

מבגש

לעבודה חינוכית-סוציאלית

גיליון מיוחד בנושא:

מניעת אובדנות בקרב מתבגרים וצעירים

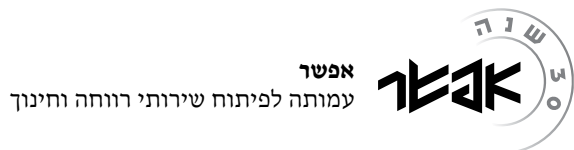
עורכים-אורחים: פרופ' ענת ברונשטיין קלומק ופרופ' גיל זלצמן

כרך כ"ח • 51–52

סיוון תש"ף – טבת תשפ"א

יוני-דצמבר 2020

יוצא לאור על ידי:



טיפול דיאלקטי-התנהגותי (DBT) במתבגרים עם התנהגות אובדנית ופגיעה עצמית

יפעת כהן ונחמה פרסלר

תקציר

מוות מהתאבדות ניתן למניעה, והתייחסות להתנהגות אובדנית אצל מתבגרים מהווה הזדמנות למניעה, שתוצאתה הישגית פוטנציאל של שנות חיים רבות. צעירים שמדווחים על כל סוג של מחשבות אובדניות או התנהגות של פגיעה עצמית נמצאים בסיכון גבוה למוות בהתאבדות. פגיעה עצמית ואובדנות בגיל ההתבגרות מקושרות פעמים רבות לאבחנה של הפרעת אישיות גבולית. למרבית המתבגרים בסיכון, מרובי האבחנות והתסמינים, יש סיכוי גבוה יחסית לנשור מטיפול ולהמשיך לחיות בסכנה של פגיעה עצמית והתאבדות. גם המטפלים באנשים הסובלים מהפרעות מורכבות וממשברים אובדניים חוזרים, מתקשים מאוד להתמיד במאמצים המתמשכים הדרושים בטיפול. הנטייה המוצדקת כיום היא להימנע מאשפוז או להסתפק באשפוזים קצרים ולהפנות לטיפול בקהילה, מאחר שבמחקרים מבוקרים בודדים שנעשו במבוגרים ובמתבגרים לא נמצא יתרון בטיפול באשפוז.

מאמר זה סוקר בקצרה את גורמי הסיכון להתנהגות אובדנית בבני נוער ואת דרכי הטיפול מבוססות המחקר הקיימות עבור צעירים המראים התנהגות אובדנית. החלק העיקרי של המאמר מציג את עקרונות הטיפול הדיאלקטי-התנהגותי (DBT – Dialectical Behavior Therapy), עם פירוט ההתאמות לטיפול בבני נוער. הטיפול הדיאלקטי-התנהגותי, שפותח על ידי מרשה לינה בשנות השמונים, הוא כיום הטיפול בעל הביסוס המחקרי הרב ביותר ליעילות בטיפול במטופלים מבוגרים אובדניים ומרובי תסמינים, הכוללים בדרך כלל גם התנהגות דיספונקציונלית חמורה, כמו פגיעה עצמית. בעשרות מחקרים מבוקרים בקרב מבוגרים, הטיפול נמצא כבעל יעילות מוכחת בהפחתת התנהגות אובדנית אצל הסובלים מהפרעת אישיות גבולית. נמצא שלא רק שהטיפול מביא לירידה ברורה ומשמעותית בתדירות ההתנהגות האובדנית ובחומרתה, אלא שגם מספר ימי האשפוז, אחוז הנשירה מטיפול, עוצמת הכעס, שיתוף הפעולה בטיפול וההסתגלות החברתית השתפרו בעקבות טיפול זה. בסוף שנות התשעים, מילר, רתוס ולינה התאימו את מערך הטיפול המקורי למתבגרים (DBT-A), ובשנים האחרונות הוכחה יעילותו גם בקבוצת גיל זאת. המאמר סוקר עבודות אלה, שמספרן הולך ועולה.

DBT הוא אינטגרטיבי, מובנה ומערכתי. המרכיבים העיקריים בו הם עקרונות מתוך הפילוסופיה הדיאלקטית, מיינדפולנס ועקרונות קוגניטיביים התנהגותיים. הפחתת ההתנהגות האובדנית נמצאת במוקד הטיפול. בסקירה זאת מתוארים עיקרי הטיפול, עקרונותיו, המערך הטיפולי וההתאמות שנעשו עבור מתבגרים, כמו שיתוף הורים בטיפול. למרות מגבלות מתודולוגיות, ניתן להסיק ששיטה זו יעילה לטיפול במתבגרים במדדים שונים (הפחתת אובדנות, פגיעה עצמית, נשירה מטיפול, דיכאון וחרדה) ובמסגרות טיפוליות שונות. ב-DBT אשפוז אינו מומלץ, ובמצבים שבהם הוא הכרחי, נמצא שהתאמתו למערך אשפוז קצר אפשרה הפחתה של התסמינים.

מילות מפתח: פגיעה עצמית, DBT-A, DBT, מתבגרים, התנהגות אובדנית, DBT בישראל

התנהגות אובדנית בקרב בני נוער

התאבדות היא בעיה חמורה בבריאות הציבור שמשפיעה על אנשים צעירים רבים. היא הסיבה השלישית למוות של צעירים בני 10–24, ובארצות הברית, היא גורמת לאובדן חיים של כ-4600 צעירים כל שנה (CDC, 2017).

התאבדות כסיבה למוות שכיחה יותר בגיל ההתבגרות מאשר בכל קבוצת גיל אחרת. בנוסף, אנשים רבים שהתכוונו או ניסו להתאבד במהלך חייהם, עשו זאת לראשונה בגיל צעיר (Kessler, Borges, & Walters, 1999). שיעור מוות כתוצאה מהתאבדות הוא 8.5% מכלל מקרי המוות בגילים 15–29 בעולם. שיעורי מוות כתוצאה מהתאבדות גבוהים במיוחד במדינות שהשתייכו בעבר לברית המועצות, כמו: ליטא, לטביה ואחזבקיסטון, שם השיעורים נעים בין 14.5 ל-24.3 ל-100,000 בקרב מתבגרים ומבוגרים צעירים. מדינות נוספות שבהן שיעורי ההתאבדות של צעירים גבוהים במיוחד הן ניו זילנד, פינלנד ויפן. בישראל השיעור המדווח של מקרי המוות כתוצאה מהתאבדות אצל צעירים היה ב-2014 4.2 ל-100,000 (Cha et al., 2018).

מסקר של תלמידי תיכון בארצות הברית עלה ש-16% מהתלמידים דיווחו ששקלו באופן רציני להתאבד, 13% דיווחו שהייתה להם תוכנית כזו, ו-8% עשו ניסיון אובדני ב-12 החודשים שקדמו לסקר. בכל שנה, 157,000 צעירים בגילים 10–24 מטופלים בחדרי מיון בגלל פציעה עצמית (CDC, 2017).

על פי אגף המידע של משרד הבריאות בישראל (משרד הבריאות, 2016), בשנת 2014 נרשמו 2821 ניסיונות התאבדות בקרב בני נוער בגילים 10–24, בהשוואה ל-2092 ב-2005. בשנת 2014, ניסיונות ההתאבדות של בני נוער בגילים אלו היו כמחצית מכלל ניסיונות של נשים ו-41% מניסיונות הגברים. במהלך השנים 2005–2014, שיעור ניסיונות ההתאבדות הגבוה ביותר של גברים ונשים היה בקרב גילאי 18–21.

התנהגויות אובדניות כוללות התאבדויות שמסתיימות במוות, ניסיונות התאבדות ומחשבות אובדניות. קיום מחשבות אובדניות נדיר לפני גיל 10, וההיארעות עולה באופן חד בין גיל 12 לגיל 17 (Nock et al., 2013). בגלל הקושי להעריך את מידת הכוונה האובדנית הנלווית לפציעה עצמית מכוונת, וכן משום שפגיעה עצמית אצל צעירים מהווה גורם סיכון ברור להתאבדות, רבים מאנשי המקצוע העוסקים באובדנות, ובתוכם כאלה העוסקים ב-DBT, מתייחסים גם לפגיעה עצמית לא אובדנית כחלק מטווח ההתנהגויות האובדניות בקרב מתבגרים, גם אם בהגדרתה, פגיעה עצמית לא אובדנית (NSSI – Nonsuicidal Self-Injury) אינה כוללת כוונה אובדנית (Miller, Rathus, & Linehan, 2007). פגיעה כזו קיימת בשיעורים גבוהים מאוד. סקירה שיטתית של 52 עבודות אמפיריות על היארעות של NSSI בעולם מצאה שההיארעות הממוצעת במהלך החיים היא 18% (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012).

מטה-אנליזה של 29 מחקרים שבדקו קשר בין מחשבות והתנהגות של פגיעה עצמית לבין התנהגות אובדנית עתידית במתבגרים ומבוגרים צעירים, העלתה שמחשבות והתנהגות של פגיעה עצמית מהוות אחד מגורמי הסיכון החזקים ביותר למוות בהתאבדות באוכלוסייה זו, והן גורם מרכזי ב-26% מניסיונות אובדניים עתידיים בקרבם (Castellvi et al., 2017).

גורמי סיכון להתנהגות אובדנית אצל מתבגרים

אף שנערכו מחקרים רבים ב-150 השנים האחרונות, הבנת הגורמים להתאבדות נותרה חלקית. אובדנות היא מההתנהגויות האנושיות המורכבות ביותר, ויש לה גורמי סיכון ביולוגיים, פסיכולוגיים וסביבתיים. גורמי הסיכון הידועים זה שנים כוללים מגדר, מוצא אתני, גורמי מתח במשפחה, מחלות נפש וגורמים ביולוגיים. התנהגות אובדנית כגורם התמודדות לגיטימי בסביבה המשפחתית או בסביבה החברתית תורמת גם היא לעלייה בסיכון אובדני, כך גם ניסיונות התאבדות ופגיעה עצמית. הפרעות נפשיות שקשורות בבירור להתנהגות אובדנית במתבגרים כוללות דיכאון מגורי, תלות בחומרים, הפרעת התנהגות והפרעות אישיות (Cohen, Spirito, & Brown, 1996). הפרעת האישיות המקושרת ביותר להתנהגות אובדנית היא הפרעת אישיות גבולית, והתנהגות אובדנית אף מהווה את אחד הקריטריונים לאבחנה על פי ה-DSM-V (2013). שכיחות האבחנה במתבגרים דומה לזו שנמצאה בקרב מבוגרים. מספר עבודות הראו שביטויים ספציפיים של הפרעת אישיות גבולית, כמו: פגיעה עצמית, אימפולסיביות וחוסר ויסות רגשי המופיעים כבר בילדות או בגיל ההתבגרות, יכולים לנבא אבחנה של הפרעת אישיות גבולית בבגרות (Chanen & Kaess, 2012).

בנוסף לגורמים אלה, בשנים האחרונות נמצאו גורמים נוספים רלוונטיים מאוד להתנהגות אובדנית בצעירים. גורם סיכון עיקרי הוא צורות שונות של התעללות בילדים; ניצול מיני, אלימות פיזית וניצול רגשי מנבאים מחשבות וניסיונות אובדניים עתידיים בקרב צעירים (Fergusson, Boden, & Horwood, 2008). נמצא קשר בין נידוי חברתי והתעללות פיזית או התעללות מילולית על ידי בני אותו גיל במהלך הילדות וההתבגרות המוקדמת לבין מחשבות התאבדות, ניסיונות התאבדות ומוות מהתאבדות בגיל מאוחר יותר. יש לציין שהסיכון האובדני עולה גם בקרב הקורבנות לבריונות וגם בקרב התוקפים (Klomek et al., 2009). בריונות כוללת כיום גם בריונות ברשת, וניכר שהשפעתה מסיבית ומסוכנת במיוחד. גם ביקורתיות הורית מהווה גורם סיכון לפגיעה עצמית במתבגרים (Wedig & Nock, 2007). מילר ועמיתיו (Miller et al., 2007) התייחסו לגורמי סיכון שכללו פרידות בעקבות סיום יחסים רומנטיים, משבר סביב משמעת, בעיות עם החוק, השפלה ומריבות. צעירים להט"בים מראים שכיחות גבוהה יותר של מחשבות וניסיונות התאבדות מאשר צעירים הטרוסקסואלים (Haas et al., 2010).

במתבגרים, פגיעה עצמית והתנהגות אובדנית הם מהקריטריונים השכיחים ביותר להפרעת אישיות גבולית. זאת בשונה ממבוגרים, שאצלם קיימת ירידה

בתסמינים אלה (Zanarini et al., 2008). נמצא ש-32.8% מהסובלים מהפרעת אישיות גבולית התחילו לפגוע בעצמם לפני גיל 12, 30.2% התחילו בגיל ההתבגרות, ו-37% התחילו כמבוגרים (Zanarini et al., 2006). ין ועמיתיו (Yen, Gagnon, & Spirito, 2013) מצאו שמתבגרים הסובלים מהפרעת אישיות גבולית ביצעו ניסיונות התאבדות רבים יותר בעברם ואושפזו עקב כך. קיימות עדויות להשפעה "מידבת" של מקרי התאבדות על הסביבה הקרובה סמוך לאירוע מבחינת זמן ומקום. השפעה זאת שכיחה הרבה יותר בקרב מתבגרים ונדירה למדי אצל בני 24 ומעלה. הסיבות האפשריות להשפעה זו כוללות למידה חברתית, אבל מורכב, אינטגרציה חברתית ואפשרות שצעירים רגישים מתחברים ביניהם וביחד מגיבים ביתר שאת ללחצים סביבתיים (Haw, Hawton, Niedzwiedz, & Platt, 2013). קיימת מחלוקת בנוגע להשפעת התקשורת על התנהגות אובדנית. במחקר אורך שבדק מקורות שונים של מידע הקשור לאובדנות, התייחסו לדיונים בפורומים באינטרנט כגורם המגביר מחשבות התאבדות, גם כאשר מנטרלים היסטוריה של מחשבות התאבדות ודיכאון והשפעה חברתית (Dunlop, More, & Romer, 2011). חשוב לציין שנמצאו גם השפעות חיוביות של שיתוף באינטרנט דרך הצעת עזרה ותמיכה (Mars et al., 2015).

נמצא קשר חזק בין תחושת חוסר ערך ודימוי עצמי נמוך וכן חוסר תקווה ואנהדוניה (אי-מסוגלות לחוש הנאה) לבין מחשבות והתנהגויות אובדניות בצעירים (Burke et al., 2016; Cha et al., 2018). קושי בזיהוי רגשות וקושי בוויסות רגשי ניבאו ניסיונות אובדניים גם כאשר נטרלו את המרכיב הדיכאוני הבסיסי (Pisani et al., 2013). אף שההשפעה של תסמינים דיכאוניים על ניסיונות אובדניים חזקה וקבועה, הגורמים שצוינו משפיעים גם מעבר להשפעת התסמינים הדיכאוניים. קיימות עדויות המקשרות בין תוקפנות אימפולסיבית ובין בדידות לבין סיכון אובדני במתבגרים (Brent et al., 2002, Gallagher, Prinstein, Simon, & Spirito, 2014). עדויות אלה אינן עקביות וקשורות כנראה לגורמים אחרים, כמו פסיכופתולוגיה (Cha et al., 2018). אצל אנשים עם הפרעת אישיות גבולית קיים קשר ברור בין אימפולסיביות ותוקפנות לבין התנהגות אובדנית (Gvion & Apter, 2011).

בניסיון לנבא סיכון אובדני קרוב, גלינקר ועמיתיו (Galynker, Yaseen, & Briggs, 2014) פיתחו גישה להערכת סכנה אובדנית בטווח הקצר. הם הציעו לבדוק אם הנבדקים תופסים התאבדות כפתרון לגיטימי, וכן הציעו שימוש בכלי להערכת המצב המנטלי זמן קצר לפני הניסיון האובדני, תוך התייחסות לשני גורמים עיקריים: חוסר תקווה קיצוני (frantic hopelessness) ותחושת הצפה רומיניטיבית (ruminative flooding). מסקנתם היא שניתן לזהות ולהעריך מצב מנטלי מקדים לניסיון האובדני. במצב מקדים זה אנשים אובדניים מרגישים עלייה בחרדה, אי-שקט, כאב נפשי ותחושת פניקה – שמתוארים כמתווכים בין מחשבות אובדניות לניסיון אובדני. חוסר תקווה קיצוני מתייחס לתחושות תבוסה וחוסר מוצא. תחושת הצפה ברומיניציות מתייחסת לתחושות של חוסר שליטה על המחשבות, בלבול ועומס

מחשבות עד כדי כאב ראש או תחושה ש"הראש מתפוצץ". במחקר מתוארת קבוצת אנשים אובדניים אחרת, שאינה מתארת את התחושות לעיל, אלא דווקא תחושת רוגע מוזרה, ואף מפחידה, שמופיעה לאחר שהרגישו חרדה, דיכאון ואובדנות. בנוסף לגורמים אלה, לדעת המחקרים יש להתייחס גם להעברת הנגד של הבודק. אם המטפל מרגיש תחושת פחד, חוסר אונים והימנעות, לעיתים יחד עם תקווה פרדוקסלית לשיפור, הנבדקים הם בסיכון מוגבר להתאבדות קרובה.

עבודות חדשות מתייחסות לדרכים יעילות לזיהוי סכנה אובדנית, ללא צורך בהערכה קלינית ישירה, אלא בעזרת למידה חישובית (machine learning) של תיקים רפואיים אלקטרוניים (Walsh, Ribeiro, & Franklin, 2018). החוקרים מצאו אלגוריתמים של למידה חישובית שיכולים לנבא במדויק סכנה אובדנית במתבגרים, לעומת יכולת הניבוי בדרכים המקובלות. גישת הלמידה החישובית יצרה צירופים של מעל 600 גורמי סיכון מתוך תיקים רפואיים אלקטרוניים והגיעה לניבוי מדויק בכל נקודות הזמן שנבדקו (עד שנתיים לפני הניסיון האובדני), מול כל קבוצות הביקורת (קבוצת ביקורת של אוכלוסיית מתבגרים רגילה ושל אוכלוסיית מתבגרים דיכאוניים).

טיפולים מבוססי מחקר בהתנהגות אובדנית בבני נוער

שיעור המתבגרים המראים התנהגות אובדנית, פגיעה עצמית וריבוי בעיות רגשיות והתנהגותיות עולה. למרות חשיבות הנושא, ובהשוואה למספר המחקרים המבוקרים שנעשו בקרב מבוגרים, מספר המחקרים המבוקרים על התערבויות טיפוליות בבני נוער אובדניים קטן (Hawton et al., 2015). קיימות מגבלות מחקריות רבות; אחת מהן היא הגדרת התנהגות אובדנית וההחלטה אם לכלול בה את הפגיעה העצמית הלא אובדנית. מרבית העבודות התייחסו בעיקר למטופלים שלקחו מינון יתר של תרופות, ואף אחת מהעבודות שנסקרו לא בדקה ספציפית את הקבוצה הגדולה של בני נוער שפצעו את עצמם, אם כי חלק מהעבודות כללו גם קבוצה זאת. בארצות הברית נוהגים להפריד בין ניסיונות אובדניים לבין פגיעה עצמית שאין מאחוריה רצון למות, בעוד באירופה משתמשים במונח "פגיעה עצמית" גם להרעלה עצמית וגם לפציעה עצמית לא אובדנית (Ougrin, Tranah, Moran, & Rosenbaum, 2015). בכל מקרה, גם ניסיונות התאבדות וגם פגיעה עצמית במונח הרחב של המילה מהווים גורמי סיכון להתאבדות ומעלים את הסיכון למוות בהתאבדות בקרב מתבגרים פי עשרה בערך (Brent et al., 2013).

במאמר סקירה ומטה-אנליזה על התערבויות טיפוליות בהפחתת התנהגות אובדנית ופגיעה עצמית במתבגרים (Ougrin et al., 2015) נבדקו 19 מחקרים מבוקרים, שבהם המשתנה הראשוני שנבדק היה פגיעה עצמית. נבדקו התערבויות תרופתיות, סביבתיות ופסיכולוגיות. סך כל הצעירים במחקרים הגיע ל-2176. נמצאה ירידה בפגיעה עצמית בקבוצות הטיפול, לעומת קבוצות הביקורת. גודל האפקט (effect size) הגדול ביותר נמצא עבור CBT, DBT, ו-MBT. לא נמצאו מחקרים מבוקרים על טיפול תרופתי במתבגרים הפוגעים בעצמם, כמו גם מחקרים שבדקו

טיפולים משולבים תרופתיים ופסיכולוגיים. מרבית המחקרים שנכללו בסקירה זו בדקו מדגמים קטנים מאוד, שלא היו מאופיינים בצורה סבירה, ואשר הטיפול המקובל שאליו הושוו לא היה מוגדר. המחקרים לא מצאו עדיפות של אחד משלושת סוגי הטיפול היעילים על האחרים, עקב היעדר הבדלים משמעותיים ביניהם. שילוב של טיפול פרטני ומשפחתי נמצא יעיל בטיפול בצעירים אובדניים. טיפול CBT המשלב טכניקות פרטניות ומשפחתיות כמו גם טיפול משפחתי המבוסס על התקשרות נמצאו יעילים מיידית ובטווח הקצר, בהשוואה לקבוצת ביקורת (Diamond et al., 2010; Esposito-Smythers, Spirito, Kahler, Hunt, & Monti, 2011). נחקרו גם תוכניות התערבות בזמן משבר ולאחר שחרור מחדר מיון בעקבות התנהגות אובדנית. ההתערבויות כללו מרכיבים של ניהול משבר, כמו: תכנון עזרה ראשונה, התערבויות פסיכו-חינוכיות לצעירים ולהוריהם ולימוד מיומנויות, וכן הבטחת המשך מעקב טיפולי (Asarnow, Hughes, Babeva, & Sugar, 2017). בהתערבויות אלה הייתה נשירה גבוהה בקבוצות הביקורת, ולכן קשה להסיק מסקנות.

גישות מסוימות של טיפול פרטני, הכוללות לימוד מיומנויות פסיכולוגיות ובין-אישיות, נמצאו כמפחיתות סכנה של התנהגות אובדנית בצעירים. DBT – טיפול דיאלקטי-התנהגותי, שיפורט בהמשך, שפותח על ידי פרופ' מרשה לינהן (Linehan, 1993a, b), הותאם למתבגרים וכלל בנוסף לטיפול המקורי שפותח על ידיה, גם טיפול משפחתי ולימוד מיומנויות בקבוצת משפחות (Miller et al., 2007). IPT – פסיכותרפיה אינטר-פרסונלית אינטנסיבית במסגרת בית ספר לצעירים הסובלים מדיכאון, מכוונת להקשרים החברתי והבין-איש של תסמינים. שני טיפולים אלה נמצאו יעילים בהפחתת חומרת מחשבות אובדניות במתבגרים יותר מאשר בקבוצת ביקורת (Tang, Jou, Ko, Huang, & Yen, 2009).

כפי שצוין כבר, אחת האבחנות המקושרות להתנהגות אובדנית בבני נוער, ובמיוחד לפגיעה עצמית, היא הפרעת אישיות גבולית. הנטייה לא לאבחן הפרעות אישיות לפני גיל 18 היא בעייתית ומעכבת את ההבנה של הפרעה זאת, ולכן – גם את הטיפול בה. בשנים האחרונות ניתן מקום רב יותר לאבחנה ולטיפול מוקדמים בהפרעת אישיות גבולית, ללא קשר ישיר לפגיעה עצמית. בפרסומים על עבודות מבוקרות בטיפול בבני נוער הסובלים מהפרעה זו, הוצגו ארבעה טיפולים פסיכו-סוציאליים ומחקר אחד על תרופות. שניים מהטיפולים מיועדים למתבגרים שהראו פגיעה עצמית, ושניים מיועדים להתערבות מוקדמת בהפרעת אישיות גבולית. במאמר המתאר את חמשת המחקרים המבוקרים מצוין שבכל הטיפולים, המתבגרים הראו מוטיבציה נמוכה ושיעור נשירה גבוה (Chanen & Thompson, 2014). נמצא שכל הטיפולים עדיפים על אי-טיפול. ארבעת סוגי הטיפולים שהוצגו הם: MBT ו-DBT, MBT ו-DBT נמצאים בשימוש, ופורסמו עבודות בודדות גם על שימוש בהם בילדים (Perepletchikova & Goodman, 2014).

הטיפול הדיאלקטי-התנהגותי (DBT)

הטיפול הדיאלקטי-התנהגותי – DBT – פותח כאמור על ידי פרופ' לינהן. מדובר בטיפול מבוסס מחקר שנועד בבסיסו לנשים בוגרות המראות התנהגות אובדנית כרונית והמאובחנות כסובלות מהפרעת אישיות גבולית. ההתנהגות האובדנית הכרונית מתייחסת בעיקר לפגיעה או פגיעה עצמיות מכוונות ולא קטלניות. הטיפול החל כפיתוח של הטיפול ההתנהגותי הסטנדרטי, לאחר שלינהן מצאה כי טיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי סטנדרטי אינו יעיל בטיפול באוכלוסייה זו.

לינהן הציעה את התאוריה הביו-סוציאלית כבסיס להתפתחות הפרעת אישיות גבולית. על פי תאוריה זו, ההפרעה מושתתת על תפקוד לקוי של מערכת הוויסות הרגשית. ההנחה היא שמטופלות גבוליות הן בעלות פגיעות רגשית גבוהה ועוצמות רגשיות גבוהות יחד עם חסרים בכלים לוויסות רגשי, ושקשיים אלה נובעים מנטייה ביולוגית מוקדמת (פרדיספוזיציה), המוחמרת על ידי אי-תיקוף (אינוולידציה) של הסביבה. הפגיעות הרגשית באה לידי ביטוי בחוסר יציבות במצב הרוח, הגורם גם לחוסר יציבות בהתנהגות, בקשרים בין-אישיים ובתפיסת העצמי, וכן בחוסר יציבות קוגניטיבית. הגורם הסביבתי הוא כישלון הסביבה במתן תיקוף (ולידציה) החל משנות החיים המוקדמות של הילד. במהלך השנים הילד מפנים את הסביבה הלא מתקפת (invalidating environment), כלומר הוא נוטה לעשות אי-תיקוף של רגשותיו הוא. ראוי לציין כאן שמרבית המטופלות הגבוליות מדווחות לפחות על אירוע אחד של התעללות מינית, התעללות פיזית, הזנחה רגשית, מות הורים, נטישה, דחייה חוזרת או נסיבות חיים כאוטיות. כולן חוו סביבה לא מתקפת נרחבת (Linehan, 1993a) (pervasive invalidating environment).

עיקרי הטיפול

(Linehan, 1993a; Brodsky & Stanley, 2013)

הטיפול הדיאלקטי מציע הולזם וסינתזה. מדובר בגישה טיפולית אינטגרטיבית המאגדת גישות טיפוליות שונות ומאפשרת שימוש בהן על פי ארגון משמעותי וידוע מראש. העמדה של המטפל ב-DBT היא עמדה הנשענת על הפילוסופיה הדיאלקטית במשמעות של היעדר אמת מוחלטת וניסיון להגיע לאיזונים, שיווי משקל וחיבור, על מנת להתקדם. האיזון הדיאלקטי העיקרי והמרכזי בטיפול הוא בין קבלה של המטופלת כמו שהיא לבין ניסיון בלתי נלאה לשינוי. החיבור הדיאלקטי משמעו שהקבלה עצמה מהווה שינוי משמעותי גדול. הביטוי של חיבור זה באסטרטגיות הטיפוליות הוא שימוש בתיקוף בשילוב שימוש בפתרון בעיות. משמעות התיקוף בטיפול היא שהמטפל מוצא היגיון, אמת וערך בתגובות הרגשיות, הקוגניטיביות וההתנהגותיות של המטופלת, וכן שהמטפל מאמין ביכולתה של המטופלת לבנות חיים ששווה לחיותם. הוא מאמין למטופלת וגם מאמין בה. עליו להיות עקבי וסבלני ולהאמין ביעילות גישה טיפולית זאת, אמונה שיוכל להעביר גם למטופלת. בטיפול זה יש צורך בהגדרות מדויקות ומעשיות של מטרות הטיפול, קשר חזק וחיובי בין

מטפל למטופלת, הסבר מקיף על תוכנית הטיפול והתחייבות הדדית למטרותיו ולדרכי העבודה בו. כמו כן יש בו הנחות יסוד ברורות: המטופלת משתדלת ככל יכולתה; המטופלת רוצה להשתפר; המטופלת צריכה להשתדל יותר; המטופלת אינה אשמה בבעיותיה, אך זאת אחריותה לטפל בהן; החיים של המטופלים הגבוליים הם בלתי נסבלים; המטופלת צריכה ללמוד התנהגויות חדשות; המטופלת אינה יכולה להיכשל בטיפול; המטפלים במטופלים גבוליים צריכים תמיכה.

מערך הטיפול

DBT הוא טיפול כוללני, הכולל טיפול פרטני, לימוד מיומנויות בקבוצה, קשר טלפוני בין הפגישות וקבוצת מטפלים. בנוסף, יש מקום לטיפול תרופתי או אשפוז במידת הצורך. לכל מטופלת יש מטפל פרטני, שהוא גם המטפל הראשוני שלה. **היררכיית המטרות** בטיפול הפרטני היא:

- א. הפחתת התנהגות אובדנית
- ב. הפחתת התנהגויות המפריעות לטיפול
- ג. הפחתת התנהגות הפוגמת באיכות חיים

הפחתת התנהגות אובדנית

ההבנה הדיאלקטית היא שרצון המטופלת הגבולית למות הוא לעיתים קרובות הגיוני, מכיוון שהוא קשור לחיים בלתי נסבלים, המלאים במשברים, לחצים סביבתיים, יחסים בין-אישיים בעייתיים, בעיות בלימודים או בעבודה או בעיות פיזיות. בתוך הבנה זאת יש לפעול לשינוי הנסיבות, כך שאיכות החיים של המטופלת תשתפר. הרצון להתאבד מושתת בעצם על אמונה שהחיים לא יכולים להשתפר, ויש לעבוד על טעות קוגניטיבית זו. אין להתעלם מהתנהגות אובדנית כלשהי, ויש לנתח ביסודיות כל פעם שהיא מופיעה. יש לדון עם המטופלת על פתרונות חלופיים, להתייחס להשפעות השליליות של ההתנהגות האובדנית, לתת חיזוקים לתגובות שאינן אובדניות ולתת תיקוף לכאב של המטופלת שהביא להתנהגות האובדנית ולקשר בין ההתנהגות האובדנית הנוכחית לבין הדפוסים הכלליים של המטופלת. יש להדגיש את העובדה שבכל מקרה, ולו הקשה ביותר, יש יותר מפתרון אחד. במסגרת ההתייחסות יש לכלול גם אסטרטגיות של תובנה. המטרה היא לעזור למטופלת לשים לב לדפוסי התנהגות ולהבין את הקשרים הפונקציונליים בין המרכיבים השונים. יש מקום גם לפירושים, אם הם בעלי פוטנציאל מתקף, ואם הם מוצגים כהיפותזות שאותן יש לבחון. בהמשך, יש לעבוד עם המטופלת על השפעות התנהגות על אחרים, כולל על המטפל, על השפעת התנהגותה האובדנית על הדימוי העצמי שלה וכן על העובדה שהתנהגות זו מסיחה את דעתה ממציות פתרונות טובים יותר. ההתייחסות היסודית להתנהגות האובדנית אינה תלויה בחומרת התנהגות זאת, בשיתוף הפעולה או במצב הרוח של המטופלת או בקיום משברים אחרים בחייה, חדשים יותר, או כאלו הנראים לכאורה קשים יותר מהתנהגות האובדנית.

התנהגויות המפריעות לטיפול

התנהגויות המפריעות לטיפול מתחלקות לארבע קטגוריות:

- א. התנהגויות המפריעות לטיפול, כמו: אי-הגעה לפגישות, איחורים, שתיקות והתנהגויות אחרות שנכללות ב"התנגדות" במובנה הפסיכואנליטי.
- ב. התנהגויות המפריעות למטופלים אחרים לקבל טיפול, כמו הבעת עוינות כלפיהם והטרדתם. רכיב זה רלוונטי בעיקר בטיפול הקבוצתי או במחלקות אשפוז.
- ג. התנהגויות המפריעות למטפל לתת טיפול, כמו התשתו או חדירה לפרטיותו. יש לאתגר את הרעיון הלא הגיוני שהעזרה שהמטופלת מקבלת מהמטפל אינה קשורה לדרך שבה היא מתנהגת אל המטפל.
- ד. התנהגויות של המטפל המפריעות למטופל לקבל טיפול, כמו: איחורים וביטולי פגישות, שכחה של פרטי מידע, היעדר זמינות טלפונית, גישה פטרונית או התנהגויות אחרות המראות חוסר כבוד למטופל.

הפחתת התנהגויות המורידות את איכות החיים

ההתנהגויות המורידות את איכות החיים כוללות שימוש בסמים ואלכוהול, הפרעת אכילה וכל תסמין פסיכיאטרי אחר, התנהגות מינית לא בריאה, הימורים, היעדרות מבית ספר או מעבודה, בעיות בקשרים וכל בעיה אחרת שהמטופלת מעוניינת להביא לטיפול.

ב-DBT יש אפשרות לקיום קשר בין הפגישות. המטופלת מתקשרת במצבי מצוקה, אך אינה צריכה להיות אובדנית על מנת לקבל תשומת לב מהמטפל. שיחות הטלפון עוזרות לחיזוק דרכי התמודדות יעילות, בהתאם לכלים הנלמדים במסגרת הקבוצה ללימוד מיומנויות. השיחות מאפשרות למטופלות זמן טיפול נוסף ואימון בבקשת עזרה וקבלתה. ישנו שימוש גם בשיחות טלפון יזומות על ידי המטפל. במקביל לטיפול הפרטני, כל מטופלת משתתפת גם בקבוצה ללימוד מיומנויות. המיומנויות הנלמדות בקבוצה הן: קשיבות (mindfulness) כמיומנות ליבה, יעילות בין-אישית, ויסות רגשי ועמידות במצוקה. המיומנויות מבוססות על פרוטוקול שכתבה לינהן (Linehan, 1993b, 2015).

קשיבות כמיומנות ליבה (Core mindfulness skills). מיומנות זו היא המיומנות המרכזית, ועליה נשענות גם המיומנויות האחרות הנלמדות בקבוצה. המטופלות לומדות להיות מודעות למה שהן עושות, חושבות ומרגישות, להיות בלתי שיפוטיות כלפי עצמן ולהיות יעילות.

יעילות בין-אישית (interpersonal effectiveness). מיומנויות יעילות לבקש, לסרב, להשיג את המטרה, לשמור על קשר ולשמור על ערכים בתוך קשר. המטופלות לומדות לזהות מה באמת חשוב מאלה ובאיזה הקשר או סיטואציה.

ויסות רגשי (emotion regulation). מיומנויות להתמודדות עם רגשות עוצמתיים ותנודתיים. התנהגויות דיספונקציונליות הן לעיתים קרובות פתרונות התנהגותיים בלתי מוצלחים לרגשות עוצמתיים בלתי נסבלים. נלמדות מיומנויות לוויסות רגשי, בדומה למודל המקובל בטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי. אלו כוללות זיהוי רגשות

ושיומם, זיהוי הפרשנות לסיטואציה מסוימת והקשר בין פרשנות לרגש. כמו כן לומדים דרכים להפחתת פגיעות ולהגברת רגשות חיוביים.

עמידות במצוקה (distress tolerance). זוהי קבוצת המיומנויות האחרונה, ובה לומדות המטופלות להתמודד עם מצב של דחק חריף. נלמדות מיומנויות רבות ושונות לשרוד משברים (מיומנויות להסחת דעת, לשיפור הרגע, להרגעה עצמית דרך החושים) ומיומנויות לקבלה רדיקלית: לקבל את הכאב כחלק בלתי נפרד מהחיים. לחלק זה יש קשר טבעי ישיר עם מיומנות הקשיבות.

הטיפול בנוי ממספר שלבים. מטרת השלב הראשון, שנמשך כשנה, היא להגיע מחוסר שליטה התנהגותית לשליטה התנהגותית, כך שעצם החיים לא יהיו עוד בסכנה, והקשר הטיפולי והמוטיבציה לטיפול יהיו יציבים וחיוביים; השלב השני בטיפול יתמקד בעבודה על טראומה ונגזרותיה; השלב השלישי בטיפול יהיה פסיכותרפיה "רגילה" ויתמקד בעבודה על נושאים אינדיווידואליים.

DBT בנוער עם התנהגות אובדנית

DBT הותאם לנוער על ידי מילר, רתוס ולינהן (Miller, Rathus & Linehan, 2007; Rathus & Miller, 2015). הטיפול מיועד למתבגרים המתמודדים עם בעיה קשה בוויסות רגשי. מילר ועמיתיו הסתמכו על המודל הביו-סוציאלי של לינהן. מרכיבי הטיפול במתבגרים הם אותם מרכיבים הקיימים בטיפול במבוגרים: טיפול פרטני אחת לשבוע, קבוצה ללימוד מיומנויות אחת לשבוע, קשר טלפוני עם המטפל בין הפגישות וקבוצת עמיתים למטפלים. השינויים הראשונים שהבדילו בין מערך הטיפול הדיאלקטי-התנהגותי במבוגרים על פי לינהן לבין מערך הטיפול במתבגרים על פי מילר ורתוס היו: (א) שיתוף בני משפחה בטיפול – לימוד המיומנויות נעשה בקבוצה משותפת של מתבגרים ואחד מהוריהם; (ב) קיצור משך העבודה של קבוצת המיומנויות משנה ל-12 שבועות. משמעות הדבר שבקבוצה נלמד מספר קטן יותר של מיומנויות; (ג) שינויים בשפה בדפי ההדרכה והתרגול בקבוצת המיומנויות, כך שתתאים למתבגרים (Miller, Rathus, Linehan, Wetzler, & Leigh, 1997).

DBT-A כולל היום כמה התאמות נוספות: בנוסף למיומנויות הקשיבות, העמידות במצוקה, היעילות בין-אישית והוויסות הרגשי, נלמדת מיומנות המותאמת לנוער – "שביל הזהב" (walking the middle path). קבוצת מיומנויות זו מתייחסת באופן ספציפי ליחסים הורה-ילד וכוללת בעיקר מיומנויות תיקוף, עקרונות התנהגותיים וזיהוי שלוש דילמות דיאלקטיות ספציפיות של מתבגרים ובני משפחתם (Miller et al., 2007; Rathus & Miller, 2002).

עדות מחקרית ליעילות DBT בטיפול במתבגרים עם הפרעת אישיות גבולית והתנהגות אובדנית

במאמר מרכזי שנכתב על ידי מילר, רתוס ועמיתיהם ב-1997, מצוין שלמרות חומרת התסמינים האובדניים בתקופת גיל מיוחדת ומאתגרת כגיל ההתבגרות, אין אף פסיכותרפיה מוכחת אמפירית עבור מתבגרים אובדניים ועם פגיעה עצמית. עד שנה

זאת, DBT היה הטיפול המוכח אמפירית היחיד שהיה יעיל במטופלים מבוגרים עם התנהגות אובדנית כרונית והפרעת אישיות גבולית. עובדה נוספת חשובה שמצוינת במאמר זה היא שעד 77% ממתבגרים שניסו להתאבד לא הגיעו לטיפול פסיכולוגי או נשרו ממנו (Miller et al., 1997). מחברי המאמר הדגישו שהתנהגות של פגיעה עצמית והתנהגות אובדנית הן בעלות תפקיד חשוב בוויסות רגשי, כמו גם בקבלת עזרה מסביבה שבדרך כלל אינה מתקפת. מנקודת מבט זאת, התנהגות אובדנית נחשבת כפתרון לא יעיל לרגשות כואבים, עוצמתיים ומציפים. זאת, בניגוד לעמדה מקובלת אצל מטפלים, הגורסים שהתנהגות אובדנית אצל צעירים הסובלים מהפרעת אישיות גבולית היא "מניפולטיבית", "דמונסטרטיבית" ו"מיועדת להשגת רווח משני ולשליטה בסביבה" (Nehls, 1998).

מחקר ראשוני על DBT-A נראה מבטיח (Rathus & Miller, 2002), ועבודות נוספות הראו תוצאות משמעותיות סטטיסטית בהפחתת חרדה (Lenz & Del Mehlum et al., 2015; Conte, 2018; Ritschel, Lim, & Stewart, 2015; James, Taylor, Winmill, & Rathus & Miller, 2002), הפחתת דיכאון (James, Taylor, Winmill, & Rathus & Miller, 2002), הפחתת פגיעה עצמית (James, Taylor, Winmill, & Rathus & Miller, 2002), והפחתת סיכון אובדני (Alfoadari, 2008; Fleischhaker et al., 2011).

בעבודת פיילוט שכללה 12 מתבגרים שמרביתם ענו על קריטריונים של הפרעת אישיות גבולית, 75% נשארו בטיפול עד סיומו. במהלך הטיפול הייתה ירידה משמעותית בפגיעה עצמית לא אובדנית. לא היה אף ניסיון אובדני במהלך הטיפול ובמעקב לאחר שנה. זאת למרות ששמונה מתוך ה-12 ניסו להתאבד לפחות פעם אחת לפני תחילת הטיפול. המחברים ציינו שהעובדה שתוכנית טיפולית שנמשכת 16–24 שבועות וכוללת שתי פגישות שבועיות יכולה לגרום לשינויים חיוביים בהתנהגות, בהסתגלות פסיכו-סוציאלית וברמת המצוקה הנלווית לתסמינים של המתבגרים, ולעורר תקווה ומוטיבציה. כך גם העובדה שמרבית המתבגרים מסוגלים להשלים את התוכנית הטיפולית. בעוד שבתחילת התוכנית 83% מהמטופלים אובחנו כסובלים מהפרעת אישיות גבולית על פי הקריטריונים של ה-DSM, שנה לאחר סיום הטיפול רק 17% אובחנו כסובלים מהפרעה זו. איכות החיים של המתבגרים השתפרה באופן ברור מתחילת הטיפול ועד שנה לאחר סיום הטיפול (Fleischhaker et al., 2011). עבודה נוספת, שנערכה באוקספורד, בדקה 16 מתבגרות שפגעו בעצמן פגיעה חמורה וממושכת. נערכו בדיקות לפני הטיפול ואחריו ומעקב אחרי שמונה חודשים. בממוצע, הנערות השתתפו ביותר מ-78% מהפגישות. נמצאה ירידה ניכרת בדיכאון, בחוסר תקווה ובפגיעה עצמית. במקביל, נמצאה עלייה בתפקוד כללי. יש לציין שרמת הפגיעה העצמית אצל הנערות שנכללו במחקר הייתה יציבה 12–18 חודשים לפני הטיפול, ולא דווח על שיפור בסוגי טיפול אחרים (James et al., 2008). רתוס ומילר (Rathus & Miller, 2002) הישוו טיפול DBT ב-29 מתבגרים אובדניים עם מאפיינים של הפרעת אישיות גבולית עם 82 מתבגרים שקיבלו טיפול מקובל. הטיפול בשני המקרים נמשך 12 שבועות. DBT כלל פגישת טיפול פרטנית וקבוצת מיומנויות משותפת עם בני משפחה. הטיפול המקובל כלל שתי פגישות פרטניות שבועיות בגישה פסיכודינמית וכן טיפול משפחתי אחת לשבוע.

אף שקבוצת המתבגרים שהופנו ל-DBT הראו סימפטומטולוגיה חמורה יותר לפני הטיפול, נמצא שבמהלכו היה מספר קטן יותר של אשפוזים, וכי **שיעור המטופלים בקבוצה זו שהשלימו את הטיפול היה גבוה משמעותית מזה של הקבוצה השנייה**. לא נמצאו הבדלים משמעותיים במספר הניסיונות האובדניים שבוצעו בזמן הטיפול. בהשוואה בין תחילת הטיפול לסופו, נמצאה בקבוצת ה-DBT ירידה במחשבות אובדניות, בתסמינים פסיכיאטריים אחרים ובתסמינים של הפרעת אישיות גבולית. במחקר מבוקר, מהלום ועמיתיו (Mehlum et al., 2014) הישוו בין DBT-A לבין טיפול מקובל מוגבר (EUC – enhanced usual care) בקבוצה של 77 מתבגרים. בוצעו הערכות של פגיעה עצמית, מחשבות אובדניות, דיכאון, חוסר תקווה, תסמינים של הפרעת אישיות גבולית ותדירות אשפוזים וביקורים בחדר מיון. ההערכות לטיפול, שנמשך 19 שבועות, בוצעו אחרי תשעה שבועות ו-15 שבועות מתחילתו ובסופו. במחקר המשך בוצעו ההערכות אחרי 52 שבועות מתום הטיפול (Mehlum et al., 2016). במחקר המבוקר הבסיסי נמצא שההתמדה בטיפול הייתה טובה, אך לא שונה בין שני סוגי הטיפול. DBT-A היה עדיף על EUC בהפחתת שכיחות של פגיעה עצמית, של מחשבות אובדניות ושל תסמינים דיכאוניים. נמצא כי בשיטת DBT-A מספר מדדים השתפרו במהלך הזמן שנבדק, ולעומת זאת, ב-EUC לא נצפה שיפור כזה. בעקבות שני סוגי הטיפול לא היה דיווח על מקרי התאבדות, והיה מספר קטן של אשפוזים וביקורים בחדר מיון, עם עדיפות קלה ל-DBT. עבודה חשובה זו הראתה לראשונה שניתן לטפל במתבגרים המראים התנהגות אובדנית למרות התנגדותם לטיפול ולמרות התסמינים הקשים וקשיי הטיפול בגיל מורכב זה.

מילר ועמיתיו (Miller, Wyman, Huppert, Glassman, & Rathus, 2000) בדקו יעילות של המיומנויות הנלמדות בקבוצה (כפי שתואר, הקבוצה ללימוד מיומנויות היא חלק מרכזי בטיפול ונערכת במקביל לטיפול הפרטני), על פי דיווח עצמי של המתבגרים לפני הטיפול ואחריו. במחקר זה, כמו גם באחרים, נמצאה ירידה משמעותית בתסמינים של הפרעת אישיות גבולית בכל ארבעת השטחים של בעיות, בהתאם לארבעת הנושאים שנלמדו בקבוצה. ארבע המיומנויות, שדורגו כ"יעילות מאוד" וכ"יעילות מאוד מאוד", כללו מיומנות אחת מתוך "עמידות במצוקה" ושלוש מיומנויות של מיינדפולנס. כל ארבע המיומנויות האלה כללו סבילות למחשבות ורגשות לא נעימים, מבלי לנסות לשנות אותם באופן אקטיבי. למרבה הפלא מתבגרים דיווחו על מיומנויות אלה כיעילות יותר מאשר על מיומנויות שמכוונות לשינוי, כמו מיומנויות של ויסות רגשי ושל יעילות בין-אישית. ייתכן שמיומנויות אלה של מיינדפולנס, עמידות במצוקה וקבלה הן חדשות ובלתי מוכרות ברפרטואר של המתבגרים, ולכן נחוות כיעילות יותר. יש לציין שגם דירוגן של המיומנויות שדורגו כבעלות יעילות נמוכה יחסית נע בין "יעילות לפעמים" לבין "יעילות מאוד".

בעבודה שבדקה הטמעה של DBT בקרב מתבגרים ומשפחותיהם במרפאה קהילתית בארצות הברית (Woodberry & Popenoe, 2008) דווח לראשונה על שינוי לא רק בדיווח של המתבגרים עצמם, אלא גם בדיווח של הוריהם. העבודה בדקה תסמינים דיכאוניים, כעס, תסמינים דיסוציאטיביים, תסמינים כלליים

וקשיים תפקודיים ותסמינים הקשורים למחשבות ודחפים לפגיעה עצמית ולאובדנות לפני טיפול DBT ואת השינוי אחרי הטיפול. ההורים דיווחו על שינויים בתסמינים מופנמים (internalizing) ומוחצנים (externalizing) והתנהגויות בעייתיות באופן כללי, בדומה לדיווח של המתבגרים. כמו כן, הם דיווחו על שינוי גדול בתסמינים הדיכאוניים שלהם עצמם. בדיווחי המתבגרים הייתה עדות לירידה גדולה ומשמעותית בשכיחות הרצון לפגיעה עצמית, מ-32% ל-5%, ולעלייה בשיעור התשובות של היעדר כל רצון להתאבד, מ-32% ל-63%. באשר לפגיעה עצמית, נמצאו בסוף הטיפול ירידה מ-50% ל-21% בתשובות של רצון תדיר לפגיעה עצמית, ועלייה של 20% בהיעדר מוחלט של רצון לפגיעה עצמית. מתוך 46 מתבגרים שהסכימו להשתתף במחקר, 29 (63%) השלימו את התוכנית. 86% מההורים שהשלימו את התוכנית היו ב-11 מתוך 15 פגישות קבוצתיות. עבודה זו תומכת באפשרות לשימוש בגישת ה-DBT במרפאות ציבוריות קהילתיות וכן ביעילותה של הגישה, לא רק אצל המתבגרים המטופלים, אלא גם בשינוי תסמינים דיכאוניים אצל הוריהם.

עבודה מבוקרת שנערכה בניו זילנד וכללה מדגם קטן של מתבגרים (n=29) בדקה את הישגות של ביצוע מחקר אקראי מבוקר בקרב מטופלים, בני נוער והוריהם. כלומר, איך אלו קיבלו את העובדה שהבחירה להפנות לטיפול DBT או לטיפול רגיל הייתה אקראית. נמצא ש-13 מתוך 14 המתבגרים שטופלו ב-DBT השלימו את הטיפול (93%). המשפחות היו מרוצות מהטיפול, ובמיוחד מהאפשרות להשתתף בקבוצת מיומנויות למשפחות. המטפלים הרגישו שהטיפול יעיל, שהקשר בין הפגישות חיוני לאוכלוסייה זו ושקבוצת ההתייעצות חיונית לצורך מניעת שחיקה של המטפלים. נראה שהשחיקה אצל מטפלי DBT לא הייתה גבוהה מן הצפוי אצל מטפלים בבריאות הנפש. כשליש מהפונים למרכז הטיפולי אשר הוצע להם DBT, סירבו לטיפול עקב הזמן שהיה צורך להשקיע בו והאינטנסיביות שלו. ממצא זה מעלה את השאלה, עד כמה הטיפול מתאים למשפחות עם משאבים ומוטיבציה נמוכים. למרות קושי של המטפלים להציג את הטיפול הדיאלקטי-התנהגותי ואת הטיפול הרגיל באותה מידה של סיכוי לתועלת, המתבגרים עצמם לא התלוננו על ההפניה האקראית. כשנשאלו איזה טיפול הם מעדיפים, ענו שלא אכפת להם או העדיפו DBT (Cooney, Davis, Thompson, Whaewera-Mika, & Stewart, 2010).

מאמרי סקירה

במטה-אנליזה ראשונית על DBT במתבגרים המראים פגיעה עצמית לא אובדנית ודיכאון, נבדקו 12 עבודות שדיווחו על מדדים של דיכאון ושל פגיעה עצמית לא אובדנית לפני טיפול ואחריו. נמצא שלטיפול דיאלקטי-התנהגותי מותאם למתבגרים הייתה השפעה חיובית גדולה על התנהגות של פגיעה עצמית לא אובדנית והשפעה חיובית קטנה על דיכאון (Cook & Gorraiz, 2016). ממצאים אלה דומים לממצאים שעלו בקרב מבוגרים. יש לציין שקיימת בעייתיות בהשוואה בין טיפולי DBT שונים, בגלל השוני במערך הטיפול ובמשך הטיפול.

מטה-אנליזה אחרת על יעילות DBT-A הראתה בין השאר חוסר אחידות בדרכי יישום הטיפול, כאשר במקרים רבים היה מדובר בהתערבות שכללה קבוצות ללימוד מיומנויות בלבד, ללא המרכיבים הנוספים. עובדה זו הקשתה על הסקת מסקנות ברורות. עם זאת, נמצא שהתערבות שכללה קבוצות ללימוד מיומנויות בלבד הביאה להפחתת תסמינים דיכאוניים במתבגרים (Hunnicuttt Hollenbaugh & Lenz, 2018). ממצאים אלה תומכים בממצאים אחרים שהראו שלימוד מיומנויות DBT בקבוצת מבוגרים יכול להיות יעיל בהפחתת תסמינים נפשיים שונים (Soler et al., 2015; Valentine, Bankoff, Poulin, Reidler, & Pantalone, 2009).

במטה-אנליזה הנ"ל צוין שהיו עבודות מועטות מכדי להסיק מסקנות בנוגע להשפעת DBT-A על פגיעה עצמית (Hunnicuttt Hollenbaugh & Lenz, 2018). בכל מקרה, המסקנה הייתה ש-DBT-A יעיל בהפחתת סיכון אובדני במתבגרים יותר מאשר בקבוצות ביקורת.

במאמר סקירה של גרובס ועמיתיה (Groves, Backer, van den Bosch, & Miller, 2012) סוכם 12 מחקרים שפורסמו בין 1997 ל-2008 ועסקו ביעילות תוצאות טיפול DBT במתבגרים. גם חוקרים אלה ציינו את הקושי להשוות בין המחקרים, עקב השוני בסוגי האוכלוסייה, במבנה הטיפול ובמערכו. שוני רב היה גם במערך המחקרים שפורסמו, שרובם ככולם בדקו תוצאות לפני הטיפול ואחריו, ולא השוּוּ באופן אקראי מבוקר לסוגי טיפול אחרים. בנוסף, לא הייתה אחידות במידת ההיצמדות לפרוטוקול המקורי של DBT או שלא הייתה התייחסות למרכיב זה. החוקרים סייגו וציינו שבבדיקת טיפול מורכב כמו DBT נדרשת גמישות. הם סברו כי למרות כל המגבלות, ניתן להסיק שטיפול דיאלקטי-התנהגותי במתבגרים הוא יעיל במסגרות טיפוליות מגוונות ובמדדים תפקודיים שונים. במתבגרים העונים על קריטריונים של הפרעת אישיות גבולית נמצאה למשל ירידה משמעותית בהתנהגויות, כמו: אימפולסיביות, קושי בוויסות רגשי, בלבול בנוגע לעצמי וקשיים בין-אישיים, לאחר 12 שבועות של טיפול אמבולטורי (Rathus & Miller, 2002). כך גם נמצאה ירידה במחשבות אובדניות, NSSI, קושי בוויסות רגשי ותסמינים דיכאוניים במתבגרים שאובחנו כבי-פולריים לפי דיווחם הם ודיווח הוריהם (Goldstein et al., 2015). במאמרים אחרים נמצאה ירידה בתסמינים של הפרעות אכילה, אלימות ופגיעה עצמית בנוער עבריין ועוד.

בדומה למחקרים במבוגרים, גם בנוער הייתה נשירה קטנה יותר מאשר בטיפולים "רגילים", ולמטופלים ומשפחותיהם היו דעה חיובית יותר על הטיפול וכוונה להפנות אחרים לטיפול זה (Goldstein et al., 2015; Rathus & Miller, 2002; Woodberry & Popenoe, 2008).

בסקירה נוספת, שבדקה גורמים מושגיים ומתודולוגיים במחקרים על שימוש ב-DBT בקרב מתבגרים הפוגעים בעצמם, ציינו החוקרים שלמרות עדויות שהולכות ונאספות על יעילות DBT-A, יש חוסר אחידות במספר גורמים, כמו הגדרת פגיעה עצמית, מערך טיפולי לא אחיד, משך טיפול לא אחיד ומידת היצמדות לא ברורה לגישה הטיפולית המקורית. מרבית העבודות לא בדקו את השפעת הטיפול לאורך

החיים, אלא בוצע מעקב של עד שנה בלבד (Freeman, James, Klein, Mayo, & Montgomery, 2016).

יישום הטיפול

בעבודה מעניינת מקנדה הציגו המחברים חומר שאספו במשך שנים אחדות במרפאת חוץ למתבגרים הנמצאת בבית חולים פסיכיאטרי. במרפאה נערך טיפול DBT שהותאם למשאבים, ולכן הוא לא כלל קשר טלפוני בין הפגישות וקבוצה ללימוד מיומנויות למשפחות (A-DBT-A – Adapted form of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents). נבדקו מדדים של טיפול פרטני וקבוצת מיומנויות בקרב 61 מתבגרים שהגיעו עם מחשבות והתנהגות של פגיעה עצמית ותסמינים נלווים של הפרעת אישיות גבולית, ועברו טיפול שארך 15 שבועות. הוצג חומר שנאסף במהלך חמש שנים (2007–2012) כחלק מבדיקה שגרתית של יעילות העבודה במרפאה. נמצאה ירידה משמעותית בדיווח עצמי על פגיעה עצמית (על פי השאלון המתוקף היטב Suicidal Ideas Questionnaire (SIQ). נמצאה ירידה משמעותית גם בפגיעה עצמית על פי כלי הערכה מבוסס ריאיון. בנוסף, נמצאה ירידה גם בתסמינים של הפרעת אישיות גבולית. ספציפית נמצאה ירידה משמעותית בתסמינים של ויסות רגשי, אך ללא שינוי משמעותי בקשיים בין-אישיים. מדדים של יכולת השתקמות (resiliency) הראו שיפור משמעותי. ראוי לציין ש-62% מהמתבגרים שהחלו את הטיפול לא סיימו אותו. הגורמים שנמצאו כמנבאים נשירה מטיפול היו דיווח עצמי על רמה גבוהה של אימפולסיביות ושימוש קבוע בסמים (Courtney et al., 2015). עבודה זו מצביעה על כך שגם טיפול קצר מועד במתבגרים המראים פסיכופתולוגיה חמורה של התנהגות אובדנית ושימוש בסמים הוא יעיל, גם אם מערך הטיפול הוא חלקי.

טורמון ועמיתיו (Tormoen et al., 2014) בדקו את האפשרות להשתמש ב-DBT-A בסקנדינביה. התוצאות הראו שניתן ליישם את הגישה הטיפולית בהקשרים של השפה, התרבות ומערכת הבריאות הסקנדינבית, למרות השוני של גורמים אלה מאותם גורמים בארצות הברית, שם פותחה הגישה. נמצא גם שמטפלים הגיעו לרמת שליטה טובה בטיפול, אף על פי שהרקע שלהם לא היה התנהגותי. הם עברו הכשרה בסיסית והצליחו ללמוד להשתמש ולשלוט בטיפול בתוך זמן קצר.

אשפוז

בגישת ה-DBT אשפוז בדרך כלל אינו מומלץ (Katz, Gunasekara, & Miller, 2002). משברים מאפשרים הזדמנות לעבודה אמבולטורית במקום להוות סיבה לאשפוז. בטיפול האמבולטורי יעבדו על חיזוק כוחות הנפש, שיפור הוויסות הרגשי והכללת המיומנויות, וכך תתאפשר התמודדות יעילה יותר עם המצב המשברי. לעומת זאת, אשפוז יביא לכך שהמטופל יימנע מהסביבה הבעייתית, יעצור את הטיפול ולעיתים אף תהיה נסיגה במצבו. האשפוז עלול לחזק את ההתנהגות האובדנית, התנהגות

שהטיפול מבקש להביא להפסקתה, מאחר שבאשפוז קיים גם גורם "הדבקה", ואין התייחסות טיפולית ספציפית להתנהגות אובדנית, אלא אם כן משתמשים בעקרונות ה-DBT. אף אם מלמדים מיומנויות DBT באשפוז, יהיה קשה מאוד להכלילן בחיי היום-יום (Linehan, 1993a). למרות כל הנאמר, יש מצבים שבהם אשפוז הוא הכרחי. במצבים אלה הספרות תומכת בשימוש ב-DBT במחלקות האשפוז. בוהוס ועמיתיו (Bohus et al., 2000) היו מהחוקרים המרכזיים שבדקו יעילות DBT במבוגרים באשפוז, במחקר שהציג תוצאות שלושה חודשי DBT באשפוז בקבוצה של 24 נשים. הטיפול כלל שימוש באנליזה פונקציונלית של ההתנהגויות הבעייתיות, התנהלות לפי העקרונות הבסיסיים של DBT, לימוד מיומנויות עם דגש על כאלו שימנעו אשפוזים חוזרים והתייחסות מרכזית לפגיעה עצמית. בהשוואה בין חומרת התסמינים חודש לפני האשפוז לבין חומרתם חודש לאחריו, נמצאו שיפור משמעותי בערכים של דיכאון, חרדה ותחושת דחק כללית וכן ירידה משמעותית ביותר במספר האירועים של פגיעה עצמית.

במאמר שסקר שיטתית 11 עבודות אשר בדקו יעילות של טיפול בהפרעת אישיות גבולית באשפוז, נמצא שהתאמות שונות של DBT לתוכניות אשפוז שונות הפחיתו תסמינים של הפרעת אישיות גבולית, כולל פגיעה עצמית, תסמינים דיכאוניים וחרדתיים ומצבים דיסוציאטיביים; זאת בנוסף לשיפור בתפקוד הכללי (Bloom, Woodward, Susmaras, & Pantalone, 2012).

להלן מקרה אופייני שבו יש מקום להמליץ על DBT באשפוז, על פי כץ ועמיתים (Katz et al., 2002): דונה בת 15 התקבלה לתוכנית DBT באשפוז אחרי שלקחה מינון יתר של אקמול, והוא הגיע לרמות מסוכנות בדמה. לפני בליעת הכדורים רבה עם אחיה, ריב שהיה "הקש ששבר את גב הגמל". לדונה היו שני אשפוזים קודמים מסיבות דומות, והיא הייתה מאושפזת בסך הכול חמישה חודשים, שבמהלכם פגעה בעצמה פעמים רבות בתוך המחלקה. לאחר סיום האשפוזים היא לא המשיכה בטיפול אמבולטורי וכן הפסיקה את הטיפול התרופתי האנטי-דיכאוני שקיבלה. בזמן שלא הייתה בטיפול ביצעה שני ניסיונות אובדניים חמורים ופגעה בעצמה פעמים רבות. היא אובחנה כסובלת מהפרעה דיכאונית מג'ורית ומקווים של הפרעת אישיות גבולית.

תוכנית DBT באשפוז (Katz et al., 2002): צוות המחלקה עובר כולו הכשרה ב-DBT, ואנשי הצוות זמינים לעזור למטופלים להשתמש במיומנויות DBT ולעשות הכללה למצבים שונים. חלק חשוב מתפקידם של אנשי הצוות הוא להתערב לפני שמטופלים פוגעים בעצמם או בוחרים בהתנהגויות בעייתיות אחרות. התוכנית כוללת קבוצת מיומנויות יומית. בניגוד לטיפול האמבולטורי, ההורים אינם משתתפים בקבוצה. המטופלים מקבלים פסיכותרפיה פרטנית פעמיים בשבוע. בנוסף מתקיים קשר של המטופל עם האחיות לפי הצורך (למשל אם המטופל במחלקה מגיע לרמה גבוהה של אי-ויסות). קשר זה מתנהל גם הוא על פי ההיררכייה הטיפולית והמטרות הטיפוליות שנקבעו. הצוות במחלקה משתתף בקבוצת התייעצות פעמיים בשבוע כדי לחזק את היכולות והמוטיבציה של המטפל

לקיים טיפול יעיל. מטרת הטיפול הן הפחתת התנהגויות מסכנות חיים שהובילו לאשפוז או שמעכבות שחרור מהאשפוז, הפחתת התנהגויות שמפריעות לטיפול אמבולטורי או לטיפול באשפוז הנוכחי, הפחתת התנהגויות שמפריעות למחלקה וחיזוק מיומנויות של קשיבות ועמידות במצוקה, שהן חיוניות לצורך טיפול אמבולטורי. האשפוז נמשך בין ימים אחדים לשלושה שבועות.

DBT-A – עלות-תועלת הטיפול (cost effectiveness)

במחקר מבוקר שנערך בנורווגיה וכלל 77 מתבגרים עם פגיעה עצמית חוזרת שטופלו במשך 19 שבועות בטיפול אמבולטורי (Mehlum et al., 2014), נבדקה עלות-תועלת של גישת ה-DBT מול גישת הטיפול המקובל המוגבר (EUC) (Haga, Aas, Groholt, Tormoen, & Mehlum, 2018). בתום 19 שבועות של הטיפול נמצא ש-DBT-A היה יעיל יותר בהפחתת פגיעה עצמית. עלות DBT-A הייתה גבוהה יותר במהלך 19 השבועות של המחקר, בעוד עלות EUC הייתה גבוהה יותר לך תקופת המעקב. זהו ממצא חשוב שמדגים את יעילות ה-DBT-A, כך שאחרי תום הטיפול הצורך בהמשך טיפול ומעקב הוא קטן יותר. הממצא ש-DBT-A הביא לשיפור אחרי 19 שבועות, ושלא היה הבדל סטטיסטי בין הקבוצות בעלויות הטיפול לאחר 71 שבועות, משמעו שהשימוש במשאבים רבים יותר במהלך ה-DBT-A היה בעל ערך כלכלי. ממצאים אלה תומכים בבחירת DBT-A כטיפול הבחירה במתבגרים עם פגיעה חוזרת.

לא היה הבדל בין הקבוצות בעלות הביקורים בחדר מיון, אך נמצאה עלות גבוהה יותר ל-EUC עקב שני מטופלים שאושפזו לתקופות ארוכות. כאשר מכלילים את עלויות האשפוז, עלויות הטיפול הכלליות של EUC גבוהות יותר עבור כל התקופה.

DBT בישראל

בארץ התחילו ליישם את הגישה הטיפולית בשנים 2000–2001 בשתי מרפאות ציבוריות לבריאות הנפש לילדים ונוער. בשנת 2007 הוקם מכון פרטי ללימוד DBT וטיפול באמצעותו. צוות המכון אחראי להעברת חלק גדול מן ההכשרות בשירות הציבורי והפרטי בישראל. כיום יש כ-25 יחידות בריאות נפש ציבוריות שבהן ניתן לקבל טיפול דיאלקטי-התנהגותי, בדרך כלל טיפול חלקי. טיפול DBT מתקיים גם בפנימיות ובמרכזים טיפוליים השייכים למשרד הרווחה.

הטמעת DBT בשירות הציבורי: בארץ, כמו במקומות אחרים בעולם, הטמעת ה-DBT אינה פשוטה ואינה עונה על הצורך הרב בגישה טיפולית יעילה זו. בבריטניה, בשנת 2009, DBT נכלל בהנחיות של ה-NICE (National Institute of Health and Care Excellence) כטיפול מומלץ לנשים עם אבחנה של הפרעת אישיות גבולית והיסטוריה של פגיעה עצמית חוזרת (NICE, 2009). יש גם עבודות המראות של-DBT יש פוטנציאל להיות טיפול בעל יחס עלות-תועלת גבוה לאנשים עם התנהגות של פגיעה עצמית (Priebe et al., 2012; van den Bosch, Sinnaeve, Hakkaart-van Roijen, & van Furth, 2014). נראה שעודת ליעילות של גישה

טיפולית אינה מבטיחה הטמעה טובה יותר. כך גם הכשרת מטפלים בגישה חדשה אינה מבטיחה שינוי התנהגותי. עדיין אין תשובה ברורה לדרך היעילה שבה ניתן לתרגם גישה טיפולית מבוססת ראיות לגישה הנמצאת בשימוש שגרתני בשדה הטיפולי (King, Hibbs, Saville, & Swales, 2018). חלק מהצוותים שעברו הכשרה אינטנסיבית באנגליה לא הצליחו להתמיד לאורך זמן בשימוש בשיטה. נמצא שסיכוי להיכשל היה גדול יותר בשנה השנייה ובשנה החמישית לאחר ההכשרה. הגורם העיקרי שאפיינ צוותים שלא החזיקו מעמד היה היעדר תמיכה מוסדית, אם כי יחסית לתוכניות השתלמות אחרות, שיעור ה"הישרדות" בתוכנית היה מרשים – 88% שנתיים לאחר סיום ההכשרה, ו-69% לאחר שמונה שנים. הנטייה הגוברת היא לליווי של הארגון על ידי מומחה חיצוני לצורך הטמעת הגישה במערכת. נמצא שצוותים שהוכשרו מחוץ למקום עבודתם שרדו יותר. מכשולים מרכזיים להטמעת DBT שאותרו היו תחלופה גבוהה של אנשי צוות ובעיות מימון להכשרת אנשי צוות חדשים, להמשך הכשרה של צוות עובד ולהדרכה על ידי מומחים. גורמים שנמצא כי אפשרו התגברות על המכשולים והטמעה של תוכנית DBT שתצליח להישאר לאורך זמן היו גורמים אישיים, כמו: אנשי טיפול בעלי מוטיבציה גבוהה, הובלה יעילה של צוות ה-DBT ונוכחות של "אלוף" DBT (DBT champion). נמצא שבחלק מהמקומות, הצגת עדות מחקרית ליעילות היוותה גורם מרכזי בהשגת מחויבות ההנהלה להכשרה (King et al., 2018).

בעבודות אחרות נמצא שמטפלים שבאו מתחום הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי הראו גישה פתוחה וחיובית יותר ללימוד DBT בפרט וגישות מבוססות ראיות בכלל (Stewart, Chambless, & Baron, 2011). צוותים עם לכידות גבוהה יותר ותקשורת ואווירה טובות יותר הטמיעו מספר גדול יותר של מרכיבים מתוך ה-DBT; כך גם הימצאות מטפלים בעלי תואר שני ומעלה רבים יותר, תחושה של תמיכה בצוות וניסיון קודם ב-DBT יבטיחו הטמעה טובה יותר (van den Harned et al., 2016; Bosch & Sinnaveve, 2015). גם אם ההטמעה מייד לאחר ההכשרה היא טובה, המשך הטמעה דורש תמיכת הנהלת הארגון. בעיות נוספות שנמצאו בשירות הציבורי היו היעדר מספר מטפלים פרטניים מספיק, דרישה לטיפול במטופלים רבים יותר אף ש-DBT דורש השקעת זמן רבה יותר, אי-מתן זמן להדרכה והתייעצות צוות וחוסר רצון לאפשר שיחות טלפון מעבר לשעות העבודה הרגילות עם תגמול כספי (DuBose, Botanov, Navarro-Haro, & Linehan, 2018). הערכת החוקרים האחרונים היא שקיימים כ-135 מיליון איש בעולם הסובלים מרמה גבוהה של מצוקה עקב קשיים בוויסות רגשי. אומנם לא ניתן להעריך במדויק את מספר האנשים שקיבלו DBT, אבל הרושם הוא שמספרם נופל בהרבה מהביקוש ומהצורך הגלובלי לטיפול זה.

בארץ לא נערך מחקר על המשכיות המערך הנדרש, על היצמדות אליו ואל עקרונות הטיפול ועל יעילות הטיפול, לאחר הכשרות במערכות ציבוריות שונות. עם זאת, בחלק ניכר מהמקומות שבהם המחברות והצוות הבכיר במכון אופק העבירו הכשרות ב-DBT, הקשר עם הצוות שעבר הכשרה נמשך באמצעות

הדרכה במשך שנה עד ארבע שנים, גם לאחר ההכשרה. מהתרחשותנו, הגורמים המפריעים להטמעה של DBT והגורמים המחזקים אותו שתוארו לעיל תקפים גם בארץ. הגורמים העיקריים המכשילים הטמעה יעילה במערכת בריאות הנפש הציבורית הם היעדר תמיכת ההנהלה, תחלופה גבוהה של צוות המטפלים הפרטניים (בעיקר מתמחים בפסיכולוגיה ועובדות סוציאליות צעירות), היעדר מימון מספיק, אי-התחשבות בצרכים המיוחדים של מטפלי DBT (זמן, הדרכה, קשר בין הפגישות), נטייה להטמעה חלקית מאוד של מרכיבים מתוך ה-DBT (בעיקר קבוצה ללימוד מיומנויות) ואוריינטציה טיפולית פסיכודינמית, שמקשה על עמדה חיובית ופתוחה ללימוד גישה טיפולית מבוססת ראיות.

דיון

DBT הוא טיפול מבוסס ראיות להפרעות בוויסות רגשי, שנמצא בשימוש גלובלי עם הטמעה יעילה בכ-30 מדינות ושש יבשות. הוא יעיל גם בטיפול במתבגרים הסובלים מקשיים בוויסות רגשי, התנהגות אובדנית והתנהגות של פגיעה עצמית. התאבדות כסיבה למוות בגיל ההתבגרות נמצאת במקום גבוה יותר מאשר בכל קבוצת גיל אחרת. בגיל ההתבגרות מדווח גם השיעור הגבוה ביותר של פגיעה עצמית לא אובדנית (Nock, 2010).

למרות חשיבות הנושא ובהשוואה למספר המחקרים המבוקרים שנעשו בקרב מבוגרים, מספר המחקרים המבוקרים על התערבויות טיפוליות בגישות שונות בבני נוער אובדניים קטן (Hawton et al., 2015).

הנטייה המוצדקת כיום היא להימנע מאשפוז או להסתפק באשפוזים קצרים ולהפנות לטיפול בקהילה, מאחר שבמחקרים מבוקרים בודדים שנעשו במבוגרים ובמתבגרים לא נמצא יתרון בטיפול באשפוז (Huey et al., 2004; Waterhouse & Platt, 1990).

הפרעת האישיות המקושרת ביותר להתנהגות אובדנית היא הפרעת אישיות גבולית, והתנהגות אובדנית אף מהווה את אחד הקריטריונים לאבחנה על פי ה-DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). שכיחות האבחנה במתבגרים דומה לזו במבוגרים. במתבגרים, פגיעה עצמית והתנהגות אובדנית הן מהקריטריונים השכיחים ביותר להפרעת אישיות גבולית (Zanarini et al., 2008). קושי בזיהוי רגשות וקושי בוויסות רגשי ניבאו ניסיונות אובדניים, גם כאשר נטרלו את המרכיב הדיכאוני הבסיסי (Pisani et al., 2013). אצל חלק גדול ממתבגרים אלה ניתן למצוא גורמי סיכון רבים להתאבדות, ולמרבה הצער, דווקא הם מרבים לנשור מהטיפול ה"רגיל" הניתן במרפאות וממשיכים לחיות בסכנה של פגיעה עצמית והתאבדות. גם המטפלים באנשים הסובלים מהפרעות מורכבות ומשברים אובדניים חוזרים מתקשים מאוד להתמיד במאמצים המתמשכים הדרושים בטיפול.

לינהן (Linehan, 1993a) הציעה את התאוריה הביו-סוציאלית כבסיס להתהוות הפרעת אישיות גבולית. ההנחה היא שההפרעה מושתתת על דיספונקציה של מערכת הוויסות הרגשי, ושמתפלות גבוליות הן בעלות פגיעות רגשית ועוצמות

רגשיות גבוהות בשילוב חסרים בכלים לוויסות רגשי. קשיים אלה נובעים מנטייה ביולוגית (פרדיספוזיציה) מוקדמת המוחמרת על ידי חוסר תיקוף של הסביבה. בהמשך לתאוריה זו, לינהן פיתחה את הטיפול הדיאלקטי-התנהגותי – DBT (Linehan, 1993a, b). DBT הוא טיפול כוללני, הכולל טיפול פרטני, לימוד מיומנויות בקבוצה, קשר טלפוני בין הפגישות וקבוצת מטפלים. היררכיית המטרות בטיפול הפרטני הוא הפחתת התנהגות אובדנית, הפחתת התנהגויות המפריעות לטיפול והפחתת התנהגות הפוגמות באיכות חיים. במקביל לטיפול הפרטני, מתקיימת גם קבוצה ללימוד מיומנויות. DBT מתייחס ישירות לחוסר מוטיבציה לטיפול ומתמקד בעבודה על התמדה בטיפול כמטרה בפני עצמה. מטרה זו חשובה, בהתחשב בשיעור הנשירה הגבוה מטיפול של אוכלוסייה זאת. בקבוצה ללימוד מיומנויות נלמדות ארבע מיומנויות עיקריות: מיינדפולנס, יעילות בין-אישית, ויסות רגשי ועמידות במצוקה.

הגישה המובנית והמערכתית של DBT מספקת תחלופה יעילה לאשפוז, שבו ייצוב המטופל הוא המטרה הראשונית, וגם חלופה לטיפול מרפאתי רגיל, שבו אינטנסיביות הטיפול יכולה להיות נמוכה מדי. אף על פי שגישות טיפוליות רבות מדגישות את החשיבות של שיתוף פעולה בין מטפלים שעובדים עם מתבגרים, מעטים יצרו תוכנית טיפול ספציפית שתומכת בכך.

DBT הוא הטיפול הראשון שתוקף אמפירית עבור מטופלים מבוגרים הסובלים מהפרעת אישיות גבולית ומראים התנהגות אובדנית כרונית (דוגמאות לניסויים מבוקרים אקראיים [RCT's]: Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Linehan et al., 2006; Linehan, Heard, & Armeulstrong, 1993; Priebe et al., 2012; van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul, & van den Brink, 2005). נמצא שלא רק שהטיפול הביא לירידה ברורה ומשמעותית בתדירות וחומרת ההתנהגות האובדנית, אלא שהייתה גם הפחתה במספר ימי האשפוז, באחוז הנשירה מטיפול ובעוצמת הכעס וכן שיפור שיתוף הפעולה בטיפול וההסתגלות החברתית. רתוס ומילר (Rathus & Miller, 2015) התאימו את מערך הטיפול המקורי למתבגרים. בעשור האחרון פורסמו מספר מחקרים המצביעים על DBT כטיפול מבטיח במתבגרים עם הפרעות פסיכולוגיות שונות, כולל הפרעת אישיות גבולית, הפרעות אכילה והפרעות התנהגות וכן התנהגות אובדנית והתנהגות של פגיעה עצמית (Cook & Gorraiz, 2016; Groves et al., 2012).

עבודות על DBT-A הראו תוצאות משמעותיות סטטיסטית בהפחתת חרדה, הפחתת דיכאון, הפחתת פגיעה עצמית והפחתת סיכון אובדני. ממחקר מרכזי מבוקר שנעשה על ידי מהלום ועמיתיו (Mehlum et al., 2014, 2016) החוקרים הסיקו שניתן לטפל במתבגרים המראים התנהגות אובדנית למרות התנגדותם לטיפול ולמרות התסמינים הקשים לטיפול בגיל מורכב זה. נמצא שקיימת אפשרות לשימוש בגישת ה-DBT במרפאות ציבוריות קהילתיות, ושהגישה יעילה לא רק אצל המתבגרים המטופלים, אלא גם בתסמינים דיכאוניים אצל הוריהם (Woodberry & Popenoe, 2008). בדומה למחקרים בקרב מבוגרים, גם בקרב נוער יש נשירה

פחותה מאשר בטיפולים "רגילים", ולמטופלים ומשפחותיהם יש דעה חיובית יותר על הטיפול (Woodberry & Popenoe, 2008). במחקר שבדק עמדות הוריות לפני השתתפות בקבוצת מיומנויות להורים של צעירים המטופלים ב-DBT בישראל ואחריה, נמצא שינוי בעל מובהקות סטטיסטית בהבנת ההורים את ילדיהם ואת הסימפטומטולוגיה שלהם, ובתחושת הקומפלטנטיות שלהם (Cohen et al., 2018). במחקר בניו זילנד נמצא שהמשפחות היו מרוצות מהטיפול, ובמיוחד מהאפשרות להשתתף בקבוצת מיומנויות למשפחות. המטופלים הרגישו שהטיפול יעיל, שהקשר בין הפגישות חיוני לאוכלוסייה זו ושקבוצת ההתייעצות חיונית לצורך מניעת שחיקה של המטופלים (Cooney et al., 2010).

נמצא שניתן ליישם את גישת ה-DBT-A גם בהקשרים של שפה, תרבות ומערכת בריאות אירופאית, למרות השוני שלהם מאלו של ארצות הברית, שם פותחה הגישה. כך גם נמצא שמטופלים יכולים להגיע לרמת שליטה טובה בטיפול, גם כשהרקע שלהם אינו התנהגותי (Tormoen et al., 2014).

רוב המחקרים מציינים מגבלות רבות שמקשות על הסקת מסקנות ברורות וחד-משמעיות: אחת הבעיות היא הגדרת התנהגות אובדנית והחלטה אם לכלול בה את הפגיעה העצמית הלא אובדנית. קיימת בעייתיות בהשוואה בין טיפולי DBT שונים בגלל השוני במערך הטיפול ובמשך הטיפול (Cook & Gorraiz, 2016). כמו כן קיים חוסר אחידות בנוגע לדרכי יישום הטיפול, כאשר במקרים רבים מדובר בהתערבות שכוללת קבוצות ללימוד מיומנויות בלבד, ללא המרכיבים הנוספים. כך גם אין אחידות במידת ההיצמדות לפרוטוקול המקורי של DBT. החוקרים מסייגים ומציינים שבבדיקת טיפול מורכב כמו DBT נדרשת גמישות. בעבודה חדשה מצוין שמספר העבודות מועט מכדי שניתן יהיה להסיק מסקנות באשר להשפעת DBT-A על פגיעה עצמית (Hunnicut Hollenbaugh & Lenz, 2018). נמצא גם שחלק מהפונים למרכז טיפולי המציע DBT מסרבים לטיפול עקב השקעת הזמן והאינטנסיביות של הטיפול. ממצא זה מעלה את השאלה, עד כמה הטיפול מתאים למשפחות עם משאבים ומוטיבציה נמוכים (Cooney et al. 2010). המסקנות של מרבית החוקרים היו שלמרות כל המגבלות, טיפול DBT במתבגרים המראים פסיכופתולוגיה חמורה שכוללת התנהגות אובדנית הוא יעיל למדי.

בארץ התחילו ליישם את גישה ה-DBT בתחילת שנות ה-2000. נערכו עד כה עשרות רבות של תוכניות השתלמויות לצוותים של בריאות הנפש, לצוותי טיפול בנפגעות תקיפה מינית, צוותי רווחה, צוותי פנימיות טיפוליות ועוד. בארץ, כמו במקומות אחרים בעולם, הטמעת ה-DBT אינה פשוטה ואינה עונה על הצורך הרב בגישה טיפולית יעילה זו. בניגוד למקומות שונים בעולם, בארץ לא נערך מחקר על הישרדות תוכניות, היצמדות למערך הנדרש ב-DBT ועקרונותיו ויעילות הטיפול במסגרות הציבוריות. ההתרשמות היא שהגורמים העיקריים המכשילים הטמעה יעילה במערכות הציבוריות הם היעדר תמיכת ההנהלה, תחלופה גבוהה של צוות המטופלים, היעדר מימון מספיק, נטייה להטמעה חלקית מאוד של מרכיבים טיפוליים וכן אוריינטציה טיפולית פסיכודינמית שמקשה על עמדה חיובית ופתוחה ללימוד

גישה טיפולית מבוססת ראיות. עם זאת, ניכרת עלייה בהתעניינות בגישה ובפנייה להכשרות.

מקורות

- משרד הבריאות (2016). **אובדנות בישראל: התאבדויות 1981–2013: ניסיונות התאבדות 2004–2014**. זמין באתר משרד הבריאות: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/loss_2016.pdf
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, 5th Ed). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Asarnow, J., Hughes, J., Babeva, K., & Sugar, C. (2017). Cognitive-behavioral family treatment for suicide attempt prevention: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56, 506–514.
- Bloom, J. M., Woodward, E. N., Susmaras, T., & Pantalone, D. W. (2012). *Psychiatric Services*, 63(9), 881–888.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R., & Linehan, M., (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder—a prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 38(9), 875–887.
- Brent, D. A., McMakin, D. I., Kennard, B. D., Goldstein, T. R., Mayes, M. S., & Douaihy, A. B. (2013). Protecting adolescents from self-harm: A critical review of intervention studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 1260–1271.
- Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., et al. (2002). Familial pathways to early-onset suicide attempt: Risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Archives of General Psychiatry*, 59, 801–807.
- Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2013). *The dialectical behavior therapy primer: How can DBT inform clinical practice*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Burke, T. A., Connolly, S. L., Hamilton, J. L., Strange, J. P., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B., (2016). Cognitive risk and protective factors for suicidal ideation: A 2-year longitudinal study in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44, 1145–1160.
- Castellvi, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizabal, A. Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, J., et al. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 215, 37–48.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2017). *Suicide among youth: Gateway to health communication and social marketing practice: Tip sheets s-u*. Atlanta, GA: Author.
- Cha, C. B., Franz, P. J., Guzman, E. M., Glenn, C. R., Kleiman, E. M., & Nock, M. K. (2018). Annual research review: Suicide among youth – epidemiology,

- (potential) etiology, and treatment. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(4), 460–482.
- Chanen, A. M., & Kaess, M., (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(1), 45–53.
- Cohen, Y., Presler, N., Halevi, Y., Levi, N., Vered, D., & Goldzweig, G. (2018). *Efficacy of skills group for parents as part of DBT program*. Unpublished manuscript.
- Cohen, Y., Spirito, A., & Brown, L. K. (1996). Suicide and suicidal behavior. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen, & L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behavior* (pp. 193–224). New York: Springer.
- Cook, N., E., & Gorraiz, M. (2016). Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: Preliminary meta-analytic evidence. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(2), 81–89.
- Cooney, E., Davis, K., Thompson, P., Whaewera-Mika, J., & Stewart, J. (2010). *Feasibility of evaluating DBT for self-harming adolescents: A small randomized controlled trial*. Auckland, New Zealand: The National Centre of mental Health Research, Information and Workforce Development.
- Courtney, D. B., & Flament, M. F. (2015). Adapted dialectical behavior therapy for adolescents with self-injurious thoughts and behaviors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(7), 537–544.
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 122–131.
- DuBose, A. P., Botanov, Y., Navarro-Haro, M. V., & Linehan, M. M. (2018). Evidence-based Training: The Intensive Model of Training in dialectical Behaviour Therapy. In M. A Swales, (Ed.), *The Oxford handbook of dialectical behavior therapy*, Section VIII: Training in DBT (p. 42). New York: Oxford University Press.
- Dunlop, S.M., More, E., & Romer, D. (2011). Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 1073–1080.
- Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Kahler, C. W., Hunt, J., & Monti, P. (2011). Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 728–739.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 32, 607–619.
- Fleischhaker, C., Bohme, R., Sixt, B., Bruck, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with one-year follow-up. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 5(3), 1–10.

- Freeman, K. R., James, S., Klein, K. P., Mayo, D., & Montgomery, S. (2016). Outpatient Dialectical Behavior Therapy for adolescents engaged in deliberate self-harm: Conceptual and methodological considerations. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 33(2), 123–135.
- Gallagher, M., Prinstein, M. J., Simon, V., & Spirito, A. (2014). Social anxiety symptoms and suicidal ideation in a clinical sample of early adolescents: Examining loneliness and social support as longitudinal mediators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 871–883.
- Galynker, I., Yaseen, Z., & Briggs, J. (2014). Assessing risk for imminent suicide. *Psychiatric Annals*, 44(9), 431–436.
- Goldstein, T. R., Fersch-Podrat, R. K., Rivera, M., Axelson, D. A., Merranko, J., Yu, H., et al. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: Results from a pilot randomized trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(2), 140–149.
- Groves, S., Backer, H. S., van den Bosch, W., & Miller, A. (2012). Review: Dialectical behavior therapy with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 65–75.
- Gvion, Y., & Apter, A. (2011). Aggression, impulsivity and suicide behavior: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 15(2), 93–112.
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Aquila, A. R., et al. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51.
- Haga, E., Aas, E., Groholt, B., Tormoen, A. J., & Mehlum, L. (2018). Cost-effectiveness of dialectical behavior therapy vs. enhanced usual care in the treatment of adolescents with self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12, 22. Available at <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0227-2>
- Harned, M. S., Navarro-Haro, M. V., Korlund, K. E., Chen, T., DuBose, A. P., Ivanoff, A., & Linehan, M. M. (2016). Rates and predictors of implementation after Dialectical Behavior Therapy intensive training. Proceedings of the 3rd Biennial Conference of the Society for Implementation Research Collaboration (SIRC) 2015: Advancing efficient methodologies through community partnership and team science. *Implementation Science*, 11(Suppl. 1), A57.
- Haw, C., Hawton, K., Niedzwiedz, C., & Platt, S. (2013). Suicide clusters: A review of risk factors and mechanisms. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43, 97–108.
- Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Townsend, E., et al. (2015). Interventions for self-harm in children and adolescents (review). *Cochrane Database of Systemic Reviews*, 12, 1–108.
- Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., et al. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(8), 740–750.

- Huey, S. J., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G. & Edwards, J. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 183–190.
- Hunnicut Hollenbaugh, K. M., & Lenz, S. (2018). Preliminary evidence for the effectiveness of dialectical behavior therapy for adolescents. *Journal of counseling & Development*, 96, 119–131.
- James, A. C., Taylor, A., Winmill, L., & Alfoadari, K. (2008). A preliminary community study of Dialectical Behaviour (DBT) with adolescent females demonstrating persistent, Deliberate Self-Harm (DSH). *Child and Adolescent mental Health*, 13(3), 148–152.
- Katz, L. Y., Gunasekara, S., & Miller, A. (2002). Dialectical behavior therapy for inpatient and outpatient parasuicidal adolescents. *Adolescent Psychiatry*, 26, 161–178.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56(7), 617–626.
- King, J. C., Hibbs, R., Saville, C. W. N., & Swales, M. A. (2018). The survivability of dialectical behavior therapy programmes: A mixed methods analysis of barriers within UK healthcare settings. *BMC Psychiatry*, 18, 302–312.
- Klomek, A. B., Sourander, A., Niemela, S., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., et al. (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: A population-based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 254–261.
- Lentz, S. A., & Del Conte, G. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for adolescents in a partial hospitalization program. *Journal of Counseling and Development*, 96, 15–26.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060–1064.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–766.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971–974.

- Mars, B., Heron, J., Biddle, L., Donovan, J. L., Holley, R., Piper, M., et al. (2015). Exposure to, and searching for, information about suicide and self-harm on the internet: Prevalence and predictors in a population-based cohort of young adults. *Journal of Affective Disorders*, 185, 239–245.
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tormoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., et al. (2016). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295–300.
- Mehlum, L., Tormoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., laberg, S., et al. (2014). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with suicidal adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M., Wetzler, S., & Leigh, E. (1997). Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practical Psychiatry & Behavioral Health*, 3(2), 78–86.
- Miller, A. L., Wyman, S. E., Huppert, J. D., Glassman, S. L., & Rathus, J. H. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 183–187.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 1–9.
- Nehls, N. (1998). Borderline personality disorder: Gender stereotypes, stigma and limited system of care. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(2), 97–112.
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2009). *Borderline Personality Disorder: Recognition and management: Clinical guideline [CG78]*. Available at <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/evidence/bpd-full-guideline-242147197>
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363.
- Nock, M. K., Greif Green, J., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300–310.
- Ougrin, D., Tranah, T., Moran, P., & Rosenbaum Asarnow, J. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97–107.
- Perepletchikova, F., & Goodman, G. (2014). Two approaches to treating preadolescent children with severe emotional and behavioral problems: Dialectical behavior therapy adapted for children and mentalization-based child therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(4), 298–312.

- Pisani, A. R., Wyman, P. A., Petrova, M., Schmeelk-Cone, K., Goldston, D. B., Xia, Y., & Gould, M. S. (2013). Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. *Journal of Youth and Adolescence*, *42*, 807–820.
- Priebe, S., Bhatti, N., Barnicot, K., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C., et al. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: A pragmatic randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *81*, 356–365.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical Behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *32*(2), 146–157.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2015). *DBT skills manual for adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Ritschel, A., Lim, E., & Stewart, M. (2015). Trans diagnostic applications of DBT for adolescents and adults. *American Journal of Psychotherapy*, *69*, 111–128.
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*, 1304–1313.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebria, A., Barrachina, J., Campins, M. J. & Gich, I. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(5), 353–358.
- Stewart, R. E., Chambless, D. L., & Baron, J. (2011). Theoretical and practical barriers to practitioners' willingness to seek training in empirically supported treatments. *Journal of Clinical Psychology*, *68*, 8–23.
- Tang, T. C., Jou, S. H., Ko, C.-H., Huang, S. Y., & Yen, C. F. (2009). Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *63*, 463–470.
- Tormoen, A. J., Groholt, B., Haga, E., Brager-Larsen, A., Miller, A., Walby, F., et al. (2014). Feasibility of dialectical behavior therapy with suicidal and self-harming adolescents with multi-problems: Training, adherence, and retention. *Archives of Suicidal Research*, *18*, 432–444.
- Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D. W. (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: A systematic review of the treatment outcome literature. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(1), 1–20.
- Van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., Stijnen, T., Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1231–1241.
- Van den Bosch, L. M., & Sinnaeve, R. (2015). Dialectische gedragstherapie in Nederland: Implementatie en consolidatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *57*(10), 719–727.

- Van den Bosch, L. M., Sinnaeve, R., Hakkaart-van Roijen, L., & van Furth, E. F. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *15*, 152.
- Walsh, C. G., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2018). Predicting suicide attempts in adolescents with longitudinal clinical data and machine learning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *59*(12), 1261–1270.
- Waterhouse, J., & Platt, S. (1990). General hospital admission in the management of parasuicide: A randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *156*, 236–242.
- Wedig, M. M., & Nock, M. K. (2007). Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(9), 1171–1178.
- Woodberry, K. A., & Popenoe, E. J. (2008). Implementing Dialectical Behavior Therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*, *15*, 277–286.
- Yen, S., Gagnon, K., & Spirito, A. (2013). Borderline personality disorder in suicidal adolescents. *Personal Mental Health*, *7*(2), 89–101.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., Weinberg, I., & Gunderson, J. G. (2008). The ten-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *117*(3), 177–184.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Ridolfi, M. E., Jager-Hyman, S., Hennen, J., & Gunderson, J. G. (2006). Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, *20*(1), 9–15.