



מרכז לטיפול בהפרעות אכילה, הדריס כפר סבא
תוכנית הכשרת מטפלים מכון מגיד, ת"א

ד"ר עינת צוברי עו"ס

etzubery@clalit.org.il

[**www.shalvata.org.il**](http://www.shalvata.org.il)



הרצאה למתמחים ברפואת משפחה

- הקשר בין טיפול בהשמנת יתר לבין הפרעות אכילה
- כיצד נבחין בין דיאטת רזון לבין דיאטה שהידרדרה להפרעת אכילה גם כאשר ה-BMI גבוה מאד?
- **עקרונות האבחון בהפרעות אכילה. מהם הדגלים האדומים?**
- **צוות רב מקצועי: סקירת שיטות הטיפול ומגוון המרכזים להפרעות אכילה בארץ**
- **טיפול ראשוני בקהילה והפניית מטופלים למרכז מתאים למצבם. כיצד?**



משמעויות קליניות של הפרעות אכילה

- אטיולוגיה רב גורמית. בלי דיאטה/הפסקת אכילה אין הפרעה
- מחלה קשה עם שיעורי נכות ותמותה גבוהים (ב-AN 5-15%, ב-BN 1%) תחלואה פסיכיאטרית נלווית (לפחות 60%) דכאון מגורי, חרדה, הפרעות אישיות, התמכרויות
- קשר משמעותי ל-ADHD
- קשר משמעותי לטראומה מינית ולאובדנות
- תחלואה גופנית
- 40% סובלים מקשיים בתפקוד פסיכוסוציאלי ותעסוקתי
- 40% החלמה מלאה, 35% יחלימו באופן חלקי, 25% יסבלו שנים מהמחלה
- מענה טיפולי מורכב, ממושך, חלקי ויקר (4-7 שנים)



השלכות על בריאות הציבור

- לא יורד מסדר היום הציבורי (דוח מבקר המדינה , צה"ל)
- מגמת עלייה כלל עולמית בשיעורי התחלואה, "מגיפת המאה ה-21"
- עליה מתמדת ומזיקה בסיקור במדיה וברשת: "הדבקות" חברתית
- השפעה קשה על משפחה וקהילה
- חוסר טיפול ומניעה מביאים להתפשטות המחלה
- כניסה בעייתית של גורמים בלתי מקצועיים לזואקום הטיפולי
- מחסור בשירותים מתאימים בקהילה. אשפוז הוא לא מקום לטיפול !!!
- איתור מוקדם וטיפול אינטנסיבי ישפר באופן משמעותי את הפרוגנוזה



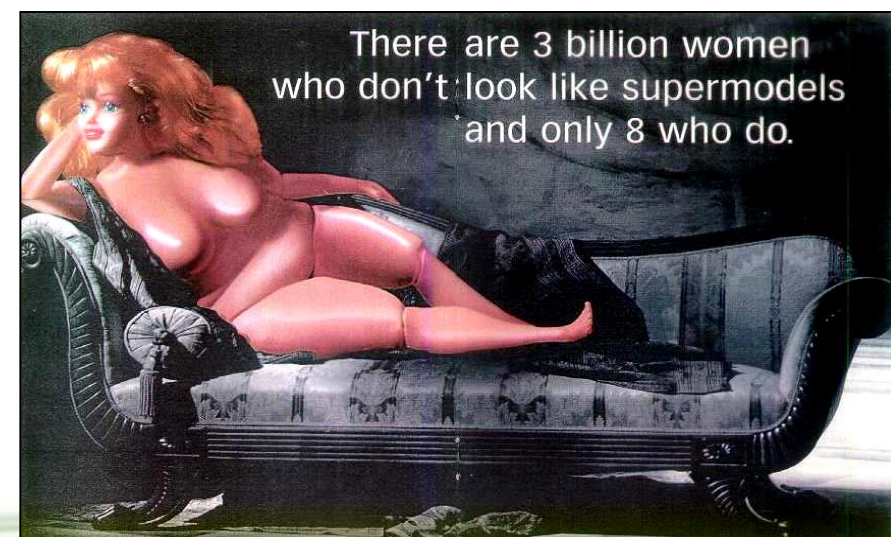
מה בין השמנת יתר להפרעות אכילה?

תמונת ראי של מגפת ההשמנה - מודל טרנס דיאגנוסטי

- Binge Eating Disorder
- Bulimia Nervosa
- Night Eating Syndrome
- Anorexia Nervosa

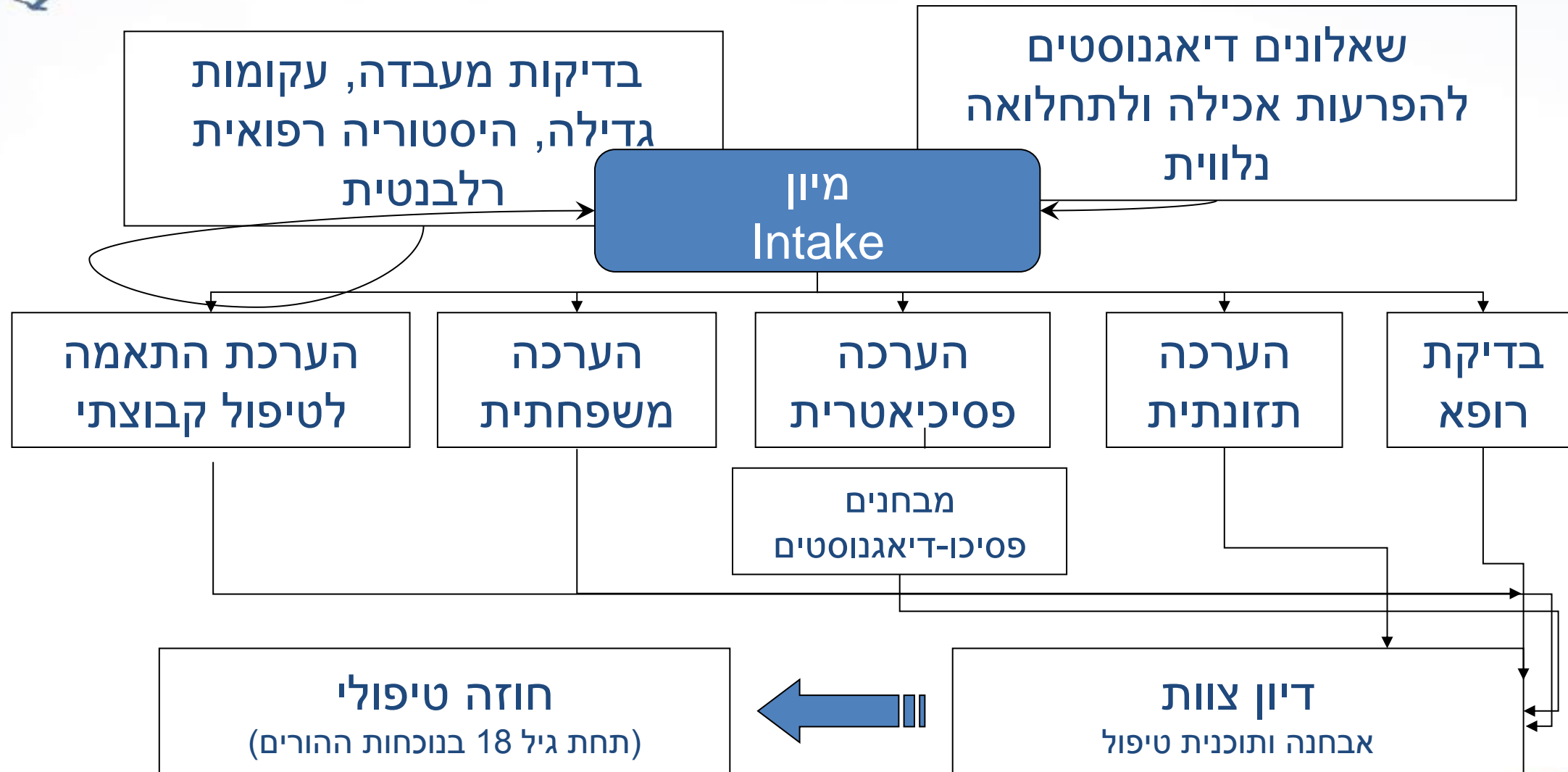


- Avoidant Restrictive Food Intake Disorder



אבחון רב מקצועי

מחויבים להוביל





תהליך טיפולי במרכז להפרעות אכילה

Family based program, focused on parents

מרפאת מבוגרים
חולות ממושכות
care not cure

טיפול יום ילדים ונוער

מרפאת ילדים ונוער

• ייצוב מצב גופני, הסדרת האכילה והפחתת התנהגויות מזיקות
• קבוצה פסיכו-חינוכית להורים / אחרים משמעותיים

- קבוצת המתנה/הכנה
- תכנית CBT - (BED, BN)
- תכנית DBT ל-טראומה מורכבת, תחלואה גלווית
- שיקום/ייצוב תחומי חיים שנפגעו לאחר שנים של מחלה
- יליווי חולות המצויות בבתים שיקומיים להפרעות אכילה
- התערבות מניעתית בהורות במקרים בהם האם סובלת מהפרעת אכילה
- קבוצת הורים
- קבוצת המשך

- אכילה בסביבה מכילה
- נרמול הרגלי אכילה
- ותיקון גופני
- הגעה למשקל יעד ראשוני.
- מניעה/קיצור אשפוז מלא.
- שמירה על המשך שגרת החיים הנורמלית
- ארבעה ימים בשבוע

- פסיכותרפיה פסיכו דינמית פרטנית לנערה
- "פסיכותרפיה הורית" פסיכו דינמית קבוצתית (25 מפגשים)
- טיפול משפחתי

היבטים בריאותיים, פסיכולוגים וחברתיים
של השמנת יתר, אל מול הסיכון הטמון
בדיאטות רזון בילדות ובגיל ההתבגרות

דילמה!



❖ כיצד נדע להבחין בין דיאטת רזון
לבין דיאטה שהידרדרה להפרעת אכילה?

מה בין נורמלי לפתולוגי?

PEDIATRICS[®]

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Eating Disorders in Adolescents With a History of Obesity

Leslie A. Sim, Jocelyn Lebow and Marcie Billings

Pediatrics; originally published online September 9, 2013;

DOI: 10.1542/peds.2012-3940



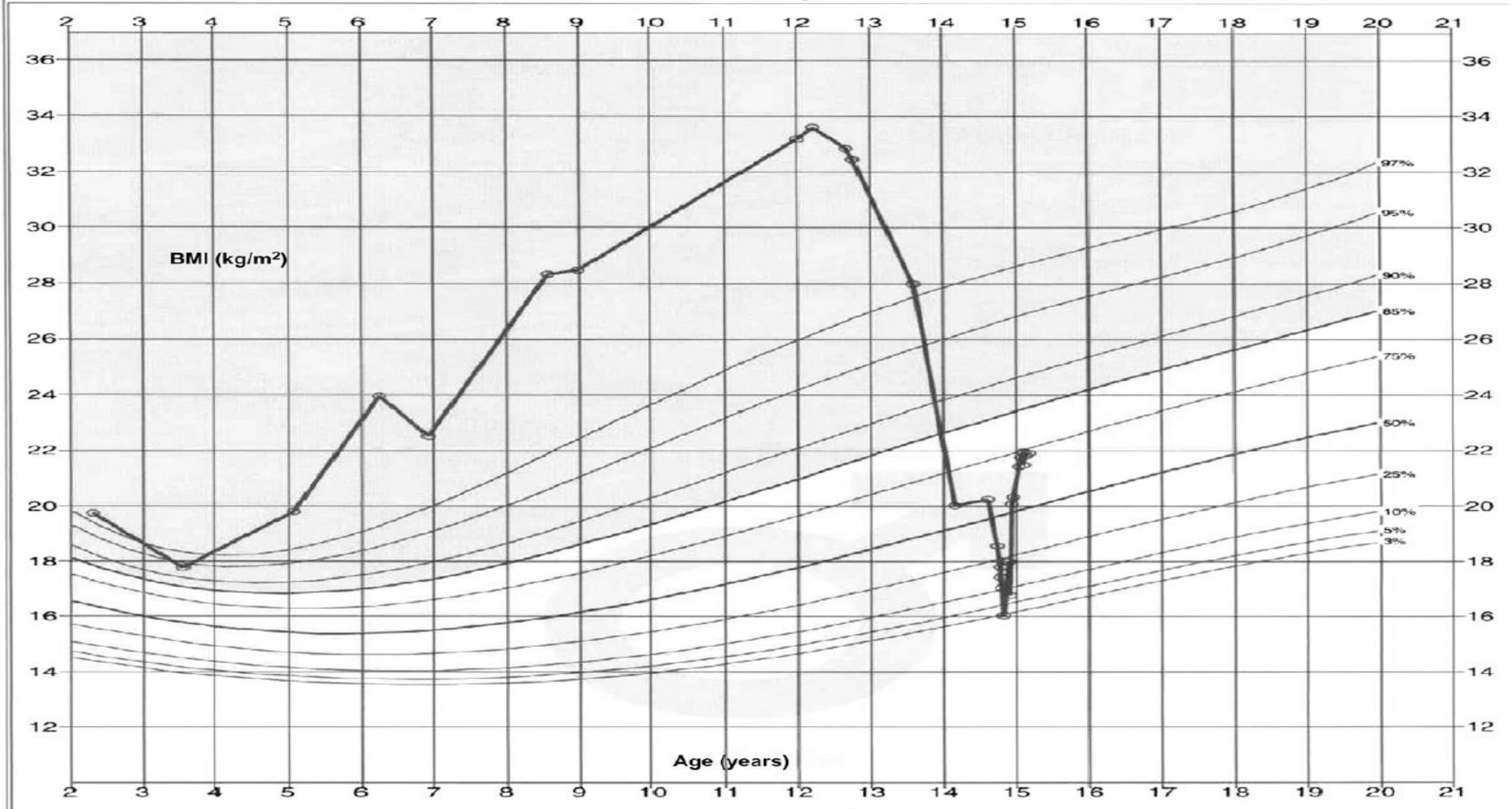
Atypical AN

- מתבגרים עם עודף משקל/השמנה הינם בסיכון לאנורקסיה לבולמיה או BED
- לרוב המטופלים עם AN יש היסטוריה של השמנה
- אבחון וזיהוי של ED בקרב מתבגרים עם השמנה מתרחש מאוחר יותר באופן משמעותי
- מטרת המאמר: להדגיש ולזהות את האתגרים והקושי בזיהוי, איתור וטיפול של ED בקרב מתבגרים עם השמנה ו/או היסטוריה של השמנה

תאור מקרה 1

- דניאל בן 14
- בגיל 12 הגיע למשקל שיא ול-BMI -33.6 (40 ק"ג מעל המשקל באחוזון 50 לגילו)
- דניאל התחיל לאכול בריא יותר ולבצע פי"ג במטרה לרדת במשקל
- בתקופה קצרה הוא התחיל להימנע מאכילת סוכרים, שומנים ופחמימות והתחיל לאכול "אוכל דיאטטי" בלבד
- צריכת הקלוריות היומית ירדה לכ-600 קק"ל ביום

BMI / Age



תאור מקרה 1-המשך



• דניאל התחיל לסבול מ:

— קשיים בריכוז

— ירידה במצב הרוח ורגזנות

— נסיגה משמעותית בקשרים חברתיים

— אי סבילות לקור

— עייפות

— גזים

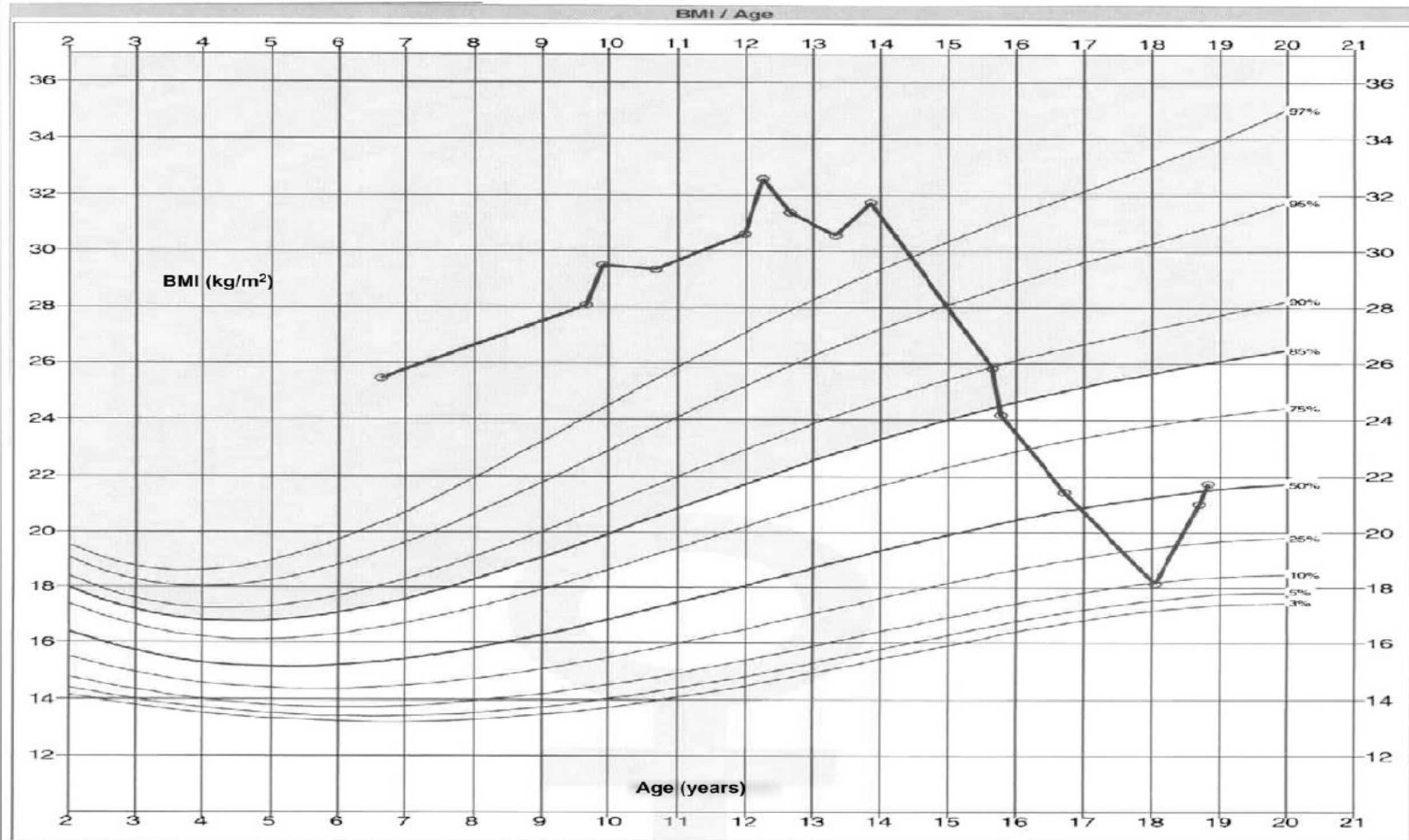
— עצירות

תאור מקרה 1-המשך

- צליאק, הליקובקטר פילורי, מבחן נשיפה, בלוטת תריס, MRI של המוח-הכל היה תקין
- ברדיקרדיה
- לאורך כל התקופה בבדיקות מעבדה-התייבשות
- דניאל הופנה להערכה למרפאה להפרעות אכילה רק כשנתיים לאחר תחילת דיאטת הרזון ולאחר שירד 40 ק"ג!

תאור מקרה 2

- קריסטין בת 18
- בגיל 12 הודרכה ע"י רופא המשפחה לאכילה בריאה ותוספת פי"ג לאור השמנה (BMI-33, מעל אחוזון 97)
- קריסטין עשתה מספר דיאטות ללא הצלחה
- בגיל 14 היא שקלה 85 ק"ג (BMI-32)
- היא התחילה לעשות דיאטה של 1500 קק"ל ורצה כל יום 7 מייל (11 ק"מ).
- היא ירדה 38 ק"ג תוך 3 שנים (אחוזון 10)



תאור מקרה 2-המשך

- כשנה לאחר התחלת הירידה במשקל היא עברה ברור רפואי עקב:
- אמנוריאה משנית
- סחרחורות
- Orthostatic intolerance
- הומלץ לה לשתות יותר מים ולהתחיל לקחת גלולות

תאור מקרה 2-המשך

- כשנתיים לאחר תחילת דיאטת הרזון ולאחר שירדה 18 ק"ג חזרה לרופא עם תלונות חוזרות של סחרחורות
- האם התריעה על תזונה דלת שומן ומוגבלת קלוריות
- כחצי שנה לאחר מכן נשלחה לברור של PCO עקב אמנוראה קריסטין סירבה וטענה שזה בגלל הריצה
- 3 שנים לאחר תחילת דיאטת הרזון היא הופנתה לרופא ספורט עקב כאבים בשוקה

תאור מקרה 2-המשך

- רופא ספורט חשד כי מדובר ב- "female athlete triad" עקב:
 - ירידה במשקל
 - אמנוראה
 - שברי מאמץ
 - בולמוסי אכילה
- הופנתה לדיאטנית ספורט שלא ראתה בעיה בצורת האכילה ובמשקל של קריסטין.
- בשלב זה רופא המשפחה המליץ על הפסקת הגלולות כדי לבדוק האם יש לה מחזור.
- האם הביעה דאגה שקריסטין סובלת מהפרעות אכילה וקריסטין הגיעה להערכה רק בגיל 18, 4 שנים לאחר תחילת דיאטת הרזון



דיון:

- ילדים ומתבגרים עם משקל יתר בסיכון גבוה לפתח הפרעות באכילה והפרעות אכילה
- ילדים אלו לא יפתחו רק בולימיה או BED אלא בסיכון גבוה לאנורקסיה נרבוזה
- בשל משקלם הגבוה, מאתרים אותם באיחור רב יותר באופן משמעותי מאשר ילדים עם תת משקל או משקל תקין
- במרפאת המחקר, הסימפטומים של ילדים אלו, שויכו לתסמונות רפואיות נדירות יותר מהפרעות אכילה
- במרפאת המחקר 45% מתוך 100 המטופלים הגיעו מרקע של השמנה (תיאורי מקרה)



דיון: המשך

הפרעת אכילה מסוג אנורקסיה יכולה להופיע במשקל גבוה וגם במשקל

- כל ירידה במשקל צריכה לעודד בדיקה

- סיבוכים רפואיים שהיו "דגלים אדומים" במשקלים נמוכים, נוטים להישכח ולהעלם אצל
כאשר בודקים מטופלים אלו

- העיכוב באבחון וטיפול גורם להחמרה

- דגש על החריגה בעקומות, היא החשובה ולא היכן בעקומות ממוקם הפציינט - BMI אינו
מדד לאבחון



יש לשים לב!!!!

תסמינים התנהגותיים:

התעמלות קיצונית, ירידה מהירה, נוקשות באכילה, בולמוסים, התנהגויות מפצות

תסמינים חשיבתיים:

חשיבות שמייחסים למשקל וצורת גוף, דימוי גוף (מחשבות טורדניות)

תסמינים פסיכולוגיים:

נסיגה חברתית, אי שקט, עצבנות, התפרצויות זעם, דכאון ונוקשות

תסמינים גופניים:

סימפטומים של הרעבה, סימנים חיוניים לא יציבים, עצירות, חולשה, אל וסת

"מקרים אקוטיים" – מה זה?

- מקרים בלתי יציבים מבחינה רפואית/ גופנית/נפשית – המחייבים פעולה מיידית/ לשקול הפניה למיון:

- $BMI < 16 \text{ kg/m}^2$ (לרוב לא מהווה סיבה מספקת בפני עצמו)

- סימנים חיוניים בלתי יציבים:

- ברדיקרדיה (דופק > 30 פעימות/דקה, במצב מנוחה- עירות) או נמוך מ-40 בליווי ל"ד נמוך או סחרחורת)

- תסמינים אורטוסטטיים (משכיבה לעמידה): עליה בדופק (< 20 פ"ד) או ירידה בל"ד סיסטולי ($< 20 \text{ mm hg}$) או דיאסטולי ($< 10 \text{ mm hg}$)

- היפותרמיה $> 35^{\circ}\text{C}$

- הפרעות קצב באק"ג

- התייבשות

- סיבוכים אקוטיים של תת תזונה: למשל היפוגליקמיה, הפרעות בתפקודי כבד, הפרעות אלקטרוליטים

- תסמינים חמורים של תסמונת הזנה מחדש: בצקות משמעותיות, היפו-P (> 2)

- אובדנות, פגיעות עצמיות (חדר מיון בי"ח כללי/ פסיכיאטרי)

פניה חדשה- "חשד לא מוצהר" למשל...

- **פניה בעקבות תסמינים העשויים להוות דגל אדום:** עצירות, כאבי בטן, טבעונות/ צמחונות (חדשה יחסית), אנמיה, חולשה, ספורט אינטנסיבי, וסת לא סדירה, היפרכולסטרולמיה במתבגרות רזות
- **ירידה חדה במשקל, שבירת עקומות גדילה**
- **סירוב להישקל/ תגובה סוערת לשקילה**
- **סוכרת/השמנה – באנמנזה- ריבוי טיפולים שכשלו**
- **הערכה לקראת ניתוח בריאטרי –תשאול יזום לה"א התקפיות**
- **תרופות פסיכיאטריות בהפניה**

פניה חדשה- "חשד לא מוצהר" למשל...

- **פניה בעקבות תסמינים העשויים להוות דגל אדום:** עצירות, כאבי בטן, טבעונות/ צמחונות (חדשה יחסית), אנמיה, חולשה, ספורט אינטנסיבי, וסת לא סדירה, היפרכולסטרולמיה במתבגרות רזות
- **ירידה חדה במשקל, שבירת עקומות גדילה**
- **סירוב להישקל/ תגובה סוערת לשקילה**
- **סוכרת/השמנה – באנמנזה- ריבוי טיפולים שכשלו**
- **הערכה לקראת ניתוח בריאטרי –תשאול יזום לה"א התקפיות**
- **תרופות פסיכיאטריות בהפניה**

תלונות ותסמינים גופניים המחשידים לקיום ה"א

- אמינוריאה
- עייפות
- חולשה
- אי סבילות לקור
- בלבול
- כאבי בטן
- נפיחות בבטן
- נשירת שיער
- צפורניים שבירות
- לנוגו
- עור צהוב / כתום (היפרקרומטמיה)
- אצל נשים-קשיי פוריות



- במקרים של הקאות:
- בלוטות רוק מוגדלות
 - הסימן של ראסל
 - עמילאז מוגבר בדם

כלי סינון קצרים לה"א – מדוע?

- התאמה למרפאות ראשוניות/ שאינן ייעודיות
- קצרים, יעילים (אילוצי זמן, משאבים...)
- כלי סינון – **מהם לצאת להערכה מעמיקה יותר**
- בעיקר למקרים בהם ה"א עדיין אינה "על השולחן" (מתעורר חשד בעת הפניה/ במהלך טיפול קיים)

SCOFF – סינון ב-5 שאלות

- האם את גורמת לעצמך להקיא (Sick) בשל תחושת מלאות לא נעימה?
- האם את דואגת מאיבוד שליטה (Control) על הכמות שאת אוכלת?
- האם ב-3 החודשים האחרונים ירדת יותר מכ- 6.5 ק"ג במשקלך (One stone)?
- האם את מחשיבה עצמך שמנה (Fat) בעוד אחרים אומרים שאת רזה מדי?
- האם את אומרת שאוכל (Food) דומיננטי בחיירך?
- **2 תשובות חיוביות או יותר נמצאו בעלות רגישות 100 וסגוליות 87.5 לאבחנה של ה"א"**

Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *Bmj*, 319(7223), 1467-1468.

Hill, L. S., Reid, F., Morgan, J. F., & Lacey, J. H. (2010). SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *International journal of eating disorders*, 43(4), 344-351.

איתור בולימיה

- לרוב- העדר "סימנים חיצוניים"

- **2 שאלות בסיסיות** – המבחינות נשים עם בולימיה מנשים בריאות:
(רגישות 100, סגוליות 90)

- האם את מרוצה מדפוסי האכילה שלך?

- האם את אוכלת סתם?

תשובה שלילית לשאלה הראשונה וחיובית לשניה- מצדיקות המשך
בירור מעמיק יותר

Eating Disorder Screen for Primary Care

- האם את/ה מרוצה מדפוסי האכילה שלך?
- האם אי פעם אכלת בסתר?
- האם משקלך משפיע על הדרך שבה את/ה מרגיש/ה ביחס לעצמך?
- האם מישהו במשפחתך סבל/סובל מה"א"?
- האם את/ה עצמך סבלת או סובלת מה"א"?
- **2 תשובות חיוביות נמצאו בעלות רגישות 100 וסגוליות 71 לאבחנה של ה"א**

איתור הפרעת אכילה רסטריקטיבית- מהן השאלות המבחינות?

- **הראו יעילות שאלון קצר* (סולם "הגבלות תזונתיות" מתוך EDE-Q) לאיתור**

- **במהלך 28 הימים האחרונים:**

- ניסית באופן מכוון להגביל את כמות האוכל שאת/ה אוכלת/ת כדי להשפיע על גזרתך או משקלך (גם אם הצלחת בכך וגם אם לא)?

- לא אכלת דבר במשך זמן ממושך (8 שעות או יותר) במטרה להשפיע על צורת גופך או על משקלך?

- ניסית להימנע מלאכול מאכלים שאת/ה אוהבת במטרה להשפיע על צורת גופך או על משקלך (גם אם הצלחת בכך וגם אם לא)?

- ניסית לשמור על חוקים ברורים בנוגע לאכילה שלך (לדוגמא: הגבלת קלוריות, כמות מזון, או חוקים לגבי מה ומתי עליך לאכול) במטרה להשפיע על צורת גופך או משקלך (גם אם הצלחת בכך וגם אם לא)?

- רצית מאוד שבטנך תהיה ריקה לחלוטין במטרה להשפיע על צורת גופך?

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Davies, B. A. (2005). Identifying dieters who will develop an eating disorder: a prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry*.

הפרעת אכילה בקרב סוכרתיים מסוג 1

- שיעור ה"א (AN או BN) בקרב סוכרתיים מסוג 1 כ-16% (Affenito et al., 1997)

- בסוכרת סוג 1 נפוצה יותר BN, סוג 2 – אכילה התקפית, Kelly et al., (2005)

- **הסימפטום הבולט ביותר והייחודי: השמטת/ הפחתת מינון באינסולין על מנת לשלוט במשקל**

- מחקר בקרב מתבגרים - 30% מהבנות ואף אחד מהבנים (Bryden et al., 1999)

- במחקר אחר (נשים) - 54% בקרב ED לעומת 12% בקבוצת הביקורת (Rodin et al., 1991)

- **שיעור תמותה:** (Nielson, Emborg & Molbak, 2002):

- 34.6/1000 PY :AN+DM1

- DM1 בלבד: 2.2/1000 PY

זיהוי והערכה

- **היפרגליקמיה בלתי מוסברת (HbA1C גבוה) המלווה בירידה משמעותית במשקל**
 - כתוצאה מהשמטת אינסולין מכוונת/הפחתת מינון
 - התקפי אכילה
- **Recurrent diabetic ketoacidosis (DKA) – כתוצאה מהשמטת/ הפחתת אינסולין**
- **אירועי היפוגליקמיה חוזרים המלווים בכשל לינארי בגדילה ו/או ירידה במשקל – סביר שיעידו יותר לכוון של אכילה רסטריקטיבית (צומות, הגבלה קלורית חמורה, פיצוי חמור באמצעות פ"ג עודפת)**
- **כלי סינון רגילים – יעילות מוגבלת**
- **שאלת המפתח- האם אי פעם השמטת או הפחתת במינון האינסולין על מנת לרדת במשקל או למנוע עליה במשקל?**

לסיכום-

תרחיש "חשד לא מוצהר" - מה עושים?

- **סינון ראשוני-יזום** בזהירות ורגישות (אני מודאגת מכך

ש... שמת לי לב ש... ממה שתארת/ם יש לי רושם ש... הייתי רוצה להבין

קצת יותר מה קורה...)

- **שימוש בכלי איתור וסינון**

✓ תשאול ישיר בע"פ (אינטייק ראשוני)

✓ כלי סינון קצרים

- **הרחבת אינטייק לפי צורך** (כמתואר קודם)

***“Listen to your patient,
he is telling you the diagnosis”***

William Osler, M.D., (1849 –1919)



איך פונים?

ניתן לפנות למרכז באמצעות רופא המשפחה עם הפנייה וטופס 17.
יש להגיע למרכז לצורך מילוי טופס פניה שיאפשר זיהוי והפנייה לצוות המתאים.

מספר פקס : 09-7946251

טל' לזימון תור: 09-7946250

טיפול יום ילדים ונוער:

יום א' 08.00-14.30

יום ב' 08.00-14.30

יום ה' 13.30-19.30

שעות הפעילות המרפאה:

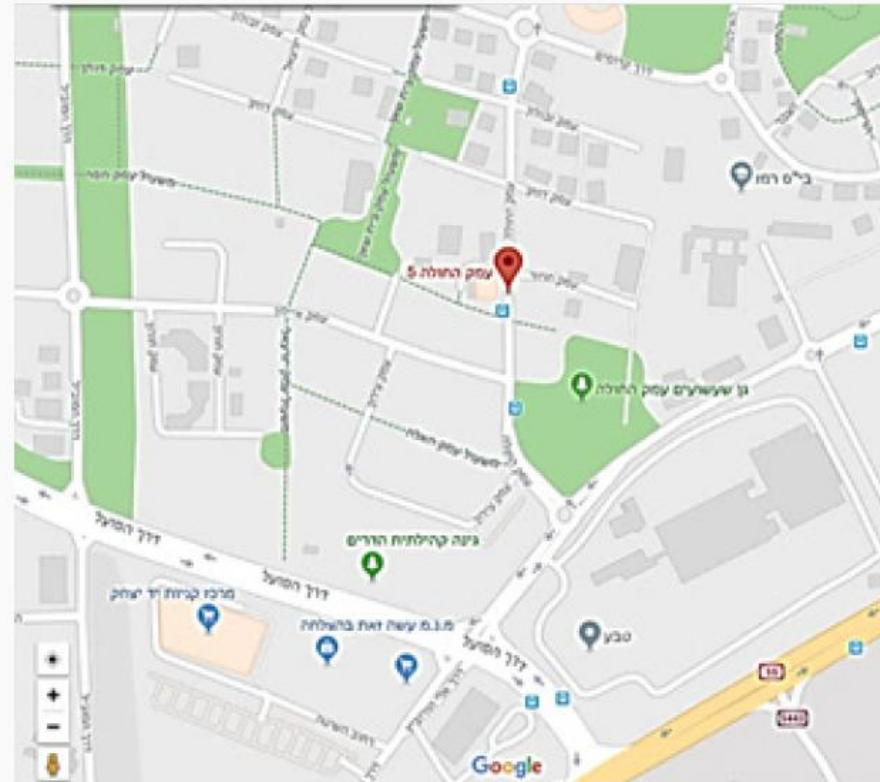
ימים א', ב', ד' 08.00-16.00

יום ג' 08.00-18.00

יום ה' 08.00-20.00

יום ו' 08.00-13.00

איך מגיעים?



כתובת המרכז:

עמק החולה 5, שכונת הדרים, כפר סבא

קווי תחבורה ציבורית:

תחנת הורדה עמק איילון/עמק החולה

1,2,231,567

תחנת הורדה עמק החולה/ משעול עמק חפר

80,84,85,87,89,97,231,561

תחנת הורדה השקמה/דרך הפועל

29,33,72,149,567,571

Zubery, et al.(2005) Family Therapy Model. "Adolescents Resisting Treatment: Exploring the resistance in Eating Disorder Patients to treatment within The Family System". The Israeli Journal of Psychiatry, 42,146-153

Zubery E, et al.(2011) Family –Based Program Focused on Parents in Outpatient Care: In S. Sassaroly & G.M. Ruggerio (Eds.), Cognitive Therapy of Eating Disorders on Control and Worry (pp. 137-153). New York Nova Publishers

Zubery E,et al(2016). Eating Disorder Among Women with Histories of Sexual Abuse: an Integrative Treatment Approach. In Y. Latzer & D. Stein (eds.) Bio-Psycho-Social contributions to understanding Eating Disorders (pp. 105-124).

Levy-Shiff, R., Sadeh-Sharvit, S., Ram, A., Gur, A., Zubery, E., et al. (2011). The experience of Motherhood among mothers with eating disorders. In Sarid, O., Segal-Engelchin, D., & Cwikel, J. (eds.), Mind Body Mosaic: Women's Health In Israel (pp. 155-172). Beer-Sheva: Ben Gurion University of the Negev (Hebrew)

Sadeh-Sharvit, S., Levy-Shiff, R., Feldman, T., Ram, A., Gur, E., Zubery, E., . . . Lock, J. D. (2015). Child feeding perceptions among mothers with eating disorders. *Appetite*, 95, 67-73. doi: 10.1016/j.appet.2015.06.017

Sadeh-Sharvit, S., Levy-Shiff, R., Ram, A., Gur, A., Zubery, E., et al. (2016). Mothers with eating disorders: the environmental factors affecting eating-related emotional difficulties in their offspring. In Latzer, Y. & Stein, D. (eds.), Bio-Psycho-Social Contributions to Understanding Eating Disorders (pp. 77-190). New York, NY: Springer.

Sadeh-Sharvit, S., Zubery, E., Mankovski, E., Steiner, E., & Lock, J. D. (2016). Parent-based prevention program for the children of mothers with eating disorders: Feasibility and preliminary outcomes. *Eating Disorders*.



מחויבים להוביל



שלוותה

מרכז לבריאות הנפש

תודה



אדנית. אחלובה. אפרזיל. ארביין.

מרכז לטיפול בהפרעות אכילה, הדורים, כפר סבא

etzubery@clalit.org.il

www.shalvata.org.il

