

הפרעות אכילה מאופיינות בעיסוק מוגזם באוכל ובמשקל, אשר גורמים למצוקה ולפגיעה משמעותית בתפקוד. בעמוד הנוכחי, תוכלו לקרוא על סוגי הפרעות אכילה, גורמים, ההשפעות של הפרעות אכילה ודרכי טיפול.

הפרעות אכילה הן שם כולל לקבוצת אבחנות המתבטאת בעיסוק מוגזם באכילה ומשקל, לצד דפוסי אכילה בעייתיים אשר מובילים לקשיים רגשיים ולפגיעה משמעותית בתפקוד. להפרעות אכילה, בשונה מהפרעות נפשיות אחרות, עלולות להיות השלכות פיזיות ובריאותיות משמעותיות ומסכנות חיים. בשנים האחרונות, עקב הגברת המודעות לתזונה נכונה ובריאה, לצד הניסיון החברתי לשינוי אידיאל הרזון, עלתה גם המודעות לתחום הפרעות האכילה ולחשיבות הטיפול בהפרעות אכילה.

סוגי הפרעות אכילה

כיום, אנשים רבים מקיימים מערכות יחסים מורכבות עם תזונה, כך שלא פעם אוכל מהווה אמצעי להתמודדות עם קשיים רגשיים. אותה מערכת יחסים עם אוכל, עשויה להישען על גורמים רבים, כגון נטיות גנטיות, דפוס התקשרות 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, המתבטא בדפוס אכילה או עיסוק מוגזם באוכל לאורך זמן מתמשך, פגיעה בתפקוד הסובל מההפרעה או סביבתו ולעיתים גם פגיעה פיזית או בריאותית כדוגמת ירידה דרסטית במשקל. להלן סוגי הפרעות האכילה, על פי ספר האבחנות DSM-5:

- **אנורקסיה נרבוזה** – אנורקסיה נרבוזה היא הפרעת אכילה המאופיינת בירידה דרסטית במשקל הגוף, המתרחשת באמצעות הרעבה ו/או פעילות ספורטיבית מוגזמת. ההפרעה מלווה בפחד עצום מהשמנה ועיסוק מוגזם באוכל.

- **בולימיה נרבוזה** – בולימיה נרבוזה היא הפרעת אכילה המאופיינת בהתקפי זלילה המלווים ב"התנהגויות מפצות" אשר מטרתן היא מניעת עלייה במשקל. התנהגויות אלו יכולות להיות הקאה, צום, שימוש במשלשלים וכד'.

- **הפרעת התקפי זלילה** – הפרעת אכילה המאופיינת בהתקפי אכילה חוזרים בהם נצרכת כמות מזון מופרזת המלווה בתחושה של חוסר יכולת לשלוט באכילה, אשמה וגועל עצמי. בשונה מבולימיה, בהפרעה זו אין התנהגויות מפצות.

- **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, בליעה או יריקה, ולא כתוצאה ממצב רפואי או כחלק 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 דרסטי, חסך 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 בדפוסי אכילה בעיתיים, הכוללים [אכילת יתר](#), [סירוב לאכול](#) ואכילה א-טיפיקלית (העלאת גירה, פיקה או אגירת אוכל).

שכיחות של הפרעות אכילה

אנורקסיה נרבוזה ובולימיה נרבוזה 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 לעיתים במופעים שונים מאלו שמאפיינות נשים, כדוגמת עיסוק מוגזם בכושר, אידיאל הנוגע לשרירים 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 רפואית, 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 העיסוק באוכל מהווה מעין כלי לביטוי של קשיים רגשיים ובין-אישיים, במיוחד במצבים בהם יש קושי לבטא את הכאב הנפשי בצורה אדפטיבית. פעמים רבות, עיסוק באוכל ושימוש בכמות האכילה מהווה כלי שליטה כדרך ליצירת עצמאות ונפרדות מההורים, קושי סביב שינויי הגוף וההתעוררות המינית הנלווית לגיל ההתבגרות וכן ניסיון להתמודד עם קונפליקטים משפחתיים. על כן, הפרעות אכילה שכיחות במיוחד בגיל ההתבגרות. יחד עם זאת, אין להקל בכך ראש ועל אף שתסמינים אלו הפכו כמעט "נורמטיביים", יש חשיבות עצומה לפנייה לטיפול על ידי מומחים להפרעות אכילה על מנת להפחית את המצוקה הגורמת לתסמינים.

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

מה הן ההשפעות של הפרעות אכילה?

הפרעות אכילה עלולות להוביל לנזקים פיזיולוגיים ובריאותיים קשים ואף למוות, שכן מדובר באחת מההפרעות הנפשיות בעלות אחוזי התמותה הגבוהים ביותר. מצבים של תת משקל מהווים סכנת חיים ומובילים במרבית המקרים לפגיעה במערכות גופניות פנימיות. גם כאשר המשקל עצמו אינו נמוך באופן מסוכן, עשויים תסמינים כגון בולמוסי אכילה, הרעבה עצמית והקאות לפגוע בתפקודים גופניים שונים כגון סדירות המחזור החודשי, תפקוד לבבי, תפקוד הושט ועוד. בנוסף, [השמנת יתר](#) קיצונית עשויה להביא לסוכרת, מחלות לב, לחץ דם גבוה, קשיי פיריון ועוד.

מלבד הנזקים הבריאותיים, הפרעות האכילה מובילות פעמים רבות לפגיעה בתפקוד של הסובל מההפרעה או של הסובבים אותו. הפרעות אכילה בילדות 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 התנהגויות של הסתרה, דימוי גוף וערך עצמי נמוכים במיוחד ועוד. מתוך כך, הפרעות אכילה עלולות להוביל להזנחת תחומי חיים משמעותיים שאינם קשורים באכילה, ומתוך כך לפגיעה ומצוקה משמעותית של הסובלים ממנה.

כיצד ניתן לטפל בהפרעות אכילה?

הנזקים הפיזיים והפסיכולוגיים המתוארים לעיל, כמו גם סכנת המוות הממשית הנשקפת למתמודדים עם הפרעות אכילה, מדגישים את חשיבותו של מציאת טיפול הולם. על פי גישות עדכניות, טיפול בהפרעות אכילה כולל תחילה תכנית תזונתית-רפואית הממוקדת בהשגת משקל תקין ושמירה עליו, באמצעות ליווי רופא ותזונאית או דיאטנית קלינית. בנוסף, יש חשיבות למציאת [התערבויות פסיכולוגיות](#) ופסיכיאטריות אשר תואמות את ההפרעה ואת הפגיעה בתפקוד של הסובל ממנה. במקרה של הפרעות אכילה, מדובר בשתי זרועות הכרחיות של הטיפול אשר זקוקות אחת לשנייה ולכן לרוב הטיפול ינוהל על ידי צוות רב מערכתי הכולל דיאטנית קלינית ומטפל רגשי מומחה להפרעות אכילה.

קיימות מגוון שיטות טיפול מרכזיות בהפרעות אכילה אשר עשויות לסייע בהתמודדות עם ההפרעה, בין היתר טיפולים דינמיים (פרטניים ו/או קבוצתיים) אשר מסייעים בזיהוי תפקיד ההפרעה בחיי המטופל והשבת השליטה בגופו, [טיפול קוגניטיבי התנהגותיים](#) המיועדים להתמודד עם החשיבה האובססיבית וההתנהגויות הנלוות לה (עיסוק מוגזם בספורט, למשל) [והתערבויות משפחתיות](#) אשר ממוקדות בפתרון אדפטיבי יותר של קונפליקטים. טיפולים תרופתיים עשויים לסייע כאשר הפרעת אכילה נובעת או מלווה בקשיים רגשיים נפשיים אחרים כמו דיכאון, הפרעות אישיות או חרדה. עם זאת, הטיפול התרופתי אינו מטפל בהפרעת האכילה עצמה.

חשוב להדגיש כי הטיפול בהפרעת אכילה עשוי להיערך במסגרת מרפאתית כאשר המטופל מסוגל להמשיך בשגרת חייו, אך במקרים רבים בהם נשקפת סכנה לחיי המטופל או ששיתוף הפעולה שלו עם הטיפול נמוך מאוד, ניתן וחשוב להיעזר במסגרת אשפוזית המספקת השגחה רפואית מקיפה, הקפדה על תזונה נכונה ומסגרת טיפולית נפשית המספקת החזקה רציפה על מנת למנוע החמרה של הפרעת האכילה.

אנורקסיה נרבוזה היא הפרעת אכילה המאופיינת בירידה דרסטית במשקל הגוף, המלווה בפחד עצום מאכילה והשמנה, למרות שהמצב הגופני רחוק מלהיות כזה. בעמוד הנוכחי, תוכלו לקרוא על התסמינים הקליניים, כיצד מאבחנים אנורקסיה, גורמים ודרכי טיפול.

התרבות שלנו מכתובה לנו את התפיסה לפיה "רזה זה יפה"; הדוגמן על גבי שלט החוצות, ה"אושיה" ברשתות החברתיות או שחקנית הקולנוע. אותן דמויות אשר אמורות לעורר בנו השראה והזדהות עלולות להוביל לעיסוק בלתי פוסק בהתייחסות לגוף ולמשקל עד כי זה הוא כרטיס הביקור שלנו, בין היתר כמנוף להצלחה אישית וחברתית. אך כשעושים זאת "טוב מדי", והרצון להוריד במשקל משתלט על המחשבה ומוביל להתנהגויות של הרעבה, עשויים בני נוער ומבוגרים להזיק לעצמם, לעיתים עד מוות, כחלק מהפרעת אכילה הידועה בשם אנורקסיה נרבוזה.

מהם התסמינים הקליניים של אנורקסיה?

אנורקסיה נרבוזה היא [הפרעת אכילה](#) המאופיינת בירידה דרסטית במשקל הגוף, המלווה בפחד עצום מאכילה והשמנה, למרות שהמצב הגופני רחוק מלהיות כזה. משמעות השם אנורקסיה ביוונית הוא "חוסר תיאבון" אך לרוב, הסובלים מאנורקסיה אינם נעדרים תשוקה למזון. להפך, חלק גדול מתשומת הלב, המחשבה וההתנהגות היומיומית מתמקדים באוכל, בדרכים להפחתת כמות המזון הנצרכת ובבדיקת מצב הגוף ומשקלו.

לרוב, סובלות מאנורקסיה נטות להכחיש את מצבן, להתנגד לטיפול ואף להסתיר פעולות הקשורות לאוכל או לירידה במשקל. הדבר יתבטא, למשל, בסירוב לאכול בנוכחות אנשים. כמו כן, עלולות להתלוות להפרעה לעיתים "התנהגויות מפצות" אשר נועדו לפצות על האכילה, כמו הקאה, שימוש בחומרים משלשלים, משתנים וחוקנים, או פעילות גופנית מוגזמת.

אנורקסיה מלווה בדרך כלל בהפרעות פיזיות ונפשיות משמעותיות. הלוקים בהפרעה נוטים לסבול מחשיבה מצומצמת, שינויים חדים במצב הרוח (לעיתים עד כדי הצגת תסמינים החופפים להפרעת דיכאון מג'ורי), הפרעות שינה, התנהגות אובססיבית-קומפולסיבית, פרפקציוניזם ונוקשות. בתחום הפיזי, פעמים רבות מלווה האנורקסיה בהפסקת המחזור אצל נשים, פגיעה בהתפתחות סדירה בקרב בני נוער, בעיות במערכות העיכול והרבייה ועוד. במקרים קשים עשויה ההרעבה העצמית וההפרעות הגופניות הנלוות לה להוביל למוות.

כמה אנורקסיה שכיחה?

שכיחות ההפרעה מוערכת בכ-1.2%, כאשר בקרב נשים בנות 15 ומעלה השכיחות הינה 0.9% ובקרב גברים, לרוב ההפרעה מתרפצת מאוחר יותר והיא מוערכת כ-0.3%. אנורקסיה נחשבת "הפרעה נשית", ולא ברור עד כמה ההעדפה המגדרית נובעת מבושה ונורמות תרבותיות או מפער ממשי בין גברים ונשים בנטייתם לפתח אנורקסיה נרבוזה.

כמו כן, מוקד ההפרעה משתנה בין נשים וגברים כך שנשים נוטות להתמקד ברזון ואילו אידיאל הגוף הגברי לרוב כולל מסת שריר ושרירים, ולכן הפרעות אכילה גבריות פחות באות לידי ביטוי בהרעבה וסירוב לאכול, ויותר בעיסוק אובססיבי בפעילות ספורטיבית.

אנורקסיה נרבוזה היא הפרעה הנפוצה יותר במדינות מפותחות ומתועשות, ובקרב השכבות החברתיות-כלכליות הגבוהות יותר. מחקרים מראים כי מהגרות למדינות מפותחות ומערביות נוטות לפתח את ההפרעה יותר מאשר בנות גילן בארץ מוצאן. גברים ספורטאים נמצאים בקבוצת סיכון לפתח אנורקסיה, ונשים העוסקות בדוגמנות או במחול נמצאות אף הן בקבוצת סיכון לפתח אנורקסיה.

אבחנה על פי DSM-5

קריטריונים דיאגנוסטיים:

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

שהוא נמוך מהמינימום הנורמלי באוכלוסייה, או לחילופין, עבור ילדים ומתבגרים, נמוך מהמינימום המצופה לגיל ולמין הילד.

B. פחד מתמשך מפני עלייה במשקל או להפוך לשמן, או לחילופין – התנהגות מתמשכת אשר מחבלת בעלייה במשקל, למרות שנמצאים במשקל נמוך משמעותית.

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

סוגים שונים של אנורקסיה

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

1. **אנורקסיה מסוג מגביל (Restricting Type)** – תת סוג זה מאופיין ב-3 חודשים לפחות של הרעבה עצמית ללא אפיזודות של זלילה והקאה, וללא התנהגויות של טיהור עצמי (הקאה מכוונת, שימוש במשלשלים או משתנים, או חוקן). בתת סוג זה הירידה במשקל מושגת בעיקר בעזרת דיאטה, צום והתעמלות מופרזת.

2. **אנורקסיה מסוג מטהר (Binge Eating/ Purging Type)** – תת סוג המאופיין ב-3 חודשים לפחות של התנהגויות חוזרות ונשנות של התקפי זלילה, או התנהגות מטהרת.

כמו כן, את ההפרעה ניתן לסווג על פי דרגת החומרה שלה, הנקבעת על פי BMI בקרב מבוגרים, ועל פי אחוזון ה-BMI בהשוואה לממוצע בני גילם בקרב ילדים ומתבגרים. דרגת החומרה עולה גם ככל שיש יותר פגיעה בתפקוד ויותר צורך בהשגחה:

- 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?

גישות שונות ניסו להסביר הפרעה זו, כאשר כיום מאמינים מרבית אנשי המקצוע כי שילוב בין הגורמים השונים מובילים להיווצרות ההפרעה:

1. **גורמים חברתיים-תרבותיים:** השוואה בין תמונות של "משפיעניות" עכשוויות לבין אייקונים תרבותיים מהעבר מדגימה את השינוי העצום אשר חל בשנים האחרונות באופן בו נתפסת "האישה האידיאלית", כאשר דוגמניות רבות רזות באופן קיצוני, וכן רזון מקושר לכוח רצון, הצלחה ויופי. חשוב לציין כי בשנים האחרונות גוברת המגמה להראות בתוכן פרסומי ושיווקי משקלים שונים ומבני גוף שונים על מנת להפחית את האידיאליזציה למבנה גוף ספציפי ומסוים, אך "קידוש הרזון" עדיין רווח ובא לידי ביטוי, גם אם לא במודע. בהתאם, מאמינים אנשי מקצוע כי עיסוק היתר של החברה המערבית באידיאל הרזון מעודד עלייה בשיעור האנורקסיה.

2. **גורמים פסיכולוגיים** – אנורקסיה יכולה להתפתח מתוך הניסיון לפתח אישיות עצמאית, המאפיין בעיקר את גיל ההתבגרות. בשנים אלו, נדרשים נערים ונערות להתמודד עם אתגרים חברתיים חדשים ועם דחפי מין ותוקפנות שעולים. ניתן, אם כך, לראות בחיפוש אובססיבי אחר רזון המוביל לא פעם לעצירת ההתפתחות כניסיון לדחות ולהכחיש מיניות. מתוך כך, יש הרואים באנורקסיה ניסיון להפגין שליטה ולהשיג אוטונומיה, המכסה דווקא על עצמיות מעורפלת ולא מפותחת.

3. **גורמים משפחתיים** – מחקרים מצאו 3 מאפיינים משפחתיים המקושרים להתפתחות אנורקסיה: חוסר בהגדרה ברורה של גבולות, עירוב יתר בקונפליקט הורי ואמצעי לשליטה במשפחה. כמו כן, נמצא קשר בין אנורקסיה לבין התמודדות עם דמות אם דומיננטית הנחוות כפולשנית וחודרנית, ממנה קשה למצוא נפרדות וזהות אישית. במקרים אלו, הרעבה עצמית יכולה להוות סוג של ניסיון להכריז בעלות על הגוף, להכניע ולהרוס את הדימוי הפנימי של האם הפולשנית, ולדחות את הנשיות עצמה. מנגד, הדינאמיקה בבסיס ההפרעה יכולה לנבוע מהרצון להישאר קטנה, חלשה וזקוקה להגנה, ובכך למנוע נפרדות מהאם האוהבת או מהמשפחה המגוננת.

4. **גורמים ביולוגיים** – לא קיימות עדויות חד משמעיות לקיומם של גורמים תורשתיים בהיווצרות ההפרעה, אך הם נמצאו כגורמים אשר משמרים את ההפרעה ואולי אף מקשים על טיפול אפקטיבי בה. כך, ממצאים ביולוגיים הנוגעים לקשיים במנגנון מוחי של וויסות אכילה (בהיפותלמוס) עשויים לשקף את הנזק הנגרם כתוצאה מהרעבה מתמשכת. באופן דומה, נמצא כי חומרים אופיאטיים המיוצרים בגוף כתוצאה ממחסור במזון מגבירים את הנטייה להתכחש לתחושת הרעב, וכך משמרים את תסמיני ההפרעה הנוגעים להרעבה.

איך ניתן לטפל באנורקסיה?

הטיפול באנורקסיה הוא טיפול מורכב וממושך אך הוא עשוי להביא לשיפור משמעותי הן בסימפטומים האנורקטיים והן בקשיים הנפשיים הנלווים להפרעה כגון הערכה עצמית נמוכה, קשיי נפרדות, עיסוק יתר בשליטה ועוד. יחד עם זאת, מטרת הטיפול הראשונית היא הפחתת הסיכון לחיי המטופלת וטיפול בסיכון הרפואי והגופני.

1. **ליווי רפואי** – תחילה, על מנת להתמקד בהיבטים הרפואיים והגופניים של ההפרעה, ולהפחית את הסיכון לחיי המטופלת, על הטיפול להיות מלווה ברופא אשר יפקח על מדדים רפואיים קריטיים ויסייע בבחירת מסגרת טיפול מתאימה. לצד זאת, מומלץ לקבל סיוע **מתזונאית קלינית המומחית בהפרעות אכילה**, על מנת לאזן ולשמור על הרגלי תזונה אשר יתמכו 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 להוות מסגרת טיפולית מקיפה ויעילה במיוחד. אשפוז, המתקיים לרוב במסגרות ייחודיות להפרעות אכילה, מאפשר השגחה על מצבו הרפואי של המטופל והתאמת דיאטה והרגלי אכילה בריאים. כמו כן, ניתנים טיפולים פסיכולוגיים מותאמים וניסיון להכין את המטופל לחיים בקהילה, בבוא הזמן.

3. **פסיכותרפיה להפרעות אכילה** – כיוון שאחד האתגרים המשמעותיים בהפרעה זו נוגעת למוטיבציה לשינוי ולטיפול, הסובלים והסובלות מאנורקסיה עשויים לגלות התנגדות רבה לטיפול המכוון לעלייה במשקל. לכן, **טיפול פסיכודינמי** מעמיק, יש דגש על רכישת אמונו של המטופל

והבנת נקודת המבט והצורך שלו ברזון משמעותיים במיוחד ועשויים לאפשר, בהמשך הטיפול, שינוי דפוסי התנהגות ומחשבה. [טיפול קוגניטיביים-התנהגותיים](#) מתמקדים באופן אקטיבי בשינוי הסימפטומים האנורקטיים ומאפשרים למטופל לרכוש יכולות כבקרה על רגשות ומחשבות אוטומטיות שמעוררת בהם האכילה וויסות רגשות אלו, שיפור מיומנויות בין אישיות וכן הלאה.

4. [טיפול משפחתי בהפרעות אכילה](#) – בנוסף לטיפולים פסיכולוגיים פרטניים המתמקדים בהפרעה ובגורמים לה, טיפול משפחתי יעיל במיוחד במקרים בהם גורמי ההפרעה נשענים על דפוסי משפחתיים לא מיטיבים או קונפליקטים משמעותיים במרחב המשפחתי. כמו כן, כיוון שהפרעת האכילה משפיעה בדרך כזו 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 המשפחתית הקיימת או המשתנה.

יש לציין כי [טיפול תרופתי](#) נמצא כלא יעיל במיוחד לטיפול בסימפטומים אנורקטיים, אך הוא עשוי לתרום להפחתת מצבי [דיכאון](#) ו**חרדה** כאשר הם נלווים לאנורקסיה נרבוזה.

בולימיה נרבוזה היא הפרעת אכילה, אשר מאופיינת באפיזודות חוזרות של התקפי זלילה בלתי נשלטים, לצד התנהגויות מפצות כמו ספורט או הקאות. בעמוד הנוכחי, תוכלו לקרוא על התסמינים הקליניים, כיצד מאבחנים בולימיה, הגורמים ומהן דרכי הטיפול בבולימיה.

בתרבות הרומית העתיקה נהגו בני האצולה להקיא את אשר אכלו במהלך המשתה בכדי לאפשר לעצמם להאריך את משך החגיגה. נוהג זה נחשב מקובל ויעיל ואיש לא סיווג אותו כהפרעת אכילה. למעשה, רק ב-1979 החלו אנשי מקצוע לראות ב**התקפי זלילה** המלווים בהתנהגויות מפצות (כהקאה וספורט) בעיה בפני עצמה; עד אז, נחשבה בולימיה ל"סוג של [אנורקסיה](#)" ולא זכתה להכרתם של אנשי מקצוע. בעשורים האחרונים החלו נשים הסובלות מבולימיה להכיר בכך שדפוס אכילתן מובחן ובעייתי, ויש לפנות לעזרה טיפולית מותאמת.

מהם התסמינים הקליניים של בולימיה?

בולימיה היא [הפרעת אכילה](#) אשר מתאפיינת באפיזודות חוזרות של התקפי זלילה בלתי נשלטים, לצד התנהגויות מפצות כמו ספורט או הקאות. בניגוד ל**הפרעת אכילה כפייתית**, בה אין התנהגויות מפצות.

במבט ראשון, קשה לזהות את הסובלות מבולימיה: על אף עיסוק מוגזם בצורת הגוף ובמשקל, לרוב משקלן תקין והתקפי האכילה מתרחשים בסתר ובבדידות. במהלך התקפים אלו, צורכות הסובלות מבולימיה כמויות מזון גדולות המלוות ב"התנהגויות מפצות" אשר מטרתן למנוע עלייה במשקל. התנהגויות מפצות יכולות להיות הקאה, צום, שימוש במשלשלים וכד'.

פעמים רבות, בולימיה נלווית להפרעות שונות, ויש חשיבות מכרעת לאבחן בצורה אשר לוקחת בחשבון תחלואה נלווית, על מנת לטפל בצורה מותאמת ונטולת סיכונים. בקרב הסובלות מבולימיה נטייה לשימוש בחומרים כמו סמים ואלכוהול, גניבה מחנויות, יחסי מין הרסניים, [דיכאון](#) ו**חרדה**. כמו כן, חלק מהנשים הסובלות מבולימיה סובלות גם מ**הפרעות אישיות** שונות.

כמה זה שכיח?

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

אבחנה על פי DSM-5

קריטריונים דיאגנוסטיים:

A. אפיזודות חוזרות של זלילה המאופיינות בשני קריטריונים:

1. אכילה בפרק זמן מוגדר של שעותיים לפחות, כמות אוכל שהיא באופן משמעותי וברור גדולה ממה שרוב האנשים היו אוכלים במשך פרק זמן זהה תחת אותן נסיבות.

2. תחושת חוסר שליטה על האכילה בזמן האפיזודה (תחושה שהאדם אינו מסוגל לעצור או לשלוט במה ובכמה הוא אוכל).

B. התנהגויות מפצות חוזרות במטרה למנוע עלייה במשקל כמו הקאות יזומות, שימוש לרעה במשלשלים, משתנים או תרופות אחרות, צום או התעמלות מופרזת.

C. אפיזודות הזלילה וההתנהגות המפצה מתרחשות בממוצע לפחות פעם בשבוע למשך 3 חודשים.

D. ההערכה העצמית מושפעת בצורה מופרזת ממשקל וצורת הגוף.

E. ההפרעה לא מופיעה רק במהלך אפיזודות של אנורקסיה נרבוזה.

סוגים שונים של בולימיה

את ההפרעה ניתן לסווג על פי חומרה, הנקבעת לפי שכיחות ההתנהגויות המפצות (ממתון ועד קיצוני), וכן ניתן להבחין בין סוגים שונים של בולימיה, לפי סוג ההתנהגות המפצה:

1. בולימיה עם התנהגויות מפצות מטהרות אשר מאופיינת בהקאה יזומה או שימוש במשלשלים, משתנים, חוקן או אמצעים רפואיים אחרים.

2. בולימיה עם התנהגויות מפצות לא מטהרות אשר מאופיינת בצום ופעילות ספורטיבית מוגזמת.

מהם הגורמים לבולימיה?

מודלים וגישות שונות ניסו לזהות את הגורמים להפרעה בדפוס 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 בבולמיה, אך מאחר וטיפול אנטי-דכאוני נמצא יעיל, סביר כי קיימת השפעה לנוירוטנסמיטורים אשר מקושרים למצב רוח כמו סרוטונין ונוראפנפרין.

2. **גורמים תרבותיים:** בעשורים האחרונים רזון הפך למודל יופי בתרבות המערבית. אותו מודל יופי מוביל לכך שנערות ונשים חשופות למסרים ישירים ועקיפים אשר מטיפים להרזיה. מסרים אלו הובילו להתפתחות סטראוטיפים שליליים לפיהם נשים שאינן רזות עלולות להיתפס כחלשות או חסרות כח רצון. כך, הופך משקלה של האישה למקור למתח ומאבק. כך, עשוי גופה של האישה להפוך למוקד לביטוי קושי רגשי הנובע מלחץ תרבותי.

3. **גורמים פסיכו-סוציאליים:** לא ניתן להצביע על גורם חד משמעי המוביל לבולמיה, אך נמצא כי לסובלות מבולמיה משפחות הנוטות להיות בעלות קונפליקטים רבים, כאשר ההורים מתוארים לא פעם כדוחים, מזניחים, עוינים ומעודדים לרזון. נשים רבות הסובלות מבולמיה חוו בעברן [התעללות מינית](#) או פיזית, ואפיזודות של זלילה או התנהגויות מפצות נוטה לצוץ בתקופות של מתח ולחץ.

4. **גורמים אישיותיים:** ההבחנה בין גורמים אישיותיים לגורמים פסיכו-סוציאליים אינה חד משמעית. בהיבט הנפשי האישי, סובלות מבולמיה נוטות למצבי רוח שליליים, לתנודתיות ולאימפולסיביות, כמו גם לדימוי עצמי וגופני נמוך. עם זאת, נטייה זו עשויה להיות תוצאה של התמודדות עם טראומה וקשיים סביבתיים.

איך ניתן לטפל בבולמיה?

נשים הסובלות מבולמיה מציגות פעמים רבות חזות "מושלמת" מבחינה חיצונית, תעסוקתית ובין אישית. למרות זאת, העיסוק המוגזם במשקל מוביל את הגוף והנפש למצוקה, אשמה ואף [דיכאון](#). טיפול בבולמיה לרוב כולל מספר התערבויות טיפוליות במקביל, במטרה לספק מענה הן להפרעת האכילה והן לקשיים נפשיים ואישיים וסביבתיים הנלווים לה. יחד עם זאת, חשוב לזכור כי להפרעה השפעות ממשיות על בריאות הגוף, ולכן הטיפול חייב לכלול **ליווי רפואי** המפקח על מדדים רפואיים וכן סיוע **מתזונאית המומחית בהפרעות אכילה** לשם איזון הרגלי האכילה ושמירה על תזונה בריאה שתומכת את ההתמודדות עם ההפרעה.

1. **[טיפול נפשי פרטני:](#)** טיפול פסיכותרפיה מאפשר התבוננות במשמעות האכילה עבור המטופלת, בדימוי העצמי והגופני הנמוכים ובקשיים האישיים והבין אישיים. נושאים כמיניות, קושי בהכרה בצרכים האישיים ופחד מאובדן שליטה עולים פעמים רבות בטיפול.

2. **[טיפול קבוצתי:](#)** טיפול קבוצתי נמצא כיעיל ומאפשר למטופלת הן התמודדות עם קשייה בתחום האכילה והן בחינה של קשריה הבין אישיים וקבלת תמיכה מנערות או נשים הסובלות מתסמינים דומים לשלה.

3. **[טיפול תרופתי:](#)** טיפול תרופתי אנטי-דיכאוני נמצא יעיל בעיקר בשיפור מצב הרוח במקרים של נטייה לדיכאון. עם זאת, מחקרים מצאו כי במקרים רבים הטיפול התרופתי אינו משפיע על דפוסי האכילה הבעייתיים הנלווים להפרעה, ולכן הם ניתנים במצבים בהם יש צורך לסייע להפרעות מצב רוח נלוות להפרעה.

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

כמעט כל אחד מאיתנו מוצא עצמו לעיתים מרגיש שאינו מצליח להפסיק לאכול דבר מה טעים, או עם תחושת חרטה על ארוחה גדולה מדי. יחד עם זאת, כאשר תחושות אלו מלוות ב**התקפי זלילה** בלתי נשלטים אשר חוזרים על עצמם לעיתים קרובות ומעוררים מצוקה רבה, יתכן שמדובר בהפרעת אכילה כפייתית.

ההפרעה, אשר נקראת לעיתים גם הפרעת אכילה בולמוסית או אכילת בינג', נכנסה למדריך האבחון והסטטיסטיקה של ההפרעות הנפשיות (**DSM**) במהדורתו האחרונה, אשר יצאה בשנת 2013, ומאז היא ניתנת כאבחנה של **הפרעת אכילה**. כיום היא נחשבת הפרעת האכילה השכיחה ביותר.

תסמינים קליניים

הפרעת אכילה כפייתית היא הפרעה אשר מתאפיינת ב**נטייה חוזרת להתקפי אכילה בלתי נשלטים, שלא נובעים מתחושת רעב**. במהלכם, האדם אוכל בפרק זמן קצר כמות מזון גדולה ובלתי מידתית. לרוב, ההתקפים מובילים לתחושת מלאות קיצונית ולא נעימה, ובטווח הרחוק גם לבעיות בריאותיות, בהן סיכון להשמנת יתר, עליית כולסטרול ועוד.

אל התחושות הפיזיות הקשות והסיכונים הבריאותיים המאפיינים את הפרעת האכילה הכפייתית, נלווים גם קשיים רגשיים המסבים לאדם תחושת מצוקה. היבט רגשי מרכזי סובב סביב **חוויות של חרטה, אשמה, בושה או גועל בעקבות אפיזודות של אכילה מופרזת**. בעקבות תחושת הבושה החזקה, במקרים רבים מתפתחת אצל הסובלים מן ההפרעה נטייה להשקיע מאמץ רב בהסתרת הבולמוסים מאנשים אחרים בסביבתם, אפילו הקרובים אליהם ביותר. צורה נוספת בה בושה עצמית באה לידי ביטוי היא בתחום הבין-אישי, כאשר לעיתים אנשים הסובלים מההפרעה נוקטים בהימנעות ממפגשים חברתיים.

במקרים בהם תחושת החרטה על האכילה המופרזת מביאה ל"התנהגויות מפצות" – פעולה יזומה של ריקון הגוף ממזון, דוגמת הקאה מכוונת או שימוש בחומרים משלשלים – מדובר כבר במצב של הפרעת אכילה שונה, כגון **בולימיה** או **אנורקסיה** מתת סוג שמאופיין בהתקפי זלילה.

שכיחות ההפרעה

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

במקרים רבים הפרעת אכילה כפייתית מלווה בהפרעות פסיכיאטריות נוספות, בהן הפרעה ב-פולארית, **דיכאון** והפרעות **חרדה**. כך, כמעט 50% מהמאובחנים בהפרעת אכילה כפייתית מתמודדים גם עם דיכאון.

אבחנה על פי DSM-5

על מנת לקבל אבחנה של הפרעת אכילה כפייתית, על האדם לעמוד בכל הקריטריונים הבאים:

A. הופעת אפיזודות חוזרות של התקפי זלילה, המאופיינים בשני קריטריונים:

1. תוך פרק זמן של שעתיים, אכילת כמות אוכל הגדולה באופן משמעותי מהכמות שמרבית האנשים היו אוכלים באותם התנאים והנסיבות.

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

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

1. אכילה מהירה הרבה יותר מהנורמה.

2. אכילה עד לתחושת מלאות לא נוחה.

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

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

5. תחושה שהאדם נגעל מעצמו, מדוכא, או חש אשם לאחר התקף הזלילה.

C. תחושת מתח המקושרת להתקפי הזלילה.

D. התקפי הזלילה מופיעים במודע בתדירות של לפחות פעם בשבוע, למשך שלושה חודשים.

E. התקפי הזלילה אינם מקושרים להופעה של "התנהגות מפצה" כפי שניתן לזהות בהפרעת בולימיה נרבוזה, ואינם מופיעים כחלק מהפרעה זו או מאנורקסיה נרבוזה.

את ההפרעה ניתן להגדיר על פי דרגת החומרה שלה, אשר נקבעת על פי שכיחות אפיזודות הזלילה:

- מתון: 1-3 אפיזודות בשבוע.

- בינוני: 4-7 אפיזודות בשבוע.

- קשה: 8-13 אפיזודות בשבוע.

- קיצוני: 14 אפיזודות ומעלה בשבוע.

מהם הגורמים להפרעת אכילה כפייתית?

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

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

איך ניתן לטפל בהפרעת אכילה כפייתית?

סוגים שונים של [טיפול פסיכולוגי](#) נמצאו כמועילים במקרים של הפרעת אכילה כפייתית.

- [טיפול בגישה קוגניטיבית התנהגותית \(CBT\)](#): טיפול הממוקד בשינוי דפוסי התנהגות וחשיבה אשר מובילים להתקפי זלילה. במסגרתו מתמקדים בזיהוי הטריגרים להתקפי האכילה, שיפור הדימוי הגופני וההערכה העצמית, ולימוד אסטרטגיות לשליטה עצמית.

- [טיפול בגישה דיאלקטית התנהגותית](#): טיפול המבוסס על השגת שליטה ב-4 מיומנויות מרכזיות אשר מסייעות בהגברת השליטה העצמית, ועל כן גם באפשרות לשלוט בהתקפי האכילה. טיפול באכילה כפייתית בשיטה זו כולל הגברת היכולת למודעות העצמית, רכישת מיומנויות לוויסות מצב הרוח, הקניית אסטרטגיות להתמודדות עם תסכולים ושיפור היכולות הבין אישיות.

- [טיפול בגישה דינאמית](#): טיפול באכילה כפייתית בגישה זו יתמקד בגורמי העומק להתפתחות דפוס האכילה הרגשית, עיבוד הרגשות הנלווים לה והבנת ההקשר הבין-אישי של האכילה הכפייתית. על רקע אלו, הטיפול מכוון להתמודדות ולהגברת יכולת השליטה בהתקפי האכילה.

לצד ההתמודדות עם ההיבט הרגשי וההתנהגותי של ההפרעה, חשוב שלא לזנוח גם את השפעותיה על בריאות הגוף. לכן, חשוב שהטיפול יהיה **מלווה ברופא** שיכול 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 את ההתמודדות 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](#), לכן יש חשיבות מכרעת להתערבות טיפולית מוקדמת ולהגברת המודעות לגורמים אשר מובילים להתפתחות הפרעות אכילה שונות. מחקרים רבים נעשו על מנת להבין לעומק את הסיבות המורכבות להתפתחותן של הפרעות אכילה שונות.

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

גורמים ביולוגיים – תורשה גנטית

גורם מהותי להתפתחות הפרעות אכילה נוגע להיבטים ביולוגיים. מחקרים אשר בוצעו בקרב תאומים מצאו כי גורמים גנטיים תורמים להתפתחות סימפטומים של הפרעות אכילה שונות. באופן ספציפי, אחוזים בינוניים עד גבוהים של תורשה מעורבים בהתפתחות [אנורקסיה נרבוזה](#) ו**בולימיה נרבוזה**. לעומת זאת, [הפרעת אכילה כפייתית](#) פחות מושפעת מהיבטים גנטיים ויותר מגורמים סביבתיים.

גורם ביולוגי נוסף אשר נמצא מקושר להתפתחות הפרעות אכילה הוא כמות הסרוטונין במוח. סברה זו מתבססת על כך ש**טיפול תרופתי** אשר מעלה את רמת הסרוטונין במוח (תרופות אנטי דיכאוניות ומרגיעות) מוביל פעמים רבות להפחתה בסימפטומים הנוגעים להפרעות אכילה.

גורמים סביבתיים – אידיאליזציה של רזון

גורם משמעותי נוסף אשר נמצא כתורם להתפתחות הפרעות אכילה, בעיקר בקרב נשים, נוגע לאידיאליזציה של רזון בחברה וחשיפה למדידות שונות. גורם זה נפוץ במיוחד בתרבויות מערביות, בהן רזון מקושר לערכים שונים כמו הצלחה, יופי או כוח רצון. על אף ניסיון בשנים האחרונות נראה כי גברה המודעות לאידיאלים מעוותים אלו ונעשה ניסיון לשנותם על ידי הצגת גיוון רב יותר במדידות השונות. עם זאת, נראה כי עדיין אנשים רבים, ובעיקר נשים, הפנימו את הדרישה התרבותית להרזות, גם במחיר בריאות נפשית.

לגורמים סביבתיים ותרבותיים אכן השפעה על התפתחות הפרעות אכילה ויש להגביר המודעות לכך על מנת למגר את האידיאלים הבלתי מושגים הללו. יחד עם זאת, על אף שמרביתנו חשופים למסרים המעודדים הרזיה, רק חלק יפתחו בסופו של דבר הפרעות אכילה. כלומר, גורמים שונים נמצאים באינטראקציה עם אותם גורמים סביבתיים, כך שהם מגבירים את הנטייה להזדהות ולהפנים מסרים תרבותיים וחברתיים הנוגעים לאידיאלים בלתי מושגים. למשל, נערה עם אמא המתמודדת עם הפרעות אכילה ועיסוק אובססיבי במשקל או עם נטייה אישיותית לפרפקציוניזם, צפויה להפנים ביתר שאת את האידיאל התרבותי השגוי לפיו אנשים רזים הם יותר מוצלחים. כך, השילוב בין הגורמים תורם להתפתחות מצוקה נפשית ופיזית אשר באה לידי ביטוי בהפרעות אכילה שונות.

גורמים פסיכולוגיים – תכונות אישיות

מחקרים הנוגעים להפרעות אכילה מצאו כי קיימות 3 תכונות המנבאות התפתחותן של הפרעות אכילה:

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

2. **פרפקציוניזם** – נטייה לביקורת עצמית הכוללת שימוש בסטנדרטים גבוהים במיוחד, ולעיתים אף לא ריאליים. מחקרי אורך מראים פרפקציוניזם בשילוב עם דימוי גוף נמוך וחוסר שביעות רצון מהמראה החיצוני, הינו גורם סיכון להתפתחות הפרעות אכילה.

3. **אימפולסיביות** – נטייה לפעול על פי רצון רגעי ללא מודעות להשלכות, עשויה גם היא לנבא התפתחות סימפטומים של הפרעות אכילה, בדגש על [התקפי זלילה](#) (Binge) וניסיונות להתרוקן

לאחר מכן. באופן ספציפי, נמצא כי נטייה אישיותית לפעול באימפולסיביות בעת מצוקה רגשית מהווה גורם מנבא משמעותי להתפתחות בולימיה נרבוזה.

פעמים רבות, מצוקה נפשית ופסיכולוגית אשר אינה מקושרת לתכונות אופי מסוימות עלולה להוביל להתפתחות הפרעות אכילה. למשל, התעללות פיזית או מינית מוקדמת, או אינטראקציה משפחתית בעייתית. למשל, דינמיקה הורית דורשנית או חודרנית, עלולה לעיתים להוביל להתפתחות סימפטומים של הפרעות אכילה. במצבים אלו, יש חשיבות מכרעת להתערבות טיפולית באמצעות מטפלים המומחים להפרעות אכילה, אשר יוכלו לספק מענה למקור ההפרעה, כמו גם להתמודדות עמה ולהשלכותיה על התפקוד היום יומי.

גורמים קוגניטיביים – יכולות חשיבה

מחקרים בתחום הנזכר-קוגניטיבי מצאו קשר בין ליקויים שונים באופן החשיבה לבין התפתחותן של הפרעות אכילה. למשל, בקרב נשים הסובלות מאנורקסיה נרבוזה נמצאו ליקויים בגמישות קוגניטיבית, יכולת המתייחסת ליכולת לעבור בין משימות שונות. בנוסף, בקרב אנשים הסובלים מהתקפי זלילה, נמצא שיעור גבוה של קושי בעיבוד תגובה (Inhibitory Control), יכולת קוגניטיבית המתייחסת ליכולת וויסות ואיפוק. אין הוכחה לכך שהליקויות הקוגניטיביות הללו הובילו להתפתחות ההפרעה, וייתכן כי הן התפתחו בעקבות ההפרעה. יחד עם זאת, כאשר בדקו את היכולות הקוגניטיביות של קרובי משפחה בריאים של הסובלים מהפרעות אכילה, הם הציגו ליקויים דומים.

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

טיפול בהפרעות אכילה

אחוז הסובלים מהפרעות אכילה עלה בצורה דרמטית בשנים האחרונות, ולכן יש חשיבות להכיר את דרכי הטיפול האפשרויות להתמודדות עם ההפרעה. זאת, כיוון שהפרעות אכילה משפיעות באופן דרמטי על הרווחה הנפשית ועל היכולת לקיים שגרת חיים מספקת מבחינה תעסוקתית, חברתית ורגשית. יתרה מכך, פעמים רבות היא מובילה לבעיות רפואיות קשות ואף למוות. לכן, טיפול בהפרעות אכילה עוסק בהשלכות הרפואיות והתזונתיות של דפוסי האכילה הבעייתיים וכן עם הקשיים הרגשיים, סביבתיים ובין אישיים הנלווים להפרעה.

מהן הפרעות אכילה?

הפרעות אכילה הן שם כולל לקבוצת הפרעות אשר מאופיינות בדפוסי אכילה לקויים בצורה משמעותית ובעיסוק אינטנסיבי באוכל ובמשקל. שלושת הפרעות האכילה השכיחות ביותר הן:

1. [אנורקסיה נרבוזה](#) - הפרעת אכילה המאופיינת בירידה קיצונית במשקל באמצעות הרעבה עצמית, פעילות ספורטיבית, הקאות או שימוש בחומרים (משלשלים וכד'), המלווה בפחד משמעותי מעלייה במשקל.
2. [בולימיה נרבוזה](#) - הפרעת אכילה המאופיינת בצריכת כמויות מזון גדולות במיוחד המלוות

ב"התנהגויות מפצות", כמו פעילות ספורטיבית אינטנסיבית, הקאות או שימוש בחומרים. 3. [הפרעת אכילה כפייתית](#) - הפרעת אכילה המאופיינת בבולמוסי אכילה בהן נצרכת כמות מזון גדולה. הבולמוסים מלווים ברגשות אשמה ותחושת חוסר שליטה אך הם אינם מלווים בהתנהגויות מפצות.

בנוסף, קיימות הפרעות אכילה בילדות, שהן [הפרעות אכילה ייחודיות לילדים](#), אשר כוללות [סירוב לאכול](#), [העלאת גירה](#), [תסמונת פיקה](#) ועוד.

כמו כן, לעיתים אנשים מציגים דפוסי אכילה לקויים אשר אינם עונים באופן מלא על הקריטריונים לאבחון הפרעת אכילה על פי ה-[DSM](#). יחד עם זאת, ייתכן ופנייה לגורם מקצועי כגון טיפול רגשי וליווי תזונתי יוכלו לסייע להתמודדות מיטיבה יותר.

טיפול בהפרעות אכילה

הפרעות אכילה מתפתחות לעיתים כתוצאה מלחץ חברתי-תרבותי הנוגע לאידיאל יופי מעוות המאפיין את החברה המערבית. יחד עם זאת, במרבית המקרים עומדים מאחורי הפרעת האכילה גורמים מורכבים הרבה יותר, כגון גורמים גנטיים, גורמים פסיכולוגיים-אישיותיים כפרפקציוניזם וקושי להתמודד עם המיניות המתפתחת בגיל ההתבגרות, וכן להיבטים משפחתיים כסביבה ביתית חודרנית, ריבוי קונפליקטים במשפחה ועוד.

כמו כן, הפרעות אכילה נוטות להיות יחסית עמידות לטיפול, כך שגם כאשר רואים שיפורים משמעותי בעקבות טיפול, האתגר האמיתי הוא למנוע הישנות של ההפרעה, שכן פעמים הסובלות מההפרעה נוטות לחזור ולהציג תסמינים במצבי משבר וקושי. בהתאם, טיפול בהפרעות אכילה הינו מערכתי וכולל התייחסות למספר גורמים והיבטים, כגון ליווי רפואי, תזונתי, טיפול רגשי וטיפול משפחתי. במידת הצורך, לעיתים יש אף צורך באשפוז חלקי או מלא, כפי שיורחב בהמשך:

טיפול פסיכודינאמי - במסגרת טיפול דינאמי, ניתן לזהות את הקונפליקטים הנפשיים העומדים בבסיס הפרעת האכילה, לזהות מה מבטאים דפוסי האכילה הלקויים ולהמיר אותם בביטוי מילולי של הכאב הנפשי. כמו כן, הטיפול מאפשר עיבוד אירועים טראומטיים וקשיים רגשיים אשר הובילו להתפתחות ההפרעה ותורמים לשימורה.

טיפול קוגניטיבי התנהגותי - טיפול על פי גישה זו נמצא כיעיל במיוחד בעבור התמודדות עם בולימיה נרבוזה, דפוסים של התקפי זלילה ומחשבות רומינטיביות על משקל. טיפול קוגניטיבי התנהגותי מתבסס על זיהוי דפוסי התנהגות וחשיבה בלתי יעילים המשמרים את הפרעות האכילה, ומקנה מיומנויות לשליטה וניהול נכון יותר של דפוסי האכילה.

טיפול משפחתי בהפרעות אכילה - טיפול זה נמצא יעיל במיוחד בקרב ילדים ומתבגרים, בעיקר אלו המתמודדים עם אנורקסיה נרבוזה. מחקרים רבים הצביעו על קיומו של קשר בין בעיות אכילה לדפוסים משפחתיים בעיתיים כחודרנות, תלותיות, קונפליקטים והזנחה. בהתאם, טיפולים משפחתיים המכוונים לשיפור היחסים ודפוסי התקשורת מסייעים גם להחלמה מהפרעת האכילה. גם כאשר לא מדובר במשפחה עם קשיים מסוג זה, ההתמודדות עם הפרעת אכילה מעוררת תחושות קשות של אשמה, כעס וחוסר אונים וטיפול משפחתי מסייע בהתמודדות מורכבת זו.

טיפול תרופתי - [תרופות אנטי דיכאוניות](#) נמצאו יעילות לטיפול בבולימיה ואכילה כפייתית, אך אין עדויות להשפעת טיפול תרופתי על סימפטומים של הפרעות אכילה אחרות. יחד עם זאת, כאשר

הפרעות אכילה מלוות או מתעוררות על רקע קשיים רגשיים כדיכאון וחרדה, עשוי הטיפול התרופתי לתרום ולהביא לשיפור בדפוסי האכילה באופן עקיף או בטווח הרחוק.

אשפוז - במקרים בהם ההפרעה מסכנת את חייה או התפתחותה של הסובלת ממנה, עשוי אשפוז להיות האופציה הטיפולית היעילה ביותר ואף ההכרחית. טיפול נפשי במסגרת אשפוז מאפשר לייצב את המצב הבריאותי, וכן מאפשר למטופל לקבל מסגרת טיפול תומכת ואינטנסיבית המספקת השגחה מלאה על התפריט התזונתי, ובו זמנית מציעה שירותים טיפוליים מקיפים.

הפרעות אכילה בקרב ילדים מתייחסות למגוון מצבים בהם צריכת המזון של הילד מוגזמת, מוגבלת ובלתי מספקת או שדפוסי האכילה שלו בעייתיים, 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 עצמם מתוסכלים סביב תזונה והאכלת הילד. האם הילד "אינו אכלן גדול" או שהוא מפגין בררנות יתר וסירוב לאכול? האם מדובר בקושי חולף או בהפרעת אכילה? וכיצד ניתן להבחין בין השניים? בניגוד למצבים חולפים של בררנות או "בדיקת גבולות", הפרעות אכילה בקרב ילדים מתייחסות למגוון מצבים בהם צריכת המזון של הילד מוגזמת, מוגבלת ובלתי מספקת או שדפוסי האכילה שלו בעייתיים, מצומצמים ומלווים במאבקים וקשיים התנהגותיים. פעמים רבות הפרעות אכילה בילדות חולפות באופן ספונטני, ללא טיפול ייעודי. יחד עם זאת, במקרים מסוימים הן עלולות לסכן את בריאות הילד וחשוב לזהות ולטפל בהן בהקדם.

בניגוד ל**[הפרעות אכילה](#)** בקרב מבוגרים, התפתחות הפרעות אכילה בקרב ילדים מאפשרות זיהוי וטיפול מוקדמים, בין היתר כיוון שילדים מתקשים יותר להסתיר את התסמינים השונים מהוריהם. יחד עם זאת, הורים רבים מתקשים להאמין כי ילדיהם סובלים מדימוי גוף שלילי ולכן עשויים להחמיץ סימנים מחשידים. על כן, קיימות "נורות אזהרה" שחשוב להכיר אשר עשויות לרמוז על הפרעות אכילה אצל ילדים:

- התעסקות מרובה במשקל הגוף. התעסקות זו יכולה לבוא לידי ביטוי בבקשות חוזרות להישקל, התעניינות רבה בקלוריות או בדיאטות ובגופו.
- הימנעות מאכילת ממתקים או מאכלים הנתפסים כמשמינים.
- התעוררות **[חרדה](#)** סביב צריכת מזונות משמינים.
- **[בררנות](#)** יתר.
- ירידה מסיבית במשקל או שאינו מעלה במשקל בהתאם למצופה בגילו.

סוגי הפרעות אכילה בילדות

לפי ספר האבחנות בילדות, המתייחס לגילאי 0-5 (DC 0-5), קיימות 4 הפרעות אכילה שהן ספציפיות לילדות:

1. [אכילת יתר](#) – הפרעת אכילה של הילדות המתאפיינת בחיפוש או אכילת כמויות גדולות במיוחד של אוכל.
2. [סירוב לאכול](#) – הפרעת אכילה של הילדות אשר באה לידי ביטוי באכילה בלתי מספקת הנובעת מחוסר עניין או חרדה מפני אוכל המובילה לאובדן משקל או אי עלייה במשקל ביחס לבני הגיל.
3. [אכילה א-טיפיקלית](#) – הפרעת אכילה של הילדות אשר באה לידי ביטוי בלפחות אחד מהתסמינים הבאים:
 - [פיקה](#) – הפרעת אכילה של הילדות המתבטאת באכילת דברים בלתי אכילים, לאחר גיל שנתיים.
 - [העלאת גירה](#) – הפרעת אכילה של הילדות המתבטאת בלעיסה ובליעה חוזרת של אותו אוכל שוב ושוב, החל מגיל שנתיים.
 - [אגירה](#) – הפרעת אכילה של הילדות המתבטאת בהחבאה 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 בזה. כיום, בעידן התקשורת הווירטואלית הנגישה לכל, ילדים חשופים יותר ויותר למסרים תרבותיים וחברתיים הנוגעים להופעה חיצונית ולרזון, מסרים אשר בעבר היו נגישים בעיקר לשכבות גיל בוגרות יותר. כמו כן, ילדים נוטים להגיב פעמים רבות באמצעות תסמינים פיזיים למצוקות וקשיים רגשיים בסביבתם, כיוון שגילם הצעיר מקשה עליהם להמשיג את מצוקתם במילים. כאשר גורמים תרבותיים ומשפחתיים אלו חוברים יחד, הפרעות אכילה אצל ילדים עלולות להתפתח כניסיון להשיג שליטה בעולם מאיים בו הילד חש לעיתים חסר אונים.

אם כך, הפרעות אכילה בגיל הרך אשר אינן נובעות מגורמים רפואיים נובעות בדרך כלל מגורמים רגשיים הקשורים לסביבה ולמשפחה. בחלק מהמקרים עשויות להתעורר הפרעות אכילה בגיל הרך בעקבות אירוע טראומטי הקשור לאכילה (חנק, אכילת דבר מה רעיל) אך במרבית המקרים מדובר בנסיבות פחות קיצוניות. מאחר ועולמם של תינוקות ופעוטות סובב בעיקר סביב הוריהם, הפרעות אכילה בגיל הרך מתפתחות לרוב סביב אינטראקציה בעייתית בין הילד להוריו.

הזנה והאכלה היא אחת האינטראקציות הראשוניות בחייו של הילד עם הוריו. אכילה היא חיונית להישרדות התינוק ובחודשי חייו הראשונים, כאשר יכולות התקשורת שלו עדיין מוגבלות ביותר, חווית ההאכלה מהווה פעמים רבות אמצעי מרכזי ליצירת קשר. הילד מפתח קשר חיובי ואמון בהורה אשר מאכיל אותו ומספק את הצורך שלו בחום ואהבה, וההורה מצידו חווה סיפוק ותחושת הצלחה כאשר התינוק שבע ומסופק. 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 ביחסי הורה-ילד, פעמים רבות האכילה מהווה אמצעי דרכו הילד מבטא את תחושותיו וקשייו, וכך נסללת הדרך להתפתחות הפרעות אכילה בילדות. ילדים, ואפילו תינוקות, מזהים בחושיהם כי אכילתם ועלייתם במשקל משמעותית במיוחד להוריהם ולומדים להשתמש בה, באופן מודע או בלתי מודע, על מנת להשפיע על הקשר עם ההורה.

דוגמאות שכיחות ונורמטיביות לכך מתייחסות למקרים בהם פעוטות מזהים כי סירוב לאכול מוביל לקבלת תשומת לב רבה, או מקרים בהם הילד מייצר התניה בקשר באמצעות הרגל אכילה ייחודי, כמו למשל "ירקות? רק כשאמא מקריאה סיפור". באותו אופן, עלולות להיווצר התניות שאינן אדפטיביות אשר מובילות להתפתחות הפרעות אכילה שונות, אך באופן עקיף הן מובילות לרווח משני כלשהו בעבור הילד, אשר השיג שליטה, התייחסות או קרבה.

איך ניתן לטפל בהפרעות אכילה אצל ילדים?

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

במהלך [טיפול בהפרעות אכילה](#), ניתנת הדרכה ותמיכה רגשית להורים על מנת ליצור סביבה מוגנת ובטוחה לילדם. לצד זאת, כלים התנהגותיים בטיפול מאפשרים הקניית טכניקות למידה אשר נועדו למנוע מילדם את ההתנהגות הבלתי רצויה ולהקנות לו הרגלי אכילה בריאים. בנוסף לכך, קיימות גישות טיפול נוספות אשר ניתן לטפל בעזרתן. במקרים מסוימים, [טיפול משפחתי להפרעות אכילה](#) יכול להועיל להפרעת ולהתמודדות המשפחתית עמה. על מנת להתאים את הטיפול להפרעה הספציפית ממנה סובל הילד ולגורמים המשפחתיים או הסביבתיים אשר הובילה אליה, יש לפנות למטפלים אשר מומחים בטיפול בהפרעות אכילה.

יחד עם זאת, הפרעות אכילה בקרב ילדים עשויות להקצין 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 ולליווי בבניית הרגלי אכילה. זאת, לצד תוכנית טיפולית מקיפה ואינטנסיבית המכוונת להתמודדות עם הקשיים אשר נמצאים בבסיס הפרעת האכילה.

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

תסמינים קליניים

סירוב לאכול הינה [הפרעת אכילה של הילדות](#) המתבטאת באכילה בלתי מספקת במשך חודש לפחות, אשר עלולה להוביל גם לאובדן משקל או לאי עליה במשקל. ההפרעה יכולה לבוא לידי ביטוי בכל גיל, אך לרוב מתחילה במחצית השנייה של שנת החיים הראשונה, סביב המעבר למוצקים.

פעמים רבות ההפרעה באה לידי ביטוי בזמני ארוחה ממושכים ומעוררי [לחץ](#), חוסר עצמאות באכילה, אכילה לילית אחרי גיל שנה, אכילה ממושכת מבקבוקים או בהנקה וקושי להתנסות ולטעום מרקמים חדשים. כמו כן, תינוקות או ילדים הסובלים מההפרעה מציגים התנהגויות של

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

אבחנה ע"פ ה-DSM-5

האבחנה ניתנת כאשר מתקיימים הקריטריונים הבאים:

- A. התינוק או הילד אוכלים באופן עקבי ומתמשך פחות מהמצופה לגילם.
- B. התינוק או הילד מציגים אחד או יותר מדפוסי האכילה הלא-אדפטיביים הבאים:
1. חוסר עניין מתמשך באכילה.
 2. הימנעות חרדה מפני אכילה.
 3. קושי בוויסות בזמן אכילה או האכלה (למשל, הירדמות חזרתית בזמן האכלה או נסערות).
 4. האכלה רק בזמן שינה.
 5. כישלון לעבור למוצקים.
 6. אוכל רק כאשר ההורים ממלאים אחר תנאים ספציפיים (למשל מול תכנית ספציפית בטלוויזיה, עם סיפור או במהלך משחק).
 7. מפגין בררנות יתר, סירוב לאכול מרקמים או צבעים מסוימים, או טווח מצומצם במיוחד של מאכלים.
 8. משאיר את האוכל ממושכות בפה מבלי לבלוע.
- C. לא ניתן להסביר את דפוסי האכילה הבעייתיים באמצעות מצב רפואי או תופעת לוואי של מצב רפואי קיים.
- D. התסמינים של ההפרעה, או ההסתגלות של המטפל העיקרי לתסמיני ההפרעה, פוגעים משמעותית בתפקוד הילד או המשפחה בחד או יותר מהאופנים הבאים:
1. גורם מצוקה לתינוק או לילד.
 2. מפריע ליחסים של התינוק או הילד.
 3. מגביל את ההשתתפות של התינוק או הילד בפעילויות או פעולות מצופות התפתחותית.
 4. מגביל את ההשתתפות של המשפחה בשגרת היום-יום שלהם.
 5. מגביל את יכולתו של התינוק או הילד ללמוד ולפתח מיומנויות חדשות או בקצב ההתפתחות שלו.

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

מדוע ילדים מסרבים לאכול?

ההסבר להפרעה שנוי במחלוקת, וקיימות כיום 3 תיאוריות מרכזיות המנסות להסבירה:

1. **תיאוריות למידה** - לפי תיאוריה זו הסירוב לאכול נובע [מפוביה](#) נלמדת מאוכל. כלומר, התינוק או הילד למד כתוצאה מהתנסות לא נעימה עם אוכל שמדובר בגירוי מפחיד שעדיף להימנע ממנו. ההתנסות השלילית עם האוכל יכולה לנבוע מבעיות רפואיות, מהתנהגות בלתי מותאמת של הורים בזמן האכלה או מחיקוי הורה בעל דפוסי אכילה לא בריאים או בררנים.

2. **תיאוריות התפתחותיות** - אכילה תקינה מתפתחת באופן הדרגתי. ככל שהזמן עובר, ילדים רוכשים את היכולת לעכל אוכל בעל טקסטורה וטעמים שונים, ואת היכולת לאכול באופן עצמאי. על פי גישה זו, פגיעה בהתפתחות התקינה הנובעת ממצב רפואי (למשל פגיעה בשרירי הפה) או כתוצאה מהתנהלות לא תקינה של ההורים, היא הסיבה לסירובם של ילדים לאכול.

3. **תיאוריות 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 ההורה לילד יכול לבוא לידי ביטוי בדפוסי אכילה בעייתיים ואף [בהפרעות אכילה](#). לדוגמא, מצבים בהם ההורה מתקשה לזהות סימני הילד לרעב יובילו להאכלת חסר ולשיבוש בדפוסי האכילה.

כיצד ניתן לטפל בסירוב לאכול?

סירוב לאכול עלול לגרום לאובדן משקל ולפגיעה בהתפתחותו התקינה של הילד, לכן חשוב לטפל בהפרעה בהקדם. קיימים מספר טיפולים אשר נמצאו כיעילים עבור שיפור משמעותי בתפקוד, כאשר שילוב בין הטיפולים השונים הוא המומלץ ביותר:

1. **טיפול רפואי** - פתירת ליקויים ביולוגים הינה השלב הראשון על-מנת לפתור את בעיית האכילה, כל עוד ההאכלה מלווה בבעיות רפואיות, הילד ימשיך לסרב לאכול. יש להתאים את צורת האכילה לבעיה הרפואית של הילד (לדוגמא, ילד הסובל מבעיות בקיבה יאכל מנות קטנות של אוכל בתדירות גבוהה). בנוסף לכך חשוב להקפיד שילדים המקבלים את מזונם בעזרת צינורות יחוו גם האכלה דרך הפה על-מנת לפתח אכילה תקינה.

2. **טיפול פסיכולוגי** - טיפול בהפרעות אכילה בילדות לוקח בחשבון גם את ההורה, ואת המצוקה שלו כתוצאה מההפרעה של התינוק או הילד. טיפול פסיכולוגי רגשי מתמקד באותן [חרדות](#) וקשיים אשר הובילו ואף משמרים את ההפרעה. יחד עם זאת, [טיפול קוגניטיבי התנהגותי](#) מאפשר שינוי הרגלי האכילה שנלמדו והוא נמצא יעיל במיוחד להפרעות אכילה. טיפול זה מתמקד בהכחדת דפוסי האכילה הבעייתיים והרגשות השליליים המתעוררים בקרב ההורים סביב האכלה. לאחר מכן, מלמדים את הילד באופן הדרגתי רכישת דפוסי אכילה אדפטיביים, על ידי טכניקות של חשיפה, עיצוב, חיקוי וחיזוק.

3. **טיפול דיאדי או הדרכת הורים** - המוקד הטיפולי בטיפול זה הוא הקשר בין ההורה לילד ויצירת התקשרות בטוחה ביניהם. אחת מטכניקות הטיפול היא משחק מודרך של ההורה והילד, המקנה להם בטחון ביחסיהם. כמו כן, [הדרכת הורים](#) ממוקדת בהפרעות האכילה של התינוק או הילד עשויה לתרום להורה גם בהתמודדות עם החרדה הנובעת ממצבו של הילד וגם בהקניית כלים שיאפשרו לו לעזור לילד לסגל דפוסי אכילה מגוונים ובריאים יותר.

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

לכולנו זה קורה: על אף תחושת שובע אנו ממשיכים לאכול עוד ועוד, עד הגעה לתחושת מלאות בלתי נעימה. כאשר דפוס זה חוזר ונשנה, ומלווה בתחושות אשמה, בושה וחשש מאובדן השליטה באכילה, מדובר בדפוס של אכילת יתר. בקרב מבוגרים, אכילת יתר הינה תסמין המאפיין [הפרעות אכילה](#) שונות, כדוגמת [הפרעת אכילה כפייתית](#) או [בולימיה נרבוזה](#).

בקרב ילדים, מדובר בהפרעת אכילה מובחנת, המאופיינת בעיסוק מוגזם באכילה במשך חודש לפחות, החל מגיל שנתיים. לעיתים, ההפרעה אינה מפריעה לתפקוד ובשל גילם הצעיר היא אף עשויה שלא להוביל למצוקה נפשית אך היא גורמת למצוקה רבה בקרב ההורים, וקיימת סכנה להתפתחות הפרעות אכילה בהמשך החיים, ולכן חשוב להכיר את ההפרעה ולפנות לטיפול הולם.

אכילת יתר בקרב מבוגרים

אכילת יתר היא דפוס אכילה, הנקרא פעמים רבות גם '[זלילה](#)', והוא מאפיין הפרעות אכילה שונות. דפוס זה בא לידי ביטוי בצריכת מזון מוגזמת המלווה בחוויית אובדן שליטה על האכילה. אכילת יתר מאופיינת לא רק בהתקפי אכילה נקודתיים, אלא בעיסוק מוגזם באוכל, דיאטות ומשקל אשר במרבית המקרים נלווה לו חשש מאפיזודה חוזרת של אכילת יתר ותחושת אובדן שליטה.

רבים מהסובלים מאפיזודות חוזרות של אכילת יתר, כדפוס אכילה לא מיטיב או כחלק מהפרעת אכילה, מעדיפים להימנע מאכילה בחברה (ולכן, לעיתים, אף ממפגשים חברתיים). החשש והמבוכה מחשיפת הרגלי האכילה עלולה להוביל להתבודדות לשם אכילה בסתר ולתחושות בדידות קשות. באופן לא מפתיע, דפוס של אכילת יתר מעורר ברבים מהסובלים ממנו תחושות אשמה, בושה וחוסר ערך ("אני מגעילה", "אני חלש אופי") המובילים בתורם להתפתחות תסמיני [חרדה](#) ו**[דיכאון](#)**. לצד הפגיעה הרגשית הנלווית לאכילת יתר, חלק מהסובלים ממנה עלולים גם לסבול מסימפטומים גופניים כהשמנה ונזקים הנלווים להשמנת יתר כדוגמת סכרת, בעיות לחץ דם ועוד.

אכילת יתר עלולה להופיע בחלק מהמצבים הבאים:

• בולימיה נרבוזה – התקפי אכילת יתר המלווים ב"התנהגויות מפצות" כהקאה, פעילות ספורטיבית אינטנסיבית ושימוש במשלשלים.

• הפרעת אכילה כפייתית – דפוס אכילה דומה לבולימיה אך ללא התנהגויות מפצות.

• אכילה רגשית – דפוס של אכילת יתר אשר אינו קיצוני עד כדי אבחון הפרעה אכילה כפייתית, אך מהווה גורם למצוקה מאחר והוא מבוסס על שימוש באכילה כאמצעי לוויסות רגשי.

אכילת יתר בקרב ילדים

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

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

1. הילד הצעיר מחפש באופן קבוע כמויות מוגזמות של אוכל במהלך אכילה/האכלה.
2. הילד הצעיר מחפש באופן חזרתי או אוכל כמויות מוגזמות של אוכל בין הארוחות או ההאכלות.
- B. ילדים צעירים הסובלים מהפרעה זו עסוקים באופן מוגזם באוכל ובאכילה, כפי שבא לידי ביטוי בלפחות אחד מהבאים:

1. הילד הצעיר לוקח אוכל מאחרים או תר אחר אוכל באשפה.
2. הילד הצעיר ממלא אוכל בלחיים שלו במהלך הארוחות.
3. הילד הצעיר מדבר באופן חזרתי על אוכל (למשל, על הארוחה הבאה) או שתמות הנוגעות לאוכל בולטות במיוחד במשחק שלו.
- C. הילד הצעיר מפגין מצוקה אם נמנע ממנו העיסוק, חיפוש או אכילה המתוארות בקריטריון הראשון.

חשוב לציין כי ההפרעה ניתנת רק במידה ולא ניתן להסביר את ההתנהגות בדרכים אחרות או שהיא נובעת מסיבות רפואיות שונות, וכן במידה שהיא גורמת למצוקה או פגיעה בתפקוד הילד או משפחתו. כמו כן, האבחנה ניתנת רק לילדים מעל גיל שנתיים ועל התסמינים 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 לאכול](#) בקרב ילדים. יחד עם זאת, תיאבון מוגזם מדווח בקרב 10% מהילדים, ועלול להיות מקושר בבגרות להפרעת אכילה כפייתית או בולימיה נרבוזה.

מהם גורמי הסיכון לאכילת יתר בילדות?

גורמי הסיכון להשמנה הידועים כיום כוללים נטייה גנטית, דפוסי האכלה שונים בילדות, דיאטות בגילאים צעירים, פעילות פיזית ירודה, שימוש בתרופות ועוד. כמו כן, למיתוג ושיווק, המשפיעים על האופן בו החברה תופסת רזון, כמו גם על האופן בו אנשים נוטים לתפוס בריאות, השפעה מכרעת על דפוסי אכילה שונים, ביניהם אכילת יתר.

גורם סיכון מהותי להפרעה זו מתייחס לחוסר התאמה מתמשך בהאכלה, כך שהדמות המטפלת העיקרית אינה מגיבה באופן הולם לרמזי הרעב ולצרכי האכילה של התינוק. כך, האכלה כאשר התינוק אינו רעב מהווה 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 ומחליט על כל דבר שהילד אוכל עלולים לתרום להתפתחות ההפרעה, שכן הילד מתקשה ללמוד מה הוא אוהב ומה היא הכמות הנכונה בעבורו.

כמו כן, כאשר אחת מהדמויות המטפלות המשמעותיות בחייו של התינוק סובל או סובלת מהפרעת אכילה כלשהי, הסיכון שהפעוט או הילד יפתח בעצמו הפרעת אכילה (מכל סוג שהוא) עולה משמעותית. כך, גם הסיכון לפתח אכילת יתר עולה. תסמינים של דיכאון, לחץ או חרדה מקושרים להאכלה לא מותאמת לילד (שליטה, התעלמות, האבסה) אשר כאמור מקושרת להתפתחות הפרעות אכילה בילדות. לבסוף, מצבי קונפליקט רגשיים ומשפחתיים הנוגעים לאוכל עלולים להוביל להתפתחות אכילת יתר בקרב ילדים.

כיצד ניתן לטפל באכילת יתר בילדות?

תחילה, יש לוודא שדפוסי אכילת היתר אינם נובעים ממצב רפואי כלשהו או כתופעת לוואי של תרופה מסוימת. על כן, יש לפנות לליווי רפואי, ובמצבים מסוימים לליווי של דיאטנית אשר תוכל לספק תפריט מזין ומשביע שיכול 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 לילד, או על חיזוק מיומנויות התקשורת בין בני המשפחה. כך, השיפור בתסמיני ההפרעה יכול להופיע גם אם המוקד הטיפולי אינו בהכרח ההפרעה או העיסוק באוכל.

במצבים אחרים, יש לפנות ל[טיפול רגשי פרטני](#), המלווה ב[הדרכת 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 נלווית פעמים רבות להפרעות נפשיות אחרות, כדוגמת הפרעות מצב רוח בילדות או הפרעה בוויסות החושי. לכן, חשוב לפנות לגורם טיפולי המתמחה בגיל הרך ובהפרעות אכילה.

הפרעת העלאת גירה היא הפרעת אכילה המופיעה בדרך כלל בינקות, ומתבטאת בלעיסה ובליעה חוזרת של אותה כמות אוכל. בעמוד הנוכחי, תוכלו לקרוא על תסמינים, גורמים ודרכי טיפול בהפרעת העלאת גירה.

רומינציה כהפרעת אכילה

רומינציה או העלאת גירה היא הפרעת אכילה המופיעה בדרך כלל בינקות, על אף שהיא יכולה להתפתח בכל שלבי החיים, מינקות ועד בגרות. תחילה, יש לשלול בעיה רפואית כדוגמת קשיים מוטוריים המקשים על הבליעה. הפרעת העלאת גירה בינקות עלולה להביא לאובדן משקל או לקושי בהשגת משקל תקין מאחר והתינוק אינו בולע ומעכל את המזון לו הוא זקוק. במצבים אלו, התינוק עשוי להיות עצבני וחסר מנוחה עקב הרעב התמידי שהוא חווה.

כחלק מהיותה [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 ההורה. יחד עם זאת, במקרים של התפתחות תקינה, הטיפול המומלץ הינו טיפול דיאדי, המכוון לחיזוק הקשר בין הילד להורה ושיפור מיומנויות תגובה של ההורה כלפי הילד. זאת, כיוון שהפרעה זו לרוב מתפתחת בינקות, והיא מקושרת לאכילה והזנה, פעולה המיוחסת בתחילת החיים לאינטראקציה וליצירת בסיס הקשר הבטוח בין התינוק להורה.

תסמינים קליניים

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

לרוב, בזמן העלאת הגירה התינוק מרוכז מאוד, גבו מקומר, ראשו נוטה לאחור והוא בוהה. כמו כן, בזמן העלאת הגירה התינוק עשוי להיראות כנהנה מהפעולה, אך בין ההתקפים התינוק עצבני ורעב. 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 מעצמם בכוונה אוכל, כתוצאה מהחשש והסטיגמה הנלווים למצבם. כלומר, הם יעדיפו שלא לאכול על פני "להסגיר" את קיום ההפרעה במצבים חברתיים. התנהגות זו עלולה להוביל לירידה משמעותית במשקל וכן לפגיעה משמעותית בתפקוד החברתי.

אבחנה ע"פ ה-DSM-5

האבחנה ניתנת כאשר מתקיימים הקריטריונים הבאים:

- A. העלאת גירה חוזרת ונשנית של מזון, על פני תקופה של לפחות חודש אחד. העלאת גירה יכולה להיות אוכל שנבלע אך שב לאזור הפה, נלעס שוב, או נבלע שוב או שיורקים אותו החוצה.
- B. העלאת הגירה החוזרת והנשנית אינה מיוחסת למצב/בעיה הקשורים למעיים ולקיבה, או למצב רפואי אחר (רפלוקס, הצרות השוער- הצרות הפתח התחתון של הקיבה).
- C. הפרעת האכילה אינה מתקיימת באופן בלעדי/רק במהלך של אנורקסיה נרבוזה, בולמיה נרבוזה, בולמוסי אכילה, או הפרעת אכילה של הימנעות/הגבלת צריכת מזון.
- D. אם הסימפטומים מתקיימים בהקשר של הפרעה נפשית אחרת (למשל פיגור שכלי או הפרעה נורית התפתחותית אחרת), הם חמורים מספיק כדי להצדיק תשומת לב קלינית נוספת.

מהם הגורמים להפרעה?

במידה והתינוק אובחן עם בעיה התפתחותית כמו מוגבלות שכלית או אוטיזם, סביר להניח שהתנהגות של העלאת גירה מהווה סוג של גירוי עצמי. במידה ולא, ההסבר להפרעה שנוי במחלוקת, וישנן כמה השערות להתפתחותה:

תיאוריות פסיכודינמיות – תיאוריות רגשיות ובין אישיות המציעות כי רומינציה מתפתחת עקב בעיה בקשר ההורה-ילד המאופיינת בנתק או ניכור הגורמים לילד לגרום לעצמו גירוי חושי חלופי באמצעות רומינציה, או עקב האכלה בלתי מותאמת הפוגעת בתחושת השליטה של הילד על מה שנכנס לגופו ו/או בפגיעה במנגנון הטבעי של רעב ושובע.

תיאוריות למידה – תיאוריות התנהגותיות המציעות כי התינוק מפתח הפרעת האכלת גירה כאשר הוא מזהה כי ההתנהגות הרומינטיבית מושכת תשומת לב רבה, ומתחיל להשתמש בה לשם כך. על פי תיאוריות אלו, ההנאה מהגירוי העצמי ותשומת הלב שההתנהגות מושכת מחזקות את התנהגות התינוק, כך שהתינוק רוצה לחזור על הפעולה.

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

כיצד ניתן לטפל בהפרעה?

ההפרעה עלולה להיות מסוכנת ובמקרים קיצוניים אף לגרום למוות, לכן חשוב לטפל בה בהקדם. טיפול המשלב כלים של [טיפול קוגניטיבי התנהגותי](#) לצד [פסיכותרפיה](#) או [הדרכת הורים](#), עשוי להוביל לשיפור משמעותי בתפקוד. כמו כן, כאמור במצבים בהם ההפרעה מתפתחת בינקות, לרוב ההמלצה היא על [טיפול דיאדי](#), כלומר טיפול משותף להורה והילד, המתמקד בקשר ביניהם.

תסמונת פיקה היא הפרעת אכילה המופיעה בדרך כלל בגילאי הילדות, ומתבטאת באכילת חומרים בלתי אכילים ולא מזינים. בעמוד הנוכחי, תוכלו לקרוא כיצד מאבחנים תסמונת פיקה, גורמים ודרכי טיפול.

פיקה הינה ציפור ממשפחת העורבים האוכלת נבלות ומנקה שאריות. התסמונת זכתה לשמה מאחר והילדים הסובלים ממנה אוכלים דברים בלתי אכילים אשר עלולים להזיק להם, באופן שאינו תואם את השלב ההתפתחותי בו הם נמצאים.

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. סוגי הדברים שהילדים אוכלים משתנה בהתאם לגישות הדברים לילדים, אך אלמנטים שכיחים הם צבע, פלסטר, שער, בגדים, חוטים, לכלוך, צואת חיות, אבנים ונייר. במקרים קיצוניים התסמונת עלולה לגרום להרעלה.

עד כמה ההפרעה שכיחה?

עדויות על שכיחות התסמונת אינן מבוססות דיין, בין היתר כיוון שפעמים רבות 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 ומתבגרים מדובר בהפרעה נדירה למדי, וכאשר היא כבר מופיעה, לרוב מדובר בסובלים מלקות אינטלקטואלית. כמו כן, לא נמצאו הבדלים מגדריים בשכיחות התסמונת.

אבחנה ע"פ ה-DSM-5

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

- A. אכילה מתמשכת של חומרים לא מזינים, שאינם מאכל במשך חודש לפחות.
- B. אכילת החומרים הלא מזינים שאינם מאכל, אינה מותאמת לשלב ההתפתחותי.
- C. התנהגות האכילה אינה קשורה למנהג בעל תמיכה 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 הריון) יש לקיים מעקב טיפולי בנידון.

מהם הגורמים להפרעה?

ההסבר לתסמונת שנוי במחלוקת, וישנם מספר השערות לגבי הגורמים להתפתחותה:

ליקויים בתזונה - ליקויים בתזונה עלולים לגרום להשתוקקות לחומר בלתי אכיל. לדוגמא, הרצון לאכול לכלוך או קרח נמצא קשור למחסור בברזל ואבץ.

גורמים פסיכולוגיים - לפי תיאוריות פסיכודינמיות, תסמונת פיקה נגרמת עקב קיבעון בשלב האוראלי. שלב זה, לפי [פרויד](#), הינו השלב הראשון [בהתפתחות הפסיכו-סקסואלית של הילד](#). בשלב זה האנרגיה המינית מרוכזת בפה, והתינוק מספק את עצמו על ידי גירוי הפה (למשל, מציצת מוצץ או יניקה). במידה והתינוק אינו מסופק בשלב זה, למשל במצבים של הזנחה הורית או נטישה, או לחלופין מסופק יתר על המידה, עלול להתפתח קיבעון אוראלי אשר מוביל לעיתים לתסמונת פיקה.

כיצד ניתן לטפל בהפרעה?

תסמונת פיקה עלולה להיות מסוכנת ולכן חשוב לטפל בה בהקדם. תחילה, על ידי מניעת הילד מגישה לחומרים רעילים. כמו כן, יש חשיבות לטיפול רב מערכתי הכולל טיפול רפואי (במקרה של בעיה רפואית כתוצאה מהתסמונת), [טיפול משפחתי להפרעות אכילה](#) ו[טיפול רגשי לילדים](#) מביא לשיפור משמעותי בתפקוד.

טיפול משפחתי כולל מתן תמיכה רגשית למשפחה, והדרכה להרגלי חיים בריאים אשר יאפשרו לילד התפתחות תקינה. טיפול משפחתי או טיפול פרטני הכולל הדרכת הורים מאפשרים למידת טכניקות התנהגותיות שונות כגון מודלינג, עיצוב, וחזקת חיובי. מחקרים מצאו כי הטכניקה היעילה 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 לפיו גורמים לו לתחושה לא נעימה (למשל, על ידי השמעת צליל לא נעים); הילד לומד באופן לא מודע לקשר את ההתנהגות עם דבר שלילי ולכן נמנע מלעשותה. **טיפול רגשי פרטני**, הכולל הדרכת הורים כאשר

הסובל מההפרעה הינו קטין, מאפשר אף הוא חקירת הגורמים להתפתחות ההפרעה והתמודדות מיטיבה יותר עם מצוקות רגשיות.

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

הפרעות אכילה בגיל ההתבגרות

הילדה אוכלת מעט מדי ויורדת במשקל? אתם חושדים שהבן שלכם אוכל בסתר? איך ניתן להבדיל בין דיאטה לבין אנורקסיה? האם כדאי להגיד משהו או שזה רק יחמיר את המצב? האם מדובר בשלב אשר עתיד לחלוף לבד או בבעיה אשר מצריכה טיפול הולם?

שאלות אלו, ורבות אחרות, מעסיקות הורים אשר חושדים שילדם או ילדתם המתבגרים סובלים מ**[הפרעות 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 כיום כי ככל שזיהוי הפרעת האכילה והטיפול בה יתרחש בשלב מוקדם יותר, כך גדל הסיכוי להחלמה.

בגיל ההתבגרות, הפרעות אכילה הן בין ההפרעות הנפוצות ביותר, ולרוב הן כרוניות ופוגעות משמעותית בתפקוד. שיעור **[הפרעות אכילה בילדות](#)** ובגיל ההתבגרות הולך ועולה בשנים האחרונות. כמו כן, קיימת קומורבידיות גבוהה להפרעות נפשיות אחרות ולמצבים רפואיים מסוכנים. יתרה מכך, כיוון שבגיל ההתבגרות, הגוף והמוח עוד אינם הגיעו להבשלה, להרעבה חמורה וממושכת, המאפיינת **[אנורקסיה נרבוזה](#)**, השלכות משמעותיות על התפתחות המוח והעצמות.

הפרעות אכילה בגיל ההתבגרות - כיצד מזהים?

הפרעות אכילה בגיל ההתבגרות נוטות לא פעם להיות חמקמקות וקשות לזיהוי. ראשית, מתבגרים עסוקים ממילא בדימוי גופני ובהופעתם החיצונית, כך שהגבול בין דיאטה או עיסוק נורמלי בגוף לבין התפתחות הפרעת 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 ההורים או לפנות אליהם לעזרה פוחתת. יתרה מכך, לעיתים אנרגיות רבות מושקעות בהסתרת הפרעת האכילה מעיני ההורים. יחד עם זאת, קיימות מספר התנהגויות אשר עלולות להוות נורות אזהרה לקיומן של הפרעות אכילה בגיל ההתבגרות:

1. **שינויים בהרגלי האכילה** – המתבגר טוען לאידיאולוגיות המסבירות את המנעותו מסוגי מזון רבים, מפתח בררנות יתר, מצהיר שוב ושוב שאכל בחוץ עם חברים וכן הלאה.
2. **סימנים גופניים** – ירידה מסיבית במשקל, הפסקת המחזור, ריח רע מהפה, נשירת שיער.
3. **התבודדות** – הסתגריות ממושכות בחדר, במקלחת או בשירותים.
4. **עיסוק חברתי בהרזיה** – למשל, התחברות לקבוצת מתבגרות העוסקות במשקל ודיאטות.

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

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

כיצד להתנהל מול מתבגרים הסובלים מהפרעות אכילה?

הורים 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 רעיונות", אחרים חוששים מפני תגובה נזעמת על ההתערבות בחייהם הפרטיים ואילו חלקם מתקשים להאמין או לקבל את העובדה שילדם יסבול מהפרעה כזו.

על אף שמתבגרים רבים אכן יגיבו בכעס והכחשה של הבעיה, התעלמות ההורים היא הרסנית ומסוכנת, שכן המתבגר עלול לחוש כי הוא "רשאי" לפגוע בעצמו מבלי שאיש שם לב לכך או יכול לעצור בעדו, והפרעת האכילה הולכת ומחריפה.

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

חשוב לציין כי חלק ניכר מהמתבגרים יגיבו באופן חיובי להתייחסות הוריהם להפרעה, ויסימו לקבל עזרה מקצועית. כאמור, הפרעות אכילה בגיל ההתבגרות נוטות לבטא קשיים ומצוקות רגשיות אשר קיימות בבסיס הפרעת האכילה עצמה, ולכן מרבית המתבגרים נזקקים לעזרה מקצועית בהתמודדות 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 בבניית הרגלי אכילה מאוזנים ושמירה על משקל גוף תקין. לצד זאת, טיפול רגשי פסיכולוגי מהווה אמצעי התמודדות יעיל ביותר מאחר והוא מאפשר למתבגר לבטא את המצוקה הרגשית במילים ובכך פוחת הצורך בהבעת מצוקה דרך דפוסי אכילה בעייתיים.

במקרים בהם הפרעת האכילה הינה קשה וממושכת, טיפול פרטני אינו מהווה מסגרת התמודדות מספקת למתבגר ולמשפחתו. במקרים אלו, בהם העיסוק באכילה אינטנסיבי וקיצוני, והפגיעה התפקודית 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 ומערכתי.

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