

## דימוי גוף וחויית הגוף בקרב בני נוער אוכלוסיית

מאת: ד"ר מירית שני סלע<sup>1</sup>

הרצאה שניתנה בשלוותה ב - 2002 על בסיס עבודת הדוקטורט בנושא זה.

### הקדמה אישית

נושא ההתאבדות הוא נושא שמעורר באנשי מקצוע רבים סקרנות ומשיכה, לצד פחד ורתיעה – כמו רוצה לומר זה נושא נורא מעניין אבל הוא קצת כבד עלי. מבחינתי כאשת מקצוע צעירה ומתחילה נראתה האפשרות לחקור תחום זה כפשרה מתקבלת על הדעת, המאפשרת מחד להתקרב לנושא, להכיר אותו ולהעמיק בו, ומאידך להישאר במרחק סביר ממנו, המרחק של החוקר המתבונן שאינו משתתף. עם תחילת ההתמחות בשירות הפסיכולוגי באוניברסיטת תל אביב נחשפתי לנושא גם כמטפלת, בעבודה עם אנשים צעירים שבטאו לא פעם ייאוש וקושי להתמודד עם בעיותיהם, כך שהתאבדות ובעיקר מחשבות על משמעות החיים ומידת הטעם שבהם היו חלק בלתי נפרד מהדו-שיח הפנימי והטיפול של שלהם. בעוד שחשתי שיש ביכולתי להכיל את הייאוש, הכאב והקושי ואפילו את השאלות הנוקבות באשר למידת הטעם שבמאבק שנראה לעתים כקשה מנושא, הרי שברגע שמטופל העלה מחשבה ממוקדת ואקטיבית הנוגעת לאפשרות שיבחר לפגוע בעצמו הייתה משתלטת עלי האימה המשתקת והקולות הפנימיים האומרים – רק לא זה... זה מפחיד מידי... זו אחריות רבה מידי... - לשמחתי, הרב המכריע של המטופלים היו אנשים שלמרות הסבל הנפשי שחווה, היו מצוידים במספיק כוחות פנימיים וחיצוניים שאפשרו להם לבחור בחיים, כך שבסך הכל המשיכה שלהם לחיים הייתה גבוהה לעין ערוך ממשיתכם הרגעית והחולפת למוות.

כשהגעתי לשלוותה התברר לי שכאן זה סיפור אחר, כאן יש מפגש עם אנשים שהגורל זימן להם מחלות קשות שלעתים הן גם מחלות מכלות – מחלות שנדמה לעתים שמכלות את כל אותם דברים יקרי ערך שמאפשרים לנו להמשיך ולדבוק בחיים. לפני כחודשיים התאבד מטופל במחלקתנו, בחור צעיר שבו טיפלתי תקופה קצרה, טפול שהסתיים מספר חודשים טרם מותו. התאבדותו הפגישה אותי באופן חד ופתאומי עם תחושות קשות ביותר

<sup>1</sup> פסיכולוגית קלינית. ההרצאה מפורסמת באתר האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה בהסכמתה האדיבה של המחברת.



של פחד, עצב ובעיקר חוסר אונים... לעמוד מול האדם המת ולדעת שלא יכולת לעזור לו, אינך יכול לעזור לו ולעולם לא תוכל אפילו לנסות לעזור לו... לדעת שאין אפשרות לתיקון... שמהניסיון הנואש שלו להשיג תיקון של דימויו העצמי המנופץ נותר בעצם הכלום, הריק והחסר.

הידיעה הזאת אודות מגבלות היכולת הטיפולית והקבלה שלה יחד עם העצב העמוק שמתלווה אליה משלימות באופן כלשהו את נקודת ההתייחסות שלי לנושא, כך שהחוקרת המתבוננת הפכה חוקרת – מטפלת משתתפת ולמרות שזו עמדה שלמה ומאוזנת יותר אני חייבת לומר שהיא גם דפרסיבית וקשה הרבה יותר.

#### גורמים להתאבדות

הסופיות שבמעשה האובדני וחוסר היכולת לשנות את תוצאותיו הטרגיות, הופכים את היכולת להעריך סכנה אובדנית ולמנוע אותה לחיונית. מחקרים אינספור נערכו במטרה למצוא את המשתנים הגורמים להתאבדות ואשר באמצעותם ניתן לנבא סכנה אובדנית ולנסות ולמנוע אותה מבעוד מועד. משתנים רבים ( דמוגרפיים, סוציולוגיים, פסיכולוגיים, פסיכיאטרים ורפואיים ) נמצאו כקשורים להתנהגות אובדנית. הבולטים שבהם הם : הפרעות נפשיות ובעיקר דיכאון מאג'ורי, סכיזופרניה ושימוש בסמים ואלכוהול ; תחושות מתמידות של חוסר אונים וחוסר תקווה ; אירועי חיים קשים ובעיות במשפחה ; בידוד חברתי ותמיכה חברתית מעטה ; פרפקציוניזם קיצוני ; עם זאת, למרבה הצער אף גורם אינו מספק הסבר ייחודי להתאבדות ואינו יכול לנבא התאבדות באופן אקסקלוסיבי.

Orbach (1997) טוען כי השאלה שיש לשאול לגבי התאבדות אינה מה גורם לה, אלא מה עושה אותה לאפשרית - שאלה המניחה פעילויות גומלין רבות ותהליכים שמביאים את הפעולה האובדנית לידי מימוש.

ישנם גורמי סיכון שלא ניתן לדבר עליהם כסיבות ישירות להתאבדות - אולם הם מגדילים את ההסתברות לבחירה בפתרון האובדני בהתמודדות עם כאב נפשי. סיעים להתאבדות



מסירים מעצורים חיצוניים ופנימיים להתנהגות של הרס עצמי ומציגים את ההתאבדות כפתרון מקובל, אפשרי ומתאים. (Orbach, 1997). בין הגורמים המסייעים להתאבדות ניתן למנות :

1. נורמות חברתיות-תרבותיות

2. אמונות דתיות.

3. חשיפה להתאבדות בחברה הקרובה או בתקשורת

4. זמינות של אמצעים לפגיעה עצמית

5. דיסוציאציה

הדיסוציאציה הקוגניטיבית, הרגשית והגופנית נקשרת להתנהגות אובדנית בהיותה מעורבת בהתפתחות הנטייה האובדנית ובהיותה גורם המקל על ביצוע המעשה האובדני. המצב הדיסוציאטיבי מאופיין בשבירת ההמשכיות של החוויה המודעת וכולל הצרה של חויית העולם והעצמי דרך ניתוק, ריחוק, קהות חושים, שכחה, העדר ממשות, צרות קוגניטיבית קיצונית וקהות רגשית.

Shneidman (1982) טוען כי הדיסוציאציה היא חלק מהתהליך האובדני והיא מרכזית במיוחד בפעולת ההתאבדות עצמה. הדיסוציאציה מתבטאת במיוחד בהצרה קוגניטיבית קיצונית ובחשיבה דיכוטומית.

Orbach (1985) מתאר תהליכים דיסוציאטיביים המתפתחים אצל המתבגר במטרה להתמודד עם מציאות משפחתית בלתי נסבלת. נוצר חיץ באופן בו המתבגר חווה את עצמו ואת העולם. למרות הערך ההסתגלותי של ניתוק זה, לעתים מתפתחת דיסוציאציה חמורה מהגוף ומחלקים בסלף, שעלולה בהמשך להוות גורם מאיץ להתאבדות. (Orbach, 1994).

בשנים האחרונות גברה ההתעניינות בגורם סיכון נוסף להתאבדות, בעיקר בקרב צעירים והוא פגיעה במכלול החוויות הגופניות – הכוונה היא למאפיינים רבים ומגוונים של העצמי הגופני שעלולים להוות גורם מסייע להתאבדות נוכח קיומו של כאב נפשי בלתי נסבל.



במקרים רבים ההתנהגות האובדנית כוללת מתקפה פיסית על הגוף, מתקפה שנראית כקשורה גם לעמדות ורגשות כלפי הגוף וגם לחוויות גופניות ספציפיות. ההנחה הבסיסית גורסת שלאנשים אובדניים יש עמדות ורגשות שליליים כלפי גופם כמו גם התרחקות הגנתית מגופם הכוללת אנהדוניה גופנית, דיסוציאציה גופנית, סיפי תחושה גבוהים, סבילות גבוהה לכאב, חוסר אכפתיות כלפי הגוף, תחושת חוסר שליטה בגוף וגבולות גופניים רופפים.

הפגיעה בחויית הגוף ובדימוי הגוף עלולה להביא לתופעות קשות החל מניתוק, חוסר אכפתיות וחוסר רגישות לרמזי הגוף, דרך הזנחת הגוף וליקויים בפונקציות השמירה העצמית והטיפול וכלה בשנאה חריפה של הגוף והפניית תוקפנות פיסית כלפיו. תופעות אלה מקלות על הבחירה בהתאבדות כפתרון, נוכח תנאי חיים קשים מנשוא ומצבי לחץ קיצוניים. ההנחה היא שהפגיעה הקשה בקשר של האדם לגופו אינה גורם ישיר להתאבדות אלא גורם מקל ומאפשר, שבשילוב עם גורמי התאבדות חיצוניים ופנימיים עלול להעלות את ההסתברות של בחירה בפתרון האובדני. לצד הכאב הנפשי החריף, תחושת חוסר התקווה והייאוש ניצבים שנאת הגוף והניתוק ממנו היוצרים מוכנות לוותר על הגוף ועלולים להוות את המסמר האחרון בארון המתים, תרתי משמע.

הנחה נוספת נוגעת לשורשי ההפרעה בחויית הגוף ובדימוי הגופני הנעוצים בליקויים בקשר הראשוני עם הדמויות המטפלות שעלולים להתבטא בקושי לזהות את צרכי התינוק ולהיענות להם באופן תואם, בטיפול אפטי ומזינח ואפילו בניצול ופגיעה. מדובר בחוויות ראשוניות ומוקדמות המבססות הפרעות בחוויות הגופניות ומחבלות בקשר הנבנה בין האדם וגופו.

השמירה העצמית דורשת עמדות אקטיביות בכל הנוגע להגנה על הגוף, טיפול גופני ואהבת העצמי הגופני. הגוף נהיה מקור לסיפוק והנאה המחזק את הנטייה לשימור החיים, מגביר את המשיכה לחיים ומהווה מגן כנגד הרס עצמי ואילו חוסר שביעות רצון גופנית עלולה להגביר סבל ולהעצים נטיות להרס עצמי. בנוסף, תחושות גופניות כמו רגישות לתהליכים גופניים פנימיים יכולות לשמש כסמן אזהרה וכמערכת אזעקה כנגד פגיעה גופנית במטרה להגביר את ההגנה מפני איומים חיצוניים או פגיעה עצמית.



למושג " דימוי - גוף " (Body-image) משמעויות פילוסופיות, נוירולוגיות, פסיכולוגיות חברתיות ותרבותיות ובמרוצת השנים נתנו לו הגדרות רבות ומגוונות הנובעות מאופיו המורכב והרב ממדי. במחקר הנוכחי ההתייחסות למושג " דימוי גוף " היא רחבה מאד, כך שהוא מוגדר כאוסף של הייצוגים המנטליים של גופינו המשקפים את מכלול התחושות, התפיסות, הרגשות, הציפיות, הקוגניציות וההתנהגויות הקשורות בגוף (Van der Velde, 1985; Cash & Pruzinsky, 1990). מבחינה התפתחותית האינטראקציות עם הדמויות המטפלות בשנות החיים הראשונות הן הכר להתפתחות דימוי הגוף, אך הוא ממשיך להתפתח לאורך החיים ולהוות מרכיב מרכזי של הדימוי העצמי. (Van der Velde, 1985 ;Kruger, 1990).

### **התפתחות דימוי הגוף מתוך הקשר הראשוני עם הדמויות המטפלות**

מבחינה התפתחותית הגוף ותחושות הגוף הם הדבר הראשוני, משם מתפתחת תחושת העצמי ונוצרים ייצוגים מנטליים של העצמי, כולל דימוי גופני. (Krueger, 1990 ; Van der Veld, 1985). להלן אסקור נקודות ציון משמעותיות בהתפתחות הדימוי הגופני בראשית החיים, תוך הדגשת הקשר עם הדמויות המטפלות :

### **טיפול גופני ומגע כמשאב הישרדותי**

בראשית החיים, החוויה הגופנית והחוויה הנפשית אינן מופרדות זו מזו. התחושות הגופניות כמו רעב, שובע, מגע וחוסר מגע יוצרות חויית עולם בלתי מובחנת, הנחויות דרך השיקוף האימהי ואינה ניתנת להפרדה מהאם. הקשר הראשוני בין האם לתינוק מבוסס על חויות חושיות ובעיקר על מגע. ברחם הקשר הגופני בין האם לתינוק הוא מוחלט. לאחר הלידה, הטיפול בתינוק הכולל החזקה ( Holding ), האכלה, ניקיון והגנה מפני פגיעה ומפני הצפה של גירויים חושיים נעשה תוך שמירת קרבה רבה לעור האם. מכאן שרגשות האם והתקשורת שלה עם תינוקה מבוטאים במידה רבה באמצעות המגע הגופני. בהתפתחות הנורמלית, דרך המגע והטיפול הגופני האם מעבירה לילד קבלה, אהבה, שמירה ותחושת ביטחון. החויות הגופניות המהנות של התינוק יחד עם המחוות האוהבות של האם יוצרות אצלו את הבסיס לתחושות של חיבה כלפי גופו ובהמשך את



התפתחותו של סלף גופני פרימיטיבי שאת תחושת הרוגע שלו התינוק מבקש לשמור. ( ;  
(Winnicot, 1962 ; 1993 ; לנדאו, Furman, 1984; Pruzinsky, 1990).

חשיבות הקשר הפיסי הקרוב בראשית החיים, כמשאב הישרדותי והתפתחותי הודגם  
אמפירית הן בחיות והן בבני אדם. Harlow (1958) ו- Harlow & Suomi (1970)  
סיפקו עדויות אמפיריות להתנהגויות של חיפוש מגע רך ונעים אצל גורי קופים.

Ainsworth, Blehar, Waters & Well (1978) מצאו שתינוקות שהוחזקו פיסית על  
ידי אימותיהם לפרקי זמן ארוכים יותר היו יותר בטוחים מבחינה רגשית בהשוואה  
לתינוקות שהוחזקו פחות על ידי אימותיהם.

הקשר הפיסי עם האם הוא בעל חשיבות מכרעת לפגים - - Kengaroo Mother  
Intervantion; טיפול במסאז'.

קיימות עדויות אמפיריות להשפעה ההרסנית של חוסר בקשר פיזי קרוב על ההתפתחות,  
בחיות ובבני אדם.

Pihoker, Owens, Kuhn & Bartolome, Johnston & Schanberg (1994) ו-  
Schanberg (1993) מצאו כי הפרדת גורי עכברים שטרם נגמלו, מאמם יוצרת אצל  
הגור תגובה פיזיולוגית הסתגלותית שעיקרה עיכוב הגדילה. דפוס ספציפי זה של  
הסתגלות להפרדה מהאם אינו קשור למזון או לשינוי טמפרטורה, אלא נובע מהעדר סוג  
מיוחד של גריית מגע של הגור על ידי האם. " סינדרום החסך האימהי " מוגדר על ידי  
פיגור הגדילה, נסיגה חברתית, התקשרויות בינאישיות מסורבלות ותקשורת מילולית  
מעוכבת, שאינן על רקע אורגני. ( בספרות הפסיכיאטרית מכונה כ " הפרעה תגובתית  
בהתקשרות בתקופת הינקות " ובקיצור RADI ). בדומה לממצאים לגבי גורי עכברים,  
ילדים בעלי RADI מציגים ליקוי בהפרשת הורמון גדילה ודיכוי של תגובת הרקמות  
להורמון זה, המחוזקים כאשר הם מועברים לסביבה מטפחת יותר. ( Schanberg,  
1997). Spitz (1965) מתאר עיכובים התפתחותיים ( פסיכולוגיים ופיזיולוגיים )  
ניתוק, נסיגה חברתית, פגיעה עצמית ושיעור תמותה גבוה בקרב ילדי מוסדות שהופרדו  
מאמותיהם בגיל צעיר. הוא מדגיש שהילדים לא סבלו מחוסר בטיפול רפואי ופיסי אלא  
מהעדר של טיפול אימהי וכל המשתמע ממנו.



### טיפול גופני ומגע כבסיס לתחושה ראשונית של "עצמי גופני" (Body self)

החוויות החושיות ובעיקר המגע הם הבסיס להתפתחות ההבחנה בין העצמי ובין מה שאינו עצמי, כך שהעור כגבול פיסי הוא הבסיס להתפתחות תחושת העצמי. Bick (1968) מתארת את חשיבות המגע הראשוני בין האם לתינוק, בעיקר על ידי המגע של העור ביצירת החוויה של אובייקט מכיל. בשלבים הראשונים של חוסר אינטגרציה, חלקי האישיות אינם מובחנים מהחלקים הגופניים וזקוקים לחוויה של היות מוחזקים יחדיו - חוויה זו מסופקת בתחילה על ידי האם הנחוות כעור מגן ובהמשך מופנמת על ידי התינוק, כך שחווית הילד את עורו מאפשרת לו להרגיש שחלקי גופו ואישיותו מוחזקים ומוכלים - כך שהעור הפיסי הוא למעשה הבסיס להתפתחות העור הפסיכולוגי. Bick (1968) סבורה שאחת ההגנות המרכזיות מול חוויה של חוסר הכלה הוא יצירת עור משני כאשר האם אינה ממלאת את הפונקציה העורית המגינה, התינוק מייצר לעצמו מעין עור מגן משני באמצעות פנטזיה אומניפוטנטית. Jung (1931) הדגיש את חווית הגוף כמיכל שומר ומגן כחיונית לתחושת ביטחון בסיסית. Federn (1952) מתאר את גבולות האגו הגופני כבסיס לבוחן מציאות תקין.

Fisher (1986, 1990) ו-Fisher & Cleveland (1958) טוענים כי הפונקציה המרכזית של החוויות הגופניות היא לספק גבול אישי המבחין את העצמי כישות פסיכולוגית מהעולם החיצוני. לדבריהם מידת הביטחון של האדם בגבולות גופו היא מאפיין מרכזי וקבוע יחסית של דימוי הגוף שלו.

החל מגיל מספר חודשים, עם התפתחות היכולות התנועתיות וההתנסויות בתנועה מכוונת ובפעולות הגורמות לשינויים בסביבה - רוכש הילד שליטה הולכת וגוברת באברי גופו המעניקה לו תחושת יכולת גופנית והרגשת שליטה בסביבה. בשילוב עם היכולות הקוגניטיביות המתפתחות (בעיקר יכולת ראשונית ליצירת דימויים), מתחיל התינוק להכיר במופרדות גופו מהאובייקט ולפתח מודעות גם לחלל שמעבר לגופו (Kruger, 1990). Schildler (1935) מדגיש כי התנועה של הילד בסביבה והרשמים התפיסתיים, החיצוניים והפנימיים, הנובעים ממנה משתלבים בתוך דימוי הגוף המתפתח. לתנועה יש תפקיד מרכזי בהגדרת גבולות העצמי ובהבחנת העצמי מהסביבה התפיסתית הכוללת.



### ביסוס הקשר בין הגוף לעצמי

Winnicott (1962) מתאר את הקשר שנוצר בין התינוק לגופו בשנת החיים הראשונה, קשר שאינו מולד לדבריו. בתהליך זה של "השתכנות הנפש בגוף" או "פרסונליזציה" נוצר האיחוד היציב בין האגו והגוף ומושגת ישות פסיכוסומטית אינדיבידואלית שבה יש קשר בין אישיות הילד ובין גופו ותפקודיו. תהליך זה מותנה בטיפול אימהי רציף, אקטיבי ומסתגל לצרכי התינוק ולאופיו הייחודי. חשיבות מיוחדת נתונה להתחשבות ברגישויות החושיות של התינוק - רגישות העור למגע ולטמפרטורה, רגישות שמיעתית וויזואלית ותחושת כוח הכובד - ולהגן עליו מפני פגיעה גופנית. התהליך מגיע לשיאו בערך בגיל שנה, ואם הוא מופרע נוטה הנפש לפתח ישות הקשורה אך במטושטש אל החוויה הגופנית. פלדפוגל (1993) מדגישה את התפקוד השקט של הגוף הבריא התורם לתחושת הרצף ובהמשך בתהליך הפרסונליזציה. היא טוענת כי התינוק החווה כאב פיסי מתמשך - המעורר בו תחושות בדידות, פולשנות והרס מתגונן על ידי ביצוע חיץ מהאיבר הכואב, כך שהוא מתנכר אליו ובכך מכחיש את החרדות האיומות הנוגעות לאותו איבר. המחיר הוא פגיעה בתהליך הפרסונליזציה. ההנאה הליבידינלית, המושגת דרך התפקודים הגופניים, תורמת גם היא לתהליך הפרסונליזציה בכך שהיא מקנה תחושה של בעלות על הגוף ושלמותו.

Strauss (1967) השייך לפסיכולוגיה הפנומנולוגית מתאר חוויה בסיסית נוספת בקשר של האדם לגופו- תחושת הבעלות (Mineness), כך שהגוף החי נתפס תמיד כ " גופי שלי ". תחושת הבעלות על הגוף נרכשת במהלך ההתפתחות והיא מבוססת על התנסויות גופניות והגדרה ברורה של גבולות בין מה שייך לי ומה לאחרים. תחושת הבעלות עלולה להיפגע נוכח כאב ומחלה פיסית, בעקבותיהם האדם חווה תחושת זרות כלפי גופו ( מתוך Moss, 1989 ). Schildler (1935) דיבר על החוויה הגשטלטיסטית של אחדות הגוף והאינטגרציה בין חלקי הגוף, כחיונית לבריאות הנפשית.

טיפול גופני כבסיס ללמידה ראשונית של העצמי הגופני





Bollas (1987) מדגיש את תפקיד האם כאובייקט מתמיר (Transformational object) עבור התינוק, כך שהעצמי של התינוק משתנה על ידי נוכחות האם בתהליך בלתי פוסק. מצבים של מצוקה כמו רעב וריקנות משתנים על ידי חלב האם לחוויות של שובע והתמלאות. האם אמורה לחוש את חוויות התינוק, לקבל אותן ולשנות אותן לצורה מסוימת של ייצוג - כך מצב שאינו מובחן עובר תהליך של מובחנות על ידי ההיענות האימהית. (מתוך לנדאו, 1993).

Bruch (1973) מציינת כי רק דרך ההיענות התואמת והדיפרנציאלית של האם לסימניו הבלתי מובחנים של התינוק, מתחיל התינוק לפתח מודעות ראשונית למובחנות שבין צרכיו הגופניים. כשהאם מציעה מזון בתגובה לסימנים המעידים על צורך תזונתי, התינוק יפתח בהדרגה מודעות לרעב כתחושה הנבדלת ממתחים וצרכים אחרים. לעומת זאת, תגובה לא תואמת מתמשכת של האם לסימני התינוק, המתבטאת בהזנחה והתעלמות, או בדאגת יתר ובחוסר גבולות, עלולה לגרום לתינוק לתחושת בלבול וחוסר שליטה בגוף וחויית הגוף באופן מעוות. המודעות הזו לצרכיו וההכרה בשייכותם לעצמי הן חיוניות לפיתוח תחושה של אחריות ושליטה בגוף. Bruch מציינת, על סמך עבודה קלינית רבת שנים עם מטופלים עם הפרעות אכילה, כי לאנשים עם הפרעות אכילה חמורות (אנורקסיה, השמנת יתר) יש הפרעה בסיסית ביכולת לזהות תחושת רעב באופן נכון ולהבחין בינה ובין צרכים גופניים אחרים או עוררות רגשית.

#### אינפורמציה ויזואלית מחלקי הגוף

Schildler (1935) ציין כי אחד ממרכיבי דימוי הגוף הוא האינפורמציה הויזואלית המגיעה מחלקי גוף שונים - כיצד הגוף נראה. ואכן כבר תינוקות צעירים מאד מגיבים בהתרגשות מיוחדת כשהם רואים את דמותם במראה ובגיל 3 הם מראים הכרה עצמית ברורה ועקבית (Fisher, 1990). Krueger (1989) מציין כי תינוקות בני 9-12 חודשים מגיבים באופן דומה לדמותם במראה, גם אם המראה מעוותת. לעומת זאת, פעוטות בני 13-15 חודשים מגיבים באופן שונה לדמותם האמיתית והמעוותת במראה. Merlau Ponty (1962) ממעצבי הגישה הפנומנולוגית לדימוי הגוף מדגיש את הסלקטיביות הרבה באופן בו האדם תופס את גופו וטוען כי הדמוי הגופני מתפתח בראש



ובראשונה מהמוכרות שהילד מפתח עם גופו דרך התנועה במרחב החיים, כך שהילד "חי את גופו" וכי הדימוי הפיסי נרכש בהקשר של יחסים אינטימיים עם הדמויות המטפלות - איך אחרים רואים אותי. תמונה אובייקטיבית של הגוף נרכשת, אם בכלל, מאוחר יותר ומבוססת על הדמוי הגופני. ( מתוך Moss, 1988 )

### המסר ההורי

התנסויות הילד בתנועה במרחב תלויות באופן ניכר בהוריו. עם ההתפתחות המואצת של היכולת המוטורית של הילד, גוברת האפשרות שלו להיקלע למצב מסוכן. תפקיד ההורים כמודל והאינטראקציה בינם ובין הפעוט בכל הקשור ישירות לזהירות, הכרה בסכנות והימנעות מהן הוא חשוב ביותר. עידוד התנסות הוא חיוני להתפתחות הילד והגבלת יתר עלולה להביא להפנמה של התנהגות מעוכבת, לצמצום החקר האקטיבי של הסביבה ולפגיעה בהתפתחות דימוי הגוף ותחושת העצמי. גם אי הגבלה והעדר הגנה על הילד בהתנסויותיו בסביבה עלולים לגרום לסיכון ממשי לילד, לפגיעה בדימוי הגופני כתוצאה מחזיונית חוזרת של גוף פגוע ולפגוע ביכולת לשמירה עצמית ( Bruch, 1973 ; Mahaler, ) (1969).

המסר ההורי בכל הנוגע להתנסות וגבולותיה חשוב גם להתפתחות תחושת הערך העצמי של הילד. איזון בין עידוד התנסות ויחזמה ובין הגנה מפני סכנה מעביר לילד מסר שהוא ראוי להגנה. הילד מפנים את המסר ומפתח הערכה עצמית מספקת בכדי להגן על עצמו ( Stechler & Kaplan, 1980 ).

Van der Velde (1985) מדגיש, כי הדימויים הגופניים נוצרים דרך האינטראקציה של התינוק עם הדמות המטפלת ומכאן שדמויי הגוף של האדם הם השתקפות של המשמעות שקושרה להתנהגות הדמות המטפלת. הילד מפנים את עמדות ההורים כלפי גופו והן מהוות את הבסיס לאופן בו התינוק יתייחס לגופו. הילד מקשר את החזיונות הפנימיים של כאב, רעב, צמא ומגע מנחם עם התנהגויות חיצוניות, תנוחות גוף ורמזים של הדמות המטפלת - הגורמים לשינוי בחזיונות ובתחושות. התנהגויות הטיפול ההוריות מחוקות, נלמדות ומופנמות על ידי הילד.



דימוי הגוף והמסר ההורי כבסיס להתפתחות היכולת ל-"Self care" ( דאגה, טיפול ושמירה על העצמי ).

Freud ראה באגו את המנגנון הנפשי האחראי לתפקודי השמירה העצמית. הדגש על האגו כסוכן השימור העצמי פותח על ידי Hartman (1939) הטוען כי תפקודי האגו המתפתחים על ידי הבשלה ולמידה, הם שמאפשרים את השימור העצמי - תוך וויסות היחסים עם הסביבה וארגון התאום בין המערכות הנפשיות והמצב הסביבתי בו- זמנית. Khantzian & Mack (1983) בסקירה נרחבת של ההתייחסות הפסיכואנליטית לתחום השמירה העצמית, מגדירים את התפקודים המרכזיים המרכיבים את מערכת השמירה העצמית:

1. השקעה ליבידינלית בהערכה עצמית חיובית ותחושה שהאדם "שווה" הגנה.
2. היכולת לצפות סכנות על סמך רמזים מקדימים, על ידי חרדה.
3. היכולת לשלוט באימפולסים ולמנוע הנאות שעלולות להסתיים בפגיעה.
4. הנאה משליטה בסיטואציות של סיכון בהן הסכנה נמדדת בהתאם.
5. ידע לגבי העולם ויכולת הפרט לשרוד בו.
6. היכולת לאסרטיביות או לאגרסיביות לצורך הישרדות.
7. כשרים בינאישיים, בעיקר בחירת אחרים שיגבירו את ההגנה ולא יפגעו בקיום האדם.

מדובר אם כן ביכולת מורכבת הכוללת תפקודי אגו רבים בהם: תהליכים קוגניטיביים של תפיסה, אינטגרציה והערכה ריאלית של הסביבה, תהליכים רגשיים המדריכים להפעלת הגנות ולהימנעות מסכנה, עקבת אימפולסים וחרדת סימן. היכולות הללו מתפתחות מתוך הקשר עם הדמויות המטפלות, הן בעלות משמעות רבה בכל הנוגע לתופעות של הרס עצמי והתאבדות ( ; Khantzian & Mack, 1983 ; Orbach, 1997 ).

תפקודי ה "Self care" הם בבסיסם גופניים ( דאגה לגוף ולבריאות, טיפול בגוף וטיפוח, שמירה מפני פגיעה גופנית ) . Khantzian & Mack (1983) מדגישים את חשיבותם של תפקודי ה- Self care בהתפתחות הנורמלית ובקשת רחבה של תופעות פסיכופתולוגיות, בעיקר של פגיעה עצמית והרס עצמי. לדבריהם, למרות שמרבית



ההתייחסות הפסיכואנליטית לתופעות של הרס עצמי התמקדה באינסטינקט המוות ובהפניית דחפים תוקפניים כלפי העצמי, יש לבחון תופעות אלה גם כנובעות מפגיעה בהתפתחות תפקודי השמירה וההגנה העצמית.

ההנחה שפונקציות השמירה העצמית מסופקות בתחילה על ידי ההורים ונרכשות בהדרגה על ידי הילד, תוך השפעה ניכרת של הטיפול ההורי על כמות ואיכות היכולות הנרכשות, עוברת כחוט השני בתיאוריות הפסיכואנליטיות והפסיכודינמיות העוסקות בנושא וכן בממצאים האמפיריים. ככלל הילד מפנים דרך הטיפול ההורי הן את המוטיבציות הפסיכולוגיות לשמירה עצמית והן את ההתנהגויות והפעולות ההכרחיות לטיפול ושמירה עצמית (Krueger, 1990 ; Van der Veld, 1985).

להלן נציג מספר התייחסויות תיאורטיות לתהליכים המתווכים בין הטיפול ההורי ובין תפקודי ה "Self care".

#### מוטיבציות בסיסיות לשמירה עצמית

Khantzian & Mack (1983) טוענים כי תנאי מקדים לרכישת היכולת לשמירה עצמית הוא טיפול הורי חם ומגן המשדר לילד שהוא ראוי לטיפול והגנה.

Winnicott (1960) כמו גם Kohut (1971) הדגישו את חשיבות הטיפול ההורי החם והמגן להתפתחות ההערכה העצמית החיובית של הילד, בזכותה הילד תופס עצמו כאהוב ו"שווה" טיפול. הערכה עצמית חיובית בסיסית היא חיונית לפיתוחו של דימוי גופני חיובי הכולל התנהגויות של שמירה עצמית והימנעות מפגיעה. Hoffer (1950) מדגיש כי בנוסף למערכת הגופנית הפנימית המבוססת על ההבחנה בין חוויות מכאיבות וחוויות מהנות, אשר מנחה את התינוק בהפניית הדחפים התוקפניים כלפי חוץ ולא כלפי פנים ("מחסום כאב") פעולות הטיפול ההוריות כמו גם התגברות ההבחנה בין עצמי ולא עצמי ( על ידי פעולות גופניות המאפשרות סיפוק דרישות דחפיות בשליטת האגו, כמו ביסוס הקשר בין היד לפה המאפשר סיפוק עצמי של צרכים אורליים ) מאפשרות הטענה ליבידינלית של הגוף עד לדרגה של אהבה עצמית. מכאן שהתינוק לא פוגע בעצמו משום שהוא אוהב את עצמו כל כך. לדבריו, פגיעה במחסום הכאב ובתהליך ההטענה



הליבידינלית של הגוף בינקות אחראים לתופעות של פגיעה עצמית ופתולוגיות של האגו הגופני.

A. Freud (1949) כמו גם Kennedy & Moran (1984) מדגישים את תפקיד הטיפול ההורי בעידון ההתנהגות התוקפנית. תוקפנות היא תגובה נורמלית לכאב ומופנית כלפי מקור הכאב. טיפול הורי חם ואוהב, המגן על הילד מפני פגיעה וכאב, מאפשר ויסות והפחתה של התוקפנות הטבעית.

Furman (1984) מציינת כי טיפול הורי אפטי, מזניח ופוגע המופנם על ידי הילד, פוגע בהתפתחות האהבה העצמית הגופנית והנפשית המשמשת כמגן מפני נטיות הרס עצמי ומביא ליחס אפטי ופוגע של הילד כלפי עצמו שעלול להתבטא בהימנעות מהגנה עצמית בפני סכנה ואף בפגיעה עצמית מכוונת. Furman מתייחסת ישירות לקשר שבין טיפול הורי לקוי, הפרעות בדימוי הגופני ונטיות התאבדות ועמדתה התיאורטית תורחב בהמשך.

#### הפנמת פונקציות השמירה העצמית

Winnicott (1960) ו-Mahler (1969) הדגישו את חשיבות איכותו וכמותו של הטיפול ההורי בינקות בהתפתחות היכולת לשמירה עצמית. הם מתארים טיפול אופטימלי הנמנע מקיצוניות בסיפוק / מניעת הצרכים ובכך מעודד התפתחותן של יכולות האגו לשאת תסכול וקושי. תהליכים אלה מובילים להטמעה של פונקציות הטיפול והשמירה אל תוך האגו של הילד והן הבסיס ליכולת לשמור על ערך עצמי מתאים, לפתח מנגנוני הגנה ולהסתגל למציאות. יכולות אלה הן כזכור מבסיס היכולת לשמירה עצמית.

A. Freud (1965) מתארת קווי התפתחות הנעים מחוסר אחריות לאחריות בטיפול הגופני. לדבריה, תהליכים של אכילה, שינה, הפרשות, היגינה גופנית ומניעה של פציעה ומחלה - צריכים לעבור התפתחות מורכבת וארוכה עד שהם עוברים מאחריות האם והופכים להיות בשליטה מלאה של האדם. קו התפתחותי אחד נע מיניקה לאכילה רציונלית, קו התפתחותי שני נע מהרטבה ולכלוך לשליטה בעשיית הצרכים ועיקרו השגת שליטה בטוחה ואוטונומית בהפרשות. קו התפתחותי שלישי נע מחוסר אחריות לאחריות על הטיפול בגוף ועיקרו השגת היכולת לטפל בגוף בכל הנוגע להיגינה ושמירת הבריאות ולהגן על הגוף מפני סכנות חיצוניות. לדבריה בשלב הראשון יש הפנייה של התוקפנות



כלפי חוץ ( "מחסום הכאב" ) , בשלב השני מתגברת האוריינטציה לעולם החיצוני, כך שמתחילה הבנה של תהליכי סיבה ותוצאה ומושגת הבנה ראשונית לצורך לשלוט במשאלות לסכנה. התפתחותן של פונקציות אגו אלה בשילוב הקתקסיס הנרקסיסטי לגוף - מגינים על הילד מפני סכנות חיצוניות. עם זאת, כל פגיעה זמנית בפונקציות אגו אלה מותירה את הילד פגיע וזקוק להגנה הורית. רק בשלב השלישי הילד מיישם באופן וולונטרי את החוקים להגינה גופנית ולשמירה עצמית. Freud, A. ( 1972 ) מציינת שחוויות חוזרות של כאב מוקדם, עלולות לגרום לעיוות בהתפתחות קשרים חיוביים הטעונים באנרגיה ליבידינלית ולהביא להפניה של תוקפנות כלפי גוף הילד וכלפי אחרים. Grossman (1991) מציין שכאב ורגשות כאב קשורים לרב עם הדחף התוקפני, כך שכאב פיסי יכול להיחשב כמוקד גופני של הדחף התוקפני, כפי שהאזורים הארוגנים הם מוקדי הדחף המיני. בינקות ובילדות קיימות באופן נורמלי חוויות מכאיבות הנובעות ממקורות חיצוניים ופנימיים - טיפול הורי חם ואוהב, המגן על הילד מפני פגיעה וכאב ומקנה לו חוויות חיוביות ונעימות, מאפשר ויסות והפחתה של התוקפנות הטבעית ( Weil, 1981 ).

חוויות מוקדמות של כאב ותסכול, שאינן מופחתות בעקבות חוויות מהנות עם האובייקט עקב טיפול הורי מזניח ופוגע, עלולות לגרום לחוסר איזון בין כאב והנאה, כך שכאב ותוקפנות הופכים למאפיינים העיקריים של הקשרים עם הסביבה ועם העצמי. כך שחוויות מוקדמות מהנות מהוות את הבסיס להתפתחות תחושות אהבה וביטחון כלפי האובייקט והעצמי, שהן הבסיס לשמירה עצמית ואילו חוויות שליליות ומכאיבות מבססות תחושות חוסר ביטחון, תוקפנות ושנאה כלפי האובייקט והעצמי ( Kennedy & Moran, 1984 ).

פלדפוגל (1993) מציינת " שאפילו טראומה פיסית חמורה מאד עלולה להסב נזק רגשי קטן יחסית, אם ההחזקה האימהית היא טובה ואם אפשר לסייע להעניק משמעות ושם לטראומה..." .

Joffe & Sandler (1965) מציינים כי תוקפנות היא תגובה נורמלית לכאב ומופנית כלפי מקור הכאב. במידה והכאב נחוה בתוך העצמי, העצמי עלול להפוך לאובייקט כלפיו מופנית התוקפנות ואף השנאה. Kennedy & Moran (1984) מתארים כיצד הפניית



התוקפנות כלפי העצמי מהווה פשרה בין הצורך לפגוע באובייקט המכאיב ובין הצורך באהבתו - כך שכאב פסיכולוגי מופחת על ידי כאב פיסי.

לסיכום ניתן לומר כי המוטיבציות הבסיסיות לשמירה עצמית הן חזויה בסיסית של חיבה כלפי הגוף, דימוי גופני חיובי, הערכה עצמית חיובית ותפיסת העצמי כראוי לטיפול ושמירה. התנהגויות השמירה והטיפול עצמן נלמדות, מחוקות ומופנמות בהדרגה מתוך הקשר עם הדמויות המטפלות.

עיקר העדויות הקליניות והמחקריות התומכות בחשיבות המסר ההורי והטיפול ההורי להתפתחות דימוי הגוף ותפקודי השמירה העצמית מגיעות מתופעות של נטייה מוגברת לתאונות ופגיעה עצמית גופנית מכוונת, שנמצאו בקרב ילדים שחוו הזנחה בטיפול ההורי (Malone et al ; (1966) Lewis, Soltin, Stark, Gabrielson & Klatskin ; (1967) Frankel ; (1963) Green ; (1978) Green ; (1985-1986) Bagley & Ramsay ; (1989) Briere).

אם כן, בשנות החיים הראשונות הילד חווה את עצמו ואת סביבתו בעיקר דרך חוויות גופניות וזו תקופה קריטית לעיצוב דימוי הגוף. מתוך כל האמור לעיל, עולה החשיבות המכרעת של הקשר הראשוני של הילד עם הדמויות המטפלות ( בעיקר האם) בהתפתחות התחושות והחוויות הגופניות, גבולות הגוף ונפרדותו, תפיסת מראה הגוף, הרגשות והעמדות כלפי הגוף וכן ההתנהגויות הקשורות בגוף ובעיקר טיפול והגנה על הגוף לעומת פגיעה עצמית.

### **התפתחות דימוי הגוף בגיל ההתבגרות**

למרות שדימוי הגוף נוצר בראשית החיים, הוא ממשיך להתפתח ולהתעצב במהלך החיים מתוך החוויות וההתנסויות הגופניות ומיחס הסביבה לאדם ולגופו. המחקר הנוכחי בודק דימוי גופני וחוויות גופניות בקרב מתבגרים.

גיל ההתבגרות הוא תקופה של שינויים עמוקים בתפקוד הביו- פסיכו- חברתי, הכוללים שינויים בתפקודי הגוף והופעתו, בתפקוד הרגשי והקוגניטיבי ובהתנהגויות החברתיות. הכללת השינויים הגופניים בתוך דימוי גופני משתנה וביסוס מושג עצמי מורכב ויציב כאדם



בעל ערך, הן משימות מרכזיות של תקופה זו ( Koff, Rieden & Stubbs, 1990 ). מוס (1988) מציין כי אין תקופה אחרת בחיי האדם, פרט לינקות, שבה מתרחשים שינויים גופניים רבים כל כך ומשמעותיים כל כך כמו בגיל ההתבגרות וכי ההסתגלות הפסיכולוגית לבשילה הפיזיולוגית היא אחת המשימות המרכזיות בגיל זה. Ritvo (1984) מציין כי התקופה שבה דימוי הגוף טעון בקונפליקטים באופן החזק ביותר היא גיל ההתבגרות. Laufer (1991) מציינת כי מבחינה התפתחותית דימוי הגוף האינטגרטיבי והשלם, המהווה בסיס לזהות המינית של האדם, מתגבש רק בסוף גיל ההתבגרות. לדבריה הצורך להטמיע את השינויים הגופניים המתרחשים בגיל ההתבגרות לתוך דימוי הגוף הקיים, שהתבסס בילדות, נחווים באופן לא מודע כאיום על דימוי הגוף הקיים ועל השאיפות להישאר מטופל ואהוב באופן לא אינסטינקטואלי, המקושרות אליו. באופן נורמלי, השינויים הגופניים מופנמים בהדרגה לתוך דימוי הגוף ונוצר דימוי גופני בשל ומיני המקושר עם רגש חיובי לקראת סוף תקופת ההתבגרות. ישנם בני נוער עבורם השינויים הגופניים נחווים כמקור קבוע לחרדה מציפה. Laufer (1991) ו-Laufer & Laufer (1984) מדווחים מתוך עבודתם הקלינית עם בני נוער בעלי הפרעות נפשיות על תופעות כמו: הכחשת קיומם של האיברים הגניטליים או הכחשת שייכותם לעצמי, תחושות של שנאה ובושה כלפי הגוף, רצון להרוס את הגוף המיני, תחושה שההפרעה או הקושי מצויים בתוך הגוף, תפיסת יחסי מין לא כמקור להנאה אלא כאמצעי לפריקת מתח וחרדה. ההתמודדות עם השינויים הגופניים ועם החרדה שהם מעוררים נעשית על ידי הכחשת המציאות ( הכחשת השינויים, התעלמות מרמזי הגוף ) ואף על ידי ניסיונות פעילים לשינוי המציאות, כפי שמתבטא באנורקסיה נרבוזה, בפגיעה עצמית ובהתאבדות. Laufer (1998) מציינת שני מאפיינים עיקריים של המתבגרים האוכדניים שאיתם עבדה: הראשון תחושות קיצוניות של חוסר ערך ושנאה עצמית המשולבות עם חוסר יכולת לניתוב בונה של הכעסים לקראת היפרדות מההורים והשני תחושות של אבנורמליות ושנאה כלפי גופם, כך שכל ניסיון להשתמש בגוף כמקור להנאה מוביל להגברת תחושת האבנורמליות.





בגיל ההתבגרות ניכרת רגישות רבה לתגובות הסביבה לגוף כמושך, תואם מבחינת הבדלי מין, חזק פיסית ועוד, תוך מתן חשיבות מכרעת לסטנדרטים החברתיים אודות מהו גוף יפה ( Pruzinsky & Cash, 1990 ). Bruch (1981), כמו גם Striegel-Moor, Silberstein & Rodin (1986) ציינו את ההתבגרות הגופנית המוקדמת כגורם סיכון לפיתוח הפרעות אכילה בקרב נערות. נראה אם כן, שההנחה שבעיות דימוי הגופני וחוסר שביעות רצון מההופעה החיצונית הם נחלתן של נערות ונשים בלבד צריכה להיבחן שנית, תוך הגברת המחקר בתחום דימוי הגוף גם בקרב נערים וגברים.

#### **דימוי גוף וחויית גופניות, הפרעות בקשרים המוקדמים ונטיות התאבדות.**

Orbach (1996) מציין כי התאבדות היא בראש ובראשונה התקפה כנגד הגוף. כפי שהאדם העומד לאבד עצמו לדעת, מתמודד עם הפחד מהמוות ומהעובדה שיחדל להתקיים בעולם, כך עליו להתעמת עם העובדה שהוא עומד להרוס את גופו, את הופעתו ולוותר על ההנאות הגופניות. לדבריו, לאופן שבו האדם חש את גופו יש השפעה על הדרך שבה הוא מתמודד עם אימת המוות הקרב - כך שניתוק מהגוף או רגשות שנאה כלפיו מקילים על ביצוע פעולות של הרס עצמי.

עתה נציג התייחסויות תיאורטיות וממצאים מחקריים המתמקדים ישירות בקשר בין דימוי גופני וחויית גופניות, קשרים מוקדמים ונטיות התאבדות.

#### **עיוות בחויית גופניות של כאב והנאה ופגיעה באהבה העצמית הגופנית**

Furman (1984), היוצאת מהזרם הפסיכואנליטי, טוענת כי התגבשות נטייה סדיסטית-מזוכיסטית היא המביאה להתנהגות הרס עצמי והתאבדות אצל ילדים ובני נוער. הגרעין הסדיסטי-מזוכיסטי נוצר כתוצאה מעיוות בביטוי הדחפים ומעיוות בהתפתחות האהבה העצמית הגופנית.

העיוות בהתפתחות האהבה העצמית הגופנית - בהתפתחות הנורמלית, כבר ממחצית השנה הראשונה לחייו התינוק מתנסה בחויית נעימות של הקיום במידה מספקת, כך שהוא יכול לשמור אותן בזיכרון ולהתחיל לגבש תפיסה ראשונית של גופו כנעים ונינוח. לתינוק נטייה



טבעית לשמר את גופו ואת התחושות הנעימות הקשורות בו, הוא מוחה כאשר כואב לו והוא מגיב בביטויי הנאה לנוכח תחושות גופניות נעימות.

במהלך השנה הראשונה מפתח התינוק בהדרגה את דימוי הגוף שלו המכיל את חלקי גופו ואת גבולותיו. אם כן, התחושות הגופניות הנעימות, הנחויית ברובן כתוצאה מטיפול הורי אוהב ותואם, הן הבסיס להיווצרות דימוי גופני חיובי המגן על התינוק מפני פגיעה עצמית. לעתים התהליך משתבש והתינוק לא מצליח לגבש דימוי גופני חיובי. הסיבות לכך יכולות לנבוע מגורמים פיזיולוגיים כמו מחלה, נכות וגורמי כאב כרוניים, מטיפול הורי שאינו נענה לצורכי הילד ולא מספק לו חוויות נעימות ומנחמות, מטיפול הורי שלא מספק לילד הגנה מפני פגיעה, או מטיפול הורי המשלב פגיעה פיסית בגוף התינוק.

כאשר ההורה עצמו גורם נזק לגופו של הילד, דרך טיפול גס, מזניח, מעניש ומתעלל - הילד אינו יכול לפתח את האהבה הטבעית לגופו. הילד מזדהה עם הטיפול הלקוי והמעוות של ההורה כלפי גופו ועלול אף לפתח נטייה מזוכיסטית בה הכאב הופך מהנה ויש הימנעות מחוויות גופניות מכאיבות ואף חיפוש אקטיבי אחר חוויות כאלה.

סמנים מוקדמים להתפתחות כזו ניתן לראות אצל ילדים שאינם מתלוננים כאשר מכאיבים להם. ילדים אלה מתקשים להימנע מסכנות ומראים נטייה מוגברת לתאונות. לעתים מופיעה התנהגות של פגיעה עצמית המתבטאת בשריטה עצמית, תלישת שערות והטחת הראש במשטח קשה. לדברי Furman שני כיווני התפתחות מעוותים אלה, יוצרים את הגרעין של האישיות הילדותית בעלת נטיות ההתאבדות.

#### **הגוף כייצוג של יחסי אובייקט רוויי שנאה**

Maltsberger (1993) מתאר את הנוטים להתאבדות כאנשים שלא סומכים על גופם, לא אוהבים אותו ולא מרגישים בו בבית. Maltsberger טוען לקיומו של קשר ישיר בין ייצוגי סלף מוקדמים מופרדים ומעוותים; קשיים בהפרדה בין עצמי ואחרים; כעס בעוצמה גבוהה מאד ונטיות התאבדות. ההנחה התיאורטית היא שטיפול הורי חם ומגן בראשית החיים, מופנם ומהווה אינטגרטור של ייצוגי הסלף השונים לכדי מושג סלף יציב ושלם המופרד מאחרים. הפרעות בקשר הראשוני אם - תינוק ( הזנחה, דחייה, ניצול, שנאה ) יכולות לגרום להתפתחות תחושת סלף לא אינטגרטיבי ולא יציב. הכעס האינטנסיבי, הבא



לרב כתגובת הילד לתסכול ודחייה, משמש ככוח מפרק נוסף. כך, בעקבות ההפנמה ההרסנית של אם רעה, הנחווית באופן פיסי וממוקמת בייצוג המנטלי של דימוי הגוף, או התעללות פיסית או מינית בעקבותיה הגוף נחוה כדבר שנוא וכאמצעי המסמל את הכאב והמכאיב - הכעס המכוון תחילה כלפי האובייקט הפוגע, מופנה כלפי הגוף או חלק ממנו המזוהה עם האובייקט השנא ויכול להגיע עד רמה של הרס עצמי. לפי גישה זו, כעס ועוינות הם הרגשות העיקריים המתווכים בין הפרעות בקשרים המוקדמים, עמדות שליליות כלפי הגוף והרס עצמי.

### דיסוציאציה

Orbach (1996) מתאר קשר התפתחותי בין התנהגות אובדנית, דיסוציאציה וסבילות גבוהה לכאב. ההנחה היא שהצורך להתמודד עם נסיבות חיים קשות מנשוא בראשית החיים, כמו דחייה, יחסים סאדו-מזוכיסטיים וניצול פיסי יכולות להביא להתפתחות תהליכים דיסוציאטיביים כמנגנון הגנה. לעתים מתבססת דיסוציאציה גופנית המתבטאת בקהות חושים, חוסר אכפתיות כלפי הגוף וסבילות גבוהה לכאב פיסי. הדיסוציאציה הגופנית והסבילות הגבוהה לכאב פיסי משמשות כמגן מפני טראומה לא צפויה או לחץ מתמשך. אותו מנגנון המשמש להתמודדות עם תנאי חיים קשים מנשוא, עלול להגיע לדרגה של דיסוציאציה גופנית חמורה, המתבטאת בעמדות שליליות כלפי הגוף ותחושות שנאה ודחייה כלפיו ובסוף כאב גבוה ולהוות גורם מסייע להתנהגות אובדנית, כאשר האדם נתון למצב לחץ קיצוני.

ההנחה המרכזית היא שיחס שלילי כלפי הגוף, סבילות גבוהה לכאב פיסי ותחושת חוסר תקווה - עלולים להקל על ביצוע ההתנהגות האובדנית, מפני שהם מקילים על ההתמודדות עם ההכרה בכך שהוא עומד להרוס את גופו, את הופעתו ולוותר על ההנאות הגופניות וכן מקילים על הפחד מפני הכאב הפיסי הכרוך בהתאבדות ובהתמודדות הממשית עם הכאב במהלך המעשה.

לסיכום, ניתן לומר כי הקשר בין הנטייה האנלגסטית ובין הנטייה האובדנית הוא מורכב. הנטייה האנלגסטית המאפיינת את הצעיר האובדני מתפתחת כמנגנון הגנה והסתגלות כנגד חוויות קשות מנשוא. מחד היא לא מצליחה להפסיק את הכאב בנפשי הקשה ויש צורך



בפעולה קיצונית יותר בניסיון להפסיקו, כלומר בהתאבדות. מאידך הנטייה האנגלסטית מאפשרת ביתר קלות את הפעולה האובדנית בכך שהיא מעמעמת ומטשטשת את המודעות לכאב.

**העדויות האמפיריות התומכות בקיומו של קשר בין דימוי גוף וחויית גופניות ובין נטיות התאבדות.**

עמדות ורגשות שליליים כלפי הגוף בקרב מתבגרים אובדניים נמצאו על ידי של Orbach & Mikulincer (1996a) & Mikulincer (1998) , Orbach, Lotem-Peleg & Kedem (1995) Orbach, Herman, Kedem & Apter ; (1995) Petrie, Chamberline & Clarke ; (1988).

מתאם בין עוצמת הנטייה האובדנית, חוסר שביעות הרצון מההופעה החיצונית, מידת הדיסוציאציה ומידת הרגשות השליליים כלפי הגוף. Orbach & Mikulincer (1996a) מצאו כי מתבגרים אובדניים הראו נטייה פחותה של דאגה לגוף והגנה על הגוף בהשוואה למתבגרים לא אובדניים ולנורמלים. בנוסף לכך הם הראו יותר אנהדוניה גופנית בהשוואה לשתי הקבוצות האחרות.

סיפי כאב גבוהים ואנלגזיה לכאב בקרב אובדניים נמצאו במחקרים ובדיווחים קליניים רבים כך שיחידים אשר פגעו או פצעו את עצמם ( כחלק מניסיון אובדני או כפעולה של פגיעה עצמית ללא כוונות מוות ) דיווחו שהתהליך היה מלווה באנלגזיה לכאב, כלומר שלא חשו כאב פיזי במשך המעשה או אחריו. ( Rosenthal & Russ et al, 1993 ; Rosenthal, 1988 ; Pattison & Kahan, 1983 ; Orbach (1988) ו- פלגי (1993) מביאים תיאורים קליניים של מתבגרים אובדניים המתארים תחושה של ניתוק מהמציאות וכאילו הפגיעה הגופנית מתרחשת בגופו של אדם אחר בעוד המתבגר עצמו צופה מהצד. ) מתוך פלגי, 1995 .

Orbach, et al (1996) מצאו כי סף גבוה של כאב פיסי שכיח יותר בקרב מתבגרים המנסים להתאבד בהשוואה למאושפזים פסיכיאטריים ולנבדקים נורמלים. Orbach, Stein, Palgi, Asharov, Har-Even & Elizur (1966) מדווחים על רמה גבוהה יותר של אנלגזיה לכאב בקרב אנשים שניסו להתאבד בהשוואה לאנשים שנפצעו בתאונה. בנוסף



לכך מציינים החוקרים כי בעוד שבקרב נפגעי התאונות נמצא מתאם שלילי בין חויית המצוקה הפנימית ובין הסבילות לכאב - מה שמעיד על מנגנון של שמירה עצמית והגנה עצמית, בקרב האובדניים נמצא מתאם חיובי כך שככל שחויית המצוקה הפנימית הייתה גבוהה יותר כך הסבילות לכאב הייתה גבוהה יותר - מה שמעיד על מנגנון של הרס עצמי.

#### טיפול במגע

Field, Morrow, Valdeon, Larson, Kuhn & Schanberg (1992) מדווחים על ירידה בדיכאון ובחרדה, ירידה בהורמוני הלחץ (קורטיזול) וירידה בביטוי המחשבות האובדניות בקרב מתבגרים דיכאוניים- מאושפזים, בעקבות טיפול במסאז' (במשך שבוע) בהשוואה לקבוצת הביקורת.

#### **תיאור המחקר**

Garner & Garfinkel (1981) היו הראשונים שהבחינו באופן שיטתי בין מרכיב תפיסתי ובין מרכיב רגשי - עמדתי של דימוי הגוף, כך שהראשון כולל את התפיסה של האדם לגבי גודל גופו, חלקיו והפרופורציות ביניהם, המבוססת על קלטים חושיים שונים כמו תפיסה ויזואלית או תפיסה ברמה סנסו-מוטורית והשני כולל את הרגשות והעמדות שיש לאדם כלפי גופו והופעתו החיצונית. Thompson (1990) מבחין בין המרכיב התפיסתי, שהמדדים המחקריים לבדיקתו עוסקים במידת הדיוק של הערכת האדם את גודל גופו ובין המרכיב הסובייקטיבי, שהמדדים המחקריים לבדיקתו כוללים התייחסות לשביעות רצון, עמדות קוגניטיביות, רגשות, מידת הבטחון בגבולות הגוף, דיסוציאציה גופנית ועוד.

#### השערות המחקר :

1. בני נוער בעלי נטיות התאבדות יראו דימוי גוף שלילי יותר בשלושת הממדים של הדימוי הגופני - בהשוואה לבני נוער מאושפזים ללא נטיות התאבדות ולבני נוער נורמלים.



2. יימצאו קשרים מובהקים בין מרכיבי דימוי הגוף ובין גורמי המשיכה והדחייה כלפי החיים והמוות.

3. דימוי הגוף יתרום תרומה מובהקת להסבר השונות בנטיות ההתאבדות, מעבר למשתנים הדמוגרפיים ולדיכאון והחרדה.

במחקר השתתפו 97 בני נוער ( 49 נערות ו- 48 נערים ), שגילם הממוצע 16.2 שנים (  $SD = 2.53$  ). הנבדקים השתייכו ל- 3 קבוצות מחקר : 37 בני נוער מאושפזים-אובדניים ( שעשו ניסיון אובדני ) , 30 בני נוער מאושפזים לא-אובדניים ו- 30 בני נוער נורמלים לא-מאושפזים. הנבדקים המאושפזים נדגמו ממחלקות הנוער הסגורות בבתי החולים אברבאנל וגהה. חלוקת הנבדקים המאושפזים לקבוצות המחקר השונות ( מאושפזים - אובדניים ; מאושפזים לא-אובדניים ) נעשתה לפי קיומו/ אי קיומו של ניסיון אובדני בעבר, בהסתמך על דיווחי הצוות המטפל והרישומים בתיקים הרפואיים. הנבדקים הנורמלים הם בני נוער מאזור המרכז שהתנדבו להשתתף במחקר.

במחקר השתתפו גם 56 מהאימהות של בני הנוער ( 29 אימהות של נבדקים נורמלים, 15 אימהות של נבדקים אובדניים ו- 12 אימהות של נבדקים לא אובדניים ), שגילן הממוצע 43.98 שנים (  $SD = 4.48$  ). לצורך ההשתתפות במחקר התקבלה הסכמה מבני הנוער ומהוריהם.

## **כלים**

### **1. דימוי גוף -**

#### **א1. מרכיב תפיסתי**

**( Kreitler & Kreitler, 1988 ) Body Size Estimation** . ( ראה נספח 1 )

זוהי פרוצדורה לבדיקת הדיוק בתפיסת גודלם של חלקי גוף שונים, שמתבססת על גודל הגוף הנחוה ברמה סנסו- מוטורית וקינססטית.

#### **ב1. מרכיב עמדת- התנהגותי**



**(Orbach, 1994 ; Orbach & Mikulincer, 1998) Body Investment Scale**

(ראה נספח 1)

שאלון המודד את מידת ההשקעה הרגשית בגוף ואת חויית הגוף.  
**עמדות ורגשות כלפי הגוף** ( פריטים : 5,10,13,16,17,21 ). לדוגמה : "יש בי שנאה כלפי גופי", "אני מרגיש נח עם גופי", "המראה החיצוני שלי מעורר בי תסכול".  
**טיפול הגוף** ( פריטים : 1,4,8,12,14,19 ). לדוגמה : "אני מאמין כי טיפוח גופי ישפר את הרגשתי", "רחצה באמבטיה גורמת לי הנאה", "אני משתמש במוצרי טיפוח לעתים קרובות".  
**שמירה והגנה על הגוף** : ( פריטים : 3,7,15,18,22,24 ). לדוגמה : "כשאני עושה משהו מסוכן אני מרגיש טוב", "כשאני נחתך או נחבל אני מטפל בעצמי מיד", "לעתים אני פוצע את עצמי במתכוון".  
**נוחות במגע** : ( פריטים : 2,6,9,11,20,23 ). לדוגמה : "אני חש אי נוחות כשמתקרבים אלי יתר על המידה", "אני לא אוהב שאנשים נוגעים בי", "אני נוטה לשמור מרחק מבן שיחי".

**ג. מרכיב תחושת-חויית**

**(Chapman, Chapman & Raulin, 1978) The Body Image Aberration**

**Scale** (ראה נספח 1).

זהו שאלון שחובר במטרה להעריך חויות גופניות פתולוגיות בקרב חולים סכיזופרניים, אולם לאחרונה הורחב השימוש בו על ידי Nordstrom, Schalling & Asberg (1995) כמדד לדיסוציאציה גופנית. השאלון מכיל 28 פריטים והנבדק מתבקש לציין האם המשפט מאפיין אותו, על פני סקלה דיכוטומית ( נכון/לא נכון ). הפריטים מתארים חויות גופניות פתולוגיות כמו : גבולות גופניים לא ברורים ( לדוגמה : "לעתים אני חש שאני מאוחד עם הפן קרוב" ), תחושת זרות של חלקי הגוף ( לדוגמה : "לעתים אני חש שחלקים מגופי אינם שייכים לי עוד" ), תחושות של הרס הגוף ( לדוגמה : "לעתים אני חש שגופי נרקב מבפנים" ) ושינוי גודל ופרופורציה של חלקי הגוף ( לדוגמה : "לעתים חלקים מגופי נראים לי קטנים מהרגיל" ).



הציון הסופי מחושב על ידי סכום מספר ההיגדים המעידים על חוויות גופניות פתולוגיות, אותם סימן הנבדק כנכונים לגביו, כך שככל שהציון גבוה יותר כך לנבדק יותר חוויות גופניות שליליות ומעוותות.

### שאלון הרגישות והשליטה בגוף ( שני-סלע, 1996 ). ( ראה נספח 1 ) .

זהו שאלון שחובר לצורך המחקר הנוכחי ומטרתו לבחון את תחושת השליטה בגוף ואת הרגישות לרמזי הגוף. השאלון כולל 19 פריטים, המתקבצים לשני חלקים : 10 פריטים למדידת הרגישות לרמזי הגוף ( לדוגמה : "לעתים קרובות אני מתקשה להבחין האם אני רעב או צמא" , "לעתים קרובות ראשי כואב מחוסר שתייה" , "לעתים קרובות בבואי לרופא אני מתקשה להגדיר היכן כואב לי" ) ו- 9 פריטים למדידת תחושת השליטה בגוף ( לדוגמה : "גם ארוחה דשנה אחת תגרום לי להשמנה" , "שינויים שחלים בגופי מאד מפחידים אותי" , "לעתים לפני השינה אני חושש שבבוקר גופי ישתנה באופן משמעותי" ). עבור כל אחד מחלקי השאלון הציון המחושב הוא ממוצע התשובות של הפריטים בו, כך שציון גבוה בכל אחד מהם משמעו יותר פגיעה ברגישות לרמזי הגוף ויותר פגיעה בתחושת שליטה בגוף.

### 3. נטיות התאבדות

חלוקת הנבדקים לקבוצות המחקר השונות ( מאושפזים - אובדניים ; מאושפזים לא- אובדניים ) נעשתה לפי קיומו/ אי קיומו של ניסיון אובדני בעבר, בהסתמך על דיווחי הצוות המטפל והרישומים בתיקים הרפואיים. במטרה לאפשר בדיקה מורכבת של הקשרים בין המרכיבים השונים של דימוי הגוף, הקשר הראשוני עם האם וההתנהגות האובדנית, תוך התייחסות לנטיות האובדניות המתבטאות במשיכה ובדחייה כלפי החיים והמוות, נעשה שימוש גם ב-

### Orbach, Milstein, Har-) Multi-Attitude Suicidal Tendencies Scale

(Even, Apter, Tyano & Elizur, 1991). ( ראה נספח 1 ) .

זהו שאלון המכיל 30 פריטים המדורגים על סקלה מ- 1 ("לגמרי לא מסכים") ועד 5 ("מסכים מאד") ומתקבצים ב- 4 גורמים לפי הפירוט הבא :





**משיכה לחיים** (1,5,6,13,18,19,25,28). לדוגמה: "אני נהנה לעשות דברים רבים", "אנשים קרובים אלי עושים אותי למאושר", "אני יכול לראות עצמי כאדם מצליח בחיים".  
**דחייה מהחיים** (2,9,14,15,16,21,30). לדוגמה: "החיים נראים לי כמאבק ארוך וממושך", "אני מרגיש שאני לא חשוב לבני משפחתי", "אני לא מאמין שהבעיות שלי יכולות להיפתר".

**משיכה למוות** (8,17,22,23,26,27,29). לדוגמה: "המוות יכול להביא שינוי לטובה", "במצבים רבים המוות עדיף על החיים", "המוות הוא בעצם חיים נצחיים".

**דחייה מהמוות** (3,5,7,12,14,15,25,30). לדוגמה: "אני פוחד מהמוות בגלל הקבורה והריקבון של הגוף", "אני פוחד מהמוות מפני שכל תכניותי יעצרו ולא יתגשמו", "אני פוחד מהמוות בגלל ההפסקה של הפעילות הרוחנית והנפשית שלי".

עבור כל גורם חושב ציון נפרד, שהוא ממוצע ציוני הפריטים באותו גורם. ציון גבוה משמעו משיכה גבוהה לחיים, דחייה גבוהה מהחיים, משיכה גבוהה למוות ודחייה גבוהה מהמוות - כך שמשיכה גבוהה לחיים ודחייה גבוהה מהמוות משקפות נטייה אוכלוסנית נמוכה ודחייה גבוהה מהחיים ומשיכה גבוהה למוות משקפות נטייה אוכלוסנית גבוהה.

#### 4. דיכאון וחרדה

#### 84. Cognition Checklist (Beck, Brown, Steer, Eidelson & Riskind)

(1987). (ראה נספח 1)

זהו שאלון הבדק את שכיחות המחשבות האוטומטיות הקשורות בדיכאון ובחרדה. השאלון בודק דיכאון וחרדה ומבחין ביניהם. בשאלון 14 פריטים המתייחסים לדיכאון (לדוגמא: "אני בעצם חסר ערך"; "איני ראוי להיות נאהב") ו- 12 פריטים המתייחסים לחרדה (לדוגמא: "אני עומד להיפצע"; "משהו נורא עומד לקרות"). הציון המחושב הוא ממוצע התשובות עבור פריטי הדיכאון והחרדה בנפרד, כך שציון גבוה משמעו יותר דיכאון ויותר חרדה.



### תוצאות ודיון

**המרכיב העמדת-התנהגותי** - השערת המחקר הראשונה הייתה שבני נוער אובדניים יראו דימוי גוף שלילי יותר במרכיב העמדת- התנהגותי ( שנבדק על-ידי שאלון ההתייחסות לגוף (Orbach & Mikulincer, 1994, 1998) כלומר יראו עמדות ורגשות שליליים יותר כלפי הגוף, פחות שמירה והגנה על הגוף, פחות טיפול בגוף ופחות נוחות במגע, בהשוואה לבני נוער מאושפזים ללא נטיות התאבדות ולבני נוער נורמלים. ואכן נמצא שלבני נוער אובדניים התייחסות פחות חיובית לגופם, בהשוואה לבני נוער מאושפזים לא אובדניים ולבני נוער נורמלים. ההבדלים בין הקבוצות נובעים מכך שלבני הנוער האובדניים יותר עמדות ורגשות שליליים כלפי גופם ויותר בפגיעה בפונקציות השמירה וההגנה על הגוף, בהשוואה לבני נוער משתי הקבוצות האחרות. אם כן השערת המחקר הראשונה אושרה במלואה.

**המרכיב החוייתי-תחושתי** - השערת המחקר השנייה הייתה שבני נוער בעלי נטיות התאבדות יראו דימוי גוף שלילי יותר במרכיב החוייתי- תחושתי ( שנבדק על-ידי ה- Aberration Scale Body Image (Chapman, Chapman & Raulin, 1978) ועל-ידי שאלון הרגישות והשליטה בגוף ( שני-סלע, 1996 ) כלומר יראו יותר תחושות גופניות שליליות ומעוותות ויותר פגיעה ברגישות לרמזי הגוף ובתחושת השליטה בגוף, בהשוואה לבני נוער מאושפזים ללא נטיות התאבדות ולבני נוער נורמלים. ואכן נמצא שבני הנוער האובדניים הראו יותר תחושות גופניות מעוותות ושליליות ויותר פגיעה בתחושת השליטה בגוף בהשוואה לבני נוער נורמלים. באשר לבני הנוער המאושפזים שאינם אובדניים - כפי שפורט בפרק התוצאות, הם ממוקמים בטווח בין בני הנוער האובדניים והנורמלים, עם זאת ההבדלים בין קבוצה זו ובין שתי הקבוצות האחרות לא נמצאו כמובהקים סטטיסטית. לגבי הפגיעה ברגישות לרמזי הגוף, בני הנוער המאושפזים



( אוכדניים ולא אוכדניים ) הראו פגיעה רבה יותר בהשוואה לבני הנוער הנורמלים. אם כן, השערת המחקר השנייה אוששה באופן חלקי.

**המרכיב התפיסתי** - השערת המחקר השלישית הייתה שבני נוער בעלי נטיות התאבדות יראו דימוי גוף שלילי יותר במרכיב התפיסתי ( שנבדק על-ידי ה- Body Size Kreitler, 1988 Estimation & Kreitler ) כלומר יתקשו יותר במתן הערכה ריאלית של גודל חלקי גופם ופניהם בהשוואה לבני נוער מאושפזים ללא נטיות התאבדות ולבני נוער נורמלים. הממצאים העיקריים הם שלבני נוער אוכדניים ונורמלים יש יותר אי-דיוק בהערכת גודל אברי גופם ופניהם, בהשוואה לבני נוער מאושפזים לא אוכדניים. אם כן, השערת המחקר השלישי לא אוששה.

**הקשרים בין מרכיבי דימוי הגוף ובין נטיות ההתאבדות** - השערת המחקר החמישית הייתה שיימצאו קשרים מובהקים בין מרכיבי דימוי הגוף ובין המשיכה והדחייה כלפי החיים והמוות. ואכן נמצאו מתאמים מובהקים רבים המעידים על קשר חזק בין המרכיב העמדת- התנהגותי והמרכיב החווייתי-תחושתי ובין המשיכה והדחייה כלפי החיים והמוות : ככלל התייחסות שלילית יותר לגוף ויותר חוויות גופניות שליליות ומעוותות קשורות לפחות משיכה לחיים וליותר דחייה מהחיים ומשיכה למוות. במרכיב העמדת- התנהגותי, הגורמים שנמצאו בקשרים החזקים ביותר עם המשיכה למוות היו גורם העמדות והרגשות וגורם השמירה וההגנה. במרכיב החווייתי- תחושתי, המדדים שנמצאו בקשרים החזקים ביותר עם המשיכה למוות היו חוויות גופניות שליליות ומעוותות ופגיעה בתחושת השליטה בגוף. לעומת זאת לא נמצאו מתאמים מובהקים בין מדדי אי-הדיוק ובין המשיכה והדחייה כלפי החיים והמוות. אם כן השערת המחקר אוששה באופן מלא בהתייחס למרכיב הסובייקטיבי של דימוי הגוף ( עמדת-התנהגותי וחוייתי-תחושתי ), אך לא אוששה בהתייחס למרכיב התפיסתי.

השערת המחקר השישית הייתה שלדימוי הגופני תהיה תרומה מובהקת בהסבר השונות בנטיות ההתאבדות, מעבר למשתנים הדמוגרפיים (ניסיון אוכדני, אשפוז פסיכיאטרי, מין



וגיל ) ולדיכאון והחרדה. ואכן בניתוח הרגרסיה היררכית למשתנים המנבאים משיכה ודחייה כלפי החיים והמוות בקרב בני הנוער, נמצאה תרומה מובהקת למדד ההתייחסות לגוף במשיכה לחיים ובמשיכה למוות, כשמשתנה זה מוסיף 5-10% לשונות המוסברת. ככל שההתייחסות לגוף חיובית יותר כך המשיכה לחיים גבוהה יותר והמשיכה למוות נמוכה יותר. אם כן השערת המחקר אוששה.

מבחינה התפתחותית ההנחה הבסיסית היא שהילד מפנים דרך הטיפול ההורי הן את המוטיבציות הפסיכולוגיות לשמירה עצמית והן את ההתנהגויות והפעולות ההכרחיות לטיפול ושמירה עצמית. המוטיבציות הבסיסיות לשמירה עצמית הן חוויה בסיסית של חיבה כלפי הגוף, דימוי גופני חיובי, הערכה עצמית חיובית ותפיסת העצמי כראוי לטיפול ושמירה. התנהגויות השמירה והטיפול עצמן נלמדות, מחוקות ומופנמות בהדרגה מתוך הקשר עם הדמויות המטפלות. ( Krueger, 1990 ; Furman, 1984; Van der Veld, ) (1985).

מתוצאות המחקר הנוכחי עולה שאצל בני נוער אובדניים קיימת פגיעה הן במוטיבציות הבסיסיות לשמירה עצמית והן בהתנהגויות השמירה העצמית. הפגיעה במוטיבציות הבסיסיות לשמירה עצמית מתבטאת ברגשות ועמדות שליליים יותר כלפי הגוף שנמצאו בקרב בני הנוער האובדניים. ממצא זה מהווה תמיכה לעמדתם התיאורטית של : Furman (1984) הטוענת לקשר הדוק בין פגיעה באהבה העצמית הגופנית ובין נטיות הרס עצמי ואובדנות, Maltzberger (1993) המתאר את הנוטים להתאבדות כאנשים שלא סומכים על גופם, לא אוהבים אותו ולא מרגישים בו בבית ו- Orbach (1996) המציין כי התאבדות היא בראש ובראשונה התקפה כנגד הגוף וכי רגשות שנאה כלפי הגוף מקילים על ביצוע פעולות של הרס עצמי.

הפגיעה בהתנהגויות השמירה וההגנה העצמית מתבטאת ברמה גבוהה יותר של התנהגויות סיכון עצמי ופגיעה עצמית שנמצאו בקרב בני הנוער האובדניים. בני הנוער האובדניים דיווחו על רמה גבוהה יותר של הסתכנות גופנית, על הנאה מהסכנה ועל פגיעה עצמית מכוונת. נראה כי גורם השמירה וההגנה על הגוף הנו חולייה מרכזית בקשר שבין דימוי הגוף ואובדנות, בהיותו מחד אלמנט מרכזי באופן שבו האדם תופס את גופו ומתנהג כלפיו



ומאיך מרכיב בסיסי בהתפתחות הנטייה להרס עצמי. המתאם השלילי הגבוה שנמצא במחקר הנוכחי ובמחקרם של Orbach & Mikulincer (1998) בין גורם זה ובין המשיכה למוות מדגיש זאת.

לסיכום ניתן לומר שרגשות ועמדות שליליים כלפי הגוף ופגיעה בהתנהגויות השמירה וההגנה על הגוף הם מאפיינים ייחודיים של בני נוער אובדניים, שיש ביכולתם לתרום לניבוי הנטייה האובדנית מעבר לגורמים ישירים כמו ניסיון אובדני קודם, אשפוז פסיכיאטרי ודיכאון וחרדה.

החוויות הגופניות השליליות והמעוותות קשורות קשר הדוק לדיסוציאציה הגופנית. על אף הממצאים הרבים אודות נטיות דיסוציאטיביות בקרב בני נוער ומבוגרים אובדניים, והדיווחים המחקריים והקליניים אודות אנלגזיה לכאב בזמן הפגיעה העצמית הגופנית ועלייה בסיפי הכאב בקרב אנשים אובדניים, הרי שהמעורבות של התהליכים הדיסוציאטיביים השונים ( קוגניטיבי, רגשי, גופני ) בחוויות הגופניות ובהתנהגות האובדנית אינה ברורה וחד משמעית. אחת המטרות של המחקר הנוכחי הייתה להתמקד בדיסוציאציה הגופנית כמרכיב מרכזי בקשר שבין חוויות גופניות ובין התנהגות אובדנית. הגבולות הגופניים הבלתי ברורים, תחושת הזרות של חלקי הגוף ותחושות הרס הגוף נמצאו כמבחינים בני נוער אובדניים ונורמלים, הם נמצאו בקשרים גבוהים ומובהקים עם המרכיב העמדותי- התנהגותי של דימוי הגוף והם נמצאו בקשרים גבוהים ומובהקים עם נטיות ההתאבדות ובמיוחד עם גורם המשיכה למוות, שזוהה כגורם הקריטי ביותר בניבוי הסכנה האובדנית. מכאן, שבבואנו לבחון את הקשרים שבין דיסוציאציה, חוויות גופניות ונטיות התאבדות, הדיסוציאציה הגופנית הנה מרכיב מרכזי וייחודי בדינמיקה האובדנית ונראה כי הממצאים מאששים את ההנחה שבבסיס האנלגזיה לכאב והעלייה בסיפי הכאב אצל אנשים אובדניים, עומדת הדיסוציאציה הגופנית.

מרכיבים מרכזיים בהתייחסות הפסיכואנליטית לדימוי הגוף הם : חשיבותם של גבולות גופניים ברורים וחויית האדם את גופו כמיכל יציב ומגן כחיוניים לתחושת ביטחון



בסיסית, לבוחן מציאות תקין ולהבחנה של העצמי כישות פיסית ופסיכולוגית נפרדת ועצמאית; חוויית האינטגרציה בין חלקי הגוף ובין הגוף לשאר העצמי.

גבולות גופניים לא ברורים וחויית הגוף כקשור באופן חלקי ורופף לעצמי יכולים להוות גורם מאיץ להתנהגות הרס עצמי במצבי לחץ ומצוקה קשים. הרעיון הבסיסי הוא שהפגיעה בגבולות הגופניים ובחויית האינטגרציה של הגוף והעצמי מאפשרת ומקלה הפניית תוקפנות כלפי העצמי.

Maltsberger חויית הגוף כלא אינטגרטיבי ולא תחום ותפיסתו כשייך לעצמי באופן חלקי ורופף מקלה אם כן הפנייה של התוקפנות המיועדת לאובייקט חיצוני כלפיו ולמעשה כלפי העצמי.

Orbach (1996) טוען שחויית הגוף כזר ומנוכר לעצמי מקלה ומאיצה את ההתנהגות האובדנית, תחת מצבי לחץ ומצוקה קשים, בעיקר דרך הפחתת הפחד מהרס הגוף ומהכאב הכרוך בה.

העובדה שנמצא הבדל מובהק בין בני הנוער האובדניים והנורמלים בשכיחות החוויות הגופניות השליליות והמעוותות, מהווה תמיכה מחקרית לרעיונות התיאורטיים המפורטים לעיל וכן לתצפיות הקליניות של Laufer (1998) המתארת את המתבגרים האובדניים כבעלי תחושות של אבנורמליות ושנאה כלפי גופם, כך שכל ניסיון להשתמש בגוף כמקור להנאה מוביל להגברת תחושת האבנורמליות. המתאמים המובהקים והגבוהים שנמצאו בין החוויות הגופניות השליליות והמעוותות ובין המשיכה לחיים ולמוות והדחייה מהחיים מחזקים את ההנחה בדבר קיומו של קשר בין האופן שבו המתבגר חווה את גופו ובין נטיות ההתאבדות שלו.

בחינת הפגיעה ברגישות לרמזי הגוף ובתחושת השליטה בגוף בקרב מתבגרים אובדניים היא ראשונית וחדשנית ונובעת מהתיאוריה של Bruch (1973) הקושרת בין רגישות לרמזי הגוף ותחושת השליטה בגוף ובין תהליכים הרסניים בהפרעות אכילה. הרגישות לרמזי הגוף ותחושת השליטה בגוף הינן צורות קשר נוספות של האדם לגופו, שהן פחות קיצוניות מהחוויות הגופניות הדיסוציאטיביות ובכך מאפשרות בחינה מורכבת וכוללת יותר של החוויות והתחושות הגופניות בקרב מתבגרים אובדניים. ממצא זה עולה בקנה



אחד עם עבודתם של Bradley & Rotheram - Borus (1991) הטוענים כי המודעות לגוף ולחיות הפנימיות מוגבלת בקרב הנוטים להתאבדות. בתכנית שפיתחו למניעת התאבדות הם מלמדים הגברת המודעות לגוף ולמצבים רגשיים המבוטאים דרכו. הרגישות לרמזי הגוף קשורה קשר הדוק לאנלגזיה לכאב שנמצאה כמאפיינת צעירים אובדניים, אולם במחקר הנוכחי נבדקה הרגישות לרמזי הגוף בעיקר בהתייחסות לתחושות רעב, צמא ועייפות, דבר שטרם נבדק באוכלוסיה זו.

תחושת השליטה בגוף, המהווה נדבך נוסף במרכיב החווייתי- תחושתי של דימוי הגוף, טרם נבדקה באוכלוסייה אובדנית. עיקר ההתייחסות התיאורטית והמחקרית בתחום זה נוגעת להפרעות אכילה. Bruch (1973) מדגישה כי היכולת לזהות את צרכי הגוף ולהיענות להם באופן תואם היא הכרחית לפיתוח תחושה של אחריות ושליטה בגוף, המקנה הן ביטחון והן יכולת לטיפול עצמי.

הממצאים מחזקים את ההנחה לפיה תחושת הקשר של האדם לגופו, המתבטאת גם במודעות וברגישות לצרכיו הגופניים וגם בתחושת השליטה שלו בגופו קשורה לרמת הנטיות האובדניות שלו.

#### **מרכיב תפיסתי**

מתוך ממצאי המחקר הנוכחי, נראה כי בבואנו לדון בקשרים שבין דימוי הגוף ובין אובדנות יש להתרכז במרכיבים הסובייקטיביים הכוללים את ההתייחסות לגוף ואת החויות הגופניות ולא את מידת הדיוק בהערכת גודל אברי הגוף. ייתכן שהמרכיב התפיסתי הוא גורם חשוב בהבחנה בין בני נוער אובדניים ובין בני נוער עם הפרעות אכילה, כך שלמרות שבשני המקרים קיימת פגיעה בדימוי הגופני, הרי שבקרב בני הנוער האובדניים הפגיעה היא במרכיבים הסובייקטיביים בלבד ואילו בקרב בני נוער עם הפרעות אכילה הפגיעה היא במרכיבים הסובייקטיביים והאובייקטיביים כאחד. לצורך בדיקת הנחה זו יש צורך בעריכת מחקר שישווה את מרכיבי דימוי הגוף בקרב בני נוער אובדניים ובני נוער עם הפרעות אכילה.

#### **אינטגרציה וסיכום**



ההנחה התיאורטית שעמדה בבסיס מחקר זה ולפיה חוויות גופניות מעוותות ודימוי גוף שלילי הנם גורמים מקלים או מאיצים להתאבדות, כך שהניתוק מהגוף ושנאתו יוצרים מוכנות לוותר על הגוף ומקלים את ביצוע ההתנהגות האובדנית תחת תנאי לחץ קשים ביותר - קבלה תמיכה משמעותית מממצי המחקר. רגשות ועמדות שליליים כלפי הגוף ופגיעה בהתנהגויות השמירה וההגנה על הגוף נמצאו כמאפיינים ייחודיים של בני נוער אוֹבדניים ושיש ביכולתם לתרום לניבוי הנטייה האובדנית מעבר לגורמים ישירים כמו ניסיון אוֹבדני קודם, אשפוז פסיכיאטרי ודיכאון וחרדה. נראה שאצל בני נוער אוֹבדניים קיימת פגיעה הן במוטיבציות הבסיסיות לשמירה עצמית והן בהתנהגויות השמירה העצמית ונראה כי גורם השמירה וההגנה על הגוף הנו חולייה מרכזית בקשר שבין דימוי הגוף ואובדנות, בהיותו מחד אלמנט מרכזי באופן שבו האדם תופס את גופו ומתנהג כלפיו ומאידך מרכיב בסיסי בהתפתחות הנטייה להרס עצמי.

גם גבולות גופניים לא ברורים וחויית הגוף כקשור באופן חלקי ורופף לעצמי, פגיעה במודעות וברגישות לצרכים והיכולות הגופניים ופגיעה בתחושת השליטה בגוף ובשינויים המתרחשים בו נמצאו כקשורים לאובדנות וכמבחינים מתבגרים אוֹבדניים ונורמלים. נראה כי הדיסוציאציה הגופנית הנעה על רצף של ניתוק, המתבטא החל ממודעות נמוכה לצרכים הגופניים והכרות מעטה עם היכולות הגופניות, דרך תחושת אובדן שליטה על הגוף והשינויים שמתחוללים בו ועד לתחושה שהגוף אינו שייך לעצמי, שהוא מתפרק ונהרס – היא מרכיב חשוב בדינמיקה האובדנית.

נראה כי עמדות בסיסיות אודות החיים והמוות שזורות עם עמדות ורגשות כלפי הגוף ועם חוויות גופניות. הנאה מהחיים קשורה באופן הדוק עם רגשות חיוביים כלפי הגוף ולהיפך. העדר הנאה בחיים ומשאלות מוות קשורים באופן חזק עם יחסים רויי שנאה עם הגוף וחוסר סיפוק ממנו.

נראה שלסלף הגופני תפקיד חשוב כרגולטור של שמירה עצמית לעומת הרס עצמי. כך שנוכח מצב לחץ, הסלף הגופני יכול להפעיל כוחות של שמירה עצמית: הגנה עצמית, הימנעות מסכנות גופניות ומפגיעה גופנית, ויסות התוקפנות ואהבת הגוף. הוא יכול גם להפעיל כוחות של הרס עצמי: חוסר זהירות, הזנחה עצמית, חשיפה לסכנות, הפנמת הכעס ופגיעה עצמית ממשית.





לסיכום ניתן לאפיין את העצמי הגופני האובדני ככולל : עמדות ורגשות שליליים כלפי הגוף, דיסוציאציה וניתוק מתהליכים גופניים פנימיים, המנעות ממגע עם גירויים חיצוניים על ידי סיפי תחושה גבוהים, המנעות ממגע עם הסביבה והעדר הנאה גופנית. העצמי הגופני האובדני נחוה כלא נשלט על ידי האדם וכבעל גבולות דיפוזיים.

נראה שלמחקר הנוכחי יש נגיעה לתחומי האבחנה והטיפול. האבחנה נוגעת לעובדה שהליקויים בדימוי הגופני ובחוויה הגופנית נמצאו כמאפיינים ייחודיים של בני נוער אובדניים וכבעלי תרומה מובהקת לניבוי נטיות ההתאבדות ומכאן שבנוסף לגורמי סיכון ישירים כמו הפרעה נפשית, ניסיון התאבדות קודם, התמכרות לסמים ואלכוהול ועוד, גם הפרעות בדימוי הגוף והתייחסות שלילית של המתבגר לגופו יכולים להיות סמני אזהרה לקיומן של נטיות התאבדות. הטיפול נוגע לחשיבות השילוב של שיטות טיפול גופניות בעבודה עם מתבגרים אובדניים. נראה שיש חשיבות רבה לשילוב טיפולים בתנועה, במגע, במסאז', בהרפיה, בספורט - טיפולים שיגבירו את המודעות לגוף, את הערך העצמי הגופני והדימוי הגופני, את הרגשות החיוביים כלפי הגוף, הרגישות לגוף, תחושת האינטגרציה הגופנית והשימוש ברמזי הגוף כמקור לאינפורמציה אודות המצב הנפשי. שיקרבו את המתבגר לגופו ויאפשרו לו להכיר את גופו, צרכיו, יכולותיו ומגבלותיו - כל אלה יכולים להפחית מתחושת הזרות והשנאה של המתבגר כלפי גופו, להגביר את הקבלה העצמית והאהבה העצמית ובכך להפחית את הרצון שלא להיות יותר כלוא בגוף הזה בעולם הזה.

