

“למות בשביל לחיות”: דפוסי התקשרות ודחף לחיים ולמוות בהפרעות אכילה

ציפי הוכדורף, יעל לצר, לאורה קנטי ואיתן בכר

מאמר זה בוחן את הקשר בין דפוסי התקשרות ומשיכה למוות בקרב חולות הסובלות מהפרעות אכילה. מדגם של 34 נשים הסובלות מאנורקסיה נירוזה ו-34 נשים הסובלות מבולימיה נירוזה הותאם לפי מין, גיל ומעמד חברתי-כלכלי ל-37 נשים בקבוצת ביקורת. הנחקרות השיבו לשאלון התקשרות, לשאלון דיכאון של בק, ולשאלון דחייה ומשיכה לחיים ולמוות. הממצאים מראים כי לסובלות מהפרעות אכילה דפוס התקשרות לא-בטוח, פחות משיכה לחיים ודחייה רבה יותר של החיים בהשוואה לקבוצת הביקורת. לא נמצאו הבדלים במודדים של משיכה למוות ודחייה ממוות. הבדל מובהק בין שלושת דפוסי ההתקשרות נמצא מעבר לדיכאון. הממצאים מצביעים על מודל שעשוי להסביר את ההבדלים בין דפוסי התקשרות, משיכה למוות ודחיית החיים בקרב הסובלות מהפרעות אכילה. דפוס התקשרות לא-בטוח עשוי להסביר את דחיית החיים, בשעה שהמחלה עצמה עשויה לשמש כ"בסיס בטוח" (תחושת ביטחון בסיסית ואמיתית) שקרי, שאמור לגונן עליהן מפני הפחד ממוות. בתחום היישומי מומלץ למטפלים להחליף את ה"בסיס הבטוח של המחלה" בהעשרת החיים.

מילות מפתח: הפרעות אכילה, דפוסי התקשרות, דחייה ומשיכה לחיים ולמוות

מבוא

למשפחה מיוחס תפקיד משמעותי באטיולוגיה של הפרעות אכילה (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978). נבחנו היבטים שונים של בעיות בתפקוד משפחה כמו בעיות בתקשורת (Latzer & Gaber, 1998), קשר בעייתי עם ההורים (Kog & Vandereycken, 1989), אווירת משפחה רווית מתחים (לצר, הוכדורף, בכר

מאמר זה מבוסס על מאמר שפורסם ב-2005: Hochdorf, Z., Latzer, Y., Bachar, E., & Conetti, L. (2005). Insecure attachment style and repulsion by life and death in anorexic and bulimic patients. *American Journal of Family Therapy*, 33, 237-252.

וקנטי, 2003) וסגנונות התמודדות עם קונפליקטים גלויים וסמויים (Dare, Le) (Grange, Eisler, & Rutherford, 1994). גם תיאוריית ההתקשרות תורמת להסבר התסמונות של הפרעות אכילה, ומדגישה כי מדובר בקשר בלתי מספק עם ההורה המטפל (Bowlby, 1969, 1973, 1980). תיאוריה זו מבוססת על מספר הנחות יסוד. הנחת יסוד אחת גורסת כי ילדים נולדים עם מבחר התנהגויות שמטרתן ליצור ולשמר קרבה לאחרים משמעותיים. התנהגויות מולדות אלו עוזרות להם בתהליך ההישרדות, הן בקרבה והן כהגנה מפני זרים.

הנחת יסוד שנייה טוענת כי שימור הקרבה תלוי לא רק במערכת ההתקשרות המולדת של הרך הנולד, אלא גם בזמינות וברגישות של האחרים המשמעותיים בסביבתו הקרובה לצורכי ההתקשרות הבסיסיים שלו. משמע, הגם שמערכת ההתקשרות היא חלק מהמערך האינטראפסיכי המולד של הפרט, דפוסייה מתגבשים תוך התנסויות ביחסי גומלין עם אחרים משמעותיים לאורך כל מעגל החיים.

הנחת יסוד שלישית גורסת כי יחסי הגומלין וההתנסות של הפרט עם אחרים משמעותיים מופנמת והופכת ל"דגמי עבודה" פנימיים של העולם ושל העצמי ומוכללת למערכות יחסים חדשות. באמצעות דגמי עבודה מופנמים אלו מגבש הפרט בעיות מצוקה את ציפיותיו לגבי הרגישות, הזמינות, היחס, איכות הקשר וההערכה של אחרים משמעותיים ביחס אליו. על פי בולבי (Bowlby, 1969, 1973, 1980) דגמים מופנמים אלה מהווים את אבני היסוד של סגנון ההתקשרות של הפרט בהמשך, ויהפכו לדפוסים קבועים של חשיבה, רגשות והתנהגויות שלו בתוך מערכות יחסים. על פי תיאוריה זו היענות הורית, רגישות לצרכים, וזמינות במצבי דחק, מעניקות לילד בסיס בטוח, שעליו יוכל לארגן התנסויות רגשיות ולהתמודד עם לחצים. התקשרות לא בטוחה יכולה להוביל להערכה עצמית נמוכה, לחרדה חברתית או לאדישות כלפי אחרים וכלפי הסביבה. נמצא כי ילדים להורים רגשיים וזמינים מגיבים ברמת חרדה נמוכה, בעוינות מועטה, ואינם מגלים קשיים במצבי פרידה (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

זוהו שלושה דפוסי התקשרות בסיסיים: הסגנון הבטוח, הנמנע והחרד הדו-ערכי (אמביוולנטי), ונמצא כי השכיחות היחסית של שלושת דפוסי ההתקשרות בקרב מבוגרים דומה לזו שבקרב ילדים, וכי דפוסי ההתקשרות של מבוגרים קשורה לאופי היחסים שהתפתחו בינם לבין הוריהם בילדותם, בזמינות הפיזית והרגשית, ולמודלים הפנימיים שהתפתחו בעקבותיהם (Hazan & Shaver, 1987).

ההנחה שעמדה בבסיס מחקרים שבדקו התקשרות היא שפרטים בעלי סגנון התקשרות בטוח הפנימו בילדותם את דמויות ההתקשרות הראשוניות (בדרך כלל ההורים) כ"בסיס בטוח". הפנמה זו אפשרה להם בהמשך ליצור קשרים משמעותיים ביחסיהם האינטימיים, ולתפקד ולהתמודד באופן מסתגל במצבי מצוקה, אובדן ודחק. חוקרים שבדקו דפוסי התקשרות באוכלוסיות הסובלות מהפרעות נפשיות שונות

”למות בשביל לחיות”: דפוסי התקשרות ודחף לחיים ולמוות בהפרעות אכילה

מצאו קשר בין דפוסי התקשרות לא־בטוחים, חרדים ונמנעים, לבין רמת הפסיכופתולוגיה (Dozier, Stovall, & Albus, 1999). באופן דומה נצפה קשר עקבי בין הפרעות אכילה לבין דפוסי התקשרות (Bartholomew & Horowitz, 1991). נמצא כי מטופלות הסובלות מהפרעות אכילה יותר חרדות, יותר נמנעות ופחות בטוחות מאשר קבוצת הביקורת (Armstrong & Roth, 1989; Cole-Detke & Armstrong, 1992; Kobak, 1996; Evans & Wertheim, 1997; Kenny & Hart, 1992). מחקר שבדק דפוסי התקשרות בקרב חולות הסובלות מהפרעות אכילה, לא מצא כל התקשרות בטוחה (Latzer, Hochdorf, Bachar, & Canetti, 2002). מאחר שנמצא כי בעלי התקשרות לא־בטוחה ממעטים בקשרים חברתיים (Srouf, 2002) ותופסים מצבים חדשים כמעוררי תחושת מצוקה ולחץ (McGowan, 2002), ניתן להניח כי התקשרות לא־בטוחה יכולה אף להוביל לקשיים בתפקוד היום־יומי, לחרדות, ולקושי להתמודד עם החיים ולמצוא בהם עניין.

מחקרים מעטים בדקו את הקשר בין דפוסי התקשרות לבין היחס לחיים ומוות. מיקולינסר, פלוריאן וטולמאץ (Mikulincer, Florian, & Tolmacz, 1990) מצאו שבעלי דפוסי התקשרות חרד/דו־ערכי ביטאו פחד גלוי ממוות, יותר מאשר בעלי דפוסי התקשרות בטוח ונמנע. דה־ז'ונג (De Jong, 1992) בדק את הקשר בין דפוסי התקשרות והתאבדות בקרב מתבגרים, ומצא שבעלי עבר אובדני דירגו את הוריהם כנעדרים רגשית בתקופת הילדות, יותר מאשר מתבגרים הסובלים מדיכאון או בריאים. קפלן ווורת' (Kaplan & Worth, 1993) פיתחו מודל קליני העוסק בטיפול באובדנות בהקשר של אינדיבידואליזם והתקשרות. ליון ואחרים (Layon, Benoit, O'Donnell, Geston, Silber, & Walsh, 2000) העריכו את הקשר בין איום לפרידה מהורה וסיכון לאובדנות מתבגרים בהקשר של תיאוריית ההתקשרות.

למרות הקשר הברור בין הפרעות אכילה לנטיות אובדניות, הספרות בנושא זה מועטה. אומנם קיימים תיאורי מקרים רבים המתארים את העיסוק הרב במוות בקרב חולות הסובלות מהפרעות אכילה, אך רק מיעוטם אמפיריים. חוקרים (Jackson, Beumont, Thornton & Lennerts, 1993; Warren, Jackson, Thornton, & Russell, 1994) ציינו שהעיסוק במוות תופס מקום חשוב בהתפתחות ובשמירה על הפרעת האכילה, במיוחד אצל הסובלות מאנורקסיה. אחרים (Jackson & Davidson, 1986; Jackson, Touyz, & Lennerts, 1995) השתמשו במושג שטבע ליפטון (Lifton, 1979), ”אשמת הנשאים”, המתפתח לאחר מחלה קשה או מוות של אדם קרוב, כדי לתאר תחושות המלוות חולה הסובלת מאנורקסיה. החולה, לדבריו, מתנהגת כאילו הפכה לקרוב המת, ומבטאת בשפת הגוף שלה מסר זה.

וורן (Warren, 1997), אשר חקר את נושא המוות בהפרעות אכילה, הוסיף נדבך נוסף לגישה העוסקת ”במחשבה המעוררת נושא” שנחקרה רבות (Jackson, 1989; Jackson & Davidson, 1986; Russell, Halasz & Beumont, 1989), במובן של

מחשבות טורדניות סביב המוות, כמעוררות אנוקסיה, וייתכן שגם בולימיה. ברוח הפסיכולוגיה של הקונטרסט (הניגוד) (Kelly, 1955), העלה וורן טענה נגד התפיסה כי מוטיב המוות בהפרעות אכילה הינו אוניברסלי. לדעתו יש לבחון את קיומן של מחשבות על מוות בכל מקרה ומקרה בנפרד. בהתאם לכך הוא טען כי נושא המוות יכול להיות מרכזי בחלק מהמקרים, אך לא בכלם.

בכר, לצר, גור, בון וברי (Bachar, Latzer, Gur, Bonne, & Berry, 2002) נעזרו באבחנה בין משיכה ודחייה של החיים והמוות כגורמים בלתי תלויים זה בזה, על מנת להבהיר את התפיסה של החיים והמוות בקרב הלוקים בהפרעות אכילה, והשתמשו בשאלון שפיתחו אורבך ואחרים (Orbach, Milstein, Har-Even, Apter, Tiano, & Elizur, 1991; Orbach, Kedem, Herman & Apter, 1995; Orbach, Lotem-Peleg, & Kedem, 1995; Orbach, Mikulincer, King, Cohen, & Stein, 1997). התוצאות מצביעות על כך שהסובלות מהפרעת אכילה פחות נמשכות לחיים ויותר דוחות את החיים בהשוואה לאוכלוסייה הרגילה. לא נמצאו הבדלים במשתנים המתיחסים למוות.

שטיין ואחרים (Stein et al., 2002) בחנו את הקשר בין תפיסת הגוף לבין נטיות אובדניות בקרב נשים הסובלות מאנוקסיה נירוזה בהשוואה לחולות פסיכיאטריות מאושפזות לאחר ניסיון אובדני וללא ניסיון אובדני. נמצא כי הסובלות מאנוקסיה נירוזה ונשים לאחר ניסיון אובדני, ביטאו פחות משיכה לחיים ויותר דחייה של החיים, וכן יותר משיכה אל המוות ופחות דחייה שלו בהשוואה לשתי הקבוצות האחרות. הסובלות מאנוקסיה נירוזה ונשים לאחר ניסיון אובדני היו שונות מקבוצת הביקורת בהציגן עמדה שלילית כלפי גופן, רגישות נמוכה לאיתותים ולרמזים שנותן הגוף, עיוות בתפיסת הגוף, ורמות גבוהות של דיכאון וחרדה. ממצאים דומים נמצאו במחקר של אורבך, שטיין, שניסלע והראבן (Orbach, Stein, Shani-Sela, & Har-Even, 2001), שבדקו את תפיסת הגוף והמשיכה לחיים ולמוות בקרב מתבגרות פסיכיאטריות מאושפזות. נמצא כי נבדקות לאחר ניסיון התאבדות שונות בגישתן כלפי שמירת הגוף וביצירת נתק מהגוף מנבדקות שתי הקבוצות האחרות שלא היה להן ניסיון התאבדות.

מסקירת הספרות ניתן לראות כי נמצא קשר בין דפוסי התקשרות לא־בטוחים והפרעות אכילה, וכן נמצא קשר בין דחיית החיים והפרעות אכילה. למיטב הידיעה, לא נבחן הקשר שבין דפוסי התקשרות, תפיסת המוות והחיים ודיכאון בקרב הסובלים מהפרעות אכילה.

מטרת המחקר הנוכחי היא לבחון את הקשר שבין סגנונות התקשרות שונים לבין משיכה למוות או דחיית החיים בקרב הסובלות מהפרעות אכילה בהשוואה לקבוצת הביקורת.

”למות בשביל לחיות”: דפוסי התקשרות ודחף לחיים ולמוות בהפרעות אכילה

השערות המחקר

על בסיס המחקרים שנעשו עד כה נבעו השערות המחקר האלה: (1) נבדקות הסובלות מהפרעת אכילה יחוו פחות משיכה אל החיים ויותר דחייה של החיים בהשוואה לקבוצת ביקורת; (2) דפוס ההתקשרות של נבדקות עם הפרעת אכילה יאופיין כפחות בטוח, יותר נמנע ויותר חרד מאשר נבדקות מקבוצת הביקורת; (3) ימצאו ערכים גבוהים יותר של דיכאון בקרב נבדקות הסובלות מהפרעות אכילה לעומת נבדקות מקבוצת הביקורת.

המחקר

הנבדקות

אוכלוסיית המחקר כללה 34 נשים הסובלות מאנורקסיה נירוזה בגיל (22.3 ± 6.8) , 34 נשים הסובלות מבולימיה נירוזה בגיל (21.9 ± 3.7) , ו-23 נשים בריאות, ללא עבר של הפרעות אכילה או הפרעה נפשית אחרת, אשר היוו את קבוצת הביקורת, בגיל (21.9 ± 3.7) . הנחקרות אותרו על פי הקריטריונים של (American Psychiatric Association, 1994) DSM-IV בתחילת הטיפול במרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם, וחתמו על הסכמה מדעת להשתתפות במחקר. המחקר אושר על ידי ועדת הלסינקי של המרכז הרפואי רמב"ם. לקבוצת הביקורת נערכה שיחת הדרכה, והן מילאו את השאלונים בבתיהן.

כלי המחקר

כל נבדקת השיבה על שלושה שאלוני דיווח עצמי:

שאלון דיכאון (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck, Steer, & Garbin, 1988). את השאלון פיתחו בק, רוש, שואו ואמרי (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), והוא תורגם לעברית על ידי מונטאג (1979). זהו שאלון לדיווח עצמי בן 21 פריטים, המיועד להעריך היבטים אפקטיביים, קוגניטיביים, גופניים והתנהגותיים של דיכאון. כל פריט מורכב מארבעה היגדים בסדר עולה של חומרת התסמינים, מרמה ניטרלית ועד חומרה מקסימלית. סכום הפריטים מהווה את ציונו של הנבדק, ציון גבוה יותר מעיד על דיכאון חמור יותר. הציונים 0–9 נחשבים נורמליים, הציונים 10–18 מצביעים על דיכאון קל, הציונים 19–29 מצביעים על דיכאון בינוני והציונים 30 ומעלה מצביעים על דיכאון חמור. יש לציין כי השאלה האחרונה, מס' 22, מנוקדת בנפרד, "כן" או "לא", וקשורה לרצון לרדת במשקל. המהימנות הפנימית במחקר הנוכחי הייתה $\alpha = .87$.

שאלון משיכה ודחייה של חיים ומוות (The Multi-Attitude Suicidal Tendency Scale, MAST), שפיתחו אורבך ואחרים (Orbach et al., 1991). השאלון כולל 30 שאלות לדיווח עצמי על רצף של חמישה דירוגים, מ-1 – לגמרי לא מסכים, ועד 5 – מסכים לחלוטין. הסולם בנוי מארבעה מימדים של נטייה אובדנית בלתי תלויים זה בזה: משיכה לחיים, דחייה של החיים, משיכה למוות ודחייה של המוות. משיכה רבה לחיים ודחייה של המוות משקפים עמדה חיובית כלפי החיים, בעוד שדחייה רבה של החיים ומשיכה למוות משקפים נטיות אובדניות. הסולם כלל משפטים כמו "אני נהנה לעשות הרבה דברים" (משיכה לחיים), ו"הרבה בעיות יכולות להיפתר רק על ידי מוות" (משיכה למוות). התקפות והמהימנות של השאלון תוארו על ידי אורבך ואחרים (Orbach et al., 1991; Orbach, Kedem et al., 1995; Orbach, Lotem-Peleg & Kedem, 1995).

המהימנות הפנימית במחקר הנוכחי של סולם דחיית החיים הייתה $\alpha = .81$, של סולם המשיכה לחיים הייתה $\alpha = .88$, של סולם המשיכה למוות הייתה $\alpha = .79$, ושל סולם דחיית המוות הייתה $\alpha = .77$.

שאלון ההתקשרות (The Adult Attachment Scale, AAS) פותח על ידי חזן ושאבר (Hazan & Shaver, 1987). הוא בודק כיצד אנשים חשים בתוך מערכת יחסים קרובה, תוך סיווג לשלושה דפוסי התקשרות: בטוח, נמנע וחרד/דו-ערכי. במחקר זה נעשה שימוש בגרסה העברית של שאלון ההתקשרות AAS (Hazan & Shaver, 1987), והוא מחולק לשניים: בחלק ראשון הנבדק מקבל שלושה תיאורים של יחסים בין-אישיים, ומתבקש לבחור אחד מהם המתאר בצורה הטובה ביותר את תחושתו. כיוון שמדד אחד אינו מספיק לסיווג של סגנון התקשרות, נעשה במקביל גם שימוש בחלק השני של השאלון כמדד נוסף להשגת תוקף. במדד זה 15 משפטים, הכוללים את המאפיינים הספציפיים הנגזרים מדפוס ההתקשרות המקורי שנבחר בחלק הראשון. הנבדקות ציינו את תשובתן בסולם על הרצף שבין 1 – לגמרי לא מתאים, ועד 6 – מתאים מאוד. על בסיס התוצאות, המתאייחסות לכל דפוס התקשרות בנפרד, זוהו אצל כל נבדקת הדפוס הדומיננטי והדפוסים הפחות דומיננטיים. המהימנות הפנימית בחלק שני של השאלון הייתה $\alpha = .80$. עבור דפוס בטוח, $\alpha = .77$ עבור דפוס חרד/דו-ערכי, ו- $\alpha = .79$ עבור דפוס נמנע.

ניתוחים סטטיסטיים

נערכו ניתוחי שונות (MANOVA) בין שלוש הקבוצות ומבחני Tukey post-hoc. בוצעה רגרסיה לוגיסטית כדי לבחון אם דפוס ציונים מסוים של שאלוני BDI, MAST, ו-AAS יכול לנבא הפרעות אכילה.

תוצאות

שאלון משיכה ודחייה של חיים ומוות

מתוך לוח 1 ניתן לראות, כי נבדקות הסובלות מאנורקסיה נירוזה או בולימיה נירוזה מרגישות פחות משיכה אל החיים ($F(2,88) = 24.25, p < .0001$) ויותר דחייה של החיים ($F(2,88) = 12.88, p < .0001$). בהשוואה לקבוצת הביקורת. משיכה ודחייה של המוות לא נמצאה מבחינה בין הקבוצות. כדי לבחון אם שלוש הקבוצות נבדלות זו מזו בנטיית אובדניות בוצע מבחן Tukey על פי שאלון MAST. נמצאו הבדלים מובהקים בין שלוש הקבוצות במימדים השונים של השאלון. בקרב קבוצת הביקורת נמצאה יותר משיכה לחיים ופחות דחייה של החיים, בהשוואה לשתי קבוצות הפרעות האכילה. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין שתי קבוצות המחקר (אנורקסיה נירוזה ובולימיה נירוזה) במדדים של משיכה ודחייה של חיים ומוות.

לוח 1: ממוצעים וסטיות תקן של משיכה/דחייה לחיים ולמוות בקרב נשים הסובלות מאנורקסיה נירוזה, מבולימיה נירוזה ובקרב קבוצת הביקורת

| p | Df | F | קבוצת ביקורת (n = 36) | | סובלות מבולימיה (n = 30) | | סובלות מאנורקסיה (n = 25) | | |
|-------|------|-------|-----------------------|------|--------------------------|------|---------------------------|------|-------------|
| | | | SD | M | SD | M | SD | M | |
| | | | .0001 | 2,88 | 24.25 | 0.41 | 1.45 | 0.71 | |
| .0001 | 2,88 | 12.88 | 0.46 | 3.92 | 0.67 | 3.20 | 0.92 | 3.15 | משיכה לחיים |
| NS | 2,88 | 1.49 | 0.56 | 2.23 | 0.68 | 2.43 | 0.78 | 2.51 | משיכה למוות |
| NS | 2,88 | 1.13 | 0.82 | 2.77 | 0.90 | 2.78 | 0.96 | 2.46 | דחיית המוות |

שאלון התקשרות

מבחינת χ^2 נערכו על הנתונים מהחלק הראשון של שאלון התקשרות AAS ונמצאו הבדלים מובהקים בסגנון ההתקשרות המדווח בין שלוש הקבוצות ($\chi^2(4) = 22.7, p < .001$) (לוח 2). הנתונים הראו כי סגנון ההתקשרות השכיח ביותר בקרב נבדקות שסבלו מהפרעות אכילה היה "נמנע", בעוד שהתקשרות "בטוחה" אפיינה את קבוצת הביקורת. גם קבוצת הנבדקות שסובלות מאנורקסיה נירוזה וגם קבוצת הנבדקות שסובלות מבולימיה נירוזה אופיינו באופן מובהק ברמות גבוהות יותר של התקשרות "נמנעת" מאשר נבדקות ביקורת. נבדקות עם הפרעות אכילה, בעיקר אלו שסובלות

ציפי הוכדורף, יעל לצר, לאורה קנטי ואיתן בכר

מאנורקסיה נירוזה, קיבלו ציונים גבוהים יותר במדדים של התקשרות "חרדה" מאשר קבוצת הביקורת, ורמות נמוכות יותר במדדים של התקשרות "בטוחה".

לוח 2: דיווח עצמי של סגנון התקשרות

| קבוצת ביקורת | סובלות מבולימיה | סובלות מאנורקסיה | סגנון התקשרות |
|--------------|-----------------|------------------|---------------|
| 75% 21 | 30.8% 8 | 14.3% 2 | בטוח |
| 21.4% 6 | 61.5% 16 | 50% 7 | נמנע |
| 3.6% 1 | 7.7% 2 | 35.7 5 | חרד/דו־ערכי |

$$\chi^2(4) = 22.7, P < .001$$

השוואות דומות נערכו גם לנתונים בחלק השני של שאלון AAS, ביחס לציונים הגבוהים ביותר בין שלושת סגנונות ההתקשרות (לוח 3). הנתונים הראו כי סגנון ההתקשרות השכיח ביותר בנבדקות הפרעות אכילה היה סגנון "נמנע", בעוד שסגנון "בטוח" אפיין את קבוצת הביקורת ($\chi^2(4) = 31.1, p < .001$). ניתוחי MANOVA וניתוחי ANOVA לשאלון AAS השוו בין שלוש הקבוצות (לוח 4). ממצאי הניתוח הרב־גורמי (MANOVA) שנעשה בהמשך היו $F(6,156) = 6.56, [p < .001]$. התוצאות הראו כי הקבוצות נבדלו בשלושת סגנונות ההתקשרות: "בטוח" ($F(2,79) = 14.2, p < .001$), "חרד" ($F(2,79) = 14.6, p < .001$), ו"נמנע" ($F(2,79) = 18.7, p < .001$).

לוח 3: סגנונות התקשרות בהתאם לציון הגבוה ביותר מביניהם

| קבוצת ביקורת | סובלות מבולימיה | סובלות מאנורקסיה | סגנון התקשרות |
|--------------|-----------------|------------------|---------------|
| 88.2% 30 | 25% 6 | 29.4% 5 | בטוח |
| 8.8% 3 | 54.2% 13 | 52.9% 9 | נמנע |
| 2.9% 1 | 20.8% 5 | 17.6% 3 | חרד/דו־ערכי |

$$\chi^2(4) = 31.1, P < .001$$

ניתוחי Tukey נערכו כדי לקבוע אם שלוש הקבוצות נבדלו במונחים של סגנון התקשרות בחלק השני של שאלון AAS. הבדלים מובהקים נמצאו בין קבוצת הביקורת לבין שתי קבוצות הניסוי בכל אחת מקטגוריות סגנון התקשרות. נבדקות מקבוצת הביקורת נמצאו יותר "בטוחות", פחות "נמנעות" ופחות "חרדות" מאשר

”למות בשביל לחיות”: דפוסי התקשרות ודחף לחיים ולמוות בהפרעות אכילה

שתי הקבוצות של הפרעות אכילה. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין שתי קבוצות הפרעות האכילה.

לוח 4: ממוצעים, סטיות תקן וערכי F של סגנונות התקשרות בחלק השני של שאלון AAS

| Tukey | F(2,78) | קבוצת ביקורת | | סובלות מבולימיה | | סובלות מאנורקסיה | | סגנונות התקשרות |
|-----------|---------|--------------|------|-----------------|------|------------------|------|-----------------|
| | | SD | M | SD | M | SD | M | |
| | | | | | | | | |
| AN<CON>BN | 14.2*** | 0.90 | 4.36 | 0.84 | 3.42 | 0.80 | 3.25 | בטוח |
| AN>CON<BN | 18.7*** | 0.83 | 2.80 | 0.89 | 4.09 | 1.04 | 3.89 | נמנע |
| AN>CON<BN | 14.6*** | 0.70 | 2.74 | 0.78 | 3.73 | 0.96 | 3.61 | חרד/דו ערכי |

*** $p < .001$ Multivariate $F(6,156) = 6.56, p < .001$

שאלון דיכאון של בק

נמצאו ערכים גבוהים יותר של דיכאון בקרב קבוצת הסובלות מאנורקסיה נירוזה (M=19.7, SD=11.9) ובולימיה נירוזה (M=10.2, SD=8.9) מאשר בקבוצת הביקורת (M=4.6, SD=4.0). תוצאות ניתוח השונות היו מובהקות ($F(2,78) = 20.2, p < .001$). ניתוחי Tukey נערכו כדי לבחון את השוני בין הקבוצות במדדי הדיכאון. הממצאים הראו הבדל מובהק בין הסובלות מאנורקסיה וקבוצת הביקורת לבין הסובלות מבולימיה וקבוצת הביקורת. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין שתי קבוצות הפרעות האכילה.

כדי לבדוק אם ניתן לנבא השתייכות לקבוצה של הפרעות אכילה על פי המשתנים סגנון התקשרות (בטוח, חרד ונמנע), משיכה לחיים ולמוות ודיכאון, נערכה רגרסיה לוגיסטית הכוללת את כל המשתנים האלה (לוח 5). בצעד הראשון של ניתוחי הרגרסיה הוכנסו כל המשתנים של דפוסי התקשרות ונמצא כי הפרעות אכילה ניתן לנבא על פי דפוס התקשרות חרד/דו-ערכי ($B = .86, SE = .44, p < .05$) ועל פי דפוס התקשרות נמנע ($B = 1.04, SE = .38, p < .001$). שני משתנים אלה מהווים 35% מהשונות המוסברת של הפרעות האכילה. בצעד הבא של הרגרסיה הוספו ארבעת המדדים של משיכה ודחייה של החיים והמוות ונמצא כי רק דחיית החיים נמצאה מנבאת הפרעות אכילה ($B = 3.02, SE = .67, p < .0001$). מודל זה מסביר 39% מהשונות המוסברת של הפרעות אכילה. בצעד השלישי בניתוחי הרגרסיה הוסף המשתנה דיכאון, אשר נמצא תורם בצורה מובהקת לשונות ($B = 1.85, SE = .80, p < .02$). מודל זה כולל גם את המשתנה דחיית החיים והוא מסביר 41% מהשונות.

ציפי הוכדורף, יעל לצר, לאורה קנטי ואיתן בכר

המודל הראשון הכולל דפוס התקשרות חרד ונמנע, נמצא מובהק ($\chi^2=34.65$, $p<.001$) והוא סיווג בצורה נכונה 80.49% מהנבדקות. המודל השני נמצא מובהק ($\chi^2=40.48$, $p<.001$) והוא סיווג 80.77% מהנבדקות. המודל הסופי נמצא מובהק ($\chi^2=48.9$, $p<.001$) וסיווג נכון 31 (86.1%) מתוך 36 הנבדקות מקבוצת הביקורת, וכן סיווג נכון 35 (83.3%) מתוך 42 הנבדקות מקבוצת הפרעות האכילה. לסיכום, המודל השלם נמצא מובהק וניבא נכון 84.6% מהנבדקות.

לוח 5: ניבוי הפרעות אכילה על פי דפוס התקשרות, משיכה ודחייה של חיים ומוות, ודיכאון

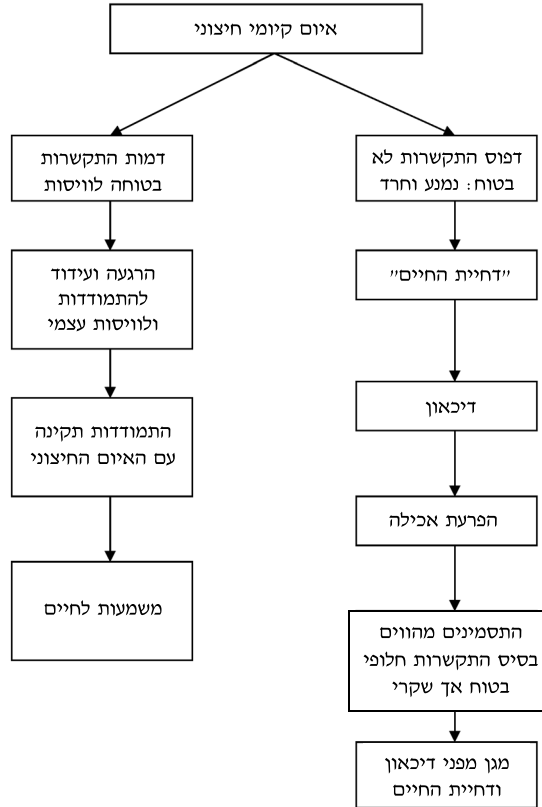
| ניבוי נכון (ב-%) | R ² | p | SE | B | |
|------------------|----------------|--------|-----|------|-----------------------------|
| — | — | <.05 | .44 | .86 | מודל ראשון דפוס חרד/דו־ערכי |
| 80.49 | .35 | <.001 | .38 | 1.04 | דפוס נמנע |
| 80.77 | .39 | <.0001 | .67 | 3.02 | דחיים החיים |
| — | — | <.02 | .80 | 1.85 | דחיית החיים |
| 84.6 | .41 | <.01 | .04 | .11 | דיכאון |

דיון

המחקר הנוכחי עוסק בשאלת הקשר שבין דפוסי התקשרות לבין משיכה ודחייה של החיים והמוות בקרב נשים הלוקות בהפרעות אכילה. מתוך הממצאים התגבש מודל המתאר את השונות בין שתי קבוצות המחקר. על פי מודל זה (תרשים 1), בהעדר דפוס התקשרות בטוח, מגיבה הלוקה בהפרעת אכילה מול איום חיצוני קיומי בדחיית החיים ובדיכאון. ההנחה היא כי הפרעת האכילה מהווה אמצעי להתמודדות עם תחושות אלו, ומשמשת תחליף להעדר דמות התקשרות בטוחה בחיי הנערה. על פי מודל זה ניתן לתת הסבר נוסף לדינמיקה העומדת בבסיס התפתחות הפרעת אכילה: כתגובה לאיום קיומי חיצוני, תגבר דחיית החיים ככל שדפוסי ההתקשרות יהיו פחות בטוחים. הדבר יתבטא באמון מסויג באחרים, בקושי להתמודד עם רגשות שליליים ומסוגלות עצמית נמוכים (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003). על פי מודל זה ניתן להניח כי הפרעת האכילה מהווה בסיס התקשרות בטוח שקרי (false), המגן על הנערה מפני ההתמודדות עם שאלת החיים והמוות, ועם השאלה "לחיות או לא לחיות".

"למות בשביל לחיות": דפוסי התקשרות ודחף לחיים ולמוות בהפרעות אכילה

תרשים 1: מודל המחקר



מיקולינסר מצא במחקרו (Mikulincer et al., 1990) כי בעלי דפוסי התקשרות בטוחים, לעומת לא-בטוחים, אינם מפחדים ממוות אישי. נשאלת השאלה, כיצד ניתן להבין כי הלוקים בהפרעות אכילה, ובמיוחד באנורקסיה נירוזה, אינם מגלים בדרך כלל פחד ממוות, אף על פי שמצבם הפיזי מעמיד אותם, במקרים רבים, בסכנת חיים. ההסבר על פי מודל זה הוא כי הלוקות בהפרעות אכילה מכחישות, באמצעות ההתעסקות בתסמינים, את האיום הממשי על חייהן, וכך עלייה של קילוגרם אחד או שניים במשקל הופכת להיות עבורן האיום הממשי על החיים. הן נוטות להצהיר שהן מוכנות למות ובלבד שלא לעלות במשקל, ובכך מבטאות את תחושת "המקום הבטוח" והשליטה שמעניק המשקל הנמוך. העלייה במשקל מערערת את הביטחון השקרי וחושפת אותן לתחושות של חוסר אונים, דיכאון, בדירות וחרדה מהמוות. אם כן, הפחד העצום מפני עלייה במשקל, והתסמינים האנורקטיים ו/או הבולימיים, משמשים כנראה אמצעי להכחשה או להגנה מפני הפחד העצום שיש להן

מהמוות. רגשות אלה יכולים להוביל לחוסר תקווה, לחוסר אונים, ולתחושה של "דחיית החיים" במובן של הקושי לחוות את החיים כפי שהם. הפרעת האכילה, אם כן, יכולה במובן מסוים לשמש כ"בסיס בטוח" שקרי, הנותן תחושה מדומה של שליטה על חיים חסרי משמעות.

מתוך ניתוחי הרגרסיה שנעשו במחקר הנוכחי, נבנה המודל. נמצא כי התקשרות לא-בטוחה, דחיית החיים ודיכאון מנבאים הפרעת אכילה. ממצאים אלה תואמים ממצאי מחקרים אחרים, המראים כי בקרב הסובלים מהפרעות אכילה שכיחים דפוסי התקשרות לא-בטוחים: חרד, דר-ערכי ונמנע (Latzer et al., 2002); שכיחה תחושה של דחיית החיים, אם כי לא קיימת משיכה אל המוות (Bachar et al., 2002). כמו כן נמצא כי לקבוצת הלוקות בהפרעות האכילה יש פחות משיכה למוות בהשוואה לקבוצה של נבדקות לאחר ניסיון התאבדות הסובלות מדיכאון (Orbach et al., 1995). ממצאים נוספים הצביעו על קריאה לא רגישה של צורכי הגוף, השכיחה יותר בקרב הלוקות בהפרעות אכילה, כמו גם בקרב אוכדניות (Stein et al., 2002), בהשוואה לקבוצות ביקורת.

מיקולינסר (Mikulincer et al., 1990) מציע במאמרו כיוון נוסף להסבר שניתן עד כה לממצאי המחקר. לדבריו, הקשר בין דפוסי ההתקשרות והתייחסות לחיים ולמוות משקף סכמה קוגניטיבית פנימית הקשורה להתנסות ראשונית ואשר מוכללת במצבי דחק מסוימים. כלומר, אירועי דחק הקשורים בתהליך של גיל ההתבגרות, במיוחד אלו הדורשים אוטונומיה והגדרה עצמית, מעלים סכמות ראשוניות הכרוכות בתחושות אין-אונים, חרדה ודיכאון, ומובילים לחיפוש אחר מקום בטוח חלופי, אשר יווסת, ירגיע ויחזיר את הביטחון. מחלה במובן זה מהווה את אותו "מקום בטוח". ולכן ייתכן מאוד כי הפרעת אכילה היא בעלת משמעות קיומית עבור הלוקה בה, והיא תתקשה מאוד לוותר עליה.

רועה, רוט ופנינג (2003) חיזקו הסבר זה במאמרו, תוך התייחסות למספר תהליכים, המניעים את דר-הערכיות של הלוקה בהפרעות אכילה ביחס להבראה. הם ציינו כי הלוקים בהפרעות אכילה תופסים את ההבראה כאיום, ומתנגדים לתובנה הנדרשת לתהליך ההחלמה. הם מתארים חמישה תהליכים, אשר שניים מתוכם מחדדים את ההסבר של מאמר זה לממצאים.

התהליך הראשון מתאר את המשמעות הקיומית שיש למחלה עבור הלוקה בה, שעל פיה ההחלמה ממנה חושפת את הלוקה לעולם רגשי כואב, הנעדר "מקום בטוח" אשר יכיל ויווסת את הרגשות. התיאוריות הדינמיות והמערכתיות מתייחסות אף הן להפרעות אכילה כאל תסמינים המשקפים חוויה של זהות עצמית מסוכסכת ושבורה, שמקורה ביחסים ראשוניים קונפליקטואליים נעדרי אמפתיה הורית. אי האכילה, במובן זה, מהווה מענה לצרכים אלו ומעניקה ללוקה תחושה של ביטחון, קומפטינטיות, שליטה, מיוחדות, עליונות ועוד. במצב מוגן זה הלוקה אינה זקוקה לאף

”למות בשביל לחיות”: דפוסי התקשרות ודחף לחיים ולמוות בהפרעות אכילה

אחד, אפילו לא לצורך הבסיסי באכילה. התסמינים נותנים משמעות לחייה, ובעזרתם היא מיוחדת במקום שבו אחרים אינם מצליחים.

גם התהליך השני שעליו מדברים הכותבים, הקושי לוותר על התסמינים כהגנה מפני חוויית הדיכאון, מחזק את ההסבר של המודל המחקרי הנוכחי. מחקרים רבים הצביעו על דיכאון בקרב הלוקים בהפרעות אכילה. הקשר בין דיכאון לחוסר רצון לחיות ידוע בספרות (Orbach et al., 1997). ייתכן מאוד כי תסמיני הפרעות אכילה באים להגן על החולה מפני חוויית הדיכאון, העומדת בבסיס תחושת האי-אונים, אשר עולה בהעדר בסיס התקשרות בטוח. מכאן ניתן לראות את הקשר המעגלי, שבו הפרעת אכילה באה להעניק לחולה בסיס התקשרות בטוח ומשמעות מסוימת לחיים. ממצאי המחקר הנוכחי מצביעים על קשר בין דפוסי התקשרות לא-בטוחים לבין דחיית החיים בקרב נשים הסובלות מהפרעות אכילה. ממצאים אלו מחדדים את החשיבות שיש לדפוסי התקשרות בטוחים בין ילדים להורים לבין המשמעות שמייחסים אנשים לחייהם. חוקרים שבדקו קשר זה באוכלוסייה בריאה, מצאו כאמור כי בעלי התקשרות בטוחה חווים פחות פחד ממוות אישי בהשוואה לבעלי התקשרות לא-בטוחה, וכי הם מפגינים אמון בעולם ומצליחים להתמודד בהצלחה עם רגשות שליליים (Cassidy, 1988; Kobak & Sceery, 1988; Mikulincer et al., 1990).

על רקע זה ניתן לומר כי ייתכן שכאשר נערות ונשים הסובלות מהפרעות אכילה נקלעות למצב משברי בחייהן, הן חשות חוסר אונים, ריקנות, חוסר תקווה וחוסר משמעות, בהעדר דמות התקשרות בטוחה וזמינה עבורן. במצב זה התסמין משתלט על חלל ריק, ומהווה מעין תחליף לתחושות אלה. התסמינים גם מאפשרים מקום בטוח ומגן המקנה תחושת שליטה ומשמעות. משקל הגוף הופך להיות הזירה שבה תחושת חוסר המשמעות מתחלפת בתחושות של שליטה, מטרה בת-הישג, הצלחה ותוכן. ולכן השאלה של ”לחיות או לא לחיות” במצב זה מתייחסת לעלייה או לירידה במשקל, אשר מהווים מעין בסיס התקשרות חלופי להתמודדות עם דחיית החיים.

מכאן ניתן להבין את הקושי לוותר על התסמינים של הפרעות אכילה. כל ניסיון של המטפלים לפעול למיגור התסמינים, נתקל בהתנגדות חריפה, שכן הוא משאיר את החולה חשופה ללא כל הגנה מול עולם מאיים, לא בטוח וחוסר משמעות קיומית.

השלכות יישומיות וטיפוליות

הבנת חשיבות התסמינים והשירות החיוני שהם מספקים למטופל היא מכרעת בתהליך הטיפול. על המטפל להציע מקום בטוח מספיק עבור המטופל על מנת שיסכים להסתכן בויתור על התסמינים.

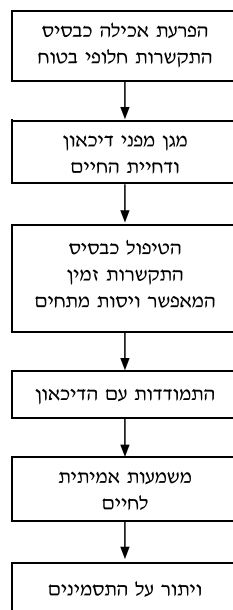
פסיכולוגיית העצמי נותנת מענה מסוים לבניית מצע בטוח עבור המטופל

בהתמודדותו עם דחיית החיים. גישה טיפולית זו מדגישה את החשיבות שבהבנת נקודת המבט הסובייקטיבית של המטופל, תוך שהמטפל משמש כ-self object עבור המטופל (בכר, 2002).

תיאוריית ההתקשרות משלימה תפיסה זו ורואה במטפל דמות התקשרות זמינה ובטוחה, המאפשרת ויסות מתחים, מרגיעה, אמפתית, משקפת ומהווה מצע בטוח המאפשר ויתור על המחלה. רק כשהמטופלת תשתכנע בוודאות כי המטפלים מבינים את המשמעות הקיומית של המחלה עבורה, ומסוגלים לתת לה מקום בטוח ומוגן, רק אז אולי תיאות לשקול ויתור על התסמינים ובניית משמעות חדשה לחיים, במקום דחייתם; כלומר ייווצר מצב חדש שבו יהיה ויתור על התסמינים לטובת בניית ייחודיות חדשה.

על רקע החשיבות הניתנת למשפחה בהבנת האטיולוגיה של הפרעות אכילה, יש חשיבות מכרעת לשילוב ההורים בטיפול (Le Grange & Chen, 2007; Le Grange & Lock, 2007). המודל הטיפולי המוצע (תרשים 2) מתייחס למטפל כאל דמות התקשרות זמינה ובטוחה הן עבור המטופלת והן עבור הוריה. שכן בסופו של דבר, כאשר ההורים יחוו בטוחים, מוכלים ונתמכים על ידי המטפל, הם יוכלו להיות פנויים להקשיב ברגישות לצורכי בתם ולהיענות להם באמפתיה וללא תנאי.

תרשים 2: מודל הטיפול



”למות בשביל לחיות”: דפוסי התקשרות ודחף לחיים ולמוות בהפרעות אכילה

הטיפול בהורים מהווה מצע לשינוי של דפוסי התקשרות בתוך המשפחה. יחסי גומלין חמים, אמפתיים ומקבלים עם המטפל, יכולים להוות מצע בטוח בעל עוצמה לשינוי תוך-אישי ובין-אישי. הטיפול יכול לאפשר העלאת תכנים כואבים אשר הובילו לגיבוש אמונות וכללים שקריים, שעל פיהם תפקדה המשפחה בעבר, והמרתם בכללים חדשים, בעלי משמעות אמיתית (Byng-Hall, 1995; Byng-Hall & Stevenson-Hinde, 1991; Dallos, 2001; Johnson, Maddeaux, & Blouin, 1998). נראה כי המענה לשאלת החולה בהפרעת האכילה ”לחיות או לא לחיות” טמון במקום הבטוח שיכולה להעניק לה המשפחה.

מקורות

- בכר, א. (עורך). (2002). הפחד לתפוס מקום: אנורקסיה ובולימיה. ירושלים: האוניברסיטה העברית.
לצר י., הוכדורף, צ., בכר א. וקנטי, ל. (2003). הטיפול כ"מקום בטוח" – טיפול משפחתי כבסיס התקשרות בטוח בהפרעות אכילה. שיחות, יז (3), 237–245.
מונטאג, י. (1979). תרגום עברי של BDI. תל-אביב: המכון הרפואי לבטיחות בדרכים, משרד הבריאות.
רועה, ד. רוט, ש. ופנינג, ס. (2003). צמצום התובנה למחלת האנורקסיה כביטוי ליחס אמביוולנטי להחלמה. שיחות, יז (3), 247–255.
Ainsworth M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
Armstrong, J. G., & Roth, D. M. (1989). Attachment and separation difficulties in eating disorders: A preliminary investigation. *International Journal of Eating Disorders, 8*, 141–155.
Bachar, E., Latzer, Y., Gur, E., Bonne, O., & Berry, E. M. (2002). Rejection of life in anorexic and bulimic patients. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 43–48.
Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226–244.
Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. T., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory: A review. *Clinical Psychology Review, 8*, 77–100.
Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss*. New York: Basic Books.
Byng-Hall, J. (1995). Creating a secure family base: Some implications of attachment theory for family therapy. *Family Process, 34*, 45–58.

- Byng-Hall, J., & Stevenson-Hinde, J. (1991). Attachment relationships within a family system. *Infant Mental Health Journal, 12*, 187–200.
- Cassidy, J. (1988). Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Development, 59*, 121–134.
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment process in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 282–290.
- Dallos, R. (2001). ANT – attachment narrative therapy: Narrative and attachment theory approaches in systemic family therapy with eating disorders. *Journal of Family Psychotherapy, 12*, 43–73.
- Dare, C., Le Grange, D., Eisler, I., & Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disorder families. *International Journal of Eating Disorders, 16*, 211–226.
- De Jong, M. L. (1992). Attachment, individuation, and risk of suicide in late adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 21*, 357–373.
- Dozier, M., Stovall, K. C., & Albus, K. E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 497–519). New York: Guilford Press.
- Evans, L., & Wertheim, E. H. (1997). Intimacy patterns and relationship satisfaction of women with eating problems and the mediating effects of depression, trait anxiety and social anxiety. *Journal of Psychosomatic Research, 44*, 355–365.
- Hazan, C., & Shaver, D. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511–524.
- Jackson, C., Beumont, P. J., Thornton, C., & Lennerts, W. (1993). Dreams of death: Von Weizsacker's dreams in so-called endogenic anorexia: A research note. *International Journal of Eating Disorders, 13*, 329–332.
- Jackson, C., Touyz, S., & Lennerts, W. (1995). The theme of death in the French and German literature on eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 17*, 229–234.
- Jackson, C. C. (1989). *Appetite for death: A study of the theme of death in the "hidden" literature on eating disorders*. Wellington, NZ: Boolarong Publications.
- Jackson, C. C., & Davidson, G. P. (1986). The anorexic patient as a survivor: The denial of death and death themes in the literature on anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 5*, 821–835.
- Johnson, S.M., Maddeaux, C., & Blouin, J. (1998). Emotionally focused family therapy for bulimia: changing attachment patterns. *Psychotherapy, 35*, 238–247.
- Kaplan, K. J., & Worth, S.A. (1993). Individuation-attachment and suicide trajectory: A developmental guide for the clinician. *Omega, 27*, 207–237.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Kenny, M., & Hart, K. (1992). Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and college sample. *Journal of Counseling Psychology, 39*, 521–526.
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development, 59*, 135–146.

- Kog, E., & Vandereycken, W. (1989). Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 11–23.
- Latzer, Y., & Gaber, L. B. (1998). Pathological conflict avoidance in anorexia nervosa: Family perspectives. *Contemporary Family Therapy*, 20, 539–551.
- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., & Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy*, 24, 581–599.
- Layon, M. E., Benoit, M., O'Donnell, R.M., Geston, P. R., Silber, T., & Walsh, T. (2000). Assessing African American adolescents risk for suicide attempts: Attachment theory. *Adolescence*, 35, 121–134.
- Le Grange, D., & Chen, E. (2007). Family-based treatment for young adults with anorexia nervosa. Unpublished Manual, University of Chicago.
- Le Grange, D., & Lock, J. (2007). *Treating bulimia in adolescents: A family-based approach*. New York: The Guilford Press.
- Lifton, R. (1979). *The broken connection: On death and the continuity of life*. New York: Simon & Schuster.
- McGowan, S. (2002). Mental representations in stressful situations: The calming and distressing effects of significant others. *Journal of Experimental and Social Psychology*, 38, 152–161.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Tolmacz, R. (1990). Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 273–280.
- Mikulincer M., Shaver, P. R., Pereg, D., (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotions*, 27, 77–102.
- Minuchin S., Rosman B. L., & Baker, B. L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Orbach, I., Kedem, P., Herman, L., & Apter, A. (1995). Dissociative tendencies in suicidal, depressed, and normal adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 393–408.
- Orbach, I., Lotem-Peleg, M., & Kedem, P. (1995). Attitudes toward the body in suicidal, depressed and normal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 211–221.
- Orbach, I., Mikulincer, M., King, R., Cohen, D., & Stein, D. (1997). Threshold for tolerance of physical pain in suicidal and nonsuicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 646–652.
- Orbach, I., Milstein, I., Har-Even, D., Apter, A., Tiano, S., & Elizur, A. (1991). A multi-attitude suicide tendency scale for adolescents. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 398–404.
- Orbach, I., Stein, D., Shani-Sela, M., & Har-Even, D. (2001). Body attitudes and body experiences in suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 237–249.
- Russell, J., Halasz, G., & Beumont, P. J. (1989). Death related themes in anorexia nervosa: A practical exploration. *Journal of Adolescence*, 13, 311–326.
- Srouf, L.A. (2002). From infant attachment to promotion of adolescent autonomy:

ציפי הוכדורף, יעל לצר, לאורה קנטי ואיתן בכר

- Prospective, longitudinal data on the role of parents in development. In J. G. Borkowski, S. Landesman-Ramey, & M. Bristol-Power (Eds.), *Parenting and the child's world: Influences on academic, intellectual, and social-emotional development* (pp. 187–202). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Stein, D., Orbach, I., Shani-Sela, M., Har-Even, D., Yaruslasky, A., Roth, D., Meged, S., & Apter, A. (2002). Suicidal tendencies and body image and experience in anorexia nervosa and suicidal female adolescent inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 1–17.
- Warren, B. (1997). Death themes in anorexia nervosa: Dimensions for a reply to Jackson et al. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 223–229.
- Warren, W. G., Jackson, C. C., Thornton, C., & Russell, J. (1994). A study of the relation between eating disorder and death concern. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 463–468.