



שפת האכילה

אפליה פנוטיפית וקבלה גנוטיפית

מוגש על ידי: אודי אסולין
שם המרצה: שקד טבנקין
תאריך: אוגוסט 2022

תוכן עניינים

3	1. מבוא
4	2. גוף הסקירה
7	3. מסקנות
8	4. ביבליוגרפיה

מבוא

השמנה מוגדרת כמצב גופני בו ישנה אגירה והצטברות עודפת של תאי שומן. השמנה עשויה להיות מחולקת למספר קטגוריות שונות ומכך לגם עשויה להיות קשורה לתחלואה ברמות שונות. החלוקה לרמות השמנה מתבצעת על ידי הצירופים הנישאים על גביה. השמנה ועודף משקל, השמנה והשמנת יתר חולנית. המדדים המקובלים על ידי גורמי הבריאות להגדרת השמנת מתייחסים לערך ה-BMI (Body mass index). ערך זה מחושב מתוך חלוקת המשקל בגובה בריבוע. משקל תקין נע בין טווח ערכי BMI 18.5-25, ערך BMI אשר מעל ל-25 מוגדר כעודף משקל, מעל ל-30 מוגדר כהשמנה/השמנת יתר והגרוע מכולם, ערך BMI הגבוה מ-40 המוגדר כהשמנת יתר חולנית (Torres-Castillo et al., 2020; Mayoral et al., 2020; Kruger et al., 2022).

לאחרונה מתרחשת עליה בהיארעות ההשמנה בישראל. היארעות זו מתרחשת בקרב כלל האוכלוסייה – מבוגרים, ילדים ונוער. השמנה נקשרת כגורם ישיר הנוגע להעלאת שיעור התחלואה והתמותה ממחלות כרוניות וקיצור תוחלת החיים. בנוסף, מהווה היא גורם סיכון לתחלואה במחלות כרוניות רבות וביניהן סוכרת, מחלות לב וכלי דם, יתר לחץ דם וסרטן על סוגיו.

בשנים האחרונות הוגדרה ההשמנה בישראל ובעולם כמחלה כרונית (Rosen, 2019; Jastreboff et al., 2019). דבר זה מסיר את האחריות מהפרט ומאפשר לבטל את האפשרות כי השמנה הינה קשורה בגורם התנהגותי. הגדרה זו עשויה להביא להפוך מהרצוי בשורשה, אשר הוא צמצום ומתון ההשמנה הקיימת ולקדם את ענף הכלכלה והתעשייה הרפואית. הגדרה זו מתייחסת מחדש להתנהגות/תופעה ההשמנה כבעיה רפואית/מחלה אשר מועברת לאוטוריטה רפואית ומכך מעצימה ומרחיבה את קהל הזקוקים לטיפול רפואי, הגדרה שכזו מוגדרת תחת השם מדיקליזציה.

השמנה איננה זהה אצל כלל האנשים וקיימים לה פנוטיפים שונים. מעבר להגדרה ההשמנה היבשה המתבססת על נתונים יבשים וחישובים מתמטיים כדוגמת BMI קיימים סוגי השמנה פחות מוכרים. העיקרים הינם Metabolically health obesity (MHO)-, השמנה בריאה מטבולית ו-Metabolically obese normal weight (MONW), השמנת יתר מטבולית במשקלת תקין (Torres-Castillo et al., 2021). חוסר הידע וההכרות עם סוגי ההשמנה השונים עושה להוביל לטיפול לקוי ולא מותאם וליצירת קשרים שגויים בין הגורמים אשר הביאו להשמנה ולאילו שההשמנה מביאה איתה. גורמים מקצועיים – רופאים, דיאטנים, מטפלים רגשיים ומאמנים עשויים בשל כך להתאים טיפול לקוי ולראות בשמן כבעל סימנים נוספים שלא בהכרח קיימים. מנגד עשויים לפספס את זה שאינו בעל פנוטיפ מייצג ומוכר אך בעל גנוטיפ כזה אשר מביא לסימנים ומדדים כשל מחלת השמנה המוכרת. מטרת עבודה זו הינה לבחון ולהביא לידי ביטוי את ההשלכות הנוגעות לסוגיית ההשמנה. להציג את דרכי הטיפול וההשלכות ההשמנה הגנוטיפית והפנוטיפית כיום ומנגד ללמוד ולהכיר את דרך הטיפול בהשמנה בשיטת "שפת האכילה".

גוף הסקירה

Metabolically health obesity (MHO) השמנה בריאה מטבולית. מוגדרת כמצב בו למרות היות הפרט בעל עודף שומן אינו בעל הפרעות מטבוליות ו/או סיכון קרדיו-מטבולי מוגבר. היעדר הפרעות מטבוליות, כולל סוג 2 סוכרת, דיסליפידמיה ויתר לחץ דם. בדרך כלל אנשים עם סוג השמנה זה בעלי הרגלים ואורח-חיים עקבי הכולל פחות ישבנות, יותר פעילות גופנית וצריכת סיבים גבוהה. דפוס התזונה של בעלי השמנה מסוג זה כולל ברובו פירות, ירקות ודגים (Kruger et al., 2022; Mayoral et al., 2020; Torres-Castillo et al., 2021).

עיתוי צריכת המזון, כרונוטיפ ותזמון השינה נמצאו כפקטורים הקשורים יותר להשמנה המתוארת. סימנים המיוחסים להשמנה מסוג זה הינם ירידה ברמות ה-IL-6, TNF- α , hsCRP, C3, ורמות האדיפונקטין גבוהות (Kruger et al., 2022; Mayoral et al., 2020; Torres-Castillo et al., 2021). לאנשים בעלי השמנה מסוג זה על אף היותם בעלי פנוטיפ של אדם שמן אינם כוללים סממנים גנוטיפים כשל שמנים אך כן קיים ביו-מרקר המזוהה איתם והוא עליה ברמות הלפטין (Mayoral et al., 2020). אנשים בעלי השמנה מסוג זה עשויים להיות בעלי נטייה גדולה יותר לאורך השנים לפתח תסמונת מטבולית בהשוואה לאנשים בריאים בעלי משקל תקין (Kruger et al., 2022; Mayoral et al., 2020).

Metabolically obese normal weight (MONW), השמנת יתר מטבולית במשקלת תקין מוגדרת כמצב בו ישנה חריגה מבחינה מטבולית ללא השמנת יתר ו-BMI תקין. בסוג המשמנה זה אינם בעלי סממן פנוטיפי, חזותי של השמנה אך ידועים כבעלי סממנים גנוטיפים מטבולים (Kruger et al., 2022; Mayoral et al., 2021; Torres-Castillo et al., 2020). בעלי השמנה מסוג זה עשויים להיות בעלי אחוזי שומן גבוהים מאוד, עלולים לפתח מחלות כדוגמת - טרום סוכרת ודיסליפידמיה. אנשים אלו אינם פעילים גופנית ובעלי ערך BMI העומד על הטווח 20-27. הם עלולים להיות בעלי לחץ דם גבוה וללקות במחלות לב, כלי דם ותסמונת מטבולית. הלוקים בהשמנה מסוג זה בעלי כמות שומן ויסרלי גבוהה (Kruger et al., 2022; Mayoral et al., 2020). אחוזי השומן בקרב גברים בעלי השמנה מסוג זה עומדים על יותר מ-23% ובקרב נשים 30% (Lorenzo et al., 2020).

מסת השומן הרבה הקיימת בגופם מייצרת ציטוקינים פרו דלקתיים (IL-1 α , IL-1 β , IL-6, TNF- α , hsCRP, ו-IL-8) וריכוזם במחזור הדם הולך וגובר. רמות גבוהות של hsCRP מקושרות במבוגרים למספר סממנים הנראים גם בעת תסמונת מטבולית, השמנה מרכזית וסיכון קרדיווסקולרי מוגבר (Mayoral et al., 2020; Torres-Castillo et al., 2021).

ביוני 2013 ה-AMA American Medical Association הצביעה בעבור הגדרת ההשמנה כמצב מחלה אשר דורש מאמצי טיפול ומניעה (de Lorenzo et al., 2020; Rosen, n.d). כיום מוגדרת ההשמנה כמחלה גם בישראל. הגדרה זו מביאה להסרת האחריות ומציבה מצב חדש להתמודדות. הגדרת ההשמנה כמחלה הביאה לעניין רב בקרב החברות המדעיות והפכה את עניין ההשמנה לבעיה ציבורית.

הגדרת ההשמנה כמחלה לא מייחסת חשיבות לסוגי ההשמנה השונים, לביטויים ו/או להשלכותיהם. סטיגמת השמנת היתר רווחת כיום ומביאה לבושה בשומן, שיפוט, ביקורת, מבטים ויען בוחנת מהחברה והסביבה. כלל המעגלים החברתיים המקיפים את השמנים – משפחה, חברה, חינוך, עבודה וכדומה עשויים לגרום סבל רב והשפלה כתוצאה מהתייחסות מבקרת ומפלה (de Lorenzo et al., 2020). הסובלים מהשמנה נכשלים בירידה במשקל ומרגישים תחושת אשמה אך הסובבים אותם אינם מכירים בתחושה זו ומייחסים להשמנה

הקיימת תכונות כמו עצלנות, חוסר אסתטיות, חוסר הצלחה ועוד. כל זאת בנוסף לאידיאל החברתי תרבותי המתפתח המציג את הרזון כמודל היופי וקושר אותו בהצלחה מביא לחיפוש מתמיד אחר דיאטה כדי לקבל את ההכרה החברתית המצופה מהסביבה. מצב זה יוצר אין ספור התרחשויות וחוויות שליליות בקרב הלוקים בהשמנה ויוצר השפעות רבות על החיים האישיים. קיימת נטייה ליצור צימודים בין מספר ערכים ולהוביל לאירועים שאינם רצויים.

כיום, ניתן לראות את סטיגמת ההשמנה הרווחת גם מצד הסביבה המטפלת (Lynagh et al., 2015; Sykes & Mcphail, 2008). ניתן לראות כי גם בקרב מורים, מרצים ומאמנים לכומר גופני ובריאות קיימות עמדות לסטיגמטיזציה, אפליה וסטריאוטיפיים בעבור בעלי ההשמנה. קיימות אינספור עדויות כי גם אנשי המקצוע רואים בהם כעצלנים, חסרי מוטיבציה, פחות מוכשרים וחסרי משמעת עצמית (Lynagh et al., 2015). ישנן עדויות כי מורים ומרצים רואים בבעלי ההשמנה כפחות מוכשרים, מסוגלים ומקשרים את השמנתם הפנוטיפית לציונים אותם מקבלים. ניתן לראות כי גם אנשי החינוך יוצרים צימודים שאינם מכילים כל קשר הגיוני ורוקמים קשר בין ההשמנה הנראת לבין ההישגים. בדומה לכך מדווח גם בקרב מאמני הכומר הגופני והבריאות (Lynagh et al., 2015). ילדים שמנים לעיתים קרובות מטרה לבריונות, התגרריות ומקושרים למסוגלות נמוכה יותר מצד בני גילם וזאת בשל משקלם, אך מתברר שללא רק מצד בני גילם. מאמני הכומר הגופני והבריאות מעידים כי בעת שיעורי הספורט הבית-ספרים דורשים הם פחות מילדים בעלי ההשמנה ואף מעריכים פחות את יכולתם לעסוק בספורט ואת רמת הפעילות הגופנית שלהם. דבר זה מוביל להפחתת ההנאה מפעילות גופנית בקרב הילדים ולהפחתת ההשתתפות בשיעורים המעשיים. התלמידים מעדיפים לעסוק בפעילות המתקיימת בישיבה, או להפסיק את פעילותם את כלל פעילותם בשיעור. ההשמנה הופכת את שיעורי החינוך הגופני להיות כבלתי נסבלים עבורם, דוחקת אותם לשוליים ומביאה לערך עצמי נמוך (Sykes & Mcphail, 2008). מכך הנמכת הציפיות, ההשפעה החברתית השלילית עלולות להביא ולפגוע בהתפתחות החברתית, הרגשית והבריאותית של הילדים בעלי ההשמנה ואף להעצים את ההשמנה הקיימת. על סמך שלל העדויות המדווחות הן מצד בעלי ההשמנה והן מצד הסביבה ואנשי המקצוע (רופאים, דיאטנים, אנשי חינוך – מורים ומרצים, מאמני כומר גופני ובריאות) נוכל לראות כי בהכרח קיים קשר שלילי בין ההשמנה ליחס המתקבל. אך חשוב לשים לב ולתת דגש כי מדובר בסוג ההשמנה הניכר והנראה לעין, ההשמנה הפנוטיפית. ההשמנה הפנוטיפית היא זו המקושרת והמקבלת יחס מופלה, שלילי ופחות מוערך. נוכל לומר כי עצם כך שההשמנה הפנוטיפית היא זו הבולטת בקבלת יחס שכזה מעידה על כך כי אין כל קשר לביטוי הבריאותי/רפואי מצד כלל הגורמים אלא יש קשר ישיר ומוחלט בכל הנוגע לעניין המראה. ההשמנה הגנוטיפית כשמה כן היא זו אשר כוללת אך ורק סממנים ביולוגיים, מטבוליים אך ללא ביטוי הנראה לעין זוכה ליחס אחר זהה כשל האדם הרזה והבריא ואין כל עדות לאפליה או עניין מצד הסביבה. מצד זה יוצר פער אדיר שהרי ההשמנה כשלעצמה אינה מהווה בעיה כלל השלכותיה הבריאותיות הן העיקר והחשיבות המרכזית בהיבט של הפרט והגורמים המקצועיים. חוסר אבחנה זה של גורמי המקצוע וחוסר הידע וההכרות עם סוגי ההשמנה זו יכולים לגרור השלכות משמעותיות על הלוקים בהן.

ההשלכות הנובעות מהקושי בהגדרת סוגי ההשמנה השונים בקרב אנשי המקצוע יכולות לגרור דיאגנוזה לקויה. מצב זה עשוי לגרום לכך שאנשים שאינם נמצאים בפועל בסיכון לתחלואה ו/או אף בסיכוי מוגבר לתומתה מוקדמת יאובחנו בצורה שכזו על אף אי היותם במצב המתואר ולהפך. קבלת טיפול תומך לקוי, הן

תרופתי והן תזונתי וכל זאת בנוסף לדעה הקדומה בכל הנוגע להשמנה שמובילה באופן ישיר להתייחסות השלילית הנלוות.

בכדי שנוכל להעריך את הסטטוס הבריאותי של הפרט עלינו לשאול אותו ולבצע הערכות נוספות טרם ההחלטה שאנו מקבלים על סמך המראה החיצוני. יש לדעת עליו עוד המון דברים ואין לנו האפשרות לקבוע כלום רק על סמך מראהו החיצוני. רק באמצעות פרטים רבים וסמכות מקצועית אמיתית שסקרה את כל הדברים נוכל לקבל תמונת מצב בעבור האדם ועלינו לנטרל כל רגש ודעה קדומה בשלב זה בשונה מהמתרחש היום הן בקרב האוכלוסייה והן בקרב הגורמים המוסכמים כפי שציניתי קודם לכן.

בכדי לאבחן ולהבין את סטטוס האדם עלינו לתשאל אותו אודות מצבו הנפשי, הרגלי השינה ואופייה ולקבל תמונה כולל בעבור ההיסטוריה הרפואית. האם נוטל טיפול תרופתי בעבור מחלה/בעיה מסוימת?, במידה וכן באיזה טיפול מדובר? האם סובל מאלרגיות או בעיות נוספות שאינן הוזכרו? האם מקבל תמיכה נפשית מנטלית/סיוע מנטלי כלשהו? האם בעל ידע כלשהו או אמונה בכל הקשור לאורח חיים ותזונה (טבעונית/צמחונות)? האם סובל ממחלות רקע? ומידע לגבי ניתוחים שבצע בעבר.

בין היתר כדאי בעבור הגורמים הרפואיים הרלוונטיים יהיה לבקש מספר בדיקות שיעזרו לנו לאבחן את מצבו הרפואי. מדידות היקפים על מנת לבחון את אופי ההשמנה, "לד", מדדי דלקת – אינטרלוקינים, אדיפוקינים, מצב הורמונלי, בדיקות צואה ושתן. ביצוע בדיקות ממוקדות תזונה, אולטראסאונד, אק"ג, דקסה. רק בזכות כלל הפרמטרים וזיהוי ביומרקרים ואופי ההשמנה נוכל להבין ולקבל הערכה למצב הנוכחי של הפרט. בכל אופן ובכל מצב אין זה קשור למסוגלות, להערכה, לרמת ההישגים וטיפול לו ראוי הלוקה בהשמנה על כל סוגיה. חשוב לשים לב כי כלל האמצעים אשר יאפשרו להעריך את סטטוס הפרט קשורים וכרוכים אחד בשני ומשלים ביטויי גופניים, קליניים ומטבולים אך בנוסף ביטויים נפשיים עמוקים.

מכך שבהכרח קיימת חשיבות ליצור תיקון במרדף אחר הערך העליון שנוצר בעניין הדיאטה, לנטרל, לזהות ולאבחן את המניע להשמנה להבין את מהותו וליצור מערך נכון של קבלה, הפנמה והבנה בראש ובראשונה עצמית של הפרט. היום אנו נתקלים במעגלי דיאטה חוזרים ונשנים ובחוסר הצלחה משמעותי כזה שללא קץ מתגלגל שוב ושוב וחוזר על גבי עצמו ולכן כדאי יהיה לחשב מסלול מחדש ולשלב בצמוד למסלול ולנתיב המוכר כך שישפר את המערך המתקיים כיום. שפת האכילה, השיטה החדשה עשויה לתרום להגשמת והבנת התהליך בקרב אלו המצויים במצב שכזה.

מסקנות

עבודה זו מתמקדת בשני סוגי ההשמנה הפחות מוכרים ומדוברים – MHO, הכוללת ביטוי חיצוני אך ללא ביטוי קליני ו-MONW, הכוללת ביטוי קליני אך ללא ביטוי חיצוני (Mayoral et al., 2020; Torres-Castillo et al., 2021). ניכר היה לראות כי קיים פער אדיר בין סוגי ההשמנה מצד הסביבה, המטפלים והגורמים המקצועיים. הטיפול היום בראש ובראשונה ייוחס לבעלי ההשמנה הפנוטיפית ועשוי יהיה לפספס את המצויים במצב של השמנה גנוטיפית ללא בדיקות מעמיקות ורחבות יותר. חשוב מאוד להבין כי ההשמנה כשלעצמה קשורה בהמון מרכיבים אשר מביאים להיווצרותה ואף מעצימים אותה. ביטויים אלו עשויים להיות קשורים באינספור מרכיבים, הן בהיבט הבריאותי, הסביבתי והן בהיבט המנטלי. באופן גורף הטיפול המוצע כיום להשמנה לא שם מספיק דגש על העניין המנטלי ועל הסיבתיות של היותו של השמן שמן. הוא מייחס זאת למספר מרכיבים שניתן יהיה לפתור על סמך חישובים מתמטיים וטיפולים רפואיים שלא בהכרח יביאו בכלל המצבים להצלחה אך בחלקם כן.

שפת האכילה מביאה את החסר בפאזל הקיים. שפת האכילה עונה על הדרישה לקבל מענה לסיבה והמניע שהביא את הפרט להיות שמן. את מניע שמביא אותו ודוחף אותו לחפש אחר הרזון, את הגורם המשפיע ביותר והמכוון להמשך התהליך. שיטה זו מתייחסת למרכיבים הקוגניטיביים ונפשיים הכרוכים אחד בשני. לקשר המצוי בין ה-Mind והאובייקטים, להתנהגות המצומדת והמחשבות השליליות. ההצמדות עשויה לגרור איתה התקבעות מחשבתית וקושי לשנות את הקשר החד-ממדי שנוצר. מתקיים מעין מערך שרק מעצים ומגביר את הקשרים הקוגניטיביים שנוצרים "מזין" ומחזק אותם ומקשה על המשך התהליך. ולכן מתקבל מצב של מעגל שנוצר, מעגל של חוסר הצלחה, אכזבה, חוסר הערכת עצמית וכישלון. בכדי לפתור את הכישלון שנוצר שפת האכילה באה לזהות את הקשרים ולהתיר אותם. לקבל את המציאות כמו שהיא להסיר את הצימודים. לשלוט בבחירה, להתמקד באיך ולא במה ולקדם את הפרט להשלמה והגשמה עצמית.

לסיכום, אוכל לומר כי אני רואה צורך הכרחי בשילוב השיטה בשפת האכילה עם דרך הטיפול הקיימת כיום. אינטגרציה שכזו עשויה להיות מאוד מוצלחת בטיפול בלוקים בהשמנה. שיתוף הכלים והאמצעים העומדים לרשות שפת האכילה עשויים להניב פרי ולהוסיף רבות לתהליך ולקבלת המטרה הרצויה. בעלי ההשמנה יוכלו להבין מהו המניע להשמנה והאם הרצון לשנות הוא עצמי או חיצוני ובכך ידעו איך לפעול. חשוב לציין כי לדעתי ישנה משמעות רבה, משמעות ניכרת לשילוב של שפת האכילה יחד עם הטיפול כיום וזאת במטרה לטפל גם בכאלה שמבינים שהשפעה של ההשמנה הינה בריאותית וקלינית אך עדין זקוקים לתהליך המנטלי המתקיים באמצעות שפת האכילה ובנוסף בעבור סוגי ההשמנה הפחות מוכרים כעוד אמצעי וכלי זיהוי והבחנה לצורך האבחנה.

בהתייחס לאפליה והדעה המוקדמת הרווחת בקרב האוכלוסייה כולה והגורמים המטפלים ובעלי הסמכות המקצועית אני חושב שיש צורך בשילוב שפת האכילה והכרותה באופן רחב יותר מאשר לגורמים המקצועיים הרלוונטיים. ההשמנה נמצאת כיום בכל מקום בדרכנו ולכן חשוב להביא את שיטה זו לחיי היום יום של כל אחד ואחד החל מנותני השירות, גורמים מחנכים, מקצועיים וכדומה. מתן הכרות עם שפת האכילה לכל המזכרים יוכל למתן, למגר את הסטיגמה והסטראוטיפים הנוגעים להשמנה והלוקים בה.

1. de Lorenzo, A., Romano, L., di Renzo, L., di Lorenzo, N., Cennamo, G., & Gualtieri, P. (2020). Obesity: A preventable, treatable, but relapsing disease. In *Nutrition* (Vol. 71). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2019.110615>
2. Jastreboff, A. M., Kotz, C. M., Kahan, S., Kelly, A. S., & Heymsfield, S. B. (2019). Obesity as a Disease: The Obesity Society 2018 Position Statement. *Obesity*, 27(1), 7–9. <https://doi.org/10.1002/oby.22378>
3. Kruger, H. S., de Lange-Loots, Z., Kruger, I. M., & Pieters, M. (2022). The Metabolic Profiles of Metabolically Healthy Obese and Metabolically Unhealthy Obese South African Adults over 10 Years. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph19095061>
4. Lynagh, M., Cliff, K., & Morgan, P. J. (2015). Attitudes and Beliefs of Nonspecialist and Specialist Trainee Health and Physical Education Teachers Toward Obese Children: Evidence for “Anti-Fat” Bias. *Journal of School Health*, 85(9), 595–603. <https://doi.org/10.1111/josh.12287>
5. Mayoral, L. P. C., Andrade, G. M., Mayoral, E. P. C., Huerta, T. H., Canseco, S. P., Rodal Canales, F. J., Cabrera-Fuentes, H. A., Cruz, M. M., Pérez Santiago, A. D., Alpuche, J. J., Zenteno, E., Ruíz, H. M., Cruz, R. M., Jeronimo, J. H., & Perez-Campos, E. (2020). Obesity subtypes, related biomarkers & heterogeneity. In *The Indian journal of medical research* (Vol. 151, Issue 1, pp. 11–21). NLM (Medline). https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_1768_17
6. Rosen, H. (n.d.). *Is Obesity A Disease or A ehavior Abnormality Did the AMA et It Right*.
7. Sykes, H., & Mcphail, D. (2008). Unbearable Lessons: Contesting Fat Phobia in Physical Education. In *Sociology of Sport Journal* (Vol. 25).
8. Torres-Castillo, N., Martinez-Lopez, E., Vizmanos-Lamotte, B., & Garaulet, M. (2021). Healthy obese subjects differ in chronotype, sleep habits, and adipose tissue fatty acid composition from their non-healthy counterparts. *Nutrients*, 13(1), 1–16. <https://doi.org/10.3390/nu13010119>