

משרד החינוך
המינהל הפדגוגי
השירות הפסיכולוגי-יעוצי

הפרעות אכילה

מדריך ליועץ ולפסיכולוג בית-הספר

חורף תש"ס-2000

אורלי סרוסי (רכזת)	כתיבה ועריכה:
ד"ר תמר ארז	
אסנת בינשטוק	
שרון אוריאלי	
ד"ר דינה רוט	ייעוץ מדעי:
ד"ר רינה לברן	
ד"ר בלהה נוי	עיצוב תפיסה:
ד"ר רחל ארהרד	
חנה שדמי	
ד"ר דינה קזורר	ייעוץ ותרומת חומרים מקצועיים:
מדי עמיצור	
ד"ר סינתיה כראל	
חוה ברנע	
דליה פרשקובסקי	
צביה חיאל	
ג'ודי פז	
ג'ודי בן עזרא	הערות והארות:
חבצלת ארנון	
רחל קלע	
נעמי וייל	
איילה ביבר	עריכה לשונית:
"פּלס" - שירותי דפוס בע"מ	שכתוב והבאה לדפוס:
נעמה בנימן	איורים:

- בחוברת זו שולב מידע ממקורות שונים - סקירת ספרות, מאגרים ממוחשבים וראיונות עם מומחים בנושא. לשם יצירת רצף תוכני זורם, לא הובאו שמות הכותבים והמרואיניים בגוף הטקסט אלא בתחילת החוברת וברשימת המקורות בסופה, ואתם הסליחה.

תוכן העניינים

הקדמה

סיפור מן החיים

חלק א: סקירת ספרות

מהן הפרעות אכילה?

מהם הסימנים והסימפטומים להפרעות אכילה?

הבחנה מבדלת

מהי שכיחות הופעתן של הפרעות אכילה?

מדוע אחוז הפרעות האכילה גדול פי כמה דווקא בקרב מתבגרות?

מדוע דווקא בגיל ההתבגרות? הפרעות אכילה מזווית ראייה

התפתחותית

מהם הסימנים המאפיינים התנהגות דיאטתית שיש עמה סיכון

להתפתחות הפרעות אכילה?

כיצד, אם כן, נדע להבחין בין מצבים תקינים למצבים מסוכנים?

מהם הסימנים ההתנהגותיים המעידים על החמרת ההפרעה?

מהם הרגלי תזונה לקויים, שאינם מוגדרים כהפרעות אכילה אך

ראויים לטיפול?

מהם גורמי הסיכון היכולים להשפיע על התפתחות של הפרעות אכילה?

כיצד מרגישים וחושבים מתבגרים הסובלים מהפרעות אכילה?

מהם הנזקים הבריאותיים הנגרמים בשל הפרעות אכילה?

מדוע קשה לאתר הפרעות אכילה?

טיפול בהפרעות אכילה

מהם סוגי הטיפול שנמצאו יעילים בטיפול בבעיות אכילה (מעבר

לאנורקסיה ובולמיה)?

חלק ב: יישום

- מהם תפקידי יועץ/פסיכולוג בית-הספר בהקשר להפרעות אכילה?
מודל רמות התערבות בהפרעות אכילה - ליועץ ולפסיכולוג בית-הספר
קווים מנחים ליועץ ולפסיכולוג בית-הספר בהתערבות בהפרעות אכילה:
- א. איתור הפרעות אכילה
 - ב. בניית תהליך היוועצות עם הצוות הבין-מקצועי הרלוונטי (מחנך, יועץ, פסיכולוג, אחות או רופא בית-הספר, מנהל, רכז שכבה)
 - ג. ניהול שיחה עם התלמידה המאותרת
 - ד. ניהול הקשר עם הורי התלמידה המאותרת
 - ה. הפניית התלמידה ומשפחתה לבירור מעמיק, אבחון וטיפול
 - ו. יצירת קשר עם מרכזי טיפול
 - ז. הדרכת צוותי מורים
 - ח. הדרכת בני הגיל בסביבת התלמידה המאותרת
 - ט. הדרכת הורים
 - י. פיתוח תכניות התערבות התפתחותיות ומניעתיות
 - יא. השתתפות בגיבוש מדיניות קהילתית למניעת התופעה

נספחים

- טבלת סימני אזהרה לאנורקסיה ובולמיה
מידע על מרכזים רפואיים המטפלים בהפרעות אכילה
דפי מידע להורים
סוגי פגיעות בילדים המחייבות דיווח
משדרי הטלוויזיה החינוכית שיכולים להשתלב בהתערבויות חינוכיות

רשימת מקורות

הקדמה

מדריך זה מיועד ליועצים ולפסיכולוגים הנדרשים להתמודד עם הנושא הקָאוב של הפרעות אכילה.

היזמה למדריך עלתה מתוך הצרכים המקצועיים של אנשינו בשטח, שלרובם התופעה הייתה בלתי מוכרת. חשוב מאוד לזכור שמדובר בסינדרום מורכב הניתן לאבחון על-ידי צוות רב-מקצועי. הטיפול גם הוא ניתן על-ידי אנשי מקצוע שעברו התמחות ספציפית.

עם זאת, לאנשינו תפקיד חשוב ולעתים אף מכריע בעבודה המניעתית עם כלל התלמידים, באיתור ראשוני של תלמידים המגלים הפרעות אכילה, בתמיכה במשפחות, בהפנייתן לעזרה מקצועית ובשמירת קשר עם התלמיד/ה המאושפזים.

עבודה מקצועית נכונה מתבטאת בידיעת גבולותינו.

- המדריך מנסה להציג את הסוגים העיקריים של הפרעות אכילה ואת ההתמודדות עמהן. המדריך מהווה מעין "תרמיל עזרה ראשונה" המאפשר סיוע מידי. הוא מפנה לספרות מקצועית, למרכזי טיפול ולקבוצות תמיכה.
- המדריך הוא תוצר ראשוני של צוות שהקים גף תכניות סיוע ומניעה כדי לתת תשובות ראשונות לצרכים העולים מן השטח.

אני מודה לכל העושים במלאכה, לחנה שדמי שיזמה, לאורלי סרוסי, ד"ר תמר ארז, אסנת בינשטוק ושרון אוריאלי שכתבו וערכו.

ד"ר בלהה נוי

מנהלת אגף שפ"י

סיפור מן החיים

"... חליתי באנורקסיה נרבוזה קצת לפני גיל 16. הייתי ילדה* מעט מלאה וכדי להתאים לאופנת הרזון, הייתי צריכה להוריד 3-4 ק"ג על-מנת להיראות טוב'. מעולם לא חשבתי שאתעסק בדיאטה, או אעשה דיאטה, בסך הכול חייתי בשלום עם גופי יחסית לשאר בנות גילי. הייתי ילדה עליזה ושמחה, מקובלת בחברה, מדריכה בתנועת נוער ופעילה מאוד בחברה. ילדה טובה...

הרעיון לעשות דיאטה עלה כשאימא שלי העירה לי על כך שהשמנתי, ואני מתוך התחושה שליוותה אותי רוב חיי, שאני צריכה להיות ילדה טובה ומושלמת, החלטתי להתחיל ב'דיאטת כסאח'.... בחודשיים שעברו מתחילת הדיאטה, הורדתי 10 ק"ג. התגובות של הסביבה היו מעודדות ביותר להמשיך ולרדת במשקל. היחידה ששמה לב לסכנה שבדבר הייתה האחות במרפאה.

לאחר כמה חודשים הגעתי לטיפול בבית-החולים במשקל של 38 ק"ג. טופלתי ביחידה להפרעות אכילה כעשרה חודשים. הטיפול היה ממושך וקשה. רובו התמקד בחלק הנפשי, בעזרת טיפול פסיכולוגי פרטני ומשפחתי...

בדיעבד אני יודעת שרציתי לחזור ולהיות ילדה, שיטפלו בי כמו בילדה קטנה... ושכל תשומת הלב תופנה אליי. המחלה שירתה אצלי גם צורך עז לכעוס, או אפשרה לי בפעם הראשונה בחיי לכעוס על אירועים שעברו על משפחתי ועליי בתוכה, על אימא שלא תמיד ענתה על ציפיותיי, על ה'עולם האכזר', וכן צורך במרד אִמְתִי בחיים...

בזכות תמיכתה הרבה של משפחתי, אמי ואחיי, ובזכות העובדה ששיתפתי פעולה בטיפול הפסיכולוגי, יכולתי להתמודד עם המחלה".

* הפרעות אכילה מופיעות בשכיחות רבה יותר אצל בנות מאשר אצל בנים, על כן ההתייחסות בטקסט היא במקרים רבים בלשון נקבה. בכל מקום שמופיע לשון נקבה הכוונה גם לבנים.

חלק א: סקירת ספרות

מהן הפרעות אכילה?

הפרעות אכילה הן הפרעות נפשיות ופיסיולוגיות הקשורות בהרגלי תזונה לקויים, עיוותים בדימוי הגופני והתעסקות כפייתית במשקל הגוף. הסובלים מהפרעות אכילה חוששים מכל עלייה במשקל וממשיכים בדיאטות, התקפי אכילה והקאות וזאת למרות הידרדרותם הפיסית והנפשית ולמרות הפגיעה הניכרת בתפקודם היום-יומי.

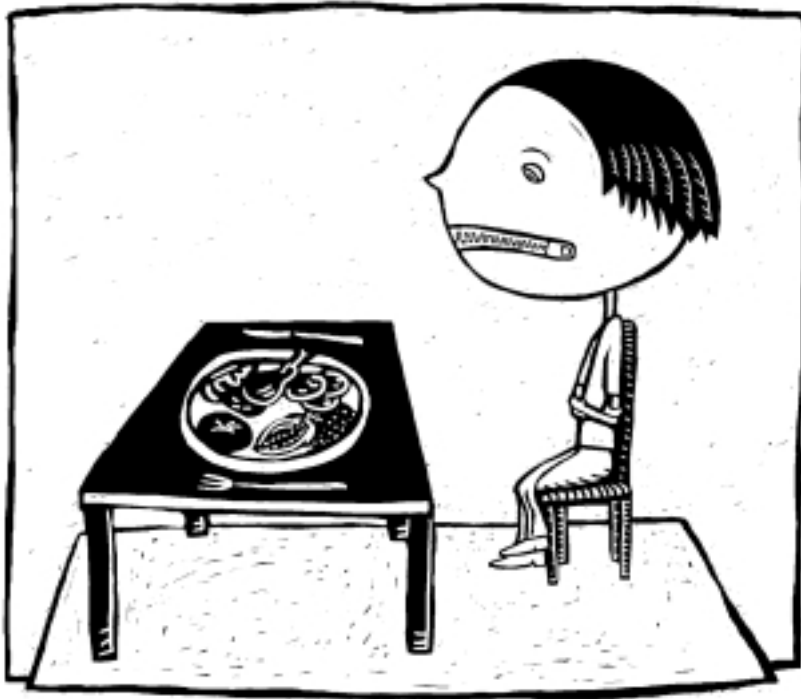
מהם הסימנים* והסימפטומים להפרעות אכילה?

הפרעות האכילה הבולטות בספרות הן בולמיה נרבוזה ואנורקסיה נרבוזה, ובעת האחרונה נוספה גם הפרעה של זלילת יתר המכונה גם "אכילת יתר התקפית" (Binge Eating Disorder).

בולמיה נרבוזה (בולמוס אכילה) מאופיינת על-ידי זלילה בלתי נשלטת. המדדים לאבחנה לפי ה-DSM IV הם:

1. התקפי זלילה הכוללים בליעת כמויות אדירות של מזון בפרק זמן קצר (עד שעתיים).
2. בעת התקף הזלילה קיים אצל החולים הפחד שלא יוכלו לעצור את תהליך האכילה.
3. בסיום הזלילה יש שימוש באמצעים כגון: הקאה, סם משלשל או צום, על-מנת לבטל במהירות את תוצאות הזלילה.
4. לצורך הגדרת המחלה - על תופעת הזלילה להופיע לפחות פעמיים בשבוע, במשך שלושה חודשים.

* סימני אזהרה - ראה טבלה עמ' 42-43.



אנורקסיה נרבוזה מאופיינת על-ידי הגבלה קיצונית מרצון של צריכת מזון.
ארבעת המדדים לאבחנה לפי ה-DSM IV הם:

1. סירוב לשמור על משקל גוף מעל לתחום התחתון של הנורמה לאותה קבוצת גיל וגובה. כלומר, איבוד משקל עד כדי 15% מתחת למשקל המצופה, או אי-עלייה במשקל כמצופה.
2. פחד עצום מפני השמנה, למרות משקל גוף נמוך.
3. הפרעה בדימוי הגוף - החולה מרגישה שמנה למרות הרזון הקיצוני.
4. בנשים - אל-וסת משני, של לפחות שלושה מחזורי וסת רצופים, או אי-קבלת המחזור כצפוי לפי הגיל (מצב אל-וסת מופיע בשלב מתקדם של ההפרעה והוא ביטוי להפרעה מתמשכת).

האנורקטים מתחלקים לשני טיפוסים: טיפוס רסטריקטיבי - השולט באופן מלא על התיאבון; וטיפוס בולמי - עם התקפי זלילה המסתיימים לרוב בהקאה יזומה.

אכילת יתר התקפית - היא נטייה לאכול כמות גדולה של אוכל והיא שייכת לקבוצת האכילה הכפייתית:

1. אין תופעות של הוצאת האוכל (הקאה או שלשול) כפי שיש בבולמיה.
 2. לצורך הגדרת המחלה, על תופעת הזלילה להופיע במשך שעה-שעתיים, לפחות פעמיים בשבוע בממוצע, במשך שישה חודשים.
- אין לשייך לכאן מצבים זמניים של אכילת יתר התקפית בתקופה של פעילות אינטנסיבית מואצת - כמו גיוס לצבא, קורס קשה, היריון ולידה.

הבחנה מבדלת

הפרעות האכילה מופיעות לא אחת בו-זמנית עם מצבים פסיכיאטריים אחרים (Comorbidity):

1. הפרעות דיכאוניות.
 2. הפרעות אישיות.
 3. חרדה.
 4. מצבים פסיכויים.
- וכן עם מחלות גופניות אחרות - כגון גידול בראש, מחלות מעי כרוניות, הפרעות הורמונליות, ועוד.
- שיעורי ההפרעות האלו בקרב מתבגרות עם הפרעות אכילה גבוהים בהרבה מאלו שבאוכלוסייה רגילה.

ייתכן שנטייה לדיכאון היא גורם סיכון להופעת הפרעת אכילה, ושאיזודיה של דיכאון תגרום להופעה התחלתית שלה; ואפשר שדיכאון יופיע כשינוי משני הנובע מרעב ומתנודות במשקל. לבסוף, הפרעות אכילה עלולות להיות קשורות גם לתגובות אָבל שהן תוצאה של אבדן.

מהי שכיחות הופעתן של הפרעות אכילה?

אין מחקרים אפידמיולוגיים כיום בארץ על הפרעות אכילה, אך ניתן לשער כי נתוני התחלואה בישראל דו ים לאלו שבארה"ב ובכל העולם המערבי. המדריך להפרעות נפשיות (להלן DSM IV) מדווח כי 0.5%-1.0% מכלל

המתבגרות והנשים הצעירות מגלות סימפטומים של הפרעות אכילה. מנתונים אפידמיולוגיים בעולם עולה, כי 3% מבני הנוער לוקים בבולמיה נרבוזה ו-0.5% לוקים באנורקסיה נרבוזה.

אנורקסיה ובולמיה מאפיינות שכבות חברתיות-כלכליות מגוונות, ואינן נחלתן הבלעדית של שכבות גבוהות כמו בעבר. בעשורים האחרונים שכיחות ההפרעה נמצאת בעלייה בגילאים 10-19 ובמיוחד בקבוצת הגיל 15-19. זוהי המחלה השלישית בשכיחותה בקרב מתבגרות. היחס בין בני לבנות כ-1:10. כלומר, בקרב האנורקטים ניתן למצוא כ-10% בנים; בקרב הבולמים ישנם 10%-15% בנים ואחוזם מגיע עד ל-25% כאשר מדובר בהפרעות זלילה. מחקרים מראים כי כבר בגיל 9, 40% מהבנות מאמינות כי הן שמנות בעוד שהבנים אינם עסוקים כלל בנושא זה. בכיתה ט' - 78% מהבנות חושבות שעליהן לרזות, בעוד שרק 29% מהבנים חושבים כך.

מסקר על אודות נוער בישראל בנושא "רווחה חברתית, בריאות והתנהגויות סיכון, במבט בין-לאומי" (הראל ועמיתיו, 1994), עולה כי כ-30% מהבנות בכיתות ז'-י"א (בהשוואה ל-8.6% מהבנים) דיווחו כי עשו דיאטה בשנה האחרונה ואין הן מרוצות מהופעתן. הבנות בישראל מובילות בהשוואה לכל המדינות שנחקרו (23 מדינות) - בצפייה בטלוויזיה, בעשיית דיאטה ובחוסר פעילות גופנית.

מדוע אחוז הפרעות האכילה גדול פי כמה דווקא בקרב מתבגרות?

מתבגרות, לעומת מתבגרים, מחונכות לרצות אחרים, להתעניין בדעות אחרים, לשים את צורכי האחר לפני אלה שלהן ולהיות "מושכות". כל אלה, בשילוב עם המסרים של התקשורת בדבר המראה האידאלי, עלולים להוביל אותן להפרעות אכילה. הפער בין המציאות הגופנית של מרבית האוכלוסייה לבין הדימוי הגופני כפי שהוא מקבל ביטוי בתקשורת הוא מלכודת מסוכנת במיוחד לבני העֶשְׂרָה. ההתעסקות הגוברת במראה החיצוני והרצון לשנות את המראה הטבעי אינם נחלתן של נשים בלבד. יותר ויותר גברים ומתבגרים עסוקים בדיאטות, בניפוח שרירים, בנייתוחים פלסטיים, בהשתלות שיער, בדוגמנות, ועוד. לכן עולה גם פגיעותם של הבנים להפרעות אכילה ומספרם הכפיל את עצמו בעשור האחרון.

מדוע דווקא בגיל ההתבגרות? הפרעות אכילה מזווית ראייה התפתחותית

מעברים התפתחותיים הם תקופות רגישות לשינויים בתחום התוך-אישי והבין-אישי, משום שהם כרוכים בארגון מחדש, ביולוגי ופסיכולוגי, של המתבגר.

הפרעות אכילה ובמידה פחותה בעיות אכילה (זלילה, דיאטות) מופיעות בדרך-כלל בשני מעברים התפתחותיים: בכניסה לגיל ההתבגרות וביציאה לקראת הבגרות הצעירה.

האתגרים העיקריים של גיל ההתבגרות הם פיתוח יחסי חברות, פיתוח יחסים מיניים, גיבוש יעדים אישיים וארגון מבנה עצמי יציב ורציף (כמו גם דימוי גוף) שיאפשר ויסות של מצבי רוח, דחף והערכה עצמית.

לקראת סוף גיל ההתבגרות מיתוספים משימות ואתגרים הכוללים בניית אינטימיות, רכישת חינוך ומקצוע, סינתזה של מטרות וערכים אישיים ובניית זהות נפרדת מהמשפחה. יכולת המתבגר לארגן את התנסויותיו, במיוחד במעברים קריטיים, היא המנבא הטוב ביותר לאיכות תפקודו והסתגלותו בעתיד.

קשיי הסתגלות

בתחום הביולוגי (עיכוב בגדילה, בהתבגרות המינית, אי-סדירות הווסת, חולשה); בתחום הקוגניטיבי (עיוות בדימוי הגוף, קשיי ריכוז, מחשבות רבות סביב אוכל); בתחום הפסיכו-סוציאלי (קשיים חברתיים, מיעוט חברים); ובתחום הרגשי (חרדות, דיכאון, רגישות יתר, קשיי שינה או דחף לזלול). כל אלה מזמנים הפרעות בתהליכים ההתפתחותיים שעלולות להוביל לפסיכופתולוגיה ובכלל זה גם להפרעות אכילה.

הפרעות אלו הן פעמים רבות ביטוי של בעיה ביצירת הזהות האישית והזהות החברתית. מקור ההפרעות הוא בשלב מוקדם בהתפתחות, אך בגיל ההתבגרות, כאשר בלאו הכי המתבגר נמצא בתהליך של חיפוש עצמי וחיפוש עוגנים להיתלות בהם, הפרעות האכילה הן תוצאה של ניסיונו לגבש את זהותו.



על רקע גיבוש הזהות האישית והזהות החברתית, נודעת השפעה משמעותית למערכות היחסים בגיל ההתבגרות על התפתחות של פגיעות להפרעות אכילה.

יחסים עם בני הגיל

תחושות הערך העצמי של מתבגרים קשורות לכשירות החברתית הנתפסת על-ידם. הופעה, מקובלות חברתית ויכולת אתלטית נמצאו קשורים הדוקות לתפיסת מידת התמיכה מצד בני הגיל; מכאן שמתבגרים בעלי קשיים חברתיים עלולים להיות טרודים יותר בהופעתם. לכן, עיסוק יתר בהופעה חיצונית עלול להגביר את נטיית המתבגר לעשות דיאטה כדרך לטפל בפגיעות בהערכה העצמית שלו ובכשירות החברתית שלו - וכך להגביר את הסיכון להפרעת אכילה. מתבגרים רבים מתארים "עקיצות מילוליות" כגורם חברתי המשפיע בכיוון של דיכאון, הפרעות אכילה ואי-שביעות רצון מגופם.

מחקרים הצביעו על החשיבות של חברים כתורמים לתהליכי ריפוי של בעלי הפרעות אכילה.

יחסים במשפחה

מהזווית של תאוריית יחסי אובייקט, ההתבגרות מתוארת כתהליך אינדיווידואציה שני. המטלה בהתבגרות היא להיפרד רגשית מייצוגיהם הפנימיים של ההורים, תהליך שמאפשר לפרט לפתח יחסים מחוץ למשפחה. הפרעה בתהליך האינדיווידואציה בתקופת הינקות עלולה לפגוע ביכולת לוויות עצמי וליחסים בין-אישיים בגיל ההתבגרות, כאשר המתבגר נדרש להיפרדות וליצירת זהות משלו.

בעיות יכולות להיווצר על רקע של אינדיווידואציה ועזובה רגשית. הבנת מערך היחסים במשפחה חשובה לזיהוי המקורות המשפחתיים התורמים להיווצרות ההפרעה.

מהם הסימנים המאפיינים התנהגות דיאטתית שיש עמה סיכון להתפתחות הפרעות אכילה?

הסימנים הם:

1. דיאטה שאינה מסתיימת ואינה מספקת גם לאחר ירידה למשקל הרצוי.
2. דיאטה המלווה בביקורת עצמית גוברת לגבי ממדי הגוף וצורתו עם החמרה בדימוי הגוף.
3. דיאטה המלווה בהסתגרות ופרישה מהסביבה החברתית.

4. דיאטה המלווה באל-וסת או בווסת בלתי סדיר, דבר המהווה סימן מדאיג לאבדן שליטה על תהליך הדיאטה.
5. סימני זלילות או היטהרות על סוגיהן השונים מצביעים על התפתחות הפרעת אכילה.
6. התחלת אכילה טבעונית או צמחונית והתנזרות מבשר לפני התחלת הדיאטה, כשלרוב המניע אינו אידאולוגי.
- סימנים אלו מצביעים על תחילת המחלה וניתנים לטיפול פחות אינטנסיבי עם סיכוי למיגור ההפרעה עוד לפני הידרדרותה. מכאן החשיבות לאבחון מוקדם ולקריאת כל הסימנים המקדימים והמאוחרים.
- חשוב לדעת כי כאשר נמצאים בדיאטה ישנו חשש מפני תחושת רעב ומכך שהאוכל המותר לא יספיק. תחושה זו יכולה להוביל לאכילת יתר או זלילה, גנבת אוכל והחבאתו. בהמשך עלולים להפסיק לסמוך על הגוף בזיהוי סימני רעב.

כיצד, אם כן, נדע להבחין בין מצבים תקינים למצבים מסוכנים?

הרגלי תזונה גרועים, דימוי גוף המצביע על חוסר שביעות רצון או מחשבות על ירידה במשקל אינם מעידים על קיום הפרעת אכילה.

אכילה שאינה סדירה שייכת לשינויים בהרגלי תזונה הקשורים לעתים לאירוע מלחיץ כזה או אחר, מחלה, וכדומה. בניגוד להפרעת אכילה, אכילה לא סדירה ולא תקינה אינה מובילה לבעיות מקיפות בתחומי הבריאות, חברה, בית-ספר, משפחה, וכדומה. ניתן להביא לשינוי בהרגלי האכילה בעזרת חינוך לתזונה נכונה.

למרבה הצער, אכילה לא מסודרת לאורך זמן עלולה לתרום להתפתחות הפרעות אכילה.



מהם הסימנים* ההתנהגותיים המעידים על החמרת ההפרעה?

* יש לסייג ולומר כי הסימנים לעיל חלקם אינו מופיע כלל בקרב נערות הלוקות בהפרעות אכילה, ולעומת זאת ניתן לראות צירוף של מספר סימנים אצל אחרות.

להלן רשימת סימנים התנהגותיים היכולים להופיע בצירופים שונים במקרים שונים:

- הקאות יזומות.
- שימוש במשלשלים.
- שינה טרופה וחוסר שקט נפשי.
- נטייה לפציעה עצמית.
- דיכאון.
- כניסה ל"טראנס" המאופיין בקול לוחש, חוסר תנועה, אי-יצירת קשר עין ותקשורת לקויה או אטית עם הזולת.
- העמדת פני מאושר מחד גיסא והתרחקות ממקורות תומכים וחברתיים מאידך גיסא.
- השקעה מופרזת וקיצונית בלימודים ובפעילויות אחרות המוערכות בבית-הספר.
- למידת יתר כאמצעי להימנע מקשרים חברתיים.
- העדפת קשר עם חבר החולה בהפרעת אכילה.
- שימוש בתחבולות כדי להטעות את הסביבה.
- הקטנה ומזעור של כתב היד אצל חלק מן החולים, כאילו מתוך רצון להיעלם.

מהם הרגלי תזונה לקויים, שאינם מוגדרים כהפרעות אכילה אך ראויים לטיפול?

השמנת יתר: משקל העולה ב-20% מעל למשקל הרצוי. ישנם גורמים אפשריים רבים למצב - תורשה, קצב מטבולי, גורמים התפתחותיים, גורמים סביבתיים, רמות פעילות גופנית או סגנון חיים. מצב של השמנת יתר הוא מצב מסוכן לבריאות.

דיאטות מסוכנות: עיסוק יתר בספירת קלוריות או הנטייה לרזות ולהשמין בתדירות רבה, עלול לפתח מחסור חמור בוויטמינים ומינרלים. מצב זה אינו מסוכן כמו הפרעות אכילה אך עלול להיות גורם סיכון רציני להתפתחותן.

אכילה כפייתית: אבדן שליטה באכילה (זמנים, כמויות ומהות); אבדן הקשר בין רעב לאכילה; הרגלים אלה עלולים להתפתח לבולמיה או להפרעות

זלילה. ניסיונות להפסקת האכילה הכפייתית מלווים בתופעות פיסולוגיות המזכירות גמילה מסמים.

תשוקות מוגזמות למאכלים מסוימים: מרבית התשוקות הן פועל יוצא של צורך תזונתי של הגוף. ישנן תשוקות מובנות יותר (כגון מלוח בעת ההיריון או מתוק בעת המחזור), אך אחרות הן סימני אזהרה למחלות חמורות יותר. למשל, צמא מוגזם הנו פעמים רבות סימן לסוכרת.

פיקה: רצון לאכול חומרים שאינם אכילים ואינם נחשבים כמזון (סיד, שְׁעָרוֹת, חימר, דבק, וכדומה). יש אמנם המשערים כי המשיכה לחומרים אלה קשורה לאיזון הגופני, אך הם עלולים לגרום לבעיות רפואיות חמורות כמו סתימות במעי.

מהם גורמי הסיכון היכולים להשפיע על התפתחות של הפרעות אכילה?

לא ניתן כיום לדבר על גורמים להפרעות אכילה - אלא על גורמי סיכון שלא בהכרח מביאים להתפתחותן. הפרעות אכילה הן סימפטומים למצוקות רגשיות עמוקות. קשה לאפיין גורם סיבתי ייחודי אחד ובדרך-כלל נוצר שילוב בין כמה גורמים, המעמיד את הפרט בסיכון לפתח הפרעות אכילה: להלן פירוט גורמי הסיכון:

- רגישות יתר לשינויים ולמעברים בחיים (כמו מעבר לבית-ספר חדש).
- בעיות בגיבוש הזהות המינית.
- רגישות לפרדודות במשפחה.
- בעיות על רקע חברתי או על רקע רומנטי.
- חוויות כישלון בעבודה או בלימודים.
- מערכות יחסים לקויות במשפחה.
- גורמים חברתיים-תרבותיים וכן מסרים תקשורתיים הקשורים למראה ולמשקל.
- נטיות ביולוגיות גנטיות מולדות.
- אירועים טראומטיים (מחלה פיסית, מצב מלחמה, מוות של קרוב משמעותי, וכדומה).

- אירועי חיים מלחיצים, ומנגד - חסך בכישורי התמודדות.
- התעללות מינית או גופנית.
- צירוף של גורמי סיכון אישיותיים, דמוגרפיים ומשפחתיים המצוינים להלן יכול להביא להתפתחות הפרעת אכילה חמורה וממושכת.

גורמים אישיותיים

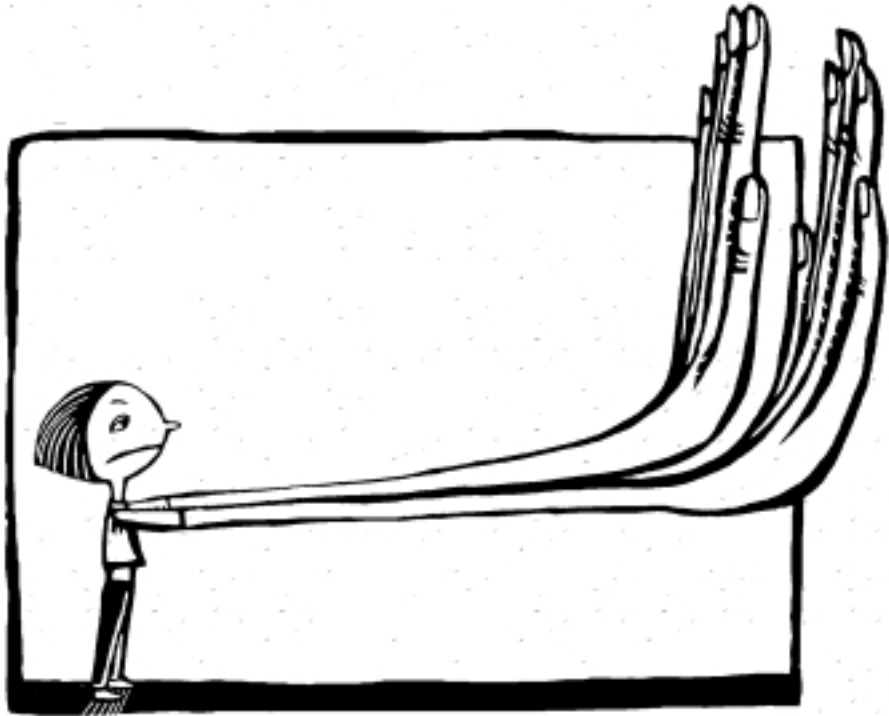
- נטייה לשלמות (פרפקציוניזם).
- יכולת שכלית גבוהה, כאשר השאיפה לשלמות ולמצוינות מונעת על-ידי החשש מפני כישלון.
- תחושת ערך-עצמי ודימוי גוף ירודים.
- קושי בביטוי רגשות, הן חיוביים והן שליליים.
- צורך ותחושת אחריות, לרצות אחרים (הורים, אחים, חברה) ולגרום להם הנאה.
- נטייה לפתח רגשי אשמה כשהדבר אינו עולה בידם.
- תפיסת מציאות לקויה ודאגה מתמדת.
- חשש להטריד את הסביבה בבעיותיהם, ניכור מעצמם ומהסביבה.
- נטייה לביישנות ונמנעות חברתית קיצונית בקרב מתבגרות.
- נטייה לראות את הדברים כמוחלטים (שחור ולבן, טוב או רע).
- נטייה לדיכאון או לחרדה.

גורמים דמוגרפיים

- גיל: אכילה בלתי סדירה מגיל צעיר.
- הבדלי מין: בנים מושפעים רבות מתגובת סביבתם הקרובה, בעוד שהבנות מושפעות יותר ממסרים ונורמות חברתיים כלל-תרבותיים.
- אוכלוסיות בסיכון: ספורטאים/יות (בעיקר ספורט אמנותי ותחרותי), רקדנים/יות, דוגמנים/יות, צמחונים, חולי סוכרת נעורים.

גורמים משפחתיים

- רמות חרדה גבוהות ביחס להתבגרות, לפחדה, למין, למחלות, למוות במשפחה.



- יחסים פוגעים או כובלים בתוך המשפחה.
- התעסקות יתר בדיאטה וייחוס ערך רב לרזון או חשש יתר מפני השמנה בקרב בני המשפחה.
- דחיפה מצד ההורים למצוינות ולמושלמות.

כיצד מרגישות וחושבות מתבגרות הסובלות מהפרעות אכילה?

חולות אנורקסיה: חלקן אינו מודע לקיום הבעיה וחווה חוויה של שליטה וכוח. רוב החולות מודעות לקיום הבעיה אך עדיין בטוחות שהן בשליטה במצב ושעליהן להמשיך ולרדת במשקל. איבוד המשקל נתפס לעתים כ"איבוד עצמי", וכאיבוד הקשר עם חברים. הן חשות עצמן בודדות. כאשר מחלתן נחשפת, הן מרגישות חסרות אונים ומתביישות במצבן, למרות שלרוב ינסו להראות את ההפך. בתהליך ההחלמה הן חוששות שמא יראו שהשמינו בעת המחלה המזון נחשב בעיניהן כגורם מזהם ומלכלך (ואילו עם ההחלמה ואחריה ייחשב המזון לתענוג). במהלך המחלה נוצר עיוות קוגניטיבי בתפיסת גודל הגוף, והאנורקטית רואה את עצמה במראָה בצורה שונה מזו שהאחרים רואים אותה.

בעת טיפול בכפייה, הן אמנם מתחזקות מבחינה גופנית - אך דועכות מבחינה רגשית ומבחינה רוחנית, ומרגישות שהעובדה שמכריחים אותן לאכול שואבת

מהן אנרגיות אדירות. החולות מתוסכלות למעשה ממצבן, בדיוק כשם שסביבתן מתוסכלת מהן.

חולות בולמיה: גם הן מרגישות אשמות על ה"סוד" שהן שומרות לעצמן. לא אחת הן משוועות לעזרה אך אינן מצליחות להודות בכך.

מהם הנזקים הבריאותיים הנגרמים בשל הפרעות אכילה?

שיעורי התמותה מהפרעות אכילה גבוהים ומעוררי חרדה - הם נעים בין 10% ל-17%, כאשר אחוזי התמותה עולים ככל שהמחלה נמשכת זמן רב יותר.

מכל ההפרעות הנפשיות, נזקי האנורקסיה הנם החמורים ביותר.

הסיכון לסיבוכים רפואיים מורכבים הוא רב: חוס גוף נמוך, ספירה נמוכה של כדוריות דם לבנות, בעיות לב (דופק נמוך, לחץ דם נמוך, הפרעות קצב), עור יבש מאוד, נשירת שיער, הפסקת צמיחה, התעלפויות. נזק נוסף, כמעט בלתי הפיך, נגרם מבחינה ביולוגית כאשר מצב האל-וסת מעביר את הגוף לגיל הבלות ולאבדן סידן בעקבותיו, דבר המתבטא בעצמות חלשות, שברים ספונטניים, עקמת.

בבולמיה ישנה גם נטייה לפתח בעיות של נפיחות (בצקת) בידיים, ברגליים ובלחיים ובעיות רציניות בשיניים, בחניכיים ובגרון (בעקבות ההקאות הרבות והחומצות המלוות) וכן בעיות קשות במעי הכוללות עצירות ונפיחות. נזק נוסף הוא לביליות (אבדן שליטה וויסות רגשי) הקשורה לשינויים במלחים ובסוכר בגוף, וכן שינויים קיצוניים ברמות האשלגן בדם העלולים לגרום לדום לב פתאומי. סכנה נוספת היא קריעת דופן הקיבה בשל נפח המזון הרב הנכנס אליה.

הנזקים הנפשיים המשניים הנגרמים בשל הפרעות אכילה לסוגיהן (מעבר לבעיות הרגשיות שבבסיס ההפרעה) כוללים עצבנות, קשיי ריכוז, חוסר שינה, חרדה ונטייה לדיכאון.



שימוש ממושך בכדורים מדכאי תיאבון או כדורי-דיאטה אחרים ממכר וגורם לתחושת עצבנות, לכאבי ראש, לבחילות וללחץ דם גבוה. מעבר לכך, לאורך זמן מתפתחת סבילות והכדורים אינם יעילים ואינם עוזרים עוד לירידה במשקל - אך גורמים לתופעות לוואי שונות וקשות. חשוב לציין כי במחלת הבולמיה

בולטת הפגיעה בתפקוד ובאיכות החיים עקב הדאגה למשקל והנטייה של החולה להחמיר עם עצמה.

מדוע קשה לאתר הפרעות אכילה?

קשה לאתר הפרעות אכילה משום שהן מלוות בתהליכי הסתרה, הכחשה והסחה הנמשכים לאורך זמן.

1. **הסתרה של אכילה**, ירידה/עלייה במשקל הגוף, התרוקנות הגוף, סימני מצוקה גופנית והתנהגויות פיצוי בלתי הולמות כדוגמת צום, התעמלות אינטנסיבית, אי־שיתוף פעולה והסתרת המצב מצד בני הגיל.
 2. **הכחשה של תחושת רעב**, התנהגויות חריגות הקשורות לאכילה והתכחשות של המשפחה לגבי חומרת המצב.
 3. **חוסר מודעות לקיום הבעיה** ותחושה מוטעית של שליטה וכוח כתוצאה מן הרזון.
 4. **חיזוק סביבתי-חברתי לעשיית דיאטה** למרות השפעתה המזיקה על הבריאות. עשיית דיאטות הפכה לנורמה מקובלת על קבוצת בני הגיל ובקרב המשפחות השונות.
 5. **נורמה של הרגלי אכילה בלתי סדירים** בקרב מתבגרות, מקשה על מעקב הסביבה אחר תזונה נכונה.
 6. **המרת האכילה** המאוזנת בצמחונות וטבעונות אידאולוגית לכאורה.
 7. **התמקדות ועידוד הירידה במשקל** בקבוצת סיכון (רקדניות, ספורטאיות, דוגמניות) על־ידי מורים ומדריכים מאמנים.
 8. **עריכת דיאטות** בתדירות גבוהה, המבלבלת את הסביבה ואת הגוף.
 9. **הופעת מאפיינים נלווים** לפני או ביחד עם אבחון ההפרעה (מצבים פסיכיאטריים ומחלות שונות).
- הפרעת הבולמיה קשה יותר לאיתור, היות שמשקל הגוף עשוי להישאר נורמלי ולעתים אף לעלות.

באותו האופן, קשה לאתר בנים אנוורקטים, כי לעתים הם באנוורקסיה "הפוכה" - רוצים לרזות אך עסוקים בספורט כדי לנפח את שרירי פלג גופם העליון, מצב המטשטש את הירידה החריפה במשקל. יש לכן להיזהר מהיגררות אחר ניסיון המתבגרים לטשטש עובדות.

ישנם מספר סימני אזהרה ייחודיים בקרב הבנים: נטייה למשקל עודף עוד לפני הופעת ההפרעה; קשיים חברתיים לאורך הילדות בשל משקל עודף, אבדן משקל הקשור להצלחה בספורט; ורצון לשנות איבר גוף כלשהו על-מנת להיחשב כ"מושך" על-ידי נשים. אצל בנים קיימת נטייה רבה יותר לגרום לאבדן משקל על-ידי פעילות גופנית מוגזמת - ולא בעזרת הקאות או משלשלים כמקובל בקרב הבנות. בנים מפתחים, בדרך-כלל, הפרעות אכילה בגילאים מאוחרים יותר מהבנות.

טיפול בהפרעות אכילה

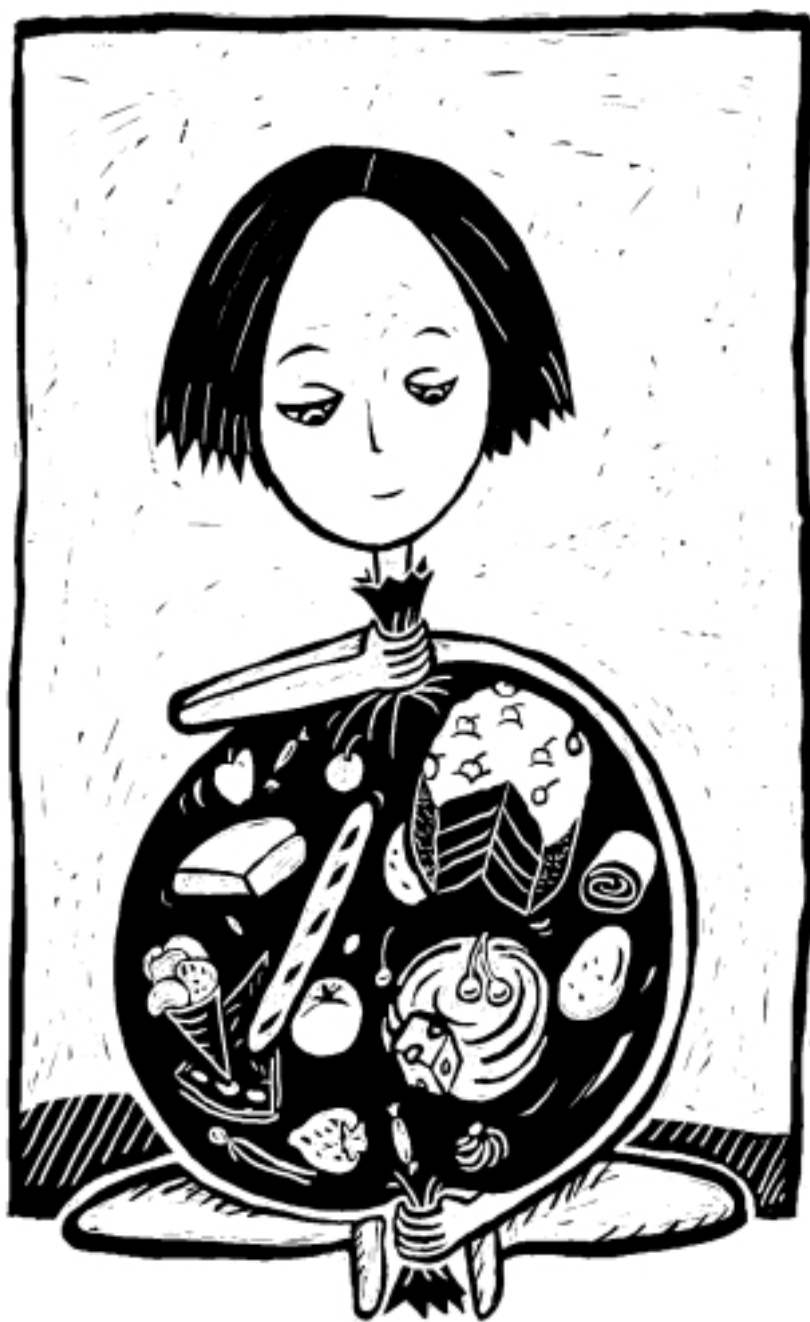
טיפול בהפרעות אכילה צריך לכלול ארבע רמות טיפול אלו:

- א. פתרון גופני לכל הבעיות הרפואיות.
- ב. הבאה למשקל תקין וקביעת נוהגי אכילה והתעמלות בריאים.
- ג. פתרון בעיות בסיסיות בעזרת פסיכותרפיה או ייעוץ פסיכולוגי בתחומים המשפחתי והחברתי.
- ד. שיקום אי-איזונים ביוכימיים קריטיים בסיסיים, על-ידי טיפול תזונתי ובילוגי.

כל סוגי הטיפול המוזכרים חשובים להצלחת הטיפול.

טיפול באנוורקסיה

יש לשקול אשפוז כאפשרות אחרונה לאחר ירידה של יותר מ-30% במשקל תוך פחות מחצי שנה, או במצבי היפוקלמיה, התייבשות, סיבוכי לב, סיכון אבדני התכחשות למחלה למרות התגברות הסיכונים, או לאחר כישלון בטיפול מרפאתי במשך 3-6 חודשים. הטיפול היעיל בבית-החולים מבוסס על ייעוץ, השגחה והאכלה. אין עדיין טיפול תרופתי ספציפי יעיל. יש חשיבות לוויסות העלייה במשקל לשם מניעת סיבוכים. בתום האשפוז יש להמשיך בטיפול מרפאתי המשלב מעקב רפואי, ייעוץ פסיכולוגי, חינוך דיאטתי והתערבות משפחתית.



טיפול בבולמיה

בדומה לאנורקסיה, גם כאן יש לשקול אשפוז כאפשרות אחרונה לאחר התרחישים שצוינו לעיל. בבולמיה, בשונה מאנורקסיה, ישנם גם תרחישים של בולמוס אכילה, שימוש במשלשלים מספר פעמים ביום באופן רצוף. בחצי שנה האחרונה, לעומת זאת, אין ירידה דרסטית במשקל. לטיפול בתרופות אנטי-דיכאוניות יש השפעה טובה על החולים. בתום האשפוז יש להמשיך בטיפול מרפאתי משולב שנמצא יעיל יותר מכל שיטת טיפול בנפרד.

מהם סוגי הטיפול שנמצאו יעילים בטיפול בבעיות אכילה (מעבר לאנורקסיה ובולמיה)?

אכילת יתר התקפית: מחקרים מראים כי טיפול קוגניטיבי-התנהגותי, בשילוב טיפול בין-אישי ותרופות נגד דיכאון הוא יעיל בטיפול בהפרעות אלה. גם ייעוץ תזונתי וקבוצות תמיכה יכולים לסייע.

השמנת יתר: טיפול קוגניטיבי וקבוצות תמיכה מסייעים לאלה המעוניינים לרדת במשקלם ולהרגיש טוב יותר בנוגע לעצמם.

דיאטות מסוכנות: טיפול קוגניטיבי יכול להועיל לאדם להבין טוב יותר את התנהגותו. על-ידי הבנת הסיבות להתנהגות זו, ניתן לשנות את הרגלי החיים ההרסניים הללו.

אכילה כפייתית: הרגלים אלה קשים לטיפול, אך ניתן ב חלט לרכוש הרגלי אכילה חדשים - בין היתר, בעזרת טיפול התנהגותי-קוגניטיבי.

פיקה: טיפול התנהגותי יעיל להימנעות מאכילת חומרים שאינם אכילים.



חלק ב: יישום

מהם תפקידי יועץ/פסיכולוג* בית-הספר בהקשר להפרעות אכילה?

תפקיד היועץ/הפסיכולוג נמצא על הרצף שבין התערבות במצב אקוטי שבו מתגלה הפרעת האכילה, מניעה אינדיקטיבית אצל תלמידים המגלים סימני הפרעה ראשוניים, מניעה סלקטיבית בקרב קבוצות סיכון, ומניעה אוניברסלית לקידום רווחה נפשית לכלל האוכלוסייה.

ההתערבות תיעשה בשלושה מעגלי התייחסות: הפרט, בית-הספר והקהילה.

קשת התפקידים כוללת:

1. איתור ברמת הפרט וברמת קבוצות הסיכון.
2. בניית תהליך היועצות בצוות הבין-מקצועי בבית-הספר.
3. ניהול שיחה עם התלמידה המאותרת.
4. קיום קשר עם הורי התלמידה המאותרת.
5. הפניית התלמידה ומשפחתה לבירור מעמיק, אבחון וטיפול.
6. יצירת קשר עם מרכזי הטיפול.
7. הדרכת צוותי מורים.
8. הדרכת בני הגיל בסביבת התלמידה המאותרת.
9. הדרכת הורים.
10. פיתוח והעברת תכניות התערבות, התפתחותיות ומניעתיות, לכלל התלמידים ולקבוצות תלמידים בסיכון.
11. השתתפות בגיבוש מדיניות קהילתית למניעת התופעה.

* בכל מקום שבו כתוב יועץ/פסיכולוג, הכוונה גם ליועצת/פסיכולוגית

מודל רמות התערבות בהפרעות אכילה - ליועץ ולפסיכולוג בית-הספר

טיפול ושיקום
(מניעה שלישונית)*

מניעה שניונית

מניעה ראשונית

לתלמידים הנמצאים בטיפול מומחים	מניעה אינדיקטיבית לתלמידים המגלים סימנים ראשוניים	מניעה סלקטיבית לקבוצות סיכון	מניעה אוניברסלית לכלל אוכלוסיית התלמידים	סוג התערבות
				רמת התייחסות
<ol style="list-style-type: none"> שמירת קשר עם התלמיד המטופל ומשפחתו. שמירת קשר עם המטפלים או עם מקום האשפוז לקראת שילובו חזרה במערכת. 	<ol style="list-style-type: none"> איתור התלמיד הנמצא בסיכון. יידוע ההורים. הפניה לבירור מעמיק ואבחון ו/או טיפול. יצירת קשר עם הגורמים המטפלים. תמיכה במשפחה בכל שלבי האבחון ושמירה על קשר עמה בזמן הטיפול והשיקום באותם התחומים הקשורים לביה"ס. 	<ol style="list-style-type: none"> בניית פרופיל אישי לצורך מעקב בריאותי בקבוצת סיכון - כמו קב' מצוינות, קב' ספורט תחרותי, קב' ריקוד, דוגמנות, וכו'. בניית תכנית מעקב בריאותי הממוקדת בנושא ומותאמת באופן אישי לכל אחד מחברי הקבוצה. 	<ol style="list-style-type: none"> בניית פרופיל אישי (מעקב גדילה, צמיחה, בריאות, למידה, חברה, נתוני רקע משפחתיים, כוחות וחולשות). בניית תכנית עבודה אישית (מעקב וצמיחה) לפי הצורך. 	פרט
<ol style="list-style-type: none"> ליווי צוות המורים, התלמידים והורים לשמירת קשר ותמיכה בתלמיד הנמצא בטיפול ובאשפוז. הכנת המורים והתלמידים לקראת שילוב התלמיד במערכת - תוך כדי הטיפול ובשובו מטיפול. 	<ol style="list-style-type: none"> הדרכה והיועצות של צוות ביה"ס הנמצא בקשר יום-יומי עם הילדים המגלים סימנים ראשוניים - לצורך איתורם והתמודדות עם התופעה. הדרכת הורים אשר בסביבת ילדיהם ישנם תלמידים בסיכון לפתח הפרעות אכילה. עבודה עם בני הגיל בסביבת תלמידים המגלים סימני הפרעה, תוך ערנות לתאוצת הנושא והטיפול בו במעגלים היותר רחוקים. 	<ol style="list-style-type: none"> בניית תכנית ייחודית המותאמת לקב' הסיכון: <ol style="list-style-type: none"> ההקשר לפעילויות הספציפיות של הקבוצה - לדוגמה: <ol style="list-style-type: none"> השפעת התזונה על בניית השרירים במאמץ גופני נדרש (ספורט, ריקוד) איזונים בין גוף לנפש (מצוינות, ספורט). ההקשר למצבי לחץ ומשבר ספציפיים (התעללות מינית, אלימות במשפחה, גירושין, אבדן, מעבר, קשיי למידה). 	<ol style="list-style-type: none"> מיפוי ובניית פרופיל כיתתי ובית-ספרי (מידת הפיזור של רמות לימוד, יכולות וחולשות לימודיות, חברתיות, התנהגותיות, דינמיקות, גיל, מין, בעיות חברתיות, כלכליות, משפחתיות וכו'). בניית תכניות התפתחותיות לתלמידים שמטרתן - לחזק כישורי הסתגלות והתמודדות. מתן מידע להורים, מורים ואנשי מקצוע במערכת החינוך על מאפיינים נורמטיביים של קבוצות הגיל, תוך שימת דגש על חשיבות הזיהוי המוקדם של קשיים והפניה ליועץ. טיפול מנהיגות תלמידים בהקשר למצבי סיכון. 	ביה"ס
<p>הקמת פורום קהילתי תמיכתי להורים של תלמידים הנמצאים בטיפול או באשפוז.</p>	<ol style="list-style-type: none"> יצירת קשר עם מרפאות מתבגרים בקהילה לשם קיום ערוצי היועצות מקצועית דו-סטרית. התמודדות עם "גל" של הפרעות אכילה בקהילה - היזון חוזר. 	<p>יצירת קשר עם מרפאות ומומחים בקהילה לצורך מעקב ופתיחת ערוצי היועצות מקצועית דו-סטרית - לדוגמה: קשר עם מרכז לרפואת ספורט (וינגייט).</p>	<ol style="list-style-type: none"> ייוס והשתתפות בצוותי היגוי קהילתיים למניעת התופעה של הפרעות אכילה. חיוק המערך התמיכתי בקהילה - כגון שירותי רווחה, קידום נוער, מוסדות בריאות, תנועת נוער וכו'. 	קהילה

* הטיפול במניעה שלישונית הוא על-ידי מומחים בלבד. יועץ או פסיכולוג בית-הספר משמשים כמתווכים בלבד.

קווים מנחים ליועץ ולפסיכולוג בית־הספר בהתערבות בהפרעות אכילה



א. איתור הפרעות אכילה

פעולת איתור ההפרעה בשלב מוקדם חיונית להחלמה מהירה; לכן מיד כשעולה החשש להפרעת אכילה - יש להפנות את המתבגרת לאיש מקצוע מומחה בתחום (פסיכיאטר, רופא או פסיכולוג) או לאחד ממרכזי הטיפול בנושא לצורך אבחון.

האיתור ייעשה בשתי רמות:

1. איתור תלמידים הלוקים בהפרעות אכילה, או המגלים סימנים ראשוניים.
2. איתור קבוצות סיכון.

רמה ראשונה: סביר להניח שאיתור תלמידים הלוקים בהפרעה או המגלים סימנים ייעשה בעקבות תלונה או זיהוי של הפרעת אכילה. אלה יכולים להגיע אל היועץ או הפסיכולוג בדרכים שונות - כגון:

- א. חברים של המתבגרת היודעים על התנהגות חריגה שלה, משתפים מחנך, יועץ או מבוגר אחר.
- ב. הורה מודאג הפונה אל אחד מן הגורמים הללו.
- ג. אחות או רופא בית־הספר ו/או רופא כללי שבמהלך בדיקות שגרתיות אתרו את הבעיה.
- ד. מחנך או מורה המבחין באחד מן הסימנים שהוזכרו בחלק א.
- ה. פנייה ממרכז רפואי שאליו התקשרו המתבגרת או משפחתה.
- ו. גורם מתערב אחר בבית־הספר או בקהילה (תזונאית או מדריך בתנועה וכו').

רמה שנייה: איתור קבוצות סיכון. יש לאתר במערכת קבוצות סיכון כ:

- א. קבוצות ספורט תחרותי, מצוינות, דוגמנות, ריקוד, וכד'.
- ב. קבוצות במצבי דחק ומשבר - כמו למשל תלמידים שחוו גירושין במשפחה, אלימות, אבדן או מעבר.
- ג. קבוצת בני הגיל של המתבגרת המאותרת.

יש לבנות תהליך של מעקב בריאותי-אישי קבוע לכל התלמידים בקבוצות הללו. לצורך המעקב יש לשמור על קשר קבוע עם מורי המגמות הייחודיות, מחנכים, אחות ו/או רופא בית-הספר, הורי התלמידים וחבריהם.

יש להכניס לתכניות הסיוע והמניעה מרכיבי איתור, זיהוי ופנייה לעזרה - כדי לאפשר איתור מוקדם של הנמצאים בסיכון.

יש ליידע את ציבור ההורים בסימנים המצביעים על מצבי מצוקה וסיכון וביניהם סימני אזהרה להפרעות אכילה, ולראות בהורים גורם מסייע באיתור (ראה דפי מידע להורים, עמ' 48-51).

ב. בניית תהליך היוועצות עם הצוות הבין-מקצועי הרלוונטי (מחנך, יועץ, פסיכולוג, אחות או רופא בית-הספר, מנהל, רכז שכבה)

משהגיע מידע על תלמידה המגלה סימנים להפרעות אכילה, מומלץ על היוועצות במסגרת הצוות הבין-מקצועי לטיפול במידע.

במהלך ההיוועצות יש צורך להחליט בנושאים אלה:

1. למי להפנות לאבחון ו/או טיפול.
2. מי יהיה איש הקשר עם המתבגרת, עם המטפלים במתבגרת המאותרת, עם משפחתה ובמידת הצורך - עם בני גילה.
3. מה תהיה תכנית העבודה שיתווה בית-הספר - לטווח הקצר ולטווח הארוך, במידה שהמתבגרת אינה מאושפזת, ומה תהיה תכנית העבודה במידה שתאושפז או שהיא כבר מאושפזת.
4. כיצד לנהוג ביחס לקבוצת החברים במעגל הקרוב, בטווח הקצר ובטווח הארוך.
5. האם להתערב בתכנית מניעה מיוחדת לנושא הפרעות אכילה במעגל הקרוב, או שמא יש להתחבר לתכניות קיימות ולהתמקד בנושא של אורח חיים בריא.

ג. ניהול שיחה עם התלמידה המאותרת

לאחר היוועצות עם הצוות הבין-מקצועי, או במקביל, יש לזמן את התלמידה המאותרת לשיחה. השיחה תוכל להתבצע בידי מי שהצוות הנ"ל מינה לאיש הקשר עם התלמידה. רצוי שאיש הקשר הנבחר יהיה חבר בצוות ויהיה

אדם שהתלמידה רוכשת לו אמון ויש לה קשר אליו. במידה שאיש הקשר לא יהיה הפסיכולוג או יועץ בית-הספר, רצוי לצייד אותו בהנחיות הבאות:

הנחיות "עשה"

- בעת הפגישה הראשונית, כשעולה חשש להפרעת אכילה, דבר עם המתבגרת שלא בנוכחות גורמים נוספים.
- בעת השיחה - ספר לה את הסיבות לדאגתך - מה ראית ומה אתה מרגיש לגביה. חשוב לדבוק בראייה שלך ולא בהשערות לגביה; כך לא תוכל להכחיש את הדברים ולא תרגיש מאוימת.
- ברר לפני השיחה עמה מקומות שאליהם ניתן להפנותה והצע להצטרף אליה לפגישה עם אנשי המקצוע.
- עדכן את המתבגרת בעובדה שיש לשתף את הוריה במתרחש והסבר לה מדוע צעד כזה הכרחי.
- מתבגרת שאינה רוצה לפנות לטיפול - ניתן להפנותה לרופא.

הנחיות "אל תעשה"

- אל תהיה שיפוטי וביקורתי - הִיָּה אמפתי.
- אל תאיים על התלמידה - נסה לחבור אליה.
- אל תיתן עצות בנושאי הפחתת משקל - התעלם מהנושא.
- אל תיכנס לוויכוחים - סיים את השיחה אם היא "מתחממת".
- אל תנסה לעקוב אחר כמויות האוכל שלה.
- אל תכריח אותה לאכול. בקשות חוזרות ונשנות לשינוי התנהגותי אינן יעילות.
- הימנע משיחות על דיאטות, משקל או בגדים.

ד. ניהול הקשר עם הורי התלמידה המאותרת

יש ליידע את ההורים מיד עם קבלת המידע, על-מנת לגייסם לפנייה מהירה לאבחון וטיפול.

על היועץ או הפסיכולוג להיות בקשר עם המשפחה ולתמוך בה בכל שלבי האבחון, הטיפול והשיקום באותם תחומים השייכים לבית-הספר.



בשיחות עם ההורים:

- יש להעביר את המסר שאין לצפות להחלמה מהירה, יש לעודד סבלנות ולטפח תקווה לשינוי.
- יש לדאוג לכך ששני ההורים יהיו נוכחים במפגש, ולציין את חשיבות המעורבות והשותפות המתואמת ביניהם.
- ניתן להציע שיועץ או פסיכולוג בית-הספר יהיה גורם מסייע למציאת מקום לאבחון וטיפול.
- יש להעביר לתלמידה תחושה של התעניינות ודאגה לה, ולא דווקא להתמקד בהפרעת האכילה - זאת במטרה למנוע אפשרות של הכחשה והימנעות מהתמודדות עם הבעיה.
- במהלך השיחה עלולים לעלות ביטויי כעס, תסכול, חרדה והאשמה עצמית בשל הקושי להתמודד עם המידע. לעתים ישנה נטייה להכחשה או המעטה של חומרת הבעיה. יש להסביר להורים שאין להתייחס להפרעת אכילה כאל בעיה שתחלוף מאליה ובוודאי שאין להתעלם ממנה.
- במידה שאין שיתוף פעולה מצד ההורים, יש להתייחס לכך כאל פגיעה המחייבת דיווח לפקיד הסעד בגין הזנחה (ראה חוזר מנכ"ל מיוחד א למניעת התעללות כתוצאה מהזנחה, ספטמבר 1997, עמ' 52).

ה. הפניית התלמידה ומשפחתה לבירור מעמיק, אבחון וטיפול

הפרעת אכילה מחייבת טיפול של צוות בין-מקצועי מומחה, בתחום המשלב דרכי סיוע פסיכולוגיות, רפואיות ותזונתיות. הסיבה לכך נעוצה בעובדה שברוב המקרים כאשר הטיפול נעשה בידי גורם אחד, מתעוררות בעיות מתחומים אחרים ומכאן הצורך בטיפול משולב בראייה רבת-תחומית.

ניתן להפנות את התלמידה והוריה:

1. לרופא או לפסיכולוג מומחה בתחום.
 2. למרכז רפואי המטפל בהפרעות אכילה.
- בכל מקרה אין להסתפק בחוות דעת וטיפול של תזונאית בלבד. רשימת המרכזים הרפואיים מצורפת בדפי מידע, עמ' 44-46.

1. יצירת קשר עם מרכזי טיפול

קשר של בית-הספר עם מרכזי טיפול חיוני לריפוייה של התלמידה המאושפזת. על היועץ/הפסיכולוג ליצור קשר עם מרכזי הטיפול ומרפאות המתבגרים לצורך:

1. ליווי במהלך האשפוז או הטיפול.
2. שילוב התלמידה בחזרה במסגרת בית-הספר.

להלן תיאור השלבים השונים ביצירת הקשר בין בית-החולים בו מאושפזת התלמידה לבין בית-הספר:

בשלב הראשון - צוות המרכז הלימודי של בית-החולים יוצר קשר עם בית-הספר שאליו שייכת המאושפזת (יועץ או מחנך), על-מנת לאפשר המשך העבודה הלימודית בזמן האשפוז (בתנאי שיש ויתור על סודיות מצד ההורים). הניסיון מראה כי בשלב זה החולה מעוניינת בשמירה על קשר עם בית-הספר, תכנית הלימודים והמשך העבודה. פניית צוות בית-החולים לבית-הספר כוללת בקשה לספק מידע בתחום הלימודי (כולל אבחונים דידיקטיים ופסיכולוגיים שנערכו - במידה שמתגלים קשיים לימודיים), ובתחומים ההתנהגותי והחברתי - כפי שהיה לפני תחילת המחלה. כמו-כן מוצבות מטרות פעולה ומתגבש תיאום טכני הקשורים לחומר הלימוד, לכמות הלמידה, לעזרה נוספת ולקביעת איש קשר בבית-הספר. לכל חולה נבנית תכנית לימודים מותאמת, תוך פינוי זמן ללימוד עצמי במהלך התכנית היו ית המובנית.

בשלב השני - קורה לעתים שהעניין בלימודים מתמעט ולמעשה נעלם בשל ירידה במוטיבציה ובכוחות הלימוד. החולה משתמשת אז בכוחותיה כדי לטפל בעצמה. בשלב זה נבחין בירידה בקשר של החולה עם בית-הספר. הניתוק הוא נסיבתי ולא אישי. בשלב זה חשוב לשמור על קשר עם הגורמים המטפלים בבית-החולים ועם החולה, במידת האפשר, למרות שלעתים קרובות החולה מבטאת התנגדות גוברת והולכת לכל דמות שמייצגת את בית-הספר או ללימודים המזכירים לה את בית-הספר.

בשלב השלישי - לקראת השחרור מתעורר הצורך למפגש מחודש עם המציאות שמחוץ לבית-החולים ואז עולה על הפרק ההכנה לקראת החזרה לבית-הספר שמתבטאת בחזרה ללמידה. החולה מבקשת חומר לימוד והיא עסוקה בחשיבה ובדיון לגבי המשך ולגבי עתידה בבית-הספר.

בשלב זה חשוב שאיש הקשר יעביר לבית-הספר את המידע על מצב החולה, וידאג להיערכות מתאימה לקליטתה שם. יש לקחת בחשבון את ההישגים הקיימים, ולשקול איזו מידת לחץ אפשר להפעיל לשם השלמת החומר - האם לתת לה עבודות במקום מבחנים? אילו ציונים לתת בתעודה? האם לתת תעודה שגרתית או תעודת הערכה? אם מדובר בחולה העומדת לפני בחינות הבגרות, מומלץ שמבחן המתכונת ייעשה בדרך של עבודה כתובה או התייחסות לתעודת השליש הראשון של כיתה י"ב.

יש חשיבות ליצירת קשר עם מרכזי הטיפול ומרפאות המתבגרים גם לצורך קיום ערוצי היועצות מקצועית דו-סטרית. לכן על היועץ/הפסיכולוג ליצור קשר עם מרכזי הטיפול, כשידוע על מקרה או מקרים של הפרעות אכילה, וגם כדי לקבל הדרכה לגבי קבוצות סיכון מיוחדות - כיצד להתמודד עם בעיה ספציפית של תלמידה ועם "גל" של הפרעות אכילה בקהילה.

ז. הדרכת צוותי מורים

על היועץ/הפסיכולוג להדריך את צוות המורים בבית-הספר בתחומים אלה:

1. מיפוי ובניית פרופיל כיתתי לצורך איתור אוכלוסיות תלמידים בסיכון.
2. עבודה עם הורים על: מאפיינים נורמטיביים של גיל ההתבגרות, קשיי הסתגלות והתנהגות סיכונית, וזיהוי סימני אזהרה בהפרעות אכילה (ראה סעיף הדרכת הורים בעמ' 34-36, וכן דפי מידע להורים, עמ' 48-51).
3. טיפוח מנהיגות תלמידים בהקשר למצבי סיכון (כמו ייעוץ עמיתים, נוער למען נוער, וכו').
4. בניית מערך תמיכה וליווי לתלמידים הנמצאים בטיפול ואשפוז.
5. בניית מערך תמיכה לקראת שילוב התלמידה במערכת לאחר האשפוז.
6. בניית תכנית התפתחותית ומניעתית לכלל התלמידים ולתלמידים בסיכון.
7. עבודה עם בני הגיל בסביבת התלמידה המאוותרת, תוך ערנות לתהודת הנושא ולטיפול בו במעגלים היותר רחוקים.
8. התמודדות עם "גל" של הפרעות אכילה.

- להלן מידע חיוני שעל היועץ/הפסיכולוג להעביר במהלך הדרכת צוות בית-הספר:
1. הפרעת אכילה מחייבת טיפול של צוות בין-מקצועי המומחה בתחום, במטרה לשלב דרכי סיוע מגוונות (פסיכולוגיות, רפואיות ותזונתיות).
 2. בטיפול בהפרעות אכילה אין לצפות להצלחות בן לילה. הדרך ארוכה ורצופה קשיים.
 3. תמיכת המשפחה והחברים חיונית להחלמת התלמידה המאותרת.
 4. כאשר חברים מעבירים מידע לגבי תלמידה - מצד אחד, יש להודות להם על הערנות ועל הסולידריות שגילו, ומצד אחר, לשחררם מלקיחת אחריות יתר על התקדמות הטיפול בתלמידה וקצב החלמתה.
 5. אין להאשים את ההורים בהיווצרות הבעיה אצל התלמידה.
 6. כאשר מגיע מידע בנושא של הפרעות אכילה, יש לפנות מיד אל יועץ/פסיכולוג בית-הספר כדי לסייע לתלמידה במהירות האפשרית.
 7. חשוב לשמור על היעדר שיפוטיות ולהיות מוכנים להתנהגות לא רציונלית או מניפולטיבית.
 8. יש להימנע מהערות על המראה החיצוני ולא להיגרר לשיתוף פעולה עם התנהגות של הישקלות אובססיבית.
 9. תלמידה המגלה הפרעת אכילה אינה מעוניינת לרוב בטיפול, ולכן על המבוגר הנמצא עמה בקשר לקחת אחריות על הבאתה לטיפול.
 10. חשוב להבחין כי מזון אינו מוקד המחלה וכי הטיפול שהתלמידה תקבל יכלול פסיכותרפיה הקשורה בפתרון הקונפליקטים הפנימיים שלה כמו גם טיפול תזונתי הקשור באיזונים ביוכימיים שהופרו במהלך המחלה.
 11. חשוב לדעת כי מגע גופני חם נחוץ לתלמידה המאותרת בשל תחושות קור שמהן היא סובלת עקב ירידה דרסטית במשקלה.
 12. התלמידה זקוקה לאהבה ותמיכה תוך שמירה על גבולות בטוחים.
 13. חשוב להפריד בין התלמידה ומחלתה.
 14. חשוב לשמר את החלקים הבריאים אצל התלמידה המאושפזת.
 15. חשוב להיעזר באחות או רופא בית-הספר:
- א. כדי להעביר את המסר - שעלייה במשקל הגוף בגיל ההתבגרות היא נורמטיבית (יש לאתר מתבגרים המרבים באופן מיוחד להישקל

בחדר האחות וכאלו המסרבים להישקל; יש לזכור, כי התנגדות חריפה לעלייה במשקל היא אחת האינדיקציות לצורך באשפוז).



ב. כדי לקבל מידע על מצב בעייתי, גופני או התנהגותי, של המתבגרת.
ג. כגורם מְפַנֵּה לאבחון וטיפול במרכז רפואי.

16. אין להאשים את התלמידה בחוסר שיתוף פעולה כאשר הטיפול שאותו היא מקבלת אינו יעיל. יש לבדוק מהי שיטת הטיפול היעילה בעבורה.
17. אין להטיל את האחריות על תלמידה הלוקה בהפרעות אכילה - כי לקיחת אחריות יתר היא חלק מן המחלה.
18. שמירת הקשר וההתעניינות בתלמידה מסייעת להחלמתה.
19. רצוי, ככל הניתן, להיות בקשר עם התלמידה ועם המרכז הלימודי בבית-החולים לשם סיוע בהשלמת החומר הלימודי והתמודדות עם בחינות, ולהימנע מהצמדת תווית של חולה למתבגרת (ראה קווים מנחים לשמירת הקשר בין בית-החולים ובית-הספר, עמ' 29-30).
20. חשוב להעביר למתבגרת המאושפזת את המָסר ש"אנחנו צריכים אותך כאן בבית-הספר".

21. במידה שמידע על אשפוזה של התלמידה "עובר" בקרב התלמידים, כדאי לטפל בכך במעגלים השונים - בני כיתה, שכבה, חברים, וזאת באופן הבא:

בשלב הראשון:

- א. כמו בכל מצב לחץ, יש לעדכן בזהירות רבה את המידע שבו ניתן לשתף את התלמידים, להסביר ככל הניתן את המצב בהתאם לשמירת הסודיות.
- ב. יש לקבל את הסכמת התלמידה המאושפזת והוריה לחשיפת הפרטים שאותם ניתן לספר לתלמידים.
- ג. יש לתת מקום להבעת חששות ודאגות הקשורים בגילוי המידע לגבי התלמידה החולה.
- ד. יש לאפשר פתיחת ערוצי תקשורת בין התלמידים לבין עצמם, ובניס לבין הוריהם והגורמים המסייעים בסביבה הבית-ספרית.
- ה. יש לעודד סיעור מוחין לגבי דרכי סיוע לתלמידה והסתייעות התלמידים בגורמי הסיוע.

בשלב השני:

חשוב לשתף את התלמידים בבניית תכנית לקידום אורח חיים בריא (ראה קווים מנחים לבניית תכנית בסעיף י, עמ' 36-38).

בשלב השלישי:

לקראת שילובה בחזרה של התלמידה בבית-הספר, ניתן לתכנן את השיחה שתיערך בכיתה יחד עם התלמידה והוריה.

אלה המסרים שעל המחנך/איש הצוות להעביר לתלמידה הלוקה בהפרעות אכילה:

- הנך בעלת ערך בזכות עצמך ולא בזכות המראה שלך.
- הֵי אופטימית, חשבי קדימה אל העתיד.
- הגדירי יעדים רְאליים.
- הפחיתי מחשבות שליליות.
- את חשובה לי.
- אתן לך את התמיכה שאת זקוקה לה.



ח. הדרכת בני הגיל בסביבת התלמידה המאוותרת

אלה המסרים שיש להעביר בפגישות עם בני גילה של המתבגרת המאוותרת:

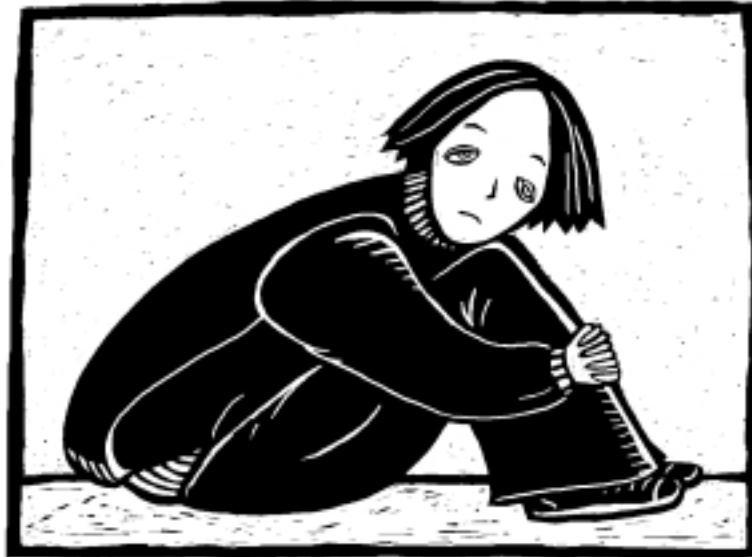
1. תוכלו להתייעץ עם יועץ בית-הספר.
2. אל תתרחקו מחברתכם הסובלת. שמרו על קשר למרות הקושי ולמרות התנהגות מסויגת או לא נעימה מצדה.
3. הן אוהדים כלפי החברה הסובלת ושאלו אותה כיצד אפשר לעזור לה.
4. כדאי לברר דרכים מתאימות לשמירת קשר עם החברה החולה (ביקור, קשר טלפוני, שליחת פקס או מכתב).
5. אם מצבה של החברה חמור (מרגישה רע מאוד מבחינה גופנית, מאיימת בהתאבדות) - פנו מיד למבוגר, גם אם החברה מבקשת אחרת.
6. הפנייה לגורם הסיוע מעבירה אליו את האחריות לשלום החברה. אין בידכם לפעול מעבר לכך, ואינכם אשמים אם מצבה של החברה החמיר, או אם הטיפול בה אינו מתנהל כפי שאתם מצפים.

ט. הדרכת הורים

הדרכת כלל הורי התלמידים בבית-הספר והורי התלמידים מקבוצות הסיכון בפרט, תעסוק בתחומים אלה (מידע נוסף ראה בדפי מידע להורים עמ' 48-51):

1. איתור תלמידים בסיכון.
2. חיזוק ערוצי התקשורת בין התלמידים להוריהם ובין ההורים לבית-הספר.
3. הכרת היבטים פסיכולוגיים, בריאותיים וחברתיים של גיל ההתבגרות, קשיי הסתגלות ומאפיינים של התנהגות בסיכון.
4. זיהוי סימני אזהרה להפרעות אכילה כסיוע להתמודדות תקיפה ויעילה עם התופעה.
5. בניית סמכות הורית מיטיבה.
6. התייעצות והסתייעות בגורמי סיוע.
7. יש לזמן שיחות עם כלל ההורים בעיקר בכיתות ז' (תקופת מעבר) ובכיתות י'. בשיחות אלו רצוי לדון עם ההורים על:
 - המאפיינים הנורמטיביים של גיל ההתבגרות ועל קשיים וחריגות.
 - כדאי להסביר, כי התייחסות ההורים למבנה גופה של התלמידה תקבע במידה רבה כיצד היא תחוש ותתייחס אל גופה.

- רצוי לק וע מסגרת וגבולות ברורים במשפחה, במגמה להפחית ענישה שפוגעת בכבודה ובצרכיה של התלמידה.
- יש להכיר ביכולותיה הגוברות של התלמידה ולהסתגל ליחסים שוויוניים יותר, אך יחד עם זאת לשמור בקפדנות על חלוקת התפקידים במשפחה.
- יש לעודד את התלמידה להשלים עם חוסר שלמות בכל תחום ולראות את הדברים בפרספקטיבה הנכונה.
- יש לעזור לתלמידה להעלות את ערכה העצמי.
- יש לעודד את התלמידה לפתח נושאי התעניינות ועמדות משלה גם אם הם שונים משל הוריה. במילים אחרות, לאפשר לה להיות אדם בזכות עצמה.
- יש להראות התעניינות בחיי היום-יום של התלמידה ולא לחשוש מלגעת בכל נושא - זכותם של ההורים להתעניין! שמירת הפרטיות של התלמידה אינה עומדת בסתירה להתעניינות ההורים ולהתערבותם במקרה הצורך.
- יש לעודד את ההורים ליצור דיאלוג עם המתבגרים - מאחר שהורים ומבוגרים אחרים אינם יכולים, ואינם צריכים, לשלוט במידע המגיע



אל המתבגרת (באמצעות הטלוויזיה, האינטרנט, העיתונות, החברים, וכו'), חיוני כי המידע שמביאה המתבגרת ישמש בסיס לדיאלוג תוך מגע ועימות עם עמדותיו של המבוגר בנושא. בכך ישמש המבוגר גורם מווסת בין מותר ואסור.

- חשוב להסביר להורים במה יש להתבונן וכיצד ניתן לזהות קשיים שבעקבותיהם יש לפנות לייעוץ.
- במהלך השיחות כדאי לשלב סיפורי מקרה, מידע כללי על הפרעות אכילה, סימני איתור, אופני טיפול וקווים מנחים להורים בהתמודדות עם הנושא בגיל ההתבגרות (ראה דפי מידע להורים, עמ' 48-51).

1. פיתוח תכניות התערבות התפתחותיות ומניעתיות

הדעות חלוקות באשר לאופי המניעה הראשונית בנושא הפרעות אכילה. יש הטוענים שלהתערבות ממוקדת בהפרעות אכילה עלול להיות אפקט פרדוקסלי שיתבטא בהגברת התופעה (לדעת מומחים יש סכנה בהבאת נערה אנורקטית שהחלימה לשיחה עם תלמידים, מחשש שמא היא עלולה להוות דווקא דגם לחיקוי).

מוסכם על מומחים בתחום שתכנית מניעה תתמקד בנושאים אלה:

1. טיפוח כישורי הסתגלות והתמודדות.
2. העברת מסרים של חינוך לבריאות, תזונה נכונה ופעילות ספורטיבית מבוקרת.
3. טיפוח כישורי סיוע והסתייעות.
4. איתור וזיהוי ילדים ובני נוער בסיכון גבוה.

קווים מנחים לבניית התערבויות בנושאי אורח חיים בריא והפרעות אכילה

- **רצפים דומיננטיים שעליהם כדאי לעבוד:** שליטה-אי-שליטה, בריאות-חולי, שייכות-דחייה, דימוי אידאלי-מציאותי, ניתן לשינוי-בלתי-ניתן לשינוי.
- **מושגים רלוונטיים להתערבות זו:** שמנות ורזון, דימוי גוף, תחושת ערך עצמי, בריאות נפשית ופיסית, אכילה והגוף ו"אכילת" הגוף.

● **תשתית ערכית ודילמות שבהן כדאי לעסוק במהלך ההתערבות:** מהו אידאל היופי (פנימי-חיצוני)? האם המטרה מקדשת את האמצעים? מהו אורח חיים בריא? מה בין שמירת סוד לבין חשיפה והגשת עזרה?

● **המרכיבים (כישורים, ידע) שאותם כדאי לפתח:**

א. **תחושת מסוגלות** - יכולת השפעה על טיפוח הבריאות תוך שמירת המראה החיצוני, פיתוח תחושת מסוגלות לשמור על בריאותי הפיסית והנפשית מבלי להזיק לעצמי.

ב. **יכולות תואמות גיל** - יכולת לקבל ולאהוב את עצמי כמות שאני, יכולת ליצירת קשב פנימי לגוף, לרגשות, למחשבות, להתנהגות בקבלת השינויים הגופניים והרגשיים, פיתוח תחושת ערך עצמי, יכולת חשיבה ביקורתית ביחס לקשר שבין אידאל נשאר לבין המציאות ובין הניתן לשינוי לבין שאינו ניתן לשינוי, העלאת הדימוי העצמי וטיפוח דימוי גוף חיובי.

ג. **מעורבות ושייכות** - יכולת לראות את האחר ואת צרכיו, סיוע והסתיעות, יכולת לזהות את צרכי מול צרכי המשפחה וקבוצת הגיל (ספרציה-אינדוידואציה), יכולת לתמוך בין מערכות יחסים שונות, טיפוח חברות ומחויבויות אישית וחברתית.

ד. **התמודדות עם מצבי לחץ** - כישורי התאוששות, אופטימיות, שיתוף במצבי קושי, חשיבה חיובית.

● **פיתוח סביבה מעצימה לקידום הבריאות ומניעת הפרעות אכילה (במשפחה, בבית-הספר, בתקשורת, בקהילה):**

סביבה אשר:

- א. מטפחת הרגלי תזונה בריאים ומאוזנים ופעילות גופנית מבוקרת.
- ב. מתמודדת באופן יעיל וביקורתי עם מסרים חברתיים המועברים באמצעות סוכני חברות שונים, בעיקר התקשורת - בתחומי אידאל היופי, המין, המיניות, הנשיות והקשר בין המינים.
- ג. מלמדת את המתבגרת לזהות הקשרים פרסומיים בעייתיים בין אידאל היופי ותחומי חיים כמו מין, דת, דפוסי בילוי, לבוש, בריאות ועוד.



- ד. מודעת לבעייתיות המסרים החברתיים בדבר היופי והרזון.
- ה. מעודדת את בני הגיל לסייע לחברים שיש חשש לגביהם - וזאת מתוך מחויבות, אחריות וחברות.
- ו. ירנית להתנהגויות חריגות ומסוכנות של מתבגרים, המאתרת ומפנה לטיפול במקרה הצורך.
- ז. שומרת על קשר עם מתבגרים הנמצאים במצוקה, או המאושפזים זמנית ודואגת להשתלבותם מחדש במסגרת הבריאה.

קווים מנחים להתערבות מניעתית

- מומלץ להתחיל את ההתערבות בהבהרת המשמעויות של ניהול אורח חיים בריא - דהיינו: תזונה נכונה, משמעויות חברתיות ופסיכולוגיות של האכילה וההנאה ממנה, הקשר בין תיאבון לאכילה ולשייכות לקבוצה. לא מומלץ להתמקד ישירות בסימפטומים של הפרעות אכילה.
- יש להיזהר מדיבורים על דיאטות למיניהן או עידוד יתר של פעילות גופנית לטיפול הגוף. כאשר ישנה התעניינות מצד המתבגרים בדיאטה - יש לתת הסבר על דיאטה מסוכנת לעומת דיאטה מאוזנת ובריאה.
- יש לפתח את היכולת לזהות ילדים בסיכון, אך אין לספק ב"התנדבות" מידע על אודות הפרעות אכילה.
- יש להקנות למתבגרים יכולת התמודדות יעילה וביקורתית עם מסרים חברתיים לגבי רזון ושמנות, במיוחד היום, כאשר החתירה הבלתי מתפשרת לרזון הנה "צו התרבות". מסרים אלו מועברים באמצעות סוכני חברים שונים, בעיקר אמצעי התקשורת, בתחומי אידאל היופי, המין, המיניות, הנשיות והקשר בין המינים. חשוב לדעת כי אמנות הפרסום היא ביצירת קשר אסוציאטיבי בין אידאל נשאף לבין תחומי חיים (כאכילה, מין, דת, עישון, ועוד), באופן סמוי, הפועל על תת-ההכרה ומקטין את יכולת ההתנגדות. חשוב, לכן, לסייע למתבגרים לנתק את ההקשרים הבעייתיים הללו (להמחשת המסרים ראה משדרי הטלוויזיה החינוכית, עמ' 53-54).

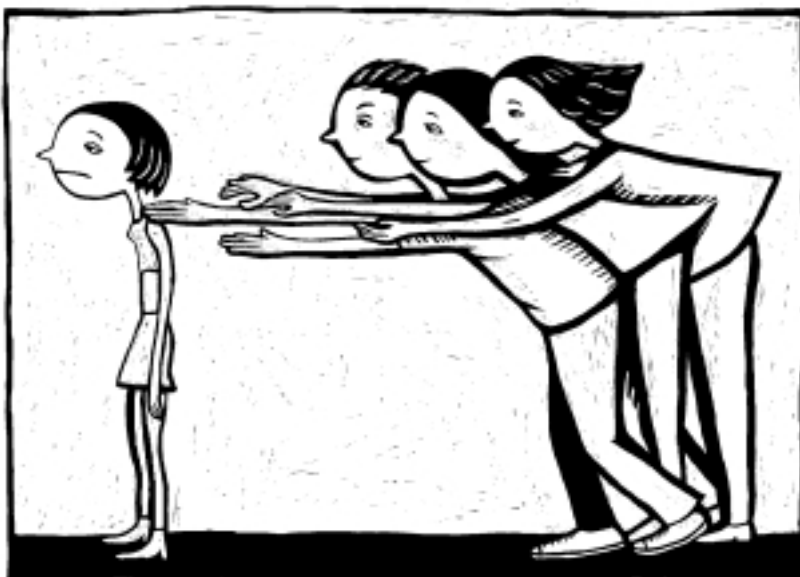
- יש לעזור בעיבוד תהליכי התבגרות ברמות הגופנית, הרגשית והחברתית, על-מנת שיוכלו "לקבל" את השינויים של המיניות המתפתחת ושל תהליכי התבדלות והיפרדות מן ההורים.
- יש לעזור בהעלאת הדימוי העצמי וטיפוח דימוי גוף חיובי.
- יש לפתח אצל המתבגרים את יכולת ההבחנה בין הניתן והאפשרי לשינוי לבין נתונים שאינם בני שינוי, וקבלת נתונים אלה כחלק מ"הקבלה" העצמית והזהות האישית.
- יש לפתח תחושת מסוגלות בנושא ההשפעה על טיפוח ושמירת המראה החיצוני.
- יש לעזור בפתיחת ערוצי תקשורת ויצירת קשר בונה ומקדם בין בנים ובנות.
- יש לפתח כישורים של אחריות, סובלנות לזולת, כישורי סיוע והסתייעות במצבי מצוקה והקשבה חברתית - על-מנת שיוכלו להתמודד טוב יותר עם חברתם החולה.
- כשמתפתחת שיחה על הפרעות אכילה, חשוב להדגיש את המסרים האלה:
 - א. הפרעות אכילה הן דבר מסוכן. המחלה היא מחלה קשה העלולה להסתיים במוות.
 - ב. ככל שמוזהים הפרעת אכילה מהר יותר, כך גבוהים הסיכויים להחלמה, ועל כן, אם עולה חשד שחברה מגלה תסמינים מזהים של הפרעות אכילה, אין להסתיר זאת - אלא יש לגשת מידית לאחד המבוגרים שסומכים עליהם ולהעביר לו את המידע. אין זו הלשנה, אלא הצלת חיים של חברה.
- יש להקנות גישה אופטימית ויכולת להבין שהחיים, בניגוד למה שמתבגרים נוטים לחשוב, "לא גדולים עלינו". החיים יספקו את הכוחות להתמודד עם המציאות ולכן אין לחשוש - כדאי לחיות וניתן להתמודד!

יא. השתתפות בגיבוש מדיניות קהילתית למניעת התופעה

"גל" של הפרעות אכילה הופך והולך לתופעה מוכרת בקהילה. לכן, יש חשיבות רבה להתערבות ברמה הקהילתית. רצוי שהיועץ/הפסיכולוג בבית-הספר ייקח חלק ואף ייזום מפגשי היגוי קהילתיים/יישוביים למניעת

התופעה. שיתוף פעולה ותקשורת במערך התמיכתי בקהילה - שירותי רווחה, קידום נוער, מוסדות בריאות (בעיקר מרפאות למתבגרים), תנועות נוער ומנהיגות נוער יישובית, יכולים למנוע סחף בתופעה.

דוגמאות לתוצרי עבודה של שיתוף פעולה מסוג זה הן: עידוד "נוער מתייעץ בנוער" במצבי מצוקה, הקצאת משאבים להסברה ולפרסומות בתקשורת המקומית העוסקות באורח חיים בריא, הקמת פורום של תמיכה קהילתית בהורים במצוקה, הקמת פורום היוועצות מקצועי בנושא (קשר עם מרפאת מתבגרים או עם מרכז להפרעות אכילה) אשר ישרת את בתי-הספר בקהילה.



נספחים

טבלת סימני אזהרה לאנורקסיה נברוזה ולבולמיה

מידע על מרכזים רפואיים המטפלים בהפרעות אכילה

דפי מידע להורים

משדרי הטלוויזיה החינוכית שיכולים להשתלב בהתערבויות חינוכיות

טבלת סימני האזהרה לאנורקסיה נרבוזה ולבולמיה
 (הטבלה עובדה עפ"י רינה לברו, מרפאת מתבגרים, עיריית תל-אביב 1998)

סיווג הסימנים המרמזים	אנורקסיה נרבוזה	בולמיה
אכילה והתנהגות הקשורה באכילה	<ul style="list-style-type: none"> - הימנעות מאכילה בחברה - צריכת קלוריות נמוכה - ספירת קלוריות - אכילה אטית ובכמויות מזעריות - מחשבות על מזון והתעסקות מוגברת במזון (מלצרות, בישול, התעניינות בספרי בישול) - איבוד משקל בפרק זמן קצר - הכחשת הרעב ותחושת מלאות - הרעבה וצמצום בצריכת מזון - תחושת שליטה ע"י אוכל - דחיית מזון - דילוג על ארוחות - פעילות גופנית מוגזמת 	<ul style="list-style-type: none"> - בולמוסי זלילה יותר מפעמיים בשבוע - אכילה כהתמודדות עם מצב לחץ - הרעבה או הגבלת אכילה - תחושה של אי-שליטה באכילה - תחושת אשמה אחרי אכילה / הקאה בסתר - הקאה או שימוש במשלשלים - שימוש באלכוהול - אגירת מזון - היעלמות לאחר ארוחת
דימוי גוף, שביעות רצון מצורת הגוף	<ul style="list-style-type: none"> - עיוות בדימוי הגוף - פחד מעלייה במשקל - עודף משקל קודם - רזון כמטרת-על - משקל יעד - פחות מ-85% - מהמשקל הרצוי 	<ul style="list-style-type: none"> - עודף משקל נוכחי/קודם - פחד מפני עלייה במשקל - התעסקות יתר במשקל/צורה - רזון כמטרת-על - משקל יעד לא מציאותי
מצב בריאותי	<ul style="list-style-type: none"> - אל-וסת (3 חודשים או אל-וסת ראשוני) - נפיחות/בחילות - עצירות - אי-סבילות לקור - משקל נמוך מ-85% מהמשקל הרצוי - צבע עור צהבהב - תלונות גופניות על כאבי בטן, כאבי ראש, בחילות, חולשה, התעלפויות 	<ul style="list-style-type: none"> - מחזור לא סדיר - שטפי דם קטנים - בלחמית העין כתוצאה מהקאות - תלונות על כאבי בטן, בחילה, כאבי שיניים, צרבת, סחרחורת וחולשה, אי-נוחות לאחר האכילה, כאבי ראש, קשיי שינה - נפיחות בבלוטות הרוק - מתחת ללסתות - עצירות - יבלות על הידיים - שינויים במשקל הגוף - שינויים במאזן המלחים בגוף (חולשה) - התכווצויות שרירים וחולשת שרירים

טבלת סימני האזהרה לאנורקסיה נרבוזה ולבולמיה (המשך)

בולמיה	אנורקסיה נרבוזה	סיווג הסימנים המרמזים
<ul style="list-style-type: none"> - אפקט דיכאוני - דימוי עצמי שלילי/נמוך - הישגיות יתר - קושי בהתמודדות עם שינויים ומצבי לחץ - הסתגרות - והתבודדות, התמכרות - תנודות במצבי רוח - ביקורת עצמית גבוהה - התפרצויות זעם - קשיי ריכוז וביצוע לימודי 	<ul style="list-style-type: none"> - אפקט דיכאוני - דימוי עצמי שלילי/נמוך - הישגיות יתר/חתירה לשלמות - קושי בהתמודדות עם שינויים - הסתגרות והתבודדות - איחור בהתפתחות הפסיכו-מינית - קשיים ברכישת עצמאות - תנודות במצבי רוח - התפרצויות זעם - מבט עיון - אי-שקט - ירידה בחיוניות - חרדה 	<p>תפקוד אישי</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - ניקיון וסדר כפייתי - טקסים המבוצעים בצורה נוקשה (טקסי אכילה, רחיצת ידיים) - הסתרת ממדי הגוף בעזרת לבוש רפוי ורב-שכבות - נטייה להצטמצמות, דרך יציבה כפופה וישיבה עוברית - גרירת רגליים, הליכה שפופה - הבעות והצהרות של פחיתות ערך עצמי - מעורבות יתר בפעילות לטובת הסביבה - התייצבות ממושכת מול הראי ושקילה לעתים תכופות 	<p>ביטויי התנהגות חריגה</p>
<ul style="list-style-type: none"> - משפחה בעייתית, או משפחה לא מעורבת - סיפור משפחתי של השמנת יתר, הפרעות אכילה או התמקדות בדיאטה - מיעוט חברים קרובים - ציפיות להישגיות יתר - ייתכן רקע של התעללות מינית 	<ul style="list-style-type: none"> - סיפור משפחתי של: השמנת יתר, הפרעת אכילה או התמקדות בדיאטה - מיעוט חברים קרובים - הישגיות יתר - יתר פעילות גופנית 	<p>השפעות סביבתיות</p>

מידע על מרכזים רפואיים המטפלים בהפרעות אכילה

אזור הצפון:

- * בית-החולים העמק - עפולה. קיים אשפוז במחלקה פסיכיאטרית פתוחה, גם מעל גיל 18. טל. 06-6524141, פקס 06-6525558. מיקוד 18101 עפולה.
- * בית-החולים רמב"ם - חיפה. קיימת מחלקה מיוחדת להפרעות אכילה, בה פועל צוות רב-תחומי. טל. 04-8543031.
- * בית-החולים לגליל המערבי - נהריה. קיימת מחלקה מיוחדת להפרעות אכילה (עד גיל 18). טל. 04-9850505. ת"ד 21, מיקוד 22100.
- * מרפאת קופ"ח צ'ק סנטר חיפה. המרפאה שייכת לקופ"ח מכבי ובה מחלקה להפרעות אכילה, המורכבת מצוות רב-תחומי. טל. 04-8348286, 04-8477922.
- * תחנת חוף הגליל - שד' הגעתון, 50 נהריה. זוהי עמותה של קיבוצי הגליל העליון בשיתוף קופות החולים הכללית, הלאומית והמאוחדת. טל. 04-9922091, 04-9922707.

אזור השרון:

- * בית-החולים שלוותה - הוד השרון. בית-חולים פסיכיאטרי, הכולל מחלקה מיוחדת לאנורקסיות מתחת לגיל 18. טל. 09-7478555, פקס 09-7478633. מח' נוער, ת"ד 94, מיקוד 45100.

אזור המרכז:

- * בית-החולים איכילוב. הטיפול, בדרך-כלל בחולים עד גיל 18 במסגרת מרפאות חוץ. טל. 03-6973733. מרפאה פסיכיאטרית - ילדים, וייצמן 6, תל אביב.
- * בית-החולים שניידר - פתח-תקווה. קיימת מחלקה מיוחדת להפרעות אכילה, בה פועל צוות רב-תחומי. טל. 03-9253616, פקס 03-9253864. רח' קפלן 14, פתח-תקווה.

- * בית-החולים גהה - פתח-תקווה. טל. 03-9258258, פקס 03-9258241. רח הלסינקי 1 פתח-תקווה, ת"ד 102, מיקוד 49100.
- * בית-החולים אסף הרופא. הטיפול הוא במסגרת מרפאות חוץ, ואשפוז יום בלבד. טל. 08-9779594. מרפאה פסיכיאטרית, מיקוד 7030.
- * בית-החולים שיבא - תל-השומר. קיימת מחלקה מיוחדת להפרעות אכילה לבוגרים. טל. 03-5303030, מיקוד 52621, רמת גן.

אזור השפלה:

- * בית-החולים קפלן - רחובות. הטיפול הוא במסגרת מרפאות חוץ, ואשפוז יום (במקרים מיוחדים יש אפשרות של אשפוז במחלקה פנימית). טל. 08-9441233.
- * בית-חולים ממשלתי-פסיכיאטרי - נס ציונה. קיימת מחלקה מיוחדת להפרעות אכילה. לעתים מפנים לאשפוז באסף הרופא. טל. 08-9384111, פקס 08-9384066. מרכז לבריאות הנפש, ת"ד 1, מיקוד 74100.

אזור הדרום:

- * מרכז רפואי ברזילי - אשקלון. מטפלים בחולים מתחת לגיל 18. במסגרת מרפאות חוץ לילדים יש מחלקה מיוחדת לבוגרים. לעתים מפנים לבית-חולים קפלן. טל. 07-6745555. מח' לבריאות הנפש, מיקוד 78306.
- * בית-החולים סורוקה - באר-שבע. טל. 07-6400653. מרפאת ילדים, ת"ד 151, מיקוד 84101.

אזור ירושלים:

- * בית-החולים הדסה עין-כרם. יש מחלקה מיוחדת להפרעות אכילה, גם לבוגרים. טל. 02-6777111. ת"ד 12000, מיקוד 91120.
- * בית-החולים הדסה הר-הצופים. יש אפשרות לאשפוז מלא, גם לבוגרים. טל. 02-5844111. ת"ד 24035, מיקוד 91240.
- * שבי"ל - שירותי בריאות ירושלמיים למתבגרים. זוהי מרפאה למתבגרים הנותנת גם ייעוץ להורים בתחומי התבגרות שונים, כולל הפרעות אכילה. טלפקס: 02-6433882, רח' צ'ילה 6, קריית-יובל. ירושלים 91092.

מרכזים לטיפול ושיקום הפרעות אכילה

אזור הצפון:

- * "כפר עמית" - גבעת חביבה. מטפלים בשיטה ייחודית, עם אפשרות לשהייה מלאה, מטפלים גם בבוגרים. מרכז פרטי. טל. 06-6309209/210.
- * קיבוץ "גשר הזיו" עמותת מרכז טיפולי להתמכרויות, מיועדת לגילאי 18 ומעלה, פועלת בשיטת 12 הצעדים. טל. 04-9828810, פקס: 04-9826640.

אזור המרכז:

- * מרכז להפרעות אכילה - סינתיה כראל. טל. 03-5484644/91, פקס 03-5484601. רח' אוסישקין 5, רמת השרון.
- * מכון "השקמה" - בת-ים. טל. 03-5554858. קופ"ח, מרפאת השקמה, רח' השקמה 23, בת-ים.
- * מרכז ייעוץ לנוער - קופ"ח כללית. מטפלים במקרים קלים. טל. 03-6424285, פקס 03-6427929. רח' ברודצקי 19, רמת אביב, מיקוד 69051.
- * מרפאת מתבגרים, האגף לרפואה ציבורית של עיריית תל-אביב (טיפול בקונטקסט קהילתי), המנהלת - ד"ר רינה לברן, רח' בלפור 14, טל. 03-5643418, 03-5258905, מיקוד 65211.

אזור השרון:

- * רעננה - מרפאה להפרעות אכילה - קופ"ח כללית. טל. 09-7712249. רח' הנוטרים 7, רעננה.
- * "נופית" - מרכז פרטי לטיפול בהפרעות אכילה. אשפוז יום חלקי/מלא, חונכים וטיפול פסיכולוגי פרטיים. טל. 09-7447111, 09-7447222. רח' נופית 8, הוד השרון.

אזור ירושלים:

- * מכון סאמיט - מכון לשיקום פסיכו-סוציאלי לבוגרים. טל. 02-6733548, 02-6790874. רח' קנאי הגליל 31, קטמון, ירושלים.
- * מכון "תפנית" - לטיפול במתבגרים. טל. 02-6525647.

ארגון כלל ארצי:

- ארגון "אביב" - מסייע למשפחות שבהן ישנן בנות עם הפרעות אכילה:
 - בקבוצות תמיכה למשפחות (הורים, אחים).
 - במתן מידע על גישות טיפוליות שונות.
 - בעבודה מול ממסד כמשרד החינוך, משרד הבריאות.
 - בארגון פורום הרצאות על-ידי אנשי מקצוע המתמחים ומטפלים בהפרעות האכילה.
- טל. 08-9408717, ת"ד 23223, תל-אביב 61231.



הורים יקרים!

הידעתם כי כיום לא פחות מבעבר זקוקים ילדיכם המתבגרים לסביבה ביתית חמה, להתעניינותכם ומעורבותכם במה שעובר עליהם, בחבריהם ובחוויות היום-יום שלהם?

למתבגרים שמסתגלים היטב יש לעתים קרובות הורים סמכותיים אשר מציבים בפניהם ציפיות ברורות להתנהגות בשלה ואחראית, תובעים משמעת באופן עקיב (לא בענישה) תוך שהם מספקים לילדים הסברים לתביעותיהם. הורים שנשארים מעורבים בחייהם, בלי התערבות פולשנית, ומאפשרים להם עצמאות בחשיבה, בהבעת דעה ובהתנהגות. בגיל ההתבגרות חשובה במיוחד הגמישות של ההורים כך שיהיו מסוגלים לשנות את התנהגותם וכלליהם בהתאם לשינויים ביכולות של ילדיהם ובצורכיהם הגוברים לעצמאות.

מהי סמכות הורית מיטיבה?

להלן מאפיינים הוריים שנמצאו קשורים להסתגלות טובה של הילדים בגיל ההתבגרות:

1. הורים שמציבים לילדיהם סטנדרטים ברורים להתנהגות.
2. הורים האוכפים כללי התנהגות (ללא ענישה).
3. הורים המסבירים את תביעותיהם.
4. הורים המספקים מסגרת עקיבה של משמעת.
5. הורים המאפשרים משא ומתן בינם לבין ילדיהם בעת דיונים במשפחה.
6. הורים הנשארים מעורבים בחיי היום-יום של המתבגר ומפקחים עליו ללא הגנת יתר.
7. הורים המספקים למתבגר מידע ומסייעים לו לפתח כישורים מועילים, במיוחד בתחומים שבהם קיים סיכון.
8. הורים המעודדים נבדלות בכך שמאפשרים למתבגר לפתח דעות משלו בתוך סביבה תומכת.

בגיל ההתבגרות, ההורים ניצבים לעתים בפני סוגיות מדאיגות המעמידות סימני שאלה לגבי התנהגויות בסיכון - ובתוכן הפרעות אכילה. חשוב שתקבלו מידע על הנושא ועל דרכי האיתור והטיפול בו.

”כמחצית מהילדים בגילאי 9-16 רוצים להפחית ממשקלם ומרגישים עצמם שמנים. שלישי מהם כבר עשו דיאטה בעבר” (מסקר נוער בישראל, י' הראל, 1994).

דיאטה הנה תופעה נורמטיבית היום בקרב מתבגרים ומקבלת חיזוק סביבתי-חברתי, וזאת למרות השפעתה המזיקה לעתים על הבריאות הפיסית והנפשית.

הרגלי תזונה לקויים אופייניים למתבגרים רבים (כמו אכילת יתר, אכילה כפייתית, תשוקות למאכלים מסוימים, דיאטות מסוימות), אך יש לטפל בהם כדי שלא יתפתחו להפרעות אכילה.

מהן הפרעות אכילה?

הפרעות אכילה הן הפרעות נפשיות ופיסיולוגיות הקשורות בהרגלי תזונה לקויים, עיוותים בדימוי הגופני והתעסקות כפייתית במשקל הגוף. הסובלים מהפרעות אכילה חוששים מכל עלייה במשקל וממשיכים בדיאטות, התקפי אכילה והקאות וזאת למרות הידרדרותם הפיסית והנפשית ופגיעה ניכרת בתפקודם היום-יומי.

הפרעות האכילה הבולטות בספרות הן: **בולמיה נרבוזה** - המאופיינת על-ידי זלילה בלתי נשלטת בפרק זמן קצר ושימוש באמצעים כגון הקאה, סם משלשל או צום כדי לבטל במהירות את תוצאות הזלילה. **אנורקסיה נרבוזה** - המאופיינת בהגבלה קיצונית מרצון של צריכת מזון תוך סירוב לשמור על משקל גוף מעל לתחום התחתון של הנורמה לקבוצת הגיל, פחד עצום מפני השמנה למרות משקל גוף נמוך, ומצב של היעדר מחזור חודשי (אל-וסת).

בעת האחרונה נוספה גם הפרעה של **זלילת יתר** המכונה גם “אכילת יתר התקפית” - המאופיינת בנטייה לאכול כמות גדולה של מזון ללא ניסיונות מלאכותיים להוצאתו מן הגוף (משלשלים, הקאות) והמופיעה במשך כשעה או שעתיים, לפחות פעמיים בשבוע, במשך שישה חודשים.

עובדות שכדאי לדעת!

- כאחוז אחד מבני הנוער לוקה באנורקסיה נרבוזה ושלושה אחוזים לוקים בבולמיה נרבוזה.
- הפרעות אכילה אינן נחלת הבנות בלבד וכיום היחס בין בנים לבנות הוא 10:1.
- בדיאטות שאינן מבוקרות בגיל ההתבגרות טמונים סיכונים גופניים ונפשיים רבים ויש לעשות ככל הניתן כדי למנוע אותן.
- שיעורי התמותה מהפרעות אכילה נעים בין 10% ל-17% מבין הלוקים בהן. אחוזי התמותה עולים ככל שהמחלה נמשכת זמן ממושך יותר.
- במהלך התפתחותם ילדים לומדים להפנים התייחסויות ותפיסות של מבנה גופם והופעתם החיצונית; לכן, לחיזוקים ולהדגשים שאתם נותנים ישנה השפעה רבה על דימוי הגוף ותחושת הערך העצמי של ילדכם.
- ככל שמקדימים באיתור, הפנָה וטיפול בהפרעה כך ניתן לטפל בה ביתר הצלחה.
- מרבית המטפלים תמימי דעים לגבי כך שהטיפול בהפרעות אכילה חייב להיעשות במרכזים רפואיים ובדרך של טיפול משולב - של פסיכיאטר, רופא, פסיכולוג, דיאטנית ועובדת סוציאלית ואין להסתפק בפנייה לפסיכולוג או לדיאטנית בלבד!

הורים שימו לב!

מתבגרים אינם תמיד אומרים, הם פועלים!

ניתן להקשיב גם בלי מילים:

1. **לפעמים תבחינו בהפרעות בהרגלי אכילה:** אבדן תיאבון, תיאבון מוגבר, צום, דיאטות, התחמקות מארוחות משפחתיות, הקאות, שימוש במשלשלים, הסתרת מזון, איבוד משקל בפרק זמן קצר, אכילה אטית בכמויות מזעריות, היעלמות לשירותים מיד לאחר הארוחה.
2. **לעתים תראו שינויים במצב הבריאותי:** תלונות על כאבי בטן, צרבות, סחרחורות, שטפי דם קטנים בלחמית העין או בעור הפנים, צבע עור צהבהב, אי־סדירות במחזור החודשי, בעיות בשיניים, יבלות על הידיים.

3. **לפעמים תבחינו בהפרעות שינה:** התעוררות מוקדמת, סיטי לילה, נדודי שינה, שינה מוגברת.
4. **לעתים תגלו בעיות בלימודים:** למידת יתר והצטיינות בכל מחיר, או לחלופין - בעיות משמעת, ירידה בציונים, חוסר ריכוז, איחורים והיעדרויות.
5. **לפעמים תרגישו בשינויים בהתנהגות:** עצבנות, אדישות, שינויים תכופים במצבי רוח, פחדים, הסתגרות, פעילות גופנית מוגברת, ניקיון כפייתי, טקסים התנהגותיים נוקשים מדי, שפת גוף המתבטאת ביציבה שפופה, גרירת רגליים, ישיבה מקופלת פנימה, שינויים בלבוש (צורך בהסתרת רזון על-ידי לבוש רפוי ורחב).
6. **לעתים תחושו בשינויים בקשר עם אנשים:** התבודדות מוגברת, ניתוק קשרים, הימנעות מפעילות חברתית, פחד להישאר לבד או עם אדם מסוים, ביטויים המורים על הערכה עצמית נמוכה.

אל תחכו שזה יקרה, אפשר וצריך לטפל בעוד מועד!

אתם רוצים להתייעץ?

זקוקים לעוד מידע?

יש לכם שאלות נוספות?

פנו לקבלת סיוע!!

* ליועץ או פסיכולוג בית-הספר.

* לשפ"י (השירות הפסיכולוגי-הייעוצי), טל. 02-5603251.

* לארגון הורים "אביב" העוזר למשפחות שבהן יש ילדים עם הפרעות אכילה (ניתן לקבל מידע על מרכזי הטיפול בהפרעות אכילה באזור שלכם), טל. 08-9408717.

* למרפאות למתבגרים במרכזי קופות החולים השונות.



סוגי פגיעות בילדים המחייבות דיווח

(עפ"י חוזר מנכ"ל מיוחד א - 19 בספטמבר 1997)

פגיעה או התעללות פיזית	פגיעה או התעללות כתוצאה מהזנחה	פגיעה או התעללות נפשית	פגיעה או התעללות פיסית
<p>פגיעה פיזית רצינית או מתמשכת, חבלה גופנית כלשהי, ישירה או באמצעות חפצים, מים רותחים ועוד. הפגיעה עלולה לגרום למוות, אבדן הכרה מלא או חלקי, זעזוע מוח, שברים פתוחים או סגורים, חנק, כוויות, אבדן ראייה או שמיעה, פגיעות פנימיות, פצעים עמוקים, סימני נשיכה, סריטות, נפיחויות, סימנים כחולים ושתפי דם. הפגיעות השכיחות מופיעות בראש, בגפיים ובאיברי המין.</p>	<p>מדובר בהזנחה מתמשכת, פסיבית או אקטיבית, בתחומים האלה:</p> <p>הפיסי - היעדר דאגה למוזון, ללבוש, להיגיינה ו/או לטיפול רפואי הולם בשעת הצורך; השארת הילד ללא השגחה מתאימה לגילו;</p> <p>החינוכי - חוסר דאגה ללימודי הילד, לתפקודו במסגרות חינוכיות (ביקור סדיר, מילוי חובות בבית-הספר, קשר עם המסגרת החינוכית), חוסר דאגה לגירויים ולהתפתחות קוגניטיבית, אי-התייחסות לצרכי חינוך בלתי פורמלי (ניצול הפנאי והעשרה), היעדר שמירה על כללי התנהגות ועל גבולות, הגבלת התנועה החופשית;</p> <p>הרגשי - אי-התייחסות לצרכיו הרגשיים המשתנים של הילד.</p>	<p>זוהי התעללות הקשה ביותר להגדרה. מדובר בפעולות או בהימנעות מפעולות, ללא התייחסות לכוונה העומדת מאחוריהן, הגורמות לילד נזק נפשי ומשפיעות על תפקודו ההתנהגותי, הרגשי, הקוגניטיבי או הפיסי. דוגמה לפעולות מזיקות אלה: דחייה, השפלה, הפחדה, בידוד, ניצול והימנעות מהתייחסות רגשית. פעולות אלה הן בעלות גוון מתמשך. ההתעללות הנפשית עומדת בפני עצמה, אך לעתים קרובות היא משמשת גם תופעה נלווית לסוגים אחרים של פגיעות בילדים.</p>	<p>פגיעה פיזית רצינית או מתמשכת, חבלה גופנית כלשהי, ישירה או באמצעות חפצים, מים רותחים ועוד. הפגיעה עלולה לגרום למוות, אבדן הכרה מלא או חלקי, זעזוע מוח, שברים פתוחים או סגורים, חנק, כוויות, אבדן ראייה או שמיעה, פגיעות פנימיות, פצעים עמוקים, סימני נשיכה, סריטות, נפיחויות, סימנים כחולים ושתפי דם. הפגיעות השכיחות מופיעות בראש, בגפיים ובאיברי המין.</p>

משדרי הטלוויזיה החינוכית שיכולים להשתלב בהתערבויות חינוכיות

חויית הצפייה במשדר טלוויזיה נובעת מקליטת מסרים חזותיים וקוליים על-ידי הצופה. הוא מושפע מהם בזמנית, מגיב אליהם רגשית ומפענח אותם.

המשדרים המומלצים:

ילדה לתפארת

אוכלוסיית היעד: חטיבת הביניים והחטיבה העליונה.

בעשרים השנה האחרונות עולה בקצב מבהיל מספר הסובלים מבולמיה ואנורקסיה. הטלוויזיה החינוכית הפיקה סרט מקורי אשר מחדד את המודעות לבעיה ומדגיש את העובדה שזה יכול לקרות בכל משפחה וגם אצל בנות הנחשבות "ילדות לתפארת". אורלי, שחקנית מוכשרת, עוברת כחלק מתהליך השיקום שלה מסע פנימי הנחשף בסרט. משך הסרט: 44 דקות. קוד הקלטת: 70:60.

אהבה לפי משקל - חלק ב

(משדר מתוך סדרת הדרמה לבני הנוער "עניין של זמן")

גלי חשה דחוויה על-ידי חבריה לכיתה, פגועה משום שדנה יוצאת עם אסף, ומידרדרת לדיאטה קשה המאיימת על חייה. ויצמן, בן כיתתה, חבר קרוב, הרואה את מצבה, מנסה לעזור. משך המשדר: 24 דקות. קוד הקלטת: 70-482.

אנורקסיה נברוזה

(משדר מתוך הסדרה במדעים "רפואה ללא מסתורין")

משדר תיעודי המסביר בצורה מדעית, שווה לכל נפש, מהי מחלת האנורקסיה, ומתאר את תסמיניה. מובאת סקירה על ההיבטים החברתיים המשפיעים על המחלה - כמו הערכה עצמית ירודה, דרישות ההורים למצינות. כן מוצגות דרכי טיפול ומניעה. משך המשדר: 13 דקות. קוד הקלטת: 45-10.

הנחיות כלליות לקראת צפייה:

מהם המסרים החזותיים במשדר? מהי השפעתם על הבנת הבעיה של הפרעות אכילה? (בעיקר שימו לב לשפת-הגוף, התנהגויות, מראות, השתקפויות, סמלים, אבזרי תפאורה, וכו'). לדוגמה: השתקפות מראָה הגוף האנושי מחלונות הראווה כשהוא מתמזג עם המראָה "המושלם" של הבובות. וכן, שפתיים אדומות המצולמות בתקריב (קלוז-אפ) כסמל למיניות, יצריות, בליעה והרס עצמי, וכייצוג לבולמוס האכילה ול"אכילת הגוף".

אילו נקודות מפגש רגשיות התעוררו בצופים בעת הצפייה?

אפשר להתמקד באחד הרצפים ו/או במושגים לפי ההנחיות לבניית התערבות המוזכרים בחוברת בפרק היישום, ולקשרם לרעיונות ולדרכי העיצוב במשדר.

בסרט "ילדה לתפארת" (שאורכו 44 דקות) ניתן לבדוד קטעים נבחרים לצפייה לפי נושאי ההתערבות; לדוגמה: יחסיה של אורלי עם הוריה - לצורך עבודה עם הורים או עם המתבגרים.

בקטלוג התכניות בנושאי חברה בטלוויזיה החינוכית הישראלית, מצויים משדרים מרתקים בנושאי דימוי עצמי, יחסי הורים ומתבגרים, התמודדות עם קשיים ופחדים, התמודדות עם סמים, התעללות מינית, חינוך מיני ועוד.

אפשר לקנות את קטלוג התכניות בנושאי חברה בטלוויזיה החינוכית הישראלית, רח' קלאוזנר 14, רמת אביב, תל-אביב, 69011, טל. 03-6466656, פקס: 03-6466567.

קניית קלטות: במרכז הפדגוגי הארצי, רח' כנפי נשרים 22, גבעת שאול, ירושלים, טל. 02-5601351; מחיר קלטת 45 ש"ח. יש לצרף קוד קלטת.

קורס טל-ידע "עניין של זמן" - דרמות בחיי הנוער - כולל 4 קלטות וידאו ושני ספרים; לפרטים: טל. 03-6466444.

לכל סיוע נוסף אפשר לפנות למרגלית יובל במחלקה להפעלה חינוכית, טל. 03-6466205, פקס: 03-6466567.

רשימת מקורות

- אמיר ג' (1987). עד כלות, הוצאת אלפא.
- גורדון ר' (1991). אנורקסיה ובולמיה, אנטומיה של מגפה חברתית, הוצאת אח.
- ג'נין ר' (1993). אכילה כפייתית כפיצוי לאהבה, הוצאת אור עם.
- דנה מ' ולורנס מ' (1999). נשים אוכלות את עצמן, הוצאת מודן.
- הראל י', קני ד' ורהב ג' (1994). "נוער בישראל: רווחה חברתית, בריאות, התנהגויות סיכון במבט בינלאומי", הוצאת מכון ברוקדייל, ירושלים.
- וינר פרשקובסקי ד', לברן ר' (27.5.1998). חומרים מקצועיים, פרסומים ותרגומים שהוצגו ביום עיון בנושא הפרעות אכילה, שפ"ח תל-אביב-יפו.
- לוונה מ' (1999). הפרעות אכילה ושליטה מאגית בגוף, הוצאת אח.
- לצר י' (1999). הפרעות אכילה - מידע זמין לאיש המקצוע, הוצאת מכון סאלד.
- מכון "תפנית" (1991). חוברת בנושא: אנורקסיה נרבוזה בגיל ההתבגרות.
- מכון "תפנית" (1992). חוברת בנושא: בולמיה נרבוזה בגיל ההתבגרות.
- עמית ח' (1997). הורים כבני אדם, הוצאת ספרית פועלים.
- פרנש ב' (1989). התמודדות עם בולמיה, הוצאת אח.
- קלוד-פייר פ' (1998). השפה הסודית של הפרעות אכילה, הוצאת מודן.
- רוט ד' (1996). הפרעות אכילה, הוצאת פרולוג.
- שאוס א' (1997). אנורקסיה ובולמיה, הוצאת חותם הזהב.

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington D. C.: Author.
- Attic, Ilana & Brooks-Gunn Jeane (1995). "The development of eating regulation across the life span". In: Dante Cicchetti & Donald J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*, vol 2, pp 332-368. New-York: John Wiley & Sons, Inc.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of the child*, 22, 162-186.
- Clinical Tools, Inc. Health Center (1998). Other Unhealthy Eating Patterns. Information from organization s website: www.health-center.com/eating
- Humphrey, L.L. (1988). "Relationships within subtypes of anorexics, bulemics and normal families". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 544-551.
- Grayson, Holmbeck, Paikoff & Brooks-Gun (1995). "Parenting Adolescents". In: Marc H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting*, vol I., 91-118. Mahwah, New Jersey: Lawrence Elbaum Associates, Publishers.
- "Primary prevention of dieting disorders: An update". *Journal of Family Studies* 2(2).
- Harter, S., Marold, D. M., & Whitesell, N. R. (1992). "Model of Psychosocial risk factors leading to suicidal ideation in young adolescents". *Development and Psychopathology*, 4, 167-188.
- Heatherton, T. F., & Polivy, J. (1992). "Chronic dieting and eating disorders: A spiral model". In: Crowther, J. H., Tennenbaum, D. L., Hobfuoll. S. E. & Stephens, M. A. (Eds.), *The Etiology of Bulimia Nervosa: The Individual and Familial Context*, 133-155. Washington: Hemisphere.

- Indiana University Health Center (1998). Eating Disorders. Information from organization's website: www.indiana.edu/~health
- Johnson, C., & Connors, M.E. (1987). *The etiology and treatment of Bulimia Nervosa: A biopsychosocial perspective*. New York: Basic Books.
- Minuchin, S., Rosman, D. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic family: Anorexia in context*. Cambridge, M. A: Harvard University Press.
- National Institutes of Health (1998). Eating Disorders. Information from organization's website: www.nmisp.org.
- The Mental Health Foundation (1998). Eating Disorders. Information from organization's website: www.mentalhealth.org.uk
- Pike, K.M., & Rodin, J.C. (1991). "Mothers, daughters, and disordered eating". *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 198-204.
- Reznik, J.S., Hegeman I.M., Kaufman, E.R., Woods, S.W., & Jacobs, M. (1992). "Retrospective and concurrent self-report of behavioral inhibition and their relation to adult mental health". *Development and Psychopathology*, 4, 301-332.
- Rosenberg, N.D. (1997). "Men have 10% of eating disorders". *Milwaukee Journal Sentinel*, Nov. 17.
- Rothenberg, A. (1990). "Adolescence and eating disorders: The obsessive-compulsive syndrome". *Psychiatric Clinics of North America*, 13, 469-488.

נמצאים בתהליך כתיבה:

- א. חוברת של הוועדה הבין-משרדית, הכוללת את היחידה לחינוך מיני בשפ"י ואת משרד הבריאות. מלבד רקע תאורטי החוברת תכיל גם ערכה לגורמי הסיוע ובה סיפור אישי והצעת נקודות לריאיון מתבגרת מאותרת או מתבגרת שקיים חשש שהיא לוקה בהפרעת אכילה (ככניסה רכה להיכרות עם הרקע, ברור תחומי לימוד, חברה, משפחה, תחום פיסיוולוגי, והתחום האישי-הרגשי).
- ב. רשימת מרכזי הטיפול בהפרעות אכילה בארץ, בהוצאת ארגון "אביב". ברשימה יפורטו דרכי הטיפול המיוחדות למרכזים השונים.