

מבגש

לעבודה חינוכית-סוציאלית

כרך ל' • גיליון 54

תמוז תשפ"ב – יוני 2022

יוצא לאור על ידי:

אפשר
עמותה לפיתוח שירותי רווחה וחינוך



“ראשית לא להרע”: מה מועיל ומה מזיק במניעת הפרעות אכילה בבתי ספר

יעל לצר

תקציר

בעשורים האחרונים ישנה בעולם המערבי, ובכלל זה גם בישראל, עלייה בשיעורי הפרעות אכילה, התנהגויות דיאטה מזיקות, פתולוגיה הקשורה באכילה ועודף משקל. האטיולוגיה היא רב-סיבתית, כאשר לחשיפה המוגברת למסרים פוגעניים הקשורים במודל היופי יש משקל משמעותי, והנפגעים העיקריים הם ילדים ובני נוער.

מחקרים הראו כי מרבית תוכניות ההתערבות למניעת הפרעות אכילה בבתי הספר אינן יעילות, וחלקן אף מזיקות. לכן, בדקו אם דפוסי אכילה בעייתיים יכולים להיות פועל יוצא של לחץ חברתי ולמידה פסיבית מחברים, ממשפחה ומאמצעי התקשורת. המחקרים תמכו בהשפעה החזקה של לחץ חברתי, ונבנו תוכניות מניעה שהתמקדו באתגור גורמי הסיכון העיקריים לפתולוגיה הקשורה בהפרעות אכילה – דימוי גוף וערך עצמי ירודים, לחץ מקבוצת השווים והשפעת אמצעי התקשורת. ואכן, ממצאים מחקר התוכניות העלו שיפור משמעותי בפתולוגיה הקשורה באכילה. מאמר זה בא לתאר את הבעייתיות של כל טווח הפרעות האכילה בקרב בני נוער, להציג את תוכניות המניעה העיקריות שנעשו בבתי ספר בקרב תלמידי חטיבת ביניים ותלמידי חטיבה עליונה, ובמיוחד להדגיש אלו מהן עלולות להזיק, לעומת התוכניות שנמצאו מועילות.

מילות מפתח: מניעה, הפרעות אכילה, בתי ספר, פתולוגיה הקשורה באכילה, מתבגרים, דימוי גוף

מבוא

בארבעת העשורים האחרונים עלתה משמעותית שכחותן של הפרעות האכילה בעולם המערבי, ובעיקר בקרב מתבגרות, ולאחרונה גם בקרב ילדים בגילי טרום-התבגרות (Steinhausen & Jensen, 2015; Varnado-Sullivan et al., 2001). ההפרעות החמורות ביותר הן אנוורקסייה נרבוזה, בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה התקפית (American Psychiatric Association, 2013). המחלות כרוכות בתחלואה פיזית ותחלואה נפשית גבוהות ובשיעורי תמותה גבוהים, כ-6% מכלל החולות בכל עשור, שיעור שנחשב לגבוה מכל ההפרעות הפסיכיאטריות (Attia & Walsh, 2007; Latzer et al., 2005). שיעור הפרעות האכילה עומד על כ-10% בקרב כלל המתבגרות והנשים הצעירות באוכלוסייה הכללית (Levine & Smolak, 2006); מתוכן כ-0.5%–1% עם אנוורקסייה נרבוזה, כ-2% עם בולימיה נרבוזה, כ-3% עם הפרעת אכילה התקפית, והיתר עם הפרעות אכילה לא ספציפיות אחרות (Hammerle et al., 2016) טרם נערך מחקר אפידמיולוגי מקיף באשר לשכיחות הפרעות האכילה בישראל, אם כי מסתמנת מגמה דומה (לצר, 2007; Mitrany et al., 1995; Latzer et al., 2008). גורמי הסיכון שנמצאו קשורים ביותר עם התפתחות הפרעות אכילה הם הפרעות בדימוי ותפיסת הגוף וערך עצמי נמוך (Jacobi et al., 2011).

בנוסף להפרעות אכילה, התפתח טווח רחב של בעיות ופתולוגיות הקשורות באכילה, הכוללות מחשבות והתנהגויות מזיקות סביב צורה משקל ואוכל. טווח זה נע מדאגה בנוגע לצורת הגוף ומשקלו, דימוי גוף שלילי, עמדות, מחשבות והתנהגויות מזיקות בנושא אכילה, שימוש בדרכים לקויות לוויסות משקל (דיאטות, שימוש במשלשלים, הקאות יזומות ועוד) ועד לעיוות קשה בתפיסת הגוף ואובדן שליטה מוחלט, המוביל להתפתחות הפרעת אכילה מלאה (Harel et al., 2002; O'Dea, 2007a, b). כל טווח הפתולוגיות הקשורות באכילה אינן נכללות תחת הקריטריונים האבחנתיים הפסיכיאטריים ב-DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). עם זאת, הן נמצאות בשכיחות גבוהה (כ-22% מהמתבגרות) (לצר, 2007), עם השלכות רגשיות וגופניות קשות, ומהוות כאמור גורם סיכון משמעותי להתפתחות הפרעות אכילה בהמשך (Hudson et al., 2007). ממצאי מחקרים מעידים על שכיחות גבוהה של אי-שביעות רצון ממבנה הגוף וצורתו כבר בגילים צעירים מאוד בקרב כ-50% מהבנות בגילים 8–11. כמו כן הם מראים מגמה עולה של עיסוק יתר בדיאטות ודחף לירידה במשקל למרות משקל תקין (Croll et al., 2002).

האטיולוגיה של הפרעות אכילה היא רב-סיבתית ומשלבת גורמים גנטיים, אפיגנטיים, פסיכולוגיים, משפחתיים וחברתיים-תרבותיים (Treasure et al., 2010). במחקרי תאומים ואימוץ נמצא כי התורשה באנורקסיה מוערכת ב-28%–74%, בבולימיה נרבוזה ב-54%–84% ובהפרעת אכילה התקפית ב-42%–57% (Thornton et al., 2010).

כאמור, המרכיב הגנטי משולב עם גורמי סיכון משמעותיים נוספים, אישיותיים וסביבתיים. גורמי הסיכון שנמצאו קשורים להתפתחות הפרעות אכילה ולפתולוגיה הקשורה באכילה הם: מין (נשים), גיל התבגרות, מאפיינים אישיותיים מוקדמים, כמו: פרפקציוניזם, רגישות גבוהה וצורך מתמיד בהכרה וקבלת אישורים, רגישות רבה לביקורת ונטייה לכפייתיות (בין 27%–74%) (Thornton et al., 2010). גורם סיכון משמעותי נוסף הוא המרכיב החברתי-תרבותי, המאדיר את הרזון כמודל ליופי והצלחה, ובו בולטים שלושה סוכני חברות המשפיעים במיוחד בגיל ההתבגרות: קבוצת השווים והשוואה חברתית (Gilbert et al., 2009; Kichler & Crowther, 2009), אמצעי התקשורת (Ferguson et al., 2011) והמשפחה (Cooley et al., 2008). שלושה סוכני חברות אלה משפיעים ומושפעים האחד מהשני ומעצימים את אי-שביעות הרצון מהגוף, אשר בתורו פוגע בדימוי הגוף ומוביל להתנהגויות מזיקות לשם ירידה במשקל. המשותף לשלושתם הוא המרכזיות הניתנת למסרים המעצימים את אידיאל הרזון, את ההתנהגויות הקשורות לוויסות המשקל ולירידה במשקל ואת עיסוק היתר במשקל, צורה חיצונית ואכילה. ממצאים אלה מעוררים דאגה משמעותית בקרב מומחים לבריאות הציבור בעולם המערבי וקוראים לצורך במציאת מענה מניעתית מיידית (O'Dea, 2007a, b).

מבין תוכניות המניעה הראשוניות שנבחנו מחקרית בולטות במיוחד אלו שהתמקדו בסיפוק ידע ישיר על הפרעות אכילה, שימוש בדיווחים מהתקשורת על הפרעות אלו, שמיעת חוויות אישיות של חולות בפועל או מחלימות מהפרעות

אכילה וכאלו שהתמקדו ישירות בשיפור דימוי הגוף באמצעים שונים. בניגוד למצופה, הממצאים הראו כי מרבית תוכניות המניעה שפותחו לא היו יעילות; יתרה מכך, חלקן אף הובילו להחמרה בדימוי הגוף, לאי-שביעות רצון ממבנה הגוף ומשקלו, לאימוץ הרגלי אכילה בעייתיים ומזיקים ולפגיעה בערך העצמי ובביטחון העצמי. ממצאים אלו הדגישו את הצורך לבחון מחדש ולעומק את תוכניות ההתערבות המועברות בבתי הספר, להימנע משימוש בתוכניות שעלולות להזיק ולפתח תוכניות חדשות (Austin, 2001; Le et al., 2017; Watson et al., 2016).

כפועל יוצא של ממצאים אלה, נבחנה השאלה האם הפרעת אכילה מידבקות? האם דפוסי אכילה בעייתיים כולל תסמינים של הפרעות אכילה, כמו הקאות יזומות ושימוש במשלשלים ומשתנים, מושפעים מלחץ חברתי, למידה פסיבית מחברים, בני משפחה ואמצעי התקשורת? ממצאי המחקרים השונים אכן תמכו בהשפעה החזקה של לחץ חברתי על התפשטות המחלה בקרב בני נוער וכן בהשפעה הרבה של התקשורת על דימוי הגוף שלהם, בשל מסרים המכוונים בעיקר אליהם. יש חוקרים שהגדילו לעשות וטענו כי התקשורת היא שהאיצה את התפתחות ההפרעות בדימוי גוף והתפתחות התסמינים של הפרעות אכילה בקרב מתבגרים.

בעקבות נתונים ראשוניים אלו, פותחו תוכניות מניעה שהתמקדו בגורמי הסיכון העיקריים להתפתחות פתולוגיה הקשורה בהפרעות אכילה – דימוי גוף וערך עצמי ירודים, לחץ מצד קבוצת השווים והשפעת אמצעי התקשורת. התוכניות שפותחו התבססו על תכנים אינטראקטיביים לשני המינים ולכל הגילים, וחלקם אף שיתפו הורים. ואכן, ממצאים מתוכניות מניעה מהשנים האחרונות הצביעו על שיפור משמעותי בפתולוגיה הקשורה בהפרעות אכילה בקרב מתבגרות ומתבגרים גם 6–12 חודשים לאחר ההתערבות. היעילות הגבוהה נמצאה בקרב קבוצות בסיכון, בתוכניות שהתמקדו בהעצמה, עמידה בלחצים חברתיים וקריאה ביקורתית של אמצעי התקשורת, ואשר הועברו על ידי אנשי מקצוע שעברו הכשרה מתאימה (Wade et al., 2017).

מאמר זה בא לתאר את הבעייתיות של כל טווח הפרעות האכילה בקרב בני נוער, להציג את תוכניות ההתערבות העיקריות שנעשו בבתי ספר – בחטיבת הביניים ובחטיבה העליונה – למניעת הפרעות אלו ולמניעת פתולוגיה הקשורה באכילה, הדיון ידגיש את התוכניות העלולות להזיק מול אלה שנמצאו בטוחות ומועילות ואשר מומלץ ליישמן ולהרחיב את המחקר עליהן.

הפרעות אכילה (eating disorders) ופתולוגיה הקשורה באכילה (disordered eating)

בעשורים האחרונים גבר העיסוק במראה החיצוני, בעיקר בקרב נערות ונשים צעירות, ולמגמה זו מצטרפים בהדרגה גם ילדים ומתבגרים (Hammerle et al., 2016). שכיחות העיסוק בכך הלכה וגברה, בעיקר סביב התפתחות תרבות הרזון כמודל ליופי, להצלחה, לכוח ולשליטה, ובמיוחד בחברה המערבית המודרנית. כפועל יוצא הלכה והתפתחה תעשיית הדיאטות, ועימה התנהגויות אכילה בעייתיות

ומזיקות ושימוש בדרכים מזיקות לירידה במשקל, כמו: שימוש במשלשלים, הקאות יזומות, כדורי הרזיה וספורט כפייתי. הנפגעות העיקריות הן מתבגרות. הפרעות באכילה מצויות על הרצף שבין התנהגויות דיאטה חד-פעמיות, דרך תסמינים ופתולוגיה הקשורים באכילה ועד הפרעות אכילה מלאות. הפרעות אכילה (eating disorders). פתולוגיה הקשורה באכילה (disordered eating) והתנהגויות אכילה בעייתיות מאופיינות במגוון של מחשבות והתנהגויות הקשורות בהתפתחות הפרעות בדימוי הגוף (Hudson et al., 2007; Treasure et al., 2010).

אף שכל טווח ההתנהגויות הבעייתיות הקשורות באכילה אינו נכלל בקריטריונים האבחנתיים של הפרעות אכילה על פי DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), הן מהוות גורם סיכון משמעותי להתפתחות של הפרעות אכילה מלאות וכל ההשלכות הרגשיות והגופניות הכרוכות בכך (Thompson, 2004). הספרות המחקרית מדווחת כי התעסקות יתר בצורה חיצונית, משקל ודיאטות כתוצאה מאי-שביעות רצון מהגוף נצפתה בקרב כ-80% מבני הנוער במדינות מערביות רבות, ובכללן בישראל, וכ-30%–50% מהנערות בקבוצה זאת עסוקות באופן תדיר בדיאטות לסוגיהן (Stein et al., 1997). במחקר אחר עלו ממצאים דומים וכן נמצא כי העיסוק בדיאטה נצפה גם כאשר משקלן וגובהן של הנערות היה בטווח התקין (Jones et al., 2001; Kann et al., 2000). כמו כן נמצא כי כ-50% מבנות ה-15 נוקטות אחת או יותר מההתנהגויות הנכללות תחת הקטגוריה של פתולוגיה הקשורה בהפרעות אכילה, והתנהגויות דיאטה ואי-שביעות רצון מהגוף נמצאו בשכיחות עולה כבר בקרב ילדות בנות 9–10 במשקל תקין (Croll et al., 2002; Shapiro et al., 1997; Skemp-Arlt, 2006).

תופעה זו של אכילה בעייתית, המכונה בספרות "disordered eating", אינה מעידה בהכרח על התפתחות הפרעת אכילה חלקית או מלאה בהמשך, אך כרוכה בתחלואה נפשית וגופנית קשה, אשר יכולה ללוות את המתבגרים גם שנים רבות לאחר גיל ההתבגרות (Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2010).

המצב בישראל

בישראל כאמור נצפתה מגמה דומה, שלפיה הבעייתיות בהתנהגויות אכילה הופיעה כבר טרום-גיל ההתבגרות (Sasson et al., 1995). כבר ב-1995 נמצא כי אחוז גבוה של מתבגרים בכל טווח הגילים גילו התעסקות יתר באוכל, בדחף לרוזן ובירידה במשקל. כ-50% מהנערות דיווחו כי הן נמצאות בדיאטה בהווה ו-75% דיווחו כי היו בדיאטה בעבר, אף שרק כ-15% מתוכן הוגדרו כבעלות משקל עודף (Neumark-Sztainer et al., 1995).

במחקרים חוזרים של ארגון הבריאות העולמי על בריאות מתבגרים נמצא כי ישראל מדורגת במקום הראשון מתוך 34 מדינות אירופיות ברובן, אך עימן גם קנדה, בהתנהגויות דיאטה לירידה במשקל וכן באי-שביעות רצון ממשקל הגוף וצורתו (Harel et al., 2002). בעשורים האחרונים נעשה מספר רב של מחקרים אשר בדקו פתולוגיה הקשורה בהפרעות אכילה בקרב מתבגרות ונשים צעירות בישראל, ואלו

הצביעו על מגמת עלייה בעיסוק יתר במשקל וצורה ואי-שביעות רצון ממשקל הגוף. בקרב 20–22% מהמתבגרות נמצאה פתולוגיה הקשורה באכילה, בעיקר בקרב בנות בגילים 16–18 (לצר ואחרים, 2013; Latzer & Greenberg et al., 2007; Tzischinsky, 2003, 2005; Maor et al., 2006).

ממצאים אלו מהעולם ומישראל הדגישו את הצורך באיתור גורמי הסיכון העיקריים להתפתחות הפרעות אכילה ואיתור קבוצות הסיכון לפתח הפרעות אלו, ובהתאם – בפיתוח התערבויות מניעה, ובעיקר בבתי ספר. תוכניות המניעה שנעשו בבתי ספר בחנו משתנים רבים, ובכללם מצב הסיכון של המתבגרים לפתח הפרעות אכילה, גיל, מין, מי מעביר את התוכנית, משך ההתערבות ועד כמה הועילה. תחילה אסקור את הספרות הבוחנת את השאלה: האם הפרעות אכילה מידבקות? לאחר מכן את תוכניות ההתערבות הראשונות שנעשו בבתי ספר, ולאחריהן את התוכניות החדשות משני העשורים האחרונים.

האם הפרעות אכילה מידבקות?

שאלת המחקר שהעסיקה חוקרים רבים מתחום המניעה בגיל ההתבגרות הייתה, האם הפרעות אכילה הן פועל יוצא של הדבקה חברתית? האם מדובר בתהליך למידה חברתי המואץ על ידי השוואה חברתית של קבוצת השווים, על ידי המשפחה או על ידי אמצעי התקשורת?

מאחר שהנפגעות העיקריות הן מתבגרות, ניתנה תשומת לב מחקרית ייחודית להשפעה המידבכת של קבוצת השווים על קבוצה זאת. נבחנה השאלה, באיזו מידה לחץ קבוצתי וחברתי של קבוצת השווים יכול להשפיע על המתבגרות לפיתוח דפוסי אכילה בעייתיים שיכולים להוביל להפרעות בדימוי גוף ולהפרעות אכילה? כמו כן, נעשה ניסיון להבין את המכניזם המניע את תהליך ההדבקה. נבחנו מודלים של חיקוי התנהגות, תחרות, חיפוש אחר מעמד חברתי, השוואה חברתית, קבוצת הגיל והמאפיינים של אלה המצויים בסיכון גבוה יותר להידבקות, מדדים של חוסן פנימי, ביטחון עצמי וערך עצמי, אינטראקציה בין כמה מדדים ועוד.

סוגיות אלו נבדקו במחקרים רבים, והממצאים היו עקביים; מחקרים ראשונים נעשו כבר בשנות התשעים של המאה הקודמת והצביעו על השפעת חיקוי קבוצת השווים והלחץ החברתי ממנה על התנהגויות בעייתיות בקשר לוויסות משקל ועל אי-שביעות רצון מהגוף. החוקרים טענו כי מדובר במגמה של "הדבקה" בקרב בני נוער (Crandall, 1988; Harris, 1995; Paxton et al., 1999).

פקסטון ועמיתיה (Paxton et al., 1999, 2002) בדקו את השפעת קבוצת השווים והחוג החברתי בקרב מתבגרות על התפתחות תסמינים של הפרעות אכילה, ומצאו קשר בין השפעת החברות לבין התנהגויות דיאטה מזיקות, צמצום אכילה ועיסוק יתר במשקל, צורה חיצונית וגוף.

מחקרים מאוחרים יותר בדקו משתנים נוספים הקשורים בהשפעת הלחץ הקבוצתי של קבוצת השווים על התנהגויות אכילה לא בריאות בקרב מתבגרים. הם התבססו על "מודל ההשפעה המשולש", הקשור בהפרעות בדימוי גוף ובאכילה

אצל מתבגרים. על פי מודל זה קיימים שלושה סוכני חברות מרכזיים המשפיעים על תחושת אי-שביעות רצון מהגוף והפרעות בדימוי גוף: **קבוצת השווים, ההורים ואמצעי התקשורת**; אלו בתורם מובילים להתנהגויות מזיקות, כגון ירידה במשקל, בעיקר צמצום אכילה וספורט כפייתי, ובהמשך גם לתסמינים של הפרעות אכילה, כמו שימוש במשלשלים ומשתנים והקאות יזומות. המכניזם המתערב בתהליך הוא בעיקר הפנמה של מודל הרזון האידיאלי, כפועל יוצא של סביבה התומכת באידיאל זה. כאמור, הסביבה כוללת את ההשוואה בתוך קבוצת השווים, בעיקר בכל הנוגע להופעה חיצונית, את המשפחה, התומכת באידיאל הרזון ומעודדת דיאטות ואת מידת החשיפה למסרים מזיקים באמצעי התקשורת השונים (Dunkley et al., 2001; Schutz & Paxton, 2007).

מודל זה נבדק בכמה מחקרים שונים, בעיקר על תלמידות מחטיבת בנינים. החוקרים מצאו כי הפנמת מסרים המאדירים את הרזון והשוואה חברתית, המתווכים על ידי השפעה הורית, וכן חשיפה לאמצעי התקשורת, מובילים לאי-שביעות רצון מהגוף (Dunkley et al., 2001; Schutz & Paxton, 2007; Thompson, 2004). כפי שצוין ב"מודל המשולש", לתהליכים משפחתיים יש תפקיד משמעותי בהגברת הרגישות של בני נוער ללחצים של קבוצת השווים בנוגע להתנהגויות דיאטה ודימוי גוף שלילי. מחקרים רבים מצביעים על תפקידן המשמעותי של המשפחות בהתנהגויות אכילה בעייתיות ופתולוגיה הקשורה באכילה של ילדיהן. נמצא כי מסרים והתנהגויות משפחתיות, כמו: עיסוק יתר בהתנהגויות דיאטה, מתן התייחסות רבה לצורה חיצונית, משקל ואוכל וביקורתיות הורית בכלל, ובעיקר סביב התנהגויות אכילה, יכולים להגביר פגיעות (Le grange et al., 2007). כמו כן נמצא קשר בין סגנון ההורות של ההורים לבין תחושת הביטחון של בנותיהן – ככל שההורים מאופיינים בסגנון הורות סמכותי (לעומת סמכותני), כך הסתגלות ילדיהם ובריאותם הנפשית יהיו טובים יותר בכל המדדים (McKinney et al., 2008). עוד נמצא כי לבנות להורים בעלי סגנון הורות סמכותי, משמע הורים המודעים להיקף השימוש של בנותיהן באמצעי התקשורת ובתכנים שהן צורכות, מעורבים (לא בהכרח מגבילים), צופים איתן ומנהלים שיח פתוח ומכוון, תהיה תחושת העצמה גבוהה יותר (לצר ואחרים, 2013א).

תומפסון וסטייס (Thompson & Stice, 2001) הוסיפו כי הגורם המשפיע הנוסף על לחץ חברתי הוא רמת הפנמת ההשוואה החברתית, שמשפיעה בתורה על דימוי גוף ואי-שביעות רצון מהגוף. חיזוקים חברתיים הם מכריעים בתהליך זה, והמאיצים העיקריים לדימוי עצמי נמוך ובעיות באכילה הם הפנמת מסרים חברתיים של אטרקטיביות והשפעת קבוצת השווים. מחקרים מאוחרים יותר בחנו ספציפית את ההשפעה של קבוצת השווים ומצאו כי היא הובילה לשורה של התנהגויות בריאותיות מזיקות ולהפרעות באכילה. במיוחד בלטה השפעתן על מי שעושו דיאטה (Gravener et al., 2008).

השפעת החברים נבחנה גם בקרב תלמידים צעירים בתחילת גיל ההתבגרות, בכיתות ו עד ח. הממצאים הראו קשר מובהק בין השפעת קבוצת השווים, במיוחד

של אלה בתוכה שעושים דיאטה, לבעיות באכילה והפרעות בדימוי גוף. לא נמצאו הבדלים מובהקים בהשפעה של קבוצת השווים בין הבנות לבנים (Eisenberg & Chokri, 2010; Neumark-Sztainer, 2010; Hutchinson et al., 2010; Meyer & Gast, 2008). חוקרים נוספים בחנו את מקומה של תקשורת ביקורתית שלילית בתוך המשפחה ובין החברים ושל היותה דגם לחיקוי ואת השפעתם על בעיות באכילה בקרב ילדות בנות 10–12 ובגיל ההתבגרות. ואכן נמצא כי אלו מנבאים הפרעות בדימוי גוף ובעיות באכילה (Kitchler & Crowther, 2009). בדומה, בדקו לוולר וניקסון (Lawler & Nixon, 2011) מתבגרים ומתבגרות בני 16 ומצאו כי הערות על הופעה חיצונית וביקורתיות של קבוצת השווים ניבאו הפנמה של אידיאל רזון וחוסר שביעות רצון מהגוף.

גיל ההתבגרות הוא תקופת מעבר התפתחותית המאופיינת בשינויים רבים, פיזיים ורגשיים, תקופה התובעת יכולות גבוהות של חוסן נפשי להסתגלות טובה לשינויים אלה (Dahl & Gunnar, 2009). בתקופת גיל זאת מתמודדים המתבגרים עם קשיי הסתגלות בדרך לגיבוש זהות, לאוטונומיה וכן לעמידה בדרישות ולחצים של ההורים, המורים ואחרים משמעותיים, ובמיוחד לחצי קבוצת השווים (Steinberg, 2002). המתבגרים נוטים להשוואה חברתית אינטנסיבית, שדרכה הם מבססים בין השאר את ההערכה העצמית. פעמים רבות הם נוטים להתנהגויות מזיקות, ולו כדי לזכות בהכרה והערכה חברתית (Lee et al., 1997). לפיכך, הממצאים המצביעים על השפעה מידבקת אינם מפתיעים, ומכאן החשיבות שיש לתת להם בפיתוח וגיבוש של תוכניות מניעה למתבגרים.

סיכום ממצאי החוקרים

קבוצת השווים משמעותית ביותר בחיי מתבגרים וצעירים, וחבריה מהווים סוכני השפעה בדרכים אחדות: (א) שיחות יום-יומיות על הופעה חיצונית, מה שמכונה "שיחות שמנות", והתגרריות סביב משקל; (ב) התייחסות למקובלות חברתית כתלויה בצורה משמעותית במיוחד במראה החיצוני הרזה וביופי; (ג) התייחסות מרובה לעניין המשקל ולשימוש בדיאטות ולימוד וחיקוי של דרכים לוויסות משקל, כמו שימוש במשלשלים והקאות יזומות; (ד) נרמול התנהגויות לא בריאות לוויסות משקל בקרב קבוצת השווים (Eisenberg et al., 2005; Hutchinson et al., 2010; Shroff & Thompson, 2006a,b).

בבואנו לבחון את יעילותן של תוכניות המניעה, חשוב מאוד לבחון את התהליכים המניעים את מנגנון ההדבקה. יש לתת מרכזיות לתפקידיהם של בית הספר ושל אנשי החינוך: (א) כדגמים לחיקוי, כסוכני שינוי וכבעלי יכולת איתור של מוקדי לחץ חיצוניים; (ב) באיתור פרטים וקבוצות בסיכון; (ג) בפעילות למניעת התנהגויות מזיקות בשלוש רמות המניעה – ראשונית שניונית ושלישונית.

תוכניות התערבות הממוקדות על סיפוק ידע ישיר על הפרעות אכילה

מערכת החינוך מבוססת בעיקרה על סיפוק ידע וערכים, והתלמיד נמדד על פי הישגיו בידע הנלמד, המהווה ערך חשוב להקניית ביטחון, השכלה כללית רחבה וכלים לתפקוד עצמאי וקוגניטיבי בהמשך החיים. על בסיס אותו עיקרון נבנו תוכניות התערבות רבות אשר סיפקו ידע בסיסי על הפרעות אכילה; זאת מתוך הנחה שידע מקיף על הסימנים הקליניים, הפיזיולוגיים והפסיכולוגיים ועל ההשלכות והסיבוכים הרפואיים של הפרעות אכילה עשוי למנוע מבני נוער להתנסות בהתנהגויות אלו.

מסקירה מוקדמת של 20 תוכניות מניעה שנעשו בבתי ספר נמצא כי ארבע מהן דיווחו על החמרה ניכרת בעקבות תוכניות ההתערבות, ומרבית האחרות לא הצביעו על כל תועלת (Austin, 2001). מחקרים שבחנו תוכניות התערבות מבוססות ידע למתבגרים הראו כי בניגוד למצופה, נצפתה בעקבות הפעלתן עלייה בהתנהגויות הדיאטה ובפתולוגיה הקשורה באכילה, כמו גם בירידה בדימוי גוף ובערך עצמי (Mann et al., 1997; O'Dea, 2000; O'Dea & Maloney, 2000; Stice et al., 2000). נמצא כי לימוד ישיר על הפרעות אכילה קשור עם התנהגויות לא בריאות לוויות של משקל ואכילה והופעת תסמינים של הפרעות אכילה ואף משמש כטריגר להתפתחות הפרעת אכילה מלאה אצל חלק מהמתבגרים, ובמיוחד המתבגרות (O'Dea, 2000; Stice et al., 2000).

ההסברים שהחוקרים נתנו לממצאים אלו היו כי ייתכן שלימוד ישיר על הפרעות אכילה, הכולל פירוט של התסמינים והתנהגויות האכילה הבעייתיות, חושף את התלמידים לאפשרויות נוספות לוויות משקל וירידה במשקל, כמו למשל: הקאות יזומות, שימוש לרעה במשלשלים ובכדורי הרזיה, פעילות גופנית מופרזת וצמצום קיצוני באכילה. הדבר נכון במיוחד בקרב מתבגרים אשר מלכתחילה טרודים מאוד בנושאים אלו. לחלק מהתלמידים מידע זה לא היה מוכר, וייתכן שנתן להם רעיונות לחיקוי. עבור אחרים, עצם סיפוק המידע היווה טריגר לנסות או להחמיר התנהגויות. במיוחד נכון הדבר עבור מתבגרים, המצויים בתקופה רגישה בחייהם, שבה הביטחון העצמי, הערך העצמי ודימוי הגוף ירודים.

למרות ממצאים חד-משמעיים אלה, חשוב לציין כי ההשפעה לרעה נצפתה במידה רבה יותר בקרב מתבגרים שהיו פגיעים יותר רגשית, וגם מתוכם לא כולם יפתחו הפרעות אכילה. עם זאת, אצל מרבית המתבגרים האלו מדובר בהתנהגויות דיאטה קיצוניות, שמחריפות ונמשכות שנים לאחר גיל ההתבגרות וגורמות לסבל פסיכולוגי חברתי ורגשי רב (Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2010). לכן, חשוב להדגיש כי בתי ספר אשר מספקים ידע על הפרעות אכילה כחלק מתוכנית הלימודים או כחלק משיעורי חברה, אינם משיגים את המטרה של מניעה ואפילו עלולים לגרום לנזק. ייתכן מאוד כי ממצאי מחקרים אלה קשורים אף הם לממצאים שתוארו לעיל המצביעים על מכניזם ההדבקה (Hutchinson et al., 2010). תוכניות מניעה המבוססות על סיפוק ידע נבחנו גם בדרכים נוספות, כמו שימוש בסיפורים וחוויות אישיות של מחלימים מהפרעות אכילה או של חולים בפועל.

סיפוק מידע באמצעות סיפורים וחוויות אישיים של מחלימים מהפרעות אכילה או של חולים בה

חוקרים שיערו כי אם יסופק מידע ישיר על המחלה, על התסמינים המתלווים אליה ועל הסבל הכרוך בה מפי צעירה שהחלימה מהפרעת אכילה או צעירה שעדיין חולה במחלה, הוא ימנע מהמתבגרים מלהתנסות באמצעים מזיקים לירידה במשקל, והם יחששו ויוותרו על התנהגויות אכילה מזיקות, ואולי גם על הרזון כמודל ליופי. ההנחה הייתה שאם צעירה תתאר את הסבל שעברה והשנים שהוחמצו בחייה בעת היותה חולה בהפרעת אכילה או תספר מה שהיא עוברת בפועל, עצם החשיפה יפחיד וירתיע. ואכן בבתי ספר רבים הוזמנו חולות לספר את סיפורן לתלמידים. הממצאים הראו כי בניגוד למשוער, תוכניות מניעה אלו השיגו את ההפך – במקום שההתנהגויות הפתולוגיות יימנעו, הן עודדו חלק מהמתבגרות לנסות התנהגויות אכילה מזיקות, ואצל חלק אחר הן הובילו להחמרה של התנהגויות אלו (O'Dea, 2000; Striegel-Moore et al., 1990; Thompson et al., 2001).

ההסברים שניתנו לממצאים אלו על ידי החוקרים היו כי ייתכן שבדומה למתן מידע מדעי, גם השימוש בסיפוריהן האישיים של המחלימות או החולות עלול להשפיע לרעה על המאזינים הצעירים, להפחית את מידת החומרה של הפרעות אכילה, לנרמל התנהגויות מזיקות לוויסות משקל ואפילו להאדיר אותן. כמו כן, השימוש בסיפורים אלו עלול למזער את הקושי הכרוך בהחלמה מהמחלה ומההשלכות הפיזיות והפסיכולוגיות הנלוות אליה, שכן מול המאזינים עומדת צעירה שהתגברה ונראית רזה ומושכת. ההשפעה ניכרת במיוחד אם המרצה היא ידוענית, מקובלת, יפה, רזה ומחוטבת. מידע זה יכול כאמור להשפיע יותר על צעירים עם דחף לרזון, שמלכתחילה ביטאו עיסוק יתר בצורה חיצונית ובאכילה ורצו לרדת במשקל. תיאור השימוש במשלשלים, כדורי ההרזיה, פעילות גופנית מופרזת, צמצום אכילה משמעותי והקאות יזומות כטכניקות לירידה במשקל יכול לספק להם רעיונות חדשים לירידה קיצונית ומסוכנת במשקל.

למידע זה ישנה גם השפעה משמעותית על הצעירים שחולים בפועל בהפרעת אכילה. מדובר במחלה בעלת אופי תחרותי מאוד, וכל מידע על ירידה במשקל ורזון של נערה מסוימת מעלה בקרב הנערות החולות חרדה ותחושת כישלון על כך שזו הצליחה יותר מהן בירידה במשקל. הן יכולות ללמוד מהסיפור האישי שיטות ודרכים חדשות שאותן טרם ניסו ולהיכנס למעגל תחרות עם חברותיהן על ידי צמצום אכילה חמור יותר, בניסיון להיות האנורקטית ה"טובה ביותר".

בנוסף, נמצא כי השימוש בסיפורים האישיים מפי המחלימים מהפרעות אכילה יכול להנציח את מודל הרזון, שכן הוא עלול לנרמל את ההתנהגות הבעייתית ולהפוך אותה לזוהרת יותר, בעיקר אם בני הנוער מחשיבים מאוד את הדובר או הדוברת כדגמים לחיקוי. הדבר בולט כאמור אם הדוברת היא ידוענית שהחלימה מהפרעת אכילה ומוערכת מאוד. הדיווחים של התנהגויות אכילה בעייתיות מפי ידוענים עלולים לגרום לצעירים לאמץ התנהגויות אלו, בניסיון להידמות לדגמים לחיקוי אלו (O'Dea, 2000, 2004); יתרה מזאת, השימוש בסיפור אישי מפי מחלימים מהפרעות

אכילה עלול להוביל למסקנה שהחלמה מהפרעות אלו היא קלה ומהירה, בייחוד אם המחלימה היא רזה, יפה, מפורסמת ומוצלחת. מדובר בתהליך של מיסוך ותעתוע המבוסס על אשליה, שכן במציאות, החלמה מהפרעת אכילה היא תהליך ממושך עם פרוגנוזה קשה, אחוזי התחלואה והתמותה הגבוהים ביותר מכל ההפרעות הפסיכיאטריות ושיעורי התאבדות גבוהים במיוחד.

תוכניות מניעה המבוססות על סיפוק ידע נבחנו בדרכים נוספות, כמו שימוש בכתבות בעיתונות הכתובה והמשודרת.

סיפוק מידע באמצעות שימוש בכתבות מהעיתונות הכתובה או בכתבות משודרות

בדומה להשערות על סיפוק מידע ישיר או באמצעות הקשבה לסיפור אישי של מחלימה מהפרעת אכילה או של חולה בה, חוקרים הניחו כי אם יסופק מידע ישיר על המחלה, על התסמינים המתלווים אליה ועל הסבל הכרוך בה, באמצעות כתבה בעיתון, סרט דוקומנטרי, כתבה בטלוויזיה ואמצעי תקשורת נוספים, ולאחר מכן אף ייערך דיון על ידי המורה או היועצת, פעילות זאת יכולה למנוע מהמתבגרים להתנסות באמצעים מזיקים לירידה במשקל. הם אף סברו כי פעילות מסוג זה יכולה לעורר בקרבם חשש ורתיעה מהתנסויות מזיקות, ואולי אף לשפר את עמדתם באשר למודל הרזון. כפועל יוצא מחשיבה זאת, נוטים בתי ספר רבים להקדיש כחלק משיעור חברה או יום בריאות סרטים על הפרעות אכילה, להציג כתבות מעיתונים וכדומה.

השערה זו נבחנה מחקרית, ונמצא כי גם תוכניות מניעה אלו העלו ממצאים מנוגדים למצופה; לא די שההתנהגויות המזיקות לא נמנעו, ההתערבות עודדה את המתבגרים לנסותן, ובמקרים מסוימים היא אף החמירה אותן. כבר בתחילת שנות השמונים של המאה הקודמת, הממצאים הראו בעקביות כי אחוז לא מבוטל של נערות ונשים צעירות עם בולימיה נרבוזה למדו על השימוש בהקאות יזומות ובמשלשלים כדרך לירידה במשקל מתוך עיתונים, סרטי קולנוע וטלוויזיה, כתבות וסרטים שהוצגו בפניהן במטרה למנוע הפרעות אכילה (Fairburn et al., 1997; Striegel-Moore et al., 1986).

במחקר שדגם 499 נשים צעירות אשר יזמו הקאות לצורך ויסות משקל, נמצא כי 26.6% למדו על כך מאמצעי התקשורת, ו-17.4% – מחבר או קרוב משפחה (Levine & Smolak, 2006). במחקר נוסף, שבדק 27 נשים עם אבחנה של בולימיה נרבוזה, דיווחו המטופלות כי הגורם השני השכיח לחשיפה והטריגר להתחלת ההקאות היזומות היה כתבה בעיתון שעסקה בבולימיה, אשר השפיעה עליהן לנסות טכניקה זו לוויסות משקלן (Chiodo & Latimer, 1983).

במחקר אחר נתנו ל-100 נשים לקרוא כתבה בנושא בולימיה נרבוזה מתוך עיתון פופולרי. החוקרים מצאו כי נשים שקראו את הכתבה בעיתון הציגו את החולות בבולימיה כזוהרות וכמושא לקנאה וביקשו לחקות אותן (O'Dea, 2005). לדברי החוקרים, לרוב מככבות בכתבות בעיתונות ובאמצעי התקשורת האחרים דוגמניות וידועניות, המוערכות מאוד בתרבות המערבית. מבנה הגוף של רובן הוא רזה מאוד.

הקוראות עלולות להסיק שהתנהגויות אכילה בעייתיות הן צעד הכרחי לשמירה על מבנה גוף צנום, ושלא ניתן להשיגו באמצעות שיטות בריאות מקובלות. כמו כן, הדבר מחזק את הקשר בין תכונות נחשקות, כמו: עושר, נחישות, הצלחה וזוהר, לבין הפרעות אכילה ומעודד התנהגויות מזיקות לירידה במשקל וסיכון לפתח הפרעת אכילה.

בנוסף, גם במקרים שבהם מדובר היה בחולות עם הפרעות אכילה פעילות, קריאת כתבות נמצאה כמשפיעה על החמרת המחלה ושימורה, בשל אופייה התחרותי. מחקר איכותני שבדק את הנושא הראה כי חולות באנורקסיה נעזרות בכתבות מהעיתונות כדי לצבור ידע ולהחמיר את צמצום האכילה, על מנת להגיע ל"הישגים" טובים יותר מהדמות בכתבה. חולה נוספת באנורקסיה דיווחה, לאחר שקראה כתבה בעיתון, עם הכותרת "הבולימיה הרסה את חיי – הסיפור האמיתי", כי היא הייתה עבודה מקור לשאיבת מידע על דרכים "סודיות" נוספות לירידה במשקל. התחרותיות התבטאה גם בהקשר של משקל גוף. חולה פעילה דיווחה כי לאחר שקראה על משקל של מטופלת בכתבה, החליטה להחמיר את צמצום האכילה, כדי להגיע למשקל נמוך משלה. עם זאת, חשוב להדגיש כי ההשפעה השלילית של כתבות חמורה יותר בקרב מתבגרות שנמצאות במצב פגיע, מתבגרות הרגישות לנושא, כאלו הנמצאות בקבוצת סיכון לפתח הפרעת אכילה או חולות בפועל (Levine & Smolak, 2006).

תוכניות מניעה הממוקדות בשימוש באמצעי התקשורת

אחד מגורמי הסיכון המשמעותיים ביותר אשר נמצאו קשורים להתפתחות הפרעות אכילה הוא אמצעי התקשורת הרבים, אשר מעבירים מסרים אינטנסיביים המאדירים את אידיאל הרזון כמודל ליופי. המסרים מועברים על ידי פרסומות, תוכניות ריאליטי, מנחי תוכניות זוהרים וכדומה, כאשר המשותף לכולם הוא העברת מסרים גלויים וסמויים המאדירים את הרזון; אלו מכוונים לקהל הרחב, אך במיוחד לילדים ומתבגרים. קבוצות אלה הן קהל תמים, לא מגובש, בעל יכולת ביקורתית חלקית, אשר מושפע בקלות ושותף לתחרותיות סמויה שהיא לרוב בלתי אפשרית להשגה (Ricciardelli et al., 2000). מסרים אלו מופנמים כבר בגיל צעיר ויכולים לגרום לעיוות תפיסת המציאות בנוגע למה נכון, מה אמיתי, ומה ניתן להשגה. כפועל יוצא, הדבר מוביל לאי-שביעות רצון ממבנה הגוף וצורתו, לפגיעה בדימוי הגוף ובערך העצמי ולחיפוש אחר דרכים לירידה במשקל (Ata et al., 2007). הפנמת מודל הרזון, ויסות משקל פתולוגי, או בשפה עממית "עשיית דיאטה", ופגיעה בדימוי גוף וערך עצמי נמצאו כגורמי הסיכון העיקריים להתפתחות כל טווח הפרעות האכילה (Stice et al., 2007a). נתונים אלה הצריכו פיתוח תוכניות מניעה שיתמקדו בחשיפה למסרים מאמצעי התקשורת, ובמיוחד למתבגרות ומתבגרים בבתי הספר, שהם בסיכון הגבוה ביותר להיפגע (לצר, 2017; Patchin & Hinduja, 2010). מספר רב של תוכניות מניעה התמקדו בקריאה ביקורתית של מסרים המאדירים את הרזון באמצעי התקשורת (לצר, 2017). כבר בסוף שנות התשעים פותחה תוכנית

שהתבססה על הדרכה פסיכו-חינוכית בת 30 דקות, במטרה לפתח הסתייגות כלפי האדרת הרזון במגזינים (Stormer & Thompson, 1996). התוכנית לא הובילה לשיפור בדימוי גוף ובדפוס אכילה, אבל הפחיתה חרדה הקשורה במשקל והופעה חיצונית ואידיאליזציה של דוגמניות. לא נעשה מעקב לטווח ארוך לבדיקת שימור השיפור. בהמשך פותחו תוכניות פסיכו-חינוכיות נוספות, באמצעות שימוש במודלים פסיכולוגיים התפתחותיים. נמצא כי ככל שהנערות נחשפו יותר לתכנים באמצעי התקשורת, דימוי הגוף שלהן היה שלילי יותר, והדחף לרזון גבוה יותר (Harrison, 2003; Tiggemann, 2005).

נכון להיום, לא הובילו תוכניות מניעה אלו להישגים משמעותיים בתחום של מניעת הפרעות אכילה בטווח הרחוק. במקרים רבים, כאמור, הן עודדו התפתחות בעיות בדימוי גוף, פגיעה בהערכה העצמית והתפתחות של כל טווח הפרעות האכילה. אי-לכך, החוקרים המליצו לגלות משנה זהירות בהתערבויות הכוללות את השימוש באמצעי התקשורת.

תוכניות מניעה המתמקדות בשיפור דימוי הגוף של המתבגרות

חוסר שביעות רצון מהגוף ודימוי גוף שלילי מוגדרים כתחושה סובייקטיבית הקשורה במחשבה והרגשה שליליות בנוגע למבנה הגוף וצורתו החיצונית, אשר ניצנה הראשונים ניכרים כבר בגיל הילדות המאוחרת והבגרות המוקדמת (Littleton & Ollendick, 2003). עיוות בתפיסת הגוף מתייחס לתפיסה סובייקטיבית של צורת הגוף ומידותיו אשר אינה בהלימה למציאות האובייקטיבית (Skemp-Arlt, 2006). אי-שביעות רצון מהגוף שכיחה במהלך גיל ההתבגרות. כ-70% מהנערות ו-45% מהנערים רוצים לשנות את משקל גופם או את צורתו (Smolak, 2012). במחקרים פרוספקטיביים נמצא כי אי-שביעות רצון מהגוף במהלך גיל ההתבגרות הראתה קשר למספר רב של השלכות בריאותיות שליליות, והבולטות ביניהם הן צמצום אכילה (דיאטה) והפרעות בהתנהגויות האכילה. רמות גבוהות יותר של אי-שביעות רצון מהגוף נקשרו גם לדיכאון, עישון ויחסי מין לא בטוחים וזוהו כגורמי הסיכון הגבוהים ביותר להתפתחות של כל טווח הפרעות האכילה.

ממצאים אלו קראו לצורך לפתח ולהעריך התערבויות יעילות לשיפור דימוי גוף עבור מתבגרות ומתבגרים. מטבע הדברים נבחרו בתי הספר כמסגרות מתאימות ביותר ליישום תוכניות אלו. עם זאת, מורים בבתי ספר דיווחו על תחושת חוסר בהירות וחוסר ביטחון באשר לבחירת התכנים והמסרים הנכונים על מנת לחזק את תחושת שביעות הרצון מגוף, ולכן ביקשו לקבל ידע, משאבים והדרכה יעילים יותר (Yager & O'Dea, 2005). כראיה לתחושות אלה, נמצא כי במסגרת קידום בריאות בבתי ספר אנשי חינוך מרבים לשים דגש על תוכניות הממוקדות בשיפור דימוי הגוף והאכילה הבעייתית בקרב ילדים ומתבגרים. ההתערבויות נעות בין התייחסות ישירה לשיפור דימוי הגוף, דרך חיזוק ההערכה העצמית וקריאה מבוקרת של אמצעי התקשורת; חלקן של תוכניות המניעה הן אקראיות, חלקן בהשוואה לקבוצות ביקורת, חלקן מתייחסות לקבוצות בסיכון בלבד, חלקן לכלל המתבגרים, וחלקן מתמקדות רק במגדר אחד.

מאז שנות השמונים יושמו תוכניות הממוקדות בשיפור דימוי הגוף בבתי ספר. המחקרים הראשונים שנעשו התמקדו ספציפית בשיפור דימוי הגוף. הסתמן כי אפילו תוכניות המניעה המתוכננות והממוקדות ביותר הובילו להחמרה בתחושת חוסר הסיפוק ממשקל הגוף, בניגוד לציפייתם של החוקרים; לדוגמה, בדיקת תוכנית שכללה עיצוב כרזה במטרה לשפר דימוי גוף בקרב מתבגרות העלתה כי 35% מהמתבגרות לא אהבו את הכרזה, 28% מהנחקרות לא מצאו את הכרזה מועילה, ו-65% לא רצו לקחת העתק ממנה לביתן. בנוסף, 8% מהנערות דיווחו על השפעה שלילית של ההתנסות, כלומר היא החמירה את התחושות השליליות שהיו להן בנוגע לעצמן ולגופן והורידה את ביטחונן העצמי. דוגמה זו ממחישה כי יש לבחון את ההתערבות ולוודא שהיא מעבירה את המסר הנכון לקהל היעד המתאים, וכי היא איננה מזיקה (O'Dea, 2002). יודגש עוד כי גם התוכניות שנעשו בהמשך, אשר כללו סיפוק מידע על הפרעות אכילה ודימוי גוף באמצעות חינוך פסיכולוגי, לא נמצאו יעילות, וחלקן אף הצביעו על החמרה בדימוי גוף. כתוצאה מכך, הממצאים היו מוגבלים ביכולתם לספק הנחיות ברורות למורים ולרשויות החינוך בקשר לגישות ולתוכניות לשיפור דימוי הגוף המתאימות ביותר ליישום בכיתות לימוד.

נעשו שתי סקירות ספרות מחקריות מקיפות שבחנו את מכלול תוכניות ההתערבות שנערכו בבתי ספר ואשר התמקדו בשיפור דימוי גוף. סקירת ספרות מחקרית שנעשתה על ידי אודאה (O'Dea, 2005) בחנה 21 תוכניות התערבות למתבגרים. מסקירה זו עלה כי ארבע תוכניות מתוכן גרמו לנזק, ואילו ב-17 מהן חל שיפור אחד לפחות בידע, אמונות, עמדות או התנהגויות. בסקירת ספרות מאוחרת, שנעשתה על ידי יגר ועמיתיו (Yager et al., 2013), "דימוי גוף" שימש כמושג מטריה על מנת לכלול מחשבות, תחושות והתנהגויות הקשורות למראה החיצוני, בעוד ש"אי-שביעות רצון מהגוף" שימש להתייחסות ספציפית למרכיב ההערכה של דימוי הגוף.

הסקירות השיטתיות שנעשו ניסו לבחון מספר מדדים: (א) באיזו מידה הייתה תוכנית ההתערבות יעילה? (ב) על מי השפיעו התוכניות יותר – על מתבגרות או על מתבגרים? (ג) באיזה גילים הייתה ההתערבות אפקטיבית יותר? (ד) לאיזה קבוצת סיכון של מתבגרים התוכנית הייתה יעילה יותר? (ה) מה משך ההתערבות האידיאלית? (ו) איזה התערבות הייתה היעילה ביותר לשיפור בדימוי גוף? (ז) מי העביר את תוכנית ההתערבות בצורה היעילה ביותר? (ח) איזה תוכניות התערבות נמצאו יעילות? הממצאים העיקריים יתוארו בקצרה להלן.

באיזו מידה הייתה תוכנית ההתערבות יעילה?

נמצא כי מתוך 16 המחקרים שנכללו, 43% הראו שיפור משמעותי במדד אחד לפחות של דימוי גוף או אי-שביעות רצון מהגוף, בהשוואה למצב שלפני ההתערבות. תוכניות אלו נחשבו כתוכניות יעילות במידה מסוימת. שלוש מתוכן (18% מהנבדקים) נמצאו יעילות בשיפור בדימוי הגוף או במדד אי-שביעות הרצון מהגוף במעקב של שלושה חודשים, שישה חודשים ו-12 חודשים. השאלה שעלתה הייתה, האם שיפור במדד אחד ובמעקב של שנה בלבד אכן יכול להעיד על יעילות התוכניות בשיפור בדימוי גוף לטווח הרחוק?

על מי השפיעו התוכניות יותר – על מתבגרות או על מתבגרים?

ההתערבות שהצביעה על היעילות הגבוהה בשיפור במדד דימוי גוף יושמה על מתבגרות וכונתה "שמחה להיות אני" – Happy Being Me (Richardson & Paxton, 2010) השיפור בדימוי הגוף נשמר שלושה חודשים לאחר סיום ההתערבות. תוכנית נוספת, שנמצאה יעילה עבור בנים, כונתה "מדיה חכמה" – Smart Media (Wilksch & Wade, 2009) והצביעה על שמירה על השיפור בדימוי הגוף שישה חודשים לאחר סיום ההתערבות.

באיזה גילים הייתה ההתערבות יעילה יותר?

מתוך מכלול תוכניות ההתערבות, התוכניות היעילות ביותר בשיפור במדד דימוי גוף (שבע תוכניות) היו עבור הגילאים בתחילת גיל ההתבגרות (בני 12.33–13.62 בממוצע).

לאיזה קבוצות סיכון של מתבגרים התוכנית הייתה יעילה יותר?

התוכניות ניתחו את הנתונים על פי החלוקה לשלוש קבוצות – קבוצת סיכון נמוך, קבוצת סיכון גבוה וקבוצת סיכון חמור. קבוצת הסיכון הנמוך כללה מתבגרות שעסקות בהתנהגויות דיאטה ואינן מרוצות מגופן, קבוצת הסיכון הגבוה כללה מתבגרות עם התנהגויות ותסמינים פתולוגיים הקשורים בהפרעות אכילה, כמו: צומות ממושכים, הקאות יזומות וספורט כפייתי, וקבוצת הסיכון החמור כללה את המתבגרות שאיבדו שליטה ופיתחו הפרעת אכילה מלאות. השיפור הגדול ביותר בדימוי הגוף ובגורמים משניים אחרים הייתה בקרב הקבוצה שנמצאה בסיכון גבוה.

מה משך ההתערבות האידאלית?

משך הזמן הממוצע לתוכניות התערבות שנמצאו יעילות עמד על כחמש שעות בממוצע.

איזה סוג התערבות הייתה היעילה ביותר לשיפור במדד דימוי גוף?

התוכניות שהיו אינטראקטיביות בבסיסן וכללו מתן מידע, פעילויות קבוצתיות קטנות ודיון נמצאו לרוב יעילות. מבחינת מבנה ההתערבות והשימוש באמצעים שמיעתיים-חזותיים, שתי התוכניות שהשתמשו בוידאו לא הצליחו לשפר את דימוי הגוף. חשוב להדגיש, כי אף שלווין וסמולק (Levine & Smolak, 2006) נטו להמליץ על חינוך פסיכולוגי, רק שתי תוכניות שנמצאו יעילות כללו מידע על דימוי גוף, ואף לא אחת מהן כללה מידע על הפרעות אכילה. עוד יודגש כי התוכניות שכללו חינוך פסיכולוגי על דימוי גוף והפרעות אכילה לא היו יעילות, וחלקן אף הצביעו על החרפה בדימוי הגוף.

מי העביר את תוכניות ההתערבות היעילות ביותר?

התוכניות הופעלו על ידי מורים, אחיות בית הספר, יועצות בית הספר, במעבדות ובווידאו, מרביתן על ידי נשים (43%). רוב התוכניות שנמצאו יעילות הועברו על ידי החוקרים עצמם (57%). מעניין לציין שהתוכנית היחידה שהופעלה על ידי חוקר זכר

הצליחה לשפר את דימוי הגוף בקרב בנים בכיתה מעורבת יותר מאשר אלו שהופעלו על ידי חוקרות.

איזה תוכניות התערבות נמצאו יעילות?

תוכניות ההתערבות הנפוצות ביותר התמקדו באוריינות תקשורת (ב-86% מהתוכניות), בקריאה ביקורתית של התקשורת, בדיון בהשפעת קבוצת השווים, בהעצמה ובשילוב הורים, כל אלו במטרה לשפר את הביטחון העצמי וההערכה העצמית. מבין תוכניות המניעה הרבות, אלה הממוקדות באוריינות תקשורת, נמצאו כמועדפות במניעה אוניברסלית, משמע שהן אינן ספציפיות רק לקבוצות בסיכון ומשפיעות לטובה על רמת אי-שביעות הרצון ממבנה הגוף, ובהתאם משפרות את דימוי הגוף (Wade et al., 2017; Wilksch et al., 2015; Yager et al., 2013).

תוכנית התערבות נוספת, המבוססת על התאוריה של דיסוננס קוגניטיבי, שאובה מפסיכולוגיה חברתית ומכונה "התערבות מבוססת דיסוננס" (DBI – Dissonance-Based Intervention), נמצאה כתוכנית הדגל למניעה של הפרעות אכילה בקרב מתבגרות וצעירות (Stice et al., 2008). תוכנית התערבות זאת מבוססת גם על המודל התאורטי המכונה "המודל של ההשפעה הדואלית והמודל של ההשפעה המשולשת" – Dual Pathway model (15.) and the Tripartite Influence Model – (16.), אשר ממוקד בשינוי הפנמת אידיאל הרזון (Keery et al., 2004; Stice, 2001). השינוי בהפנמת אידיאל הרזון מפחית בתורו את אי-שביעות הרצון מהגוף, המשפיע על התעסקות בדיאטות לא יעילות, ואף מזיקות, ובכך מונע התפתחות תסמינים של הפרעות אכילה.

תוכנית התערבות זאת יוצאת מנקודת הנחה המבוססת על האטיולוגיה של הפרעות אכילה, משמע שהפנמת מודל הרזון האידיאלי משפיעה על הדחף לרזון, אשר גורם לאי-שביעות רצון מהגוף ולירידה בביטחון העצמי ובדימוי העצמי. אי-שביעות הרצון מהגוף גוררת אחריה התעסקות בדיאטות מזיקות להפחתה במשקל, אשר מעלות את הסיכוי להתקפי אכילה ולפיתוח דפוס מעגלי של התקפי אכילה והקאות יזומות, ובהמשך – להתפתחות בולימיה נרבוזה. מודל זה, אשר מכונה "המודל של ההשפעה הדואלית", השפיע על בניית הטיפול בבולימיה נרבוזה באמצעות CBT. בנוסף, ההתערבות מבוססת גם על המודל של ההשפעה המשולשת, אשר קשור בהפרעות בדימוי גוף ואכילה אצל מתבגרים. מודל זה מדגיש שלושה סוכנים מרכזיים המשפיעים על דימוי הגוף והתפתחות הפרעות אכילה: קבוצת השווים, ההורים ואמצעי התקשורת. המכניזמים המתערבים בתהליך הם הפנמה של מודל הרזון האידיאלי וכן לחץ חברתי והשוואה חברתית, בעיקר בכל הנוגע בהופעה חיצונית, בין אם על ידי קבוצת השווים, המשפחה או אמצעי התקשורת (Dunkley et al., 2001; Schutz & Paxton, 2007).

תוכנית התערבות זאת מעודדת נערות ונשים צעירות אשר הפנימו את מודל הרזון לבקר מודל זה, בארבעה מפגשים קבוצתיים בלבד, כחלק מפעילות בית הספר, באמצעות שיח, כתיבה ותרגילים התנהגותיים בקבוצה. פעילויות אלה נמצאו כיוצרות דיסוננס, מה שגורם לשינוי גישה כלפי מודל היופי והפנמתו (Stice et al., 2008).

העקרונות המנחים של התוכנית הם: להימנע מהעברת חומר תאורטי, שכן הוא יעיל פחות בשינוי עמדות והתנהגויות, בהשוואה לטכניקות אינטראקטיביות (Stice & Shaw, 2004); בנוסף, בין הפעילויות השונות, להקפיד על מתן שיעורי בית, על מנת שהמיקוד ימשך וישמר בכיוון של פעילויות המחזקות את הדיסוננס נגד הפנמת מודל הרזון. העיקרון השלישי הוא לשלב תרגילים המגבירים מוטיבציה ולהשתמש בכלים החדשים, והרביעי – על הפעילות לכלול תמיכה ולכידות קבוצתיות. המחברים סיכמו והדגישו כי תוכניות אוריינות תקשורת עשויות לשפר את דימוי הגוף של התלמידים, בעיקר של אלה הנמצאים בקבוצת סיכון גבוה להפרעות אכילה, על ידי רכישת ידע והבנה כי תמונות המתפרסמות באמצעי התקשורת השונים אינן מציאותיות, ולעיתים קרובות עוברות מניפולציות דיגיטליות כדי ליצור שלמות חזותית. יש להמשיך ולחקור מודלים אלה על מנת לבססם כך שהשיפור יישמר לאורך זמן (McVey & Davis, 2002; McVey et al., 2003a, b; Neumark-Sztainer et al., 2000; O'Dea & Abraham, 2000; Steiner-Adair et al., 2002; Varnado-Sullivan et al., 2001).

תוכניות הממוקדות בהעצמת ההערכה עצמית

הערכה עצמית מתייחסת לשיקול דעתו של הילד באשר לערכו הכולל. ילדים ומתבגרים בעלי הערכה עצמית גבוהה, המרוצים ביסודם מעצמם כבני אדם, מסוגלים להתמודד עם תביעות הגיל, הכוללות בין השאר התגרות, ביקורת, מתח וחרדה. הערכה עצמית גבוהה כוללת הערכה ריאליסטית המותאמת לאישיותו של הילד ויכולותיו, יחד עם קבלה עצמית, כבוד עצמי וערך עצמי. הערכה עצמית נמוכה נמצאה כקשורה עם דימויי גוף ירוד, התנהגויות דיאטה, אכילה בעייתית והפרעות אכילה. גם נטייה לפרפקציוניזם נמצאה קשורה עם בעיות דימוי גוף והפרעות אכילה. סטייס (Stice, 2002) העריך כי התערבות המכוונת לפיתוח הערכה עצמית גבוהה יכולה לסייע לצעירים לקבל את גופם טוב יותר ולחתור פחות לחיפוש חסר תועלת אחר שלמות.

התוכנית שפיתח סטייס כונתה "כולם שונים", ומטרתה הייתה לשפר את דימוי הגוף וכן עמדות והתנהגויות כלפי אכילה בקרב מתבגרים צעירים על ידי התמקדות בפיתוח ההערכה העצמית שלהם. התוכנית נמשכה תשעה שבועות ויושמה על תלמידי כיתות חטיבת ביניים (ו-ט). היא קידמה נושאים, כמו: קבלה עצמית, כבוד, סובלנות וציפיות ריאליות מהעצמי. הנושא העיקרי שבו התמקד השיח היה שלהיות מיוחד משמעו להיות צפוי, מוערך ומקובל, בעוד המסר העיקרי היה שכולם שונים, ואיש אינו מושלם.

תוכניות נוספות שנמצאו יעילות בשיפור דימוי הגוף עבור מתבגרות הן "שמחה להיות אני" – Happy Being Me (Richardson & Paxton, 2010), ועבור מתבגרים – "מדיה חכמה" – Media Smart (Wilksch & Wade, 2009). שתי התוכניות שילבו העצמה, חיזוק הביטחון העצמי וצריכה נבונה ומבוקרת של אמצעי התקשורת.

לסיכום, מרבית התוכניות הצביעו על שיפור במדד אחד של דימוי גוף, ובחלקן נשמר השיפור אחרי 30 חודשים. נותרה שאלה, האם שיפור במדד אחד ובמעקב של שנה אכן יכולים להעיד על אותן תוכניות כיעילות לטווח הרחוק בשיפור בדימוי גוף? התוכניות שנמצאו יעילות ביותר בשיפור במדד "דימוי גוף" היו "שמחה להיות אני" (Richardson & Paxton, 2010), שהועברה בקרב מתבגרות בלבד, "מדיה חכמה" (Wilksch & Wade, 2009) שהועברה בקרב מתבגרים, והתוכנית "כולם שונים", שהתמקדה בפיתוח ההערכה העצמית של המתבגרים (Stice, 2002).

השיפור הגדול ביותר בדימוי הגוף ובגורמים משניים אחרים היה בקרב הקבוצה שנמצאה בסיכון גבוה לפתח הפרעת אכילה. תוכניות ההתערבות הנפוצות ביותר התמקדו באוריינות התקשורת (ב-86% מהתוכניות), בקריאה ביקורתית של התקשורת, בדיון בהשפעת קבוצת השווים, בהעצמה ובשילוב הורים, כל אלו במטרה לשפר את הביטחון העצמי וההערכה העצמית. מבין כלל התוכניות, היעילות ביותר בשיפור בדימוי גוף היו אלה שהתמקדו באוריינות תקשורת (Yager et al., 2013).

תוכנית התערבות נוספת שנמצאה יעילה היא זו המבוססת על דיסוננס (DBI), אשר נחשבת היום כתוכנית הדגל למניעה של הפרעות אכילה בקרב מתבגרות וצעירות וממוקדת בשינוי הפנמת אידיאל הרזון (Keery et al., 2004; Stice, 2001). התוכניות היעילות ביותר היו עבור הגילים 12.33–13.62 שנים במוצע. כל אחת מהן נמשכה כחמש שעות.

המחברים סיכמו כי תוכניות אוריינות תקשורת עשויות לשפר את דימוי הגוף של התלמידים, בעיקר של אלה הנמצאים בקבוצת סיכון גבוה להפרעות אכילה, על ידי רכישת ידע והבנה כי תמונות באמצעי התקשורת אינן מציאותיות, ולעיתים קרובות עוברות מניפולציות דיגיטליות, כדי ליצור שלמות חזותית. עם זאת השיפור היה מועט ולא נשמר לאורך זמן (McVey & Davis, 2002; McVey et al., 2003 a, b); Neumark Sztainer et al., 2000; O'Dea & Abraham, 2000; Steiner-Adair et al., 2002; Varnado-Sullivan et al., 2001).

דיון

בעשורים האחרונים עלתה משמעותית שכחותן של הפרעות אכילה בעולם המערבי. הפרעות אלו תוקפות בעיקר מתבגרות וכרוכות בתחלואה פיזית ונפשית גבוהה ובשיעורי תמותה גבוהים (Attia & Walsh, 2007). בנוסף בולטת השכיחות הגבוהה של טווח רחב של בעיות ופתולוגיות הקשורות באכילה; אלו כוללות בעיות קשות בדימוי הגוף ותפיסת הגוף ואי-שביעות רצון ממבנהו, וכתוצאה מכך – התנהגויות מזיקות לוויסות המשקל וירידה במשקל (Hudson et al., 2007; O'Dea, 2007a, b). מגמה דומה נצפית גם בישראל (Greenberg et al., 2007; Harel et al., 2002; Latzer & Tzischinsky, 2003, 2005; Maor et al., 2006).

מצב מעורר דאגה זה הוביל את המומחים בבריאות הציבור לאתר את גורמי הסיכון וקבוצות הסיכון ולמצוא מענה מניעתי מידי שיתמקד במתבגרים בבתי ספר (Attia & Walsh, 2007; Latzer & Tzischinsky, 2005; O'Dea, 2007). עדויות

מחקריות ראשוניות הצביעו על כך שמרבית תוכניות ההתערבות למניעת הפרעות אכילה שנעשו בבתי ספר נמצאו לא מועילות, וחלקן אף מזיקות (Austin, 2001). מכאן עלה הצורך להכיר מקרוב את כל תוכניות המניעה שנעשו עד כה בבתי ספר ולהעריך על פי אלה שנמצאו מועילות, אלה שלא הובילו לכל שינוי, והחמור ביותר – אלה שעלולות להזיק. העיקרון שהנחה את החוקרים, הקלינאים ואנשי החינוך בבואם ליישם תוכניות התערבות הוא: **ראשית לא להזיק!**

תחילה נבחנה השאלה, האם הפרעות אכילה או התנהגויות אכילה פתולוגיות מידבקות? האם הן פועל יוצא של לחץ חברתי, למידה פסיבית מחברים, בני משפחה ואמצעי התקשורת או השילוב של כולם?

ואכן נמצא כי התנהגויות אכילה פתולוגיות יכולות להיות מידבקות. ממצאי מרבית המחקרים היו עקביים והדגישו את ההשפעה המידבכת של החברים בגיל ההתבגרות, ובמיוחד הודגשו ההשוואה החברתית והחיקוי בין הבנות כמשפיעים על התנהגויות מזיקות לוויסות משקל ודימוי גוף (Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2010; Hutchinson et al., 2010; Keery et al., 2004; Paxton et al., 1999, 2002).

ממצאים אלה מעוררים דאגה בקשר לתהליך הלמידה של התנהגות מזיקה בקרב בני נוער ומדגישים את העיקרים הבאים: קבוצת השווים משמעותית מאוד בחיי מתבגרים וצעירים, וחבריה הם סוכני השפעה בולטים בהתלקחות הפרעות אכילה, באמצעות דרכים אחדות: (א) שיחות יום-יומיות על הופעה חיצונית, מה שמכונה "שיחות שמנות", והתגריות סביב משקל; (ב) מקובלות חברתית כתלויה בצורה משמעותית במראה החיצוני הרזה; (ג) התעסקויות כפייתיות במשקל, שימוש בדיאטות ולימוד וחיקוי של דרכים מזיקות לוויסות משקל, כמו שימוש במשלשלים והקאות יזומות; (ד) תיווך ההשפעה של אמצעי התקשורת כמעצמים את הדימוי העצמי ומעצבים אותו; (ה) תפקידם המשמעותי של ההורים כדגמים לחיקוי, כווסתים או כמעצמים.

התערבויות מבוססות מחקרית המועברות בבית הספר הן חיוניות ובעלות ערך, שכן הן מציעות הזדמנויות לשינויים סביבתיים ומערכתיים ולקידום בריאות כבר בגילים צעירים. לדברי החוקרים, תוכניות בבית הספר יכולות לשמש כגישה אקולוגית מותאמת לסביבת בית הספר ומדיניותו ולדינמיקה הקיימת בכיתה, מאפשרות הכללת הורים ומותאמות למגבלות הזמן ומבנה הכיתה. לפיכך חשוב ביותר לשלב את התוכניות בתוך מערך השיעורים, על מנת לאפשר תוכנית מניעתית רחבה יותר. בנוסף, מסגרת בית הספר יכולה לספק הזדמנות להכללת תכנים לשיפור דימוי הגוף המותאמים לשלבי ההתפתחות של התלמידים.

עם זאת, מורים בבתי ספר רבים מדווחים על תחושות חוסר ביטחון בהעברת תוכניות מניעה ופונים בבקשה לקבל משאבים והדרכה מתאימים ומבוססים מחקרית. בפועל, במטרה לקדם בריאות ולפעול למניעה של הפרעות אכילה, אנשי חינוך נוטים לשים דגש על תוכניות הממוקדות בסיפוק ידע ושיפור דימוי הגוף ודפוסי האכילה בקרב ילדים ומתבגרים בבתי ספר. תוכניות אלו כוללות מתן ידע מדעי כחלק משיעורים או סיפוקו תוך היעזרות בהרצאות של צעירות שהחלימו

מהפרעות אכילה או חולות בפועל, הרצאות של ידוענים, צפייה בהצגה, סרטים, תוכניות דוקומנטריות על הפרעות אכילה, שימוש בכתבות מעיתונים או תוכניות באמצעי תקשורת אחרים. ממצאי מחקרים מעידים כי מרבית התוכניות שהתמקדו בסיפוק ידע הזיקו יותר מאשר הועילו, ובמיוחד בקרב אלה שנמצאו כקבוצת סיכון או חולות בפועל.

מחקרים מאוחרים יותר בחנו את יעילות תוכניות המניעה שבאו לאתגר את ההשפעה החזקה של לחץ חברתי בהתפשטות המחלה בקרב בני נוער, ובעיקר בהשפעה הרבה של התקשורת על פתולוגיה הקשורה באכילה ועל ההפרעות בדימוי הגוף. גם מחקרים אלו מצאו כי השימוש באמצעי התקשורת כמניעה גרם לנזק יותר מאשר לתועלת לכל קבוצות המתבגרים, אך בעיקר למתבגרות שנמצאו בסיכון או לחולות פעילות.

אי-שביעות רצון מהגוף שכיח במהלך גיל ההתבגרות. כ-70% מהנערות ו-45% מהנערים מדווחים על אי-שביעות רצון ממבנה גופם ועל רצונם לרדת במשקל (Smolak, 2012). אי-שביעות רצון מהגוף במהלך גיל ההתבגרות נמצא קשור להתנהגויות מזיקות לשם ירידה במשקל, ובהתאם – להשלכות בריאותיות פיזיות ונפשיות קשות, ובמיוחד נמצא כגורם הסיכון הגבוה ביותר להתפתחות של כל טווח הפרעות האכילה. הפרעות בדימוי גוף נמצאו מנבאים עיקריים להתפתחות פתולוגיה הקשורה באכילה והפרעות אכילה (Jacobi et al., 2011; Stice et al., 2011). ממצאים אלה קראו לצורך הדחוף לפתח ולהעריך התערבויות הממוקדות בשיפור דימוי גוף עבור מתבגרות ומתבגרים, ובתי הספר נבחרו כאתרים מתאימים להתערבויות מסוג זה. תוכניות ההתערבות שנעשו עד כה בבתי ספר לשיפור דימוי גוף ושנמצאו יעילות היו אינטראקטיביות בבסיסן, עירבו הורים, התמקדו בהעצמה ושיפור הביטחון העצמי וההערכה העצמית ושילבו פעילויות הנוגעות ביחסים עם קבוצת השווים ואוריינות מכוונת לתקשורת, תוך הגברת המודעות לקריאה ביקורתית של המסרים שאינם בריאים ואינם מציאותיים המועברים באמצעי התקשורת (Neumark-Sztainer et al., 2000).

תוכניות המניעה הממוקדות בשיפור דימוי גוף שנמצאו היעילות ביותר, הן בשינוי עמדות והן בהתנהגות, בלטו במיוחד בקרב צעירים בגילים 12–13. משך זמן יישום התוכניות היעילות עמד על כחמש שעות בממוצע. עדיין לא ניתן לקבוע בוודאות איזה מהתוכניות יעילה עבור בנות ואיזה עבור בנים. עם זאת, יש לנהוג בזהירות בנוגע למידת היעילות של התוכניות, שכן השיפור היה מועט, ולא ברור לכמה זמן הוא נשמר. מה שניתן לומר בבטחון הוא שהתוכניות השפיעו במיוחד על הקבוצות בסיכון גבוה לפתח הפרעות אכילה. חשוב להדגיש שוב כי כל תוכניות ההתערבות שנעשו, גם אלו שנמצאו יעילות, עדיין דורשות העמקה והרחבה ובדיקה לאורך זמן (Le et al., 2017; McVey et al., 2003a, b; Sánchez-Carracedo et al., 2016; Stice et al., 2007b; Wade et al., 2017; Watson et al., 2016; Wilksch et al., 2015).

בתוכנית עדכנית למניעה של פתולוגיה הקשורה באכילה, אשר חלקה התמקד בצפייה ביקורתית באמצעי התקשורת של נערות בנות 10–11 בישראל, נמצא כי

הנערות שהשתתפו בתוכנית המניעה יחד עם אימותיהן הראו ירידה בהתנהגויות פתולוגיות הקשורות באכילה: הייתה להן הערכה עצמית גבוהה יותר, הן הביעו שביעות רצון רבה יותר מגופן ונקטו התנהגויות דיאטה להפחתה במשקל במידה פחותה מאשר נערות שעברו את התוכנית ללא אימותיהן. החוקרת סברה כי ההורים הם סוכני החברות העיקריים עבור ילדיהם בכל תחומי החיים, ועל כן יש להם השפעה מכרעת על עמדות והתנהגויות לא תקינות בנושאי אכילה ומשקל. לכן היא הדגישה את החשיבות הרבה של שיתוף אימהות בתוכניות למניעת הפרעות אכילה במקביל לבנותיהן, ולא בנפרד מהן (ספיבק-לביא, 2014).

סיכום, מסקנות ומחקרים עתידיים

אומנם אין מסקנות חד-משמעיות על הדרך היעילה ביותר למנוע פסיכופתולוגיה הקשורה בבעיות בדימוי גוף ובהפרעות אכילה, אך התבוננות בתוצאות התוכניות עד כה מספקת כמה מגמות משמעותיות בגישות למניעה. סקירה זו מתארת ומסכמת תוכניות מניעה לשיפור דימוי גוף ומניעת הפרעות אכילה שיושמו ונחקרו במסגרת בתי ספר, ומתארת את התוכניות לסיפוק ידע, להעצמה ולשיפור הערכה עצמית, תוכניות שהתמקדו באוריינות וצפייה ביקורתית באמצעי התקשורת, אשר בחלקן הניבו תוצאות חיוביות, חלקן לא השפיעו, וחלקן אף הזיקו. התוכניות שנמצאו יעילות ביותר היו אינטראקטיביות, עירבו הורים, הדגישו מיומנויות של העצמה וחזוק הערכה עצמית, סיפקו אוריינות מידע, ונתנו כלים להתמודדות. התוכניות שנמצאו יעילות ביותר השפיעו במיוחד על הקבוצות בסיכון גבוה לפתח הפרעות אכילה. עם זאת, יודגש כי המסקנות אינן חזקות דיין להצביע על תוכנית אחת היעילה דייה למנוע הפרעות אכילה ובעיות בדימוי גוף, אם כי המסר הברור הוא שאין לעשות שימוש בתוכניות שנמצאו מזיקות.

בהתבסס על ממצאי המחקרים עד כה, מומלץ לאנשי החינוך והבריאות בבואם ליישם את תוכניות ההתערבות, להתבסס על מספר עיקרים: ראשית – לא לפגוע ולא לגרום לנזק. עליהם להכיר מקרוב את התוכניות, **לקבל הכשרה מקצועית מתאימה** ולדווח לחוקרים על נושאים הדורשים ידע נוסף. על אנשי החינוך והבריאות לפעול במשנה זהירות – לא להסכים להפעיל תוכניות התערבות שלא נבדקו, להבין את חשיבות הדוגמה האישית ולעשות את המיטב כדי לא לנרמל התנהגויות מזיקות לוויסות משקל. כמו כן עליהם להנהיג אפס סובלנות להערות פוגעניות הקשורות בהופעה חיצונית ולהעניק חשיבות גבוהה למעורבות הורית בכל תוכנית התערבות שמועברת בבתי ספר (ספיבק-לביא, 2014).

מקורות

- לצר, י' (2007). הפרעות אכילה ועמדות כלפי אכילה בישראל: סקירה, מחקר וטיפול. **חברה ורווחה, 3**, 453–477.
- לצר, י' (2017). ראי ראי, היש יפה ממני? תפקיד המדיה בהתפתחות הפרעות אכילה. **דברים, 9**, 115–132.
- לצר, י', כץ, ר' וספיבק, ז' (2013). פתולוגיה הקשורה באכילה, חשיפה לתקשורת והעצמת מתבגרות: חשיבות המעורבות ההורית. **חברה ורווחה, 33**(3), 415–444.
- לצר, י', ספיבק, ז' וצ'ישינסקי, א' (2013). הקשר בין תחושת קוהרנטיות לבין פתולוגיה הקשורה באכילה ודימוי גוף בקרב מתבגרות בישראל: זיהוי קבוצות בסיכון. **מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית, 38**, 31–54.
- ספיבק-לביא, ז' (2014). **הקשר בין מאפיינים אישיים, משפחתיים, וחברתיים-תרבותיים לבין התנהגות אכילה פתולוגית בקרב מתבגרות (גילאי 11–13): הערכת מודל לתכנית מניעה.** עבודת דוקטור. אוניברסיטת חיפה.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Ata, R. N., Ludden, A. B., & Lally, M. M. (2007). The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 36*(8), 1024–1037. <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9159-x>
- Attia, E., & Walsh, B. T. (2007). Treatment in psychiatry anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 164*(12), 1805–1810. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071151>
- Austin, S. B. (2001). Population-based prevention of eating disorders: An application of the rose prevention model. *Preventive Medicine, 32*(3), 268–283. <https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0797>
- Chiodo, J., & Latimer, P. R. (1983). Vomiting as a learned weight-control technique in bulimia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 14*(2), 131–135. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(83\)90030-7](https://doi.org/10.1016/0005-7916(83)90030-7)
- Cooley, E., Toray, T., Wang, M. C., & Valdez, N. N. (2008). Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Eating Behaviors, 9*(1), 52–61. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.03.001>
- Crandall, C. S. (1988). Social contagion of binge eating. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*(4), 588–598. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.4.588>
- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: Relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health, 31*(2), 166–175. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(02\)00368-3](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00368-3)
- Dahl, R., & Gunnar, M. R. (2009). Heightened stress responsiveness and emotional reactivity during pubertal maturation: Implications for psychopathology. *Development and Psychopathology, 21*, 1–6.
- Dunkley, T. L., Wertheim, E. H., & Paxton, S. J. (2001). Examination of a model of multiple sociocultural influences on adolescent girls' body dissatisfaction and dietary restraint. *Adolescence, 36*(142), 265–279.

- Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2010). Friends' dieting and disordered eating behaviors among adolescents five years later: Findings from Project EAT. *Journal of Adolescent Health, 47*(1), 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.12.030>
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Perry, C. (2005). The role of social norms and friends' influences on unhealthy weight-control behaviors among adolescent girls. *Social Science and Medicine, 60*(6), 1165–1173. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.055>
- Fairburn, C., Welch, S., Doll, H., Davies, B., & O'Connor, M. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry, 54*(6), 509–517.
- Ferguson, C. J., Winegard, B., & Winegard, B. M. (2011). Who is the fairest one of all? How evolution guides peer and media influences on female body dissatisfaction. *Review of General Psychology, 15*(1), 11–28. <https://doi.org/10.1037/a0022607>
- Gilbert, P., McEwan, K., Bellew, R., Mills, A., & Gale, C. (2009). The dark side of competition: How competitive behaviour and striving to avoid inferiority are linked to depression, anxiety, stress and self-harm. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 82*(2), 123–136. <https://doi.org/10.1348/147608308X379806>
- Gravener, J. A., Haedt, A. A., Heatherton, T. F., & Keel, P. K. (2008). Gender and age differences in associations between peer dieting and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders, 41*(1), 57–63. <https://doi.org/10.1002/eat>
- Greenberg, L., Cwikel, J., & Mirsky, J. (2007). Cultural correlates of eating attitudes: A comparison between native-born and immigrant university students in Israel. *International Journal of Eating Disorders, 40*(1), 51–58. <https://doi.org/10.1002/eat.20313>
- Hammerle, F., Huss, M., Ernst, V., & Bürger, A. (2016). Thinking dimensional: Prevalence of DSM-5 early adolescent full syndrome, partial and subthreshold eating disorders in a cross-sectional survey in German schools. *BMJ Open, 6*(5), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010843>
- Harel, Y., Ellenbogen-Frankovits, S., Molcho, M., Abu-Ashas, K., & Habib, J. (2002). *Youth in Israel*. Brookdale Institute.
- Harris, J. R. (1995). Where is the child's environment? A group socialization theory of development. *Psychological Review, 102*(3), 458–489. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.102.3.458>
- Harrison, K. (2003). Television viewers' ideal body proportions: The case of the curvaceously thin woman. *Sex Roles, 48*(5–6), 255–264.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 61*(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Hutchinson, D. M., Rapee, R. M., & Taylor, A. (2010). Body dissatisfaction and eating disturbances in early adolescence: A structural modeling investigation examining negative affect and peer factors. *Journal of Early Adolescence, 30*(4), 489–517. <https://doi.org/10.1177/0272431609340522>

- Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S. W., Wilfley, D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (2011). Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychological Medicine*, *41*(9), 1939–1949. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002631>
- Jones, J. M., Bennett, S., Olmsted, M. P., Lawson, M. L., & Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: A school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, *165*(5), 547–552.
- Kann, L., Kinchen, S. A., Williams, B. I., Ross, J. G., Lowry, R., Grunbaum, J. A., & Kolbe, L. J. (2000). Youth risk behavior surveillance—United States, 1999. *Journal of School Health*, *70*(7), 271–285.
- Keery, H., van den Berg, P., & Thompson, J. K. (2004). An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body Image*, *1*(3), 237–251. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.03.001>
- Kichler, J. C., & Crowther, J. H. (2009). Young girls' eating attitudes and body image dissatisfaction. *The Journal of Early Adolescence*, *29*(2), 212–232. <https://doi.org/10.1177/0272431608320121>
- Latzer, Y., Gur, E., & Stein, D. (2005). Eating disorders: Update, controversies, and the Israeli perspective. *The Israel Journal of Psychiatry*, *42*(3), 141–145.
- Latzer, Y., & Tzischinsky, O. (2003). Weight concern, dieting and eating behaviors: A survey of Israeli high school girls. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *15*(4), 295–305. <https://doi.org/10.1515/IJAMH.2003.15.4.295>
- Latzer, Y., & Tzischinsky, O. (2005). Eating attitudes in a diverse sample of Israeli adolescent females: A comparison study. *Journal of Adolescence*, *28*(3), 317–323. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.12.004>
- Latzer, Y., Witztum, E., & Stein, D. (2008). Eating disorders and disordered eating in Israel: An updated review. *European Eating Disorders Review*, *16*, 361–374. <https://doi.org/10.1002/erv>
- Lawler, M., & Nixon, E. (2011). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: The effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, *40*(1), 59–71. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9500-2>
- Le, L. K.-D., Barendregt, J. J., Hay, P., & Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *53*, 46–58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.02.001>
- Le grange, D., Crosby, R., Rathouz, P., & Leventhal, B. (2007). A randomized controlled Comparison of family based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Archive of General Psychiatry*, *64*(9), 1049–1056.
- Lee, S., Lee, A. M., Leung, T., & Yu, H. (1997). Psychometric properties of the Eating Disorders Inventory (EDI-1) in a nonclinical Chinese population in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, *21*, 187–194.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Psychology press.

- Littleton, H. L., & Ollendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: What places youth at risk and how can these problems be prevented? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(1), 51–66.
- Mann, T., Nolen-Hoeksema, S., Huang, K., Burgard, D., Wright, A., & Hanson, K. (1997). Are two interventions worse than none? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health Psychology*, 16(3), 215–225. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.16.3.215>
- Maor, N. R., Sayag, S., Dahan, R., & Hermoni, D. (2006). Eating attitudes among adolescents. *Israel Medical Association Journal*, 8(9), 627–629. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.01.1023>
- McKinney, C., Donnelly, R., & Renk, K. (2008). Perceived parenting, positive and negative perceptions of parents and late adolescent emotional adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 66–73.
- McVey, G. L., & Davis, R. (2002). A program to promote positive body image: A 1-year follow-up evaluation. *Journal of Early Adolescence*, 22(1), 96–108. <https://doi.org/10.1177/0272431602022001005>
- McVey, G. L., Lieberman, M., Voorberg, N., Wardrope, D., & Blackmore, E. (2003a). School-based peer support groups: A new approach to the prevention of disordered eating. *Eating Disorders*, 11(3), 169–185. <https://doi.org/10.1080/10640260390218297>
- McVey, G. L., Lieberman, M., Voorberg, N., Wardrope, D., Blackmore, E., & Tweed, S. (2003b). Replication of a peer support program designed to prevent disordered eating: Is a life skills approach sufficient for all middle school student? *Eating Disorders*, 11(3), 187–195. <https://doi.org/10.1080/10640260390218639>
- Meyer, T. A., & Gast, J. (2008). The effects of peer influence on disordered eating behavior. *The Journal of School Nursing*, 24(1), 36–42. [https://doi.org/10.1622/1059-8405\(2008\)024\[0036:TEOPIO\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1622/1059-8405(2008)024[0036:TEOPIO]2.0.CO;2)
- Mitrany, E., Lubin, F., Chetrit, A., & Modan, B. (1995). Eating disorders among Jewish female adolescents in Israel: A 5-year study. *Journal of Adolescent Health*, 16(6), 454–457.
- Neumark-Sztainer, D., Butler, R., & Palti, H. (1995). Eating disturbances among adolescent girls: Evaluation of a school-based primary prevention program. *Journal of Nutrition Education*, 27, 24–31. [https://doi.org/10.1016/S0022-3182\(12\)80262-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3182(12)80262-7)
- Neumark-Sztainer, D., Sherwood, N. E., Collier, T., & Hannan, P. J. (2000). Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: Feasibility and short-term effect of a community-based intervention. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(12), 1466–1473. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(00\)00410-7](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(00)00410-7)
- O'Dea, J. (2002). Can body image education programs be harmful to adolescent females? *Eating Disorders*, 10(1), 1–13. <https://doi.org/10.1002/erv.453>
- O'Dea, J. (2007a). *Everybody's different: A positive approach to teaching about health, puberty, body image, nutrition, self-esteem and obesity prevention*. ACER Press.

- O'Dea, J. A. (2000). School-based interventions to prevent eating problems: First do no harm. *Eating Disorders*, 8(2), 123–130.
- O'Dea, J. A. (2004). Prevention of child obesity: "First, do no harm". *Health Education Research*, 20(2), 259–265. <https://doi.org/10.1093/her/cyg116>
- O'Dea, J. A. (2005). School-based health education strategies for the improvement of body image and prevention of eating problems: An overview of safe and successful interventions. *Health Education*, 105(1), 11–33. <https://doi.org/10.1108/09654280510572277>
- O'Dea, J. A. (2007b). Are we OK or are we not? Weight status, eating patterns, attitudes towards physical activity and prevalence of disordered eating among Australian schoolchildren in the 2006 National Youth Cultures of Eating Study. *Journal of the Home Economics Institute of Australia*, 14(3), 6–14.
- O'Dea, J. A., & Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 43–57. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200007\)28:1<43::AID-EAT6>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200007)28:1<43::AID-EAT6>3.0.CO;2-D)
- O'Dea, J. A., & Maloney, D. (2000). Preventing eating and body image problems in children and adolescents using the health promoting schools framework. *Journal of School Health*, 70(1), 18–21.
- Patchin, J. W., & Hinduja, S. (2010). Changes in adolescent online social networking behaviors from 2006 to 2009. *Computers in Human Behavior*, 26(6), 1818–1821. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.07.009>
- Paxton, S. J., Schutz, H. K., Wertheim, E. H., & Muir, S. L. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(2), 255–266. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.2.255>
- Paxton, S. J., Wertheim, E. H., Pilawski, A., Durkin, S., & Holt, T. (2002). Evaluations of dieting prevention messages by adolescent girls. *Preventive Medicine*, 35(5), 474–491. <https://doi.org/10.1006/pmed.2002.1109>
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., & Banfield, S. (2000). Body image and body change methods in adolescent boys role of parents, friends, and the media. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(3), 189–197. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00159-8](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00159-8)
- Richardson, S. M., & Paxton, S. J. (2010). An evaluation of a body image intervention based on risk factors for body dissatisfaction: A controlled study with adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 112–122. <https://doi.org/10.1002/eat.20682>
- Sasson, A., Lewin, C., & Roth, D. (1995). Dieting behavior and eating attitudes in Israeli children. *International Journal of Eating Disorders*, 17(1), 67–72. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199501\)17:1<67::AID-EAT2260170109>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199501)17:1<67::AID-EAT2260170109>3.0.CO;2-B)
- Schutz, H. K., & Paxton, S. J. (2007). Friendship quality, body dissatisfaction, dieting and disordered eating in adolescent girls. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 67–83. <https://doi.org/10.1348/014466506X115993>

- Shapiro, S., Newcomb, M., & Loeb, T. B. (1997). Fear of fat, disregulated-restrained eating, and body-esteem: Prevalence and gender differences among eight- to ten-year-old children. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*(4), 358–365. <https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2604>
- Shroff, H., & Thompson, J. K. (2006a). Peer influences, body-image dissatisfaction, eating dysfunction and self-esteem in adolescent girls. *Journal of Health Psychology, 11*(4), 533–551. <https://doi.org/10.1177/1359105306065015>
- Shroff, H., & Thompson, J. K. (2006b). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. *Body Image, 3*(1), 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.10.004>
- Skemp-Arlt, K. M. (2006). Body image dissatisfaction and eating disturbances among children and adolescents. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance, 77*(1), 45–51. <https://doi.org/10.1080/07303084.2006.10597813>
- Smolak, L. (2012). Risk and protective factors in body image problems: Implications for prevention. In G. L., McVey, M. P. Levin., N. Piran., & H. B. Ferguson (Eds.), *Preventing eating-related and weight-related disorders: Collaborative research, advocacy, and policy change* (pp. 147–168). Wilfrid Laurier University Press.
- Stein, D., Meged, S., Bar-Hanin, T., Blank, S., Elizur, A., & Weizman, A. (1997). Partial eating disorders in a community sample of female adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(8), 1116–1123. <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00019>
- Steinberg, L. (2002). *Adolescence*. McGraw-Hill.
- Steiner-Adair, C., Sjostrom, L., Franko, D. L., Pai, S., Tucker, R., Becker, A. E., & Herzog, D. B. (2002). Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: Learning from practice. *International Journal of Eating Disorders, 32*(4), 401–411. <https://doi.org/10.1002/eat.10089>
- Steinhausen, H. C., & Jensen, C. M. (2015). Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a danish nationwide psychiatric registry study. *International Journal of Eating Disorders, 48*(7), 845–850. <https://doi.org/10.1002/eat.22402>
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(1), 124–135. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.1.124>
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128*(5), 825–848. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>
- Stice, E., Cooper, J. A., Schoeller, D. A., Tappe, K., & Lowe, M. R. (2007a). Are dietary restraint scales valid measures of moderate-to long-term dietary restriction? Objective biological and behavioral data suggest not. *Psychological Assessment, 19*(4), 449–458.
- Stice, E., Hayward, C., Cameron, R. P., Killen, J. D., & Taylor, C. B. (2000). Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 438–444. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.438>

- Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 622–627. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.009>
- Stice, E., & Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 130(2), 206–227. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.206>
- Stice, E., Shaw, H., Becker, C. B., & Rohde, P. (2008). Dissonance-based interventions for the prevention of eating disorders: Using persuasion principles to promote health. *Prevention Science*, 9(2), 114–128. <https://doi.org/10.1007/s11121-008-0093-x>
- Stice, E., Shaw, H., & Marti, C. (2007b). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 207–231. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447>
- Stormer, S. M., & Thompson, J. K. (1996). Explanations of body image disturbance: A test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), 193–202. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199603\)19:2<193::AID-EAT10>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199603)19:2<193::AID-EAT10>3.0.CO;2-W)
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41(3), 246–263. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.3.246>
- Striegel-Moore, R. H., Tucker, N., & Hsu, J. (1990). Body image dissatisfaction and disordered eating in lesbian college students. *International Journal of Eating Disorders*, 9(5), 493–500.
- Thompson, J. K. (2004). The (mis)measurement of body image: Ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image*, 1(1), 7–14. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00004-4](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00004-4)
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., & Clarke, A. J. (2001). Treatment of body image disturbance in eating disorders. In Idem (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (pp. 303–319). American Psychological Association.
- Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 181–183. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00144>
- Thornton, L. M., Mazzeo, S. E., & Bulik, C. M. (2010). The heritability of eating disorders: Methods and current findings. In R. A. H. Adan & W. H. Kaye (Eds.), *Behavioral neurobiology of eating disorders: Current topics in behavioral neurosciences* (pp. 141–156). Springer. https://doi.org/10.1007/7854_2010_91
- Tiggemann, M. (2005). Television and adolescent body image: The role of program content and viewing motivation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(3), 361–381. <https://doi.org/10.1521/jscp.24.3.361.65623>
- Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375, 583–593. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61748-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61748-7)
- Varnado-Sullivan, P. J., Zucker, N., Williamson, D. A., Reas, D., & Thaw, J. (2001). Development and implementation of the Body Logic Program for adolescents:

- A two-stage prevention program for eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*, 248–259. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(01\)80064-X](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(01)80064-X)
- Wade, T. D., Wilksch, S. M., Paxton, S. J., Byrne, S. M., & Austin, S. B. (2017). Do universal media literacy programs have an effect on weight and shape concern by influencing media internalization? *International Journal of Eating Disorders, 50*(7), 731–738.
- Watson, H. J., Joyce, T., French, E., Willan, V., Kane, R. T., Tanner-Smith, E. E., McCormack, J., Dawkins, H., Hoiles, K. J., & Egan, S. J. (2016). Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized, controlled trials. *International Journal of Eating Disorders, 49*(9), 833–862. <https://doi.org/10.1002/eat.22577>
- Wilksch, S. M., Paxton, S. J., Byrne, S. M., Austin, S. B., McLean, S. A., Thompson, K. M., Dorairaj, K., & Wade, T. D. (2015). Prevention across the spectrum: A randomized controlled trial of three programs to reduce risk factors for both eating disorders and obesity. *Psychological Medicine, 45*(9), 1811–1823. <https://doi.org/10.1017/S003329171400289X>
- Wilksch, S. M., & Wade, T. D. (2009). Reduction of shape and weight concern in young adolescents: A 30-month controlled evaluation of a media literacy program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48*(6), 652–661. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181a1f559>
- Yager, Z., Diedrichs, P. C., Ricciardelli, L. A., & Halliwell, E. (2013). What works in secondary schools? A systematic review of classroom-based body image programs. *Body Image, 10*(3), 271–281. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.04.001>
- Yager, Z., & O'Dea, J. A. (2005). The role of teachers and other educators in the prevention of eating disorders and child obesity: What are the issues? *Eating Disorders, 13*(3), 261–278. <https://doi.org/10.1080/10640260590932878>