

## יחסים בין אחיות שאחת מהן לוקה בהפרעת אכילה

יעל לצר, רות כץ וקרן ברגר

המחקר הנוכחי בדק את היחסים בין אחיות שאחת מהן לוקה בהפרעת אכילה. המטרה הייתה לבדוק את הקשר בין יחסי האחיות ותחושת קוהרנטיות של האחיות הבריאות לבין מצבה הנפשי של האחיות הבריאות. נבדקו 30 צעירות שיש להן אחות הלוקה בהפרעת אכילה (קבוצת המחקר) ו-30 צעירות שאחיותיהן אינן לוקות בהפרעת אכילה (קבוצת ביקורת). בקבוצת המחקר נמצאו רמות גבוהות יותר במובהק של דיכאון ויחסי אחיות שליליים לעומת קבוצת הביקורת. נמצא קשר מובהק בין מדדי מצוקה נפשית לבין יחסי אחיות שליליים (בשתי הקבוצות). יחסי אחיות חיוביים (בקבוצת המחקר). תחושת קוהרנטיות (בשתי הקבוצות). וכן בין רמת דיכאון לבין יחסי אחיות שליליים (רק בקבוצת המחקר) ותחושת קוהרנטיות (בשתי הקבוצות). כלומר, ככל שהיחסים בין האחיות שליליים יותר כך רמת הדיכאון גבוהה יותר, וכן ככל שתחושת הקוהרנטיות גבוהה יותר, כך רמת הדיכאון נמוכה יותר. השתייכות לקבוצת מחקר או לקבוצת ביקורת, תחושת קוהרנטיות, ויחסי אחיות, יכולים לנבא את רמת הדיכאון של האחיות הבריאות. הממצאים מדגישים חשיבות היחסים בין האחיות במשפחות שבהן אחת הבנות סובלת מהפרעת אכילה.

**מילות מפתח:** הפרעת אכילה, אחיות, משפחה, יחסי אחאים, קוהרנטיות, מצוקה נפשית

---

### מבוא

---

בעשורים האחרונים נצפתה עלייה משמעותית בשכיחות הפרעות אכילה אשר העיקריות שבהן אנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה לא ספציפית. הפרעות אלו שכיחות בעיקר בקרב צעירות. בעולם המערבי המודרני (Katzman, Hermans, Van Hoeken, & Hoek, 2004; Ogden, 2010) ובאחוזי תמותה גבוהים, ונחשבות הפרעות חד-מיניות יותר מכל המחלות הפסיכיאטריות (Fairburn & Harrison, 2003).

האטיולוגיה של הפרעות אכילה היא רב-סיבתית (Klump, Kaye, & Strober, 2001; Murphy, Troop, & Treasure, 2000). לאורך השנים ניתנה תשומת לב ניכרת לתפקיד המשפחה בהתפתחות הפרעות אכילה ושימורן, תוך התייחסות מיוחדת ליחסי

Latzer, Hochdorf, Bachar, & Canetti, 2002; Latzer, Lavee, & ילד (Gal, 2009; Le Grange, 2005).

בשנים האחרונות הורחבה ההתייחסות גם לתת-מערכת האחאים בכלל, ולהפרעות אכילה בפרט. הודגשו חשיבותה והשפעתה על עיצוב הזהות האישית, על גיוס כוחות במצבי משבר ועל בריאות וחולי לאורך מעגל החיים (Karwautz et al., 2001; Latzer, Ben-Ari, & Galimidi, 2002; Senel & Akkök, 1996; White, 2001).

יחסי אחאים הם הקשר הממושך ביותר בחיי האדם (Powell & Gallagher, 1993), והקשר המשמעותי ביותר לאחר הקשר הורה-ילד. באמצעות יחסים אלו ניתנת לילד הזדמנות ללמוד על עצמו ועל אחרים בסביבתו, תוך כדי התנסות באינטראקציות חברתיות משמעותיות ביותר במהלך חייו (Dunn, 2000; Minuchin et al., 1975; Minuchin, Rosman, & Baker, 1978).

הדינמיקה האחאית משפיעה גם על תהליכים התפתחותיים כהזדהות ונפרדות (Bank, Kahn, & Kahn, 2003), התפתחות רגשות, הבנת העצמי והאחר, למידת מיומנויות חברתיות הקשורות לפתרון קונפליקטים והתנהגויות פרו-חברתיות ושיתופיות (Dunn, 1992; Furman & Buhrmester, 1985). ליחסי אחאים משמעות מיוחדת ומרכזית בתקופת הילדות וההתבגרות. אחאים חולקים לרוב התנסויות משותפות יום-יומיות ומבלים זמן משותף יותר מכל תת-מערכת אחרת במשפחה. אחאים מספקים זה לזה קשרי חברות, תמיכה רגשית ומענה לצרכים מידיים, מהווים בסיס לאינטימיות, קרבה, שפה משותפת, חברות ואמפתיה; אך גם קרקע פורייה לקנאה, לתחרות ולקונפליקטים (פרידלין ופלוריאן, 1996; Senapati & Hayes, 1988). נמצא כי השפעת מחלה או נכות של ילד על שאר בני המשפחה נחוות כמצב דחק

משמעותי ואף כמשבר ממושך במשפחה (McLinden, Miller, & Deprey, 1991). הדבר בא לידי ביטוי גם אצל אחאים בריאים (פרידלין ופלוריאן, 1996; Corrigan & Sharpe & Rossiter, 2002; Miller, 2004). אחאים בריאים יכולים להגיב על נכות או מחלה של אחיהם בקשת רחבה של תגובות, החל מהעדר ביטויי קושי ועד לתסמינים קשים של מצוקה (Lindsey & Stewart, 1989). המחקרים אשר מצאו השלכות כאלה מצביעים על בעיות התנהגות (Cuskelly & Gunn, 1993), הסתגרות וקשיים חברתיים (Shulman, 1988), רגישות-יתר, רוגז ועצבנות (Bailey & Simeonsson, 1988), או תסמינים פסיכו-סומטיים וקשיים לימודיים בבית הספר (Labay & Walco, 2004; Lindsey & Stewart, 1989). כן נמצא, כי ככל שמחלת האח פוגעת בתפקוד היום-יומי של המשפחה הדבר משפיע לרעה על האחאים הבריאים (Sharpe & Rossiter, 2002). כמו כן, בהשפעת המחלה או הנכות נצפה קונפליקט בין האחאים בנושא הצורך לתמוך באח החולה מחד גיסא, והחסר בדמויות הוריות שהם חווים מאידך גיסא.

המחקר לגבי השפעת המחלה על אחאים במשפחות שבהן יש בת עם הפרעת אכילה הוא מועט. הממצאים עד כה הראו כי קיום הפרעת אכילה אצל אחת הבנות

במשפחה משליך על אופי היחסים עם אחיה בכלל, ועם אחיותיה בפרט. נמצאה שכיחות גבוהה יותר של הפרעות אכילה בקרב אחיותיהן של הלוקות בהפרעת אכילה ובמיוחד בקרב תאומות (Murphy et al., 2000). מכאן, שנוטים להתייחס לקבוצת האחיות שאין להן הפרעת אכילה כאל קבוצה בסיכון להתפתחות הפרעות כאלה. עוד נמצא כי קיימת יריבות גלויה או סמויה בעיקר בין האחיות, הבריאה והחולה (Sights & Richards, 1984; Vandereycken & Van Vreckem, 1992), וכן כי האחיות שאין להן הפרעת אכילה פחות תחרותיות באופן מובהק לעומת אחותה החולה (Vandereycken & Van Vreckem, 1992; Waters, Beumont, Touyz, & Kennedy, 1990). עם פרוץ המחלה מוחרפת היריבות והתחרות, ובעקבותיהן מתרחש ריחוק ביניהן (Bank et al., 2003; Dunn, 1983). נמצא עוד כי מערכת היחסים בין האחיות יכולה לנבא את השיפור בתסמין הפיזי (עלייה במשקל), כך שכל שהיחסים טובים יותר הסיכוי של האחיות החולה לעלות במשקל גבוה יותר (Karwautz et al., 2002).

---

## תחושת קוהרנטיות

---

מלבד איכות היחסים בין האחיות קיימים משתנים אפשריים נוספים היכולים להשפיע על מצב הדחק עקב המחלה על האחיות הבריאה. תחושת קוהרנטיות נחשבת משאב פנימי, שיכול לעזור בהתמודדות זו (Antonovsky, 1979, 1987). במחקר הנוכחי בחרנו לבחון ממד זה ואת הקשר שלו ליחסי האחיות, ולהתמודדות עם מצב הדחק של המחלה.

תחושת הקוהרנטיות היא משאב התמודדות, המסייע באימוץ התנהגויות בונות ויעילות שמשתנות בהתאם למצב ולרקע התרבותי (Antonovsky, 1987). על פי המודל הסלוטוגני (סלוטוגניות = מקור החוסן והבריאות) שפיתח אנטונובסקי לנושא בריאות וחולי, כל אדם נמצא בכל רגע נתון על רצף בין התמודדות בריאה, יעילה ואפקטיבית להתמודדות פתולוגית ולא יעילה. תחושת הקוהרנטיות עומדת במרכז המודל והיא אשר קובעת את מקומו של הפרט על הרצף בריאות-חולי. תחושת הקוהרנטיות בנויה משלושה מרכיבים:

1. מובנות (comprehensibility) – המרכיב הקוגניטיבי: עד כמה תופס האדם את הגירויים שהוא עומד מולם כבעלי משמעות קוגניטיבית, כניתנים לחיזוי ולהסבר וכמידע עקבי, מובנה וברור. אדם שתופס את עולמו כמובנה חש ביטחון, וההתרחשויות מובנות לו.
2. נהילות (manageability) – המרכיב האינסטרומנטלי: עד כמה תופס האדם את

יעל לצר, רות כץ וקרן ברגר

המשאבים שלרשותו כמספיקים כדי לעמוד בדרישות שמציבים בפניו גירויים חיצוניים ופנימיים. המשאבים אינם חייבים בהכרח להימצא בשליטתו, ובלבד שיידע להפעילם ולהשתמש בהם. אדם אשר יתפוס את עצמו כבעל יכולת נהילות, יאמין כי הדברים יסתדרו, וכי הוא יכול לסמוך על עצמו ועל אחרים, ואינו מרגיש קורבן לנסיבות, למאורעות בחייו או לחוסר מזל.

3. משמעותיות (meaningfulness) – המרכיב המוטיבציוני-רגשי: תפיסתו של האדם את תביעות החיים השונות כאתגר יותר מאשר כעול, כבעלות משמעות, כראויות להשקעת אנרגיה ולמידת מחויבותו כלפי התחומים השונים בחייו.

אם כן, אדם בעל תחושת קוהרנטיות גבוהה יאמין בכוחו להתמודד עם מצבי לחץ שונים ביעילות, יהיה עמיד יותר בזמני משבר ויתקדם ברצף החיים בכיוון הבריאות (Antonovsky, 1983, 1987, 1993). מודל תיאורטי זה קיבל אישוש במחקרים אמפיריים (סדן, בראלי ורובין, 1998; Antonovsky & Sagy, 2003; Amirkhan & Greaves, 2003; 1986; McSherry & Holm, 1994; Pallant & Lae, 2002; Söderfeldt, Söderfeldt, Söderfeldt, Ohlson, Theorell, & Jones, 2000). כמו כן נמצא כי תחושת הקוהרנטיות של אדם קשורה בדרך שבה הוא מעריך ומתמודד עם מצבי לחץ, כך שבעלי תחושת קוהרנטיות נמוכה ביטאו מצוקה נפשית רבה יותר ותפסו עצמם כחסרי משאבים חברתיים, חומריים או נפשיים להתמודדות יעילה עם מצבי לחץ, יותר מאשר בעלי תחושת קוהרנטיות גבוהה (McSherry & Holm, 1994). הם נטו לדפוס התמודדות הימנעתי והשתמשו פחות באופן משמעותי בדפוס התמודדות הממוקד בבעיה, אשר נמצא קשור לרמות נמוכות יותר של דיכאון ותחלואה (Amirkhan & Greaves, 2003). כמה מחקרים בדקו את הקשר בין תחושת קוהרנטיות ותחלואה פסיכיאטרית בטווח קצר וארוך, ומצאו כי תחושת קוהרנטיות נמוכה קשורה עם תסמינים של דחק כגון דיכאון וחרדה (Eriksson & Lindström, 2006; Kivimäki, Feldt, Vahtera, & Nurmi, 2000).

לסיכום, למיטב ידיעתנו לא נעשו מחקרים אשר בדקו תחושת קוהרנטיות בקרב לוקים בהפרעת אכילה, ולא כל שכן בקרב אחיות של לוקות בהפרעת אכילה. כמו כן, למיטב ידיעתנו, מרבית המחקרים שנעשו בנושא יחסי אחיות שאחת מהן לוקה בהפרעת אכילה בדקו את מערכת היחסים בין אחיות מנקודת הראות של האחות החולה. לפיכך, מטרתו של המחקר הנוכחי הייתה להתמקד בתת-מערכת האחיות, במשפחה שיש בה בת עם הפרעת אכילה ובת בריאה, ולבדוק את הקשר בין יחסי האחיות ותחושת הקוהרנטיות לבין מצבה הנפשי של האחיות הבריאה.

ההשערה הייתה כי תימצא רמה גבוהה יותר של מצוקה נפשית ודיכאון, יחסי אחאים יותר שליליים ופחות חיוביים בקרב צעירות שיש להן אחות הלוקה בהפרעת אכילה לבין אלו שאין להן אחות הלוקה בהפרעת אכילה. השערה נוספת הייתה כי

בקרב כלל הנבדקות, ככל שתחושת הקוהרנטיות תימצא גבוהה יותר, ומערכת היחסים בין האחיות תהיה חיובית יותר, ושליילית פחות, רמת המצוקה הנפשית והדיכאון יימצאו נמוכים יותר. עוד השערה הייתה כי קיומה או אי קיומה של הפרעת אכילה אצל האחיות, רמת יחסי האחיות ורמת תחושת הקוהרנטיות שלהן, יימצאו מנבאים את רמת המצוקה הנפשית והדיכאון של הנבדקות.

---

## המחקר

---

### המדגם

במדגם נכללו 60 בנות 13–31 (ממוצע 21.68, סטיית תקן 4.17). ל-30 מהן יש אחות הלוקה בהפרעת אכילה (קבוצת המחקר) (ממוצע גיל 21.67, סטיית תקן 4.48), 10 עם אנורקסיה נרבוזה, 10 עם בולימיה נרבוזה ו-10 עם הפרעת אכילה לא ספציפית. ל-30 אחרות יש אחיות בריאות (קבוצת הביקורת) (ממוצע גיל 21.70, סטיית תקן 3.91). אחיות בקבוצת הביקורת התאימו בהתפלגות של גיל ונתונים סוציו-דמוגרפיים לאחיות בקבוצת המחקר. כל הנבדקות מקבוצת המחקר היו אחיות הקרובות ביותר בגיל לאחות החולה, וכך בהתאמה האחיות מקבוצת הביקורת. כל הנבדקות העידו על עצמן שאינן לוקות או שלא לקו בעבר בהפרעת אכילה כלשהן או בהפרעה פסיכיאטרית אחרת. לא נמצאו הבדלים מובהקים בגיל שתי הקבוצות ( $t_{(58)} = 0.03, NS$ ). כל הנבדקות יהודיות ילידות ישראל. הפרש הגילים בין האחיות לא עלה על 10 שנים, וכל האחיות התגוררו תחת קורת גג אחת לפחות 5 שנים ברצף לפני עריכת המחקר. בזמן עריכת המחקר כל האחיות הלוקות בהפרעת אכילה היו בטווח של עד שנתיים מעת פנייתן הראשונה לטיפול, וכולן אובחנו כלוקות בהפרעת אכילה על פי הקריטריונים האבחנתיים של DSM-IV (American Psychiatric Association, 2001). האבחון נעשה באמצעות בדיקה פסיכיאטרית בעת הקבלה למרפאה, והנתונים נלקחו מתיקי המטופלות. 53 נבדקות (87.18%) התגוררו עם שני הוריהן, שלוש (5.45%) התגוררו עם האם בשל גירושין, שלוש (5.45%) בשל אלמנות, ואחת (1.92%) גרה עם אביה. מרבית הנבדקות (73%) בעלות השכלה תיכונית, 17% סיימו חטיבת בינים ו-10% בעלות השכלה גבוהה. השכלת ההורים תיכונית ומעלה. 40% מהן עובדות, 19% סטודנטיות, 25% חיילות בשירות חובה, 14% תלמידות ו-4% לא עובדות. מספר אחאים במשפחה אצל מרבית הנבדקות (63%) 1–2 אחאים, ל-20% — 3 אחאים, ול-17% — 4 אחאים ויותר. לא נמצאו הבדלים מובהקים בהתפלגות של המאפיינים הדמוגרפיים בין הקבוצות.

## כלי המחקר

### שאלון דיכאון, Beck Depression Inventory (BDI)

שאלון זה פיתחו בק, רש, שאו ואמרי (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) ותרגם לעברית מונטאג (Montag, 1979). זהו שאלון לדיווח עצמי, בן 21 פריטים, המיועד להעריך היבטים רגשיים אפקטיביים, קוגניטיביים, גופניים והתנהגותיים של דיכאון, וכך למדוד את רמת הדיכאון הכללית של הנבדק, יחסית לנבדקים אחרים. בניתוח מהימנות השאלון במחקרים קודמים, נמצאה עקיבות פנימית (אלפא קרונברך) של 0.86 ו-0.81 עבור מדגמים פסיכיאטריים ולא-פסיכיאטריים בהתאמה. במחקר הנוכחי נתקבלה עקיבות פנימית (אלפא קרונברך) של 0.79. פריט מספר 5 הוצא מהחישוב בשל עקיבות פנימית נמוכה.

### שאלון מצוקה נפשית, Brief Symptom Inventory (BSI)

את השאלון חיברו דרוגטיס ומליסרטוס (Derogatis & Melisaratos, 1983) והוא מבוסס על שאלון מקדים שפיתח דרוגטיס, מתוך השאלונים S.C.L.-90 (Symptom Checklist-90) ו-H.S.C.L.-90 (Hopkins Symptom Checklist). את השאלון תרגמו ותיקפו לעברית גילבר וכן צור (Gilbar & Ben-Zur, 2002). שאלון זה בא לבחון את מצבם הנפשי של חולים פסיכיאטריים ואחרים וכולל תסמינים של דיכאון, חרדה כללית ופובית, כפייתיות, סומטיזציה, רגישות בין-אישית, עוינות, חשיבה פרנואידיה ופסיכוטיות.

מהימנותו הכללית של השאלון בגרסה העברית היא 0.96 (Gilbar & Ben-Zur, 2002). עקיבות פנימית (אלפא קרונברך) של השאלון במחקר הנוכחי היא 0.90. בשאלון 53 פריטים, אשר נבחרו מתוך 90 הפריטים המקוריים של SCL-90. כל פריט הוא תסמין המדורג על סולם ליקרט בן 5 דרגות, מ-0 (לא הופיע כלל) עד 4 (הופיע בשכיחות רבה מאוד). על הנבדק לסמן את שכיחות הופעת התסמין בחודש האחרון שלפני מילוי השאלון. ציון גבוה מראה על הופעת התסמין בתדירות גבוהה ולהפך. שלושה מדדים גלובליים ניתנים לחישוב מתוך ה-BSI: GSI (Global Severity Index) – ממוצע כל 53 הפריטים (שבו נהוג להשתמש), מתאר את המצב הפסיכיאטרי שבו נמצא הנבדק מבלי להתייחס לתסמינים ייחודיים; PTS (Positive Symptom Total) – ספירת התסמינים שהנבדק דיווח עליהם כחיוביים; PSDI (Positive Symptom Distress Index) – ממד שמשקף רק תסמינים חיוביים. משמש במידה רבה מדד של צורת התגובה בכך שבאמצעותו אפשר לראות אם הנבדק "הגביר" או "עמעם" את המצוקה בתשובותיו. במחקר הנוכחי נעשה שימוש רק במדד GSI.

יחסים בין אחיות שאחת מהן לוקה בהפרעת אכילה

שאלון איכות יחסי אחאים, *Sibling Relationship Questionnaire*, את השאלון פיתחו פורמן ובורמסטר (Furman & Buhrmester, 1985) ותרגם לעברית עירון-אייג (1996). הנוסח העברי של השאלון תורגם ותוקף במחקר עדכני נוסף שעשו בישראל בכנר-מלמן ואחרים (Bachner-Melman, et al., 2005). השאלון בוחן איכות יחסים בין אחאים וכולל 30 פריטים. בשאלון שני מדדים: יחסי אחאים חיוביים ויחסי אחאים שליליים. מחברי השאלון מדווחים על מהימנות של 0.80 בממוצע בין התחומים. מהימנות הכלי נבדקה במחקרים שונים ונמצאה גבוהה מ-0.6 (Buhrmester & Furman, 1990; Furman & Buhrmester, 1985). מהימנות של כלל השאלון במחקר הנוכחי היא 0.83.

שאלון תחושת קוהרנטיות, *Sense Of Coherence*, את השאלון בעברית ובאנגלית פיתח אנטונובסקי (Antonovsky, 1987, 1993), ומטרתו לבדוק תחושת קוהרנטיות. בשאלון 29 פריטים, המדורגים על סולם ליקרט בן 7 דרגות ובטווח שבין 1 (אף פעם) עד 7 (תמיד). השאלון מתמקד בשלושת מרכיבי תחושת הקוהרנטיות (מובנות, נהילות ומשמעותיות). בכל פריט על הנבדק לבחור במספר המסמל בצורה הטובה ביותר את דעתו או הרגשתו. מהימנות הכלי נמדדה לפי אלפא קרונבך ונמצאה בטווח 0.84–0.93. תקפות הכלי נבדקה בכמה מחקרים, ובהם אוששו ההשערות אודות הקשר השלילי בין קוהרנטיות ללחץ ואודות הקשר החיובי בין תחושת הקוהרנטיות לבריאות (Antonovsky, 1987). הציון הכללי הוא ממוצע ציוני 29 הפריטים. ציון גבוה במדד פירושו תחושת קוהרנטיות גבוהה. העקיבות הפנימית (אלפא קרונבך) של כלל השאלון אשר נתקבלה במחקר הנוכחי היא 0.91.

## הליך המחקר

הנבדקות אותרו באמצעות אוכלוסיית המטופלות במרפאות ובמחלקות לטיפול בהפרעות אכילה ברחבי הארץ. המחקר קיבל אישור ועדת הלסינקי של בתי החולים השונים. לאחר האישור התבקשו צעירות הלוקות בהפרעת אכילה לתת את הסכמתן לפנות לאחותן לצורך המחקר. במקרה של נבדקת קטינה התקבלה הסכמה מדעת גם של ההורים. בהמשך נקבעה פגישה עם האחיות שאין להן הפרעת אכילה. מילוי השאלונים נערך פנים אל פנים וארך כחצי שעה. לאחר מכן אותרו אחיות לקבוצת הביקורת, במדגם נוחות, בהתאמה של גיל, מין, אזור מגורים והשכלה מתוך אוכלוסייה עירונית יהודית. מתוך 39 האחיות של צעירות הלוקות בהפרעת אכילה, אשר הסכימו להשתתף במחקר, השתתפו בפועל רק 30. תשע ביקשו להפסיק את השתתפותן בשלב מסוים של מילוי השאלונים. לא נמצאו הבדלים מובהקים במשתנים הדמוגרפיים בין

יעל לצר, רות כץ וקרן ברגר

אלה שפרשו לבין אלה ששיתפו פעולה באופן מלא. כל האחיות החולות היו במצב הפעיל של המחלה, 8 מתוכן היו באשפוז.

### ניתוח הנתונים

כדי לבחון את ההבדלים בין קבוצות המחקר במשתני המחקר – דיכאון, מצוקה נפשית, תחושת קוהרנטיות ויחסי אחיות – בוצעו 5 מבחני t למדגמים בלתי תלויים בין שתי קבוצות המחקר. לצורך בדיקת הקשר בין משתני המחקר בשתי קבוצות המחקר בוצע מבחן פירסון. ניבוי השונות ברמות המצוקה והדיכאון נבדק באמצעות ניתוחי רגרסיה היררכית.

### ממצאים

הבדלים בין הקבוצות ברמת מצוקה נפשית, קוהרנטיות, דיכאון ויחסי אחאים ההשערה הראשונה הייתה כי תימצא רמה גבוהה יותר של מצוקה נפשית ודיכאון, יותר יחסי אחאים שליליים, ופחות חיוביים, בקרב צעירות שיש להן אחות עם הפרעת אכילה מאשר בקרב צעירות שלאחותן אין הפרעת אכילה. כדי לבחון השערה זו בוצעו 4 מבחני t למדגמים בלתי תלויים בין קבוצות המחקר. כמשוער נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצות המחקר ברמת הדיכאון וברמת היחסים השליליים, אך לא נמצאו הבדלים ברמת המצוקה הנפשית הכללית, ברמת הקוהרנטיות הכללית ובשלושת מרכיביה וברמת היחסים החיוביים (לוח 1).

לוח 1: הבדלים בין קבוצת המחקר וקבוצת הביקורת במצוקה נפשית, דיכאון ויחסי אחיות (N = 60)

t(df=58)	קבוצת הביקורת (n = 30)		קבוצת המחקר (n = 30)		המשתנה
	SD	M	SD	M	
-0.75	0.59	0.83	0.67	0.95	מצוקה נפשית
-1.99*	5.71	5.27	5.57	8.17	דיכאון
0.75	0.45	3.00	0.58	2.90	יחסי אחיות חיוביים
-2.34*	0.54	1.67	0.54	1.99	יחסי אחיות שליליים

\*  $p < .05$

יחסים בין אחיות שאחת מהן לוקה בהפרעת אכילה

### קשר בין משתני המחקר וקבוצות המחקר

ההשערה השנייה הייתה, כי בקרב כלל הנבדקות, ככל שתחושת הקוהרנטיות תימצא גבוהה יותר ומערכת היחסים בין האחיות תהיה חיובית יותר ושלילית פחות, רמת המצוקה הנפשית והדיכאון יהיו נמוכים יותר (לוח 2).

לוח 2: הקשר בין משתני המחקר בקבוצת המחקר ובקבוצת הביקורת

מצוקה נפשית	דיכאון	תחושת קוהרנטיות	יחסי אחיות חיוביים	יחסי אחיות שליליים
מצוקה נפשית	—	0.59**	-0.44*	0.36*
דיכאון	0.80**	—	-0.43*	0.31
תחושת קוהרנטיות	-0.83**	-0.78**	—	-0.29
יחסי אחיות חיוביים	-0.13	-0.21	0.15	—
יחסי אחיות שליליים	0.44**	0.52**	-0.36*	-0.47**

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

הערה: מתאמים לקבוצת מחקר — מתחת לאלכסון, מתאמים לקבוצת הביקורת — מעל האלכסון

בלוח 2 אפשר לראות כי בקרב צעירות מקבוצת המחקר קיים יחס הפוך בין מאפיינים חיוביים ושליליים של יחסי האחיות ( $r = -0.47, p < .01$ ), ואילו בקרב צעירות מקבוצת הביקורת אין קשר בין המאפיינים החיוביים והשליליים ביחסי האחיות ( $r = -0.03, n.s$ ). כלומר, בקרב אחיות מקבוצת הביקורת יחסים חיוביים ושליליים יכולים לדור זה לצד זה באופן בלתי תלוי. לעומת זאת בקרב אחיות מקבוצת המחקר קיומם של יחסים שליליים נוגד את קיומם של היחסים החיוביים. כמו כן, בקרב צעירות מקבוצת המחקר, יחסי אחיות שליליים קשורים עם מצוקה ודיכאון ( $r = 0.44, r = 0.52, p < 0.01$ ) יותר מאשר בקרב צעירות מקבוצת הביקורת שלילי עם מצוקה ודיכאון בקרב צעירות מקבוצת הביקורת ( $r = -0.44, p < .05, r = -0.43, n.s$ ). מנגד, יחסים חיוביים בין האחיות נמצאים במתאם שלילי עם מצוקה ודיכאון בקרב צעירות מקבוצת הביקורת ( $r = -0.13, r = -0.21, n.s$ ). יודגש כי מאחר שהמדדים דיכאון ומצב נפשי כללי בודקים מצוקה נפשית, ונמצאה קורלציה חיובית משמעותית ביניהם, החלטנו לאחד אותם בשביל לפשט את משוואת הרגרסיה. בנוסף, בקרב צעירות משתי הקבוצות, תחושת קוהרנטיות נמצאת במתאם שלילי עם מצוקה ודיכאון, אולם קשר זה נראה חזק יותר בקרב קבוצת המחקר ( $r = -0.83, r = -0.78, p < .01$ ), לעומת קבוצת הביקורת ( $r = -0.69, r = -0.50, p < .01$ ).

## ניבוי מצוקה נפשית ודיכאון באמצעות השתייכות קבוצתית והמשתנים המנבאים

### קוהרנטיות ויחסי אחיות

ההשערה השלישית הייתה כי קיומה או אי קיומה של הפרעת אכילה אצל האחיות, רמת יחסי האחיות ורמת תחושת הקוהרנטיות שלהן, ימצאו מנבאים את רמת המצוקה הנפשית והדיכאון של הנבדקות. ניבוי השונות ברמות המצוקה הנפשית והדיכאון נבדק באמצעות ניתוחי רגרסיה היררכית.

לגבי כל אחד ממשתני התוצאה (מצוקה נפשית ודיכאון), נבדק בצעד ראשון הקשר בין השייכות לקבוצה לבין משתנה התוצאה. כלומר, המידה שבה שייכות לקבוצה הסבירה את רמת הדיכאון והמצוקה הנפשית.

בצעד השני נוספו המשתנים הבלתי-תלויים – תחושת קוהרנטיות ויחסי אחיות. בשלב זה הוכנסו למודל יחסי האחיות, הן החיוביים והן השליליים, מפני שנמצאו הבדלים בין הקבוצות ביחסים השליליים אך לא ביחסים החיוביים, וכך מפני שנמצאו הבדלים בין הקבוצות במתאמים שבין שני מאפייני היחסים ובין מאפייני היחסים לבין משתני התוצאה. האומדנים בשלב זה מצביעים על התרומה של המשתנים הללו להסבר השונות במשתני התוצאה מעבר לשייכות לקבוצה. לא נמצא הבדל מובהק בין מקדמי הרגרסיה של שתי הקבוצות. כלומר, הממצא מראה כי גם בקרב האחיות של הלוקות בהפרעת אכילה וגם בקרב האחיות בקבוצת הביקורת, יחסים שליליים נמצאים בקורלציה עם מצוקה נפשית גבוהה.

בצעד השלישי הוכנסו למודל משתני אינטראקציה בין הקבוצה לבין המשתנים המסבירים. האומדנים בשלב זה הצביעו על המידה שבה קיים הבדל בין הקבוצות בתרומת המשתנים הבלתי-תלויים להסבר השונות במשתני התוצאה. שני משתנים נבחנו במחקר הנוכחי לגבי המצב הנפשי: דיכאון ומצוקה נפשית. תחילה נבחן המשתנה דיכאון (לוח 3) ולאחר מכן המשתנה מצוקה נפשית (לוח 4).

### דיכאון

לוח 3 מציג את ממצאי שני השלבים הראשונים בניתוח הרגרסיה ההיררכית להסבר השונות ברמת הדיכאון. בשלב הראשון הסבירה השייכות לקבוצת המחקר כ-6% מהשונות ברמת הדיכאון ( $R^2 = 0.06$ ) ובשלב השני הסבירו משתני תחושת הקוהרנטיות ויחסי האחיות כ-45% נוספים להסבר השונות ברמת הדיכאון. השלב השלישי לא תרם תוספת מובהקת סטטיסטית לשונות המוסברת ( $F\text{-Change} = 1.57, n.s$ ), כלומר, ממצאי המודל תואמים באופן דומה לקבוצת המחקר ולקבוצת הביקורת.

בלוח 3 אפשר לראות כי בצעד הראשון הסביר המשתנה קבוצה את השונות במשתנה דיכאון, כלומר, קיומה של הפרעת אכילה אצל האחיות מסבירה רמה גבוהה יותר של דיכאון אצל אחותה הבריאה. בצעד השני רואים כי ככל שתחושת

יחסים בין אחיות שאחת מהן לוקה בהפרעת אכילה

הקוהרנטיות גבוהה יותר, כך רמת הדיכאון נמוכה יותר. כמו כן, ככל שיש מאפיינים שליליים יותר ביחסי האחיות כך רמת הדיכאון נוטה להיות גבוהה יותר. ממצאים אלה נכונים לנבדקות בשתי הקבוצות. הצעד השני מראה עוד כי כאשר תחושת הקוהרנטיות ויחסי האחיות הוכנסו במשוואת הרגרסיה, השפעת השייכות לקבוצה על הדיכאון כבר אינה מובהקת. עולה מכך שרמת קוהרנטיות גבוהה מצמצמת באופן מובהק את השפעת הפרעת האכילה על רמת הדיכאון של האחיות הבריאה.

לוח 3: רגרסיה היררכית בצעדים לניבוי הדיכאון באמצעות השתייכות קבוצתית, תחושת קוהרנטיות ויחסי אחיות

המשתנה	$B$	$\beta$	$T$	$R^2$
<b>שלב 1</b>				
קבוצה	2.90	0.25	1.99*	0.06
<b>שלב 2</b>				
קבוצה	1.29	0.11	1.14	—
תחושת קוהרנטיות	-3.64	-0.54	-5.26**	—
יחסי אחיות שליליים	2.13	0.20	1.90 <sup>+</sup>	—
יחסי אחיות חיוביים	-1.40	-0.13	-1.27	0.51

<sup>+</sup>  $p < .10$     \*  $p < .05$     \*\*  $p < .01$

#### מצוקה נפשית

לוח 4 מציג את ממצאי שני הצעדים הראשונים בניתוח הרגרסיה ההיררכית להסבר השונות ברמת המצוקה הנפשית. בשלב הראשון הסבירה השייכות לקבוצת המחקר כ-1% מן השונות ברמת הדיכאון ( $R^2 = 0.01$ ), ובשלב השני הסבירו המשתנה תחושת הקוהרנטיות והמשתנה יחסי האחיות כ-61% נוספים להסבר השונות ברמת המצוקה. גם כאן, השלב השלישי לא תרם תוספת מובהקת סטטיסטית לשונות המוסברת ( $F\text{-Change} = 1.67, n.s$ ), כלומר, ממצאי המודל מתאימים באופן דומה לקבוצת המחקר ולקבוצת הביקורת. משמע: ככל שתחושת הקוהרנטיות גבוהה יותר, כך רמת המצוקה הנפשית נמוכה יותר, וככל שיש מאפיינים שליליים יותר ביחסי אחיות, כך רמת המצוקה הנפשית נוטה להיות גבוהה יותר בשתי הקבוצות. לא נעשו השוואות סטטיסטיות ברגרסיה הלוגיסטית.

לוח 4: תוצאות רגרסיה היררכית בצעדים לניבוי רמת המצוקה הנפשית באמצעות השתייכות קבוצתית, תחושת קוהרנטיות ויחסי אחיות

המשתנה	B	$\beta$	T	R <sup>2</sup>
<b>שלב 1</b>				
קבוצה	0.12	0.01	0.75	0.01
<b>שלב 2</b>				
קבוצה	-0.06	-0.05	-0.52	—
תחושת קוהרנטיות	-0.52	-0.70	-7.79**	—
יחסי אחיות שליליים	0.19	0.16	1.71 <sup>+</sup>	—
יחסי אחיות חיוביים	-0.68	-0.06	-0.64	0.62

## דיון ומסקנות

המחקרים שניסו להבין את הגורמים המשפחתיים שברקע הפרעות אכילה, התמקדו בעיקר ביחסי הורה-ילד, בתקשורת ובאווירה משפחתית. הייתה התייחסות מחקרית מעטה לתת-מערכת האחים, במשפחות שבהן בת עם הפרעת אכילה (Blessing, 2007). מחקרים שבדקו יחסי אחים במשפחות שבהן לאחד הילדים מחלה או נכות, מצאו כי האיזון המשפחתי מופר, ובני המשפחה נמצאים במצב של שינוי ודחק, וכך גם יחסי האחים (Dunn, 2000). ממצאים דומים נמצאו גם במשפחות שאחת מבנותיהן לוקה בהפרעת אכילה. שם נצפו יחסים בעייתיים בין האחיות כמו קנאה, תחרותיות, כעס, פחד, וחמלה (Vandereycken & Van Vreckem, 1992), וכן, כי האחיות הבריאה נמצאת בסיכון לפתח הפרעת אכילה (Latzer et al., 2002). במחקרים שנעשו עד כה במשפחות שיש להן בת עם הפרעת אכילה הייתה התייחסות לקשיים בעיקר מזווית הראייה של האחיות הלוקה (Karwautz, Rabe-Hesketh, Collier, & Treasure, 2002) ובעיקר ליחסים השליליים בין האחיות. למיטב ידיעתנו, לא נחקרו עד כה היחסים מזווית הראייה של האחיות הבריאה, וכן לא נבחנו היחסים השליליים והחיוביים גם יחד, ומכאן חדשנותו של המחקר הנוכחי. אם כן, מטרת המחקר הייתה לבחון את הקשר בין יחסי האחיות ותחושת הקוהרנטיות לבין מצבה הנפשי של האחיות הבריאה, תוך השוואה בין משפחות שבהן אחת האחיות לוקה בהפרעת אכילה לבין משפחות לאף אחת מן הבנות אין הפרעת אכילה. הממצאים העיקריים מראים כי בקרב צעירות שיש להן אחיות עם הפרעת אכילה, קיימת רמה גבוהה יותר של יחסי אחיות שליליים וכי הן בעלות רמה גבוהה יותר של

תסמינים דיכאוניים מאשר צעירות שאחותן בריאה. מאידך, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הצעירות בשתי הקבוצות ברמת המצוקה הנפשית הכללית שלהן ובמאפיינים החיוביים של היחסים בין האחיות.

הדיון להלן יוצג על פי סדר ההשערות וממצאיהם.

נמצאה רמה גבוהה יותר במובהק של יחסי אחיות שליליים בקרב צעירות שיש להן אחיות עם הפרעת אכילה בהשוואה לאחיות בריאות. ממצא זה תומך ומחזק מחקרים קודמים שבחנו איכות יחסי אחאים במשפחות שיש להן בת עם הפרעת אכילה (Brody, 1998). ייתכנו כמה הסברים לממצא זה.

ההסבר הראשון קשור ליריבות שנוצרת בין האחיות על תשומת לב ההורים, על רקע מחלת האחיות, אשר מאופיינת לרוב באמביוולנטיות, בתסכולים, בקונפליקט ובמעברים תכופים בין יחסי אהבה ליחסי שנאה (Bank et al., 2003; Blessing, 2007). ההסבר השני נעוץ בכך שהאחות הבריאה צריכה לקחת חלק במערך הטיפול היום-יומי באחותה ובאחאים האחרים, והדבר עלול להוות נטל על שגרת חייה, ולהוביל לתחושות תסכול, כעס, קנאה, שנאה ופחד. הכעס של האחיות הבריאה יכול לנבוע מכך שאחותה הלוקה בהפרעת אכילה שולטת במשפחה ומשנה את סדריה, במיוחד נוכח עיסוק היתר סביב הדאגה כי תאכל, תשמור על משקל תקין, ותשתף פעולה בטיפול (Latzer et al., 2002). הסבר זה נתמך בתיאוריה של הדחק, שלפיה במצב שבו אחד מבני המשפחה חולה, ובמיוחד אחד הילדים, יתר בני המשפחה, והאחאים בפרט, הופכים ל"קורבן שניוני" המתבטא בתחושת הנטל שהם חווים. הבנות לרוב הן הנושאות בנטל, ובמיוחד בטיפול באחות החולה (Beckham, Lytle, & Feldman, 1996; Bryant, 1989). לפיכך, למרות תחושת הקרבה הנוצרת בעקבות תפקיד זה, הוא מלווה גם ברגשות שליליים, בקושי ובמצוקה רגשית.

הסבר שלישי הוא שתחושות שליליות עולות אצל האחיות הבריאה החשה אשמה על שאחותה חולה והיא לא, מה שמכונה בספרות "אשמת השורד" (פרידלין ופלוריאן, 1996; Bank et al., 2003). המצב מחמיר כאשר ההורים רומזים לאחות הבריאה שאינה עושה מספיק למען אחותה החולה (Brodoff, 1988).

על פי הסבר רביעי, את היחסים השליליים מניעה האחיות הלוקה בהפרעת אכילה, אשר מתרחקת מסביבתה ומבני משפחתה וכולמת כל ניסיונות התקרבות (Blessing, 2007). מצב זה מעצים את תחושות הקנאה והתחרות בין האחיות, תחושות שקדמו למחלה, ומגביר את הריחוק והמתח ביניהן (Carr, 1988; Senel & Akkök, 1996). ייתכן גם כי עצם המחלה יכולה לפגוע בדימוי העצמי של האחיות הבריאה בשל התיוג המתלווה אליה, ומקשה עליה ביצירת קשרים חברתיים (Lively, Friedrich, & Titelman, 1991; Marsh et al., 1993; Buckwalter, 1995).

בנוסף, מצד אחד בולטת עוינות וכמיהה שהאחות החולה תיעלם, מצד שני קיימים פחד ותחושת אשמה שמא משאלה זו תתגשם. הסבר זה נתמך בממצאי מחקרם של

לצר ואחרים (Latzer et al., 2002) אשר הראה כי האחות הבריאה כועסת על אחותה הלוקה בהפרעת אכילה ומרגישה עוינות כלפיה, היות שהיא מפחדת, מחד גיסא, שאחותה הלוקה בהפרעת אכילה תמות, בשל סכנת החיים הטמונה במחלה, אך מאידך גיסא יש לה משאלה סמויה שאחותה החולה אכן תמות ואז אולי יהיה יותר קל לה ולמשפחתה. רגשות אלו מעוררים באחות הבריאה תחושות מעורבות של אשמה ופחד. רגשות מעורבים אלו מקבעים את מעגל הקסמים קרבה-ריחוק-אהבה-שנאה בין האחיות (McHale & Pawletko, 1992). במיוחד בולט דפוס זה כשמדובר בהפרעות אכילה. שלא כנכונות ומחלות אחרות, שבהן המחלה מובנת וחיצונית, מחלה זו קשה להבנה, ואף יש תחושה שההכרעה היא בשליטת החולה, וכי היא מקשה על כולם בכוונה. מצב זה יכול להעצים את הכעס ומקשה על אמפתיה וחמלה, ובהתאם לכך עלול להחריף את היחסים השליליים.

לסיכום, הממצא לגבי הקשר בין היחסים השליליים בין האחיות לבין מצבה הנפשי היורד של האחיות הבריאה מחזק את הספרות הקיימת ותומך בה, ומוסיף נדבך נוסף להבנת המערכת האחאית במשפחות שבהן אחד האחאים חולה, ובפרט בהפרעת אכילה. חשוב להדגיש כי הסברים שניתנו עד כה מציגים תמונה חד-צדדית, ובה מתוארים היחסים השליליים לכאורה כתוצר של הפרעת האכילה, ומכאן להשלכותיה על האחיות הבריאה. יש גם אפשרות שהיחסים השליליים בין האחיות קדמו לפרוץ המחלה, ואולי היו חלק מהגורמים שהשפיעו על התפתחותה. מאידך גיסא, אמנם אחיותיהן של הלוקות בהפרעת אכילה דיווחו על יותר יחסים שליליים עם אחיותיהן הלוקות לעומת אחיות של נערות בריאות, אך הן לא דיווחו על פחות יחסים חיוביים. ייתכן שגם כשקיימים יחסים חיוביים הם נבלעים ומיטשטשים נוכח היחסים השליליים שצובעים את התמונה ביתר עוצמה. דבר זה מובלט בקורלציות המשמעותיות שנמצאו בקבוצת המחקר בלבד בין יחסי אחיות שליליים וחיוביים (ראו לוח 2).

#### *דיכאון ומצוקה נפשית*

ממצאי המחקר עולים בקנה אחד עם ממצאים קודמים המעידים על שכיחות גבוהה יותר של דיכאון בקרב צעירים שיש להם אחאים עם מחלה או נכות כלשהי לעומת קבוצת ביקורת (Lobato, Barbour, Hall, & Miller, 1987). מכאן שאפשר להסביר ממצא זה בדומה לממצאים במחלות אחרות, ולהוסיף כי במקרה של הפרעת אכילה נמצאה גם שכיחות גבוהה של דיכאון בקרב הלוקים בה ובקרב בני משפחה מדרגה ראשונה, והיא יכולה להתקיים גם אצל האחיות הבריאה, בלי כל קשר לאחות החולה. יתרה מכך, ייתכן שמערכת היחסים המעוררת בין האחאים, וכן הנטייה לדיכאון של האחיות החולה, משפיעים על בריאותה הנפשית של האחיות הבריאה (Karwautz et al., 2002).

ההסברים שניתנו עד כה יכולים להתייחס גם לממצאים הנוספים שעלו במחקר

הנוכחי, המצביעים על קשר שלילי מובהק בין מדד יחסי אחיות שליליים לבין מדד הדיכאון והמצוקה הנפשית, כך שככל שהיחסים בין האחיות שליליים יותר, כך רמת הדיכאון והמצוקה הנפשית גבוהים יותר. בנוסף, נמצא קשר שלילי מובהק בין תחושת הקוהרנטיות, מדד הדיכאון והמצוקה הנפשית, כך שככל שתחושת הקוהרנטיות גבוהה יותר, רמת הדיכאון והמצוקה הנפשית נמוכים יותר. כמו כן, הממצאים מראים שבקרב צעירות שיש להן אחות חולה, היחסים בין האחיות מאופיינים או כיחסים חיוביים או כיחסים שליליים, ואילו בקרב הנבדקות מקבוצת הביקורת, יחסים חיוביים ושליליים יכולים לדור זה לצד זה באופן בלתי תלוי. יודגש כי גם רמת הדיכאון וגם רמת המצוקה הנפשית בשתי הקבוצות הן בגדר הנורמה.

#### *תחושת קוהרנטיות ומצוקה נפשית*

כמשוער, נמצא קשר מובהק בין תחושת הקוהרנטיות של הנבדקות לבין רמת מצוקתן הנפשית, כך שככל שרמת הקוהרנטיות שלהן הייתה גבוהה יותר, רמת המצוקה הנפשית הייתה נמוכה יותר. יש לציין כי קשר זה נמצא חזק יותר בקרב הנבדקות שאחיותיהן חולות. למיטב הידיעה לא נחקרה עד כה תחושת קוהרנטיות בקרב אחאים בכלל, ובפרט בקרב צעירות שיש להן אחות הלוקה בהפרעת אכילה. כמה מחקרים התמקדו בהשפעת תחושת הקוהרנטיות על ההתמודדות במצב לחץ שסיבתו מחלה של אחד מבני המשפחה, ובמיוחד של אחד ההורים. הממצאים תומכים בתיאוריה של אנטונובסקי כי יש קשר חיובי בין תחושת קוהרנטיות גבוהה של האדם לבין בריאותו הנפשית והפיזית, ותחושת הקוהרנטיות מהווה משאב התמודדות. לפיכך, אדם בעל תחושת קוהרנטיות גבוהה ייטה פחות לתפוס מצבי לחץ שונים כמאיימים ומעוררי חרדה, יאמין בכוחו להתמודד עם מצבים אלו ביעילות, יהיה עמיד יותר בזמני משבר ויתקדם ברצף החיים בכיוון הבריאות (Antonovsky, 1979; Antonovsky & Sagy, 1986; Eriksson, Lindström, & Lilja, 2007; Goncalves, Moore, Stunkard, & Lazarus & Allison, 2009; Shapiro et al., 2009). לכך הוסיפו לזרוס ופולקמן (Folkman, 1984), כי בעלי תחושת קוהרנטיות נמוכה נוטים לתפוס את אירוע הלחץ כאירוע שמעל ליכולת התמודדותם. הם מבטאים מצוקה נפשית רבה יותר, נוטים לדפוס התמודדות הימנעותי ומשתמשים פחות בדפוס התמודדות הממוקד בבעיה, הקשור לרמות נמוכות יותר של דיכאון ותחלואה (Amirkhan & Greaves, 2003; Benassi, Sweeney, & Dufour, 1988). מכאן אפשר להניח כי כאשר האחיות הבריאותה הנפשית מתערערת והיא נעשית פגיעה לדיכאון, במיוחד אם הייתה לה נטייה מוקדמת לכך. ממצא זה מוסיף ומחזק מחקרים קודמים, אשר הצביעו על קשר בין תחושת קוהרנטיות למגוון קריטריונים של מחלה ובריאות. שתי סקירות מחקרים שעשו אנטונובסקי (Antonovsky, 1993) וקורטקוב (Korotkov, 1998) הראו קשר שלילי

מובהק בין חומרת מאפייני חרדה, דיכאון, תפיסת לחץ סובייקטיבית, תלונות סומטיות, תסמינים גופניים והתנהגויות בסיכון גבוה ובין דרגת תחושת הקוהרנטיות (Antonovsky, 1993; Engelhard, van den Hout, & Vlaeyen, 2003; McSherry & Holm, 1994; Suominen, Helenius, Blomberg, Uutela, & Koskenvuo, 2001).

#### *יחסי אחיות שליליים ומצוקה נפשית*

כמשוער, נמצא קשר חיובי מובהק בין מדד יחסי אחיות שליליים לבין מדדי מצוקה נפשית, כך שככל שהיחסים בין האחיות שליליים יותר, כך רמת המצוקה הנפשית של האחיות הבריאה גבוהה יותר. ממצאי המחקר הנוכחי מראים כי בקרב הצעירות שאחיותיהן חולות, יחסי אחיות שליליים קשורים עם מצוקה נפשית גבוהה יותר מאשר בקרב צעירות שאחיותיהן בריאות.

מנגד, יחסים חיוביים בין האחיות נמצאו במתאם שלילי עם מצוקה נפשית אך רק בקרב צעירות שאחיותיהן בריאות, כך שככל שמערכת היחסים בין האחיות חיובית יותר, רמת המצוקה הנפשית נמוכה יותר. כלומר, ייתכן שבקרב צעירות שיש להן אחות חולה, יש זיקה חזקה בין מערכת היחסים השליליים לבין מצבן הנפשי, באופן שבו למערכת יחסים חיובית, גם אם היא קיימת, אין משקל רב. בקרב צעירות שיש להן אחות בריאה יש משקל גם ליחסים החיוביים וגם לשליליים.

הסבר אפשרי לממצאים אלו הוא כי השפעה של חוויות בין-אישיות שליליות והפנמתן משמעותית יותר מאשר השפעה והפנמה של חוויות חיוביות. ייתכן כי בשל הקושי הרב הנדרש להתמודדות עם החוויות והיחסים השליליים, הם נצרכים בתודעה יותר מאשר היחסים החיוביים, ואלה נתפסים כמובנים מאליהם. הסבר זה נתמך בממצאי מחקרה של ארואס (2004), אשר בדקה זיכרונות ילדות, ומצאה שכיחות גבוהה יותר של זיכרונות שליליים מאשר חיוביים, במיוחד של חוויות דחייה חברתית, פחד, בושה והשפלה. הסבר אפשרי נוסף קשור למצב החולי עצמו, אשר מדלדל את הכוחות באופן שבו יחסים חיוביים אינם בעלי עוצמה מספקת לתמוך ולחזק את המצב הנפשי.

אם כך נראה, כי יחסי האחיות קשורים עם תחושת הקוהרנטיות, וזו קשורה למצוקה נפשית ולאופן ההתמודדות עם לחצים. יש כמה הסברים לממצא זה. הסבר אפשרי אחד מסתמך על דברי אנטונובסקי (Antonovsky, 1998), כי חוויית הקרבה הרגשית נמצאה כאחת החוויות הבסיסיות התורמות לפיתוח תחושת קוהרנטיות גבוהה. אם כן, יחסים בין אחיות שהם פחות שליליים, קרובים יותר ומבוססים על הדדיות ואהבה, יאפשרו רמה גבוהה יותר של תחושת קוהרנטיות, אשר כאמור מקושרת עם פחות מצוקה נפשית. האחיות הלוקה בהפרעות אכילה נוטה לרוב להתבודד ואינה מאפשרת קרבה, גם לא לאחותה, במיוחד לזו הקרובה לה בגיל. לכך נוספים רגשות של קנאה, נחיתות וקיפוח (Blessing, 2007).

הסבר אפשרי נוסף מסתמך על כך, שיחסי האחאים נחשבים היחסים הארוכים

ביותר והמשמעותיים ביותר בחיי האדם, והם בעלי השפעה רבה על התפתחותו (Dunn, 2000). האחאים מבליים יותר זמן ביחד בילדותם מאשר עם הוריהם (McHale & Crouter, 1996). היחסים בין האחאים מסייעים לפיתוח יכולות ספציפיות לגיוס משאבים ומיומנויות בין-אישיים, אשר מסייעים בקידום רווחה ובריאות נפשית בבגרות (Waldinger, Vaillant, & Orav, 2007). עם זאת, אם יש קושי בביטוי רגשי ובתפקוד חברתי ובין-אישי, כפי שנמצא אצל צעירות הלוקות בהפרעות אכילה, הדבר עלול להקשות על קיום מערכות יחסים יציבות (Blessing, 2007; Fairburn, Cooper, Doll, Norman, & O'Connor, 2000), גם בקשר עם אחיותיהן הבריאות, במיוחד בגיל ההתבגרות. קושי במערכות היחסים בין האחיות עלול להקשות גם על האחיות הבריאות בפיתוח מערכות יחסים בריאות בעתיד.

#### מודל המחקר

מן הממצאים התגבש מודל מחקר, אשר הראה כי המשתנים שייכות לקבוצה, תחושת קוהרנטיות ויחסי אחיות נמצאו מנבאים באופן מובהק את רמת הדיכאון של האחיות הבריאות. משתנים אלו הסבירו 51% מהמודל. כמו כן, בשתי הקבוצות נמצא כי ככל שתחושת הקוהרנטיות גבוהה יותר, רמת הדיכאון נמוכה יותר, וככל שיחסי האחיות שליליים יותר, כך רמת הדיכאון נוטה להיות גבוהה יותר. עם זאת, כאשר נלקחו בחשבון רמת יחסי האחיות ורמת תחושת הקוהרנטיות – השפעת השייכות לקבוצה על הדיכאון כבר אינה מובהקת. עולה מכך שרמת קוהרנטיות גבוהה מצמצמת באופן מובהק את השפעת הפרעת האכילה על רמת הדיכאון של האחיות הבריאות.

מכאן אפשר ללמוד כי השתייכות לקבוצה קשורה עם רמה גבוהה יותר של דיכאון, אולם כאשר מרכיבים שליליים ביחסי אחיות נלקחים בחשבון, השפעת ההשתייכות לקבוצה על הדיכאון אינה מובהקת סטטיסטית.

לאור ממצאי מודל המחקר אפשר לומר בזהירות, כי כאשר אחת האחיות לוקה בהפרעת אכילה, יכולים יחסים שלילים בין האחיות להשפיע על בריאותה הנפשית של האחיות הבריאות. ועוד אפשר לומר, כי לרמת הדיכאון יש תפקיד מכריע בקשר שבין השניים. בנוסף, יש משמעות חזקה לתחושת הקוהרנטיות בהקשר של בריאות נפשית באופן כללי, אך לא בהכרח באופן ספציפי לקבוצה שבה אחת האחיות סובלת מהפרעת אכילה כלשהי.

#### מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי כמה מגבלות מתודולוגיות.

גודל המדגם. במחקר הנוכחי נטלו חלק 60 צעירות. הדבר הקשה על ביצוע ניתוחים סטטיסטיים מורכבים והוא מפחית מעוצמת מובהקות הממצאים. לכן יש להתייחס

לפרשנות שניתנה לגבי הממצאים בהסתייגות ובוזהירות הנדרשת, אף על פי שהיא נמצאת בהלימה עם הספרות.

חוסר אחידות בדרגת החולי של האחות החולה. חלק מהאחיות החולות היו מאושפזות וחלקן מטופלות במרפאות יום. יתר על כן, גם בקרב המטופלות במרפאות לא נבדקה דרגת החולי ומשך החולי, וייתכן שהשונות יכלה להשפיע על הממצאים. קומורבידיות. יש אפשרות שלא רק הפרעת האכילה של האחות החולה, אלא גם הפרעות פסיכיאטריות נלוות שמתלוות בשיעור גבוה להפרעות אכילה (ושלא נבדקו במחקר זה אצל האחיות החולות) השפיעו על המצב הנפשי של האחות הבריאה.

דיווח סובייקטיבי. איסוף הנתונים התבסס על שאלונים לדיווח עצמי. שאלונים מסוג זה בודקים את מצבו ותחושותיו של הנחקר מנקודת ראות סובייקטיבית בלבד. כמו כן, התבססות מחקרית על כלים מסוג זה חשופה להטיות מסוגים שונים כמו הטיה בשל רצייה חברתית. בנוסף, מאחר שלא נעשה אבחון מעמיק לגבי פתולוגיה אפשרית בעברן של האחיות, והמידע לוקט רק מדיווח עצמי, אין לדעת בוודאות אם הן עצמן לא לקו בהפרעת אכילה.

טווח הגילים של הנחקרות. במחקר הנוכחי טווח הגילים בין האחות הלוקה בהפרעת אכילה לבין אחותה הבריאה היה עד 10 שנים. ייתכן כי למרווח הגיל יש השלכות על הממצאים.

סדר הלידה. במחקר הנוכחי לא נעשתה דגימה אחידה בנוגע לסדר הלידה של האחות הבריאה, וייתכן שהדבר השפיע על הממצאים.

אבחנה. בקבוצת המחקר נכללו צעירות עם שלוש אבחנות שונות של הפרעות אכילה: אנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה, והפרעת אכילה לא ספציפית. אף על פי שלא נמצאו הבדלים בין שלוש האבחנות לגבי המשתנים השונים, ייתכן שהפרעות אכילה שונות ישפיעו בצורה שונה על ממצאי המחקר.

#### השלכות והמלצות תיאורטיות ויישומיות

המחקר הנוכחי תרם לספרות התיאורטית והמחקרית בעניין ההשפעה שיש להפרעת אכילה על המשפחה כמערכת, על התת-מערכת האחאית ובמיוחד על יחסי האחאים. העלאת המודעות בקרב בעלי המקצוע למחלה ולהשלכותיה על אחיותיהן של הלוקות בהפרעת אכילה, עשויה לסייע בזיהוי קבוצות בסיכון, ובכך במניעת התפתחות הפרעת אכילה וקשיים רגשיים אחרים בקרב אחיותיהן של הלוקות בהפרעת אכילה. תרומה נוספת של המחקר הנוכחי היא בהרחבת הידע אודות חשיבות איכות יחסי האחאים בכלל והיחסים בין אחיות בפרט, כאשר אחת האחיות לוקה בהפרעת אכילה, והעמקת הידע וההבנה לגבי הקשר שבין הפרעות אכילה, משאבי התמודדות ויחסי האחאים על הבריאות הנפשית של האחות הבריאה.

תרומה נוספת של המחקר הנוכחית היא בהעלאת החשיבות של שיתוף האחיות הבריאות בטיפול, בגיוס תמיכתן, בחיזוק הקשר בין האחיות ובמתן הדרכה ותמיכה להורים בכיוונים אלה. הדבר מסייע לבנות תוכנית התערבות הכוללת הערכת הכוחות המשפחתיים בכלל ומשאבי ההתמודדות של האחיות הבריאות בפרט. לאור זאת חשוב מאוד להעביר לאחיות מידע אודות המחלה ולשתפן ככל האפשר במחלת אחותן, וכן לספק לאחיות הבריאות הדרכה פרטנית וקבוצתית, כדי להקל ככל האפשר על התמודדותן עם מחלת האחות עם כל הרגשות המתלווים לכך.

בנוסף, במהלך הטיפול יש לתת את הדעת להשפעותיהן המזיקות של יחסי אחיות שליליים על שתי האחיות. יש לחזק את היחסים בין האחיות ולמנוע ככל האפשר העברת ביקורת והערות שליליות ביניהן. בתהליך הטיפולי מומלץ להביא למרכז את הדיאדה האחית, להעלות תכנים הקשורים בקנאה, תחרותיות, אשמה, עוינות והימנעות, ולעבד אותם, כדי להחזיר את הכוח התמיכתי לתת-מערכת האחית בתהליך ההתמודדות הקשה עם המחלה. העלאת תכנים אלו ומתן תמיכה והדרכה לאחות הבריאה עשויים למנוע ממנה קשיים רגשיים, וגם לאפשר לה להתקרב לאחותה החולה ולסייע לה בתהליך ההבראה.

לסיום, העלאת האחיות על מפת ההתייחסות של הקהילה המקצועית תוך בנייה של תוכנית התערבות הכוללת מידע אינסטרומנטלי ועיבוד רגשי, תאפשר לאחות הבריאה לשמור על תחושת קוהרנטיות גבוהה ולהיטיב את יחסיה עם אחותה הלוקה בהפרעת אכילה. בכך תוכל האחות הבריאה לשמור על בריאותה הנפשית, וייתכן מאוד שתוכל אף לסייע בשיפור מצבה הנפשי של האחות החולה.

---

## סיכום

---

למיטב ידיעתנו זהו המחקר הראשון אשר בחן את הקשר שבין תחושת הקוהרנטיות ויחסי אחיות לבין הבריאות הנפשית של האחות הבריאה, במשפחה שבה אחת האחיות לוקה בהפרעת אכילה. כמו כן, המחקר הנוכחי הוא בין המחקרים המועטים אשר בחנו את היחסים מנקודת ראות של האחות הבריאה.

ממצאי המחקר הראו הבדלים מובהקים בין האחיות מקבוצת המחקר בהשוואה לאחיות מקבוצת הביקורת. בקרב האחיות מקבוצת המחקר נמצאו רמות גבוהות יותר של דיכאון ויחסי אחיות שליליים בהשוואה לאחיות מקבוצת הביקורת. כמו כן נמצא קשר מובהק בין מדד יחסי אחיות שליליים לבין מדד הדיכאון, כך שככל שהיחסים בין האחיות שליליים יותר כך רמת הדיכאון גבוהה יותר. בנוסף, נמצא קשר שלילי מובהק בין תחושת הקוהרנטיות לבין מדד הדיכאון, כך שככל שתחושת הקוהרנטיות גבוהה

יעל לצר, רות כץ וקרן ברגר

יותר, רמת הדיכאון נמוכה יותר. יתר על כן, נמצא כי יחסים שליליים עם האחות הלוקה בהפרעות אכילה יכולים לתווך בקשר שבין תחושת הקוהרנטיות של האחות הבריאה לבין רמת הדיכאון והמצוקה הנפשית שלה.

---

## מקורות

---

- ארוס, א. (2004). החשיבות הפסיכודינמית והחינוכית של זיכרונות מבית הספר. מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית, 20, 33–57.
- סדן, ק., בראלי, ח., ורובין, נ. (1998). מחלה כרונית ותפקוד משפחתי: המקרה של חולי סכרת נעורים. מגמות, 1, 97–115.
- עירון-אייג, י. (1996). הקשר בין מתבגרים לאחים בוגרים בשני הקשרים חברתיים: משפחה ובני גיל. עבודת מוסמך, החוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת חיפה.
- פרידלין, נ., ופלוריאן, ו. (1996). השפעת גורמים מבניים ותפקודיים על הסתגלותם של אחאים למחלת אחיהם — השוואה בין נכויות פיסיות, חולי המאיים על החיים וחולי כרוני אפיזודי. חברה ורווחה, טז, 3, 305–324.
- American Psychiatric Association. (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition — text revision (DSM-IV TR)*. Washington, DC: Author.
- Amirkhan, J. H., & Greaves, H. (2003). Sense of coherence and stress: The mechanics of a healthy disposition. *Psychology & Health, 18*, 31–62.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1983). The sense of coherence: Development of a research instrument. *Newsletter and Research Reports, 1*, 1–11. WS Schwartz Research Centre for Behavioral Medicine, Tel Aviv University.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine, 36*, 725–733.
- Antonovsky, A. (1998). The sense of coherence: A historical and future perspective. In H.I. McCubbin, E.A. Thompson, A. I. Thompson, & J. E. Fromer (Eds.), *Stress, coping, and health* (pp 3–20). Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Antonovsky, H., & Sagy, S. (1986). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *The Journal of Social Psychology, 126*, 213–225.
- Bachner-Melman, R., Zohar, A.H., Bacon-Shnoor, N., Elizur, Y., Nemanov, L., Gritsenko, I., & Ebstein, R.P. (2005). Linkage between vasopressin receptor AVPR1A promoter region microsatellites and measures of social behavior in man. *Journal of Individual Differences, 26*, 2–10.
- Bailey, D. B., & Simeonsson, R. J. (1988). Assessing needs of families with handicapped infants. *The Journal of Special Education, 22*, 117–127.

- Bank, S. P., Kahn, M., & Kahn, M. D. (2003). *The sibling bond*. New York, NY: Basic Books.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Beckham, J. C., Lytle, B. L., & Feldman, M. E. (1996). Caregiver burden in partners of Vietnam war veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1068–1072.
- Benassi, V. A., Sweeney, P. D., & Dufour, C. L. (1988). Is there a relation between locus of control orientation and depression? *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 357–367.
- Blessing, D. (2007). Hiding in plain sight: The sibling connection in eating disorders. *Journal of Child Psychotherapy, 33*, 36–50.
- Brodoff, A. S. (1988). First person account: Schizophrenia through a sister's eyes – the burden of invisible baggage. *Schizophrenia Bulletin, 14*, 113–116.
- Brody, G. H. (1998). Sibling relationship quality: Its causes and consequences. *Annual Review of Psychology, 49*, 1–24.
- Bryant, B. K. (1989). Caretaking and its relevance to understanding social-emotional functioning and development. In P. G. Zukow (Ed.), *Sibling interaction across cultures: Theoretical and methodological issues* (pp. 143–164). New York, NY: Springer-Verlag.
- Buhrmester, D., & Furman, W. (1990). Perceptions of sibling relationships during middle childhood and adolescence. *Child Development, 61*, 1387–1398.
- Carr, J. (1988). Six weeks to twenty one years old: A longitudinal study of children with Down's syndrome and their families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 29*, 407–431.
- Corrigan, P. W., & Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health, 13*, 537–548.
- Cuskelly, M., & Gunn, P. (1993). Maternal reports of behavior of siblings of children with Down's syndrome. *American Journal of Mental Retardation, 97*, 521–529.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological Medicine, 13*, 595–605.
- Dunn, J. (1983). Sibling relationships in early childhood. *Child Development, 54*, 787–811.
- Dunn, J. (1992). Sisters and brothers: Current issues in developmental research. In F. Boer & J. Dunn (Eds.), *Children's sibling relationships: Developmental and clinical issues* (pp.1–17). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dunn, J. (2000). State of the art: Siblings. *The Psychologist, 13*, 244–248.
- Engelhard, I. M., Van den Hout, M. A., & Vlaeyen, J. W. S. (2003). The sense of coherence in early pregnancy and crisis support and posttraumatic stress after pregnancy loss: A prospective study. *Behavioral Medicine, 29*(2), 80–84.
- Eriksson M, & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*, 376–381.
- Eriksson, M., Lindström, B., & Lilja, J. (2007). A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Åland, a special case? *Journal of Epidemiology and Community Health, 61*, 684.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural

- course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659–665.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361(9355), 407–416.
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1985). Children's perceptions of the qualities of sibling relationships. *Child Development*, 56, 448–461.
- Gilbar, O., & Ben-Zur, H. (2002). *Cancer and the family caregiver: Distress and coping*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Goncalves, M. D., Moore, R. H., Stunkard, A. J., & Allison, K. C. (2009). The treatment of night eating: The patient's perspective. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 17, 184–190.
- Karwautz, A., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A., & Treasure, J. L. (2002). Pre-morbid psychiatric morbidity, comorbidity and personality in patients with anorexia nervosa compared to their healthy sisters. *European Eating Disorders Review*, 10, 255–270.
- Karwautz, A., Rabe-Hesketh, S., Hu, X., Zhao, J., Sham, P., Collier, D., & Treasure, J. (2001). Individual-specific risk factors for anorexia nervosa: A pilot study using a discordant sister-pair design. *Psychological Medicine*, 31, 317–329.
- Katzman, M. A., Hermans, K. M., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2004). Not your "typical island woman": Anorexia nervosa is reported only in subcultures in Curacao. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28, 463–492.
- Kivimäki, M., Feldt, T., Vahtera, J., & Nurmi, J. E. (2000). Sense of coherence and health: Evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Social Science and Medicine*, 50, 583–597.
- Klump, K. L., Kaye, W. H., & Strober, M. (2001). The evolving genetic foundations of eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 215–225.
- Korotkov, D. (1998). The sense of coherence: Making sense out of chaos. In P. T. P. Wong & P. S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning* (pp. 51–70). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Labay, L. E., & Walco, G. A. (2004). Brief report: Empathy and psychological adjustment in siblings of children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, 309–314.
- Latzer, Y., Ben-Ari, A., & Galimidi, N. (2002). Anorexia nervosa and the family: Effects on younger sisters to anorexia nervosa patients. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 14, 275–281.
- 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.
- Latzer, Y., Lavee, Y., & Gal, S. (2009). Marital and parent-child relationships in families with daughters who have eating disorders. *Journal of Family Issues*, 30, 1201–1220.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), *The handbook of behavioral medicine* (pp. 282–325). New York, NY: Guilford.
- Le Grange, D. (2005). Family issues and eating disorders. In S. Wonderlich, J. Mitchell, M. De Zwaan, & H. Steiger (Eds.), *Eating disorders review: Part I* (pp. 15–25). Abington, UK: Radcliffe.
- Lindsey, J. D., & Stewart, D. A. (1989). The guardian minority: Siblings of children with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation*, 24, 291–296.

- Lively, S., Friedrich, R. M., & Buckwalter, K. C. (1995). Sibling perception of schizophrenia: Impact on relationships, roles, and health. *Issues in Mental Health Nursing, 16*, 225–238.
- Lobato, D., Barbour, L., Hall, L. J., & Miller, C. T. (1987). Psychosocial characteristics of preschool siblings of handicapped and nonhandicapped children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*, 329–338.
- Marsh, D., Dickens, R., Koeske, R., Yackovich, N., Wilson, J., Leichter, J., & McQuillis, V. (1993). Troubled journey: Siblings and children of people with mental illness. *Innovations and Research, 2*(2), 13–23.
- McHale, S. M., & Crouter, A. C. (1996). The family contexts of children's sibling relationships. In G.H. Brody (Ed.), *Sibling relationships: Their causes and consequences* (pp. 173–195). Norwood, NJ: Albex.
- McHale, S. M., & Pawletko, T. M. (1992). Differential treatment of siblings in two family contexts. *Child Development, 63*, 68–81.
- McLinden, S. E., Miller, L. M., & Deprey, J. M. (1991). Effects of a support group for siblings of children with special needs. *Psychology in the Schools, 28*, 230–237.
- McSherry, W. C., & Holm, J. E. (1994). Sense of coherence: Its effects on psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation. *Journal of Clinical Psychology, 50*, 476–487.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry, 32*, 1031–1038.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Montag, I. (1979). *The Hebrew translation and validation of the Beck Depression Inventory*. Haifa, Israel: Psychological testing, Haifa University.
- Murphy, F., Troop, N. A., & Treasure, J. L. (2000). Differential environmental factors in anorexia nervosa: A sibling pair study. *British Journal of Clinical Psychology, 39*, 193–203.
- Ogden, J. (2010). *The psychology of eating: From healthy to disordered behavior*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Pallant, J. F., & Lae, L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: Further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences, 33*, 39–48.
- Powell, T. H., & Gallagher, P. A. (1993). *Brothers and sisters: A special part of exceptional families*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Senapati, R., & Hayes, A. (1988). Sibling relationships of handicapped children: A review of conceptual and methodological issues. *International Journal of Behavioral Development, 11*, 89–115.
- Senel, H. G., & Akkök, F. (1996). Stress levels and attitudes of normal siblings of children with disabilities. *International Journal for the Advancement of Counselling, 18*, 61–68.
- Shapiro, J. R., Bauer, S., Andrews, E., Pisetsky, E., Bulik-Sullivan, B., Hamer, R. M., & Bulik, C. M. (2009). Mobile therapy: Use of text-messaging in the treatment of bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders, 43*, 513–519.

- Sharpe, D., & Rossiter, L. (2002). Siblings of children with a chronic illness: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology, 27*, 699–710.
- Shulman, S. (1988). The family of the severely handicapped child: The sibling perspective. *Journal of Family Therapy, 1*, 125–134.
- Sights, J. R., & Richards, H. C. (1984). Parents of bulimic women. *International Journal of Eating Disorders, 3*(4), 3–13.
- Söderfeldt, M., Söderfeldt, B., Ohlson, C. G. Ö., Theorell, T., & Jones, I. (2000). The impact of sense of coherence and high-demand/low-control job environment on self-reported health, burnout and psychophysiological stress indicators. *Work & Stress, 14*, 1–15.
- Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A., & Koskenvuo, M. (2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: Results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research, 50*, 77–86.
- Titelman, D. (1991). Grief, guilt, and identification in siblings of schizophrenic individuals. *Bulletin of the Menninger Clinic, 55*, 72–84.
- Vandereycken, W., & Van Vreckem, E. (1992). Siblings of patients with an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 12*, 273–280.
- Waldinger, R. J., Vaillant, G. E., & Orav, E. J. (2007). Childhood sibling relationships as a predictor of major depression in adulthood: A 30-year prospective study. *American Journal of Psychiatry, 164*, 949–954.
- Waters, B. G. H., Beumont, P. J. V., Touyz, S., & Kennedy, M. (1990). Behavioural differences between twin and non-twin female sibling pairs discordant for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 9*, 265–273.
- White, L. (2001). Sibling relationships over the life course: A panel analysis. *Journal of Marriage and Family, 63*, 555–568.