

הפרעות אכילה

Phillipa Hay & Jane Morris

מהדורה בעברית

תרגום: דר' עדי חנוך-לוי, טל גילון מן, MA, ופרופ' דניאל שטיין

המחלקה הפסיכוסומטית לילדים ונוער, בית-החולים ספרא לילדים, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר

עריכה: פז תורן



Phillipa Hay DPhil, MD, FRANZCP

Chair of Mental Health and Consultant Psychiatrist, Western Sydney University, Campbelltown, NSW, Australia

Conflict of interest: none declared

Jane Morris MA, MB, BChir (Cantab), MRCPsych

Consultant Psychiatrist, Eden Unit, Royal Cornhill Hospital, Aberdeen, Scotland, UK

Conflict of interest: none declared

This is the updated version by Phillipa Hay of the chapter written in 2012 by Jane Morris

Acknowledgement: art work was provided by patients in the EDGE Young People's group.

This publication is intended for professionals training or practicing in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or IACAPAP. This publication seeks to describe the best treatments and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or [IACAPAP](#) endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist.

© [IACAPAP](#) 2016. This is an open-access publication under the [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial.

Suggested citation: Hay P, Morris J. Eating disorders. Editor: Paz Toren; Translation: Hanoach-Levy A, Gilon Mann T, Stein D. In: Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016.



הרופא האנגלי ויליאם גל
(William Gull) (1816-1890)
והצרפתי ארנסט-צ'ארלס לאסג
(Lasègue) (1816-1883)
(מטה) נחשבים הראשונים
לתאר כמעט בו זמנית (ב-1873)
ובאופן עצמאי את מה שהיום
מתארים כאנורקסיה נרבוזה



פרק זה יתמקד בשלוש הפרעות האכלה ואכילה עיקריות, אנורקסיה נרבוזה (anorexia nervosa), בולימיה נרבוזה (bulimia nervosa) ובמידה פחותה יותר גם בהפרעת אכילה בולמוסית (binge eating disorder). אנורקסיה נרבוזה ובולימיה נרבוזה הן שתיים מההפרעות הפסיכיאטריות הנפוצות והחמורות ביותר של גיל ההתבגרות ומתאפיינות בדחף כפייתי לרדת במשקל. ההתייחסות להפרעות אחרות בהקשר לאכילה – המתוארות לעיתים קרובות כ"הפרעות האכלה" ונצפות יותר בקרב ילדים צעירים יחסית – הינה בעיקר במסגרת אבחנה מבודלת. חלק מההפרעות הללו, למשל הפרעת צריכת מזון המנעותית מוגבלת (ARFID- avoidant restrictive food intake disorder) חולקות את ההשלכות הפסיכולוגיות של ירידה במשקל, ועלולות להידרדר לאנורקסיה נרבוזה או בולימיה נרבוזה משנית, אם מתפתחת אובססיה סביב דימוי גוף רזה. הסבירות לכך גבוהה במיוחד בתרבויות מערביות, או בתרבויות המושפעות מהמערב. לא נתייחס כאן באופן מפורט להשמנת יתר בילדות, אף על פי שניתן לקשור בין מקורותיה ותוצאותיה לבין מגוון קשיים פסיכולוגיים.

בפרק זה, המונח "הורה" מתייחס להורים, משמורנים ומטפלים, והמונח "נערה" מתייחס הן לילדים והן לבני נוער, אלא אם נכתב במפורש אחרת. לעיתים הטקסט מנוסח בלשון נקבה משום שמרבית הסובלות מהמחלה הן ילדות ונערות, אך ההתייחסות היא לשני המגדרים. אנו מדברים במכוון על "הורים" ולא רק על "אמהות", מאחר ולדמויות המטפלות שבמשפחה, משני המגדרים, עשויה להיות תרומה חשובה להחלמה. לעיתים נעשה שימוש במונח "מבוגרים", כדי להצביע על כך שמדובר גם על אנשי מקצוע – רופאים, אחיות ומטפלים מקצועיים נוספים.

רקע היסטורי

אנורקסיה נרבוזה היא תסמונת של פחד כפייתי מפני עליה במשקל, המתבטאת בטווח רחב של התנהגויות כפייתיות, שמטרתן הפחתת משקל הגוף. ההפרעה מוכרת מזה מאות שנים בכל החברות האנושיות, גם היכן שקיימת העדפה תרבותית למראה מלא יותר. הסברה היא שחלק מהקדושות הנוצריות בימי הביניים, כדוגמת קתרינה מסיינה, סבלו מאנורקסיה נרבוזה. במאמר נודע משנת 1689 תיאר ריצ'רד מורטון (Richard Morton) שני מקרים של ההפרעה. לקראת סוף המאה

ה-19 כבר התעוררה תחרות בין הרופא האנגלי ויליאם גל (William Gull) (1874) לבין הצרפתי לאסג (Lasègue), כאשר כל אחד מהם טען שהיה הראשון לתאר את התופעה. המומחים עדיין חלוקים, אך נראה כי היה זה לאסג (1873) שהעניק לתופעה את השם שהמשיך ללוותה, "אנורקסיה נרבוזה", במאמרו *De l'anorexie hysterique*.

בעיות אכילה/האכלה בילדים ומאפייניהן העיקריים

- חוסר שגשוג: גורמים פיזיולוגיים או חברתיים
- בררנות באכילה: מגוון מצמצם מאוד של סוגי מזון
- צמצום אכילה: לילד תיאבון מועט; הוא אוכל מגוון תקין של מאכלים אך בכמויות קטנות
- דיספגיה תפקודית: פחד מפני חנק או הקאה – הימנעות ממאכלים מסוימים
- סרבנות למזון: סירוב לאכול, יותר מאשר שאיפה לרזון
- תסמונת סרבנות נרחבת: הסירוב הוא לא למזון בלבד אלא גם לשתיה, דיבור, הליכה וכל סוג של טיפול עצמי. יכול להיות תוצאה של טראומה חמורה
- הפרעה רגשית של הימנעות ממזון: הפרעה במצב הרוח, המלווה בירידה במשקל
- הפרעה טורדנית-כפייתית: טקסי אכילה וטקסים נוספים
- ירידה במשקל הקשורה לתרופות מעוררות (למשל עבור הפרעת קשב וריכוז)
- עלייה במשקל הקשורה לתרופות אנטי-פסיכוטיות אשר מגבירות תיאבון
- אנורקסיה נרבוזה ובולימיה נרבוזה
- הפרעת צריכת מזון המנעותית/מוגבלת: חוסר עניין באכילה או באוכל, הימנעות עקב צבע, ריח, מרקם או טעם של האוכל.

המודעות להפרעה הייתה מצומצמת בעיקר לאנשי מקצוע הרפואה עד לחלק המאוחר של המאה העשרים. אז פרסמה הפסיכואנליטיקאית הגרמנית-אמריקאית הילדה ברוך (Hilde Bruch) את עבודתה, שזכתה לתפוצה נרחבת, *The Golden Cage: the Enigma of Anorexia Nervosa*, ["הכלוב המזוהב: תעלומת אנורקסיה נרבוזה"] בשנת 1978. בד בבד, הקלינאים החלו להיות מודעים ל"סוג חדש ומאיים של אנורקסיה נרבוזה", או "בולימיה נרבוזה", כפי שתיאר את התופעה ראסל (Russell, 1979). השם בולימיה נרבוזה שימש להגדרת המגפה שנצפתה אז לראשונה, והתאפיינה באכילה בלתי מווסתת, כאשר התקפי אכילה הולכים ומתעצמים פוגמים במאמציה של הסובלת מההפרעה לרדת במשקל.

הגדרות

הפרעה באכילה היא רק אחד התסמינים של אנורקסיה נרבוזה ובולימיה נרבוזה. יתכן שתהיה תועלת רבה יותר בחשיבה על התופעות הללו כהפרעות של פחד כפייתי מפני עליה במשקל, המערבת טקסים כפייתיים מסוגים שונים, שנועדו להימנע מתוצאה מבעיתה זו. המונח אנורקסיה, שמשמעותו המילולית היא "העדר רעב", הינו בלתי מתאים במיוחד לתיאור מחלה שהסובלות ממנה מוצפות באופן תמידי במחשבות, ואף בחלומות, על אוכל, ומתייסרות בחישובים בלתי פוסקים כיצד להתנגד לרעב הקיצוני בו הן נתונות כדי להימנע מעלייה במשקל גופן.

צמצום האכילה היא ללא ספק רכיב בולט בהפרעות אלו, אך קיימות גם התנהגויות מפצות רבות אחרות, כגון התעמלות גופנית מופרזת, שיטות טיהור שונות, בדיקות חוזרות ונשנות וחיפוש אחר רגיעה למשל באמצעות שקילה, מדידה או התבוננות במראה. סביב ההגדרה המדויקת ניטשת מחלוקת מסוימת, לאור ההתפתחויות בתחום האבחון הפסיכיאטרי. מדריכי ה- DSM (American Psychiatric Association, 2013) ו- ICD (World Health Organization, 1992), שניים בהדרגה לעבר תיאור תסמונות המייצגות צבר של תסמינים בעלי תוקף סטטיסטי, משקפים את ההבנה הגוברת בתחומי הגנטיקה והניורולוגיה ומנבאים תגובה לטיפול. לאור שיקולים אלה, גם בקרב ילדים ובני נוער יש טעם להפרדה בין אנורקסיה נרבוזה ובולימיה נרבוזה.

מדד מסת הגוף (BMI)

- מדד מסת הגוף (BMI - body mass index, המכונה גם Quetelet's index) הינו מדד נפוץ לרקמת שומן, המנטרל את השפעת הגובה בהערכת המשקל
- BMI = משקל (בק"ג) מחולק בגובה (במטרים) בריבוע
- מדד ה-BMI נמצא בשימוש בטבלאות אקטואריות, כאשר BMI בטווח של 20 עד 25 נמצא קשור לשיעורי חולי ותמותה נמוכים יותר
- ילדים ובני נוער גדלים באופן תמידי אך בלתי רציף, כך שלעיתים ה-BMI אינו מביא לידי ביטוי ירידה בגובה הצפוי במקביל לירידה במשקל

טבלה ח.1.1. תסמינים המשמשים לאבחון אנורקסיה ובולימיה נרבוזה

בולימיה נרבוזה	אנורקסיה נרבוזה
אכילה בלתי תקינה	
<ul style="list-style-type: none"> • התקפי אכילה (בולמוסים) חוזרים ונשנים, של כמות גדולה מאוד של אוכל, המלווים בתחושה של חוסר שליטה 	<ul style="list-style-type: none"> • צמצום צריכת מזון וירידה במשקל עד מתחת למינימום המצופה בהתאם לגיל, למין ולשלב ההתפתחותי*
פחד מהשמנה	
<ul style="list-style-type: none"> • התנהגויות של פיצוי שנועדו למנוע עלייה במשקל לאחר התקפי האכילה (התנהגות מיטהרת כגון הקאה, או נטילת תרופות שיכולות לסייע בירידה במשקל כגון משלשלים/משתנים, לאחר התקף אכילה, או תקופות של צום ופעילות גופנית עודפת) • המשקל בדרך כלל ממוצע או מעל הממוצע 	<ul style="list-style-type: none"> • התנהגות מתמדת שמכוונת למנוע עלייה במשקל (כגון דיאטה ופעילות גופנית בסוג המגביל, והקאה ושימוש במשלשלים בסוג התקפי אכילה/התנהגות מטהרת)
עיוות בהקשר לצורת הגוף	
<ul style="list-style-type: none"> • השפעה מוגזמת של משקל הגוף או צורתו על ההערכה העצמית • חוסר הכרה בחומרת הבעיה 	

* ב-DSM-5 אין גבול עליון למצב של תת משקל. הפרעת אכילה בולמוסית (BED) דורשת רק קיום של התקפי אכילה חוזרים המלווים במצוקה נפשית ניכרת ומאפיינים מסוימים של התקפי האכילה, כגון גועל.

הדבר נעשה תוך הכרה בכך שקיימת בין שתי ההפרעות חפיפה מסוימת, וגם בכך שמשקל הגוף או ה-BMI (מדד מסת הגוף) אינם מהווים בהכרח ייצוג מדויק של ההבחנה בין שתיהן מבחינת מהותה של הפרעה הפסיכולוגית. צעירות אשר סובלות מבולימיה נרבוזה, שמשקל גופן תקין בהגדרה, שותפות לשאיפה לרזון. עם זאת, יתכן שקיים הבדל גנטי בין אנשים אשר שומרים על משקל נמוך

טבלה ח.2.1. השוואת תסמיניהן של הפרעות אכילה והפרעות האכלה

הפרעה	משקל	דאגות סביב דימוי הגוף	נוכחות של התקפי אכילה	התנהגות מיטהרת	הערות
הרעבה בשל מחסור במזון	נמוך	לא	כאשר יש מזון נגיש	לא	ההרעבה כשלעצמה גוררת השלכות פסיכולוגיות
ירידה במשקל בעקבות מחלה גופנית	נמוך	לא	בדרך כלל לא	לא, אם כי עלולים להופיע הקאות ושלשולים כחלק מהמחלה	
אנורקסיה נרבוזה, תת-סוג מגביל	נמוך ובדרך כלל יציב	כן, באופן בולט, אם כי לעיתים השאיפה לרזון ולהרעבה מיוחסת למניעים דתיים	לא	לא, בהגדרה, אך במקרים רבים קיימת פעילות גופנית כפייתית	תתכן פגיעה עצמית כאמצעי להענשה עצמית או במידה ונכפית הזנה מיוחדת
אנורקסיה נרבוזה, תת-סוג התקפי אכילה/התנהגויות מיטהרות	נמוך ותנודתי	כן, כמו באנורקסיה נרבוזה תת סוג מגביל	כן, אך בדרך כלל ההתקפים קטנים יותר מאשר בבולימיה נרבוזה, כולל זו שמערבת לעיתים תקופות קצרות של תסמיני אנורקסיה נרבוזה	כן, באמצעות הקאה מכוונת, שימוש במשלשלים, פעילות גופנית או פעילות יתר	ראו לעיל
בולימיה נרבוזה	תקין	כן	כן, לעיתים בהיקף גדול	כן	
הפרעת אכילה במסגרת פסיכוזה	נמוך או תקין	לפעמים. יתכן גם הסבר ביזארי או דלוזי	לעיתים	נדיר	
הפרעות על הרצף האוטיסטי	נמוך, תקין או גבוה	לפעמים, ועשוי להיות אקסצנטרי	לעיתים	לעיתים	עלולה להופיע כפייתיות גם ביחס לפעילות גופנית
הפרעת צריכת מזון המנעותית/מוגבלת	עלול להיות נמוך או במגמת ירידה	לא	בדרך כלל לא	בדרך כלל לא	
הפרעה טורדנית-כפייתית	נמוך, תקין או גבוה	נפוץ (דיסמורפיה גופנית)	משתנה	משתנה	כל ההרגלים עלולים להפוך לכפייתיים

במשך תקופה ארוכה באמצעות הגבלת אכילה בלבד, או בשילוב עם פעילות גופנית, לבין אלה שבסופו של דבר מגיעים להתקפי אכילה (Kiezebrink et al, 2009).

השכיחות של הפרעות הכרוכות בעיסוק בדימוי הגוף הולכת וגוברת בקרב ילדים בגיל טרום-התבגרות משני המגדרים. המונחים המיוחסים להפרעות הללו עלולים להטעות את מי שאינו איש מקצוע בתחום. מצד אחד ישנן מה שמכונה הפרעות "האכלה" (feeding), למשל הפרעות צריכת מזון

המנעותיות/מוגבלות, בהן ההימנעות ממזון נובעת מסיבות שאינן קשורות לתכונותיו המשמינות, והיא מתרחשת בהקשר של הפרעות גופניות ונפשיות נוספות. מצד שני אנורקסיה נרבוזה מתאפיינת בשאיפה מכוונת לרזון. הפרעת צריכת מזון המנעותית/מוגבלת, המאופיינת בהימנעות כפייתית ממזון ללא עיסוק בדימוי הגוף, עשויה להיות דומה לאנורקסיה נרבוזה.

אפידמיולוגיה, מגדר ותרבות

אנורקסיה נרבוזה

האם שכיחותן של הפרעות אכילה הולכת ועולה?

אנורקסיה נרבוזה נצפתה בכל התקופות ההיסטוריות ובכל האזורים הגיאוגרפיים. לפי מחקרים קליניים ככל הנראה חלה עלייה קטנה בשכיחות ההפרעה במאה העשרים בקרב נשים צעירות.

כמו כן, במדינות מפותחות במאה העשרים חלה עלייה בשכיחות של בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה בולמוסית, המשקפת הן את זמינותו הגבוהה יותר של המזון והן את הערך המיוחס לרזון.

מה שהתרחש באי פיג' הוא דוגמה טיפוסית להתפשטות של הפרעות אכילה (Pike and Dunne, 2015). בפיג' לא הייתה טלוויזיה במשך שנים רבות. לאחר כניסת הטלוויזיה לאי נרשמה עלייה בהפרעות אכילה, אך בעיקר מסוג בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה בולמוסית. למרות גידול בשכיחות הדיאטות, חלה עלייה ב-BMI הממוצע של אוכלוסיית האי.

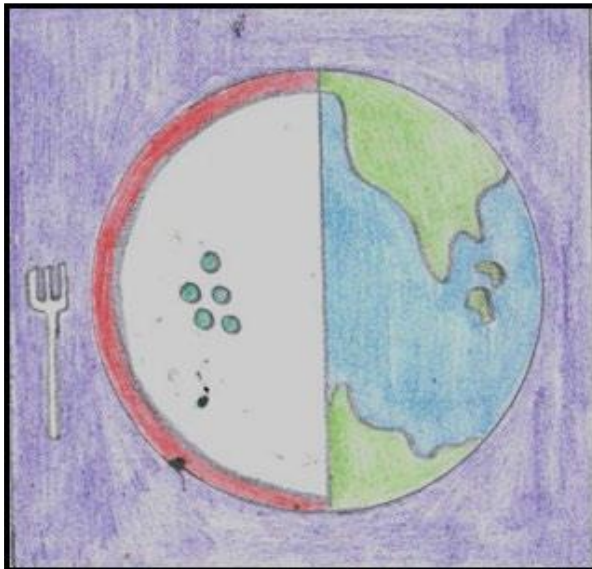
הבעיה שעולה לאחורונה במהירות הרבה ביותר באוכלוסיית הקהילה ברחבי העולם היא אכילה בולמוסית.

הגיל הממוצע להופעת אנורקסיה נרבוזה הוא בין 15 ל-19 שנים. הפרעה זו היא הגורם הנפוץ ביותר לירידה במשקל בקרב נערות, והגורם הנפוץ ביותר לאשפוז במחלקות של ילדים ונוער. על פי מחקר של אריק סטייס ועמיתיו (Stice et al, 2013), כ-1% מתוך נשים בנות 20 סבלו מאנורקסיה נרבוזה או מאנורקסיה נרבוזה לא טיפוסית. ממצא זה קרוב לשכיחות המדווחת במחקרים אפידמיולוגיים. תוצאות זהות דווחו אצל מתבגרים אוסטרליים. עם זאת, קיום הפרעת אכילה מלאה או באופן תת-סיפי בגיל ההתבגרות נמצא מקושר לסיכון מוגבר לבעיות נפשיות אחרות (Patton et al, 2003).

כאשר שכיחותה של אנורקסיה נרבוזה נמדדת על פני מחזור החיים, יותר מ-90% מהחולות הן נשים. עם זאת, בקרב ילדים צעירים הבדלי השכיחות לפי המגדר מצטמצמים (Madden et al, 2009). כמו כן קיימת מודעות גוברת לכך שעיסוק בדימוי גוף עשוי להתבטא בצורה שונה בבנים מתבגרים. חלק מהחולים הזכרים מתארים שאיפה לגוף שרירי, ולא רק רזה. במקרים כאלה יתכן שהסממן הראשון להפרעה יהיה פעילות גופנית כפייתית, ולא צמצום בצריכת מזון. ישנם נערים שמתמכרים תחילה לפעילות גופנית, ללא הפרעה בדימוי הגוף, אם כי זו עלולה להתפתח מאוחר יותר.

ההצדקה להימנעות ממזון משתנה בין תרבויות שונות. בחלקן

נפוצים הסברים מתחום הדת לצום ולהתנזרות. וודסייד (Woodside, 2003) מתאר מטופלות הודיות המצינות תסמינים של מערכת העיכול כסיבה לאי-אכילה. מעניין לראות, כי כאשר חולות כאלו מטופלות בקבוצה יחד עם נשים הסובלות מאנורקסיה נרבוזה "מערבית", הן מפתחות במקרים רבים פחד מפני השמנה ועיסוק בדימוי הגוף, המחליפים את ההסבר הסומאטי הקודם. גם בסביבה מערבית קיימות מטופלות אשר בתחילת דרכן עסוקות בסוגיות גופניות או בסגפנות, אך לאחר מכן עוברות לייחס את התנהגותן לערך הגוף הרזה המקודש על ידי התקשורת.



האפידמיולוגיה של הפרעת צריכת מזון המנעותית מוגבלת אינה ידועה. עם זאת, מספר לא מבוטל של ילדים צעירים מאוד שמגיעים למרפאה להפרעות אכילה עלולים לסבול מהפרעה זו, שנמצאה נפוצה יותר בילדים צעירים מאשר אנורקסיה נרבוזה (Nicely et al, 2014).

בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה בולמוסית

הופעתן של בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה בולמוסית בשלהי המאה העשרים קשורה להאדרה של דימוי גוף רזה באמצעי התקשורת,

תוך זמינות גוברת של חטיפים עתירי-קלוריות וטעימים, ולאובדן המסגרת של ארוחות משותפות. גיל הופעתן דומה לזה של אנורקסיה נרבוזה- בין גיל 15 ל-20 (Kessler et al, 2013). עם זאת, קל יותר להסתיר את הסימפטומים של בולימיה נרבוזה מאשר את אלו של אנורקסיה נרבוזה, וההופעה הרפואית הראשונה של בולימיה נרבוזה מתרחשת במוצע עד 10 שנים מהמועד בו האדם הסובל מההפרעה החל להיות מודע לה.

עד 12% מנערות מתבגרות עלולות לסבול מבולימיה נרבוזה, הפרעת אכילה בולמוסית או הפרעת אכילה/האכלה ספציפית או לא ספציפית דומה לבולימיה נרבוזה או להפרעת אכילה בולמוסית (Stice et al, 2013). לא ידוע עדיין מה שיעור הנערים הסובלים מהפרעה זו, אך יתכן שהדגש ההולך וגובר על מראה חיצוני אצל נערים תורם לעלייה בשיעור זה. כמו כן, קיימת סברה לפיה נערים בקהילה ההומוסקסואלית פגיעים יותר לבולימיה נרבוזה. במחקרים על נבדקים מעל גיל 15 יש מיעוט גדל ונרחב של בנים עם הפרעות אכילה ובייחוד הפרעת אכילה בולמוסית (Mitchison et al, 2014).

אטיולוגיה וגורמי סיכון

גנטיקה ונירוביולוגיה

קיימות עדויות משמעותיות לכך שגורמים גנטיים מורכבים תורמים לנטייה מקדימה (פרה-דיספוזיציה) להתפתחותן של הפרעות אכילה שונות, לא בהכרח בהתאם לסיווגים האבחנותיים המקובלים (Mitchison et al, 2014). מחקרים משפחתיים הראו הצטברות מקרים בתוך משפחות, ומחקרי תאומים, הן באנורקסיה נרבוזה והן בבולימיה נרבוזה, מצביעים על התאמה גבוהה יותר בקרב תאומים מונוזיגוטיים לעומת תאומים דיזיגוטיים. במחקרים בסקנדינביה (Gillberg & Råstam, 1992), הוצע קשר בין אנורקסיה נרבוזה לבין הפרעות על הרצף האוטיסטי, כגון תסמונת אספרגר, במיוחד בקרב בנים.

במקרים רבים קיימת אצל קרובי משפחה של נערה הסובלת מאנורקסיה נרבוזה שכיחות גבוהה של קווי אישיות פרפקציוניסטיים וכפייתיים. אין מדובר בתורשה ישירה של הפרעת האכילה, אלא, ככל הנראה, בכך שאנשים מסוימים יורשים קווי אישיות של פרפקציוניזם ורמת חרדה גבוהה, ולקות בלכידות מרכזית (central coherence) - הנטייה הקוגניטיבית לקלוט פרטים קטנים במקום את ה"תמונה הגדולה".

במקרים של בולימיה נרבוזה או הפרעת אכילה בולמוסית, נראה כי קרובי משפחה אחרים הינם בעלי סיכוי גבוה יותר להיות פגיעים להשמנת יתר, דיכאון ושימוש לרעה בחומרים פסיכואקטיביים. כמו כן, נמצא כי קיימים מקרים רבים בהם הפרעות אכילה הן קומורבידיות עם הפרעת אישיות גבולית, או מקשות על אבחונה.

במבט לעתיד, מחקרים רבים נערכים על הקשר בין הורמונים במעיים וויסות תיאבון בהפרעות אכילה. ההשפעה של רעב על החיידקים במעיים עשויה לסייע בהסברה של שינויים בתחושת שובע והעדפות טעם של הסובלים מאנורקסיה נרבוזה עם התקפי אכילה.

גורמים סביבתיים

משפחות בהן לפחות אדם אחד סובל מהפרעת אכילה עלולות לתרום להתפתחותה הן ברמה הגנטית והן ברמה הסביבתית. מכיוון שהפרעות אכילה מופיעות בסביבה משפחתית של סיכון גנטי מוגבר, קשה להפריד בין הגורמים הגנטיים התורמים להן לבין אלה הסביבתיים.

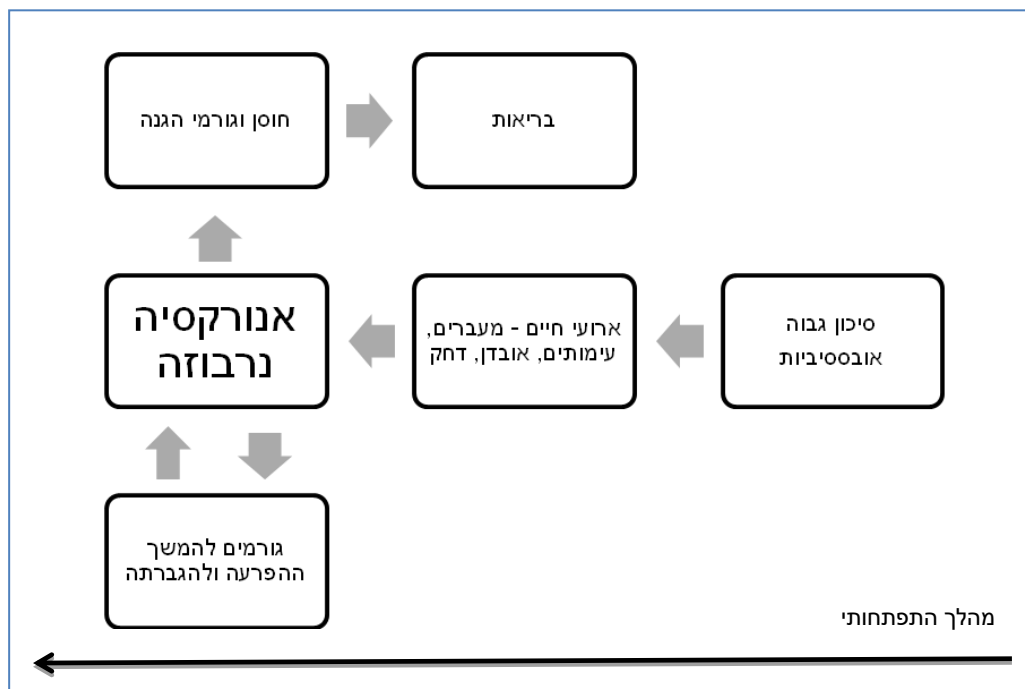
מחקר אשר מצא היארעות גבוהה של אובדן סב-לידתי במשפחותיהן של נערות שסבלו מאנורקסיה נרבוזה (Shoebri & Gowers, 2000) מצביע על אבל פתולוגי כגורם סיבתי אפשרי, אך החוקרים לא הביאו בחשבון את האפשרות שהאמהות עצמן היו בעלות משקל נמוך, ולכן בסיכון מוגבר להפלות. מחקר זה מצא גם כי לנערות שסבלו מאנורקסיה נרבוזה סיכוי נמוך יותר לבלות לילה מחוץ לבית לפני גיל 12, בהשוואה לקבוצת ביקורת. ממצא זה משקף, כנראה, תגובה אמפתית לאישיותן של הילדות ולא את הגורם להפרעה.

טריגרים

אין ספק שגיל ההתבגרות וההתבגרות המינית מהווים טריגרים חשובים (Mitchison et al, 2014). בני הנוער חווים בו זמנית את האתגר של החיים עם גוף משתנה וגדל, עם דחפים הורמונליים חדשים, ציפיות תרבותיות חדשות, דרישות חדשות בתחום המיני, השכלי והחברתי והצורך לעבד את כל אלו בעזרת מוח אשר בעצמו נמצא בעיצומו של שינוי אנטומי וכימי מרחיק לכת. עם זאת, ניתן להבחין כי מדובר בטריגרים בלתי ספציפיים. בכוחם של גורמים אלה לעורר הפרעות שונות אצל מתבגרים בעלי פגיעות מוקדמת (פרה-דיספוזיציה) לבעיות שונות, כגון דיכאון, הפרעה טורדנית-כפייתית או שימוש לרעה בחומרים פסיכואקטיביים. בנוסף, הגורמים המאיצים להופעת אנורקסיה נרבוזה ובולימיה נרבוזה עשויים להיות זהים, וההפרעות אף יכולות להידמות זו לזו בשלביהן

הראשוניים. נערות עם בולימיה נרבוזה לעיתים יורדות במשקל במידה מסוימת לפני שהתקפי האכילה מקזזים מגמה זו. אצל חלק מהחולות מופיע מהלך תנדתי של מעבר בין האבחנות השונות. על כן, קיים קושי להשתמש בהגדרות ובסיווגים הנוכחיים כדי להבחין בין הפרעות, שיתכן ושורשיהן הגנטיים, ותגובתן לטיפול, שונים.

תרשים ה.1.1. מודל התפתחות של אנורקסיה נרבוזה



מאפיינים קליניים ואבחון

אנורקסיה נרבוזה

מערכות סיווג פסיכיאטריות כגון ה-ICD-10 וה-DSM-5 מגדירות אנורקסיה נרבוזה כדלקמן:

- הגבלת אכילה המובילה לירידה מכוונת במשקל, או העדר גדילה ועלייה במשקל ובגובה על פי הצפוי בהתאם לגיל ולמגדר
- פחד מפני עלייה במשקל, יחד עם/או קושי לשמור על משקל תקין בהתאם לגיל ולגובה
- הפרעה בתפישת דימוי הגוף, בה כל מצוקה מתורגמת לתפישה כי הגוף שמן מדי

ב-DSM-4, על מנת להתאים לקריטריונים לאבחנה, הייתה צריכה להתקיים ירידה בשיעור של 15% לפחות לעומת המשקל התקין המינימלי, או, לפי ה-ICD-10, BMI נמוך מ-17.5 בקרב מבוגרים שגדילת גופם הסתיימה. הווסת בדרך כלל חסרה (אם כי אצל נשים שנוטלות גלולות נגד הריון יתכן דימום בהפסקת הגלולות). אצל גברים, רמת טסטוסטרון נמוכה מובילה לאטרופיה של הגניטליה ולהעדר זיקפת בוקר. בתת-הסוג המגביל, המשקל הנמוך מושג באמצעות הרעבה עצמית בלבד, או

מהו בולמוס?

הגדרת בולמוס:

- אכילה בבת אחת, של כמות מזון שגדולה משמעותית מכפי שמקובל לאכול באותו פרק זמן.

ובנוסף:

- קיימת תחושת אובדן שליטה על האכילה.

הסובלות מההפרעה עלולות לבסוף להתיימש מהניסיון לשלוט בבולמוסים, ואפילו לתכנן אותם. חלק מהחולות באנורקסיה נרבוזה מתארות כל צריכת מזון בלתי מתוכננת כבולמוס. בבולימיה נרבוזה לרוב מופיעה התנהגות מיטהרת (purging) לאחר הבולמוס, והחולות עשויות להשתמש במושג בולמוס כדי להתנהגות המיטהרת. ב-ICD-11 הקריטריון שהבולמוס יהיה אובייקטיבית גדול עשוי להתבטל.

בשילוב עם פעילות גופנית עודפת. בתת-הסוג של התקפי אכילה/התנהגות מטהרת מתקיימת גם התנהגות מטהרת באמצעות הקאה, או שימוש במשלשלים, משתנים או תרופות הרזיה כדי להיפטר מהקלוריות. קיימת הסכמה נרחבת על כך שמטופלים רבים, שלמעשה מתאימים לרוח האבחנה, לא יתאימו לקריטריונים אלו, וה-DSM-5 הוסיף קטגוריה נוספת תחת הפרעות אכילה/האכלה ספציפיות אחרות: אנורקסיה נרבוזה לא ספציפית עבור מקרים בהם האדם איבד משקל באופן משמעותי אך עדיין אינו בתת משקל.

במקרה של ילדים ומתבגרים, חשוב עוד יותר לא להיצמד להגדרות נוקשות של משקל תקין, וה-DSM-5 אינו מגדיר גבול עליון לקריטריון של תת משקל. זאת משום שבקרב צעירים המשקל והגובה מהווים מטרות נעות כאשר הגוף עדיין מתפתח. נער בריא בן 12 באחוזון 50 במשקל ובגובה יהיה בעל BMI של כ-17.5, אשר יחשב כתת משקל אצל אישה בוגרת. לעומת זאת, נערה מתבגרת שהוריה גבוהים עשויה להיות בעלת BMI בטווח הנורמלי, אבל מצמצמת באופן קיצוני את צריכת המזון שלה כך שקצב המטבוליזם הבסיסי (BMR- basal metabolic rate) שלה מואט, היא מפסיקה לגדול וחווה תסמינים כפייתיים קשים. כיום היא תקבל אבחנה של אנורקסיה לא טיפוסית.

דרך הפעולה המיטבית היא לציין את המשקל והגובה של מטופלים צעירים על עקומות גדילה מתוקנת, כדי להשוות את ההתקדמות והמגמות למצופה. מידע אודות הגובה של ההורים מסייע להערכת הגדילה. המהלך הגלוי של משקל וגובה הילד מהווה את האומדן הטוב ביותר לתזונה בריאה עבור המוח המתפתח. כפי שצוין לעיל, ההגדרות והסיווגים הנוכחיים אינם מיטיבים להבחין בהבדלים אפשריים בפגיעות הגנטית, אך מתבגרים שהפרעת האכילה גורמת להרעבתם חייבים טיפול להזנה מחדש, כדי למנוע עיכוב בהתפתחותם הגופנית והנירולוגית, ללא קשר לאטיולוגיה המדויקת.

מטופלות הסובלות מאנורקסיה נרבוזה נוטות לגונן על ההרגלים שלהן, או להיות כה ממוקדות בירידה במשקל, שהן כבר לא שמות לב להשלכות הגופניות והחברתיות של ההרעבה, או מכחישות אותן. לכן חשוב לשמוע גם מהורים, אחים או אחרים המסוגלים למסור מידע. מומלץ לתעד את ציר הזמן של הירידה במשקל, המשקל הגבוה והנמוך ביותר של המטופלת, המשקל הרצוי לדעתה ומחזור הווסת שלה. המטפלים צריכים לדעת על צריכת המזון היומית נוכחית של המטופלת, צריכת נוזלים, כולל משקאות בתכולה קלורית נמוכה ומשקאות המכילים קפאין, אלכוהול, סמים ותרופות. האם קיימים הקאה מכוונת, פעילות גופנית כפייתית, שימוש במשלשלים, תרופות הרזיה או תרופות צמחיות, וחשיפה מכוונת לקור? התנהגויות אלו פוגעות בבריאות ובתפקוד החברתי, במקביל למניעת

גליה

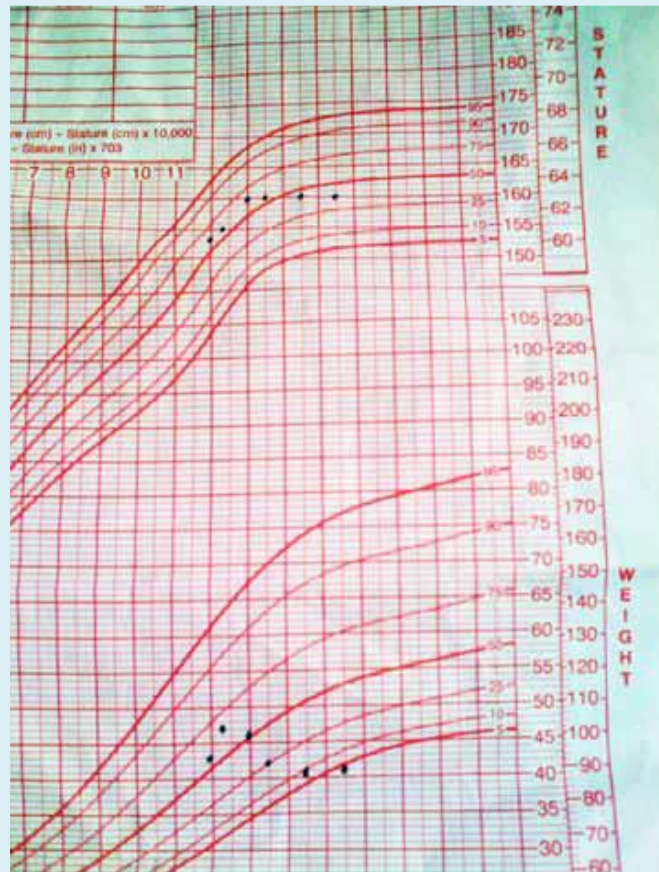
גליה בת ה-14 הגיעה לקליניקה לבריאות הנפש לבני נוער לאחר שבסדרת בדיקות של מערכת העיכול לא נמצא הסבר לירידה במשקל, עצירות וכאבי בטן מהם סבלה. היא נבדקה על ידי פסיכולוגית, שהעלתה אפשרות לפגיעה מינית. הוריה של גליה הגיבו לכך בעלבון רב. גליה הפסיקה בהדרגה לאכול כל סוג של מזון שהתקשר בעיניה לכאבי בטן, וכעת התקיימה מטווה מוגבל ביותר של מזון תפל, בכמויות שהלכו וקטנו.

גליה אושפזה במחלקת ילדים, שם היא סירבה כמעט לכל מה שהיה בתפריט, ולבסוף הוזנה באמצעות זונדה (בהסכמתה ובהסכמת הוריה) כאמצעי מעשי להזנה מחודשת. עם זאת, כאשר עלתה במשקל, גליה הייתה במצוקה וביקשה להשתחרר, מאחר ולא הצליחה לסבול את "ההשמנה". היא עברה הערכה של פסיכולוג ילדים שאבחן אותה כסובלת מאנורקסיה נרבוזה.

עלייה במשקל. החולות נוטות לעסוק בשילוב של התנהגויות הקשורות לבדיקת הגוף (שקילות חוזרות ונשנות, מדידות, התבוננות במראה, נגיעה, מישוש, צביטה, מדידת בגדים מסוימים והשוואה לאחרים) והימנעות (למשל לא להיראות בבגד ים או ללא איפור, או חוסר יכולת להתקלח בגלל הסלידה מהגוף). הן הימנעות חברתית והן עימותים חברתיים הן תופעות נפוצות, ולעיתים נערות ביישניות וצייתניות הופכות אלימות מילולית או פיזית, או פוגעות בעצמן אם הכללים הנובעים מהפרעת האכילה שלהן מאויימים. נערות הסובלות מקשיים בעלי אופי בולימי עלולות לחוש רעב כה נואש שהן גונבות מזון או אוגרות אותו.

עקומת משקל לדוגמה

בסוף בית הספר היסודי הייתה נערה זו בין הגבוהות בקרב חברותיה, עם יחס תקין בין המשקל לגובה. אך היא פיתחה אנורקסיה נרבוזה, וירדה במשקל תוך חודשים בודדים. מתחילת המחלה היא גם הפסיקה לגבוה, ונשארה מאחור בהשוואה לבנות כיתה.



שאלונים וסולמות דירוג שימושיים

- The Eating Disorders Examination – גרסת דיווח עצמי (EDE-Q), Fairburn & Beglin, 1994). כלי זה נגיש באופן חופשי, והינו אחד משאלוני הדיווח העצמי הנפוצים ביותר. השאלון מתאים למתבגרים, אך לא לילדים צעירים יותר.
- Eating Disorders Inventory-3 (Garner, 2004). שאלון לדירוג עצמי המתייחס ל-12 תחומי חשיבה, התנהגות ותפקוד חברתי בהקשר לאכילה. מתוקף עבור מטופלים צעירים יותר, ורגיש לשינויים.
- The Children's Eating Attitudes Test (Maloney et al., 1988). גרסה של השאלון EAT המיועד למבוגרים, גם הוא לדיווח עצמי.
- Morgan-Russell Average Outcome (MRAOS) Scale (Morgan & Hayward, 1988). כלי מבוסס ראיון המעריך את התוצאה הכללית באנורקסיה נרבוזה.
- Bulimic Investigatory Test (Freeman, BITE) Test (Henderson, 1997). שאלון דיווח עצמי, מתוקף עבור מטופלות מבוגרות אך מתאים גם לנערות, רגיש ביותר לשינויים בתסמינים בולימיים ולכן שימושי למעקב אחר התקדמות הטיפול.

שאלון SCOFF (Morgan et al, 1999)

- האם את גורמת לעצמך להקיא בגלל שאת מרגישה מלאה בצורה לא נעימה?
- האם את חוששת שאיבודת שליטה על הכמות שאת אוכלת?
- האם לאחרונה הפחתת ממשקלך יותר מ-6 ק"ג בתקופה של 3 חודשים?
- האם את מאמינה שאת שמנה, כאשר אחרים אומרים שאת רזה?
- האם היית אומרת שהאוכל משתלט על חייהך?

באופן מפתיע, הסביבה לעיתים אינה מבחינה אפילו במשקל נמוך מאד, אם המטופלת הצעירה מתלבשת ומתאפרת באופן מוקפד. בני משפחה שרואים אותה מדי יום עלולים שלא לשים לב לשינוי זחלני. מודעות בבתי הספר ובקרב מטפלים בקו הראשון של המגע עם הקהילה יכולה לסייע. ניתן ליצור הרגל בו שואלים מטופלים צעירים אודות הרגלי האכילה שלהם, כמעשה שבשגרה. שאלון SCOFF (Morgan et al, 1999) הינו כלי סינון מתוקף וקצר לאיתור הפרעות אכילה, דומה במהותו לשאלון CAGE לאיתור בעיות עם אלכוהול (ראו מסגרת). חשוב לחפש באופן פעיל את התסמינים הנפשיים של הפרעות האכילה, ולא להתקדם אך ורק באמצעות שלילה של מחלות גופניות. מרוב דאגה לא לפספס סוכרת, פעילות יתר של בלוטת התריס, סיסטיק פיברוזיס, מחלות מעיים, גידולים סרטניים או סיבות אחרות לירידה במשקל, במקרים רבים עוברים מטופלים צעירים רבים בדיקות מופרזות, בעוד שהאפשרות של אנורקסיה נרבוזה מוזנחת.

בולימיה נרבוזה

באבחנה זו מתבססת בדרך כלל על התנהגויות של התקפי אכילה והתנהגות מטהרת (binge-purge) אצל מטופלות במשקל תקין. שאלון BITE (ראה טבלה) מהווה אמצעי שימושי להערכת היקף התסמינים וחומרתם. וסת לא סדירה, בעיות פוריות, פרכוסים בלתי מוסברים ועייפות כרונית צריכים לעורר חשד להפרעת אכילה. תלונות על מערכת העיכול יכולות לנבוע מהפרעת אכילה וגם לשמש לה תירוץ (כמו בתיאור המקרה של גליה). תופעות נפשיות אפשריות נוספות כוללות דיכאון, חרדה, תסמינים כפייתיים ובעיות במערכות יחסים. כמובן שהסיכון גבוה יותר בקרב נערות, אך גם במקרה של ירידה בלתי מוסברת במשקל אצל נערים יש לשאול על תזונה, פעילות גופנית והיחס למבנה הגוף. תצפית בבית חולים או במרפאת יום עשויה לחשוף תסמינים שהמטופל לא יחשוף בפני המטפלים.

הפרעת אכילה בולמוסית

אבחנה זאת ניתנת כאשר יש בולמוס חוזר בהעדר התנהגויות מפצות של טיהור, צום או פעילות גופנית כפייתית. התנהגויות לא מיטהרות במטרה לשלוט על המשקל, עשויות להתקיים אך לא בתדירות מספיקה עבור אבחנה של בולימיה נרבוזה. בניגוד לאנורקסיה ובולימיה נרבוזה, אין דרישה לדאגה בנושא של דימוי גוף. עם זאת, כן נדרשת תחושת מצוקה ניכרת כמו גם לפחות שלושה סימפטומים נוספים המהווים תוצר של התקפי אכילה (כגון אשמה ותחושת גועל).

הפרעות אחרות

DSM-5 מציין חמש קטגוריות של הפרעות האכלה/אכילה ספציפיות (OSFED- other specified feeding or eating disorder):

- אנורקסיה נרבוזה לא טיפוסית
- בולימיה נרבוזה תת סיפית
- הפרעת אכילה בולמוסית בתדירות נמוכה או למשך זמן מוגבל
- הפרעה מטהרת
- תסמונת האכילה הלילית

מי שאינו עומד בקריטריונים של הפרעות האכלה/אכילה ספציפיות (OSFED) או באלו של הפרעת צריכת מזון המנעותית/מוגבלת (ARFID) (הימנעות ממזון/צמצום עם השלכות פיזיולוגיות או פסיכולוגיות בהעדר דאגה לדימוי גוף), עשוי לקבל אבחנה של הפרעת האכלה/אכילה לא ספציפית (UFED- unspecified feeding or eating disorder). במהדורה החדשה של ה-ICD-11 (ICD-11) צפויות להתווסף אבחנות של ARFID וקטגוריות תת סיפיות.

חקירת המצב הגופני והתסמינים הפסיכולוגיים

הפרעות אכילה והאכלה מחייבות הערכה רב-תחומית, הכוללת בירור גופני, יומן אכילה, עקומות גדילה והערכה פסיכיאטרית. ההיסטוריה והמעורבות המשפחתית הן חשובות ביותר. צפייה בארוחה משפחתית עשויה לספק תובנות מאירות עיניים, רצוי בבית המשפחה. לחלופין ניתן לבקש מהמשפחה להביא עמה ארוחה ארוזה לאכילה במרפאה.

מדידת המטופלות ושקילתן היא הכרחית. חוסר נכונות קיצוני להישקל עשוי להיות תסמין של עיסוק מוגזם בדימוי הגוף. לפיכך, את הטיפול במטופלות אשר משתפות פעולה עם הניטור הגופני ניתן לנהל בצורה בטיחותית יותר דרך מרפאות חוץ, לעומת מטופלות שאינן משתפות פעולה, ושניתן

רק לשער את מידת הרזון שלהן. רופאים לעיתים מסרבים לאשפז מטופלות בעלות אבחנה פסיכיאטרית, מה שעלול לדחות את הטיפול בהשלכות הגופניות של ההרעבה.

בדיקות דם שגרתיות מסייעות בשלילת חלק מהאבחנות המבדלות השכיחות לירידה במשקל. באנורקסיה נרבוזה, רמת הגלוקוז נמוכה (אלא אם קיימת במקביל סוכרת בלתי מאוזנת). בלוטת התריס במקרים רבים מראה תת-פעילות הגנתית, הניתנת לתיקון, כאשר רמת ה-TSH תקינה או מעט נמוכה, בעוד שבמקרה של ירידה במשקל כתוצאה מיתר-פעילות של בלוטת התריס נראה T4 גבוה ו-TSH נמוך. מבחינת האלקטרוליטים, יתכן שתמצאנה רמות נמוכות (המשקפות צריכת חלבון נמוכה), או גבוהות (המשקפות מחסור בנוזלים) של אוראה ורמות נמוכות של אשלגן (בשל הקאות). בדיקות תפקודי הכבד עשויות להצביע על בעיות נלוות של סמים או אלכוהול, אם כי גם הרעבה קיצונית לבדה יכולה לגרום נזק לכבד. אנורקסיה נרבוזה גורמת במקרים רבים לאנמיה, ואם הספירה הלבנה אינה נמוכה, הדבר עשוי להעיד על זיהום. נויטרופניה נפוצה אצל מטופלים הסובלים מהרעבה. אם הרמה

לא לאנורקסיה

"חשבתי שזו תהיה הזדמנות טובה להשתמש בסבל שלי כדי להעביר מסר, ולהצמיד סוף-סוף דמות למה שהרזון מייצג ולסכנה הטמונה בו – סכנת מוות", אמרה איזבל קארו, שחקנית ודוגמנית צרפתייה שנפטרה מסיבוכים של אנורקסיה נרבוזה ב-17 בנובמבר 2010, בטוקיו, יפן, כשהיא בת 28.

קארו קיבלה טיפולים שונים, ללא הצלחה. היא סבלה מאנורקסיה נרבוזה מאז שהייתה בת 13, ואושפזה לראשונה בגיל 20. בשפל, בשנת 2006, היא נכנסה לתרדמת כאשר היא שוקלת 25 ק"ג בלבד (BMI של 9.2).

קארו ניצלה את שנות חייה האחרונות כדי לפעול נגד השימוש בדוגמניות רזות מאד בתעשיית האופנה. שיאו של קמפיין זה הגיע כאשר היא הצטלמה בעירום למודעה נגד אנורקסיה של חברת ביגוד. התמונות פורסמו בעיתונים ובשילטי חוצות, תחת הכותרת "לא לאנורקסיה", במהלך שבוע האופנה במילאנו בשנת 2007. בתקופה זו ה-BMI של קארו היה נמוך מ-12. זרקור הופנה לתעשיית האופנה בהקשר של אנורקסיה, לאחר שדוגמנית ברזילאית בת 21 מתה מההפרעה. תמונותיה של קארו עוררו מהומה וגררו דיונים רבים. תחילה אושר הקמפיין על ידי משרד הבריאות האיטלקי, אך לאחר מכן נאסר על ידי הרשות המפקחת על הפרסום, בעוד הרשויות בצרפת הורו לחברות צרפתיות לא לעשות בו שימוש. חלק מהקבוצות אשר עובדות עם חולות אנורקסיה סברו גם הן כי הקמפיין אינו מועיל.

קארו דיברה רבות על אנורקסיה, על מאמציה לגבור על המחלה ועל האיום של הפרעות האכילה בעולם האופנה. היא פעלה לחקיקת חוק בצרפת שיאסור על דוגמניות לעבוד אם הן רזות מדי.



"לא לאנורקסיה" מטופלת שנפטרה, פרסום של IACAPAP, פברואר 2011, עמוד 28.

נמוכה משמעותית מאחד, יש להגן על המטופל מפני חשיפה לזיהומים. בדיקת אק"ג מסייעת בניטור מצב האלקטרוליטים והלב. סריקה שנתית של צפיפות עצם, במידת האפשר, מאפשרת מעקב אחר הסיכון לאוסטאופורוזיס, אך בשלב זה סביר שלא תשנה את ניהול הטיפול.

נשים צעירות עלולות להיכנס להריון במשקל נמוך בצורה הפוגעת בבריאותן, וההקאות הופכות את השימוש בגלולות למניעת הריון ללא מהימן. כדאי תמיד לקחת בחשבון את האפשרות של הריון בצעירות עם שינוי במשקל, הקאות והעדר וסת. אם קיימים הפרעת אכילה והריון במקביל, המטופלת זקוקה למעקב גופני, תזונתי ופסיכולוגי קפדני ביותר במהלך כל תקופת ההריון ולאחריה, כדי שהאם והתינוק יוכלו לבנות קשר בריא ולשרוד יחד את הפרעת האכילה. הפרעות אכילה, גם בדרגה תת-קלינית, עלולות לפגוע בפוריות ולהגדיל את הסיכון לפגיעה בעובר. ההריון והלידה עלולים להיות קשים יותר. יש למצוא מידע עדכני אודות הסיכון היחסי של תרופות לעומת הפרעות בלתי מטופלות בתקופת ההריון וההנקה. אימהות שסבלו בעצמן מהפרעות אכילה צפויות להזדקק לתמיכה כדי ללמוד כישורים להאכלה בריאה ומהנה של פעוטות. בהתאם לכך, תמיד רצוי לדון בסוגיות הקשורות לכניסה להריון בצורה רגישה ותומכת.

יש תמיד לבצע הערכה של תסמיני מצב רוח וחרדה. זוהי דרך מועילה למצוא שפה משותפת עם מטופלות שדוחות את התייחסויות גופניות. יתרה מכך, הסיכון לפגיעה עצמית ולאובדנות מוגבר בכלל הפרעות האכילה (Arcelus et al, 2011).

תחלואה נלווית (קומורבידיות)

כאשר בוחנים את המצבים שלהלן כאבחנות מבדלות, חשוב להכיר גם באפשרות שיתקיימו במקביל להפרעת אכילה.

קומורבידיות פסיכולוגיות

- דיכאון. יש להבחין בין מצב רוח ירוד ודכדוך כתופעה משנית של ההרעבה לקומורבידיות של אפיזודה דיכאונית מג'ורית.
- חרדה וכפייתיות. בחלק מהמקרים, הפרעת אכילה היא חלק מקשת תסמינים של חרדה קיצונית. חרדה חברתית היא הקומורבידיות השכיחה ביותר (Swinbourne et al, 2012). הרעבה גם יכולה לגרום לתסמינים כפייתיים סביב מזון ודימוי הגוף (Keys, 1950).
- הפרעות על הרצף האוטיסטי.
- הופעה של הפרעת אישיות גבולית. אכילה בולמוסית הינה התנהגות נפוצה לוויסות רגשי בהפרעת אישיות גבולית אבל בהקשר זה היא מתקיימת ללא הערכת יתר של משקל או גזרה.

תסמונת חידוש הזנה (refeeding syndrome)

תסמונת זו מוגדרת כתנודות במאזן המזלים ובאלקטרוליטים שעשויות להיות בעלת פוטנציאל קטלני. התסמונת מתרחשת לעיתים אצל חולים בתת-תזונה, שמקבלים הזנה מהירה מדי, שאינה מאוזנת בקפידה, מלאכותית או אפילו דרך הפה. התסמונת מורכבת משילוב של שינויים ביוכימיים, אלקטרוליטריים, במאזן הנוזלים ובחילוף החומרים, אשר יכולים לכלול או להוביל להיפופוספטמיה, היפומגנזמיה, היפוקלמיה, הרחבת הקיבה, אי ספיקת לב, בצקת חמורה, בלבול, תרדמת ומוות. תסמונת חידוש ההזנה הייתה גורם תמותה שכיח בתקופה המוקדמת של ניהול מחלת האנורקסיה נרבוזה, וכן בטיפול בחולים אחרים שסבלו מהרעבה. עם זאת, קיימת ביקורת לפיה ההנחיות הנוכחיות לחידוש הזנה לוקות בזהירות יתר, וגרמות תחילה לירידה נוספת במשקל, תוך עלייה בסיכון והארכת השהות בבית החולים. כאשר מתבצע ניטור רפואי ותוספת הולמת, בייחוד של זרחן, אין סיבה שתסמונת ההזנה המחודשת תתקיים.

חידוש הזנה ביתי יכול להתבצע בצורה בטיחותית יותר על ידי הימנעות משינויים פתאומיים בתזונה, ושימוש במוצרים בעלי תכולת זרחן גבוהה, כגון חלב, כמרכיב חשוב בתזונה.

- שימוש לרעה בחומרים פסיכואקטיביים. סטרואידים עשויים לשמש עבור בניית שרירים וסמים ממריצים עבור הרזיה. אופיאטים גורמים לבחילות ולדיכוי תיאבון. צעירים עלולים להשתמש בכל הכסף הזמין להם לקניית סמים במקום מזון.
- תסמונת עייפות כרונית: יכולה להיות קשורה להפרעות אכילה, ולא תגיב לטיפול מבלי להתייחס לכל התסמינים בו-זמנית.

קומורבידיות גופנית

- סוכרת. הימנעות מהזרקת אינסולין היא תופעה נפוצה בקרב אנשים עם סוכרת התלויה באינסולין, במיוחד נערות, שעבורן זהו אמצעי לירידה במשקל. כתוצאה מכך, גם אם המשקל נותר בטווח התקין ואין התנהגויות מיטהרות נוספות, עלול להיגרם נזק בלתי-הפיך לגוף בשל בקרה גליקמית לקויה. שיעור התמותה בקרב אנשים עם סוכרת במקביל להפרעת אכילה גבוה בהרבה מאשר שיעור התמותה עבור כל אחת מהמחלות בנפרד.
- סיסטיק פיברוזיס היא מחלה נוספת בה תת-טיפול במחלה מוביל לירידה במשקל, שעלולה להיות רצויה מנקודת מבטה של המטופלת הצעירה, אך לגבות מחיר שהיא אינה מודעת אליו מבחינת בריאותה הכללית.

- בהפרעות במערכת העיכול, אפילפסיה ואפילו סרטן עלולה להיות נטייה אצל מטופלות צעירות הרגישות לדימוי גופן להזניח כל טיפול המעלה את משקל הגוף.
- השמנת יתר. יותר ויותר אנשים עם בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה בולמוסית סובלים מהשמנת יתר/עודף משקל.

מהלך המחלה והנטל כתוצאה ממנה

אנורקסיה נרבוזה היא אחת הבעיות הפסיכיאטריות החמורות ביותר. בעוד שכ-40% עשויים להחלים באופן מלא, לאחוז קטן מהלך חמור ומתמשך. זמן ההחלמה הממוצע (כאשר מחלימים) עומד על שש עד שבע שנים (Strober et al, 1997; Steinhausen, 2002; Steinhausen et al, 2003). בשל כך, הסובלות מאנורקסיה נרבוזה מהוות נטל משמעותי על השירותים הפסיכיאטריים ועל משפחותיהן, כאשר התחלואה בקרב בני המשפחה המטפלים בהן דומה לזו של משפחות של חולים סכיזופרניים (Whitney, 2007). תסמינים של בולימיה נרבוזה לעיתים נסוגים באופן ספונטני בקרב

קטע מתוך מכתב לאנורקסיה

מר אנורקסיה יקר,

אני כותבת את המכתב הזה כדי להיפרד ממך. כן, באמת! אני כבר לא מאוהבת בך. זה לא אתה, זאת אני. לעולם לא אשכח אותך. אהבתי אותך באמת ובתמים פעם, והיה לנו טוב יחד למשך תקופה, אבל אתה זקוק ליותר מדי וזה הורס את החיים שלי.

המשפחה שלי מעולם לא חיבבה אותך, אבל זה רק גרם לך להיראות יותר מגניב. אבל אז גיליתי שאני מאבדת חברות בגללך, והן אמרו שההורים שלי צודקים ושאתה לא מתאים לי. לא באמת אכפת לך ממני, אני מבינה את זה עכשיו – אתה רוצה שאחשוב עליך כל הזמן, במקום לדאוג לעצמי כמו שצריך...

צעירות, אך עדיין קיימת מחלוקת בשאלה אם אבחון והתערבות מוקדמים מובילים לתוצאות טובות יותר, או שמא הם רק משקפים את מהלכה הטבעי של ההפרעה בגיל ההתבגרות. מעל לחמישים אחוז מהסובלים מבולימיה נרבוזה או הפרעת אכילה בולמוסית יהיו ברמיסיה במעקב לאחר 5 שנים (Steinhausen & Weber, 2009) אך סימפטומים לא מטופלים עשויים להישאר עם השפעה משמעותית על איכות החיים מבחינה בריאותית (Hay et al, 2012).

ניהול המחלה

אנורקסיה נרבוזה

באנורקסיה נרבוזה מתמודדים הקלינאים עם האתגר של ניהול הסכנה הגופנית החמורה, תוך מודעות לכך שהפסיכופתולוגיה מגבירה את הסיכון מעבר לזה הנובע מהמצב הגופני עצמו. ירידה מהירה במשקל (יותר מקילוגרם בשבוע, או פחות מכך אצל ילדים צעירים) היא מסוכנת. הסכנה למוות גוברת כאשר נוספים לכך הקאות או שימוש לרעה בחומרים פסיכואקטיביים. לגבי מטופלות כאלה יש להתייעץ בדחיפות עם מומחים. חלקן זקוקות לאשפוז, ואף לטיפול בניגוד לרצונן אם הדבר הכרחי להצלת חייהן. בין הסימנים לסכנה גבוהה במיוחד בקרב מטופלות רזות מאד ניתן למנות חולשה (קושי בעלייה במדרגות או בהתרוממות מתנוחת כריעה), כאב בחזה והאטה קוגניטיבית.

מדדים גופניים לסיכון, כגון בדיקות דם או שקילה, אינם מייצגים את גורם הסיכון ההתנהגותי, שאינו קיים אצל חולות בעלות מדדים דומים עקב מחלות אחרות. בנוסף, מהאחרונות ניתן לצפות שישתפו פעולה עם עצות הרופאים ועם הטיפול, במקום להתנגד ולחתור תחתיו. לפיכך, מחלקות רפואיות כלליות זקוקות לתמיכה נוספת כדי לטפל בילדים ובצעירים הסובלים מהפרעות אכילה, כדי להתמודד מתוך חמלה אך בנחישות עם התנהגות מזיקה מצדם.

קיימת דחיפות מיוחדת בהזנה מחודשת של ילדים בתת-משקל. ככל שהילד קטן יותר, כך ההתייבשות וההידרדרות מהירות יותר. חילוף החומרים אצל ילדים מהיר מזה של מבוגרים. גדילת הגוף והחשיפה לזיהומים מציבים דרישות נוספות. הרעבה בתקופות של גדילה פיזיולוגית חיונית עלולה לגרום נזקים לטווח ארוך. כך למשל, הרעבה בקרב בני 10-14 בעת המצור על לנינגרד נקשרה לרמות גבוהות יותר של לחץ דם, כולסטרול ותמותה כללית אצל השורדים. לרעב בהולנד בשנת 1944 (Stein et al, 1975) היו השלכות דומות, כולל השפעה של הרעבה בדור השני, כגון השמנת יתר אצל צאצאים של נשים שסבלו מהרעבה בזמן ההריון. יתכן עיכוב בלתי-הפיך בגדילה אצל מי שסובל מהרעבה בתקופת ההתבגרות המינית, כמו גם השפעות על המוח, שעודנו מתפתח. המוח,

ובפרט האונות הפרונטליות, ממשיך להתפתח לאורך שנות גיל ההתבגרות, הן באמצעות מייאליניזציה והן באמצעות תהליכים של צמצום (pruning) בחיבורים עצביים (Giedd, 2008). התפתחות זו באה לידי ביטוי בהתפתחות הכישורים החברתיים והיכולת לחשיבה מופשטת. חולות רבות באנורקסיה נרבוזה חמורה יכולות להמשיך לתפקד ולהצליח מבחינה אקדמית אם כי יראו בגרות שטחית.

הרעבה לטווח קצר והקאות פוגעות בתפקוד הקוגניטיבי, עם שונות גבוהה בין מטופלים. כאשר התזונה חוזרת להיות תקינה מתרחשת התאוששות משמעותית, המאפשרת שיתוף פעולה טוב יותר בטיפול הפסיכולוגי. גם ההתפתחות החברתית והפסיכולוגית לעיתים נפגעת בשל המחלה והאשפוז. ממצאים משמחים מעידים כי משפחה תומכת המקבלת טיפול משפחתי יכולה לשמש כתחליף לטיפול באשפוז, לשמר את ההתקדמות ולאפשר שחרור מוקדם מביה"ח (Madden et al, 2014).

עקרונות מודל מודסלי לטיפול משפחתי באנורקסיה נרבוזה (בכל מקום בו מדובר על נערה הכוונה לשני המינים)



- עידוד המשפחה להתייחס למחלה ברצינות רבה.
- החצנה של האנורקסיה נרבוזה – כלומר, מדברים על המחלה כעל ישות נפרדת ("האנורקסיה") ומתייחסים אליה כמחלה מסכנת חיים ולא כבחירה של הנערה.
- הטיפול אינו מתמקד בגורמים למחלה ונמנע מהאשמת המשפחה במחלת בתם.
- לעומת זאת, האחריות להחלמה מוטלת באופן מפורש על המשפחה, בשותפות עם אנשי המקצוע. ניתן להניח כי משפחות יודעות הכי טוב איך להאכיל את ילדיהם.
- המבוגרים מחזירים לידיהם את השליטה עד אשר הנערה מסוגלת שוב לאכול באופן עצמאי. הם מתבקשים להפעיל את כל הכישורים הקיימים שלהם ובמידת הצורך ללמוד כישורים חדשים כדי להצליח בטיפול בנערה.
- רק כאשר מושגת הזנה מספקת ונשמרת לאורך זמן, יכולה להתקיים בדיקה של סוגיות התפתחותיות.

ילדים שמרעיבים את עצמם מעוררים במשפחותיהם פחד, חוסר אונים וכעס, באופן מובן, ורמות העוררות הגבוהות מקשות עוד יותר על האכילה. בחינוך המשפחות יש להימנע מהאשמה ולעודד לקיחת אחריות, להכיר בחומרה ובקושי של המצב, וללמד לפעול בנחישות בשילוב עם רוגע. כאשר בני המשפחה המטפלים בילד מסוגלים להבין את פחדיו, אך אינם מרפים מעמדה ברורה לפיה התסמינים בלתי מקובלים ומזיקים, הם מסייעים בכך לטיפול. שיתוף פעולה עם המחלה מחד, ויחס בריוני אליה מאידך, אינם יעילים לתמיכה בשינוי בריא, לעומת התעניינות נחושה.

תקשורת עם בית הספר ועם כל גורם מעורב אחר היא מועילה. מורים ומדריכים אולי לא יהיו מעוניינים לפקח על ארוחות, אך ביכולתם להציב גבולות מותאמים לפעילות גופנית ולכוסר, ולאפשר תנאי פרטיות בזמן הארוחה. טיולי בית ספר יתכן שאינם בטיחותיים עבור ילדים בעלי משקל נמוך או אכילה טקסית.

שיחה מוטיבציונית

- צפו לאמביוולנטיות
- הביעו אמפתיה
- אפשרו ביטויי התנגדות
- פתחו את הבנת הסתירות
- תמכו בעילות עצמית
- בצעו ניתוח החלטות: מה היתרונות והחסרונות של הפרעת האכילה?

על מה לא ניתן להתפשר?

- המטופלות מתקדמות, גם אם לאט, לעבר טווח משקל תקין ולא מתרחקות ממנו
- על כולם ללמוד לקבל את המעקב הרפואי ולשתף עמו פעולה, על מנת לשמור על בטיחות ולפתח אמון וכבוד
- לרופאים ולהורים יש חובה משפטית ומוסרית להציל חיים ולמנוע נזק בלתי הפיך

התמחות תזונתית הכרחית במחלקות אשפוזיות ובטיפול בחולים לא מאושפזים. עם זאת, הבעיה אינה נעוצה בידיעה מה לאכול; עיקר ההתמודדות נעוץ ביכולת ללמוד איך לשאת את כמות הקלוריות הנדרשת. הזנה מחודשת מרכזית לטיפול, והחלמה אינה אפשרית בלעדיה. השבת המשקל בניגוד לרצון המטופלת תוביל להחלמה אך ורק אם הטיפול, או החיים כשלעצמם, יצליחו לשכנע אותה לשמור מרצונה על משקל תקין. טיפול, ובייחוד טיפול משפחתי, נדרש כדי לאפשר האכלה מצילת חיים, שעליה לא ניתן להתפשר. טיפול משפחתי עשוי לסייע למשפחות להימנע משחיקה ומדיכאון. יתרה מכך, הטיפול המשפחתי הוכח כטיפול היעיל ביותר בהפרעה זו עד כה בטווח הארוך, ומומלץ על ידי תקנות בינלאומיות (NICE, 2004; Hay et al, 2014). מאמצים לטפל בדיכאון אצל מטופלות במשקל נמוך קיצוני צפויים להשיג הצלחה מוגבלת, אם הם אינם מלווים בהזנה מחודשת.

גישות מוטיבציוניות

למרבה הצער, כאשר מציגים לילדות נבונות את הסכנות הגופניות הטמונות בהרעבה, נדיר כי תגובתן תהיה בהלה וכתוצאה מכך חזרה לאכילה תקינה. למעשה, אדישות הילדה, לעומת הדאגה והפחד ההולכים וגוברים של המבוגרים, עלולה להעמיק את הפער ביניהם. הגישה העדיפה היא לעזור לילדה, בהדרגה ובצורה חוזרת ונשנית, לראות את הקשר בין התסמינים שאינם נעימים לה – התשה, אי שקט, כפייתיות, עיסוק יתר במזון ובהימנעות ממנו, בעיות שינה, רגישות לקור, אובדן חברויות, חוסר יכולת להשתתף בפעילויות חברתיות, ירידה בביצועים בספורט או בלימודים, דאגנות של ההורים – לבין האנורקסיה נרבוזה. עם ההתקדמות, כדאי לעזור לה להבחין בכך שעלייה במשקל מביאה עימה יתרונות בהתאמה: יותר אנרגיה, חשיבה בהירה, עמידות בפני קור, צמיחה לגובה (בדרך כלל להיות גבוה נחשב "מגניב"), יכולת ליהנות עם חברים והרגשה מספיק טובה כדי לחזור ולהשתתף בפעילות מהנה.

עלינו להכיר, מתוך אהדה וללא כעס, בתועלת הנלוות ללא ספק להפרעת אכילה חמורה: הכוח לאלץ אחרים לטפל ולרצות, שחרור מציפיות חברתיות ומיניות ותחושה של שליטה על גוף שהיה קודם כל כך בלתי צפוי. המטופלות הצעירות זקוקות לדרכים חדשות להתמודדות עם היבטים אלה בחייהן, מבלי שתצטרכנה להרעיב את עצמן.

עקרונות הראיון המוטיבציוני הותאמו לשימוש בניהול הפרעות אכילה, על בסיס גישתם של מילר ורולניק (Miller and Rollnick, 2008), לטיפול בהפרעות של שימוש לרעה בחומרים פסיכואקטיביים. עקרונות אלה לא נועדו להוות טיפול העומד בפני עצמו, אלא לאפשר פיתוח של קשר טיפולי בנסיבות



מורכבות (Geller, 2005). הקלינאי מעודד את מטופליו לחקור את השלכות ההתנהגות האנורקטית, בצורה הפתוחה והמדעית ביותר שניתן, כך שהמטופלת היא זו שמנסחת את החסרונות, עד כמה שהדבר אפשרי. כאשר מטפלת אומרת למטופלת מה לעשות, המטופלת נכנסת לעמדת התנגדות כברירת מחדל (גם הקלינאים המוכשרים ביותר מוצאים את עצמם במצב זה, אך ביכולתם לצאת ממנו כאשר הם מבחינים בדפוס זה). קיימים ספרי הדרכה המסייעים בקידום טכניקות מוטיבציה, כגון כתיבת "מכתבי אהבה" ו"מכתבי דחייה" לאנורקסיה נרבוזה.

קלינאים, שחוקרים ברגישות את התחושות האמביוולנטיות של המטופלים ושואפים להבין הן את היתרונות והן את החסרונות של הפרעת האכילה, הם בעלי סיכוי טוב יותר למצוא את עצמם עומדים לצידה של המטופלים, נגד ההפרעה. עבור המטופלים, הוויתור על הפרעת האכילה הוא פחות מאיים אם יש להן הזדמנות ללמוד כישורי התמודדות חלופיים.

טיפול תרופתי

מטאפורה מועילה בעבודה עם אנורקסיה נרבוזה היא: "מזון הוא תרופה". משמעות הדבר היא שיש לרשום לחולים מזון ועליהם ליטול אותו בזמנים הנקובים ובכמויות שנקבעו. המטלה של האחיות או של ההורים היא להגיש את ה"תרופה" הזו, במינון הנכון, ולוודא שהנערה נוטלת אותה. תפקידה של הנערה הוא ליטול את התרופה ולא להיפטר ממנה, גם אם היא אינה אוהבת את הטעם או מוטרדת מתופעות הלוואי (עלייה במשקל). על כך לא ניתן לקיים משא ומתן. באפשרותה של המטופלת לבחור רק באיזו דרך היא תקבל את התרופה: דרך הפה בצורת מזון, דרך הפה בצורת תחליפי שתיה תעשייתיים (במידה ואלה זמינים) או באמצעות הזנה נזוגסטית.

קיימת תמיכה מחקרית מועטה למתן תרופות פסיכואקטיביות לטיפול באנורקסיה נרבוזה. יתרה מכך, חשוב להימנע מתרופות העלולות לגרום להארכת מקטע QTc, ובכך לסכן את הלב המוחלש (לדוגמה, תרופות אנטי-פסיכוטיות מדור ראשון, נוגדי דיכאון טריציקליים, חלק מהאנטיהיסטמינים ואנטיביוטיקה מקרולידית). דיווחים ראשוניים על האפשרות כי fluoxetine מקטין את הסיכוי להישנות ההפרעה (relapse) אצל חולות באנורקסיה נרבוזה, שמשקלן חזר לרמה תקינה, לא שוחזרו למרבה הצער, במחקרים מאוחרים יותר.

הולכות ומצטברות עדויות לכך שמינון נמוך יחסית (2.5-10 מ"ג) של Olanzapine או תרופות אנטי פסיכוטיות אחרות, מסייעים להפחתת חשיבה חזרתית (רומינציות) ולשיפור הסובלנות לעלייה במשקל, הן בקרב מבוגרות והן בקרב נערות החולות באנורקסיה נרבוזה. כמו כן ישנן עדויות לבטיחותה של תרופה זו (Couturier & Lock, 2007). זו עשויה להיות אפשרות עדיפה לעומת בנזודיאזפינים למטרות הקלה על חרדה, ובמידת הצורך הרגעה, ע"מ לאפשר מתן הזנה נזוגסטית.

בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה בולמוסית

נראה, כי ניתן לסייע לצעירות עם בולימיה נרבוזה באמצעות נוגדי דיכאון, כמו אצל מבוגרות - בדרך כלל fluoxetine במינון של 60 מ"ג ביום (Couturier&Lock, 2007) ואלו נמצאו יעילים גם עבור הפרעת אכילה בולמוסית. עם זאת, הטיפול המיטבי בשתי ההפרעות, הן עבור מתגברות והן עבור מבוגרות, הינו טיפול קוגניטיבי התנהגותי המתמקד בתסמינים הבולימיים (Pretorius et al, 2009). כאשר אין בנמצא מטפלים שהוכשרו בשיטה זו, דווחו תוצאות טובות שהושגו תוך שימוש בחוברות לעזרה עצמית, דיסקים או תוכניות מבוססות אינטרנט, עם תיווך או הנחיה של איש מקצוע במידת האפשר. נרשמו הצלחות בטיפול בבולימיה נרבוזה אצל מבוגרות צעירות גם בשימוש במודל התרפיה הבין-אישית (IPT) של קרמן ווייסמן (Kerman and Weissman), העשוי לשמש חלופה סבירה ל-CBT גם עבור מתגברות (Fairburn et al, 1995).

נראה שיהיה זה הגיוני להשתמש בטיפול קוגניטיבי התנהגותי גם במקרים של הפרעות אכילה עם משקל נמוך, ולא רק בהפרעות אכילה עם משקל תקין. ואכן הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי המחוזק של פייברן (cognitive behavioral therapy – enhanced; CBT-E), גרסה משודרגת של CBT, הומלצה על ידו כמתאימה לכל סוגי הפרעות האכילה, עבור מטופלות מגיל 15 ומ-BMI של 15 ק"ג/מ² (Fairburn, 2009). עם זאת, רבות מהמטופלות הצעירות אינן נכללות בקטגוריה זו.

מודלים של מתן שירות להפרעות אכילה

המפתח לטיפול בטוח ויעיל באנורקסיה נרבוזה הינו תיאום הולם של תפקוד המערכת המטפלת. הדבר קשה מכפי שניתן להניח, מאחר והמטופלות נוטות לפעול בצורה אינסטינקטיבית להגנה על ההתנהגות האנורקטית ויוצרות בלבול ושיבוש מרחבים בתהליך הטיפולי. בית הספר עשוי להוות מקום קשה במיוחד עבור נערות הזקוקות להשגחה. במקום להוות אבן דרך במסע לעבר בריאות והתקדמות, החזרה ללימודים עלולה לשמש נסיגה מהפיקוח של המבוגרים, דבר המאפשר את המשך ההתנהגויות האנורקטיות. האווירה התחרותית סביב מבחנים בבית הספר עלולה לעודד אף יותר את התגובות האנורקטיות והכפייטיות ללחץ. בנוסף, המבוגרים מתקשים, לעיתים תכופות, להעדיף את הטיפול לעומת המשך הלימודים בבית הספר.

לאשפז או לטפל בבית?

במחקר של גורס ועמיתיו (Gowers et al, 2007) נמצא כי במקרים בהם ניתן בצורה בטיחותית לטפל במטופלות עם אנורקסיה נרבוזה בקהילה ולא באשפוז, התוצאות היו טובות יותר במידה משמעותית. זאת, במיוחד אם הטיפול ניתן במרפאת חוץ שמתמחה בהפרעות אכילה. אפילו מרפאות חוץ פסיכיאטריות כלליות ונער השיגו שיפור גופני ופסיכוסוציאלי רב יותר מאשר טיפול באשפוז. ההנחיות כיום ממליצות טיפול במרפאות חוץ עבור מתגברות עם אנורקסיה נרבוזה במצב רפואי יציב. במקרים בהם אין טיפול אמבולטורי זמין, ניתן להשתמש בשירותי סיוע ובמתן טיפול רפואי מרחוק (telemedicine) במסגרת של טיפולי בית.

טיפול קבוצתי נראה, על פניו, כדרך חסכונית יותר לספק טיפול, אך מטופלות עם אנורקסיה נרבוזה נוטות להימנע מקבוצות, או לנצלן כדי להתחרות עם חולות אחרות. לעומת זאת, טיפול קבוצתי נמצא כיעיל עבור מטופלות עם בולימיה נרבוזה או הפרעת אכילה בולמוסית. גם משפחות עשויות להרוויח מאד מתמיכה מצד הורים אחרים הנאבקים עם בעיות דומות, ומצטברות עדויות לערך הטיפולי של קבוצות המורכבות ממספר משפחות (Eisler, 2005).

כאשר מטופלת עם בולימיה נרבוזה שומרת על משקל תקין ויש לה נגישות למעקב רפואי מינימלי, טיפולים מבוססי אינטרנט או CD-ROM שנתיים עשויים להוות מענה ראשוני מועיל (Hay & Claudino, 2015). הצוות של שמידט (Schmidt) (Pretorius et al, 2009) התאים חומרים טיפוליים אלה עבור מתבגרים, לפי ספר העזרה-העצמית שכתבו, "Getting Better Bit(e) by Bit(e)" (Schmidt & Treasure, 1993).

מהלך המחלה ופרוגנוזה

בממצא מטריד ממחקרי מעקב מוקדמים של תיאנדר (Theander, 1985), התגלה כי 20% מהחולות באנורקסיה נרבוזה מתות מגורמים הקשורים להפרעה. גם היום, התמותה בקרב חולות אנורקסיה נרבוזה עומדת על פי עשרה מהשיעור באוכלוסייה הכללית, ואנורקסיה נרבוזה היא בין שלושת או ארבעת גורמי המוות המובילים בקרב בני נוער במדינות מערביות. נתוני התמותה הנמוכים יותר בימינו משקפים, במידה מסוימת, שינויים בקריטריונים האבחוניים: מאז פרסום ה-DSM III-R

ואולי זה רק שלב כזה?

קיימת מחלוקת בין המומחים וקיימים ממצאי מחקר שונים אודות התועלת שבהתערבות מוקדמת. יתכן שבחלק מהמקרים מתרחשת החלמה ספונטנית בשלב מוקדם, ללא תלות בטיפול. עם זאת, מהלך כרוני מקושר עם פרוגנוזה פחות טובה.

- במחקר פרוספקטיבי של סטייס ועמיתיו (Stice et al, 2009) ב-495 נערות, מגיל 12 עד 20, דווח כי השכיחות של הפרעת אכילה כלשהי, עד גיל 20, עמדה על 12%, אך רוב הסימפטומים נעלמו תוך מספר חודשים, ויותר מ-90% תוך שנה.

לעומת זאת:

- מחקר של פאטון ועמיתיו (Patton et al, 2013) מצא כי בעוד שאכילה לא תקינה בקרב מתבגרים עשויה להיפתר עם ההגעה לגיל הבגרות, יש סיכון מוגבר להפרעות מצב רוח ושימוש בחומרים ממכרים בשנים מאוחרות יותר.
- היי ועמיתיה (Hay et al, 2012) מצאו שסימפטומים כדוגמת בולמוסי אכילה קיימים לאורך זמן במדגם של נשים צעירות עם התנהגויות אכילה לא תקינות.
- במחקר של מיטסון ועמיתיה (Mitchison et al, 2013) נמצא כי במדגם קהילתי גדול של גברים ונשים דיווח עצמי של אנורקסיה נרבוזה נמצא קשור לאיכות חיים ירודה בנושאים בריאותיים.
- מחקר של שטיינהאוזן ועמיתיו (Steinhausen et al, 1991) מצא כי ככל שמשך הפרעת האכילה ארוך יותר, כך קשה יותר להחלים ממנה.
- במאמר של טרז'ר וראסל (Treasure & Russell, 2011) נטען כי טיפול מוקדם הוא חיוני, ונמצא רטרוספקטיבית כי מטופלות צעירות עם היסטוריה קצרה יחסית של אנורקסיה נרבוזה הדגימו תוצאות טובות יותר.
- שתי מטא-אנליזות (Raes et al, 2001; Schoemaker, 1997) מצאו כי זיהוי ואבחון מוקדמים לא הבטיחו החלמה מוקדמת יותר.

אתרי אינטרנט

רוב אתרי האינטרנט של הגופים המקצועיים הגדולים ושל עמותות הסיוע המרכזיות הם אמינים ועדכניים. ישנם אתרים מצוינים רבים המנהלים על ידי אנשים לא-מקצועיים, כמו גם אתרים המכילים מידע שגוי ומסוכן ואף אתרי "פרו-אנוורקסיה", אשר בדרך כלל מופיעים לתקופה קצרה או שאינם מתעדכנים.

• [The Centre for Eating and Dieting Disorders](#) (אוסטרליה)

• [Academy of Eating Disorders](#) – אתר בינלאומי המבוסס בארה"ב, ומציע מידע מועיל, כולל הנחיות לניהול רפואי.

• [Royal College of Paediatrics and Child Health](#) – אתר הארגון מכיל אזור בו ניתן לגשת לעקומות הגדילה של ארגון הבריאות העולמי (בריאות הילד --< פרויקטים מחקריים --< עקומות גדילה).

• [Royal College of Psychiatrists](#) – אתר הארגון מכיל מידע שימושי עבור אנשי מקצוע, בני משפחה מטפלים והסובלים מהפרעות אכילה, בכל הגילים.

• [BEAT](#) – לשעבר "ארגון הפרעות האכילה של בריטניה", מציע מידע וסיוע לאנשים לא-מקצועיים בכל ההיבטים של הפרעות אכילה.

• [Diabetics With Eating Disorders \(DWED\)](#) – אתר שמנהל על ידי אנשים שסובלים מסוכרת ומהפרעות אכילה, ולמענם.

• [Men get eating disorders too](#) – אתר המנהל על ידי גברים ונערים, ולמענם.

• [Something Fishy](#) – אתר בשפה האנגלית אשר מספק קישורים לאתרים בשפות אחרות.

• [The Butterfly Foundation](#) (אוסטרליה)

בשנת 1987, ובהמשך ה-IV-DSM בשנת 1994 נדרשת ירידה של 15% בלבד ממשקל הגוף (או BMI נמוך מ-17.5) כדי לאבחן אנוורקסיה נרבוזה, לעומת 25% (או BMI נמוך מ-15) שנדרשו קודם לכן. כתוצאה מכך, אוכלוסיית המאובחנות באנוורקסיה נרבוזה התרחבה, בעוד שמספר החולות שמגיעות להרעבה עד כדי מוות נותר בעיקרו קבוע. לכן, בראייה שטחית של הנתונים ניתן היה לחשוב ששיעור התמותה ירד. הדבר בולט עוד יותר עם פרסום ה-DSM-V בשנת 2013 שאינו דורש קריטריון משקלי מספרי ומסתפק בציון ירידה במשקל שהינה משמעותית מבחינה קלינית.

הטיפול באנוורקסיה נרבוזה הינו איטי וקשה: זמן ההחלמה הממוצע עומד על שש עד שבע שנים, אם כי הטיפול בפרק זמן זה הוא בדרך כלל אפיזודי ולא רציף. מטופלות צעירות יותר, שמקבלות טיפול אינטנסיבי, מראות, בדרך כלל, שיפור מהיר יותר, ויתכן שחלק מהמקרים יחלפו גם ללא טיפול.

ניהול משופר של ההפרעה תורם גם הוא למשך מחלה קצר יותר. כיום ידוע כי מערכת יחסים סובלנית ומכבדת מאפשרת מעקב לטווח ארוך ואפשרות למתן תמיכה. הטיפולים המוקדמים באנוורקסיה נרבוזה התבססו על פרוטוקול התנהגותי מחמיר, בו המטופלות החלו את האשפוז כשהן מרותקות למיטה והרוויחו "פריווילגיות" כגון שימוש באסלה במקום בסיר או מפגש עם מבקרים רק בתמורה לעלייה במשקל. פרוטוקולים כגון אלו כבר אינם נחשבים למועילים או לקבילים, אם כי באופן מצער הגישה לפיה מטופלות מקבלות "פרסים" או "עונשים" על בסיס משקלן כנראה ממשיכה להתקיים במרכזים טיפוליים מסוימים. יתכן וזוהי תגובה טבעית למהותה של המחלה, המספקת תחושת תגמול עבור ירידה במשקל והענשה על עלייה במשקל.

מיעוט משמעותי של חולות באנוורקסיה נרבוזה אינן מחלימות באופן מלא, אך מצליחות לחיות חיים נסבלים ובעלי ערך. לא ניתן לזהות את המטופלות שתהיינה בקבוצה זו כאשר הן עדיין נערות, ואין להתייחס אל צעירות כאל חולות כרוניות, אלא כאשר חלפו שנים רבות של טיפול.

הרעבה ותת-תזונה, מכל סיבה שהיא, פוגעות בפריון. המשקל

המינימלי הדרוש לקבלת וסת ולפוריות משתנה מאישה לאישה. צעירות עם אנורקסיה נרבוזה ומשפחותיהן פוחדות, במקרים רבים, כי פוריותן עלולה להפגע בצורה חסרת תקנה בעקבות ההפרעה, בעוד שלמעשה, חזרה למשקל תקין ודפוסי אכילה בריאים עשויים להשיב את הפוריות, כעבור זמן. נמצא כי גם למטופלות בשנות השלושים והארבעים לחייהן עם אמנוריא (אל-וסת) ראשונית ממושכת יש ביוץ תקין לאחר השבת משקלן.

עם זאת, מצער לציין כי שיעור התמותה מאנורקסיה נרבוזה נותר גבוה (Arcelus et al, 2011). התמותה העודפת נובעת בחלקה מהנזק הגופני הנלווה למחלה, ובחלקה מהתאבדות. חלק ממקרי המוות נובעים מבליעה של מנות יתר שכוונתן אמביוולנטית, ושלא היו קטלניות עבור אנשים במשקל תקין. כמו כן, ההשפעה של שימוש לרעה בחומרים פסיכואקטיביים מועצמת במשקל נמוך. במדינות קרות, רוב מקרי המוות מתרחשים בחודשי החורף, ורבים מהם נגרמים על ידי היפותרמיה ומחלות זיהומיות (כולל שחפת). הלב המורעב פגיע יותר לפעילות יתר בתנאי קור. במדינות חמות, התייבשות וזיהומים במערכת העיכול מהווים גורמי סיכון משמעותיים. הקאות יזומות עלולות לפגוע במערכת העיכול וליצור נטייה מוגברת לפרפורציה (perforation) בדרכי העיכול.

מעקב

בגיל הילדות והנעורים, וכאשר אנורקסיה נרבוזה מציבה איום חמור לחיי המטופלת, קיימת חובה לנקוט בפעולה. עם זאת, אם המטופלת אינה מחלימה למרות נסיונות מאומצים והיא אינה מצויה בסכנת מוות משמעותית, העדיפות העליונה הופכת להיות שמירה על קשר מועיל ועל דלת פתוחה, כדי לאפשר לה לקבל עזרה במידה בה היא מסוגלת לכך: מעקב רפואי, אוזן קשבת ושמירה על התקווה ועל החיים (Hay et al, 2014). מחקרים עדכניים מראים כי החלמה עדיין אפשרית, גם עשרים שנה לאחר הופעת המחלה. לאור קבוצת הגיל הפגיעה ופרק הזמן הממושך, הטיפול בדרך כלל מכיל מעברים רבים, למשל מעבר ממערך הטיפול בילדים לקליניקה למבוגרים, עזיבת הסביבה המוגנת-יחסית של בית הספר ובית ההורים, לעיתים לטובת לימודים מאתגרים באוניברסיטה או עבודה במקום מרוחק, ובהתאם לכך שינויים נוספים בטיפול הבריאותי.

מעברים הינם נקודות זמן מועדות להישנות המחלה ולנסיגה. נשים עם אנורקסיה נרבוזה נוטות לראות במחלתן אסטרטגיה להתמודדות, ואף כזהות יקרה לליבן, כך שדרושה השקעת מאמץ מצד אנשי מקצוע כדי לשכנע, או במידת הצורך לאלץ אותן לקבל טיפול. באופן לא מפתיע, רבים מאנשי המקצוע חווים כעס ותסכול בזמן זה או אחר. עם זאת, יש סיפוק רב כאשר מטופלת צעירה הסובלת מאנורקסיה נרבוזה מחלימה וחוזרת לחשוב באופן חיובי ולחוש סיפוק מחייה. חשוב להדגיש שאנורקסיה נרבוזה והפרעות אכילה אחרות הן הפרעות פסיכיאטריות בהן החלמה מלאה ומתמדת היא אפשרית.

מניעה

תוכניות מניעתיות מתקיימות בדרך כלל עבור קבוצות של ילדים או בני נוער, בבית הספר או בקליניקה, או בקבוצות של בני נוער כגון נבחרות ספורט. באופן כללי, תוצאותיהן של תוכניות המניעה מעורבות. בתוכניות ייעודיות נמצא גודל אפקט (effect size) קטן עד בינוני, בעוד שתוכניות אוניברסליות על פי רוב אינן אפקטיביות. ההתערבויות היעילות ביותר מתמקדות בשיפור של הערכה עצמית וקריאה ביקורתית של אמצעי התקשורת, תוך שימוש בגישה ספציפית – דיסוננס קוגניטיבי, במסגרת פרטנית או קבוצתית (Stice et al, 2007). במספר מדינות, כולל בישראל, נשקלה מדיניות לפיה יידרש BMI מינימלי לדוגמניות, וכבר היום חלק מבתי הספר למחול דורשים BMI בטווח מסוים, עם גבולות מינימליים ומקסימליים. עדיין מוקדם מדי להעריך את התועלת המניעתית של מדיניות מסוג זה, אך המסר לציבור הוא עוצמתי.

הועלו חששות לפיהן מסעי הסברה נגד השמנת-יתר עלולים להוביל לתופעת לוואי בלתי רצויה של עידוד הפרעות אכילה אצל מי שפגיע לכך. עם זאת, נמצא כי קידום בריאותי שמוצג בצורה מחושבת, תוך התייחסות לתזונה בריאה ולכושר גופני (בניגוד להתמקדות בירידה במשקל), עשוי להגן גם מפני השמנת יתר וגם מפני הפרעות אכילה הקשורות לדימוי הגוף (Schwarz & Henderson, 2009).

מחסומים ליישום הטיפול במדינות מתפתחות

עד לא מזמן, מנהגי אכילה מסורתיים וטקסיים והשפעות משפחתיות סיפקו הגנה יחסית מפני התפתחות של הפרעות אכילה במדינות מתפתחות, וכן סביבה אידיאלית לטיפול במי שבכל זאת סובל מהמחלה. דפוסי האכילה הקבועים והמובנים, בסביבות ייחודיות, והאתוס לפיו על המטופלים לאכול את מה שמונח לפניהם ללא ויכוח ומתוך כבוד לאחרים האוכלים לצדם, קרוב מאד ליחס הבריאה המסורתי לאכילה המאפשר לבני אדם לשמור על בריאות גופנית, פסיכולוגית וחברתית. אידיאל דימוי הגוף הרזה לא אומץ בתרבויות שאינן מערביות עד העת האחרונה, וגם כיום, במדינות בהן שורר פחד מפני מחלת האיידס, אין נטייה להעריך גוף רזה.

אירוניה עזובה היא שבעוד שהערכים המעוותים והכפיייתיים לגבי דימוי הגוף זוכים לתפוצה נרחבת הודות לטלוויזיה, לאינטרנט ולערוצי מדיה נוספים, קשה יותר לשירותי הבריאות להדביק את קצב התפתחות הנזקים. למרות שהטיפול בהפרעות אכילה בקרב צעירים אינו מחייב תרופות מתוחכמות או יקרות, חינוך והכשרה לטיפול פסיכותרפי מובנה הינו יקר באותה מידה, אם לא יותר. בולימיה נרבוזה והפרעות אכילה אחרות מגיבות באופן טוב לטיפול קוגניטיבי התנהגותי הניתן באמצעות עזרה עצמית, או עזרה עצמית עם הנחיה. מאידך קיימת עדות לכך שתוצאות הטיפול באנורקסיה נרבוזה קשורות בצורה הדוקה יותר לרמת הניסיון של המטפל מאשר למודל טיפול מסוים כלשהו (Hay et al, 2014). אנורקסיה נרבוזה, אף שהיא הרסנית, במקרים רבים היא מוסתרת, לא רק

על ידי החולה אלא גם על ידי המשפחה החשה בושה, כך שלקלינאים קשה לפתח מומחיות בתחום. מצד שני, מרכזי טיפול יעודיים הם יקרים מדי ורחוקים מדי כדי לשרת את מרבית אוכלוסיית העולם.

בסופו של דבר, המשפחה – או תחליף למשפחה – היא זו שתצטרך לבוא לעזרתה של הנערה ולהצילה מהמחלה. סגנון ההורות הנדרש לצורך כך לעיתים נוגד את האינטואיציה של משפחות מערביות ממעמד הביניים, ואולי גם של משפחות הסובלות מכפייתיות דומה לזו של הנערה החולה. עם זאת, טיפול משפחתי קיים בספרי הדרכה ומתואר בספר קריאה המיועד לקהל הרחב, כך שהוא נגיש לכל משפחה אוריינית ודוברת אנגלית (Lock et al, 2001; Lock & Le Grange, 2005). מחקרים עדכניים מראים כי המשפחות אינן השורש להפרעות אכילה, אלא מהוות את המקור המרכזי הסביר ביותר להחלמה.

- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, et al (2011) Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry* 68:724–731.
- Blake Woodside D (2003) Culture as a defining aspect of the epidemiology and aetiology of eating disorders. In Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ et al (eds) *Eating Disorders*. Chichester: Wiley, pp114-116.
- Bruch H (1978) *The Golden Cage: the Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.
- Couturier J, Lock J (2007) A review of medication use for children and adolescents with eating disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 16:173-176.
- Eisler I (2005) The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27:104-131.
- Fairburn CG (2009) *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn CG, Beglin SJ (1994) Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16:363-370.
- Fairburn CG, Norman PA, Welch SL et al (1995) A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52:304-312.
- Freeman C, Henderson M (1987) A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *British Journal of Psychiatry*, 150:18-24.
- Garner DM (2004) *Eating Disorders Inventory-3*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Geller J (2005) What a motivational approach is and what a motivational approach isn't: reflections and responses. *European Eating Disorders Review*, 10:155-160.
- Giedd JN (2008) The teen brain: insights from neuroimaging. *Journal of Adolescent Health*, 42:335-343.
- Gillberg C, Råstam M (1992) Do some cases of anorexia nervosa reflect underlying autistic-like conditions? *Behavioural Neurology*, 5:27-32.
- Gowers SG, Clark A, Roberts C et al (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 191:427-435.
- Gull WW (1874) Apepsia hysterica, anorexia hysterical. *Clinical Society's Transactions*, vii:22.
- Hay PJ, Claudino AM (2015) Bulimia nervosa: online interventions. *BMJ Clinical Evidence*. Mar 4. pii: 1009.
- Hay PJ, Buttner P, Mond JM et al (2012) A community-based study of enduring eating features in young women. *Nutrients* May 2012, 4(5).
- Hay P, Chinn D, Forbes D et al (2014) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 48:977-1008.
- Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT et al (2013) The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*. 73:904-914.
- Keys A, Brozek J, Henschel A et al (1950) *The Biology of Human Starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kiezebrink K, Campbell D, Mann E et al (2009) Similarities and differences between excessive exercising anorexia nervosa patients compared with DSM-IV defined anorexia nervosa subtypes. *Eating and Weight Disorders*, 14:e199-e204.
- Lasègue E-C (1873). On hysterical anorexia, *Medical Times and Gazette* (September 6, 1873), pp265-266 [original French report in *Archives Générales de Médecine* (April 1873), quoted in Brumberg JJ, *Fasting Girls*, Cambridge, Mas: Harvard University Press, p129].
- Lock J, Le Grange D, Agras WS et al (2001). *A Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. New York: Guilford.
- Lock J, Le Grange D (2005). *Help Your Teenager Beat an Eating Disorder*. New York: Guilford.
- Madden S, Morris A, Zurynski YA et al. (2009) Burden of eating disorders in 5–13-year-old children in Australia. *The Medical Journal of Australia* 190: 410–414.
- Madden S, Miskovic-Wheatley J, Wallis A et al (2014) A randomized controlled trial of in-patient treatment for anorexia nervosa in medically unstable adolescents. *Psychological Medicine*, 14:1-13.
- Maloney MJ, McGuire JB, Daniels SR (1988) The Children's Eating Attitudes Test (ChEAT). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44:632-639
- Miller WR, Rollnick S (2008). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd edition. New York: Guilford.

- Mitchison D, Hay P, Mond J et al (2013) Self-reported history of anorexia nervosa and current quality of life: Findings from a community based study. *Quality of Life Research*, 22:273–281.
- Mitchison D, Hay PJ (2014) The epidemiology of eating disorders: Genetic, environmental, and societal factors. *Clinical Epidemiology* 6: 89–97.
- Morgan HG, Hayward AE (1988). Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan-Russell outcome assessment schedule. *British Journal of Psychiatry*, 152:367-372.
- Morgan JF, Reid F, Lacey JH (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319: 1467-1468. doi:10.1136/bmj.319.7223.1467. NICE (National Institute for Clinical Excellence) (2004) Eating Disorders in Over 8s: Management. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg9>
- Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E et al (2014) Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*. 2:21.
- Patton G, Coffey C, Sawyer S (2013) The outcome of adolescent eating disorders: Findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *European Child & Adolescent Psychiatry* [Suppl 1] 12:25–29.
- Pike KM and Dunne PE (2015). The rise of eating disorders in Asia: a review. *Journal of Eating Disorders*, 3:33.
- Pretorius N, Arcelus J, Beecham J et al (2009) Cognitive behavioural therapy for adolescents with bulimic symptomatology: The acceptability and effectiveness of internet-based delivery. *Behaviour Research and Therapy*, 47:729-736.
- Raes DL, Schoemaker C, Zipfel S et al (2001). Prognostic value of duration of illness and early intervention in anorexia nervosa: A systematic review of the outcome literature. *International Journal of Eating Disorders*, 30:1-10.
- Schmidt U, Treasure J (1993). *Getting Better Bit(e) by Bit(e). A Survival Kit for Sufferers of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorders*. Hove: Psychology Press.
- Schoemaker C (1997). Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment outcome literature. *International Journal of Eating Disorders*, 21:1-15.
- Schwartz MB, Henderson KE (2009). Does obesity prevention cause eating disorders? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48:784-786.
- Shoebri P, Gowers S (2000) Parental high concern and adolescent onset anorexia nervosa, *British Journal of Psychiatry*, 176:132-137.
- Stein Z, Susser M, Saengler G et al (1975). *Famine and Human Development. The Dutch Hunger Winter of 1944-1945*. London: Oxford University Press.
- Steinhausen H-C (2002) The outcome of anorexia nervosa in the twentieth century. *American Journal of Psychiatry*, 159:1284-1293.
- Steinhausen H-C, Weber S (2009) The outcome of bulimia nervosa: Findings from one-quarter century of research. *American Journal of Psychiatry* 166:1331–1341.
- Steinhausen HC, Boyadjieva S, Griogoroiu-Serbanescu M, et al. (2003) The outcome of adolescent eating disorders: Findings from an international collaborative study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 12 Sup 1:191–198.
- Stice E, Shaw H, Marti CN (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3: 233-257.
- Stice E, Marti CN and Rohde P (2013) Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology* 122: 445–457.
- Strober M, Freeman R, Morrell W (1997). The long term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22:339-360.
- Swinbourne J, Hunt C, Abbott M, et al. (2012) The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 46:118–131.
- Theander S (1985). Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: Some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *Journal of Psychiatric Research*, 19:493-508.
- Treasure J, Russell G (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *British Journal of Psychiatry*, 199:5-7.
- Whitney J, Haigh R, Weinman J et al (2007). Caring for people with eating disorders: Factors associated with psychological distress and negative caregiving appraisals in carers of people with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 46:413-428.

World Health Organisation (1992). *The ICD-10
Classification of Mental & Behavioural Disorders: Clinical
Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World
Health Organization.