

האוניברסיטה העברית בירושלים
הפקולטה לחקלאות, מזון וסביבה
ע"ש רוברט ה. סמית

עבודה בקורס "שפת האכילה"

האם סטודנטים ואנשי מקצועות התזונה מצויים בסיכון
גבוה יותר להפרעות אכילה?

מיטל כהן אור

1.8.2021

תוכן העניינים

עמ' 3	רקע ורציונל לנושא העבודה
עמ' 5	הפרעות אכילה
עמ' 6	גורמי סיכון להפרעות אכילה
עמ' 7	מניעים לבחירת מקצוע
עמ' 8	הפרעות אכילה בקרב סטודנטים ואנשי מקצועות התזונה
עמ' 10	דרכי התמודדות
עמ' 13	סיכום
עמ' 15	ביבליוגרפיה

רקע ורציונל לנושא העבודה

זכור לי שכשהתחלתי את לימודי התזונה, במהלך אחת מההרצאות המרצה אמרה כבדרך אגב ש"כל מי שבא/ה ללמוד תזונה סובלת מהפרעות אכילה" – המשפט שלה טלטל אותי משום שבאופן אישי הגעתי ללימודי התזונה כמעט "במקרה" ולא חשבתי האם ומה עברו חברי לספסל הלימודים בהיבט הנפשי והתזונתי והאם אכן המציאות משקפת את הדברים שאמרה המרצה. במהלך שנות לימודי נתקלתי בסטודנטים לתזונה שסבלו מהפרעות אכילה, אך גם ברבים שלפחות למראית העין כלל לא סבלו מכך ואף הציגו גישה מאוזנת למזון, משקל הגוף והתדמית הגופנית העצמית שלהם.

רקע זה הוביל אותי לתהות מהו היחס של הסטודנטים והעוסקים בתזונה כלפי האכילה? האם קיימת שכיחות גבוהה יותר של הפרעות אכילה בקרבם? במאמר במגזין הממוען לאנשי מקצוע העוסקים בתחום התזונה, ראיינו מספר דיאטנים בנוגע לשאלה האם על הדיאטן/ הדיאטנית לעמוד בסטנדרטים של רזון? אחת המתראיינות ענתה שלדעתה העניין תלוי בתחום העיסוק של הדיאטנית: כאשר מדובר ביעוץ בתחום בית החולים/ התאמת תזונה למצבים רפואיים, הרצון של המטופלים הוא לקבל עצה מקצועית ועניינים חיצוניים כמו המשקל של אנשי המקצוע אינם מעסיקים אותם. לעומת זאת כאשר מדובר ביעוץ בתחום אכילה בריאה או ניהול משקל, המטופלים מחפשים דמות מודל שאליה יוכלו לשאוף ועל כן דיאטן שאיננו עומד בסטנדרטים של רזון יתקל בבעיה בתחום זה.

במאמר זה הובאו מספר התבטאויות חריפות על ידי הדיאטנים בעצמם, המעלות חשש לזליגה למקומות לא בריאים כתוצאה מהלחץ הרב המופעל על אנשי המקצוע לעמוד בסטנדרטים שלעיתים קרובות אינם מציאותיים מסיבות שונות.

בין ההתבטאויות נאמרו המשפטים:

"במידה ודיאטנית מתמודדת עם בעיות משקל, מומלץ לה לבחור במקצוע אחר".

"אנשים שופטים על פי מראה, אנחנו שלטי חוצות מהלכים".

"לא אלך לקרדיולוג שעבר התקף לב. אנשים הולכים למי שנראה שיכול לעזור להם. אם למטפל

בעצמו הטיפול לא עוזר אז איך הטיפול יעזור למטופל? לכן גם לא אלך לדיאטנית בעלת עודף

משקל".

מאידך, היו דיאטנים שהציגו עמדה שונה וטענו כי יש להבדיל בין רזה לבריאה, שהרי המשקל נקבע ע"י גורמים רבים כגון גורמים גנטיים ואחרים ופעמים רבות אין התאמה בין אורח החיים ובריאותו של המטפל לבין משקל גופו.

לדברי אחת הדיאטניות, היא אומנם כבדת משקל אך עם זאת מטופליה מעריכים אותה ורואים בה דמות לחיקוי כיוון שאורח החיים שלה בריאה ומעורר התפעלות: בגיל 70 היא עוסקת בספורט אתגרי, מסת העצם שלה גבוהה מאוד והרגלי האכילה שלה בריאים. המטופלים מודעים לכך ולא שמים את

הדגש על משקלה אלא על בריאותה והתדמית שהיא מקרינה.¹

אם כך, ניתן להתרשם שמדובר בנושא כבד משקל הרווי יצרים וקונפליקטים בקרב אנשי המקצוע העוסקים בתזונה. מכאן עולה השאלה האם בקרב העוסקים בתחום, הנתונים לכל הלחצים הן מצד המטופלים והן מצד הקונפליקטים האישיים שלהם עם עצמם תימצא שכיחות גבוהה יותר של הפרעות אכילה או שדווקא המודעות לכך והידע המקצועי בתחום יסייעו לאוכלוסייה זו להתמודד בצורה טובה יותר עם ענייני המשקל, תדמית הגוף וכדו' ולא להיסחף לתחום הפרעות האכילה.

הפרעות אכילה

ה DSM-5 מגדיר את הפרעות האכילה כהפרעה מתמשכת של אכילה או התנהגות הקשורה לאכילה שכתוצאה ממנה משתנה צריכת/ ספיגת המזון וגורמת באופן משמעותי לפגיעה בבריאות הגופנית / או הפסיכוסוציאלית.² יש לשים שלא כל שינוי בדפוסי האכילה מצביע על הפרעות אכילה, מרבית בני האדם מחברים את האכילה למצבים רגשיים כגון מתח/ עצבות/ חרדה.

קיימים 4 סוגים מרכזיים של הפרעות אכילה:

1. אנורקסיה נרבוזה (Anorexia nervosa) - הפרעת אכילה זו מובילה להגבלה בצריכת האנרגיה ובכך לאיבוד משקל משמעותי. הסובלים מהפרעה זו סובלים מתפיסה שגויה של משקל הגוף שמובילה אותם לחוות פחד עז ותמידי מפני עליה במשקל וזאת על אף שהמטופל מצוי בתת משקל. האנורקסיה מתחלקת לשני סוגים:³
 - א. Binge eating/ purging type = אנורקסיה מסוג אכילה התקפית שלאחריה מגיעה התנהגות פיצוי.
 - ב. Restrictive type = אנורקסיה מהסוג המגביל- כוללת צמצום אכילה/ דיאטה קיצונית/ צומות ממושכים.ההפרעה יכולה להוביל לנזקים בלתי הפיכים לגוף ובמקרים קשים אף למוות. מחקרים הראו שגורמים גנטיים⁴, גורמים פסיכולוגיים⁵ וגורמים סביבתיים⁶ יכולים להוביל להתפרצות ההפרעה.
2. בולמיה נרבוזה (Bulimia nervosa) - הפרעה המאופיינת באפיזודות חוזרות ונשנות לפחות פעם בשבוע במהלך שלושת החודשים האחרונים של התקפי אכילה הכרוכים באכילת כמויות משמעותיות של מזון עד כדי איבוד שליטה על האכילה ולאחריהם התנהגויות פיצוי/ "טיהור" כגון הקאות/נטילת משלשלים למניעת עליה במשקל. חומרת המחלה מוגדרת בהתאם למספר ההתקפים בשבוע. הסובלים מהפרעה זו לרוב בעלי משקל תקין ולעיתים אף מעט גבוה. להפרעה זו מיוחסים גורמים גנטיים, אישיותיים וסביבתיים.⁷
3. הפרעות אכילה בולמוסיות (Being eating disorder) - התקפי אכילה של מזון רב במשך זמן קצר. התקף האכילה מלווה בתחושות של חוסר שליטה, חוסר יכולת להפסיק לאכול, אשמה, דיכאון וגועל. בשונה מבולמיה נרבוזה, הפרעות אכילה בולמוסיות אינן מלוות בהתנהגות פיצוי/ טיהור לאחר התקף האכילה. התקף האכילה מתרחש לפחות פעם אחת בשבוע במהלך שלושה חודשים וחומרת המחלה נקבעת לפי מספר ההתקפים בשבוע. הפרעה זו לרוב תוביל לעודף משקל ולהשמנה משום שאינה מלווה בהתרוקנות יזומה לאחר ההתקף.⁸
4. הפרעת אכילה לא ספציפית (ED NOS= Eating Disorder Not Otherwise Specified) - כוללת הימצאות חלקית של קריטריונים להפרעת אכילה.⁹ למשל: באנורקסיה- למרות ירידה משמעותית במשקל, המשקל עדיין נמצא בטווח הנורמה.

קיימות הפרעות אכילה נוספות כגון:

סינדרום אכילה לילית- כולל אכילת כמויות גדולות של מזון במהלך הלילה. בסינדרום זה מתקיימות לפחות 2 אפיזודות שבועיות במשך 3 חודשים של התעוררות בלילה ואכילת מזון. הפרעה זו מקושרת להשמנה. כמחצית מהמאובחנים בה מדווחים על משקל תקין טרם הופעת התסמונת¹⁰.

Pica- אכילת חומרים שאינם ראויים למאכל אדם.¹¹

Rumination disorder= העלאת גירה- לעיסה/ בליעה חוזרת של המזון.¹²

Purging disorder- התנהגות "טיהור" שאינה מופיעה לאחר התקף אכילה. מטרת הטיהור הוא ירידה במשקל הגוף. התנהגויות טיהור כוללות בתוכן הקאות יזומות, שימוש במשלשלים, פעילות גופנית מוגזמת, צומות.¹³

גורמי סיכון להפרעות אכילה

הספרות מצביעה על גורמי סיכון שונים להפרעות אכילה. ניתן לחלק את גורמי הסיכון למספר קטגוריות:

גורמי סיכון סביבתיים: גורמי סיכון חברתיים-לחץ חברתי, הקנטה בנושא המשקל ע"י חברים, הערות שליליות, פרסומים בטלוויזיה או ברשתות החברתיות המקדמים רזון, אירועי חיים טראומטיים, חרדה חברתית משמעותית.

גורמי סיכון משפחתיים- אכילת יתר במשפחה, הורה עם הפרעת מצב רוח או חרדה, דרישות גבוהות של ההורים/ פרפקציוניזם, ביקורת הורית על המשקל וצורת האכילה, ציפיות גבוהות מהמשפחה, חוויות ילדות שליליות.

מעמד סוציאקונומי- מחקרים הראו כי במדינות אמידות אנשים במעמד גבוה יותר- רזים יותר בממוצע. על בסיס תצפיות אלה, אנורקסיה נרבוזה תוארה כבר במחקרי עבר כמחלת שפע¹⁴. מחקרים נוספים הראו שאנורקסיה נרבוזה שכיחה יותר בקרב אנשים בעלי מעמד סוציו-אקונומי גבוה^{15 16}.

מחקרים אחרים ששילבו אנורקסיה נרבוזה ובולמיה נרבוזה לא מצאו קשר בין מצב סוציאקונומי להפרעות אכילה¹⁷.

גורמי סיכון גנטיים: מחקרים הראו הבדלים פרטניים בתגובה ביולוגית לרעב והבדלים פרטניים בערך הגמול של רעב או אכילה. המחקרים עדיין אינם יכולים להסביר מדוע אנשים מסוימים מפתחים אכילה מוגזמת ואילו באנשים אחרים הדבר מתבטא במגבלה תזונתית קיצונית ובצורות אחרות של התנהגויות פיצוי כגון פעילות גופנית מוגזמת שאינה תואמת למשקל הגוף¹⁸.

כאשר ניסו לבחון את הגנום של כל הפרעת אכילה בפני עצמה, ראו שניתן לומר שישנם גנים ששינוי בהם יכול להכווין להפרעת אכילה מסוימת. לדוגמא:

כאשר בחנו את הגנום במטופלים עם הפרעת האכילה מסוג אנורקסיה נרבוזה, מצאו 2 גנים בעלי קשר ספציפי להפרעה: סרטונין 1D ו- delta opioid (OPRD1) receptor.¹⁹

לעומת זאת, כאשר בחנו מטופלים עם הפרעות אכילה בולמוסיות, מצאו מוטציה בגן Melanocortin 4 Receptor (Mc4R)²⁰. מחקרים נוספים דנים בהיבט הגנטי של הפרעות האכילה ונראה כי תחום זה הולך ונחקר עם השנים²¹.

גורמי סיכון פסיכולוגיים: ישנן עדויות שמצביעות על כך שמאפיינים פסיכולוגיים ספציפיים כגון הערכה עצמית נמוכה/ הערכה עצמית שלילית וחוסר שביעות רצון משמעותית מהגוף עשויים לתרום להתפתחות הפרעות אכילה.²² מחקרים הראו שגם פרפקציוניזם ושאיפה תמידית למצוינות הובילו להפרעות אכילה.²³

מניעים לבחירת מקצוע

בספרות קיים דיון בשאלה מה המניעים העומדים בבסיס ההחלטה לבחירה בעיסוק במקצוע מסוים. ככלל, המחקרים בתחום מראים שבמקצועות רבים – הבחירה בתחום העיסוק מושפעת מאוד מחוויות עבר הנוגעות למקצוע/ היותו תחום מוכר בשל עיסוק של בני משפחה קרובים במקצוע, כפי שניתן לראות במחקרים שבוצעו בתחומי עיסוק שונים. במחקר שנערך ע"י Larsen²⁴ נבחנו המניעים של סטודנטים לסייעוד לבחירה במקצוע זה. נמצא כי הגורמים שהשפיעו על החלטתם של הסטודנטים היו:

1. חווית עבר של מחלה/אשפוז של אדם קרוב או של הסטודנט עצמו.
2. ניסיון בעבודה בתחום הבריאות בעבר.
3. בן משפחה/ חבר קרוב שעסק או עוסק בסייעוד.

גם בתחום ההוראה פורסמו מחקרים בהם הוכח הדגש על חשיבות החוויה האישית. נמצא כי זיכרונות וחוויות ילדות מבתי הספר, לרוב חיוביים אך בחלק מהמקרים גם שליליים, בן משפחה שעסק בתחום החינוך וכן עבודה בתחום ההוראה כמדריכים, חונכים וכדו' בעבר היוו מניעים חשובים לבחירה במקצוע.²⁵

כאשר בחנו את הסיבה לבחירת המקצוע בקרב סטודנטים לתזונה, ראו שהגורמים שהובילו לכך היו רבים ומגוונים:²⁶

1. שביעות רצון אישית
2. ביטחון תעסוקתי
3. בני משפחה שעוסקים בתחום
4. מידע שנרכש מהתקשורת ומאמצעי המדיה
5. רצון לעזור לאחר
6. עניין בתזונה ובבריאות- תחום זה כולל בתוכו חוויות מטיפול אצל דיאטנית מסיבות בריאותיות שונות/ עיסוק מוגבר סביב המזון.

מתוך המאמרים המצוינים לעיל ניתן להסיק שיש בסיס למחשבה שבחירת המקצוע נובעת במידה רבה מחוויות עבר, התמודדויות והיכרות קודמת עם התחום. בהתייחסות לתחום התזונה, ניתן להגיד כי יש מקום לטענה שסטודנטים לתזונה מגיעים למקצוע כתוצאה מחוויית עבר הקשור למזון או לטיפול עבר על ידי איש מקצוע בתחום. נראה כי המשפט שנאמר באותו הקורס באוניברסיטה אינו מנותק לחלוטין מן המציאות, אם כי עדיין לדעתי יש בו הכללה גסה, שהרי מהמחקרים עולות סיבות רבות אחרות העומדות בבסיס ההחלטה לעסוק במקצועות השונים ובפרט בתחום התזונה.

כך, גם אם יש מקום למחשבה כי הפרעות אכילה בעבר או בהווה מהוות גורם מדרבן ללימוד ועיסוק בתחום התזונה, אין להתייחס לכך כחזות הכל ואין לייחס לנקודה זו חשיבות חריגה בתחום התזונה דווקא.

החוויה האישית, הן חיובית והן שלילית, עומדת כשיקול משמעותי גם בבסיס הבחירה במקצועות נוספים וגם בהם היא מהווה רק חלק ממכלול הגורמים השונים המובילים את הסטודנטים לבחירה בתחום העיסוק.

גם אם אין לייחס לחוויה האישית חשיבות מופרזת בבחינת העומד בבסיס בחירת המקצוע בקרב תזונאים, מכל מקום ברור שלעניין זה קיימת חשיבות כחלק ממכלול השיקולים לבחירה. משכך, יש מקום למחשבה שיתכן ולחוויות עבר שהובילו את הסטודנטים והסטודנטיות לבחירה במקצוע תהיה השפעה על שכיחות הפרעות האכילה בקרב העוסקים בתחום וכדאי לבחון את הספרות המחקרית בנושא. כיוון מעניין נוסף למחר עתידי עולה בהקשר לשאלה מהו שיעור הסטודנטים שהגיעו ללימודי התזונה ללא הפרעות אכילה, אך פיתחו אותם במהלך הלימודים.

הפרעות אכילה בקרב סטודנטים ואנשי מקצועות התזונה

כאשר מעלים את שאלת הפרעות האכילה בקרב אנשי מקצועות התזונה, ההנחה האינטואיטיבית שעשויה לעלות היא שקרוב לוודאי שישנו קשר מסוים בין העיסוק במקצוע ובין שכיחות גבוהה יותר של הפרעות אכילה. בספרות הועלתה התיאוריה שהעיסוק האינטנסיבי במזון ובדיאטה יגביר את הסיכון להתפתחות הפרעות אכילה בקרב העוסקות בתחום²⁷; Larson²⁸ שיער כי הדגש הניתן בקרב דיאטנים ודיאטניות על משקל ותדמית הגוף ועל התזונה עשוי להציבם בסיכון מוגבר להתנהגות בולמית.

גם "בשטח" - בשאלון שנערך בקרב 320 דיאטניות, שלישי מהנשאלות העלו חשש כי הבחירה במקצוע התזונה נובעת מהתנהגויות המאפיינות הפרעות אכילה ומהרצון להתמודד איתן בעזרת רכישת המקצוע.

בספרות נחקרו השכיחויות של הפרעות האכילה והסיכון לפיתוח הפרעות אכילה בקרב דיאטנים ודיאטניות ובקרב סטודנטים לתזונה. תוצאות המחקרים היו מגוונות ולא ניתן למצוא מסקנה ברורה בשאלת השכיחות והסיכון לעומת אוכלוסיות אחרות: Drake²⁹ מצא ש- 24% מהסטודנטיות לתזונה הציגו מאפיינים של אנורקסיה נרבוזה. החוקר הציע כי חלק מהסטודנטיות בחרו בתחום בגלל האובססיות והחוויות האישיות שלהן בקשר למזון. לעומתו, חוקרים אחרים³⁰ ³¹ לא מצאו שכיחות גבוהה יותר בקרב סטודנטיות לתזונה, ובמחקר אחד אף נמצא כי סטודנטים בשלב מתקדם של התואר בתזונה הציגו התנהגויות אכילה בריאות יותר מסטודנטים לתארים אחרים³².

בעקבות הנתונים מהספרות, עולה השאלה האם עם צבירת הידע המקצועי בתחום התזונה, הסטודנטים יפתחו עם הזמן גישה מרוככת יותר כלפי משקל הגוף ותדמית הגוף או שהם ייקחו איתם הלאה את הקונפליקט לתוך חייהם המקצועיים?

במאמר סקירה מ-2015³³ הוסבר כי ההתמודדויות של הסטודנטים עם הסתירה בין הידע אותו הם רכשו בתחום התזונה אכן ממשיכות איתם לתוך חייהם המקצועיים, כאשר היו סטודנטים שטענו כי עליהם להגיע לעולם הקליני כאשר הם "מוכנים" מבחינת משקל הגוף וההתאמה לאידאלי הבריאות עליהם הם למדו. יתרה מזאת, חלקם סברו כי עליהם לשלוט במשקל גופם כיוון שבכך הם יקנו לעצמם אמינות בעיני המטופלים. סוגיה זו מדגימה את חוסר ההבנה על מהות המשקל כמגדיר את האדם.

כאשר מתבצע המעבר מסטטוס של סטודנט לסטטוס של איש מקצוע, ישנם גורמים משפיעים נוספים הנכנסים למשוואת ההתמודדות, בין היתר עיסוק יום-יומי במזון, אשמה על סטייה מדרך התזונה הבריאה אותה אנשי המקצוע מתווים בעצמם ועוד. יש לזכור כי ככל בני האדם, גם אנשי המקצוע בתחום התזונה מתמודדים עם משברים בחיים שאינם קשורים לתחום עיסוקם ומשפיעים באופן ישיר או עקיף על יכולתם לשמור על אכילה מאוזנת, על פעילות גופנית וכדו'. לא בוצעו מחקרים רבים בנוגע לשכיחות הפרעות אכילה בקרב דיאטנים ודיאטניות קליניים מוסמכים, יש לשער שסיבה מרכזית לכך היא הקושי לאסוף מדגם מספר של תזונאים המוכנים להשתתף במחקר, בניגוד למחקר העוסק בסטודנטים, שם קיימת גישה נוחה לקבוצות מדגם גדולות. – במחקר בקרב תזונאים ותזונאיות קליניים באוסטרליה נמצאה שכיחות של 7.5% מקרב הנשאלים נמצאו בסיכון לפיתוח הפרעת אכילה, עם זאת, נתון זה איננו שונה מהנתונים הכלליים באוכלוסייה, יתרה מזאת – גם בנוגע BMI, התנהגות האכילה והגישה לאכילה לא נמצאו במחקר זה הבדלים בין האוכלוסיות. יש לסייג זאת בכך שיתכן שבשל רגישות הנושא בקרב העוסקים במקצוע התזונה, קיימת הטיה בדיווח והנתונים אינם משקפים באופן מלא את המציאות. דלות הנתונים בנושא מזמינה מחקרים עתידיים בנושא זה.

על אף ממצאים אלו, הספרות נותנת את הדעת לכך כי גם אם במקרים רבים לא ניתן להגדיר את ההתמודדות של אנשי המקצוע בתחום התזונה כ"הפרעות אכילה" העומדות בתנאים של ספר האבחנות הפסיכיאטריות (ה-DSM), אין זה אומר שלאוכלוסיית הדיאטנים אין התמודדויות משמעותיות יותר בתחום בשל כל הגורמים שפורטו לעיל ויש לתת לכך את תשומת הלב הנדרשת.

בהקשר זה, בספרות מהשנים האחרונות עולה המונח "אורתורקסיה נרבוזה" – הפרעת אכילה שאיננה מוגדרת ב-DSM אך משמעותה היא אובססיה פתולוגית בקשר לתזונה בריאה המאופיינת בדיאטת הגבלת מזון, ריטואלים בתחום האכילה והימנעות חריפה ממזון הנתפס כלא בריא או "לא טהור"³⁴. מבחינה מחקרית – פותח שאלון המאפשר הערכה של קיום ההפרעה - Orthorexia Nervosa Questionnaire (ORTO-15).

במחקר שנערך בקרב סטודנטים וסטודנטיות לתזונה באוניברסיטה ביוון³⁵ נמצאה שכיחות משמעותית של 68.2% מקרב הנבדקים שהציגו מאפיינים של אורתורקסיה ללא הבדל בהיארעות בין נשים וגברים, מחקר אחר³⁶ שנערך ב-2017 בקרב 636 תזונאים ותזונאיות בארה"ב מצא כי 49.5% מהמשיבים נמצאים בסיכון לפיתוח אורתורקסיה ו-12.9% נמצאו בסיכון לפיתוח הפרעות אכילה;

במחקר זה הועלתה ההשערה כי יתכן וקיים רצף בין קיום אורתורקסיה למעבר להפרעת אכילה וכי יש צורך במחקר נוסף בנושא.

לעומת זאת, במחקר שנערך בקרב סטודנטים במקצועות שונים באוניברסיטה באיטליה³⁷ נמצאו רק 36% מהנשאלים כעומדים בתנאים להגדרתם כסובלים מאורתורקסיה, במחקר שנערך בקרב סטודנטים ממקצועות שונים באוניברסיטה באוסטרליה נמצאו 21% כעומדים בתנאים להגדרתם כסובלים מאורתורקסיה³⁸.

מהנתונים הנ"ל עולה כי בהתייחס לתופעת האורתורקסיה, קיימת שכיחות גבוהה יותר בקרב סטודנטים ואנשי מקצוע בתחום התזונה מאשר בקרב האוכלוסייה הכללית, עובדה המתקבלת מאוד על הדעת שהרי כפי שהודגש – אנשים אלו חשופים ללחצים רבים, הן מצד הסביבה והן בינם לבין עצמם, ואם כן – תהיה תועלת רבה במציאת דרכי התמודדות שעשויים לסייע לאנשי המקצוע ולסטודנטים בתחום להתמודד עם הלחצים והמצב.

דרכי התמודדות

לאור הסקירה הספרותית בנושא, ניתן להעלות את השאלה האם סטודנטים בוחרים ללמוד תזונה בעקבות הפרעות אכילה/ קונפליקטים עצמיים שחוו בעברם והאם עצם העיסוק המתמיד בעולמות התזונה תורם גם הוא ליצירת הפרעות אכילה. כמובן ששאלה זו תקפה גם ביחס גם ביחס לאנשי המקצוע בתחום התזונה הנתונים בין היתר, בנוסף לנ"ל ללחצים חברתיים בשל היותם מייצגים את התחום ובשל רצונם לשווק את עצמם בצורה "אטרקטיבית" למטופלים. נראה שאין תשובה חד משמעית לשאלה זו ויש צורך במחקרים איכותיים נוספים במדגמים מייצגים בהיקף משמעותי. אך לא ניתן להתעלם מהעובדה שהעיסוק הרב בתזונה והציפיה של החברה מהדיאטן להוות מודל לדוגמא יכולים להציב את האוכלוסייה הזאת בקבוצת סיכון להפרעות אכילה, מה גם שעולה כי בהתייחס לאורתורקסיה, נראה כי אכן קיימת שכיחות גבוהה של התופעה בקרב הדיאטנים והדיאטניות וכי עשויה לצמוח תועלת רבה מהתמודדות מוצלחת עם גורמי הלחץ החיצוניים והפנימיים התורמים בסבירות גבוהה להתפתחות ההפרעה.

בחודשים האחרונים, בעקבות השתתפות בקורס על שפת האכילה, נחשפתי לגישות חדשות ומעוררות מחשבה. לעניות דעתי, חשיפת סטודנטים לתזונה בצורה מסודרת במהלך לימודיהם בפרט ואנשי מקצוע בתחום בכלל לגישות אלו עשויה לאפשר זוויות הסתכלות נוספת על תחום התזונה ובכך להוביל לצמצום היקפי תופעת ההפרעות שתוארו.

שפת האכילה הינה גישה שאיננה רואה את האדם דרך משקלו, בניגוד לגישות רווחות בקהל הרחב ואף בקרב רבים מאנשי המקצוע ובניגוד לרוח הכללית במרחב התקשורתי הבוחנים את האדם, ובפרט את הדיאטן לפי משקלו בהתאם לסטנדרטיים המוקבלים בחברה שלרוב הם אינם מציאותיים או מוצדקים. שפת האכילה כוללת בתוכה גישות כגון acceptance and commitment therapy (ACT) ו Health at Every Size (HAES).

גישת ה HAES ³⁹ היא גישה חדשה יחסית, רוב המאמרים אודותיה התפרסמו החל מתחילת שנות ה-2000. עקרונות השיטה התהוו בין היתר כתגובה לחוסר ההצלחה של הגישות המסורתיות לירידה במשקל ובתגובה למצוקה הפיזית והרגשית שטיפול מסורתי עלול להוביל אליה. תחושת הכישלון שמלווה לדיאטה עלולה לגרום לאדם להרגיש שמשוהו בו אינו תקין או שאינו יכול להיות בריא אלמלא יגיע למשקל גוף מסוים. תחושות קשות אלה יכולות להוביל לאפליה ולדעות קדומות המופנות כלפי אנשים הסובלים מעודף משקל ומהשמנת יתר ולהוביל להתנהגויות כגון הפרעות אכילה או התנהגות טיהור כגון פעילות גופנית מוגזמת. גישת ה HAES מקדמת את הרעיון שלא ניתן לקבוע משקל מתאים לאדם על פי תרשימי גובה/ משקל, חישוב BMI או אחוזי השומן בגוף. במקום זאת, HAES מגדיר "משקל בריא" כמשקל בו האדם מצוי כאשר הוא מוביל לאורח חיים מספק ומשמעותי יותר.

מחקרים הראו כי התמקדות בירידה במשקל כמטרה עיקרית תוביל ככל הנראה לירידה במשקל שאינה תישמר לאורך זמן ⁴⁰ ⁴¹. לעומת זאת גישת ה HAES אינה מתיימרת לומר שכל בני האדם מצויים כעת במשקל הגוף הבריא ביותר בשבילם, אך היא מחנכת לאורח חיים בריא ולאורך זמן האדם יגיע למשקל הבריא עבורו.

יש לציין כי הסרת ההתמקדות במשקל הגוף אינה מרמזת על התעלמות מסיכונים בריאותיים ובעיות רפואיות. כאשר אנשים במשקל גוף גבוה סובלים מבעיות רפואיות, HAES ממליץ שאנשי מקצוע בתחום הבריאות יציעו את אותן הגישות שהיו מציעים במידה והיה עומד מולם אדם רזה שסובל מבעיות דומות. למשל כאשר יגיע אדם רזה עם יתר לחץ דם, יציעו לו שינויים תזונתיים, ימליצו לו על הגברת הפעילות הגופנית וינהלו עכשיו מעקב של טיפול תרופתי. עם זאת, במידה ויופיע מטופל בעל משקל גוף גבוה עם אבחנה זרה, ההמלצה תהיה קודם כל לרדת במשקל ללא התייחסות לשונות הלגיטימית שקיימת בין הני האדם מבחינת המשקל. HAES מנסה להילחם בתופעה זו ולראות את האדם שלא מבעד למשקל גופו ⁴².

המרכיבים העיקריים בגישת ה HAES הם ⁴³:

1. קבלת הגוף ללא קשר לגודלו או צורתו.
2. פעילות גופנית לתנועה ולא לצורך עיצוב הגוף.
3. אכילה אינטואיטיבית המעודדת את האדם להגיב לסימנים פנימיים של רעב ושובע ולא לגורמים חיצוניים כגון זמני ארוחות, אירועים מיוחדים או תוכנית חיצונית המתמקדת בשליטה על המשקל.

מעניין לראות שכשאר בחנו התערבויות המבוססות על HAES באנשים הסובלים מתסמונת מטבולית מצאו שגישה זו הובילה להפחתת חרדה פסיכולוגית ולהגדלת כושר הלב וזאת על אף שלא נראה שינוי במשקל במהלך שלושת החודשים של תקופת המחקר ⁴⁴.

מחקר נוסף שבחן את גישת ה HAES הראה שגישה זו אפשרה למשתתפים לשמור על שינוי התנהגותי לטווח הארוך וזאת בניגוד לגישת הדיאטה המסורתית. למרות שקבוצת הדיאטה ירדה במשקל, במעקב לאורך זמן המשקל הנמוך אינו נשמר ⁴⁵.

נראה שגישת ה HAES לבדה אינה יכולה להפחית סטיגמות בעניין המשקל ברמת האוכלוסייה ללא מאמצים רחבים יותר לשנות נורמות ועמדות חברתיות. אך בעיני יש יתרון לחשוף סטודנטים לתזונה לגישה זו מהסיבות הבאות:

1. כפי שצינתי לעיל, דיאטנים מדווחים על כך שמטופלים מצפים לראות אותם לפי אידיאל הרזון ובכדי לרכוש את אמון המטופל הם מנסים לעמוד בקריטריונים הללו. כאשר הדיאטן לא יסתכל על עצמו דרך המשקל, אלא שיבין שערכו בתחום נמדד לפי מקצועיותו הוא יוכל להרגיש יותר סיפוק מהמקצוע ופחות רגשות אשם.
2. סטודנטים לתזונה של היום הם אנשי המקצוע של מחר. הכל תלוי בגישת הדיאטן; ביכולתו של הדיאטן לשדר למטופל מהו האידיאל שאליו צריך לשאוף. כאשר דיאטן ישרר למטופל שהוא חייב לרדת במשקל ולולא כך מצבו יהיה בכי רע, המטופל יחזור הביתה בתחושה קשה ויתכן אף שתחושה זו תוביל אותו לכישלון במשימה. מאידך, אם הדיאטן ידע להעביר למטופל שהוא לא נמדד רק על פי משקלו ושניתן להיות בריאים גם בגודל ובצורה שונה מאידיאל הרזון, יחל פה תהליך של שינוי שיוביל לסיפוק, להתמדה ולאורח חיים בריא. על ידי אי קידום ירידה במשקל כמטרה עיקרית, ניתן למנוע מהדורות הבאים לפתח בעיות אכילה, לעסוק באסטרטגיות הרזיה מסוכנות ולשאוף לרזון.
3. מחקר שבוצע בתחום מצא שלימוד גישת HAES הפחית את התנהגויות הדיאטה, שיפר את האכילה האינטואיטיבית והוביל להערכת הגוף⁴⁶. אם ידוע לנו שאוכלוסיית הדיאטנים נמצאת בקבוצת סיכון להפרעות אכילה, לימוד של גישה זו יכול למנוע מלכתחילה את התפתחות הפרעת האכילה ובמקרה של הפרעת אכילה קיימת יכול להוביל לשיפור במצב או אף להוות טיפול עבודה.

גישת ה ACT⁴⁷ = תרפיית קבלה ומחויבות, היא שיטת טיפול קוגניטיבית התנהגותית (מהגל

השלישי של ה- CBT) ששמה דגש על המחשבות והרגשות של האדם בהווה.

ישנם שישה תהליכים מרכזיים ב ACT, אשר משלימים אחד את השני:

1. Acceptance - קבלה – חלופה מהימנעות מהחוויה. קבלה כוללת מודעות וקבלה של אירועים שקורים/ קרו בעבר ללא ניסיונות לשנות את תדירותם/ צורתם, במיוחד כאשר בניסיון זה כרוך נזק פסיכולוגי. לדוגמא: מלמדים אנשים חרדתיים להרגיש את החרדה כתחושה ולא לפתח כלפיה מנגנוני הגנה.
2. Cognitive defusion - הפרדה מחשבתית, במקום לבצע ניסיון להדחיק ולהפחית את התוכן והתדירות של המחשבות נעשה ניסיון ליצור ניתוק בין המחשבה לבין ההשלכות השליליות שלה לגבי האדם על ידי יצירת הקשרים בהם משמעותה השלילית של המחשבה מתמעטת. למשל חזרה על מחשבה שלילית בקול עד שהיא מתרוקנת מתוכן והופכת לצליל בלבד.
3. Being present - נוכחות בהווה, ניסיון לחוות את המאורעות באופן ישיר, ללא שיפוט או ניתוח שלהם מתוך מטרה שהאדם יוכל להתנהג בצורה גמישה יותר ולבטא במעשיו את הערכים בהם הוא מחזיק, ללא מבט מבחוץ ושיפוט של הסיטואציה בצורה חיצונית.

4. Self as context – תפיסה של ה"אני" לא כאוסף המחשבות והרגשות שלי, אלא כישות שחווה את המחשבות והרגשות ומעניקה להם הקשר. התועלת בכך היא שהאדם לא מקובע לחוויות שלו היות והוא לא תופס אותם כישות שלו שאיננה ניתנת לשינוי.
5. Values – אימוץ מבחירה של סט ערכים תוך הפחתה בערכם של דיבורים ומחשבות המובילות להחלטות על בסיס לחץ חיצוני (למשל: אמא שלי היתה רוצה שאעשה כך וכך). התהליכים הקודמים שהוסברו מובילים לשלב חשוב זה, הם משחררים את האדם לחיות את החיים ולחוות אותם לפי הערכים החשובים לו בצורה עקבית ומלאה.
6. Committed action – אימוץ פעולות מעשיות המקושרות ועוקבות אחר הערכים בהם האדם תופס, דבר המתבצע בשיטות ביהיוריסטיות שונות כמו הצבת מטרות וכדו' – הניסיון לשנות את דרך ההתנהגות תביא את האדם להתנגשות עם מחסומים פסיכולוגיים נוספים העומדים בדרכו ובעזרת השיטות הנ"ל הוא יתמודד איתם ויפתור עוד קונפליקטים בחייו.

יתרונות השיטה בהתמודדות עם הגורמים המשפיעים על אנשי המקצוע בתחום התזונה הם משמעותיים; חלק מהותי מההשפעות המוטלות על איש המקצוע נובע מהמחשבה שמצופה ממנו לנהוג ולהראות בצורה מסוימת ומקונפליקטים עם העצמי סביב המחשבה של "מי אני ומה אני אמור לייצג במראה ובהתנהגות שלי", בעוד שהידע שנרכש במהלך התואר, התפיסה העצמית של סדרי העדיפויות והערכים האישיים (שאינם עומדים באלו הציבוריים והתקשורתיים שלרוב הינם מעוותים ולא מציאותיים) הינם סט הערכים לפיהם איש המקצוע מעוניין באמת לחיות. באמצעות יישום הכלים של שיטת הACT יוכל איש המקצוע להתנתק מההשפעה החיצונית ומהקונפליקטים עם העצמי ולאמץ את הערכים שהם מעוניינים לחיות לפיהם אותם בנו בהתבסס על סדרי העדיפויות שלהם והמידע הרב שרכשו במהלך התואר ובמהלך חייהם המקצועיים.

סיכום

בעבודה זו סקרתי את כל המקורות הזמינים לי בניסיון להבין האם אכן קיים שיעור גבוה יותר של הפרעות אכילה בקרב סטודנטים ואנשי מקצוע בתחום התזונה, המחקר בתחום הוא דל והתבצע בעיקר בקרב סטודנטים לתזונה, עם זאת, מהמחקר הקיים עולה כי ניתן להניח שיש מקום להנחה שבקרב אוכלוסייה זו קיים שיעור גבוה יותר של הפרעות אכילה. מעבר לכך – בהתייחס לאורתורקסיה נרבוזה שאמנם איננה מוגדרת ב-DSM אך נמצאת בשימוש רווח ונחקרת רבות בעת האחרונה, ניתן להגיד כי אכן קיים סיכון גבוה להתפתחות הפרעה וכן קיימת שכיחות גבוהה יותר באופן משמעותי בקרב הסטודנטים והעוסקים בתחום התזונה בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. ניסיתי גם להתחקות אחר הסיבות המרכזיות לפיתוח הפרעות אלו ולקיומן- מהמחקרים עלו מגוון סיבות אפשריות, בניהן הלחץ החברתי והלחץ מצד המטופלים והרצון לשיווק עצמי בעיני המטופלים והחברתי, הדגש שניתן בלימודי ובתחום התזונה על משקל הגוף, העיסוק היום יומי במזון ובתזונה וכן קיום הפרעות בתחום התזוני עוד טרם הבחירה במקצוע התזונה.

ניסיתי להתוות דרכי התמודדות הממוקדות להתמודדות הייחודית בקרב הסטודנטים ואנשי המקצוע בתחום התזונה, בהתבסס על הנלמד בקורס" שפת האכילה. הצגתי את שיטת הHAES העשויה, בין

היתר לתרום לקבלה עצמית ולהקלה על התמודדות עם הלחצים והסטנדרטים שמוכתבים על ידי החברה וכן את שיטת הACT שיכולה לתרום ליכולת איש המקצוע לחיות על פי סט הערכים בהם הוא עצמו דוגל ולהמעיט את השפעת החברה ואת הקבעון המחשבתי סביב נורמות לא מציאותיות המוכתבות על ידי החברה, גם אם כבר חלחלו ובכך גם לתרום להתמודדות עם הפרעות אכילה שכבר קיימות אצלו בדרגה כזו או אחרת.

נהייתי מאוד להעמיק את הידע שלי בתחום חשוב זה, ולגלות כיצד הכלים שרכשתי במהלך הקורס עשויים לאפשר התמודדות מוצלחת עם המשברים והתמודדויות בתחום הפרעות האכילה לסוגיהן שמהמחקר עולה כי לא ניתן להפחית בחשיבותן.

- ¹ Schaeffer, J. (2014a, May). *Dietitians and Their Weight Struggles*. Today's Dietitian. <https://www.todaysdietitian.com/newarchives/050114p32.shtml>
- ² American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- ³ Ricca, V., Castellini, G., Fioravanti, G., Sauro, C. L., Rotella, F., Ravaldi, C., ... & Faravelli, C. (2012). Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive psychiatry*, 53(3), 245-251.
- ⁴ Bulik, C. M., Slof-Op't Landt, M. C., van Furth, E. F., & Sullivan, P. F. (2007). The genetics of anorexia nervosa. *Annu. Rev. Nutr.*, 27, 263-275.
- ⁵ Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The lancet psychiatry*, 2(12), 1099-1111.
- ⁶ Wade, T. D., Bulik, C. M., Neale, M., & Kendler, K. S. (2000). Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *American Journal of psychiatry*, 157(3), 469-471.
- ⁷ Yao, S., Larsson, H., Norring, C., Birgegård, A., Lichtenstein, P., D'Onofrio, B., . . . Kuja-Halkola, R. (2021). Genetic and environmental contributions to diagnostic fluctuation in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 51(1), 62-69.
- ⁸ Agüera, Z., Lozano-Madrid, M., Mallorquí-Bagué, N., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2021). A review of binge eating disorder and obesity. *neuropsychiatrie*, 35(2), 57-67.

-
- ⁹ Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome “not otherwise specified”(NOS) category in DSM-IV. *Behaviour research and therapy*, 43(6), 691-701.
- ¹⁰ O’Reardon, J. P., Peshek, A., & Allison, K. C. (2005). Night Eating Syndrome. *CNS drugs*, 19(12), 997-1008.
- ¹¹ Hartmann, A. S., Becker, A. E., Hampton, C., & Bryant-Waugh, R. (2012). Pica and rumination disorder in DSM-5. *Psychiatric Annals*, 42(11), 426-430.
- ¹² Mayes, S. D. (1992). Rumination Disorder. In *Advances in clinical child psychology* (pp. 223-261). Springer, Boston, MA.
- ¹³ Keel, P. K. (2019). Purging disorder: recent advances and future challenges. *Current opinion in psychiatry*, 32(6), 518.
- ¹⁴ Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- ¹⁵ Lindberg, L., & Hjern, A. (2003). Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 397–408.
- ¹⁶ McClelland, L., & Crisp, A. (2001). Anorexia nervosa and social class. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 150–156.
- ¹⁷ Moya, T., Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2005). Brief report: Young people at risk for eating disorders in Southeast Brazil. *Journal of Adolescence*, 29, 313–317.
- ¹⁸ Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181-198.
- ¹⁹ Bergen, A. W., van den Bree, M. B. M., Yeager, M., Welch, R., Ganjei, J. K., Haque, K., et al. (2003). Candidate genes for anorexia nervosa in the 1p33–36 linkage

region: Serotonin 1D and delta opioid receptor loci exhibit significant association to anorexia nervosa. *Molecular Psychiatry*, 8, 397–406.

²⁰ Branson, R., Potoczna, N., Kral, J. G., Lentjes, K. U., Hoehe, M. R., & Horber, F. F. (2003). Binge eating as a major phenotype of melanocortin 4 receptor gene mutations. *New England Journal of Medicine*, 348(12), 1096-1103.

²¹ Bacanu, S. A., Bulik, C. M., Klump, K. L., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Keel, P., ... & Devlin, B. (2005). Linkage analysis of anorexia and bulimia nervosa cohorts using selected behavioral phenotypes as quantitative traits or covariates. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 139(1), 61-68.

²² Mora, F., Fernandez Rojo, S., Banzo, C., & Quintero, J. (2017). The impact of self-esteem on eating disorders. *European Psychiatry*, 41(S1), S558-S558.

²³ Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., & Álvarez-Rayón, G. (2005). Perfectionism and eating disorders: A review of the literature. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 13(1), 61-70.

²⁴ Larsen, P. D., McGill, J. S., & Palmer, S. J. (2003). Factors influencing career decisions: perspectives of nursing students in three types of programs. *Journal of Nursing education*.

²⁵ Chang-Kredl, S., & Kingsley, S. (2014). Identity expectations in early childhood teacher education: Pre-service teachers' memories of prior experiences and reasons for entry into the profession. *Teaching and Teacher Education*, 43, 27-36.

²⁶ Lordly, D., & Dubé, N. (2012). The who, what, when, and how: of choosing a dietetics career. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 73(4), 169-175.

²⁷ Kinzl, J. F., Traweger, C. M., Trefalt, E., Mangweth, B., & Biebl, W. (1999). Dietitians: Are they a risk group for eating disorders?. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 7(1), 62-67.

-
- ²⁸ Larson, B. J. (1989). The new epidemic: ethical implications for nutrition educators. *Journal of Nutrition Education*, 21(2), 101-103.
- ²⁹ DRAKE, M. A. (1989). Symptoms of anorexia nervosa in female university dieteticmajors. *Journal of the American Association*, 89, 97-98.
- ³⁰ Johnston, C. S., & Christopher, F. S. (1991). Anorexic-like behaviors in dietetic majors and other student populations. *Journal of Nutrition Education*, 23(4), 148-153.
- ³¹Howat, P. M., Beplay, S., & Wozniak, P. (1993). Comparison of bulimic behavior incidence by profession: dietitian, nurse, teacher. *Journal of Nutrition Education*, 25(2), 67-69.
- ³² LORGER, C. and Leitzmann, C. (1979). Ern  hrungsgewohnheiten von Oecotrophologiestudenten. *Ernaehrungsumschau*, 26, 181-185.
- ³³ Mahn, H. M., & Lordly, D. (2015). A review of eating disorders and disordered eating amongst nutrition students and dietetic professionals. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 76(1), 38-43.
- ³⁴ Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 385.
- ³⁵ Grammatikopoulou, M. G., Gkiouras, K., Markaki, A., Theodoridis, X., Tsakiri, V., Mavridis, P., ... & Chourdakis, M. (2018). Food addiction, orthorexia, and food-related stress among dietetics students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(4), 459-467.
- ³⁶ Tremelling, K., Sandon, L., Vega, G. L., & McAdams, C. J. (2017). Orthorexia nervosa and eating disorder symptoms in registered dietitian nutritionists in the United States. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117(10), 1612-1617.
- ³⁷ Dell'Osso, L., Carpita, B., Muti, D., Cremone, I. M., Massimetti, G., Diadema, E., ... & Carmassi, C. (2018). Prevalence and characteristics of orthorexia nervosa in a

sample of university students in Italy. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(1), 55-65.

³⁸ Reynolds, R. (2018). Is the prevalence of orthorexia nervosa in an Australian university population 6.5%?. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(4), 453-458.

³⁹ Penney, T. L., & Kirk, S. F. (2015). The health at every size paradigm and obesity: missing empirical evidence may help push the reframing obesity debate forward. *American journal of public health*, 105(5), e38-e42.

⁴⁰ Field, A. E., Austin, S. B., Taylor, C. B., Malspeis, S., Rosner, B., Rockett, H. R., ... & Colditz, G. A. (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*, 112(4), 900-906.

⁴¹ Field, A. E., Wing, R. R., Manson, J. E., Spiegelman, D. L., & Willett, W. C. (2001). Relationship of a large weight loss to long-term weight change among young and middle-aged US women. *International Journal of Obesity*, 25(8), 1113-1121.

⁴² Robison, J. (2005). Health at every size: toward a new paradigm of weight and health. *Medscape General Medicine*, 7(3), 13.

⁴³ Bacon, L., & Aphramor, L. (2011). Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutrition journal*, 10(1), 1-13.

⁴⁴ Carroll S, Borkoles E, Polman R. (2007). Short-term effects of a non-dieting lifestyle intervention program on weight management, fitness, metabolic risk, and psychological well-being in obese premenopausal females with the metabolic syndrome. *Appl Physiol Nutr Metab*. 32(1):125–142.

⁴⁵ Bacon L, Stern JS, Van Loan MD, Keim NL. Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *J Am Diet Assoc*. 2005;105(6):929–936.

⁴⁶ Humphrey, L., Clifford, D., & Morris, M. N. (2015). Health at every size college course reduces dieting behaviors and improves intuitive eating, body esteem, and anti-fat attitudes. *Journal of nutrition education and behavior*, *47*(4), 354-360.

⁴⁷ Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, *44*(1), 1-25.