

מבגש

לעבודה חינוכית-סוציאלית

גיליון מיוחד בנושא:

מניעת אובדנות בקרב מתבגרים וצעירים

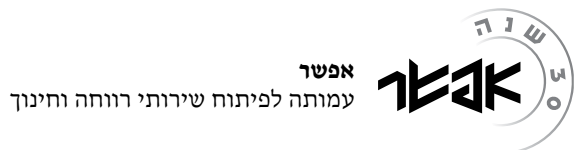
עורכים-אורחים: פרופ' ענת ברונשטיין קלומק ופרופ' גיל זלצמן

כרך כ"ח • 51-52

סיוון תש"ף – טבת תשפ"א

יוני-דצמבר 2020

יוצא לאור על ידי:



סקירת ספר

The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk

By: Igor Galynker

New York: Oxford University Press, 2017 (328 pages)

שירה ברזילי

הקדמה

האם אנו, אנשי מקצועות הטיפול העומדים לקרוא סקירה זו, חשים ביטחון בבואנו להעריך מה מידת הסיכון האובדני של המטופלים היושבים לפנינו? האם אנו יכולים להעריך מה מידת הסיכון שלהם בטווח המידי – עד הפגישה הבאה שנקבעה עימם או עד למימוש הפניה בעקבות בדיקה או אשפוז או הפניה לגורם מטפל אחר? הספר, *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk*, (המשבר האובדני: מדריך קליני להערכת סיכון לאובדנות), מאת פרופ' איגור גלינקר, פסיכיאטר ומקים המרכז לחקר האובדנות בבית החולים "הר סיני" בניו יורק, נכתב כדי לענות לצורך של אנשי מקצוע בידע ובכלים מעשיים לביצוע הערכת סיכון לאובדנות בטווח הקרוב.

מחקרים מראים כי בין 20%–50% ממי שמתו מהתאבדות פגשו באיש מקצוע בריאות הנפש במהלך החודש לפני מותם (Chang, Gitlin, & Patel, 2011) וכ-50% פגשו באיש מקצוע רפואי כלשהו (Luoma, Martin, & Pearson, 2002). ממצאים אלו מחזקים את ראיית המפגש הקליני כהזדמנות להצלת חיים ומדגישים את חשיבותה של הכשרת אנשי מקצועות הבריאות, ובריאות הנפש בפרט, לביצוע הערכה מקיפה ויעילה של סיכון לאובדנות. הידע הקיים כיום מצביע כי הערכת סיכון לאובדנות היא מוגבלת ממספר סיבות: ראשית, ההערכה המקובלת והמתוקפת ביותר כיום מבוססת על תשאול של מחשבות, כוונות אובדניות והיסטוריה של התנהגות אובדנית. לא ניתן להמעיט בחשיבותו של תשאול זה, אך עם זאת, הוא מוגבל, מפני שמחשבות אובדניות מטבען באות והולכות ומשתנות בעוצמתן ותדירותן (Kleiman et al., 2017). כוונה אובדנית במקרים רבים מתפרצת בסמוך מאוד למעשה האובדני, בין דקות לשעות לפניו (Deisenhammer et al., 2009).

על כן המחשבה או הכוונה האובדניות אינן בהכרח מצויות בעת התשאול, אף שישנו סיכון ניכר להתפתחותן בהמשך. בנוסף, לעיתים אנשים מסתירים או מכחישים מחשבות אובדניות, אם בשל חשש מפני אובדן אוטונומיה או השלכות אחרות של חשיפת כוונתם; שנית, מרבית הידע המחקרי על גורמי הסיכון לאובדנות משקפים גורמי סיכון ארוכי טווח. הגורמים המבוססים ביותר בספרות כוללים קיומה של הפרעה נפשית (בעיקר דיכאון והתמכרות לחומרים), ניסיון אובדני קודם והיסטוריה משפחתית של הפרעות נפשיות, התמכרות, התאבדות, אלימות וטראומה (Brent & Mann, 2006; Oquendo, Currier, & Mann, 2006); אך כאשר עוסקים בהערכת סיכון בטווח הקרוב, בקרב אוכלוסייה קלינית אשר שכחות גורמי הסיכון האלו בה היא גבוהה, היעילות האבחנתית של גורמים אלו מוגבלת ביותר.

המודל התאורטי והגישה הקלינית הנגזרת ממנו להערכת סיכון לאובדנות מיועדים לספק מענה למגבלות אלו על ידי הסתכלות מקיפה, המבוססת על שילוב של גורמי רקע וגורמי סיכון נוכחיים. הספר מפרט את תאוריית ההתאבדות הנרטיבית-משברית, שפותחה על ידי המחבר, ומשרטט בפרקו מפת דרכים מקיפה להערכת סיכון מיידי לאובדנות, הערכה המבוססת על תאוריה זו. הגישה התאורטית מלווה בתיאורי מקרה, הכוללים תמלול ראיונות קליניים ומקרי מבחן, להקניית כלים מעשיים בהערכת גורמי הסיכון לאובדנות שהם מעבר לתשאול על מחשבות, כוונות והתנהגויות אובדניות. סקירה זו תעסוק במרכיבי הגישה כפי שהם מופיעים בספר, תוך התייחסות לממצאים מחקרניים עדכניים.

מודל הנרטיב-משבר האובדני (Narrative-Crisis Model of Suicide)

בבסיס המודל התאורטי עומדת הנחת היסוד כי אובדנות היא תופעה דינמית ומתהווה, שצומחת כתוצאה ממערכת מורכבת של קשרים בין גורמי סיכון רבים, ארוכי טווח וקצרי טווח, המופיעים בעת ובעונה אחת. הרכבת תמונה מקיפה של מערכת קשרים כזו עשויה לסייע לאיש מקצוע בריאות הנפש לפתח המשגה רחבה להבנת התהליך שבו מתפתחות בתנאי דחק מחשבות והתנהגויות אובדניות, על רקע נטייה הנובעת מההיסטוריה האישית או מההיסטוריה המשפחתית ומתכונות אישיות. המשגה זו תסייע באמצעות הערכה משולבת של גורמי סיכון כרוניים ואישיותיים עם גורמים מצביים אקוטיים, לקביעת רמת הסיכון האובדני של הפרט בטווח הקרוב ובטווח הרחוק. הערכה זו תנחה את קביעת מטרות התוכנית הטיפולית וצעדיה בהתאם לגורמים השונים הפועלים להגברת הסיכון לאובדנות, במידת דחיפות משתנה. מודל זה נתון בתוך מסגרת תאורטית רחבה, הרואה את האובדנות כמתרחשת באינטראקציה בין גורמי תכונות אישיות וגורמי רקע ללחץ אקוטי (diathesis-stress). למודל מספר שלבים מובחנים והדרגתיים בהתפתחות של אובדנות, והוא מלכד בין גורמי סיכון ארוכי טווח וקצרי טווח, המבוססים בספרות הן במודלים תאורטיים אחרים והן בממצאים אמפיריים. כך, המודל משלב באופן ייחודי בין השאלה השכיחה בתאוריה: "מי בסיכון לאובדנות?" לשאלה ממוקדת בזמן: "מתי הסיכון לאובדנות הוא החמור ביותר?"



איור 1: מודל הנרטיב-משבר

מודל הנרטיב-משבר המוצג באיור 1 גורס בתמציתו כי בעת היתקלות באירוע דחק, כגון: פרידה, פיטורים, משבר כלכלי, אובדן או קונפליקט בין-אישי, נשים ואנשים בעלי מאפייני סיכון (הכוללים היסטוריה אישית והיסטוריה משפחתית בעלות גורמי סיכון ידועים, כגון טראומה והפרעות נפשיות), תכונות אישיותיות הכוללות אימפולסיביות, פרפקציוניזם, חוסר פחד מכאב וממוות ותחושת חוסר אונים, לצד תפיסות תרבותיות-מוסריות מתירניות כלפי אובדנות (בניגוד למשל לצו דתי האוסר על התאבדות), עשויים לפתח תפיסות מסוימות על עצמם ועל החברה, תפיסות אשר תהווה **נרטיב אובדני**. בנרטיב זה האדם נאחז במטרה שאינה ניתנת להשגה (לתפיסתו או לתפיסת האחר), הוא עלול להיווכח בכך בעתיד הנראה לעין, מה שגורם לו לחוש מובס, מושפל, נטל על אחרים וחוסר יכולת להשתייך, באופן שיוצר בקרבו תחושת היעדר עתיד. הנרטיב האובדני הוא סינתזה של גורמים שבוססו על ידי תאוריות מובילות לאובדנות, ובהן התאוריה הבין-אישית לאובדנות (Van Orden et al., 2010), תאוריית שלושת השלבים (Klonsky & May, 2015) והמודל המוטיבציוני-רצוני (O'Connor, 2011).

הנרטיב האובדני גורם לכך שהאדם יהיה מועד להתפתחות שלב אקוטי של המודל המאופיין **כתסמונת המשבר האובדני** – מצב מנטלי ניתן לאבחנה הכולל מרכיבים קוגניטיביים ואפקטיביים אשר מהווים סיכון לביצוע התנהגות אובדנית בטווח הקצר (בתוך שעות, ימים או שבועות). תסמונת המשבר האובדני חולקת את הנחת היסוד עם תאוריות הגורסות כי התאבדות נובעת מבריחה מכאב נפשי בלתי נסבל (Baumeister, 1990; Klonsky & May, 2015; O'Connor, 2011). בנוסף היא מבוססת על גורמים שנמצאו במחקרים עדכניים כגורמי סיכון אובדני בטווח הקצר (Bagge, Littlefield, & Glenn, 2017; Glen & Nock, 2014; Kleiman et al., 2017). גורמי הסיכון הללו כוללים התפתחות מהירה של התופעות הבאות: (א) חוסר ויסות רגשי; (ב) מצוקה חברתית או נסיגה חברתית; (ג) הפרעות בעוררות, בעיקר חוסר שינה. תסמונת המשבר האובדני פותחה כך שהיא מאגדת בתוכה קבוצת מאפיינים המבוססים בספרות המחקרית ובתצפיות קליניות על מצבו המנטלי של אדם המועד לנקוט מעשה אובדני בטווח הקצר. מאפיין ייחודי ומשמעותי של תסמונת המשבר האובדני הוא שקיומן של מחשבה או כוונה אובדניות אינו מהווה מרכיב חיוני במופע הקליני שלה. אין להניח מכך שבהמשגה זו כוונה אובדנית נתפסת כבלתי נחוצה

כחלק מהמעשה האובדני (שכן מעשה קטלני של פגיעה עצמית שאינו מלווה בכוונה אובדנית כלשהי הוא למעשה תאונה); אך מתוך התפיסה כי כוונה אובדנית יכולה להתפתח רק בסמוך מאוד למעשה האובדני, וכי זו עשויה להיות מוסווית במענה לשאלה ישירה, תסמונת המשבר האובדני מאגדת קשת של גורמי סיכון מיזימים שהם בלתי תלויים בקיומה של חשיבה אובדנית או דיווח על חשיבה כזו בעת ההערכה.

תסמונת המשבר האובדני מאופיינת בעיקרה על ידי חוויה קשה של מלכוד (entrapment), המלווה במאפיינים קוגניטיביים, רגשיים והתנהגותיים. על פי ההמשגה של גלינקר, חוויית המלכוד (הקרויה במודל גם "חוסר תקווה תזזיתית") מובחנת מחוסר תקווה (hopelessness) בכך שהיא כרוכה בתחושת דחיפות (urgency). יחד עם תחושת המלכוד, ארבעה מרכיבים נוספים כלולים בתסמונת המשבר האובדני: הפרעת אפקטיביות, אובדן שליטה קוגניטיבית, עוררות יתר ונסיגה בין-אישית. הפרעות אפקטיביות עשויות לכלול כאב נפשי, תנודות עוצמתיות וחדות של אפקט שלילי או שינויי מצב רוח מהירים, חרדה קיצונית המלווה בתסמינים סומטיים ואנהדוניה אקוטית (לעומת כרונית). אובדן שליטה קוגניטיבי עשוי להתבטא ברומינציה אינטנסיבית, נוקשות קוגניטיבית, הצפה רומינטיבית (חדירה של מחשבות שליליות באופן המשפיע על מהלך החשיבה) וחוסר יכולת לדכא מחשבות בעלות תוכן שלילי או להסיח מהן את הדעת. עוררות יתר עשויה להתבטא בתסיסה פסיכומטורית (אגיטציה), דריכות יתר, רגזנות (איריטביליות) וקשיי שינה (אינסומניה). נסיגה בין-אישית מאופיינת בהימנעות מאינטראקציות בין-אישיות או בתגובות מילוליות מתחמקות (בפרט בעת שיחה עם גורם מטפל). תסמונת המשבר האובדני הוצעה כקריטריון אבחנתי לספר האבחנות הפסיכיאטרי *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth edition (DSM-5)* בהצעה זו חוויית המלכוד מהווה קריטריון ראשון לאבחנה, וארבעת המאפיינים הנלווים מהווים יחד קריטריון נוסף. שני הקריטריונים הכרחיים לקבלת האבחנה. העונים לאבחנה זו מצויים בסיכון גבוה להתנהגות אובדנית בטווח המיידי. הביסוס המחקרי לאבחנה זו ומרכיביה נמצא בצמיחה.

סקירה ספרותית של ממצאים התומכים בכל אחד ממרכיבי תסמונת המשבר האובדני ניתן למצוא במאמרם של שוק ועמיתיה (Schuck, Calati, Barzilay, Bloch-, Elkouby, & Galynker, 2019). מחקר עדכני בחן באמצעות אנליזת רשת (network analysis) את הקשרים שבין מרכיבי התסמונת בקרב 723 מטופלי מרפאות ומחלקות אשפוז ברשת בתי החולים "הר סיני". ממצאי המחקר העידו על קשרים חזקים בין התסמינים המוצעים באבחנה ותמכו במרכזיותה של חוויית המלכוד. כמו כן עלה כי ישנם כמה תהליכים פסיכולוגיים עצמאיים הקשורים במופע של תסמונת המשבר האובדני (Bloch-Elkouby et al., 2020). מחקרי רוחב אשר בחנו את מודל הנרטיב-משבר מצאו כי תסמינים הכלולים בתסמונת המשבר האובדני מתווכים בין הנרטיב האובדני להתנהגות אובדנית (Cohen, Ardan, Yaseen, & Galynker, 2018; Cohen et al., 2019).

אציין כמה מבין החזקות והיתרונות של מודל הנרטיב-משבר: ראשית, מודל זה מאגד היבטים מבוססים היטב בספרות התאורטית והמחקרית של הגורמים המשפיעים על התפתחותן של מחשבות והתנהגויות אובדניות. שנית, זהו מודל מקיף, הכולל בתוכו גורמי רקע וגורמים מצביים אשר תואמים לתפיסה רחבה ומורכבת של התנהגות אובדנית, והוא משתלב היטב בגישות עכשוויות במסגרת "מחשבה אובדנית למעשה אובדני". גישות אלו קוראות להבחנה בין גורמים התורמים לחשיבה אובדנית לבין גורמים המאיצים מעבר ממחשבה אובדנית אל עבר מעשה אובדני. מגבלתו העיקרית של המודל היא שמרכיביו נתמכו עד כה בנפרד, ונדרשים מחקרים הבוחנים אותו בכללותו. בפרט דרושים מחקרי אורך, על מנת לתאר את התהליך כמתפתח ומתהווה משלב לשלב על פני רצף זמן; למשל, ייתכן כי הנרטיב האובדני מתפתח כתסריט בתודעתו של אדם אשר סובל מכאב נפשי וכבר מעלה על דעתו משאלה אובדנית. מבחינת יכולת ההכללה, המודל פותח ונחקר בקרב אוכלוסייה קלינית של מבוגרים בארצות הברית, ויש צורך לבחון את התאמתו בקרב אוכלוסיות אחרות. בימים אלו המודל נבחן בקרב אוכלוסיות נוספות ברחבי העולם, והערכת תסמונת המשבר האובדני בקרב בני נוער ומבוגרים בישראל נבחנת על ידי. מגבלה נוספת היא כי המודל המוצע, ובפרט הנרטיב האובדני, מתארים תהליך אחד מני רבים הקשורים בהתפתחות מחשבות והתנהגויות אובדניות. אובדנות היא תופעה מורכבת ורב-ממדית, ועשויים להיות תהליכים שונים הגורמים להופעתה.

ישנם שני טיעונים מרכזיים התומכים בחשיבות הקלינית של אבחנה פסיכיאטרית ספציפית לאובדנות, כדוגמת זו המוצעת בתסמונת המשבר האובדני: ראשית, אובדנות היא תופעה אשר חוצה אבחנות פסיכיאטריות ועד כה נכללה ב-DSM רק כתסמין של הפרעות אחרות (למשל: דיכאון מג'ורי, הפרעה דו-קוטבית והפרעת אישיות גבולית). המלצות טיפוליות לאלו המציגים מחשבות אובדניות אומנם כוללות טיפול בהפרעת הרקע, אך ישנן עדויות גוברות לחשיבות ולתרומה של טיפול הממוקד ספציפית באובדנות. טיפול זה יכול להיגזר מקיום אבחנה ספציפית למשבר האובדני על מאפייניו. שנית, ישנם מטופלים אשר אינם מתאימים לסף אבחנה מסוימת, ולמרות זאת מציגים מחשבות והתנהגויות אובדניות. נתון זה רלוונטי במיוחד לילדים ומתבגרים צעירים, המגיעים בשכיחות הולכת וגדלה לחדרי מיון בישראל ובעולם עקב מחשבות והתנהגויות אובדניות, ורובם אינם מתאימים לסף אבחנה פסיכיאטרית כלשהי. אבחנה ספציפית להתנהגות אובדנית עשויה לסייע לאנשי מקצועות בריאות הנפש למקד את הטיפול באובדנות ולהפחית את המחירים האישיים והחברתיים הכבדים שלה.

העברה נגדית (countertransference) ככלי אבחנתי בהערכת סיכון

מרכיב ייחודי נוסף של הספר כמדריך קליני להערכה וניהול של סיכון אובדני טמון בכך שהגישות התאורטיות והמעשיות אינן מסתכמות בהבנת נפשו (או מצבו המנטלי) של המטופל האובדני. המחבר עושה צעד נוסף ומתייחס לאדם השני שבחדר

הריאיון או חדר הטיפול בעת הערכת מטופל אובדני או טיפול בו – המטפל. יתרה מזו, הרגשות העולים במטפל מוצגים כרלוונטיים ומשמעותיים להערכת הסיכון. התייחסות זו היא חדשנית בהקשר זה וחיונית על פי הניסיון הקליני המצטבר. רבים אנשי המקצוע הבכירים אשר מדווחים כי הערכת הסיכון האובדני שלהם מתבססת, לצד הערכת גורמי הסיכון וגורמי החוסן, על תחושה אינטואיטיבית הנובעת מניסיונם הקליני. הפרק העוסק בתגובות הרגשיות של המטפל מנסה לענות על השאלות הבאות: מהי תחושה זו? כיצד ניתן לפרוט אותה ולהשתמש בה לצורך הערכת סיכון אובדני?

במפגש עם מטופלים אשר מצויים בסיכון לאובדנות, אנשי מקצועות הטיפול נדרשים לבצע הערכות סיכון והחלטות טיפוליות מכריעות, בעודם מתחזקים קשר טיפולי תחת איום. אין פלא אם כך שמפגשים אלו מדווחים על ידי מטפלים כמעוררים דחק רב. על פי התיעוד, תגובות רגשיות שכיחות כלפי מטופלים אובדניים כוללות תחושות חרדה, חוסר אונים, חוסר מסוגלות, תסכול, כעס, עצב ואשמה (Ellis, Schwartz, & Rufino, 2018; Soulié, Bell, Jenkin, Sim, & Collings, 2018). נמצא כי תגובות רגשיות אלו מופיעות במקרים רבים כבר במפגש הראשוני עם מטופל אובדני, והן מובחנות מהתגובות כלפי בעלי הפרעות אישיות (Michaud et al., 2020). הפרק העוסק בתגובות רגשיות של המטפל גורס כי תגובות אלו קשורות לרמת הסיכון האובדני של המטופל ואף מנבאות אותו. המשגה זו מתבססת על הספרות הרואה בהעברה הנגדית מקור מידע משמעותי להבנת הדינמיקה הפנימית של המטופל. גלינקר ממשיג שתי תגובות טיפוסיות של אנשי מקצוע כלפי מטופלים אובדניים: **דחייה – הימנעות, ומעורבות יתר – חרדה**. התגובה הראשונה עשויה להיות מאופיינת ברגשות של חוסר אונים, עוינות וכעס כלפי המטופל. התגובה השנייה עשויה להיות מאופיינת על ידי חרדה מעורבת בתקווה, ציפיות לא ריאליות ומאמצי יתר להציל את המטופל מסיטואציית חיי הכואבת (ניתן לראות בכך גם "פנטזיית הצלה"). תגובות אלו, מובנות וטבעיות ככל שתהיינה, עשויות לשמש כאינדיקציה לחומרת הסיכון האובדני שבו מצוי המטופל. היתרון של מקור מידע זה הוא בכך שהוא מצוי במטפל עצמו. בפרק העוסק בתגובות הללו גלינקר מציע מערכת שאלות שהמטפל או איש המקצוע יכולים להעריך באמצעותן את תגובותיהם הרגשיות הקשורות למפגש עם מטופל בסיכון אובדני; זאת על מנת להגביר את המודעות אליהן ולארגן את הערכת הסיכון האובדני וניהול הסיכון בהתאם (לדוגמה: "הרגשתי שידיי קשורות או ששמו אותי במצב בלתי אפשרי"; "הייתי צריך להכריח את עצמי כדי ליצור אתו קשר"). כמו כן מוצעים כמה ביטויים התנהגותיים העשויים לאותת על קיומם של רגשות מסוג דחייה – הימנעות או מעורבות יתר, כגון הימנעות מקיום שיחות עם המטופל או דחיית השיחות או לחלופין ציפיה מוגזמת למפגשים וקיום קשר תכוף מהרגיל עם המטופל או עם גורמים המעורבים במקרה. תוספת העולה מהניסיון הקליני שלי ושל עמיתיי המטפלים בילדים ובני נוער אובדניים היא כי ייתכן שתגובות המטפלים יכללו רגשות כלפי ההורים או אחד מהם ואף כלפי המסגרת החינוכית שבה המטופלים נמצאים.

בסדרת מאמרים שפורסמו בשנים האחרונות, פיתחתי ותיקפתי יחד עם עמיתי למרכז לחקר האובדנות בבית החולים "הר-סיני" את הכלי להערכת תגובותיו הרגשיות של המטפל במטופלים ברמת סיכון אובדני משתנה. במחקרי עוקבה (מחקרים פרוספקטיביים) נמצא במעקב שבוצע לאחר חודש כי תגובותיהם הרגשיות של אנשי מקצועות בריאות הנפש שכללו מצוקה, אהדה פחותה וחוסר תקווה, ניבאו את חומרת המחשבות וההתנהגויות האובדניות של המטופל (Barzilay et al., 2018; Hawes, Yaseen, Briggs, & Galynker, 2017; Yaseen, Galynker, Cohen, & Briggs, 2017). כמו כן נמצא כי ככל שהתגובות הרגשיות היו שליליות יותר, כך המטפל העריך את רמת הסיכון של המטופל לבצע התנהגות אובדנית כגבוהה יותר (Barzilay et al., 2019), והמטופל העריך את איכות הברית הטיפולית כנמוכה יותר (Barzilay et al., 2020). מתוך כך עולה כי ההעברה הנגדית בטיפול במטופלים אובדניים היא חשובה ומשמעותית, הן בהיבט האבחנתי להערכת הסיכון והן כתגובה שיש להגביר את המודעות אליה בכדי לעודד תמיכה במטופלים ולאפשר קשר מיטיב למטופלים.

סיכום

הספר הוא מדריך יישומי לאנשי מקצוע הפוגשים בנשים ואנשים העשויים להיות בסיכון אובדני. לאחר הקדמה וסקירה ספרותית של מודלים פסיכולוגיים לאובדנות (פרק 1), פרקי הספר מקיפים את מרכיבי המודל התאורטי המוצע ואת שיטת היישום המעשי של העקרונות התאורטיים. ראשית מוצג מודל הנרטיב-משבר האובדני במלואו (פרק 2), ולאחר מכן פרקים עוקבים מוקדשים להרחבת היריעה על כל שלב במודל: הערכה של תכונות וגורמי רקע אשר תורמים לנטייה לאובדנות (פרק 3), אירועי דחק (פרק 4), הנרטיב האובדני (פרק 5) ותסמונת המשבר האובדני (פרק 6). לאחר מכן מתוארת הגישה בנוגע למשקל התגובות הרגשיות של המטפל (העברה נגדית) בהערכת אובדנות וטיפול בה (פרק 7). לצורכי מחקר ושימוש קליני ניתנים כלים ושאלונים להערכת סיכון מידי לאובדנות, על פי עקרונות המודל (פרק 8), ולבסוף ניתן סיכום תמציתי של התערבויות מבוססות ראיות בטיפול באובדנות (פרק 9). הפרקים מלווים בתיאורי מקרה, תמלול ראיונות ומקרים לתרגול הערכת סיכון מקיפה, הכוללת את מודל הנרטיב-משבר, מחשבות והתנהגויות אובדניות ותגובות המטפל. זהו מדריך ייחודי המתיחס למשימה הקלינית של הערכת סיכון בכללותה. הוא משלב בין מודל תאורטי חדש ומקיף להבנת אובדנות והאינטראקציה הבין-אישית שבה מתקיימים הערכה וטיפול באדם אשר מצוי בסיכון אובדני. במהותו, המדריך משרת את אנשי המקצוע במתן כלים יישומיים להערכה קלינית הלכה למעשה.

גילוי נאות: בשנים האחרונות השתלמתי כעמיתת מחקר במרכז לחקר האובדנות של פרופ' גלינקר בניו יורק, ואני שותפה לקידום הידע המחקרי וביסוס כלי הערכה חדשים המבוססים על המודל המוצע בספר זה, ובעיקר להתאמתם לאוכלוסיית בני נוער בסיכון אובדני. אני סבורה כי כלים אלו עשויים לשרת אנשי מקצוע הנדרשים להעריך סיכון לאובדנות בקרב מטופליהם.

מקורות

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth edition (DSM-5)*. Arlington, VA: APA.
- Bagge, C. L., Littlefield, A. K., & Glenn, C. R. (2017). Trajectories of affective response as warning signs for suicide attempts: An examination of the 48 hours prior to a recent suicide attempt. *Clinical Psychological Science*, 5(2), 259–271.
- Barzilay, S., Schuck, A., Bloch-Elkouby, S., Yaseen, Z. S., Hawes, M., Rosenfield, P., et al. (2020). Associations between clinicians' emotional responses, therapeutic alliance, and patient suicidal ideation. *Depression and Anxiety*, 37(3), 214–223.
- Barzilay, S., Yaseen, Z. S., Hawes, M., Gorman, B., Altman, R., Foster, A., et al. (2018). Emotional responses to suicidal patients: Factor structure, construct, and predictive validity of the Therapist Response Questionnaire-Suicide Form. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 104.
- Barzilay, S., Yaseen, Z. S., Hawes, M., Kopeykina, I., Ardalán, F., Rosenfield, P., et al. (2019). Determinants and predictive value of clinician assessment of short-term suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 614–626.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97(1), 90.
- Bloch-Elkouby, S., Gorman, B., Schuck, A., Barzilay, S., Calati, R., Cohen, L. J., et al. (2020). The suicide crisis syndrome: A network analysis. *Journal of Counseling Psychology* (advanced online publication).
- Brent, D. A., & Mann, J. J. (2006). Familial pathways to suicidal behavior—understanding and preventing suicide among adolescents. *New England Journal of Medicine*, 355(26), 2719.
- Chang, B., Gitlin, D., & Patel, R. (2011). The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: Evidence-based management and treatment strategies. *Emergency Medicine Practice*, 13(9), 1–23.
- Cohen, L. J., Ardalán, F., Yaseen, Z., & Galynker, I. (2018). Suicide crisis syndrome mediates the relationship between long-term risk factors and lifetime suicidal phenomena. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(5), 613–623.
- Cohen, L. J., Gorman, B., Briggs, J., Jeon, M. E., Ginsburg, T., & Galynker, I. (2019). The suicidal narrative and its relationship to the suicide crisis syndrome and recent suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 413–422.
- Deisenhammer, E. A., Ing, C. M., Strauss, R., Kemmler, G., Hinterhuber, H., & Weiss, E. M. (2009). The duration of the suicidal process: How much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(1), 19.
- Ellis, T. E., Schwartz, J. A., & Rufino, K. A. (2018). Negative reactions of therapists working with suicidal patients: A CBT/Mindfulness perspective on “countertransference”. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(1), 80–99.

- Glen, C., & Nock, M. (2014). Improving the short-term prediction of suicidal behaviour. *American Journal of Preventative Medicine*, 47(3S2), S176–S180.
- Hawes, M., Yaseen, Z., Briggs, J., & Galynker, I. (2017). The Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide (MARIS): A proof of concept for a multi-informant tool for evaluation of short-term suicide risk. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 88–96.
- Kleiman, E. M., Turner, B. J., Fedor, S., Beale, E. E., Huffman, J. C., & Nock, M. K. (2017). Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(6), 726.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129.
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909–916.
- Michaud, L., Ligier, F., Bourquin, C., Corbeil, S., Saraga, M., Stiefel, F., et al. (2020). Differences and similarities in instant countertransference towards patients with suicidal ideation and personality disorders. *Journal of Affective Disorders*, 265, 669–678.
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*, 1, 181–198.
- Oquendo, M. A., Currier, D., & Mann, J. J. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(3), 151–158.
- Schuck, A., Calati, R., Barzilay, S., Bloch-Elkouby, S., & Galynker, I. (2019). Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behavioral Sciences & the Law*, 37(3), 223–239.
- Soulié, T., Bell, E., Jenkin, G., Sim, D., & Collings, S. (2018). Systematic exploration of countertransference phenomena in the treatment of patients at risk for suicide. *Archives of Suicide Research*, 24(1), 96–118.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600.
- Yaseen, Z. S., Galynker, I. I., Cohen, L. J., & Briggs, J. (2017). Clinicians' conflicting emotional responses to high suicide-risk patients-association with short-term suicide behaviors: A prospective pilot study. *Comprehensive Psychiatry*, 76, 69–78.