



<http://www.shapeworks.co.il> פורסם בחסות האתר

מסמך רקע בנושא:

הפרעות אכילה בקרב ילדים ובני-נוער
מסמך רקע בנושא:

הרגלי אכילה של ילדים ובני נוער

מוגש לוועדה לזכויות הילד

מוגש לוועדה לזכויות הילד

כתיבה : נעמי מי-עמי, עובדת מחקר ומידע

אישור : שמוליק חדד-חזקיה, ראש צוות

עריכה לשונית : מערכת "דברי הכנסת"

ז בטבת תשס"ד

י בינואר 2004



תמצית

הפרעות האכילה לסוגיהן נפוצות בעולם המערבי, ושכיחותן עולה בעקביות. הפרעות האכילה העיקריות הן אנורקסיה נרבוזה, בולמיה נרבוזה והשמנת יתר חולנית. מסמך זה יעסוק בשתי הראשונות.

זמשותף להפרעות האכילה **אנורקסיה נרבוזה** ו**בולמיה נרבוזה** הוא הפחד מפני השמנה והצורך לשלוט משקל. ההפרעות פוגעות באדם אחד מתוך 100, ו-90% מהלוקים בהן הם נשים, בעיקר מתבגרות.

אנורקסיה נרבוזה מתבטאת בהרזיה קיצונית ובהכחשה של תחושת הרעב. בשלבים המתקדמים הפרעה עלולה להביא לשיבושים חריפים במערכות הגוף ואף למוות. הגורמים להם הם פסיכולוגיים, ושפחתיים, חברתיים-תרבותיים וביולוגיים. שיעור סיכויי ההחלמה המלאה כשניתן טיפול מתאים הם 50%-8%. שיעור התמותה הוא 10%-8%.

ולמיה נרבוזה גם היא הפרעת אכילה חמורה, וכ-50% מהלוקים בה היו בעברם אנורקטים. היא ותאפיינת באירועים חוזרים של בולמוסי אכילה והקאות יזומות, ולעתים נטילת משלשלים. להפרעה יש נאפיינים של התמכרות, וגם היא גורמת לסיבוכים רפואיים קשים ודורשת טיפול תרופתי ופסיכולוגי. זיכויי ההחלמה המלאה כשניתן טיפול מתאים הם 50%-40%. שיעור התמותה עקב בולמיה הוא נמוך.

טיפול באנורקסיה ובבולמיה הוא רפואי ופסיכולוגי, ודורש עבודת צוות של אנשי מקצוע בתחומים זונים.

.. מבוא

וסמך זה יעסוק בשני סוגי הפרעות אכילה נפוצים בעולם המערבי: **אנורקסיה נרבוזה** ו**בולימיה נרבוזה**. דרך כלל הפרעות אלו מופיעות לראשונה בגיל הנעורים. המאפיין העיקרי שלהן ושל הפרעות אחרות¹ הוא **התנהגות אכילה מופרעת**, והן נחשבות למחלות פסיכיאטריות.

עשורים האחרונים חלה עלייה ניכרת בשכיחות של הפרעות אלו בקרב נשים בחברה המערבית, ובפרט בקרב מתבגרות, שהן הקבוצה החשופה ביותר להתפתחות של הפרעות אכילה. בשנים האחרונות וסתמנת ירידה בגיל הפונים ועלייה בשכיחות הפנייה לטיפול בהפרעות אכילה של בנים.² **הניסיון קליני המצטבר מלמד שאנורקסיה עשויה להתפתח כבר בגיל שבע.**³

הפרעות הללו פוגעות במידה ניכרת בתפקוד של הילדים והמתבגרים בחברה, בלימודים ובמשפחה, אינן מאפשרות את התפתחותם התקינה.

נורקסיה נרבוזה ו**בולימיה נרבוזה** הן הפרעות אכילה הניתנות לטיפול. כאשר אינן מאובחנות ואינן מטופלות בצורה נכונה, הן עלולות להיות מסוכנות, להתפתח להפרעות כרוניות, לגרום לסיבוכים רבים אף למוות. מכאן חשיבות האיתור המוקדם והטיפול הנכון.⁴

.. נתונים

וכיחות האנורקסיה והבולימיה באוכלוסייה הכללית היא 1%. בקרב בני-הנוער בישראל השכיחות של הפרעות אכילה היא כ-5%, כשהשכיחה ביותר היא האנורקסיה. 90% מהלוקים בהן הם נשים. ושכיחות גבוהה יותר בקרב העוסקים בדוגמנות, בריקוד ובהתעמלות. ב-85% מהמקרים ההפרעה ותחילה בגיל 20-12.

וכיחות ההפרעות הללו במערב עולה בעקביות בשנים האחרונות. בארה"ב לבדה יש כיום 10 מיליוני ניי-אדם הלוקים בהן.⁵

ישראל יש מחסור בנתונים עדכניים על הפרעות אכילה, לכן קשה לתת הערכה מדויקת של היקף ותופעה. המידע היחיד שנאסף הוא על מספר הפונים לטיפול בהפרעות אכילה בבתי-החולים.

שנת 1995 נערך בארץ מחקר מקיף על הפרעות אכילה ב-24 מרכזי טיפול פסיכיאטרי, ונאספו בו נתונים ל בנות יהודיות שגילן 12-18:⁶

¹ הפרעות אכילה: אנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה, השמנת יתר חולנית והפרעות אכילה לא מוגדרות. מקור: ד"ר סילבנה ניג, מנהלת יחידת אשפוז פסיאטריה-רפואית, מרכז "שניידר" לרפואת ילדים, מכתב, 4 בינואר 2004.

² אם כי עדיין הם מיעוט (10%-5% מהפונים).

³ מרים טוראל וסמי שניידרמן, "היבטים חדשים באנורקסיה נרבוזה בקרב מתבגרים", יוני 2003.

⁴ אורי פינס ואחרים, "אנורקסיה נרבוזה בגיל ההתבגרות".

⁵ הנתון נלקח מתוך תוכנית טלוויזיה על אנורקסיה ובולימיה בטלוויזיה החינוכית ב-5 בינואר 2003.

⁶ כא' בסבת
הפרעות אכילה אצל ילדים ובני-נוער
15 בינואר 2004

- הפרעות אכילה: 49 בנות לכל 100,000.
- אנורקסיה: 29 בנות לכל 100,000.
- בולמיה: 8.6 בנות לכל 100,000.
- השיעור הגבוה ביותר של אנורקסיה נמצא בקרב בנות 14: 46 בנות לכל 100,000.
- השיעור הגבוה ביותר של בולמיה נמצא בקרב בנות 17: 22 בנות לכל 100,000.

ומידע איננו שלם מכמה סיבות:

- א. חלק ממרכזי הטיפול סירבו להשתתף במחקר.
 - ב. אין מידע על הפונים לטיפול פרטי.
 - ג. חלק מן המקרים אינם מאובחנים כלל או אינם מדווחים מחמת הבושה.
- לדברי ד"ר פולאקוביץ, מנהל המערך הקליני בשירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, אין ספק ששיעור הסובלים מן ההפרעות עלה מאוד מאז נעשה המחקר, כפי שקרה בארצות מערביות אחרות.⁷

4. הגורמים להפרעות אכילה

ורמים פסיכולוגיים-אישיותיים

ערות הסובלות מהפרעות אכילה מתוארות בספרות הקלינית כבעלות מכלול של תכונות נוירוטיות, כפרט תכונות האופייניות להפרעה אפקטיבית⁸ ולהפרעה אובססיבית קומפולסיבית.⁹

פי חוקרים רבים, הפסיכופתולוגיה המרכזית של נערות הסובלות מהפרעות אכילה היא **דימוי עצמי מוך ותחושת חוסר ערך עצמי**. העיוות בדימוי הגוף ותפיסתו כשמן ולא אטרקטיבי הם ביטוי להחצנה ול תחושת חוסר הערך. המחשבות הכפייתיות על משקל הגוף ומידותיו ועל מזון הן תוצאה של תופעה זו, והיא מובילה להימנעות ממזון ולהתנהגות טקסית הקשורה במזון.¹⁰ התעסקות זו, נוסף על ההינזרות וקיצונית מאוכל, מקנה לנערה את תחושת השליטה ומחזירה לה תחושת ערך עצמי כלשהי.¹¹

⁶ E. Miterany, et al., "Eating Disorders among Jewish Female Adolescents in Israel: a 5 Year Study", *Journal of Adolescent Health* 16, 1995, pp. 454-457

דברי ד"ר פולאקוביץ, מנהל המערך הקליטי בשירותי בריאות הנפש, לא נערך מאז מחקר כזה; שיחת טלפון, 11 בינואר 2004.

⁷ הפרעה חד-קוטבית (דיכאון) או דו-קוטבית (מניה דיפרסיה).

⁸ חוקרים הציעו לראות בהפרעות אפקטיביות או בנטייה דכאונית גורם סיכון הפועל באינטראקציה עם גורמים נוספים היווצרות של הפרעות אכילה. בעניין ההפרעות האובססיביות-קומפולסיביות, יש הטוענים שהסימפטומים האובססיביים-וומפולסיביים שנמצאו בקרב נבדקות אינם אלא תוצר של מצב ההרעה העצמית או של מידת הכרוניות של ההפרעה, והם יימפטומים של ההפרעה ולא הגורמים לה.

¹⁰ Dianne Neumark-Sztainer, "Weight Concerns and Dieting Behaviors among High-School Girls in Israel"
¹¹ אלן אפטר, "הפרעות אכילה: פסיכולוגיה של שליטה".

ורמים פסיכולוגיים-משפחתיים

מאפיינים פתולוגיים בתוך המשפחה יש משקל רב בהתפתחות ההפרעה. המאפיינים העיקריים: נטייה הגנתית, על-פי רוב מצד האם, ראיית הילדה כשלוחה של האם ולא כאדם אוטונומי, קושי בכיבוד ופרטיות של בני המשפחה, קשיי תקשורת, דחף להישגיות ופרפקציוניזם, נוקשות בעמדות ומיעוט ביטויים רגשיים. מחקרים מצאו קשר נסיבתי בין מאפיינים משפחתיים כאלה לבין שכיחות גבוהה של הפרעות אכילה ועיסוק רב בדיאטות, במראה חיצוני ובפעילות גופנית אינטנסיבית.¹²

ורמים חברתיים-תרבותיים

ש חוקרים הרואים בהפרעות אכילה מגפה של החברה המערבית המודרנית.

שנים האחרונות גבר בחברה המערבית העיסוק בנושאי תזונה, חיטוב הגוף ובריאותו. הקולנוע, טלוויזיה ועולם הפרסום מציגים נשים רזות בצורה קיצונית, ומשפיעים בכך על הסטנדרטים של בני-נוער. הדרישה החברתית-תרבותית לרזון, המכוונת בעיקר כלפי נשים, היא השתקפות של שינויים וחלו בעשורים האחרונים באידיאל היופי הנשי.¹³

חברה המערבית המתועשת הפך הרזון להיות סמל ליופי, לנעורים, להישגיות ולשליטה עצמית – רכיבים שהם כמעט מקודשים בתרבות זו. בד בבד עם הרדיפה אחר רזון, יש רתיעה גוברת מפני עודף משקל. השמנה ועודף משקל סובלים מגינוי חברתי חריף.

ערות בגיל ההתבגרות הן קבוצת סיכון מיוחדת לפיתוח הפרעות אכילה, שכן בגיל זה גוברת הרגישות סטנדרטים ולנורמות החברתיות, וכמוה גם הצורך באישור חברתי.¹⁴ נמצא כי בתקופת המעבר חטיבת הביניים יש סיכון מוגבר לפתח דפוסי חשיבה שליליים על מראה הגוף והפרעות אכילה.¹⁵

ורמים ביולוגיים

מחקר הביולוגי בנושא אנוורקסיה נרבוזה נתון בראשית דרכו. אצל אנוורקטים נמצאה הפרשה גבוהה ול סרוטונין,¹⁶ המשפיעה על צריכה פחותה של קלוריות ועל שינויים בהתנהגות ובמצב הרוח, כגון זרדה, אובססיה, פרפקציוניזם ופגיעה עצמית. הסברה היא שההפרעה בהפרשת הסרוטונין היא נטייה יולוגית של האנוורקטי ולא תוצאה של הרעבה, לפיכך בעלי הנטייה פגיעים יותר ממי שאין להם נטייה זו. יש אף חוקרים המעריכים שהסובלים מאנוורקסיה מרעיבים את עצמם כדי להפחית את רמת הסרוטונין וכך להפחית את החרדה שהם חשים. אך הפרשת הסרוטונין אינה ניתנת לוויסות בצורה זו.

¹² סמדר קניון, גורמים פסיכו-חברתיים המשפיעים על הרגלי תזונה ודפוסי אכילה בקרב בני-נוער בישראל, עבודת מ"א, 199.

¹³ דניאל הרדוף, "היבטים תרבותיים בהפרעות אכילה".

¹⁴ אור גיא, השפעת סוכני החיברות: המשפחה וקבוצת השווים, תפיסות עצמיות וגופניות על פיתוח סימפטומים של הפרעות אכילה בקרב מתבגרות בישראל, עבודת מ"א, 2000.

¹⁵ ניר הלוי וארי הלוי, "הפרעות אכילה בגיל ההתבגרות המוקדם".

¹⁶ כימיקל מוחי המשפיע על התיאבון ועל מצב הרוח.

וחוקרים בודקים כיוון נוסף והוא תרומת הלפטין¹⁷ להתפתחות האנורקסיה. אצל אנורקטים נמצאו הפרעות בהפרשת הלפטין ובבדקת אפשרות שהפרעות אלו משפיעות על ההתנהגויות המאפיינות של הפרעה: הוצאת אנרגיה גבוהה והפחתה בצריכת המזון.

וחקרים שמנסים להצביע על יחסי הגומלין בין מרכיבים ביולוגיים למרכיבים אישיותיים, מעלים את ואפשרות שאישיות פרפקציוניסטית ואישיות אובססיבית-קומפולסיבית (שמקורה ביולוגי) הן בבחינת ורמי סיכון לפיתוח אנורקסיה. במשפחות של אנורקטים נמצא שיעור גבוה של קרובי משפחה הסובלים והפרעה אובססיבית-קומפולסיבית. אחת האפשרויות היא שהפרעה כפייתית ואנורקסיה משתייכות 'אותה משפחה של הפרעות.¹⁸

!. אנורקסיה נרבוזה

Deleted: לפי

5. אבחון

פי המדריך הדיאגנוסטי הסטטיסטי העדכני (DSM IV) של האגודה הפסיכיאטרית האמריקאית יש זרבעה קריטריונים לאבחון אנורקסיה נרבוזה:¹⁹

1. סירוב לשמור על משקל גוף מינימלי, התואם את הגיל והגובה (אובדן משקל הגורם למשקל הנמוך מ-85% מהמשקל המצופה).
2. פחד עצום מעלייה במשקל ומהשמנה למרות מצב של תת-משקל.
3. הפרעה בתפיסת המשקל או המראה, השפעה מוגזמת של המשקל או המראה על ההערכה העצמית או הכחשת חומרת המשקל הירוד.
4. אצל נערות – אי-הופעת שלושה מחזורי וסת רצופים לפחות.

5. סיבוכים רפואיים

- הפרעות בווסת עד כדי הפסקתה כליל.
- נזק לזוגיות השיניים (בגלל ההקאות התכופות).
- הפרעות בקצב הלב (עד כדי מוות מחמת אי-ספיקת לב); לחץ דם נמוך.

¹⁷ חלבון הורמונלי המיוצר בתאי שומן בגוף וקשור בבקרה על צריכת המזון ובוויסות האנרגיה בגוף.
¹⁸ מרים טוראל וסמי שניידרמן, "היבטים חדשים באנורקסיה נרבוזה בקרב מתבגרים", יוני 2003.
¹⁹ שם.

- הידלדלות העצם (אוסטיאופורוזיס).
- נזקים לכבד ולכליות.
- הפרעות אנדוקריניות (הורמונליות ושל הבלוטות).

5. טיפול²⁰

וטיפול בחולה חייב לכלול כמה תחומים הקשורים במחלה, ודורש על-פי רוב עבודת צוות של רופא נימי, קרדיולוג, פסיכיאטר, תרפיסט משפחתי, דיאטנית, אחות ועוד.

5.3. טיפול רפואי ותרופתי

ומטרה הראשונה של הטיפול הרפואי הוא לייצב את מצבה הגופני הירוד של האנורקטית ולטפל סיבוכים הרפואיים שנוצרו. המטרה השנייה היא לגרום לעלייה במשקל עד להגעה למשקל היעד.²¹

שימוש בתרופות נעשה לשתי מטרות: עלייה במשקל וטיפול בתחלואה נלווית כגון דיכאון וחרדה. אולם, לתרופות אנטי-דיכאוניות כגון "פרוזאק" אין השפעה במקרים של הרעבה קיצונית. כיום מקובל טפל באנורקסיה גם באמצעות תרופות אנטי-פסיכוטיות, שעשויות לתרום להשגת שתי המטרות שצוינו עיל. בארה"ב נעשה שימוש ניסיוני בתרופה המכילה לפטין,²² ותוצאותיו היו טובות. מכיוון שהשימוש תרופות עדיין אינו נפוץ, יש להמשיך בהדרכה תזונתית ובמעקב רפואי צמוד כדי להגיע לעלייה במשקל.

עשו ניסיונות לטפל בפגיעה בצפיפות העצם באמצעות מתן תוספות של אסטרונג, ביפוספונט, סידן ויטמין D. הטיפולים הללו לא שיפרו במידה ניכרת את צפיפות העצם אצל מתבגרות אנורקטיות. בשלב ה הדרכים לטפל בבעיה הן עלייה במשקל ופעילות גופנית, כגון ריצה או עבודה עם משקלות.

5.3. טיפול פסיכולוגי פרטני וקבוצתי, ותרפיה משפחתית²³

טיפול הפסיכולוגי הפרטני מומלץ טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בשלבים החריפים של המחלה, ולאחר וכן טיפול פסיכולוגי דינמי לטווח ארוך.

וגישות המקובלות לטיפול המשפחתי רואות באנורקסיה מאמץ קיצוני להפגין שליטה עצמית, אוטונומיה במשפחה שאינה מאפשרת אוטונומיה. מוקדי הטיפול המשפחתי: הגנת היתר של ההורים,

²¹ מרים טוראל וסמי שניידרמן, "היבטים חדשים באנורקסיה נרבוזה בקרב מתבגרים", יוני 2003; ד"ר סילבנה פניג, מנהלת יחידה להפרעות אכילה במרכז הרפואי "שניידר", מכתב, 4 בינואר 2004.

²² כיום מקובל להשתמש במדד Body Mass Index – BMI, המבוסס על היחס בין משקל לגובה.

²³ ראה הפרק על הגורמים הביולוגים להפרעה.

²⁴ מרים טוראל וסמי שניידרמן, "היבטים חדשים באנורקסיה נרבוזה בקרב מתבגרים", יוני 2003; ד"ר סילבנה פניג, מנהלת יחידה להפרעות אכילה במרכז הרפואי "שניידר", מכתב 4 בינואר 2004.

וקושי שלהם לאפשר היפרדות, הימנעות ההורים מקונפליקטים ונוקשותם בפתרון בעיות. הטיפול יפעל שיקום היחסים המשפחתיים, לחיזוק תפקוד ההורים למרות חילוקי הדעות ולמתן כלים להתמודדות עם קונפליקטים ופתרון בעיות.

ל הטיפולים האלה יכולים להיעשות במרפאה, אך במקרים קיצוניים יש צורך לאשפז את החולה.

5.3. אשפוז²⁴

ומקרים המחייבים הפנייה לאשפוז: משקל נמוך מ-75% מהמשקל הרצוי לפי מדדים מקובלים, ותייבשות, ירידה בלחץ דם, הפרעות בקצב הלב, ירידה באלקטרוליטים (כמות המלחים בגוף), הקאות תדירות גבוהה מאוד, דיכאון ונטייה אובדנית המלווים בתחלואה פסיכיאטרית, כישלון בטיפול ורפאתי.

בית-החולים ניתן נוסף על ההשגחה הרפואית והטיפול בנוזקים הגופניים גם טיפול פסיכולוגי אישי פרטני, וכן טיפול קבוצתי מסוגים שונים (טיפול פסיכולוגי, הכנה לקליטה בקהילה, ריפוי באמנות), וזרכה להורים וטיפול משפחתי במסגרת פרטנית וקבוצתית וטיפול תרופתי.

5. סיכויי החלמה

- 50% מהאנורקטים יאמצו דפוסי אכילה תקינים ויגיעו למשקל תקין למדי.
- אצל 30% מהאנורקטים יחול שיפור חלקי בלבד במשקל. כ-20% מוגדרים כחולים כרוניים וחלקם עובר מאנורקסיה לבולמיה.
- שיעור התמותה הוא 8%-10% מהמקרים, והיא נגרמת מהרעבה עצמית, הפרעות אלקטרוליטיות (איבוד מלחים), הרעלת משלשלים, סיבוכי לב והתאבדות.

4. בולמיה נרבוזה

בולמיה נרבוזה היא הפרעת אכילה שהוכרה מבחינה קלינית רק ב-1979; לפני כן כמעט לא דנו בה, אף והיתה קיימת. 50% מהבולמים היו בעברם אנורקטים. במשך שנים דנו בשאלה אם יש לראות בבולמיה רבוזה תת-קבוצה של אנורקסיה נרבוזה, אך בשנים האחרונות מתחזקת הנטייה לראות בבולמיה זפרעה בעלת מאפיינים משלה.

²⁴ מרים טוראל וסמי שניידרמן, "היבטים חדשים באנורקסיה נרבוזה בקרב מתבגרים", יוני 2003; ד"ר סילבנה פניג, מנהלת יחידה להפרעות אכילה במרכז הרפואי "שניידר", מכתב, 4 בינואר 2004.

וכיחות התופעה באוכלוסייה לפי מחקרים שונים היא 10%-2%. 90% ממקרי הבולמיה הם של נשים. וכיחות השיא היא בגיל 15-30. **בשלושת העשורים האחרונים ניכרת מגמת עלייה מתמדת בשכיחות התופעה.**²⁵

6. אבחון

פי ספר האבחנות האמריקני (DSM) יש ארבעה קריטריונים לאבחון בולמיה נרבוזה:

1. אירועים חוזרים של בולמוסי אכילה.
2. איבוד שליטה על בולמוסי האכילה למרות ההכרה בקיום הבעיה.
3. הקאות יזומות, דיאטות קיצוניות או צום, שימוש בחומרים משלשלים, משתנים ומרזים במטרה לאזן את השפעת בולמוסי האכילה.
4. עיסוק מופרז במראה הגוף ובמשקלו.

6. מאפיינים מיוחדים של בולמיה²⁶

ולמיה היא הפרעה המאופיינת בחרדה עזה מפני השמנה ועיסוק יתר במזון ובמשקל הגוף. ומאפיין העיקרי של הבולמיה הוא בולמוס זלילה ואחריו הקאה יזומה; הדבר יכול להתרחש כמה עמים ביום. הזלילה – עד ל-10,000 קלוריות בהתקף אחד – וההקאה הבאה בעקבותיה גורמות להרגשה מניית של אופוריה (high), ולכן נוצרת **התמכרות**. לעתים קרובות הבולמיה מלווה בהפרעות אחרות: זנוגעות לשליטה על דחפים כמו מתירנות מינית, הימורים, אלכוהוליזם, גנבות או צריכת סמים. מקרים הקיצוניים יש הסתבכויות כספיות עקב ההוצאות על אוכל.

הבדיל ממשפחות של אנורקטים, המתאפיינות בחדירה מוגזמת לפרטיות הילדים, משפחות של בולמים ותאפיינות בלכידות נמוכה.²⁷

ערות הסובלות מבולמיה, שלא כמו הסובלות מאנורקסיה, מאופיינות במשקל גוף בתחום הנורמה. עם את, משקל הגוף האידיאלי שהבולמית מציבה לעצמה נמוך הרבה יותר מהמשקל האופטימלי עבורה.²⁸

6. סיבוכים רפואיים²⁹

- הפרעות בווסת.

²⁵ אורי פינאס ואחרים, "בולמיה נרבוזה בגיל ההתבגרות".

²⁶ יפעת גרוס, אפיונים פסיכולוגיים כמבחינים בין אנורקסיה נרבוזה לבולמיה נרבוזה, עבודת מ"א, 1999.

²⁷ אורי פינאס ואחרים, "בולמיה נרבוזה בגיל ההתבגרות".

²⁸ יפעת גרוס, אפיונים פסיכולוגיים המבחינים בין אנורקסיה נרבוזה לבולמיה נרבוזה, עבודת מ"א, 1999.

²⁹ שם.

- נזק לזגוגית השיניים.
- בחילות והקאות בלתי נשלטות עקב ההרגל המותנה.
- קרע בקיבה או בוושט.
- הפרעות בקצב הלב; לחץ דם נמוך.

6. טיפול

טיפול במרפאה מבוסס על גישה בין-מקצועית – מעקב רפואי, ייעוץ פסיכולוגי, חינוך לתזונה נכונה תרפיה משפחתית. הטיפול הפסיכולוגי לסוגיו דומה לטיפול באנורקסיה.

6.4. טיפול תרופתי

ולא כמו אצל האנורקטים, יש דיווחים על השפעה טובה של תרופות נוגדות דיכאון כמו "פרוזאק"³⁰ ועוזרות בשבירת המעגל של בולמוסי האכילה וההקאות בעקבותיהם. התרופה נגד דיכאון היא תחליף לתחושת האופוריה שמלווה את ההתמכרות.

6.4. אשפוז

ואשפוז במקרי הפרעת בולמיה הוא נדיר ויש לשקול אותו כאופציה אחרונה. חייבים לאשפוז במקרים זאלה: התייבשות, סיבוכי לב, סיכון אובדני, בולמוסי אכילה ושימוש במשלשלים כמה פעמים ביום, ישלון בטיפול מרפאתי המלווה בהחמרה במצב.

טיפול בבית-החולים מבוסס על ייעוץ פסיכולוגי לסוגיו, על השגחה ועל האכלה מבוקרת. תום האשפוז דרוש המשך טיפול במרפאה.

6. סיכויי החלמה

דרך כלל לבולמיה יש מהלך כרוני עם תקופות של רגיעה ושל החרפה. התאוששות עצמית (ספונטנית) יזנה שכיחה. לסובלות מההפרעה יש מאפיינים המזכירים התמכרות, על כל המשתמע מכך.

- ב- 50%-40% מהמקרים המטופלים יש התאוששות חלקית עד מלאה.
- קרוב ל-70% מפסיקים את ההקאות היזומות.
- כ-90% מפסיקים להשתמש במשלשלים.
- קרוב ל-70% יוצאים מהדיכאון.

³⁰ תרופות אלו אינן פועלות במצב של הרעבה קיצונית; ראה הפרק על הטיפול התרופתי באנורקסיה.

- שיעור התמותה עקב בולמיה נרבוזה הוא נמוך מאוד.³¹

32. מרכזים לטיפול בבעיות אכילה בישראל

דברי ד"ר פולוקאביץ, מנהל המערך הקליני של בריאות הנפש במשרד הבריאות,³³ אין היום בבתי-זולים כלליים מחלקות המוגדרות כמחלקות להפרעות אכילה לילדים ובני נוער. על-פי רוב, הגוף המטפל: הפרעות אכילה בישראל הוא המחלקות הפסיכיאטריות של בתי-החולים הכלליים ומחלקות הילדים הנוער של בתי-החולים הפסיכיאטריים.

אחרונה מתחוללת רפורמה בשירותי בריאות הנפש ומגמתה היא לצמצם את מספר מיטות האשפוז, לא להחזיק את פגועי הנפש בבתי-חולים פסיכיאטריים אלא לשחרר אותם לטיפול ולשיקום בקהילה. זן-על-פי כן מספר המיטות המוקצות לילדים ובני נוער במערך הפסיכיאטרי (360 מיטות) לא יצמצם, רק פיזורן ישתנה: יופחת מספר מיטות האשפוז בבתי-חולים פסיכיאטריים ובמקום זה יוקצו מיטות בבתי-חולים כלליים, כדי להפחית את הסטיגמה הכרוכה באשפוז במוסד פסיכיאטרי. המיטות הללו פוזרו בחמישה מרכזים רפואיים בכל הארץ, ומתוכן כ-60 מיטות יועדו לטיפול בהפרעות אכילה. טיפול בהפרעות אכילה יהיה במרפאה, באשפוז יום ובמקרה הצורך באשפוז מלא.

33. מקורות

זפריים

נה מירה ולורנס מרילין, נשים אוכלות את עצמן: על אנורקסיה, בולימיה ואכילה כפייתית, מודן, תל-נביב 1999.

רידמן סנדרה סוזן, כשנערות מרגישות שמנות, כתר, ירושלים 2001.

³¹ אורי פינס ואחרים, "בולמיה נרבוזה בגיל ההתבגרות".

³² ראה פירוט בנספח.

³³ שיחת טלפון, 8 בינואר 2004.

בודות מ"א

זלון אורי, "שחריתך הפלאית, הקרועה, הסוערת": הפרעות אכילה – התפתחות, גורמים משפיעים דרכי התמודדות, אוניברסיטת תל-אביב, החוג לייעוץ חינוכי, 1999.

רוס יפעת, אפיונים פסיכולוגיים כמבחינים בין אנורקסיה נרבוזה לבולימיה נרבוזה, אוניברסיטת בר-זילן, בית-הספר לעבודה סוציאלית, 1999.

זניון סמדר, גורמים פסיכו-חברתיים המשפיעים על הרגלי תזונה ודפוסי אכילה בקרב בני-נוער בישראל, זוניברסיטת בר-אילן, המחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, 1997.

יא אור, השפעת סוכני החיברות: המשפחה וקבוצת השווים, תפיסות עצמיות וגופניות על פיתוח זימפטומים של הפרעות אכילה בקרב מתבגרות בישראל, אוניברסיטת בר-אילן, המחלקה לסוציולוגיה, 200.

נאמרים

ווראל מרים ושניידרמן סמי, "היבטים חדשים באנורקסיה נרבוזה בקרב מתבגרים", תפנית 17, 2003, מ' 6-1.

זלוי ניר והלוי ארי, "הפרעות אכילה בגיל ההתבגרות המוקדם – מחקר חתך על אוכלוסיית מתבגרים עירים בירושלים", הרפואה 138(ז'), 2000, עמ' 523-531.

ינוס אורי ואחרים, "בולימיה נרבוזה בגיל ההתבגרות", תפנית 2, 1992, עמ' 3-1.

ינוס אורי ואחרים, "אנורקסיה נרבוזה בגיל ההתבגרות", תפנית 1, 1991, עמ' 3-1.

זפטר אלן, "הפרעות אכילה: פסיכוביולוגיה של שליטה", בתוך: פרדה ואינדיווידואציה בגיל ההתבגרות, מכון סאמיט, ירושלים, 1991, עמ' 39-35.

זועה דיויד, "צמצום התובנה למחלת האנורקסיה כביטוי ליחס אמביוואלנטי להחלמה", שיחות, י"ז(3), 200, עמ' 247-255.

זרדוף דניאל, "היבטים תרבותיים בהפרעות אכילה", הרפואה 134(א'), 1998, עמ' 60-58.

Neumark-Sztainer Dianne, "Weight Concerns and Dieting Behaviors among High-School Girls in Israel", Journal of Adolescent Health 16(1), 1995, pp. 53-59

Sasson Aliza et al., "Dieting Behavior and Eating Attitudes in Israeli Children" International Journal of Eating Disorders 17(1), 1995, pp. 67-72

כתבים ושיחות טלפון

זלאקביץ יעקב, מנהל המערך הקליני בשירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 8 בינואר 200.

זלאקביץ יעקב, מנהל המערך הקליני בשירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 11 בינואר 200.

ניג סילבנה, מנהלת יחידת אשפוז פסיכיאטרית-רפואית, מרכז שניידר לרפואת ילדים, מכתב, 10 בינואר 2004.

וטיין, דני, מנהל מחלקת הפרעות אכילה בבי"ח שיבא – תל-השומר. מכתב, 15 בינואר 2004.

זתרי אינטרנט

זרא רינת, "מניעת הפרעות אכילה והשמנה בקרב ילדים ומתבגרים", מק"מ חיפה, www.mkm-haifa.co.il, יוני 2003.

ישרד החינוך, <http://www.education.gov.il>, תאריך כניסה: 4 בינואר 2004.

ספח – מרכזים לטיפול בבעיות אכילה בישראל³⁴

- ית-החולים "איכילוב", תל-אביב – היחידה הפסיכיאטרית לילד ולמתבגר, מרפאה.
- ית-חולים "הדסה" עין-כרם, ירושלים – מרפאה פסיכיאטרית, יחידה להפרעות אכילה, מרפאה אפשרות אשפוז במחלקה הפסיכיאטרית.
- ית-החולים המרכזי "העמק", עפולה – שירות פסיכיאטרי הכולל מרפאת ילדים ונוער ומחלקת אשפוז תוחה.
- ית-החולים לגליל המערבי, נהריה – יחידה להדרכת הילד והמשפחה: אבחון של הפרעות אכילה, אשפוז מעקב.
- ית-חולים "סורוקה", באר-שבע – מרפאת נוער.
- ית-החולים "קפלן", רחובות – היחידה להפרעות אכילה, אשפוז יום פסיכיאטרי למתבגרים.
- ורכו רפואי רמב"ם, חיפה – המרפאה להפרעות אכילה, חטיבה פסיכיאטרית.
- מרכז הרפואי ע"ש "שיבא" תל-השומר – מרכז להפרעות אכילה ומשקל: מחלקת אשפוז מלא ואשפוז ום ומרפאה.
- מרכז לבריאות הנפש "שלוותה", רעננה – היחידה להפרעות אכילה במרפאה הקהילתית וכן אשפוז ולא במחלקת הנוער של "שלוותה" ששוכנת בהוד השרון.
- ורכו "שניידר" לרפואת ילדים, פתח-תקווה – המרכז להפרעות אכילה, מרפאה ויחידת אשפוז סיכיאטרית-רפואית.
- זופות החולים מפעילות מרפאות ויחידות להפרעות אכילה (קופות החולים כללית, מאוחדת ומכבי).**
- ש **מרכזים פרטיים** לטיפול בבעיות אכילה דוגמת "כפר עמית" ו"נופית סנטר" בהוד השרון.
- תפנית** – מכון ירושלמי למתבגרים, נותן ייעוץ רפואי, פסיכולוגי ומשפחתי גם בהפרעות אכילה. זמכון מופעל על-ידי עמותה פרטית.
- ש קבוצות תמיכה להפרעות אכילה, ואף משמשת בהן שיטת 12 השלבים לגמילה מהתמכרות, כמו "אלכוהוליסטים אנונימיים".

³⁴ לא כל המרכזים והמרפאות הקיימים מוזכרים כאן. מקור: "אביב", ארגון ישראלי להפרעות אכילה, חוברת מידע על ורכזי טיפול ושיקום בהפרעות אכילה בישראל, 1999. יש לציין שבעקבות הרפורמה המוזכרת לעיל במערכת בריאות הנפש מצב ישנתה.