

קומורבידיות בהפרעות אכילה ובהפרעת קשב וריכוז: היבטים רגשיים

נועה ישראל, איתן גור ומלכה מרגלית

תקציר

מטרת המחקר לבחון את האפיונים הרגשיים של צעירות עם הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז, תוך התייחסות לקומורבידיות של שני סוגי ההפרעות ובחינה של תחושת הקוהרנטיות, הבדידות והרומינציה (מחשבות טורדניות) של הצעירות. במחקר השתתפו 60 נשים שהיו מאושפזות במחלקת הפרעות אכילה מבוגרים במרכז הרפואי ע"ש שיבא, והן חולקו לשתי קבוצות: 25 נשים המאובחנות עם הפרעות אכילה, ו-35 נשים המאובחנות עם הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז. השאלונים כללו את שאלון תחושת הקוהרנטיות, שאלון בדידות ושאלון רומינציה. ההבחנה בין הקבוצות התבססה על שאלון הבוחן הפרעת קשב וריכוז. התוצאות הראו כי לנשים עם הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז היו תחושת קוהרנטיות נמוכה, יחסית לקבוצת ההשוואה, ורמות בדידות גבוהות יותר. נוסף על כך, היו להן גילויי רומינציה רבים יותר מאשר לקבוצת הנשים עם הפרעות אכילה בלבד. כמו כן, לתחושת קוהרנטיות היה תפקיד חשוב כגורם מתווך בין בדידות, רומינציה והפרעת קשב וריכוז. נשים עם קומורבידיות של הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז אך עם רמה גבוהה של תחושת קוהרנטיות, נטו להיות בודדות פחות ועם גילויי רומינציה פחותים. לתוצאות המחקר יש חשיבות תאורטית להבנת הקומורבידיות וכן חשיבות טיפולית, בהצביעה על התרומה של תחושת הקוהרנטיות כמשאב התמודדות מפני בדידות ורומינציה.

מילות מפתח: הפרעת קשב וריכוז, הפרעות אכילה, תחושת קוהרנטיות, בדידות, רומינציה

בחברה המערבית כיום יש עדויות לעלייה משמעותית במספר המאובחנים בהפרעת קשב וריכוז עם היפראקטיביות, מ-5% ל-10%, ובקרב תלמידי תיכון מגיעה שכיחות האבחון אף ל-15%-20% (Getahum, Jacobsen, Fassett, Demissie & Rhoads, 2013). במקביל לכך, מחקרים אפידמיולוגיים עדכניים בחברה המערבית, בעיקר בקרב צעירות בגילים 15-24, מצביעים על עלייה בבעיות אכילה שעלולות להוביל להפרעות חמורות, כגון אנורקסיה (כץ, 2013). אומדן שכיחות בעיות האכילה החמורות בקרב נערות ונשים נע בין 0.3%-3%, ובקרב סטודנטיות שיעור הפרעות האכילה מגיע עד 5% (Anstine & Grineko, 2000; Guarda & Redgrave, 2004). העלייה בשכיחותן של הפרעות האכילה והפרעת הקשב והריכוז עם היפראקטיביות בעולם המערבי בעשורים האחרונים ממקדת את הצורך המחקרי לבחון את הקשרים שבין ההפרעות.

אף שנמצא קשר בין אכילה לא סדירה בילדות להפרעת קשב וריכוז (Nazar et al., 2010; Ptacek, Kuzelova, Papezova & Stepankova, 2008), כמעט שלא נבדק הקשר בין הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז. המחקרים שבחנו קשר זה מצאו מאפיינים דומים בשתי הקבוצות: נשים שאובחנו עם הפרעות אכילה ואלו שאובחנו עם הפרעת קשב וריכוז והיפראקטיביות גילו קשיים, כגון: אימפולסיביות, דימוי עצמי נמוך, קשיים בקשב וליקויים בתפקודים ניהוליים (Nazar et al., 2008; Ptacek et al., 2010). עם זאת, המאפיינים הרגשיים, כגון: תחושת קוהרנטיות, בדידות ורומינציה, לא נבדקו. על מנת להעמיק את הבנת התפקודים הרגשיים שבקומורבידיות של הפרעות האכילה והפרעת הקשב והריכוז, נבדקו מאפיינים אלו במחקר הנוכחי, לצד בדיקת התרומה הייחודית של כל הפרעה. זיהוי האפיונים יאפשר לפתח מודל להבנת גורמי הסיכון שבקומורבידיות ההפרעות.

הפרעת קשב וריכוז

הפרעת קשב וריכוז (ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder) מוגדרת על פי המדריך הדיאגנוסטי הסטטיסטי (DSM-5), כתסמונת של הפרעת קשב ו/או היפראקטיביות-אימפולסיביות ששכיחותן ועצמתן גבוהות משמעותית יחסית מאלו הקיימות אצל אחרים הנמצאים באותו שלב התפתחותי. התסמינים חייבים להופיע לפני גיל 12, להתבטא בפגיעה משמעותית לפחות בשניים מתוך תחומי החיים, כגון: החברתי, הלימודי או התעסוקתי, ולהיות כאלו שלא ניתן להסבירם על ידי הפרעות פסיכיאטריות אחרות (APA, 2013). על המאובחן לענות לפחות על שישה מהתיאורים של מאפייני הפרעת הקשב הבאים: נכשל במתן תשומת לב לפרטים, מתקשה להתרכז במשימה או משחק לאורך זמן, נראה שאינו מקשיב כשפונים אליו, איננו עוקב אחר ההוראות ומתקשה לסיים משימות לימודיות, מתקשה בהתארגנות, נמנע מהשתתפות בפעילויות הדורשות מאמץ חשיבתי, מאבד חפצים, מוסח בקלות ומגלה שכחנות בפעילות יום-יומית, ו/או על לפחות שישה תיאורים של היפראקטיביות ואימפולסיביות: קם ממקומו ומסתובב כאשר הוא אמור לשבת, מתנועע בכיסא, רץ ומטפס בסיטואציות לא מתאימות, מתקשה להשתתף בפעילות ספורט או במשחק בשקט, נראה כאילו מופעל על ידי מנוע, מדבר דיבור יתר, עונה לפני ששמע את כל השאלה, מתקשה לחכות לתורו, מתפרץ לדברי אחרים ומציק (APA, 2013). אף שהפרעה זו ידועה כהפרעה האופיינית לילדים, הסימפטומים שלה מופיעים אצל כ-50% מהאנשים גם בבגרות (Barkley, 2003; Rmos-Quiroga et al., 2006). פעמים רבות מתוארת הפרעת הקשב יחד עם הפרעות פסיכיאטריות נוספות, כגון הפרעות מצב רוח, התמכרות לסמים והפרעה בשליטה בדחפים (Nazar et al., 2008). במחקר נמצא כי ילדות ונערות עם ADHD נמצאות בקבוצת הסיכון לפתח הפרעות אכילה (Biederman et al., 2006; Bleck, & DeBate, 2013), והן מאופיינות בהרגלי אכילה לקויים (Steadman & Knouse, In press), וכן דווח על דימוי גוף בעייתי (Mikami, Hinshaw, Patterson & Lee, 2008).

הפרעות אכילה

הפרעות אכילה נחשבות להפרעות פסיכוסומטיות מסכנות חיים ובעלות השלכות גופניות, קוגניטיביות ואפקטיביות (טרביס, שטנגר וגור, 2013). הן כוללות אנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה, הפרעת אכילה כפייתית והפרעת אכילה בלתי ספציפית (FEDNEC). על פי ה-DSM-5, אנורקסיה נרבוזה מתאפיינת בהרעבה עצמית המובילה לאבדן מסיבי של משקל גוף עד למצב שבו המשקל אינו תקין ביחס לגיל ולגובה, פחד מעלייה במשקל ודימוי גוף הרסני (APA, 2013). בולימיה נרבוזה כוללת אפיזודות של בולמוסי אכילה והתנהגויות מפצות בתגובה, כדוגמת: הקאות, נטילת משלשלים, פעילות ספורטיבית כפייתית וכו'. אכילה כפייתית כוללת את בולמוסי האכילה ללא התגובה של התנהגויות מפצות. הפרעת אכילה בלתי ספציפית כוללת הפרעות אכילה שאינן עונות במדויק על הקריטריונים אף של אחת מהפרעות האכילה המאובחנות (APA, 2013). בסקר שנערך בשנת 2002 במרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא בתל השומר, במחלקה להפרעות אכילה ומשקל, נמצא, בדומה לממצאי סקרים בין-לאומיים אחרים בתחום זה, כי מרבית הפונות הן נשים צעירות, רווקות ותלויות מבחינה כלכלית ורגשית בהוריהן (טרביס ועמיתים, 2013). בחינת משאבי האישיות וגורמי הסיכון תורמת להבנת הדינמיקה של התסמונות.

תחושת הקוהרנטיות

תחושת הקוהרנטיות משקפת את המשאבים הפנימיים של האדם בהתמודדותו עם לחצים ואתגרים במהלך חייו (Antonovsky, 1987). תחושה זו היא משאב אישיותי מרכזי, המשתקף בדרך שבה אדם תופס ומפרש מצבים שונים בחייו. עקיבות ויציבות בשלבי ההתפתחות עשויות לתרום להתפתחותה של תחושת קוהרנטיות חזקה, ולעומת זאת, מצבי לחץ משמעותיים עלולים לפגוע בה. במחקר שבו נבדקו קשרים בין פרפקציוניזם הקשור להפרעות אכילה ותחושת הקוהרנטיות, נמצאו קשרים הפוכים בין הפרעות אכילה ותחושת הקוהרנטיות (Petersson, Perseus & Johnsson, 2014). במחקר שבוצע בישראל ובחן את הקשרים בין תחושת הקוהרנטיות לבין פתולוגיה באכילה ודימוי גוף, נמצאו קשרים שליליים בין תחושת הקוהרנטיות לבין פתולוגיה הקשורה באכילה. ככל שתחושת הקוהרנטיות הייתה נמוכה יותר, כך הפתולוגיה הקשורה באכילה הייתה גבוהה יותר. כמו כן, קשר חיובי מובהק נמצא בין דימוי גוף ותחושת הקוהרנטיות – ככל שתחושת הקוהרנטיות הייתה גבוהה יותר, כך דימוי הגוף היה חיובי יותר (לצר, ספיבק וצ'ינסקי, 2013).

בהפרעת קשב וריכוז והיפראקטיביות מאובחנים ליקויים בתפקודים הניהוליים, המתבטאים בין השאר בקושי בתכנון תהליכים, בקבלת החלטות, בגמישות מחשבתית ובהסקת מסקנות (Pennington & Ozonoff, 1996). לכן לא מפתיע כי רמת הפרעת קשב שנמדדה בגיל 16 ניבאה את רמתה בגיל 21. נוסף על כך נמצא כי תחושת הקוהרנטיות הייתה גורם הגנה, וככל שתחושת הקוהרנטיות של צעירים אלו הייתה נמוכה יותר, כך הקשרים בין רמת הפרעת הקשב והריכוז בגיל ההתבגרות עם רמת ההפרעה בגיל הבגרות

היו חזקים יותר (Edbom, Malmberg, Lichtenstein, Granlund & Larsson, 2010). במצבים שבהם האדם נדרש להתמודד עם כמות רבה של גירויים המגיעים אל המערכת המנטלית בו-זמנית, ללא יכולת יעילה לסנן אותם ולארגנם, עלולה להיווצר מצוקה (Geurts, Broeders, & Nieuwland, 2010). ילדים עם הפרעת קשב וריכוז זקוקים, כבר מהיותם תינוקות, לתיווך רב של המציאות הפנימית והחיצונית, כדי שיוכלו לפתח משאבי אישיות עם מנגנוני הגנה אשר יאפשרו התארגנות אל מול שטף הגירויים (Geurts et al., 2010; Martin, & McDonald, 2003). להקטנת הסיכון ההתפתחותי הנגרם על ידי הפרעת הקשב, יש חשיבות מיוחדת לתיווך קבוע ומותאם הניתן על ידי דמויות קבועות בשלבי ההתפתחות הראשוניים. בהיעדר תיווך מותאם של המציאות בשלבי התפתחות מוקדמים, עלולה להיווצר חוויה פנימית לא מאורגנת. חוויה זו עלולה להשפיע על התפיסה העצמית ועל תפיסת מצבי חיים שונים, במיוחד על מצבים בין-אישיים מורכבים, לפגוע בתחושת הקוהרנטיות, ולגרור בעקבותיה התגברות של חרדה, התפרצויות זעם, התבודדות ומצוקות נפשיות (Donno, Parker, Gilmour & Skuse, 2010).

רומינציה

רומינציה היא עיסוק טורדני כפייתי במחשבות ותחושות שליליות המתמקדות בנושא מעורר חרד ובסיבות והשלכות האפשריות לו (Selby, Anestis & Joiner, 2008). הרומינציה משמשת כאסטרטגיה לוויסות רגשי-קוגניטיבי, במטרה להפחית את התחושות השליליות (Gordon, Holm-Denoma, Troop-Gordon & Sand, 2012). הפרעות בתוכן החשיבה, שפעמים רבות נובעות מחשיבה רומינטיבית, כוללות ליקויים בתפיסה, כמו: עיוות בעצמת גירוי, עיוות בקליטת גירוי ועיוות בדימוי גוף, האופייניים להפרעת קשב וריכוז והיפראקטיביות (Dygdon & Dienes, 2013) ולהפרעות אכילה.

בהפרעות אכילה, הרומינציה מתבטאת בהתמקדות בגורמים פיזיים קונקרטיים הקשורים לאוכל ועיוותם (Gordon et al., 2012). במחקר שבחן מתבגרות עם בולימיה נרבוזה נמצא כי תחושת כשירות בנוגע למראה חיצוני היא גורם מתווך בין רומינציה ובין סימפטומים בולימיים (Holm-Denoma & Hankin, 2010). תוצאות המחקר הראו כי לרומינציה יש תפקיד חשוב באטיולוגיה של התפתחות סימפטומים בולימיים, במיוחד עבור מתבגרות בעלות תחושת כשירות נמוכה וחוסר אמון בתקינות המראה החיצוני שלהן. הרומינציה מופיעה לעתים יחד עם תחושת מצוקה חברתית ובדידות.

בדידות

הבדידות של צעירות המאובחנות עם הפרעת אכילה קשורה במידה רבה לאי-שביעות הרצון שלהן מגופן ומחשש שאינן מקובלות מבחינה חברתית. הן מפרשות בצורה מוטעית את המציאות, כגון תפיסת גוף מעוותת ופרשנות שגויה של אינטראקציות חברתיות, חברות ובדידות (Levine, 2012). הרגשת הבדידות אמנם עשויה לשקף מצב מציאותי של קשיים וניתוק חברתי, אך גם השלכה רגשית של המצוקה הנפשית (Levine, 2012). פעמים רבות תפיסת העצמי נובעת מההשוואה המתמשכת שהיחיד

עושה בינו לבין אחרים משמעותיים בעיניו. המתבגרות, שמעריכות את הפער בין תפיסת העצמי הֶאֱלִי והאידיאלי, עלולות לפתח דימוי גוף שלילי, התרחקות חברתית ובדידות (כץ, 2013).

במקביל נמצא במחקר קשר בין ליקויים בקשב לבין ליקויים בהבנה חברתית (Uekermann et al., 2009). הליקויים בהבנה החברתית עלולים להתבטא בקשיים בהבנת מצבים מורכבים בין-אישיים, שבהם האדם נדרש להבחין בין רמזים חברתיים שונים, על מנת לארגנם באופן רציף וקוהרנטי וליצור משמעויות (Uekermann et al., 2009).

ילדים עם הפרעת קשב וריכוז מתנסים פעמים רבות בכישלונות, וקשיי ההשתלבות החברתית והתפקוד החינוכי שלהם מחזקים בהם את תחושת הכישלון; כך, בשל הפרעת קשב וריכוז, חוסר ההצלחה עלול לגרום לתסכול ולתחושת כעס, המלווים לעתים בהתפרצויות זעם, תחושת ייאוש ובדידות. כל אלו פוגעים בתחושת הערך העצמי, שהיא בסיסית בבניית הדימוי העצמי והאמון ביכולת להצליח. נוסף על כך, עלולה להתפתח פגיעה במוטיבציה להמשיך לנסות להשתלב בחברה ולפעול לקראת הצלחה, משימות שנראות לילד עם הפרעת קשב וריכוז כמושא רחוק ובלתי מושג (Hay, Hudson & Liang, 2010). כמו כן, נמצא כי הדחייה החברתית של אנשים עם הפרעת קשב וריכוז והיפראקטיביות עלולה להיגרם בגלל התנהגותם הבלתי מרוסנת וסגנון האינטראקציה שלהם עם הזולת, המאופיין בשתלטנות, אימפולסיביות והיפראקטיביות (Bollmer, Milich, Harris & Maras, 2005). יתר על כן, לאנשים עם הפרעת קשב וריכוז והיפראקטיביות יש לעתים קרובות מודעות חברתית נמוכה, התורמת לתחזוק ושימור הליקויים החברתיים והרגשת הבדידות (Marton, Wiener, Rogers, Moore & Tannock, 2009).

לסיכום, סקר הספרות המחקרית מדגיש כי שתי הקבוצות – אנשים עם הפרעות אכילה ואלו עם הפרעת קשב – נמצאות בסיכון לפתח תחושת קוהרנטיות נמוכה ודימוי עצמי ודימוי גוף פגועים. החשיבה הרומינטיבית, הכוללת הפרעות בתפיסה ועיוות בדימוי גוף, שכיחה בהפרעת קשב וריכוז והיפראקטיביות וכן בהפרעת אכילה. נוסף על כך, תחושת הבדידות הנגרמת כתוצאה מבושה, התרחקות חברתית ופרשנויות מוטעות היא סיכון שכיח בהתפתחות צעירים עם הפרעות אכילה ועם הפרעת קשב וריכוז גם יחד. לכן מטרת המחקר היא לבחון, האם לקומורבידיות של שני סוגי ההפרעות – הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז – יש ביטויים מוגברים במשאבי האישיות – בתחושת הקוהרנטיות, ובגורמי הסיכון – רומינציה ותחושת בדידות.

השערות המחקר

א. נשים שאובחנו עם הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז תדווחנה על תחושת קוהרנטיות נמוכה, בדידות גבוהה ורומינציה רבה יותר מאשר נשים שאובחנו עם הפרעות אכילה בלבד.

ב. הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז תנבאנה תחושת בדידות ורומינציה.

ג. תחושת הקוהרנטיות תימצא כגורם מתווך בין ההפרעות הקומורבידיות לבין תחושת הבדידות והרומינציה.

שיטה

משתתפים

במחקר השתתפו 60 נשים בטווח גילים בין 18 ל-55 שנה ($M=25.7$, $SD=7.96$). מתוכם היו 85% רווקות, 10% נשואות ו-5% גרושות. מבחינה דתית: 55% הגדירו את עצמן כחילוניות, 21.7% כמסורתיות ו-23.3% כדתיות. שנות השכלה היו 10–19 שנים ($M=12.80$, $SD=1.74$). על מנת לבחון, האם ישנם הבדלים בגיל ובשנות השכלה בין נשים עם הפרעות אכילה לבין נשים עם הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז, חושבו מבחני – למדגמים בלתי תלויים, ולא נמצאו הבדלים מובהקים (השוואת גיל: $t(58df)=0.38$, $p=.71$; השוואת שנות השכלה: $t(58df)=0.76$, $p=.45$) (ממוצעים וסטיות תקן מוצגים בלוח 1). על מנת לבחון, האם ישנם הבדלים בשכיחויות ברמת דתיות ובמצב משפחתי בין נשים עם הפרעות אכילה לבין נשים עם הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז, חושבו מבחני χ^2 , ולא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות (השוואת דתיות: $\chi^2(2df)=0.07$, $p=.97$, $Eta=.071$; השוואת מצב משפחתי: $\chi^2(2df)=0.30$, $p=.86$) (שכיחויות מוצגות בלוח 1).

לוח 1: נתוני רקע

קבוצה עם הפרעות אכילה והפרעות קשב		קבוצת השוואה
גיל	18–55 שנים ($M=26.03$, $SD=9.5$)	19–40 שנים ($M=25.24$, $SD=5.27$)
רמת דתיות	54.3% חילוניות	56% חילוניות
	22.9% מסורתיות	20% מסורתיות
	22.9% דתיות	24% דתיות
מצב משפחתי	82.9% רווקות	88% רווקות
	11.4% נשואות	8% נשואות
	5.7% גרושות	4% גרושות
שנות השכלה	12–19 שנים ($M=12.8$, $SD=1.74$)	10–17 שנים ($M=12.48$, $SD=1.38$)

כל המשתתפות במחקר אובחנו עם הפרעות אכילה והיו מאושפזות במחלקת הפרעות אכילה מבוגרים במרכז הרפואי ע"ש שיבא. המשתתפות חולקו לשתי קבוצות מחקר: 35 נשים עם קומורבידיות של הפרעות אכילה והפרעות קשב וקבוצת השוואה, שכללה 25 משתתפות עם הפרעות אכילה. המחקר בוצע רק לאחר מתן הסבר על המחקר, כולל שמירת האנונימיות של המשתתפות במחקר וקבלת הסכמתן על גבי טופס הסכמה מדעת. כל מידע שהתקבל שימש לצורכי מחקר בלבד.

שאלונים

שאלון תחושת הקוהרנטיות (SOC) (Antonovsky, 1987)

שאלון תחושת הקוהרנטיות הוא שאלון דיווח עצמי המעריך את מידת הביטחון של אנשים בעצמם ובעולם, את תחושת המסוגלות שלהם ואת מידת יכולתם להבין את המציאות שבה הם חיים. במחקר זה השתמשנו בגרסה הקצרה של השאלון, הכוללת 14 פריטים. אלו מדורגים בסולם ליקרט מ-1 עד 7 ונעים על רצף מ"אף פעם" (1) ועד "תמיד" (7). נוסף על 13 הפריטים בגרסה המקוצרת שהציע אנטונובסקי, בגרסה הנוכחית יש שאלה נוספת: "עד כמה אתה מרגיש עייף?" שאנו משתמשים בה במרבית המחקרים שלנו (ציון גבוה מצביע על רמה גבוהה של תחושת קוהרנטיות). ציוני אלפא קרונבך לבדיקת מהימנות במחקרים קודמים נעים בין 0.70–0.92 (Eriksson, 2006; Lindstrom, & Eriksson, 2006). ציוני המתאמים לבדיקת מהימנות באמצעות מבחן ומבחן חוזר נעים בין 0.72–0.95. לאחר שנה, 0.64. לאחר 3 שנים, 0.45–0.42. לאחר 4 שנים ו-0.54. לאחר עשר שנים (Eriksson & Lindstrom, 2006). במחקר הנוכחי נמצא מדד מהימנות דומה ($\alpha=0.87$). דוגמאות לפריטים: "האם קורה שיש לך רגשות פנימיים שהייתי מעדיף לא להרגיש?" "האם יש לך הרגשה שאין הרבה משמעות בדברים שאתה עושה בחיי היום-יום?"

שאלון בדידות למבוגרים (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006)

שאלון זה הוא דיווח עצמי, הכולל תשעה היגדים אשר מתארים את תחושת הבדידות הרגשית (פריטים 3, 4, 8) ואת תחושת הבדידות החברתית (פריטים 1, 2, 5, 6, 7, 9). ציון הבדידות מחושב על ידי סיכום ממוצע התשובות לפריטים המודדים תחושת בדידות (לאחר היפוך הפריטים המתאימים). ציון גבוה יותר משקף רמה גבוהה יותר של תחושת בדידות. מדד המהימנות (אלפא קרונבך) שנמצא במחקרים קודמים הוא 0.71, ובמחקר הנוכחי הוא $\alpha=0.85$. דוגמאות לפריטים: "חסר לי שאין לי חבר קרוב, אמיתי", "אני חש דחוי לעתים קרובות".

שאלון רומינציה למבוגרים (RRQ) (Trapnell & Campbell, 1999)

שאלון הרומינציה הוא שאלון דיווח עצמי, הכולל 24 היגדים אשר מדורגים בסולם ליקרט מ-1 עד 5 ונעים על רצף מ"בהחלט לא מסכים" (0) ועד "מסכים בהחלט" (4). ציון גבוה מצביע על רומינציה גבוהה. מדד המהימנות (אלפא קרונבך) שנמצא במחקר הנוכחי הוא $\alpha=0.92$. דוגמאות לפריטים: "לעתים קשה לי להפסיק לחשוב מחשבות על עצמי", "לעתים קרובות אני חושב על אירועים בחיי שלא רצוי שאעסיק בהם את עצמי".

שאלון דיווח עצמי של ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) למבוגרים

(Zohar & Konfortes, 2010) (ASRS)

באמצעות שאלון זה חולקו המשתתפות לשתי הקבוצות: קבוצת הנשים שאובחנו עם הפרעות אכילה ועם הפרעת קשב וריכוז והיפראקטיביות וקבוצת השוואה – נשים שאובחנו עם הפרעות אכילה בלבד. זהו שאלון דיווח עצמי הכולל רשימה של

סימפטומים שמורכבים מ-18 הקריטריונים של ה-DSM. שש מתוך 18 השאלות נמצאו כמנבאות הטובות ביותר בקביעת סימפטומים של ADHD. שש השאלות הללו הן חלק א ברשימת הסימפטומים; חלק ב מרשימת הסימפטומים כולל את 12 השאלות הנותרות. השאלות מדורגות בסולם ליקרט מ-1 עד 5 ונעות על רצף מ"אף פעם לא" (1) ועד "לעתים תכופות מאוד" (5). קיים ויכוח תאורטי, האם נקודת החיתוך תיקבע על פי ששת הפריטים או על פי 18 הפריטים. בחלק מהמחקרים מסתמכים על ששת הפריטים (ציון +14) כנקודת חיתוך (Das, Cherbuin, Butterworth, Anstey & Easteal, 2012; Ettinger et al. 2015; Kesser et al., 2007), חוקרים שבחנו את התרגום לעברית מצאו כי סכום הציונים הגולמיים של 18 הפריטים הוא האינדיקציה הטובה ביותר להמשך בירור של ADHD, ובפרט אם הסכום הוא 51 ומעלה (Zohar & Konfortes, 2010). במחקר הנוכחי השתמשנו ב-18 הפריטים ונקודת החיתוך המומלצת (51). דוגמאות לפריטים: "באיזה תכיפות אתה מתקשה להשלים את הפרטים הקטנים של פרויקט מהרגע שבו החלקים המאתגרים הסתיימו?" "באיזה תכיפות אתה מרגיש פעיל יתר על המידה או מרגיש צורך לעשות דברים כאילו אתה פועל על ידי מנוע?" מדד המהימנות (אלפא קרונבך) שנמצא במחקר הנוכחי הוא $\alpha=.91$.

הליך

על מנת לבצע את המחקר, התקבל אישור למחקר על ידי ועדת הלסינקי המוסדית – הוועדה לאישור ניסויים קליניים במרכז רפואי ע"ש שיבא בתל השומר. לאחר קבלת האישור, העבירה המחברת הראשונה שאלונים במחלקת הפרעות אכילה מבוגרים, במפגש יחיד עם כל אחת מהמשתתפות. במפגש זה חתמה כל משתתפת על טופס הסכמה מדעת ולאחר מכן מילאה את השאלונים. החלוקה לשתי קבוצות (הפרעות אכילה עם הפרעת קשב והפרעות אכילה ללא הפרעת קשב) בוצעה באמצעות הציון בשאלון לדיווח העצמי ASRS.

תוצאות

על מנת לבחון, האם קיימים הבדלים בהיבטים הרגשיים בין הקבוצה המוגדרת עם הפרעות אכילה לבין הקבוצה המוגדרת עם הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז, חושבו ניתוחי שונות רב משתניים (MANOVA). המשתנים התלויים היו רמות הבדידות, הרומינציה ותחושת הקוהרנטיות, והמשתנה הבלתי תלוי היה השייכות לקבוצה. נמצא אפקט מרכזי לקבוצה ($F(3,56)=7.26, p<.001, \eta^2=.28$). בניתוחי השונות החד-משתניים (ANOVAs) נמצאו הבדלים מובהקים בין המשתנים השונים. כפי שמוצג בלוח 2, נמצא כי נשים עם הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז בודדות יותר מנשים שאין להן הפרעת קשב וריכוז ($F(1,58)=9.74, p<.01, \eta^2=.14$) ומגלות רמות גבוהות יותר של חשיבה רומינטיבית מקבוצת ההשוואה ($F(1,58)=13.22, p<.01, \eta^2=.19$) ורמות נמוכות של תחושת הקוהרנטיות יחסית לקבוצת ההשוואה ($F(1,58)=18.96, p<.01, \eta^2=.25$).

לוח 2: השוואת ממוצעים, סטיות תקן וערכי – של המדדים בקרב שתי קבוצות המחקר

בריאות נפשית	הפרעות אכילה ADHD-ו		קבוצת השוואה – הפרעות אכילה		F(1,58)	η^2
	SD	M	SD	M		
בדידות	0.49	1.96	0.47	1.96	9.74**	.14
רומינציה	0.54	3.97	0.79	3.35	13.22**	.19
תחושת קוהרנטיות	0.84	2.75	0.98	3.78	18.96**	.25
ADHD	0.62	3.63	0.37	2.34	86.34**	.60

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

על מנת לבחון את הקשרים בין המשתנים הרגשיים לבין הפרעת קשב וריכוז והיפראקטיביות (ADHD), חושבו מתאמי פירסון. ממצאי המתאמים הראו על קיום הקשרים החיוביים הבאים: קשר חיובי מובהק בין בדידות ורומינציה – ככל שרמת הבדידות עולה, רמת הרומינציה עולה; קשר חיובי מובהק בין בדידות ו-ADHD – ככל שרמת ה-ADHD עולה, רמת הבדידות עולה; קשר חיובי מובהק בין רומינציה ו-ADHD – ככל שרמת ה-ADHD עולה, רמת הרומינציה עולה. כמו כן נמצאו הקשרים השליליים הבאים: קשר שלילי מובהק בין בדידות ותחושת הקוהרנטיות – ככל שרמת הבדידות עולה, תחושת הקוהרנטיות יורדת; קשר שלילי מובהק בין רומינציה ותחושת קוהרנטיות – ככל שרמת הרומינציה עולה, תחושת הקוהרנטיות יורדת; קשר שלילי מובהק בין תחושת הקוהרנטיות ו-ADHD – ככל שרמת ה-ADHD עולה, תחושת הקוהרנטיות יורדת (ראו לוח 3).

לוח 3: מתאמי פירסון בין ADHD, בדידות, רומינציה ותחושת קוהרנטיות

משתנים	.1	.2	.3	.4
בדידות	–	.36**	-.71**	.58**
רומינציה		–	-.58**	.53**
תחושת קוהרנטיות			–	-.62**
ADHD				–

* $p < .05$, ** $p < .01$

על מנת לבחון את המשתנים המנבאים את רמת הבדידות, בוצע ניתוח רגרסיה היררכית רב משתנית, שבו הוכנסה בצעד הראשון רמת ADHD ובצעד השני תחושת הקוהרנטיות. הניתוח העלה כי בצעד הראשון הייתה לרמת ה-ADHD תרומה מובהקת בניבוי בדידות ($R^2 = .33$, Adjusted $R^2 = .32$, $F(1,58) = 28.774$, $P < .01$), אולם בצעד שני, כשהוכנסה תחושת הקוהרנטיות, תרומת ה-ADHD הפכה להיות לא מובהקת, בעוד

שהתרומה של תחושת הקוהרנטיות לניבוי בדידות נמצאה מובהקת ($R^2=.54$, Adjusted) ($R^2=.52$, $F(2,57)=33.34$, $P<.001$) (מקדמי הרגרסיה מוצגים בלוח 4).

לוח 4: רגרסיה היררכית לבדיקת השונות של הבדידות

משתנים	β	B	SE.B	R^2	ΔR^2
צעד ראשון				.33	.32
ADHD	.576***	0.36	0.07		
צעד שני				.54	.52
ADHD	.22	0.14	0.07		
תחושת קוהרנטיות	-.58***	-0.29	0.06		

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

על מנת לבחון את המשתנים המנבאים את רמת הרומינציה בוצע ניתוח רגרסיה היררכית רב משתנית, שבו הוכנסה בצעד הראשון רמת ADHD ובצעד השני תחושת הקוהרנטיות. הניתוח העלה כי בצעד הראשון הייתה לרמת ה-ADHD תרומה מובהקת לניבוי רומינציה ($R^2=.28$, Adjusted $R^2=.26$, $F(1,58)=22.15$, $P<.001$). אולם בצעד שני, כשהוכנסה תחושת הקוהרנטיות, מובהקות ה-ADHD אמנם נשארה, אך היא פחתה ($R^2=.38$, Adjusted $R^2=.36$, $F(2,57)=17.57$, $P<.05$) והתרומה של תחושת הקוהרנטיות לניבוי רומינציה נמצאה מובהקת ($R^2=.38$, Adjusted $R^2=.36$, $F(2,57)=17.57$, $P<.001$) (מקדמי הרגרסיה מוצגים בלוח 5).

לוח 5: רגרסיה היררכית לבדיקת השונות של רומינציה

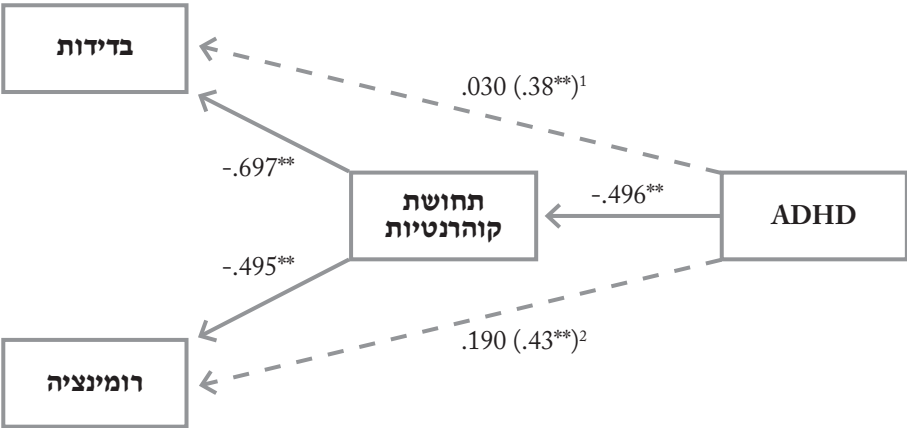
משתנים	β	B	SE.B	R^2	ΔR^2
צעד ראשון				.28	.26
ADHD	.53***	0.46	0.09		
צעד שני				.38	.36
ADHD	.27*	0.23	0.12		
תחושת קוהרנטיות	-.41**	-0.29	0.09		

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

במסגרת המחקר נבדקו מסלולי תיווך בהתבסס על גישתו של הייס (Hayes, 2013), גישה שיתרונה בכך שהיא מאפשרת בחינה של קשרים מתווכים עקיפים גם כאשר אין קשר בין המשתנה התלוי והבלתי תלוי. נמצא שהקשר בין ADHD ובדידות הוא קשר חיובי עקיף. בדומה לכך, גם בין ADHD ורומינציה נמצא קשר חיובי עקיף. אף שמתאמי פירסון בין כל המשתנים נמצאו מובהקים (ראו לוח 2), מניתוח מסלולי התיווך עולה כי תחושת קוהרנטיות מהווה משתנה המתווך בין בדידות, רומינציה ו-ADHD; כלומר לא מתקיימים קשרים מובהקים ישירים בין בדידות, רומינציה

לבין ADHD, אלא הקשרים מתווכים במלואם על ידי תחושת הקוהרנטיות. לוח 5 מציג את תוצאות הניתוח הסטטיסטי. לוח זה מציג את הנתבים שנמצאו מובהקים בין בדידות, רומינציה וקוהרנטיות לבין ADHD. איור 1 מציג גם הוא את הנתבים שנמצאו מובהקים עם ערכי ביתא, ולוח 6 הוא מקרא להבנת הנתבים.

איור 1: מודל התיווך בין ADHD לבין בדידות ורומינציה (הגורם המתווך – תחושת הקוהרנטיות)



^{**}p<.01

באיור 1 מוצגים הממצאים הבאים:

- א. התיווך גורם לקשר המובהק בין ADHD לבדידות (-.38**) לאבד את המובהקות (-.03).
- ב. התיווך גורם לקשר המובהק בין ADHD לרומינציה (-.43**) לאבד את המובהקות (-.19).

לוח 6: הנתבים שנמצאו מובהקים בין בדידות, רומינציה, תחושת קוהרנטיות ו-ADHD

רווח בר סמך (95%)		t ₍₁₉₇₎	SE.B	B	נתיב
גבול עליון	גבול תחתון				
0.51	-1.03	-5.96***	0.13	-0.77	ADHD – תחושת קוהרנטיות
-0.17	-0.40	-5.07***	0.06	-0.29	תחושת קוהרנטיות – בדידות
-0.10	-0.47	-3.11**	0.09	-0.29	תחושת קוהרנטיות – רומינציה

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

דיון

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבדוק את האפיונים הרגשיים בהפרעות אכילה ובהפרעת קשב וריכוז, תוך התמקדות בתחושות הקוהרנטיות, הבדידות והרומינציה.

בתרבות המערבית אנו עדים בעשורים האחרונים לעלייה בשכיחותם של שני סוגי ההפרעות – הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז – גם יחד (Anstine & Grineko, 2000; Getahum et al., 2013; Guarda & Redgrave, 2004). עלייה זו מחייבת בחינה מעמיקה של מאפייני ההפרעות, תוך התייחסות לקומורבידיות ולקשרים שביניהן. מחקרים שעסקו בבדיקת ההיבטים הרגשיים בהפרעת קשב וריכוז מצאו קשרים בין הפרעה זו לתחושת קוהרנטיות נמוכה (Van Lambalgen & Hamm, 2004; Van Lambalgen & Van Kruistum, 2008), להפרעות בחשיבה (Dygdon & Dienes, 2013) ולתחושת בדידות (Bollmer et al., 2005). מחקרים שהתמקדו בבחינת ההיבטים הרגשיים של הפרעות אכילה דיווחו על קיום קשרים בין דימוי גוף והפרעות אכילה לבין תחושת הקוהרנטיות (Lopez, 2008), עם זאת, טרם נבדקה קומורבידיות בין הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז, תוך התמקדות באפיונים הרגשיים. תוצאות המחקר תתרומנה להעמקת ההבנה של התפקודים הרגשיים בקרב נשים עם הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז, בצד הבנת התרומה הייחודית של כל הפרעה.

במחקר הנוכחי אוששו השערות המחקר ונמצא כי קבוצת הנשים עם הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז דיווחו על רמות נמוכות של תחושת קוהרנטיות. הן חשו בדידות ודיווחו על רומינציה ברמות גבוהות, בהשוואה לקבוצת הנשים עם הפרעות אכילה בלבד. כמו כן נמצא כי הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז ניבאו רומינציה ובדידות, אולם תחושת הקוהרנטיות היוותה משתנה שתיווך בין הבדידות והרומינציה להפרעת קשב וריכוז; כלומר לא התקיימו קשרים ישירים בין בדידות, רומינציה והפרעת קשב וריכוז, אלא הם תווכו במלואם על ידי תחושת הקוהרנטיות. תוצאות המחקר ממקדות את תשומת הלב בחשיבותה הרבה של תחושת הקוהרנטיות, מחזקות ממצאי מחקרים קודמים על הקשר החזק בינה לבין בריאות נפשית (Ebert, Tucker & Roth, 2002) ומוסיפות עליהם, כפי שיפורט בהמשך.

תפיסת העצמי היא מערכת פסיכולוגית המארגנת את פעולות היחיד ומחשבותיו בהווה ובעתיד; כלומר כשהיחיד חושב על עצמו, הסכמות הקוגניטיביות המצויות בעצמי משמשות לו כתמרורי דרך. מושג העצמי, כולו או חלקו, הוא תוצר של קשרי גומלין בחברה. באמצעות החברה היחיד מקבל משוב המתייחס להתנהגותו ולתכונותיו מהאחרים המשמעותיים בחייו, כמו משפחה וחברים. מהתייחסות זו הוא לומד על עצמו ועל הציפיות של החברה ממנו, ולפיה הוא מעצב את תפיסתו העצמית. המידע על העצמי מתקבל בדרכים שונות, כגון השגת מידע באמצעות הערכות הסביבה והשוואת העצמי עם אחרים (כץ, 2013). בחברתנו יש הערכה רבה לאידאל הרזון ולמשקל נמוך (Prince, 1985). אידאל זה מעוצב במידה רבה באמצעות תיאור זוהר של מודלים של גוף רזה, והיחיד עלול לפתח דימוי גוף שלילי שהשפעותיו תהיינה פתולוגיות (כץ, 2013).

יחידים עם הפרעת קשב מתקשים לעמוד בדרישות החינוכיות, מאחר שהם מתקשים לווסת את הקלט החושי שלהם. הם קולטים גירויים מאורגנים פחות, מושפעים משיקופים חברתיים ביקורתיים, ומתקשים ליצור חוויה רציפה וקוהרנטית (Geurts et

לא שלמה. (al., 2010; Martin & McDonald, 2003). תחושת המצוקה שלהם משקפת תפיסת עצמי

לסיכום, התפיסה העצמית של היחיד משקפת את קשריו עם הסביבה. הכמיהה למראה חיצוני אידאלי ולהצלחה בתפקודים לימודיים וקשבניים חושפת פערים שתורמים למצוקה, חרדה, פתולוגיות באכילה, בדידות ורומינציה. ניתן לצפות שככל שהפערים יהיו גדולים יותר ויופיעו בתחומים רבים יותר בחייו של הפרט, כך תגבר מצוקתו. נוסף על גורמי הסיכון שצוינו, יש לזכור כי לבחינת גורמי החוסן, כגון תחושת הקוהרנטיות, יש תרומה חשובה להבנת סגנונות ההתמודדות של האדם עם אתגרי חייו. ככל שרמות התפיסה העצמית ותחושת הקוהרנטיות נמוכות יותר (ובמחקר הנוכחי מדד זה נמצא נמוך אצל נשים עם הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז, לעומת קבוצת ההשוואה), כך ההיבטים הרגשיים – בדידות ורומינציה – הופכים לדומיננטיים וחזקים יותר. מכאן החשיבות בחיזוק תחושת הקוהרנטיות כמשאב התמודדות במפגש עם אתגרים בין-אישיים (בדידות) ואישיים (רומינציה).

תרומה תאורטית ויישומית

תרומתו התאורטית העיקרית של המחקר היא בהעמקת ההבנה של גורמי הסיכון הרגשיים וגורמי ההגנה בקומורבידיות של הפרעות אכילה. על פי המודל הסלוטוגני, המדגיש את קידום הבריאות (Antonovsky, 1987), לאנשים עם רמות גבוהות של תחושת קוהרנטיות יש יכולת טובה להתמודד עם גורמי סיכון ואתגרים ורווחתם הנפשית גבוהה יותר (Pallant & Lea, 2002). הבנת הקשר בין תחושת קוהרנטיות גבוהה לבין התמודדות עם לחצים חברתיים ותרבותיים היא מהותית בהבנת גורמי החוסן בקרב צעירים (לצר ועמיתים, 2013). תרומה תאורטית נוספת היא בהעמקת ההבנה לקומורבידיות של קבוצת הסיכון להפרעות אכילה עם הפרעת קשב וריכוז. יש צורך במחקרים נוספים שיבחנו את סגנונות האכילה של קבוצות צעירים עם הפרעת קשב וריכוז וישו בין שלוש הקבוצות: צעירים עם הפרעות אכילה, צעירים עם הפרעת קשב וריכוז וצעירים עם קומורבידיות של שני סוגי ההפרעות.

לתוצאות המחקר יש השלכות טיפוליות: יש צורך בתכניות פסיכולוגיות וחינוכיות לפיתוח תחושת ערך עצמי מבוסס ומגובש בגיל ההתבגרות ולחיזוק ההתפתחות של תחושת הקוהרנטיות. מאחר שתחושת הקוהרנטיות מתקבעת בגיל הבגרות הצעירה (Antonovsky, 1987), יש חשיבות רבה להתערבות שתתמקד בחיזוק תחושת הקוהרנטיות בקרב צעירים ותהווה גורם מגן בפני הפרעות אכילה, באמצעות גיבוש דימוי עצמי יציב שיכלול את תפיסת הגוף ופיתוח כישורי למידה יעילים. תכנית מניעה במסגרות חינוכיות תוכל לסייע לקבוצת צעירים בסיכון להפרעות אכילה, עם הפרעת קשב וריכוז ובלעדיה.

תרומה נוספת נוגעת לתהליכי האבחון של צעירים עם הפרעת קשב וריכוז. תוצאות המחקר מחזקות את הצורך לבדוק בעת אבחון של הפרעת קשב וריכוז היבטים המתייחסים למשאבים האישיים ולוויסות הרגלי אכילה, על מנת לאתר בצד גורמי

סיכון להפרעות אכילה, את גורמי ההגנה והמשאבים הרגשיים (Donno et al., 2010). כמו כן יש צורך לפתח גישות טיפוליות המדגישות העצמה אישית ותורמות לחיזוק תפיסת האני. גישות אלו תתמקדנה בהגברת היכולות הרגשיות וההבנה החברתית, ובכך תתרומנה להפחתת קשיים רגשיים והתנהגותיים.

מגבלות המחקר

למחקר יש מספר מגבלות. אוכלוסיית המחקר היא הומוגנית – משתתפות המחקר היו נשים מאזור מרכז הארץ, שאושפזו במחלקת הפרעות אכילה מבוגרים בתל השומר. לכן לא ניתן להכליל ממצאים אלו על כלל האוכלוסייה, ללא מחקרי המשך שיבחנו אוכלוסיות שונות עם טווח פתולוגיה רחב ומאזורי מגורים נוספים. מגבלה נוספת היא גודל המדגם. מחקרי המשך שיבחנו מדגמים גדולים יאפשרו הכללה של התוצאות. מגבלה נוספת מתייחסת לאופיו הקורלטיבי של המחקר. יש חשיבות למחקרי אורך על מנת לקבוע את תהליכי ההתפתחות וכיוון ההשפעה.

מחקר זה השתמש בשאלוני דיווח עצמי, המספקים מידע סובייקטיבי. יש צורך במחקרי המשך שיכללו דיאגנוזה פורמלית של הפרעת הקשב וכן ראיונות ותצפיות, שיתרמו להגברת התקפות של התוצאות ולהבנה מעמיקה של משמעותם.

במחקר הנוכחי נקבעה הפרעת הקשב באמצעות נקודת חיתוך המוצעת במחקר בדיווח עצמי בשאלון ASRS. מחלוקות בין החוקרים עוסקות בשאלה, איזו משתי הגרסאות של השאלון מספקת נקודת חיתוך תקפה – האם ההחלטה תקבע על פי שישה פריטים, כמקובל במחקרים רבים (Das et al., 2012; Ettinger et al. 2015; Kesser et al.), או על פי שימוש ב-18 הפריטים (Zohar & Konfortes, 2010). בחלק מהמחקרים הבין-לאומיים וכן בגרסה העברית של השאלון החוקרים ממליצים על השימוש בגרסה של 18 פריטים (Dias, Segenreich, Nazar & Coutinho, 2007; Gjervan, Torgersen, Rasmussen & Nordahl, 2014), לכן העדפנו להשתמש בהמלצה המוצעת על ידי מתרגם השאלון (Zohar & Konfortes, 2010). במחקרים עתידיים יש להמשיך ולדון בנקודת החיתוך ובעדיפות השימוש באחת משתי הגרסאות ולערוך מחקרי תיקוף לנקודת החיתוך באמצעות אבחונים קליניים.

לסיכום, המחקר התמקד בבדיקת הקומורבידיות של הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז והשלכותיה הרגשיות, תוך התייחסות לתחושת הקוהרנטיות, התנסות בבדידות ורומינציה. נשים עם הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז דיווחו על רמות נמוכות של תחושת קוהרנטיות. כמו כן הן דיווחו שהן מרגישות בודדות יותר ורומינציות יותר מאשר נשים עם הפרעות אכילה בלבד. נוסף על כך, לתחושת הקוהרנטיות היה תפקיד חשוב כמשתנה המתווך בין בדידות, רומינציה והפרעת קשב וריכוז. על כן, אם לנשים עם הפרעות אכילה והפרעת קשב וריכוז יש רמה נמוכה של תחושת קוהרנטיות, הן עלולות להיות בודדות יותר ולגלות רמות רומינציה גבוהות. מאידך גיסא, רמות גבוהות של תחושת קוהרנטיות נתפסות כגורם הגנה אף במצבי סיכון מוגברים של קומורבידיות, ומכאן חשיבות חיזוק תחושת הקוהרנטיות כמשאב התמודדות במצבי בדידות ורומינציה.

מקורות

- טרביס, ג', שטנגר, ר', וגור, א' (2013). סוגיות בטיפול בהפרעות אכילה בישראל. **חברה ורווחה**, 33, 140–121.
- כץ, ב' (2013). התנהגות אכילה וסיכון להפרעות אכילה בקרב מתבגרים בישראל. **מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית**, 38, 9–30.
- לצר, י', ספיבק, ז' וצ'ינסקי, א' (2013). הקשר בין תחושת קוהרנטיות לבין פתולוגיה הקשורה באכילה ודימוי גוף בקרב מתבגרות. **מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית**, 38, 31–54.
- Anstine, D., & Grineko, D. (2000). Rapid screening of disordered eating in college aged females in the primary care setting. *Journal of Adolescent Health*, 26, 338–342.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- APA (American Psychiatric Association) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Barkley, R. A. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed., pp. 75–143). New York: Guilford.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Klein, K. L., et al. (2006). Psychopathology in females with attention-deficit/hyperactivity disorder: A controlled, five-year prospective study. *Biological Psychiatry*, 60(10), 1098–1105.
- Bleck, J., & DeBate, R. D. (2013). Exploring the co-morbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with eating disorders and disordered eating behaviors in a nationally representative community-based sample. *Eating Behaviors*, 14, 390–393.
- Bollmer, J. M., Milich, R., Harris, M. J., & Maras, M. A. (2005). A friend in need: the role of friendship quality as a protective factor in peer victimization and bullying. *Journal Interpersonal Violence*, 20, 701–712.
- Das, D., Cherbuin, N., Butterworth, P., Anstey, K. J., & Eastaer, S. (2012). A population-based study of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and associated impairment in middle-aged adults. *PLoS ONE*, 7(2), 31501–31509.
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2006). A 6-Item scale for overall, emotional, and social loneliness confirmatory tests on survey data. *Research on Aging*, 28(5), 582–598.
- Dias, G., Segenreich, D., Nazar, B., & Coutinho, G. (2007). Diagnosticando o TDAH em adultos na prática clínica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56, 9–13. Available at http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000500003&nrm=iso
- Donno, R., Parker, G., Gilmour, J., & Skuse, D. H. (2010). Social communication deficits in disruptive primary-school children. *The British Journal of Psychiatry*, 196(4), 282–289.
- Dygdo, J. A., & Dienes, K. A. (2013). Behavioral excesses in depression: A learning theory hypothesis. *Depression and Anxiety*, 30, 598–605.
- Ebert, S. A., Tucker, D. C., & Roth, D. L. (2002). Psychological resistance factors as predictors of general health status and physical symptom reporting. *Psychology, Health & Medicine*, 7, 363–375.
- Edbom, T., Malmberg, K., Lichtenstein, P., Granlund, M., & Larsson, J. O. (2010). High sense of coherence in adolescence is a protective factor in the longitudinal development of ADHD symptoms. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3) 541–547.

- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2006). Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Scale: A systematic review. *Epidemiologic Community Health*, 59, 460–466.
- Ettinger, A. B., Ottman, R., Lipton, R. B., Cramer, J. A., Fanning, K. M., & Reed, M. L. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adults with self-reported epilepsy: Results from a national epidemiologic survey of epilepsy. *Epilepsia*, 56(2), 218–224.
- Getahum, D., Jacobsen, S. J., Fassett, M., J., Demissie, W. C., & Rhoads, G. G. (2013). Recent trends in childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA Pediatrics* (formerly *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*), 167(3), 282–288.
- Geurts, H. M., Broeders, M., & Nieuwland, M. S. (2010). Thinking outside the executive functions box: Theory of mind and pragmatic abilities in attention deficit/hyperactivity disorder. *European Journal of Developmental Psychology*, 7(1), 135–151.
- Gjervan, B., Torgersen, T., Rasmussen, K., & Nordahl, H. M. (2014). ADHD symptoms are differentially related to specific aspects of quality of life. *Journal of Attention Disorders*, 18(7), 598–606.
- Gordon, K. H., Holm-Denoma, J. M., Troop-Gordon, W., & Sand, E. (2012). Rumination and body dissatisfaction interact to predict concurrent binge eating. *Body Image*, 9, 352–357.
- Guarda, A. S., & Redgrave, G. W. (2004). Eating disorders: Detection, assessment and treatment in primary care. *Advanced Studies in Medicine*, 4(9), 468–475.
- Hay, D. F., Hudson, K., & Liang, W. (2010). Links between preschool children's pro social skills and aggressive conduct problems: The contribution of ADHD symptoms. *Early Childhood Research Quarterly*, 25(4), 493–501.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach (methodology in the social sciences)*. New York: Guilford.
- Holm-Denoma, J. M., & Hankin, B. L. (2010). Perceived physical appearance mediates the rumination and bulimic symptom link in adolescent girls. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39, 537–544.
- Kessler, R. C., Adler, L., Gruber, M. J., Sarawate, C. A., Spencer, T., & Van Brunt, D. L. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(2), 52–65.
- Levine, M. (2012). Loneliness and eating disorders. *Journal of Psychology*, 146(1–2), 243–257.
- Lopez, C., Tchanturia, K., Stahl, D., & Treasure, J. (2008). Central coherence in eating disorders: A systematic review. *Psychological Medicine*, 38, 1393–1404.
- Martin, I., & McDonald, S. (2003). Weak coherence, no theory of mind, or executive dysfunction? Solving the puzzle of pragmatic language disorders. *Brain and Language*, 85(3), 451–466.
- Mikami, A. Y., Hinshaw, S. P., Patterson, K. A., & Lee, J. C. (2008). Eating pathology among adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 225–235.

- Marton, I., Wiener, J., Rogers, M., Moore, C., & Tannock, R. (2009). Empathy and social perspective taking in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 107–118.
- Nazar, B. P., Pinna, C. M. S., Coutinho, G., Segenreich, D., Duchesne, M., Applinario, J. C., et al. (2008). Review of literature of attention-deficit/ hyperactivity disorder with comorbid eating disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 384–389.
- Pallant, J. F., & Lea, 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.
- Pennington, B. F., & Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child and Psychiatry*, 37, 51–87.
- Petersson, S., Perseus, K. I., & Johnsson, P. (2014). Perfectionism and sense of coherence among patients with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(6), 409–415.
- Prince, R. (1985). The concept of culture-bound syndromes: Anorexia nervosa and brain-fag. *Social Science and Medicine*, 21, 197–203.
- Ptacek, R., Kuzelova, H., Papezova, H., & Stepankova, T. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder and eating disorder. *Prague Medical report Journal*, 111(3), 175–181.
- Rmos-Quiroga, J. A., Bosch-Munso, R., Castells-Cervello, X., Nogueira-Morais, M., Garcia-Gimenez, E., & Casas-Brugue, M. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder in adults: A clinical and therapeutic characterization. *Revue Neurologique Journal*, 42(10), 600–606.
- Selby, E. A., Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2008). Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour Research Therapy*, 46, 593–611.
- Steadman, K. M., & Knouse, L. E. (In press). Is the relationship between ADHD symptoms and binge eating mediated by impulsivity? *Journal of Attention Disorders*.
- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the Five-Factor Model of Personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 284–304.
- Uekermann, J., Kraemer, M., Abdel-Hamid, M., Schimmelmann, B.G., Hebebrand, J., & Daum, I. (2009). Social cognition in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34, 734–743.
- Van Lambalgen, M., & Hamm, F. (2004). *The proper treatment of events*. Oxford and Boston: Blackwell.
- Van Lambalgen, M., & Van Kruistum, C. (2008). Discourse processing in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Logic, Language and Computation*, 17, 467–487.
- Zohar, A., & Konfortes, H. (2010). Diagnosing ADHD in Israeli adults: The psychometric properties of the Adult ADHD Self Report Scale (ASRS) in Hebrew. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 47, 308–315.

