכוכח רצון, הצלחה ויפוי. חשוב לציין כי בשנים האחרונות גוברת המגמה להראות בתוכן פרטומי ושיווקי משקלים שונים ומבנה גוף שונים על מנת להפחית את האידיאלית למבנה גוף ספציפי ומוסמי, אך "קיידוש הרזון" עדין רווח ובא לידי ביטוי, גם אם לא במידה. בהתאם, מאמינים אנשי מקצוע כי עיסוק היתר של החברה המערבית באידיאל הרזון מעודד עלייה בשיעור האנורקסיה.

2. **גורמים פסיכולוגיים** – אנוורקסיה יכולה להתפתח מתוך הניסיון לפתח אישיות עצמאית, המאפיין בעיקר את גיל התבגרות. בשנים אלו, נדרשים נערם ונערות להתמודד עם אתגרים חברתיים חדשים ועם דחפי מין ותוקפנות שלולים. ניתן, אם כך, לראות בחיפוש אובייסיבי אחר רזון המוביל לא פעם לעצירת התפתחות כניסיון לדחות ולהכחיש מיניות. מתוך כך, יש הרואים באנוורקסיה ניסיון להפגין שליטה ולהשיג אוטונומיה, המכסה דוקא על עצמיות מעורפלת ולא מפותחת.

3. **גורמים משפחתיים** – מחקרים מצאו 3 מאפיינים משפחתיים המקשרים להתפתחות אנוורקסיה: חוסר בהגדרה ברורה של גבולות, עירוב יתר בקונפליקט הורי וAMENTIUT ששליטה במשפחה. כמו כן, נמצא קשר בין אנוורקסיה לבין התמודדות עם דמות אם דומיננטית הנחוית כפולשנית וחודרנית, ממנה קשה למצוא נפרדות וזהות אישית. במקרים אלו, הרעה עצמית יכולה להיות סוג של ניסיון להכריז על הגוף, להכני ולהראות את הדימוי הפנימי של האם הפלשנית, לדחות את הנשיות עצמה. מנגד, הדינאמיקה בסיסי ההפרעה יכולה לנבוע מהרצן להישאר קטנה, חלשה וזקוקה להגנה, ובכך למנוע נפרדות מהאם האוהבת או מהמשפחה המוגנתה.

4. **גורמים ביולוגיים** – לא קיימות עדויות חד משמעיות לקיום גורמים תורשתיים בהיווצרות ההפרעה, אך הם נמצאו כגורם משמר את ההפרעה ואולי אף מקשים על טיפול אפקטיבי בה. כך, מצויים ביולוגיים הנוגעים לקשיים במנגנון מוחי של וויסות אכילה (בהיפולטמוס) עשויים לשקף את הנזק הנגרם כתוצאה מהרעבה מתמשכת. באופן דומה, נמצא כי חומרים אופיאטיים המיוצרים בגוף כתוצאה מחסור במזון מגברים את הנטייה להתחשך לתוחשת הרעב, וכן משמרים את תסמיini ההפרעה הנוגעים להרעבה.

AIR NITAN LETFEL BAANOERKSIYA?

טיפול באנוורקסיה הוא טיפול מרכיב וממושך אך הוא עשוי להביא לשיפור ממשמעותי הן בסימפטומים האנוורקטיים והן בקשישים הנפשיים הנלוים להפרעה כגון הערכה עצמית נמוכה, קשיי נפרדות, עיסוק יתר בשליטה ועוד. יחד עם זאת, מטרת הטיפול הראשונית היא הפחחת הסיכון לחץ המטופל ושיפור במצבה הרפואי והגופני.

1. **ליוי רפואי** – תחילתה, על מנת להתמקד בהיבטים הרפואיים והגופניים של ההפרעה, ולהפחית את הסיכון לחץ המטופל, על הטיפול להיות מלאה ברופא אשר יפקח על מדים רפואיים קרייטיים ויסיע בבחירה מסגרת טיפול מתאימה. לצד זאת, מומלץ לקבל סיוע מ膳זונאית קלינית המומומת **בהפרעות אכילה**, על מנת לאזן ולשמור על הרגלי תזונה אשר יתמכה בהתמודדות עם ההפרעה.

2. **אשפוז** – במצבים של סכנת חיים, או כאשר מטופלים ומשפחותיהם חשים כי הם אינם מסוגלים להתמודד עם הפרעת האכילה במסגרת ביתית, אשפוז עשוי להיות מסגרת טיפולית מקיפה ויעילה במיוחד. אשפוז, המתאים לרוב מסגרות ייחודיות להפרעות אכילה, מאפשר השגחה על מצבו הרפואי של המטופל וה坦אמת דיאטה והרגלי אכילה בריאות. כמו כן, ניתנים טיפולים פסיכולוגיים מותאמים וניסיון להcin את המטופל לחים בקהילה, בבוא הזמן.

3. **פסיכותרפיה להפרעות אכילה** – כיוון שאחד האתגרים המשמעותיים בהפרעה זו נוגעת למוטיבציה לשינוי ולטיפול, הסובלמים והסובלות מאנוורקסיה עשויים לגלוות התנגדות רבה לטיפול המכוון לעליה במשקל. لكن, טיפול פסיכודינמי עמוקיק, יש דגש על רכישת אמונה של המטופל

והבנת נקודת המבט והצורך שלו ביחס לנסיבות מיוחדות במיוחד ועשויים לאפשר, בהמשך הטיפול, שינוי דפוסי התנהלות ומחשבה. **טיפולים קוגניטיביים-התנהגויות** מתמקדים באופן אקטיבי בשינוי הסימפטומים האנורקטיים ומאפשרים למטופל לרכוש יכולות כבקרה על רגשות ומחשבות אוטומטיות שמעוררת בהם האכילה וויסות רגשות אלו, שיפור מiomנויות בין אישיות וכן הלאה.

4. **טיפול משפחתי בהפרעות אכילה** – בנוסף לטיפולים פסיקולוגיים פרטניים המתמקדים בהפרעה ובగורמים לה, טיפול משפחתי ייעיל במיוחד במקרים בהם גורמי ההפרעה נשלנים על דפוסים משפחתיים לא מיטיבים או קונפליקטיבים משמעותיים למרחב המשפחה. כמו כן, ניתן שהפרעת האכילה משפיעה בדרך צזו או אחרת על כל אחד מבני המשפחה, טיפול משפחתי יכול לשפוך אור על השפעות אלו ועל האופן בו יכולה המטופלת להשתלב באופן אדפטיבי יותר בדינמיקה המשפחה הקיימת או המשתנה.

יש לציין כי **טיפול רפואי** נמצא כלל לא מיוחד לטיפול בסימפטומים אנורקטיים, אך הוא עשוי לתרום להפחחת מצב **דיכאון וחרדה** כאשר הם נלוויים לאנורקסיה נרבותה.

בולימיה נרבותה היא הפרעת אכילה, אשר מאופיינת באפייזודות חוזרות של התקפי זלילה בלתי נשלטים, לצד התנהגוויות מפצחות כמו ספורט או הקאות. בעמוד הנוכחי, תוכלו לקרוא על התסמינים הקליניים, כיצד מאבחנים בולימיה, הגורמים ומהן דרכי הטיפול בболימיה.

ברובות הרומיות העתיקות נהגו בני האצולה להקיא את אשר אכלו במהלך המשתה בכך לאפשר לעצם להאריך את משך החגיגה. נהוג זה נחשב מקובל ויעיל ואיש לא סיווג אותו כהפרעת אכילה. למעשה, רק ב-1979 החלו אנשי מקצוע לראות בה**תקפי זלילה** המלוים בתנהגוויות מפצחות (כהקה וספורט) בעיה בפני עצמה; עד אז, נחשבה בולימיה ל"סוג של **אנורקסיה**" ולאZXתא להכרתם של אנשי מקצוע. בעשור הראשון של המאה ה-21 נשים הסובeltas מבולימיה להכיר בכך שדפוס אכילתן מובהן ובעיתי, ויש לפנות לעזרה טיפולית מותאמת.

מהם התסמינים הקליניים של בולימיה?

בולימיה היא **הפרעת אכילה** אשר מתאפיינת באפייזודות חוזרות של התקפי זלילה בלתי נשלטים, לצד התנהגוויות מפצחות כמו ספורט או הקאות. בנגד **הפרעת אכילה כפייתית**, בה אין התנהגוויות מפצחות.

במבט ראשון, קשה לזהות את הסובeltas מבולימיה: על אף שימוש מגזם בצורה הגוף ובמשקל, לרוב משקלן תקין והתקפי האכילה מתרחשים בסתר ובדידות. במהלך התקפים אלו, צורכות הסובeltas מבולימיה כמויות מזון גודלות המלצות ב"התנהגוויות מפצחות" אשר מטרתן למונע עלייה במשקל. התנהגוויות מפצחות יכולות להיות הkah, צום, שימוש במשלשלים וכו'.

פעמים רבים, בולימיה נלוית להפרעות שונות, ויש חשיבות מכרעת לאבחן בצוורה אשר לוקחת בחשבון תחלואה נלוית, על מנת לטפל בצוורה מותאמת ונטולת סיכונים. בקרב הסובeltas מבולימיה נטיה לשימוש בחומרים כמו סמים ואלכוהול, גיבבה מחניות, יחסן מין הרסנים, **דיכאון וחרדה**. כמו כן, חלק מהנשים הסובeltas מבולימיה סובלות גם **הפרעות אישיות** שונות.

כמה זה שכיח?

הספרות מדויקת על שכיחות הפרעה של כ-3%-1 מהאוכלוסייה. ככל הנראה, מדובר בהערכת חסר ושכיחות ההפרעה בפועל גבוהה יותר. כ-95% מהסובלות מבולימיה הין נערות בגיל ההתבגרות וবבגרות המוקדמת. שכיחות ההפרעה בקרב גברים פחות ידועה, אך נראה כי מדובר בשכיחות נמוכה בהרבה מאשר בקרב נשים, כאשר ההערכה עומדת על יחס של 1:10 (כלומר, על כל 10 נשים מאובחנות, גבר אחד הסובל מבולימיה).

אבחנה על פי DSM-5

קריטריונים דיאגנוטיים:

A. אפיוזודות חוזרות של זלילה המאפיינות בשני קרייטריונים:

1. אכילה בפרק זמן מוגדר של שעתים לפחות, כמות אוכל שהיא באופן משמעותי וברור גדולה ממה שרוב האנשים היו אוכלים במהלך פרק זמן זהה תחת אותן נסיבות.
2. תחושת חוסר שליטה על האכילה בזמן האפיוזודה (תחושה שהאדם אינו מסוגל לעצור או לשלוט במא ובכמה הוא אוכל).

B. התנהגויות מפצזות חוזרות במטרה למנוע עלייה במשקל כמו הקאות יזומות, שימוש לרעה במשלשלים, משתנים או תרופות אחרות, צום או התעלמלות מופרצת.

C. אפיוזודות הזלילה וההתנהגות המפצעת מתרחשות במעט לפחות פעם בשבוע במשך 3 חודשים.

D. ההערכה העצמיתמושפעת בצורה מופרצת ממשקל וצורת הגוף.

E. ההפרעה לא מופיעה רק במהלך אפיוזות של אנוורקסיה נרבוצה.

סוגים שונים של בולימיה

את ההפרעה ניתן לסווג על פי חומרה, הנקבעת לפי שכיחות התנהגויות המפצעות (ممtan ועד קיצוני), וכן ניתן להבחין בין סוגים שונים של בולימיה, לפי סוג ההתנהגות המפצעת:

1. בולימיה עם התנהגויות מפצזות מטהרונות אשר מאופיינת בהקאה יזומה או שימוש במשלשלים, משתנים, חוקן או אמצעים רפואיים אחרים.
2. בולימיה עם התנהגויות מפצזות לא מטהרונות אשר מאופיינת בצום ופעולות ספורטיבית מוגזמת.

מהם הגורמים לבולימיה?

מודלים וגישות שונות ניסו לזהות את הגורמים להפרעה בדףו האכילה, כאשר מרבית אנשי המקצוע רואים בהפרעה תוצאה של שילוב בין מספר גורמים:

1. גורמים ביולוגיים: אין עדות ברורה לקיום מנגנונים ביולוגיים או גנטיים הקשורים בבלמיה, אך לאחר טיפול אנטि-דיכאוני נמצא עיל, סביר כי קיימת השפעה לנירוטרנסmitterים אשר מקושרים במצב רוח כמו סרotonin ונוראפנפרין.

2. גורמים תרבותיים: בעשרות האחרונים רצון הף למודל יופי בתרבויות המערביות. אותו מודל יופי מוביל לכך שנערות ונשים חשופות למסרים ישירים ועקיפים אשר מティפים להרזה. מסרים אלו הובילו להתקפות סטריאוטיפים שליליים לפיהם נשים שאינן רזות עלולות להיתפס כחלשות או חסרות כח רצון. כך, הופך משקלת של האישה למקור למתח ומאבק. וכך, עשי גופה של האישה להפוך לモקד לביטוי קשי רגשי הנובע מלחץ תרבותי.

3. גורמים פסикו-סוציאליים: לא ניתן להצביע על גורם חד משמעי המוביל לבלמיה, אך נמצא כי לסובלות מבולימיה משפחת הנוטות להיות בעלות קונפליקטים רבים, כאשר ההורים מתוארים לא פעם כדוחים, מזנichים, עזניים ומעודדים לרצון. נשים רבות הסובלות מבולימיה חוות בעברן התעללות מינית או פיזית, ואפיוזודות של זלילה או התנהגוויות מפצחות נוטה לצוץ בתקופות של מתח ולחץ.

4. גורמים אישיותיים: ההבחנה בין גורמים אישיותיים לגורמים פסיקו-סוציאליים אינה חד משמעית. בהיבט הנפשי האישני, סובלות מבולימיה נוטות למצוות רוח שליליים, לתנדותיות ולאימפולטיביות, כמו גם לדימי עצמי ו גופני נמוך. עם זאת, נטייה זו עשויה להיות תוצאה של התמודדות עם טראומה וקשיים סביבתיים.

air nitan l'tefel b'bolimiah?

נשים הסובלות מבולימיה מציגות פעמיים רבות חזות "מושלמת" מבחינה חיצונית, תעסוקתית ובין אישית. למרות זאת, העיסוק המוגזם במשקל משקל מוביל את הגוף והנפש למצוקה, אשמה ואף דיכאון. טיפול בבלמיה לרוב כולן ממספר התערבותיות טיפולות במקביל, במטרה לספק מענה הן להפרעה האכילה והן לקשישים נפשיים אישיים וסביבתיים הנלוים לה. יחד עם זאת, חשוב לציין כי להפרעה השפעות ממשיות על בריאות הגוף, ולכן הטיפול חייב לכלול ליוי רפואית המפקח על מדדים רפואיים וכן סיווע מתזונאית המומחית בהפרעות אכילה לשם איזון הרגלי האכילה ושמירה על תזונה בריאה שתומכת את ההתמודדות עם ההפרעה.

1. טיפול נפשי רפואי: טיפול פסיכותרפי מאפשר התבוננות בנסיבות האכילה עבור המטופל, בדימוי העצמי והגופני הנמכרים ובקשיים האישיים והבין אישיים. נושאים כמו ניות, קשיי בהכרה בצריכים האישיים ופחד מאובדן שליטה עליהם פעמים רבות בטיפול.

2. טיפול קבוצתי: טיפול קבוצתי נמצא כיעיל ומאפשר למטופל הן התמודדות עם קשייה בתחום האכילה והן בחינה של קשריה הבין אישיים וקבלת תמיכה מנערות או נשים הסובלות מתרסמיים דומים לשלה.

3. טיפול רפואי: טיפול רפואי אנטี้-דיכאוני נמצא עיל בעיקר בשיפור מצב הרוח במקרים של נטייה לדיכאון. עם זאת, מחקרים מצאו כי במקרים רבים הטיפול הרפואי אינו משפיע על דפוסי האכילה הביעיתיים הנלוים להפרעה, ולכן הם ניתנים במצבים בהם יש צורך לסיע להפרעות מצב רוח נלוות להפרעה.

הפרעת אכילה כפִּיְתִית מאופיינת בהתקפי זלילה חוזרים, תחושת חוסר שליטה וחוויה של מצוקה. בעמוד הנוכחי, תוכלו לקרוא על האבחנה של הפרעת אכילה כפִּיְתִית, גורמים ודרכי טיפול בהפרעת אכילה כפִּיְתִית.

כמעט כל אחד מאיתנו מוצא עצמו לעיתים מרגיש שאין מצליח להפסיק לאכול דבר מה טעים, או עם תחושת חרטה על ארוחה גדולה מדי. יחד עם זאת, כאשר תחושות אלו מלואות **בהתקפי זלילה** בלתי נשלטים אשר חוזרים על עצם לעיתים קרובות ומעוררים מצוקה רבה, יתכן שמדובר בהפרעת אכילה כפִּיְתִית.

הפרעה, אשר נקראת לעיתים גם הפרעת אכילה בולמוסית או אכילת ביג'ן, נכנסת למדרי' האבחון והסטטיסטיקה של **ההפרעות הנפשיות (DSM)** במהדורתו الأخيرة, אשר יצאă בשנת 2013, ומazel היה ניתנת **אבחנה של הפרעת אכילה**. כיום היא נחשבת הפרעת האכילה השכיחה ביותר.

טסמיינים קליניים

הפרעת אכילה כפִּיְתִית היא הפרעה אשר **מתאפיינת בנטיה חוזרת להתקפי אכילה בלתי נשלטים, שלא נובעים מתחושת רעב**. במהלךם, האדם אוכל בפרק זמן קצר כמות מזון גדולה ובבלתי מידתית. לרוב, ההתקפים מובילים לתחושת מלאות קיצונית ולא נעימה, ובטעות הרחוק גם לביעות בריאותיות, בהן סיכון להשמנת יתר, עליית כולסטרול ועוד.

אל התחושות הפיזיות הקשות והסיכונים הבריאותיים המאפיינים את הפרעת האכילה ה cpfִּיתית, נלוויים גם קשיים המסייעים לאדם תחושת מצוקה. היבט רגשי מרכזי סובב סביב **חוויות של חרטה, אשמה, בושה או גועל בעקבות אפיוזות של אכילה מופרצת**. בעקבות תחושת הבושה החזקה, במקרים רבים מתפתחת אצל הסובלים מן הפרעה נטיה להשקייע מאמץ רב בהסתתרת הבולמוסים מאנשים אחרים בסביבתם, אפילו הקרים אליהם יותר. צורה נוספת בה בושה עצמית באה לידי ביטוי היא בתחום הבין-אישי, כאשר לעיתים אנשים הסובלים מלהפרעה נוקטים בהימנעות ממפגשים חברתיים.

במקרים בהם תחושת החרטה על האכילה המופרצת מביאה ל"התנהוגות מפצחות" – פעולה יזומה של ריקון הגוף ממזון, דוגמת הקאה מכונת או שימוש בחומרים משלאלים – מדובר כבר במצב של הפרעת אכילה נוספת, כגון **בולימיה או אנורקסיה** מהת סוג שמאופיין בהתקפי זלילה.

שכיחות ההפרעה

ה שכיחות המוערכת של ההפרעה לאורך שנה בארה"ב, עומדת על 1.6% מהאוכלוסייה בקרב נשים, בעוד בקרב גברים היא מוערכת ב-0.6%. בעוד כך, הסבירות לפתח הפרעת אכילה כפִּיְתִית נמצאה כגובהה יותר בקרב אנשים אשר סובלים מהשמנת יתר (Obesity). בקרב אוכלוסייה זו, שכיחות הפרעה עומדת על בין 6.5%-8%. בנוסף, היא נמצאה שכיחה יותר בקרב אנשים אשר מחפשים טיפולים להורדת המשקל.

במקרים רבים הפרעת אכילה כפִּיְתִית מלאה בהפרעות פסיכיאטריות נוספות, בהן הפרעהBei-polairית, **דיכאון** והפרעות **חרדה**. כך, כמעט 50% מהמטופנים בהפרעת אכילה כפִּיְתִית מתמודדים גם עם דיכאון.

אבחנה על פי DSM-5

על מנת לקבל אבחנה של הפרעת אכילה כפניתית, על האדם לעמוד בכל הקритריונים הבאים:

A. הופעת אפיוזות חוזרות של התקפי זלילה, המאפיינים בשני קритריונים:

1. תוך פרק זמן של שבועיים, אכילת כמות אוכל גדולה באופן משמעותי מהכמות שמרבית האנשים היו אוכלים באותו התנאים והנסיבות.

2. תחושה של חוסר יכולת לשלוט באכילה במהלך התקף, למשל שאי אפשר לעצור או לשנות בכמות האוכל.

B. התקפי הזלילה מוקשרים עם 3 או יותר מהמאפיינים הבאים:

1. אכילה מהירה הרבה יותר ממהנורמה.

2. אכילה עד לתחושת מלאות לא נוכה.

3. אכילת כמות גדולה של אוכל, גם ללא תחושת רעב.

4. ביצוע האכילה בלבד, לאור תחושת מבוכה מכמות האוכל שאוכלים.

5. תחושה שהאדם נגעל עצמו, מדוctx, או חש אשם לאחר התקף הזלילה.

C. תחושת מתח המוקשרת להתקפי הזלילה.

D. התקפי הזלילה מופיעים במודיע בתדירות של לפחות פעם בשבוע, במשך שלושה חודשים.

E. התקפי הזלילה אינם מוקשרים להופעה של "התנוגות מפצה" כפי שניתן לזהות בהפרעת בולימיה נרבוצה, ואינם מופיעים כחלק מהפרעה זו או מאנורקסיה נרבוצה.

את הפרעה ניתן להגדיר על פי דרגת החומרה שלה, אשר נקבעת על פי שכיחות אפיוזות הזלילה:

- מתון: 1-3 אפיוזות בשבוע.

- בינוני: 4-7 אפיוזות בשבוע.

- קשה: 8-13 אפיוזות בשבוע.

- קיצוני: 14 אפיוזות ומעלה בשבוע.

מהם הגורמים להפרעת אכילה כפניתית?

לא הרבה ידוע על המקור של התפתחות הפרעה, אשר לרוב מופיעה בשנות גיל ההתבגרות או בבגרות המוקדמת. כיוון שישנם מקרים חוזרים של הפרעת אכילה כפניתית בתוך משפחות, ניתן כי ישנה מעורבות של גנטיקה בהתפתחות הפרעה.

לצד זאת, כן ניתן לזהות גורמי סיכון אשר תורמים להופעתם של התקפי זלילה: גורמי לחץ, דימוי גוף שלילי, אכילה פחותה כתוצאה מדיאטה וشعום.

איך ניתן לטפל בהפרעת אכילה כפינית?

סוגים שונים של [טיפולים פסיכולוגיים](#) נמצאו שימושיים במקרים של הפרעת אכילה כפינית.

• **טיפול בגישה קוגניטיבית התנהגותית (CBT)**: טיפול המוקד בשינוי דפוסי התנהגות וחשיבה אשר מובילים להתקפי זלילה. במסגרתו מתמקדים בזיהוי הטריגרים להתקפי האכילה, שיפור הדימויי הגוף והערכתה העצמית, ולימוד אסטרטגיות לשילטה עצמית.

• **טיפול בגישה דיאלקטית התנהגותית**: טיפול המבוסס על השגת שליטה ב-4 מיומנויות מרכזיות אשר מסייעות בהגברת השליטה העצמית, ועל כן גם באפשרות לשולוט בהתקפי האכילה. טיפול באכילה כפינית בשיטה זו כולל הגברת היכולת למודעות העצמית, ריכשת מיומנויות לווייסות מצב הרוח, הקניית אסטרטגיות להתמודדות עם תסכולים ושיפור היכולות הבין אישיות.

• **טיפול בגישה דינמית**: טיפול באכילה כפינית בגישה זו יתמקד בגורמי העומק להתרפותות דפוס האכילה הרגשית, עיבוד הרגשות הנלוים לה והבנת ההקשר הבין-אישית של האכילה ה финית. על רקע אלו, הטיפול מכוון להתמודדות ולהגברת יכולת השליטה בהתקפי האכילה.

לצד התמודדות עם ההיבט הרגשי וההתנהגותי של ההפרעה, חשוב שלא לזרום גם את השפעותיה על בריאות הגוף. לכן, חשוב שהטיפול יהיה מלא ברופא שיוכל לסייע וללוות את הטיפול, תוך פיקוח על מדדים שעשויים להיפגע כתוצאה מההפרעה – BMI, רמות כולסטרול ולחץ דם. כמו כן, לשם איזון הרגלי האכילה ושמירה על תזונה בריאה שתומכת בתמודדות עם ההפרעה, מומלץ לקבל סיוע מדיאטנית המומחית בהפרעות אכילה.

הפרעות אכילה – במה מדובר?

הפרעות אכילה הן הפרעות נפשיות חמורות אשר עלולות להוביל להשלכות רבות, כגון מצוקה נפשית, חברתית, קוגניטיבית וסיבוכים רפואיים שונים. הפרעות אכילה מופיעות פעמים רבות כבר מהילדות או [מגיל ההתבגרות](#), لكن יש חשיבות מכרעת להתרבותות טיפולית מוקדמת ולהגברת המודעות לגורמים אשר מובילים להתרפותות הפרעות אכילה שונות. מחקרים רבים נעשו על מנת להבין לעומק את הסיבות המורכבות להתרפותותן של הפרעות אכילה שונות.

למעשה, קיימים גורמים שונים ומגוונים המובילים להתרפותות הפרעות אכילה. כאשר ניגשים לטיפול בהפרעות אכילה, יש חשיבות מכרעת להתבוננות אינטגרטיבית, הולוקחת בחשבון את הקשר המורכב הקים בין גורמי הסיכון השונים. כך, מטפלים המומחים להפרעות אכילה יכולים לספק מענה הולם אשר מאפשר התמודדות עם המצוקה אשר הובילה להתרפותות ההפרעה, כמו גם עם השלכות ההפרעה. כפי שנרחיב במאמר זה, הגורמים המובילים להתרפותות הפרעות אכילה, נוגעים להיבטים ביולוגיים, חברתיים, תרבותיים ופסיכולוגיים.

גורמים ביולוגיים – תורשה גנטית

גורם מהותי להתרפות הפרעות אכילה נוגע להיבטים ביולוגיים. מחקרים אשר בוצעו בקרב תאומים מצאו כי גורמים גנטיים תורמים להתרפות סימפטומיים של הפרעות אכילה שונות. באופן ספציפי, אחוזים ביןוניים עד גבוהים של תורשה מעורבים בהתרפות **אנורקסיה נרבה ובולמיה נרבה**. לעומת זאת, **הפרעת אכילה כפייתית** פחות מושפעת מהיבטים גנטיים יותר מגורמים סביבתיים.

גורם ביולוגי נוסף אשר נמצא הקשור להתרפות הפרעות אכילה הוא כמות הסרטונין במוח. סברה זו מתבססת על כך **טיפול רפואי** אשר מעלה את רמת הסרטונין במוח (תרופות אנטי דיכאניות ומרגיניות) מוביל פעמים רבות להפחטה בסימפטומיים הנוגעים להפרעות אכילה.

גורםים סביבתיים – אידיאלייזציה של רזון

גורם משמעותי נוסף אשר נמצא כגורם להתרפות הפרעות אכילה, בעיקר בקרבת נשים, נוגע לאידיאלייזציה של רזון בחברה וחשיפה למדיות שונות. גורם זה נפוץ במיוחד בתרבויות מערביות, בהן רזון מקשר לערכים שונים כמו הצלחה, יופי או כוח רצון. על אף ניסיון בשנים האחרונות נראה כי גברת המודעות לאידיאלים מעוויטים אלו ונעשה ניסיון לשנותם על ידי הצגת גיוון רב יותר במדיות השונות. עם זאת, נראה כי עדין אנשים רבים, ובעיקר נשים, הפנימו את הדรหא התרבותית להרזהות, גם במחיר בריאות נפשית.

לגורמים סביבתיים ותרבותיים אכן השפעה על התרפות הפרעות אכילה ויש להగיר המודעות לכך על מנת למנוע את האידיאלים הבלתי מושגים הללו. יחד עם זאת, על אף ש מרביתנו חשופים למסרים המעודדים הרזיה, רק חלק יפתחו בסופו של דבר הפרעות אכילה. ככלומר, גורמים שונים נמצאים באינטראקציה עם אותם גורמים סביבתיים, כך שהם מגבירים את הנטייה להזדהות ולהפניהם מסרים תרבותיים וחברתיים הנוגעים לאידיאלים בלתי מושגים. למשל, נערה עם אמא המתמודדת עם הפרעות אכילה ועיסוק אובייסיבי במשקל או עם נטייה אישיותית לפראקציוניזם, צפוייה להפניהם ביתר שאת את האידיאל התרבותי השגוי לפיו אנשים רצים הם יותר מוצלחים. כך, השילוב בין הגורמים תורם להתרפות מזקקה נפשית ופיזית אשר באה לידי ביתו בהפרעות אכילה שונות.

גורםים פסיכולוגיים – תוכנות אישיות

מחקרים הנוגעים להפרעות אכילה מצאו כי קיימות 3 תוכנות המנובאות התרפותן של הפרעות אכילה:

1. **נוירוטיות** – אנשים בעלי נטייה אישיותית לחוש רגשות לא נעימים, חוסר יציבות רגשית ורגישות. אנשים בעלי נטייה גבוהה לנוירוטיות חווים לעיתים קרובות פחד, ייאוש ועצב. מחקרים מצאו כי נטייה אישיותית זו עלולה לנבأ התרפותן של הפרעות אכילה כמו בולמיה ואנורקסיה.

2. **פראקציוניזם** – נטייה לביקורת עצמית היכולת שימוש בסטנדרטים גבוהים במיוחד, ולעיתים אף לא ריאליים. מחקרים אורקים מראים פראקציוניזם בשילוב עם דמיון גוף נמוך וחוסר שביעות רצון מהמראה החיצוני, הינו גורם סיכון להתרפות הפרעות אכילה.

3. **אייפולטיביות** – נטייה לפעול על פי רצון רגעי ללא מודעות להשלכות, עשוייה גם היא לנבأ התרפות סימפטומיים של הפרעות אכילה, בדגש על **התקפי זלילה** (Binge) וניסיונות להתרזון

לאחר מכן. באופן ספציפי, נמצא כי נטייה אישיותית לפעול באימפרליסיביות בעת מצוקה רגשית מהוות גורם מנבأ ממשוערי להתרפותות בולימיה נרבותה.

פעמים רבות, מצוקה نفسית ופסיכולוגית אשר אינה מקושרת לתכונות אופי מסוימות עלולה להוביל להתרפותות הפרעות אכילה. למשל, התעללות פיזית או מינית מוקדמת, או אינטראקציה משפחתייה בעייתית. למשל, דינמיקה הורות דורשנית או חודרנית, עלולה לעיתים לעיתים להוביל להתרפותות סימפטומים של הפרעות אכילה. במקרים אלו, יש חשיבות מכרעת להתרבעות טיפולית באמצעות מטפליים המומחים להפרעות אכילה, אשר יכולים לספק מענה למקור ההפרעה, כמו גם להתמודדות עמה ולהשלכותיה על התקף היום יומי.

גורםים קוגניטיביים – יכולות חשיבה

מחקרם בתחום הנירו-קוגניטיבי מצאו קשר בין ליקויים שונים באופן החשיבה לבין התפתחותן של הפרעות אכילה. למשל, בקרב נשים הסובלות מאנורקסיה נרבותה נמצאו ליקויים בגמישות קוגניטיבית, יכולת המתיחסת ליכולת לעבור בין משימות שונות. בנוסף, בקרב אנשים הסובלים מהתקפי זלילה, נמצא שיעור גבוה של קושי בעקבות תגובה (Control Inhibition), יכולת קוגניטיבית המתיחסת ליכולת וויסות ואיפוק. אין הוכחה לכך שהלקויות הקוגניטיביות הללו הובילו להתרפותות ההפרעה, ויתכן כי הן התפתחו בעקבות ההפרעה. יחד עם זאת, כאשר בדקו את היכולות הקוגניטיביות של קרובי משפחה בראים של הסובלים מהפרעות אכילה, הם מציגו ליקויים דומים.

לסיכום, לא משנה מה הוביל להתרפותות הפרעת האכילה, במידה ואתם או מישחו שאתם מכירים מציג גורמי סיכון או סימפטומים שונים, יש חשיבות מכרעת לטיפול מערכתי בהפרעות אכילה. לעומת זאת, יש לגשת למטופלים המומחים בתחום, לצורך ליווי רפואי ותזונתי, לצד מתן מענה רגשי הולם למצוקה אשר הובילה להתרפותות ההפרעה, או שנגרמת כתוצאה ממנה.

טיפול בהפרעות אכילה

אחוז הסובלים מהפרעות אכילה עלתה בצורה דрамטית בשנים האחרונות, וכך יש חשיבות להכיר את דרכי הטיפול האפשריות להתרמודדות עם ההפרעה. זאת, כיוון שהפרעות אכילה משפיעות באופן דramatic על הרוחה הנפשית ועל היכולת לקיים שגרת חיים מספקת מבחינה תעסוקתית, חברתית ורגשית. יתרה מכך, פעמים רבות היא מובילה לביעויות רפואיות קשות ואף למוות. לכן, טיפול בהפרעות אכילה עוסק בהשלכות הרפואיות והתזונתיות של דפוסי האכילה הביעתיים וכן עם הקשיים הרגשיים, סביבתיים ובין אישיים הנלוים להפרעה.

מהן הפרעות אכילה?

הפרעות אכילה הן שם כולל לקבוצת הפרעות אשר מאופיינות בדףו אכילה ליקויים בצורה ממשוערת ובעיסוק אינטנסיבי באוכל ובמשקל. שלושת הפרעות האכילה השכיחות ביותר הן:

1. **אנורקסיה נרבותה** - הפרעת אכילה המאפיינת בירידה קיצונית במשקל באמצעות הרעבה עצמית, פעילות ספורטיבית, הקאות או שימוש בחומרים (משללים ועוד'), המלווה בפחד משלמות מעלייה
2. **בולימיה נרבותה** - הפרעת אכילה המאפיינת בצריכת כמותות מזון גדולות במיוחד המלווה

ב"התנהוגיות מפצות", כמו פעילות ספורטיבית אינטנסיבית, הקאות או שימוש בחומרים. 3. **הפרעת אכילה כפיתית** - הפרעת אכילה המאפיינת בболמוסי אכילה בהן נוצרת כמות מזון גדולה. הבולמוסים מלאוים ברגשות אשמה ותחושת חוסר שליטה אך הם אינם מלאוים בהתנהוגיות מפצות.

בנוסף, קיימות הפרעות אכילה בילדות, שהן [הפרעות אכילה ייחודיות לילדים](#), אשר כוללות [סירוב לאוכל](#), [העלאת גירה](#), [تسمונת פיקח](#) ועוד.

כמו כן, לעיתים אנשים מציגים דפוסי אכילה לקויים אשר אינם עוניים באופן מלא על הקритריונים לאבחן הפרעת אכילה על פי ה-[DSM](#). יחד עם זאת, יתכן ונדרה לגורם מקוצע כגון טיפול רגשי וליווי תזונתי יכולו לסייע להתמודדות מיטיבה יותר.

טיפול בהפרעות אכילה

הפרעות אכילה מתפתחות לעיתים כתוצאה של לחץ חברתי-תרבותי הנוגע לאידיאל יופי מעות המאפיין את החברה המערבית. יחד עם זאת, במרבית המקרים עומדים מאחוריה הפרעת האכילה גורמים מורכבים הרבה יותר, כגון גורמים גנטיים, גורמים פסיכולוגיים-אישיותיים כפרפקציוניזם וקושי להתמודד עם המニアות המתפתחת בגיל ההתבגרות, וכן להיבטים משפחתיים כסבירה ביתית חרדרנית, ריבוי קונפליקטים במשפחה ועוד.

כמו כן, הפרעות אכילה נוטות להיות יחסית עמידות לטיפול, כך שגם רואים שיפורים משמעותיים בעקבות טיפול, האתגר האמתי הוא למנוע הישנות של ההפרעה, שכן פעמים הסובבות מההפרעה נוטות לחזור ולהציג תסמינים במצב משבר וקושי. בהתאם, טיפול בהפרעות אכילה הינו מערכתי וככל התיכון למספר גורמים והיבטים, כגון ליווי רפואי, טיפול רגשי וטיפול משפחתי. במידה הצורך, לעיתים יש אף צורך באשפוז חלק או מלא, כפי שיורחב בהמשך:

טיפול פסיכודינامي - במסגרת טיפול דינامي, ניתן לזרות את הקונפליקטים הנפשיים העומדים בסיסי הפרעת האכילה, לזרות מה מבטאים דפוסי האכילה הלוקויים ולהמיר אותם ביבטי מילולי של הכאב הנפשי. כמו כן, הטיפול מאפשר עיבוד אירועים טראומטיים וקשהים אשר הובילו להתפתחות ההפרעה וטורמים לשימורה.

טיפול קוגניטיבי התנהוגותי - טיפול על פי גישה זו נמצא כיעיל במיוחד בעבר התמודדות עם בולימיה נרבוצה, דפוסים של התקפי זלילה ומחשבות רומיינטיביות על משקל. טיפול קוגניטיבי התנהוגותי מtabסס על זיהוי דפוסי התנהוגות וחשיבה בלתי יעילים המשמרים את הפרעות האכילה, ומפנה מיאומניות לשליתה וניהול בכך יותר של דפוסי האכילה.

טיפול משפחתי בהפרעות אכילה - טיפול זה נמצא יעיל במיוחד בקרב ילדים ומתבגרים, בעיקר אלו המתמודדים עם אנורקסיה נרבוצה. מחקרים רבים הציבו על קיומו של קשר בין בעיות אכילה לדפוסים משפחתיים בעיתאים כחוורנות, תלותיות, קונפליקטים והזנחה. בהתאם, טיפולים משפחתיים המכונים לשיפור היחסים ודפוסי התקשרות מסוימים גם להחלמה מהפרעת האכילה. גם כאשר לא מדובר במשפחה עם קשיים מסווג זה, ההתמודדות עם הפרעת אכילה מעוררת תחושות קשות של אשמה, כאס וחוסר אונים וטיפול משפחתי מסייע בהתמודדות מורכבת זו.

טיפול רפואי - **תרופות אנטי דיכאוןיות** נמצאו יעילות לטיפול בbulimia ואכילה כפיתית, אך אין עדויות להשפעת טיפול רפואי על סימפטומים של הפרעות אכילה אחרות. יחד עם זאת, כאשר

הפרעות אכילה מלונות או מתעוררות על רקע קשיים רגשיים כדיכאון וחרדה, עשוי הטיפול התרופה לתרום ולהביא לשיפור בדפוס האכילה באופן עקיף או בטוחה הרחוק.

ASFOD - במקרים בהם ההפרעה מסכנת את חייה או התפתחותה של הסובלת ממנה, עשוי ASFOD להיות האופציה הטיפולית העילית ביותר ואף הכרחית. טיפול נפשי במסגרת ASFOD מאפשר לייצב את המצב הבריאותי, וכן מאפשר לקבל מסגרת טיפול תומכתAINTEENSYAHIT המספקת השגחה מלאה על התפריט התזונתי, ובו זמינות מציעה שירותים טיפוליים מקיפים.

הפרעות אכילה בקרב ילדים מתייחסות למגוון מצבים בהם צריכת המזון של הילד מוגצתת, מוגבלת ובלתי מספקת או שדפוס האכילה שלו בעיתאים, מצומצמים ומלווים במאבקים וקשיים התנהגותיים. בעמוד הנוכחי, תוכלו לקרוא על **סוגי הפרעות אכילה אצל ילדים, גורמים ודרכי טיפול**.

ילדים רבים מתקשים לרכוש הרגלי אכילה טובים, והורים רבים מוצאים עצם מתוסכים סבב תזונה והאכלת הילד. האם הילד "אינו אכלן גדול" או שהוא מגין ברכנות יתר וסירוב לאכול? האם מדובר בקשי חולף או בהפרעת אכילה? וכייד ניתן להבחן בין השניים? בוגוד למצבים חולפים של ברכנות או "בדיקה גבולות", הפרעות אכילה בקרב ילדים מתייחסות למגוון מצבים בהם צריכת המזון של הילד מוגצתת, מוגבלת ובלתי מספקת או שדפוס האכילה שלו בעיתאים, מצומצמים ומלווים במאבקים וקשיים התנהגותיים. פעמים רבות הפרעות אכילה בילדים חולפות באופן ספונטני, ללא טיפול ייעודי. יחד עם זאת, במקרים מסוימים הן עלולות לסכן את בריאות הילד וחשוב לציין ולטפל בהן בהקדם.

בוגוד ל**הפרעות אכילה** בקרב מבוגרים, התפתחות הפרעות אכילה בקרב ילדים מאפשרות **זהוי** וטיפול מוקדים, בין היתר כיוון שלילדים מתקשים יותר להסתיר את התסמינים השונים מהוריהם. יחד עם זאת, הורים רבים מתקשים להאמין כי ילדים סובלים מדימוי גוף שלילי ולכן עשוים להחמיר סימנים מחשידים. על כן, **קיימות "נורות אזהרה"** שחווב להכיר אשר עשויות לרמז על **הפרעות אכילה אצל ילדים**:

- התעסוקות מרובה במשקל הגוף. התעסוקות זו יכולה לבוא לידי ביטוי בבקשת חוזרת להישקל, התעניינות רבה בקלוריות או בדיאטות ובעגופו.
- הימנעות מאכילת ממתקים או מאכלים הנטפסים כמשמעניים.
- התערחות **חרדה** סבב צריכת מזונות משמעניים.
- **ברכות יתר**.
- ירידת מסיבת במשקל או שאינו מעלה במשקל בהתאם למצופה בגילו.

סוגי הפרעות אכילה בילדים

לפי ספר האבחנות בילדים, המתייחס לגילאי 0-5 DC), קיימות 4 הפרעות אכילה שהן ספציפיות לילדים:

1. אכילת יתר – הפרעת אכילה של הילדות המתאפיינת בחיפוש או אכילת כמויות גדולות במיוחד במיוחד של אוכל.

2. סירוב לאכול – הפרעת אכילה של הילדות אשר באה לידי ביטוי באכילה בלתי מספקת הנובעת מחוסר עניין או חרדה מפני אוכל המוביל לאובדן משקל או אי עלייה במשקל בגין הגיל.

3. אכילה א-טיפיקלית – הפרעת אכילה של הילדות אשר באה לידי ביטוי בלפחות אחד מהتسمינים הבאים:

• **פijkah** – הפרעת אכילה של הילדות המתבטאת באכילת דברים בלתי אכילים, לאחר גיל שנתיים.

• **העלאת גירה** – הפרעת אכילה של הילדות המתבטאת בלעיסה ובלישה חוזרת של אותו אוכל שוכן ושוב, החל מגיל שנתיים.

• **אגירה** – הפרעת אכילה של הילדות המתבטאת בהחבהה ואגירה של אוכל במקומות לא טיפוסיים, כמו מיטה או מגירות.

מהם הגורמים להפרעות אכילה בקרב ילדים?

הגורמים להפרעות אכילה בקרב ילדים נוגעים להיבטים משפחתיים וחברתיים השזורים זה זהה. ביום, בעידן התקשורות הווירטואלית הנגישה לכל, ילדים חשופים יותר ויותר למסרים תרבותיים וחברתיים הנוגעים להופעה חייזונית ולרזהן, מסרים אשר בעבר היו נגישים בעיקר לשכבות גיל בוגרות יותר. כמו כן, ילדים נוטים להגיב פעמים רבות באמצעות תסמים פיזיים למצוקות וקשיים רגשיים בסביבתם, כגון שהילם הצער מקשה עליהם המשיג את מצוקתם במילימ. כאשר גורמים תרבותיים ומשפחתיים אלו חוברים יחד, הפרעות אכילה אצל ילדים עלולות להתרפתח כנিসין להשיג שליטה בעולם מסוים בו הילד חש לעתים חסר אונים.

אם כך, הפרעות אכילה בגיל הרך אשר אין נובעות מגורמים רפואיים נובעות בדרך כלל מגורמים רגשיים הקשורים לסביבה ולמשפחה. בחלוקת מהמרקם עשויות להתעורר הפרעות אכילה בגיל הרך בעקבות אירוע טראומטי הקשור לאכילה (חנק, אכילת דבר מה רעל) אך ברובו המקרים מדובר בנסיבות פחות קיצוניות. מאוחר וועלם של תינוקות ופעוטות סובב בעיקר סביבה הורית, הפרעות אכילה בגיל הרך מתפתחות לרוב סיבב אינטראקטיבית בין הילד להורי.

הזנה והאכלה היא אחת האינטראקטיות הראשונות בחיוו של הילד עם הוריו. אכילה היא חיונית להישרדות התינוק ובוחדי חיוו הראשונים, כאשר יכולות התקשרות שלו עדין מוגבלות ביותר, חוותה האכלה מהוועה פעמים רבות אמצעי מרכזי לצירת קשר. הילד מפתח קשר חיובי ואמון בהורה אשר מאכיל אותו ומספק את הצורך שלו בחום ואהבה, וההוראה מצדיו חווה סיפוק ותחושת הצלחה כאשר התינוק שבע ומוספק. גם בגילאים מאוחרים יותר אכילה ממשיכה להוות דרך לביסוס ושמירת הקשר, הבעת אהבה, בילוי זמן משותף וממלאת תפקיד רגשי ותקשורתי בקשר של הילד עם הוריו.

כאשר מתעוררים קשיים ביחסו הורה-ילד, פעמים רבות האכלה מהוועה אמצעי דרכו הילד מבטא את תחשותו וקשייו, וכן נסללת הדרך להתפתחות הפרעות אכילה בילדים. ילדים, ואףלו תינוקות, מזהים בחושיהם כי אכילתם ועליהם במשקל משמעותית במיוחד להוריהם ולומדים להשתמש בה, באופן מודע או בלתי מודע, על מנת להשפיע על הקשר עם ההורה.

דוגמאות שכיחות ונורמטיביות לכך מתייחסות למקירים בהם פעוטות מזיהים כי סירוב לאכול מוביל לקבالت תשומת לב רבה, או מקירים בהם הילד מייצר התנינה בקשר באמצעות הרגל אכילה יחודי, כמו למשל "ירקوت? רק כשאמא מקראייה סיפור". באותו אופן, עלולות להיווצר התניניות שאינן אדפטיביות אשר מובילות להתרפות הפרעות אכילה שונות, אך באופן עקיף הן מובילות לרוחות משנה כלשהו בעבר הילד, אשר השיג שליטה, התיחסות או קרבה.

AIR נתן לטפל בהפרעות אכילה אצל ילדים?

הפרעות אכילה בילדים עלולות לפגוע בתפתחות התינוק או הילד, ולכן חשוב לטפל בהן בהקדם. תחילה, יש לגשת לבירור רפואי על מנת לשולג גורמים רפואיים או פיזיים הגורמים להפרעה. לצד ליווי רפואי הולם, שילוב של טיפול רגשי והתנהגותי להורים נמצא יעיל עבור כלל הפרעות האכילה בילדים. טיפול זה מאפשר עיבוד רגשי של החווית והגורמים אשר הובילו להתרפות ההפרעה. זאת, לצד הכוונת ההורים לשיפור מיוומניות תקשורת משפחתיות, עם דגש על הקשר עם הילד אשר מתמודד עם הקושי.

במהלך טיפול בהפרעות אכילה, ניתנת הדרכה ותמייקה רגשית להורים על מנת ליצור סביבה מוגנתת ובטוחה לילדים. לצד זאת, כלים התנהגותיים בטיפול אפשרים הקיימים טכניקות למידה אשר נועדו למנוע מילדים את התנהגות הבלתי רציה ולהקנות לו הרגלי אכילה בריאם. בנוסף לכך, קיימות גישות טיפול נוספת אשר ניתן לטפל בעזרתן. במקרים מסוימים, טיפול משפחתי להפרעות אכילה יכול להועיל להפרעת ולהתמודדות המשפחתיות עמה. על מנת להתאים את הטיפול להפרעה הספציפית ממנה סובל הילד ולגורמים המשפחתיים או הסביבתיים אשר הובילו אליה, יש לפנות למטפלים אשר מומחים בטיפול בהפרעות אכילה.

יחד עם זאת, הפרעות אכילה בקרב ילדיםעשויות להזכיר ולהביא למאבקים קשים במשפחה ובסביבה הקרובה ולהוביל לפגיעה משמעותית בבריאותו של הילד. במצבים אלו, על אף שהם נדירים באופן יחסי, ניתן לפנות לאשפוז פסיכיאטרי בו הילד זוכה להשגחה צמודה ולילויו בبنית הרגלי אכילה. זאת, לצד תוכנית טיפולית מקיפה ואינטנסיבית המכוונת להתמודדות עם הקשיים אשר נמצאים בסיס הפרעת האכילה.

סירוב לאכול היא הפרעת אכילה המאפיינת ילדים, אשר עלולה לגרום לאובדן משקל ולפגיעה בתפתחותו התקינה של הילד. בעמוד הנוכחי, תוכלו לקרוא כיצד מאבחנים סירוב לאכול, גורמים ודריכי טיפול.

תסמינים קליניים

סירוב לאכול הינה הפרעת אכילה של הילדים המתבטאת באכילה בלתי מספקת במשך חודש לפחות, אשר עלולה להוביל גם לאובדן משקל או לאי עלייה במשקל. ההפרעה יכולה לבוא לידי ביתוי בכל גיל, אך לחוב מתחילה במחצית השנייה של שנת החיים הראשונה, סביר המעביר למוזקרים.

פעמים רבות ההפרעה באה ידי ביתוי בזמן ארוחה ממושכים ומעוררי לחץ, חוסר עצמאות באכילה, אכילה לילית אחרי גיל שנה, אכילה ממושכת מבקבוקים או בהנקה וקושי לתתנסות ולטעום מרקמים חדשים. כמו כן, תינוקות או ילדים הסובלים מההפרעה מציגים התנהוגיות של

הימנעות כגון הפנית הראש וסגירת הפה בעת הצגת אוכל, יריקה, הקאה וחנק בעת האכילה. בנוסף, חלק מהתינוקות או הילדים הסובלים מההפרעה מראים ברורות מוגזמת כך שהם מסכימים לאכול רק פריטי מזון מסוימים וחלקים אף אינם מסכימים כלל לאכול.

אבחנה ע"פ DSM-5

האבחנה ניתנת כאשר מתקיימים הקריטריונים הבאים:

A. התינוק או הילד אוכלים באופן עקבי ומתמשך פחות מהצפוי לגילם.

B. התינוק או הילד מציגים אחד או יותר מדפיו האכילה הלא-אדפטיביים הבאים:

1. חוסר עניין מתמשך באכילה.

2. הימנעות חרדה מפני אכילה.

3. קושי בוויסות בזמן אכילה או האכלה (למשל, הירדמות חזורתית בזמן האכלה או נסערות).

4. האכלה רק בזמן שינה.

5. כישלון לעبور למוצקים.

6. אוכל רק כאשר ההורים מלאים אחר תנאים ספציפיים (למשל מול תכנית ספציפית בטלוייזיה, עם סיפור או במהלך משחק).

7. מגין בראנות יתר, סירוב לאכול מרכיבים או צבעים מסוימים, או טווה מצומצם במיוחד של מאכלים.

8. משאיר את האוכל ממושכות בפה מבלי לבלו.

C. לא ניתן להסביר את דפוסי האכילה הבועיתיים באמצעות מצב רפואי או תופעת לוואי של מצב רפואי קיימ.

D. התסמינים של ההפרעה, או ההסתגלות של המטפל העיקרי לתסמיני ההפרעה, פוגעים משמעותית בתפקוד הילד או המשפחה בחוד או יותר מהאופן הבאים:

1. גורם מצוקה לתינוק או לילד.

2. מפריע ליחסים של התינוק או הילד.

3. מגביל את השתתפותו של התינוק או הילד בפעילויות או פעולות מצופות התפתחותית.

4. מגביל את השתתפותו של המשפחה בשגרת היום-יום שלהם.

5. מגביל את יכולתו של התינוק או הילד ללמידה ולפתח מיומנויות חדשות או בקצב ההתקדמות שלהם.

6. מוביל לכך שאינו תואם את מסלול התפתחות המצופה לגילו.

מדוע ילדים מסרבים לאכול?

הסביר להפרעה שני בחלוקת, וקיימות כימן 3 תיאorias מרכזיות המנסות להסבירו:

1. **תיאorias למידה** - לפי תיאoria זו הסירוב לאכול נבע **اضבicia** בלבד מהתינוק או הילד למד כתוצאה מהתנסות לא נעימה עם אוכל שמדובר בגירוי מפחיד שעדיף להימנע ממנו. התנסות השילית עם האוכל יכולה לנבוע מביעות רפואיות, מהתנהגות בלתי מותאמת של הורים בזמן האכלה או מחיקוי הורה בעל דפוסי אכילה לא בריאים או ברורים.

2. **תיאorias התפתחותיות** - אכילה תקינה מתפתחת באופן הדרגי. ככל שהזמן עבר, ילדים רוכשים את היכולת לעכל אוכל בעל טקסטורה וטעמים שונים, ואת היכולת לאוכל באופן עצמאי. על פי גישה זו, פגעה בהתפתחות התקינה הנובעת ממצב רפואי (למשל פגעה בשירי הפה) או כתוצאה מהתנהלות לא תקינה של הורים, היא הסיבה לשירובם של ילדים לאכול.

3. **תיאorias התקשרות** - בשנה הראשונה לחיים, אכילה היא פעולה דיאדית, הנוגעת לקשר. כאשר הסירוב לאכול מובחן ובא לידי ביטוי מול מטפל או הורה ספציפי, האבחנה המתאימה היא הפרעה בקשר של הילדות. כאשר הסירוב לאכול מתרחש מול כל הדמויות המטפלות, ככל הנראה שמדובר בהפרעת אכילה. יחד עם זאת, על פי **תיאוריית ההתקשרות**, קשר לא בטוח בין הורה הילד יכול לבוא לידי ביטוי בדפוסי אכילה בעיתיים ואף **בהפרעות אכילה**. לדוגמה, מצבים בהם הורה מתקשה לזהות סימני הילד לרעב יובילו להאכלה חסר ולשבוש בדפוסי האכילה.

כיצד ניתן לטפל בסירוב לאכול?

סירוב לאכול עשוי לגרום לאובדן משקל ולפגיעה בהתפתחותו התקינה של הילד, אך חשוב לטפל בהפרעה בהקדם. קיימים מספר טיפולים אשר נמצאו יעילים עבור טיפול מושעתי בתפקוד, כאשר שילוב בין הטיפולים השונים הוא המומלץ ביותר:

1. **טיפול רפואי** - פתרת ליקויים ביולוגיים הינה שלב ראשון על-מנת לפתור את בעיית האכילה, כל עוד האכלה מלאה בבעיות רפואיות, הילד ינסה לסרב לאכול. יש להתאים את צורת האכילה לבעיה הרפואית של הילד (לדוגמה, ילד הסובל מבעיות בקיבה יכול מנות קטנות של אוכל בתדריות גבוהה). בנוסף לכך חשוב להקפיד שילדים מקבלים את מזונם בעזרת צינורות יחו' גם האכלה דרך הפה על-מנת לפתוח אכילה תקינה.

2. **טיפול פסיכולוגי** - טיפול בהפרעות אכילה בילדים לוקח בחשבון גם את ההורה, ואת המזקהה שלו כתוצאה מהפרעה של התינוק או הילד. טיפול פסיכולוגי רגשי מתמקד באותה **חרדות** וקשישים אשר הובילו ואף משמרים את הפרעה. יחד עם זאת, **טיפול קוגניטיבי התנהגותי** מאפשר שינוי הרגלי האכילה שנלמדו והוא נמצא עילית במיוחד להפרעות אכילה. טיפול זה מתמקד בהchodת דפוסי האכילה הביעתיים והרגשות השיליים המתעוררים בקרב הורים סביב האכלה. לאחר מכן, מלמדים את הילד באופן הדרגי רכישת דפוסי אכילה אדפטטיבים, על ידי טכניקות של חשיפה, עיצוב, חיקוי וחיזוק.

3. **טיפול דיידי או הדרכת הורים** - המוקד הטיפול בטיפול זה הוא הקשר בין ההוראה לילד ויצירת התקשרות בטוחה ביניהם. אחת מטכניות הטיפול היא משחק מודרך של ההוראה והילד, המKENה להם בטחון ביחסיהם. כמו כן, **הדרכת הורים** ממקדת בהפרעות האכילה של התינוק או הילד עשויה לתרום להורה גם בהתמודדות עם החרצה הנובעת ממצבו של הילד וגם בהקנית כלים שיאפשרו לו לעזרו ליד לשגאל דפוזי אכילה מגוונים ובריאים יותר.

אכילת יתר היא הפרעת אכילה המאפיינת ילדים ופעוטות, ומהווה דפוס אכילה בעיתוי בקרב מבוגרים. בעמוד הנוכחי, תוכלן לקרוא על אכילת יתר בקרב מבוגרים וילדים, גורמי סיכון לאכילת יתר בילדים ודרכי טיפול.

לכלנו זה קורה: על אף תחושת שבע אנו ממשיכים לאכול עוד ועוד, עד הגעה לתחושת מלאות בלתי נعيימה. כאשר דפוס זה חוזר ונשנה, ומלווה בתחושות אשמה, בושה וחשש>Aboutן השלייה באכילה, מדובר בדפוס של אכילת יתר. בקרב מבוגרים, אכילת יתר הינה תסמין המאפיין **הפרעות אכילה** שונות, כדוגמת **הפרעת אכילה כפייתית** או **بولימיה נרבה**.

בקרב ילדים, מדובר בהפרעת אכילה מובחנת, המאפיינת בעיסוק מוגזם באכילה במשך חדש לפחות, החל מגיל שנתיים. לעיתים, ההפרעה אינה מפרישה לתקופת ובשל גילם הצער היא אף עשויה שלא להוביל למצוקה נפשית אך היא גורמת למצוקה רבה בקרב ההורים, וקיימת סכנה להתרחשות הפרעות אכילה בהמשך החיים, וכן חשוב להכיר את ההפרעה ולפנות לטיפול הולם.

אכילת יתר בקרב מבוגרים

אכילת יתר היא דפוס אכילה, הנקרו פעים רבים גם **זלילה**, והוא מאפיין הפרעות אכילה שונות. דפוס זה בא לידי ביטוי בצריכת מזון מוגזמת המלווה בחווית אובדן שליטה על האכילה. אכילת יתר מאפיינת לא רק בהתקפי אכילה נקודתיים, אלא בעיסוק מוגזם באוכל, דיאטות ומשקל אשר במרבית המקרים נלווה לו חשש מאפייזודה חוזרת של אכילת יתר ותחושת אובדן שליטה.

רבים מהסובלים מאפייזודות חוזרות של אכילת יתר, לדפוס אכילה לא מיטיב או חלק מהפרעת אכילה, מעדים לזמן אכילה בחברה (ולכן, לעיתים, אף מפגשים חברתיים). החשש והמבוכה מחשיפת הרגלי האכילה עלולה להוביל להתרבבות לשם אכילה בסתר ותחושות בדידות קשות. באופן לא מפתיע, דפוס של אכילת יתר מעורר ברבים מהסובלים ממנה תחושות אשמה, בושה וחוסר ערך ("אני מגעילה", "אני חלש אופי") המובילים בתורם להתרחשות **תרדגה וDICIANO**. לצד הפגיעה הרגשית הנלוית לאכילת יתר, חלק מהסובלים ממנה עלולים גם לסבול מסימפטומים גופניים כהשנה ונזקים הנלוים להשנת יתר כדוגמת סכרת, בעיות לחץ דם ועוד.

אכילת יתר עלולה להופיע בחלק מהמצבי הבאים:

•**بولימיה נרבה** – התקפי אכילת יתר המלוים ב"התנהוגיות מפצחות" כהקהה, פעילות ספורטיבית אינטנסיבית ושימוש במשלשלים.

•**הפרעת אכילה כפייתית** – דפוס אכילה דומה לبولימיה אך ללא התנהוגיות מפצחות.

•**אכילה רגשית** – דפוס של אכילת יתר אשר אינו קיזוני עד כדי אבחן הפרעה אכילה כפייתית, אך מהויה גורם למצוקה אחר והוא מבוסס על שימוש באכילה באמצעות רגשי.

אכילת יתר בקרב ילדים

ילדים ופערות הסובלים מהפרעת אכילת יתר מציגים את כלל הקריטריונים הבאים, על פי ספר האבחנות לגיל הרך 5-0-DC:

A. ילדים צעירים הסובלים מהפרעה זו מפגינים אכילת יתר או ניסיון לאכילת יתר על ידי הצגת אחד מה הבאים:

1. הילד הצעיר מתחפש באופן קבוע כמוניות מוגזמות של אוכל במהלך אכילה/האכלה.

2. הילד הצעיר מתחפש באופן חוזר או אוכל כמוניות מוגזמות של אוכל בין הארוחות או האכלות.

B. ילדים צעירים הסובלים מהפרעה זו עוסקים באופן מוגזם באוכל ובאכילה, כפי שבא לידי ביטוי בפלחות אחד מה הבאים:

1. הילד הצעיר לוקח אוכל מאחרים או תר אחר אוכל באשפה.

2. הילד הצעיר מלא אוכל בלחיים שלו במהלך הארוחות.

3. הילד הצעיר מדבר באופן חוזר על אוכל (למשל, על הארוחה הבאה) או שתמונות הנוגעות לאוכל בולטות במיוחד במשחק משחק שלו.

C. הילד הצעיר מפגין מצוקה אם נמנע ממנו העיסוק, חיפוש או אכילה המתוארכות בקריטריון הראשון.

חשוב לציין כי ההפרעה ניתנת רק במידה ולא ניתן להסביר את התנהלות בדרכים אחרות או שהיא נובעת מסיבות רפואיות שונות, וכן במידה שהיא גורמת למצוקה או פגעה בתפקוד הילד או משפחתו. כמו כן, האבחנה ניתנת רק לילדים מעל גיל שנתיים ועל התסמנינן להיות נוכחים לפחות חודש.

אין מספיק מחקרים על ההפרעה על מנת לקבוע את השכיחות שלה. זאת, כיוון שהמודעות להפרעה זו נמוכה יותר מהמודעות והעיסוק הקיים בהפרעות בהן צריכת המזון הינה מוגבלת, כמו **באנורקסיה** בקרב מבוגרים, או **סירוב לאוכל** בקרב ילדים. יחד עם זאת, טיפול מוגזם מדווח בקרב 10% מהילדים, ועלול להיות הקשור בנסיבות להפרעת אכילה כפייתית או בולימיה נרבותה.

מהם גורמי הסיכון לאכילת יתר בילדים?

גורמי הסיכון להשמנה הידועים כיום כוללים נטייה גנטית, דפוסי האכלה שונים בילדים, דיאזוט בגילאים צעירים, פעילות פיזית ירודה, שימוש בתרופות ועוד. כמו כן, לMITOG ושיווק, המשפיעים על האופן בו החבירה תופסת רצון, כמו גם על האופן בו אנשים נוטים לתפקיד בריאות, השפעה מכובעת על דפוסי אכילה שונים, ביניהם אכילת יתר.

גורם סיכון מהותי להפרעה זו מתבטא לחוסר התאמה מתמשך בהאכלה, כך שהדמות המתפלת העיקרית אינה מגיבה באופן הולם לרמזי הרעב ולצרכי האכלה של התינוק. כך, האכלה כאשר התינוק אינו רעב מהוות גורם סיכון להתפתחות הפרעת אכילת יתר בקרב ילדים צעירים. זאת,

כיוון שהדבר משבש את יכולתו של הילד להבין מצבים פנימיים של רעב ושובע. גם מצבים בהם המטפל שולט ומחייבים על כל דבר שהילד אוכל עלולים לתרום להתפתחות הפרעה, שכן הילד מתבקש ללמידה מה הוא אוהב ומה היא הטעות הנכונה בעברו.

כמו כן, כאשר אחת מהדמיות המטפלות המשמעותיות בחיו של התינוק סובל או סובלת מהפרעה אכילה כלשהי, הסיכון שהפעוט או הילד יפתח בעצמו הפרעת אכילה (מלל סוג שהוא) עולה ממשמעותית. כך, גם הסיכון לפתח אכילת יתר עליה. תסמנים של דיaceous, לחץ או חרדה מקושרים לאכילה לא מותאמת לילדים (שליטה, התעלמות, האבסה) אשר כאמור מקושרת להתפתחות הפרעות אכילה בילדים. לבסוף, מצבים קונפליקט רגשיים ומשפחתיים הנוגעים לאוכל עלולים להוביל להתפתחות אכילת יתר בקרב ילדים.

כיצד ניתן לטפל באכילת יתר בילדים?

תחילה, יש לוודא שדפוסי אכילת היתר אינם נובעים ממצב רפואי כלשהו או כתופעת לוואי של תרופה מסוימת. על כן, יש לפנות ללוויי רפואי, ובמצבים מסוימים ללוויי של דיאטנית אשר תוכל לספק תפריט מזין ומשביע שיכל אולי להפחית את צריכת האוכל המוגזמת.

כיוון שמדובר בהפרעה המאפיינת ילדים ופעוטות, והיא נובעת פעמים רבות מדפוסי האכלה או קונפליקטים משפחתיים הנוגעים לאוכל, יש לשקול [טיפול משפחתי להפרעות אכילה או טיפול דיאדי](#), אשר שם דגש על חיזוק הקשר בין ההורה הילד, או על חיזוק מיזמניות התקשרות בין בני המשפחה. וכך, השיפור בתסמיini ההפרעה יכול להופיע גם אם המוקד הטיפול אינו בהכרח ההפרעה או העיסוק באוכל.

במצבים אחרים, יש לפנות ל[טיפול רגשי פרטני](#), המלאה בהדרכת הורים אשר מאפשרת להורי הילד הסובל מההפרעה לרכוש כלים פרקטיים שיאפשרו להם ולו להתמודד בצורה אדפטיבית יותר עם הקשיים, לנסות לעמוד על הסיבות להופעת ההפרעה ולמנוע חזרתה בעתיד. אכילת יתר נלוית פעמים רבות להפרעות נפשיות אחרות, כדוגמת הפרעות מצב רוח בילדים או הפרעה בויסות החוש. לכן, חשוב לפנות לגורם טיפול המתמחה בגיל הרך והפרעות אכילה.

הפרעת העלאת גירה היא הפרעת אכילה המופיעה בדרך כלל בinnessות, ומתבטאת בלעיסה ובליה חוזרת של אותה כמות אוכל. בעמוד הנוכחי, תוכלו לקרוא על [טסמנים](#), גורמים ודרכי טיפול בהפרעת העלאת גירה.

רומינציה כהפרעת אכילה

רומינציה או העלאת גירה היא הפרעת אכילה המופיעה בדרך כלל בinnessות, על אף שהיא יכולה להתפתח בכל שלבי החיים, מינקות ועד בגרות. תחילתה, יש לשולב בעיה רפואי דוגמת קשיים מוטוריים המקיימים על הבליעה. הפרעת העלאת גירה בinnessות עלולה להביא לאובדן משקל או לקושי בהשגת משקל תקין לאחר והtinok אינו בועל ומעכל את המזון לו הוא זקוק. במצבים אלו, התינוק עשוי להיות עצבני וחסר מנוחה עקב הרעב התמידי שהוא חווה.

חלק מהייתה [הפרעת אכילה אצל ילדים](#), מדובר בסוג של הפרעת אכילה א-טיפיקלית כאשר בקרב תינוקות ההפרעה מסוכנת ועלולה להיות קטלנית. יש לציין כי [רומינציה](#) מתפתחת במקרים

רבים בקרב ילדים עם בעיות התפתחותיות כמוגבלות שכלית או אוטיזם, בלי קשר לאיכות הקשר עם הורה. יחד עם זאת, במקרים של התפתחות תקינה, הטיפול המומלץ הינו טיפול דייד', המכון לחיזוק הקשר בין הילד להורה ושיפור מיומנויות תגובה של הורה כלפי הילד. זאת, כיוון שהפרעה זו לרוב מתחתת בリンクות, והיא מקשורת לאכילה והזנה, פועלה המוחשת בתחילת החיים לאינטראקציה וליצירת בסיס הקשר הבתו בין התינוק להורה.

תסמינים קליניים

העלאת גירה הינה מתבטאת בלעיסה ובליה חזרת של אותה כמות אוכל, כאשר תופעה זו נמשכת חדש אחד לפחות, לאחר רכישת יכולת תקינה לבלוע מאכלים מוצקים. ילדים הולכים בהפרעה אינם סובלים מבחילות או מהפרעה גופנית במערכת העיכול, אך בעקבות ההפרעה הם עלולים לאמוד משקלם ולא לעלות במשקל כמצופה, דבר אשר עלול לפגוע בהתפתחותם.

לרוב, בזמן העלאת הגירה התינוק מרוכז מאד, גבו מקומר, ראשו נוטה לאחור והוא בוהה. כמו כן, בזמן העלאת הגירה התינוק עשוי להיראות כננה מהפעולה, אך בין ההתקפים התינוק עצבני ורعب. תת תזונה שיכולה להיות כתוצאה מהעלאת הגירה החוזרת ונשנית, יכולה להיות קשורה לעיכוב בגדילה, ויש לכך השפעה שלילית על ההתפתחות ועל פוטנציאל הלמידה.

בקרב אנשים בוגרים, הפרעת העלאת גירה עלולה להוביל לכך שהם ימנעו מעצם בכוננה אוכל, כתוצאה מהחשש והסתיגמה הנלוויים למאכלי. ככלומר, הם יעדיפו שלא לאכול על פני "להסגר" את קיום ההפרעה במצבים חברתיים. התנהוגות זו עלולה להוביל לירידה משמעותית במשקל וכן לפגיעה משמעותית בתפקוד החברתי.

אבחנה ע"פ DSM-5

האבחנה ניתנת כאשר מתקיימים הקритריונים הבאים:

A. העלאת גירה חוזרת ונשנית של מזון, על פני תקופה של לפחות חודש אחד. העלאת גירה יכולה להיות אוכל שנבעל אף שב לאזור הפה, נלעס שוב, או נבעל שוב או שיורקים אותו החוצה.

B. העלאת הגירה החוזרת והנסנית אינה מיוחסת למצב/בעיה הקשורות לمعايير ולקייה, או למצב רפואי אחר (רפלקס, הצרות השוער- הצרות הפתח התחתון של הקיבה).

C. הפרעת האכילה אינה מתקיימת באופן בלעדי/רק במהלך של אנוורקסיה נרבעה, בולמיה נרבעה, בולמוסי אכילה, או הפרעת אכילה של הימנעות/הגבלת צריכת מזון.

D. אם הסימפטומים מתקיימים בהקשר של הפרעה נפשית אחרת (למשל פיגור שכל' או הפרעה נירית התפתחותית אחרת), הם חמורים מספיק כדי להצדיק תשומת לב קלינית נוספת.

מהם הגורמים להפרעה?

במידה והטיןוק אובדן עם בעיה התפתחותית כמו מגבלות שכלית או אוטיזם, סביר להניח שהתנהוגות של העלאת גירה מהוות סוג של גירוי עצמי. במידה ולא, ההסביר להפרעה שניי במחלוקת, וישן כמה השערות להתפתחותה:

תיאוריות פסיכוןיות – תיאוריות רגשיות ובין אישיות המציגות כי רומניציה מתפתחת עקב בעיה בקשר ההורה-ילד המופיעית בנתק או ניכור הגורמים הילד לגורם לעצמו גירוי חושי חלופי באמצעות רומניציה, או עקב האכלה בלתי מותאמת הפגעת בתחששות השלווה של הילד על מה שנכנסו לגוףיו /או בפגיעה במנגנון הטבוי של רעב ושובע.

תיאוריות למידה – תיאוריות התנהגויות המציעות כי התינוק מפתח הפרעת האכלה גירה כאשר הוא מזהה כי ההתנהגות הרומנטיבית מושכת תשומת לב רבה, ומתחילה להשתמש בה לשם כר. על פי תיאוריות אלו, ההנהה מהגורי העצמי ותשומת הלב שההתנהגות מושכת מחזקות את התנהגות התינוק, כך שהתינוק רוצה לחזור על הפעולה.

גורמים ביולוגיים – קיימים מחקרים המצביעים על כך שיינן והפרעה נגרמת עקב תפקוד לקוי של מערכת העצבים האוטונומית.

כיצד ניתן לטפל בהפרעה?

ההפרעה עלולה להיות מסוכנת ובמקרים קיצוניים אף לగרם למות, אך חשוב לטפל בה בהקדם. טיפול המשלב כלים של טיפול קוגניטיבי התנהגותי לצד פסיכותרפיה או הדרכת חורים, עשוי להוביל לשיפור משמעותו בתפקיד. כמו כן, כאמור במקרים בהם ההפרעה מתפתחת בינוות, לרבות המליצה היא על טיפול דיאדי, כלומר טיפול משותף להורה והילד, המתמקד בקשר ביניהם.

تسمונת פיקה היא הפרעת אכילה המופיעה בדרך כלל בגילאי הילדות, וمتבטאת באכילת חומרים בלתי אכילים ולא מזינים. בעמוד הנוכחי, תוכלו **לקראא כיצד מабחניםتسمונת פיקה, גורמים ודרכי טיפול.**

פיקה הינה ציפור משפחת העורבים האוכלת נבלות ומנקה שריאות. התسمונת זכתה לשם מאחר והילדים הסובלים منها אוכלים דברים בלתי אכילים אשר עלולים להזיק להם, באופן שאינו תואם את השלב התפתחותי בו הם מצויים.

מהם התסמינים הקליניים של ההפרעה?

פיקה הינה הפרעת אכילה, אשר לרוב מופיעה בקרב ילדים. היא באה לידי ביטוי באכילת חומרים בלתי אכילים ולא מזינים לאחר גיל שנה. סוג הדברים שהילדים אוכלים משתנה בהתאם לנגישות הדברים לילדים, אך אלמנטים שכיחים הם צבע, פלסטר, שער, בגדים, חוטים, לכלוך, צואת חיות, אבניים ונייר. במקרים קיצוניים התسمונת עלולה לגרום להרעלת.

עד כמה ההפרעה שכיחה?

עדויות על שכיחות התسمונת אין מבוססות דיין, בין היתר כיון שפעים רבים ההפרעה נעלמת עם הגיל, ללא טיפול מותאם. כאשר כבר פונים לטיפול, מדובר לרוב במצבים מתמשכים או חמורים במיוחד. יחד עם זאת, נראה כי לרוב ההפרעה מתקיימת בקרב ילדים, בגילאי שנה עד שנתיים. לעומת זאת, בקרב מבוגרים ומבוגרים מדובר בהפרעה נדירה למדי, וכך אשר היא כבר מופיעה, לרוב מדובר בסובלים מליקות אינטלקטואלית. כמו כן, לא נמצא הבדלים מגדריים בשכיחות התسمונת.

אבחנה ע"פ DSM-5

לפי ה-[DSM-5](#), מדריך האבחנות של האגודה הפסיכיאטרית האמריקאית (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) אבחנה של תסמנות פיקה ניתנת כאשר מתקיימים הקритריונים הבאים:

- A. אכילה מתמשכת של חומרים לא מזינים, שאינם מאכל במשך חדש לפחות.
- B. אכילת החומרים ללא מזינים שאינם מאכל, אינה מותאמת לשלב התפתחות.
- C. התנהגות האכילה אינה קשורה למנהג בעל תמייה תרבותית או נורמה חברתית.
- D. אם התנהגות האכילה מתקיימת בהקשר של הפרעה נפשית אחרת (לקות אינטלקטואלית, כגון הפרעה אינטלקטואלית התפתחותית, הפרעה על הספקטרום האוטיסטי, סכיזופרניה, או מצב רפואי, כולל הריאן) יש לקיים מעקב טיפולי בניידון.

מהם הגורמים להפרעה?

הסביר לתסמנות שני במחלוקת, וישנו מספר השערות לגבי הגורמים להתפתחותה:
ליקויים בתזונה - ליקויים בתזונה עלולים לגרום להשתוקקות לחומר בלתי אכיל. לדוגמה, הרצון לאכול לכלו או קrch נמצאו קשור למחרוז בברזל ואבץ.

גורמים פסיכולוגיים - לפי תיאorias פסיכודינמיות, תסמנות פיקה נגרמת עקב קיבוען בשלב האוראלי. שלב זה, לפי [פריד](#), הינו שלב הראשוני התפתחות הפסיכו-סקסואלית של הילד. בשלב זה האנרגיה המינית מרכזת בפה, והתינוק מספק את עצמו על ידי גירוי הפה (למשל, מציצת מוצץ או יניקה). במידה והתינוק אינו מספק בשלב זה, למשל במצבים של הזנחה הורית או נטישה, או לחולופין מסופק יתר על המידה, עשוי להתרפה קיבען אוראלי אשר מוביל לעיתים לתסמנות פיקה.

כיצד ניתן לטפל בהפרעה?

特斯מנות פיקה עלולה להיות מסוכנת ולכך חשוב לטפל בה מראש. תחילת, על ידי מניעת הילד מגישה לחומרים רעלים. כמו כן, יש חשיבות לטיפול רב מערכתי הכלול טיפול רפואי (במקרה של בעיה רפואית כתוצאה מה特斯מנות), [טיפול משפחתי להפרעות אכילה](#) ו[טיפול רגשי לילדים](#) מביא לשיפור משמעותית בתפקוד.

טיפול משפחתי כולל מתן תמייה רגשית למשפחה, והדרכה להרגלי חיים בריאים אשר יאפשרו הילד התפתחות תקינה. טיפול משפחתי או טיפול פרטני הכולל הדרכת הורים מאפשרים למידת טכניקות התנהגותיות שונות כגון מודלינג, עיצוב, וחיזוק חיובי. מחקרים מצאו כי הטכניקה הייעלה ביותר לטיפול בהפרעה זו היא מתן גירוי בלתי נעים על מנת להכחיד את ההתניה אשר הובילה לאכילת חומרים לא מזינים. כך, בזמן שהילד מכניס דברים לא ראויים לאכילה לפני גורמים לו לתחשוה לא נעימה (למשל, על ידי השמעת צליל לא נעים); הילד לומד באופן לא מודע לחבר את ההתנהגות עם דבר שלילי וכן למנוע מלעשותה. **טיפול רגשי פרטני**, הכולל הדרכת הורים כאשר

הסובל ממהפרעה הינו קטן, maar חקירת הגורמים להתפתחות המפרעה והתמודדות מיטיבה יותר עם מצוקות רגשיות.

כאמור, לעיתים המפרעה מתקיימת לצד המפרעה נפשית, התפתחותית או רפואית אחרת. גם במקרים אלו, ניתן לעתים לטפל ולהפחית את הסימפטום של אכילת חומרים באמצעות טיפול רפואי או באמצעות [טיפול קוגניטיבי התנהגותי](#).

הפרעות אכילה בגיל ההתבגרות

הילד אוכל מעט מדי או יותר מאשר משקל? אתם חושדים שהבן שלכם אוכל בסטר? איך ניתן להבדיל בין דיאטה לבין אנורקסיה? האם כדאי להגיד משהו או שזה רק יחמיר את המצב? האם מדובר בשלב אשר עתיד לחולף בלבד או בבעיה אשר מצריכה טיפול愕ם?

שאלות אלו, ורבות אחרות, מעסיקות הורים אשר חושדים שאין להם ילדים או ילדים המתבגרים סובלים מהפרעות אכילה. הפרעות אכילה [בגיל ההתבגרות](#) עלולות לנבוע מגורמים רבים, ביניהם לחץ, השפעות סביבתיות, מצוקה רגשית וקשיים ביחסים המשפחתיים. מעבר לגורמים השונים להתפתחות הפרעות אכילה בגיל ההתבגרות, ידוע כי [כל שziehi הפראת האכילה והטיפול בה](#) יתרחש בשלב מוקדם יותר, כך גודל הסיכון להחלמה.

בגיל ההתבגרות, הפרעות אכילה הן בין המפרעות הנפוצות ביותר, ולרוב הן כרוניות ופגעות משמעותית בתפקוד. שיעור [הפרעות אכילה בילדים](#) ובגיל ההתבגרות הולך ועלה בשנים האחרונות. כמו כן, קיימת קומורבידיות גבוהה למפרעות נפשיות אחרות ולמינים רפואיים מסוימים. יתרה מכך, כיוון שבגיל ההתבגרות, הגוף והמוח עוד אינם הגיעו להבשלה, להרעבה חמורה וממושכת, המאפיינת [אנורקסיה נרבתה](#), השלכות משמעותיות על התפתחות המוח והעצמות.

הפרעות אכילה בגיל ההתבגרות - כיצד מזדהים?

הפרעות אכילה בגיל ההתבגרות נוטות לא פעם להיות חמקמקות וקשות לזיהוי. ראשית, מתבגרים עוסקים ממשילא בדימוי גופני ובהופעתם החיצונית, כך שהגבול בין דיאטה או עיסוק נורמלי לבין התפתחות המפרעת אכילה אינו תמיד קל לזיהוי. כמו כן, גיל ההתבגרות מאופיין בצורך של המתבגר לבסס את זהותו הנפרדת ולהרחיב עצמאותו מההורים. על כן, הנטייה לשטף את ההורם או לפנות אליהם לעזרה פוחתת. יתרה מכך, לעיתים אנרגיות רבות מושקעות בהסתדרת המפרעת האכילה מעיני ההורם. יחד עם זאת, קיימות מספר התנאיות אשר עלולות להיות נורות אזירה לקיום של המפרעות אכילה בגיל ההתבגרות:

1. **שינויים בהרגלי האכילה** – המתבגר טוען לאידיאולוגיות המסבירות את המנעוטו מסוגי מזון רבים, מפתח ברנות יתר, מצהיר שוב ושוב שאכל בחוץ עם חברים וכן הלאה.
2. **סימנים גופניים** – ירידת מסיבית במשקל, הפסקת המחוור, ריח רע מהפה, נשירת שיער.
3. **התבוזדות** – הסתగירות ממושכות בחדר, במקלחת או בשירותים.
4. **עיסוק חברתי בהרזיה** – למשל, התחברות לקבוצת מתבגרות העוסקת במשקל ודיאטות.

5. **עיסוק יתר במזון** – דיבור רב על אוכל או על אידיאולוגיות הנוגעות לאכילה. לעיתים, יבוא לידי ביטוי בעיסוק רב בבישול והכנת מזון אחרים.

6. **שינוי התנהגותי ורגשי בתחומיים שאינם קשורים לאכילה** – מצב רוח ירוד, ירידת בהישגים האקדמיים, ירידת בעניין החברתי, עצבנות, שינוי ממושכת.

כיצד להתנהל מול מתבגרים הסובלים מהפרעות אכילה?

הורם רבים אשר נתקלים בסימנים מעוררי חשש לקיומה של הפרעת אכילה תוהים כיצד להגיב והאם להעלות את הנושא בפני המתבגר/ת. חלקם חוששים שעצם השאלה "תיתן לה רעונות", אחרים חוששים מפני תגובה נזעמת על ההתרבותות בחיהם הפרטיים ואילו חלקם מתקשים להאמין או לקבל את העובדה שילדם יסבול מהפרעה כזו.

על אף שמתבגרים רבים אכן יגיבו בкус וכחשה של הבעיה, התעלמות ההורם היא הרסנית ומוסוכנת, שכן המתבגר עלול לחוש כי הוא "רשאי" לפגוע בעצמו מבלתי שאיש שם לב לכך או יכול לעזרו בעדו, והפרעת האכילה הולכת ומחrifפה.

לכן, כאשר מתעורר החשד לקיומן של הפרעות אכילה בגיל ההתבגרות חשוב להעלות את הנושא באופן ישיר מול המתבגר ולעמתו עם הגורמים לחשד. גם במצבים בהם יכחש, יגיב בזעם או בלעג, עדין חשוב להזכיר מסר ברור הנוגע לכך שאתם מתכוונים להמשיך ולפעול על מנת למנוע פגיעה עצמית באמצעות הפרעת האכילה.

חשוב לציין כי חלק ניכר מהתבגרים יגיבו באופן חיובי להתייחסות הוריהם להפרעה, ויסכימו לקבל עזרה מקצועית. כאמור, הפרעות אכילה בגיל ההתבגרות נוטות לבטא קשיים ומצוקות רגשיות אשר קיימות בבסיס הפרעת האכילה עצמה, ולכן מרבית המתבגרים זקוקים לעזרה מקצועית בהتمודדות עם הפרעת האכילה ממנה הם סובלים.

איך מטפלים בהפרעות אכילה בגיל ההתבגרות?

טיפול בהפרעות אכילה כולל ליווי רפואי ובמידת הצורך, מפגשים עם דיאטנית אשר תסייע לבניית הרגלי אכילה מאוזנים ושמירה על משקל גוף תקין. לצד זאת, טיפול רגשי פסיכולוגי מהוות אמצעי התמודדות יעיל ביותר אחר והוא מאפשר למתבגר לבטא את המצוקה הרגשית במילים ובכך פחתת הצורך בהבעת מצוקה דרך דפוסי אכילה עuitiyim.

במקרים בהם הפרעת האכילה הינה קשה וממושכת, טיפול פרטני אינו מהוות מסגרת התמודדות מספקת למתבגר ולמשפחה. במקרים אלו, בהם העיסוק באכילה אינטנסיבי וקיצוני, והפגיעה התפקידית משמעותית, ניתן לטפל בהפרעת האכילה במסגרת של אשפוז יום או אשפוז מלא במחלקות ייעודיות להפרעות אכילה. מסגרת זו מציעה השגחה מקיפה יותר על הרגלי האכילה ומתן טיפול אינטנסיבי ומערכת.

גם כאשר המתבגר מסרב לטיפול או מכחיש את קיומה של הפרעה, יש חשיבות לפניה לטיפול. במקרים אלו, מומלץ לפנות [לדרך הורים](#) בה ניתנים להורים כלים להתמודדות עם המצב, הגנה על המתבגר/ת והגברת המוטיבציה שלו לפנות לטיפול.