

הערכה קלינית של המתבגר האובדני

והמגע האמפטי עמו

יזהר שער - פסיכולוג קליני, חינוכי ורפואי

מנהל השירות הפסיכולוגי אשכול

פסיכולוג ראשי ת.ל.מ.

פסיכיאטרים, פסיכולוגים קליניים וחינוכיים, עובדים סוציאליים, יועצות בית-ספר ומטפלים אחרים בתחום בריאות הנפש העובדים עם מתבגרים נתקלים לא אחת במתבגר שמתכוון לפגוע בעצמו ותוהים אם ניתן להעריך את רמת הסיכון לאובדנות של אותו מתבגר ואיך ניתן לגעת באובדנות באופן אמפטי (כיצד ניתן להרגיש ולעשות מובן מה שהמטופל האובדני מרגיש).

מכיוון שקשה לנבא אובדנות ויש הטוענים שלא ניתן כלל לנבא אובדנות חוששים רבים מאנשי המקצוע העוסקים בבריאות הנפש לקחת אחריות לניבוי זה משום שטעות באבחון הוא עניין של חיים ומוות.

לכן מציינים אפטר ופרוידנשטיין (2001) שחשוב שכל מתבגר אובדני יעבור הערכה פסיכיאטרית מעמיקה. יש המאמינים שרצוי לאשפז כל מתבגר אובדני כדי להמחיש לו ולמשפחתו את חומרת המעשה ולוודא כי תתקיים הערכה. במקרים רבים מה שנראה תחילה כתגובת יתר אימפולסיבית לבעיה בין-אישית מתגלה לאחר-מכן כסימפטום של בעיה ממושכת יותר.

רצוי שכל מטפל בבני-נוער יתבונן פנימה אל החרדה שלו מפני מגע עם נער שהחליט לגעת בבחירה למות במחשבתו או בהתנסות ממשית. על המטפל להיות ער לחרדה זו ולשים לב כיצד הוא מרגיע את החרדה שלו והאם ההרגעה שלו משרתת את המטופל או אותו. האם ישנה נטייה לפנות לאסמכתא גבוהה יותר מקצועית שהיא כבר תדע בדיוק מה לעשות? האם אין זו אחיזת עיניים? האם לכך מצפה המטופל? האם המטפל עשה זאת לאחר שעשה הערכה מקיפה משלו והציע התייעצות משותפת עם גורם מקצועי נוסף, או שהפנה אותו באופן אוטומטי לאיש מקצוע אחר?

על המטפל בבני-נוער גם לשאול את עצמו מה העמדה שלו לגבי התאבדות. האם עמדתו שלילית ונחרצת, או מתירנית יותר?

האם אנו יכולים למנוע בכל מקרה מנער מלהתאבד? המטפל יכול לעשות כמיטב יכולתו בניסיון לזהות, להעריך את המצב האובדני ולנסות לטפל ברמה דינמית, קוגניטיבית והתנהגותית מתאימה, (ברמת הפרט, המשפחה או המערכת) לעיתים

למרות המקצועיות האופטימלית של

המטפל מקרים טרגיים התרחשו, מתרחשים ויתרחשו.

הדבר דורש מהמטפל להסיר את גלימת האומניפוטנטיות שלו להקל בכל מצב על סבלו של האחר. על המטפל להיות ער האם הוא לא ממחר להציע למטופל חיבור לכוחות, אומר לו שהכל בסדר ושיראה אור בקצה המנהרה... פעמים רבות המפגש עם הנער האובדני מתרחש בזמן לא מתאים עבורנו המטפלים; לפנינו פגישה נוספת, סיימנו פגישה עמוסה אחרת, אנו חייבים ללכת הביתה, אנו בתקופה קשה אישית וכו' ואז בדרך-כלל מופתעים, חרדים ולעיתים אף כועסים, פוגשים בצלליתו מקפיאת הדם של המוות, לעיתים מלווה בגלי ייאוש ותחושת מחנק. המורכבות של החוויה הרגשית הזו מפעפעת ונעה מהמטופל לעברנו, חודרת את מנגנוני ההגנה שלנו ומציפה כלפי מעלה את מרכיבי התהום והנשייה שבתוכנו. האם אנו ערים למה שקורה לנו שם? האם בחנו וחקרנו את עצמנו לעומק באילו תנאים אנו היינו במצב דומה? או שמחר מאוד אנו מאמצים את הגישה שאנו כמסך חלק או כמיכל עבור המטופל בלבד, או שאנו עוסקים בדינמיקה של ההתנהגות האובדנית במקום בחווית המטופל ובמשאלתו למות, או שנצמדים למטופל האובדני במסע של הרס הדדי?!

אורבך (2004) מדגיש שמטפל שהולך לפגוש מטופל אובדני צריך לבדוק בתהליך

אנטרוספקטיבי את תבנית האובדנות שלו (של המטפל), באילו תנאים לא יוכל להמשיך את החיים והמשאלה למות תהייה נגישה ואפשרית. על המטפל להכיר בדיכאון שלו, בכאב הנפשי שבו, ברגעים שחשב, אולי אפילו כנער, שהחיים לא שווים ואין טעם יותר לחיות. המפגש הכואב של המטפל עם תהום הנשייה שבו, משחרר חלק מהחרדה שבמפגש עם המטופל, מעלה את היכולת האמפטיית כלפי המטופל האובדני והפניות להקשיב לו, לחוויה הסובייקטיבית של משאלתו למות. על המטפל לברר עם המטופל מה איבד בחייו שבלעדי זה חייו הם בלתי אפשריים? מה כל-כך כואב שגורם לחייו להיות בלתי נסבלים? על המטפל לראות זאת דרך עיני המטופל ולבקש מהמטופל שישכנע אותו שהתאבדות היא האופציה היחידה לאובדנו, לכאבו ולסבלו.

אספקט נוסף במרחב האמפטי שבין המטפל למטופל האובדני הינו יכולתו של

המטפל להיות בנואשות של המטופל ולשמוע את דבריו הקשים: "אין לי כוח... אני פשוט לא יכול לסבול... אני הולך לגמור עם עצמי..." וכו'. על המטפל להכיל זאת, לשקף, לכאוב באופן זמני את כאב המטופל, לתת מקום בו המטופל יוכל להביא נואשות זו, שיש לה הד ושישנו שם מישהו שאכפת לו ושמסוגל לשאת את הסאדיזם שלו. המטפל גם משמש כעד ראייה לסבלו של המטופל.

בנוסף, על המטפל במטופל האובדני למצוא במטופל משהו שמאמץ לעצמו וחושב שאם המטופל יתאבד זה הדבר שהמטפל יאבד וחבל לו על כך. על המטפל לאתר במטופל משהו אנושי שמדבר אליו במטופל (חיוך, יכולת מסוימת וכו'). המטפל לא אומר זאת למטופל, אלא נותן לאספקט המסוים שאימץ במטופל ושחבל לו לאבדו להיות נוכח בחוויה ובהרגשה שלו.

בנוכחות האמפטית עם המטופל האובדני יש צורך להקשיב לצרכים של האדם שעומדים מאחורי האובדנות (למשל - הצורך שלמישהו באמת יהיה אכפת ממנו, או הצורך שמישהו יחוש את המצוקה ויעשה כל מאמץ להצילו וכו') ולבדוק כיצד ניתן להיענות לכך באופן סימבולי או חלקי.

על המטפל בבני-נוער לזכור שישנו ספקטרום נרחב של עמדות במהלך ההיסטוריה בתוך חברות שונות לגבי ניסיונות אובדניים. כך למשל בהיסטוריה של יוון העתיקה המעשה האובדני נחשב לעניין אישי שבין האדם לבין מצפונו. אפלטון (428 - לפנה"ס) התנגד להתאבדות, אך טען כי ההתאבדות היא מעשה מקובל מבחינה מוסרית כאשר היא נעשית במצוות המדינה וב"מקרים קיצוניים של עוני, צער ומכאוב, או בושה". אריסטו ראה במוות ניסיון לברוח מן העוני, האהבה או הכאב, פחדנות ולא עדות לאומץ-לב. הפילוסופים היוונים והרומאים המאוחרים ובעיקר הסטואיטיקנים אמצו עמדה רכה ורחמנית יותר כלפי ההתאבדות והתייחסו אליה כמפלט רציונלי מסבל ויאווש רב. הם האמינו כי בנסיבות מסוימות האובדנות היא מעשה אציל המונע מטעמים של כבוד עצמי.

במאה החמישית דיבר אוגוסטינוס הקדוש כנגד ההתאבדות והתייחס אליה כאל רצח וכהפרה של הדיבר השישי, "לא תהרוג". כיום הכנסייה הקתולית עדיין מתכחשת לזכות לקבורה נוצרית של אדם שהתאבד.

בדומה לנצרות, גם יחס האיסלאם להתאבדות היה במהלך ההיסטוריה גרוע מיחס להריגת אדם. אולם כיום השתנתה מעט הגישה. התאבדות לצורך גרימת נזק ומוות לאויב נחשבת בקרב פלגים קיצוניים לכבוד הגדול ביותר, לגבורה המזכה את מבצעה בשכר: התעלות הנפש בחיים שלאחר המוות.

לגבי היהדות כידוע היא מקדשת את החיים ומגנה את ההתאבדות. אדם שהתאבד מזוכה רק אם התאבד כשלא היה בדעה צלולה או מפני שחלה בנפשו, היה נתון בכאב רב, בעגמת נפש, בעוני או שהיה קיים חשש לנפילה בשבי האויב. בשונה ממדינות המערב, בקרב עמי המזרח התאבדות הייתה לעיתים מעשה אציל של חובה. בהודו למשל נכפתה התאבדות על האישה כאשר בעלה נפטר במה שהיה מכונה טקס הסאטי. במותה האישה יכלה לכפר על חטאי בעלה ולזכותו בכניסה

ניתן לראות, אם כן, שמעבר לדתות ולתרבויות ישנם סדקים שיש בהם זרעי הבנה לדינאמיקה הנפשית של האדם שחש שאלטרנטיבת המוות עדיפה על אלטרנטיבת החיים.

כלומר, לעיתים מחלת נפש יכולה להכריע את האדם למרות ניסיונות הרואיים של אנשי בריאות הנפש למנוע זאת. לעיתים אדם שאיבד את כל מה שיקר לו ובשבילו היה שווה לו לחיות ונפשו שברירית בוחר לשים קץ לחייו ואנו בדיעבד מנסים להבין למה ועומדים חסרי אונים מול הטרגדיה הנוראית. לעיתים אדם היוצא במשימה עלומה למען מדינתו ועומד להיתפס בשבי ישים קץ לחייו וחלקנו יראה בו גיבור. אולם מקרים אלו מאפיינים בדרך-כלל אנשים בוגרים ואנו מקטלגים מקרים אלו כמו ההיסטוריה כאירועים טרגיים שניתן להבין אותם.

אבל מה קורה לנו כאשר אנו שומעים שנער התאבד? בדרך-כלל אנחנו יותר מאשימים, כועסים ובעיקר חסרי אונים. אולם אם נכנס לנעלי המתבגר ניתן יהיה להבין שלעיתים המוות הוא אפשרות שמצריכה בדיקה ולו רק במחשבה. לא יפלא שכל נער רביעי בעולם המערבי חושב על התאבדות. לרוב זה יסתיים במחשבה, אבל לעיתים יהיה גם ניסיון להתאבד. לעיתים נוכל למנוע זאת ולעיתים לא. אבל הנער, משפחתו ואנחנו נדע שעשינו כמיטב יכולתנו. לא יותר מזה, כי אין דבר כזה...

נקודה נוספת חשובה היא העמדה של המטפל כלפי הנער האובדני. במפגש ישנו כידוע שיח בין הלא-מודע של המטפל לבין הלא-מודע של המטופל. על המטפל לנוע באופן דיאלקטי בין עמדה חד-משמעית, כמעט דתית, השוללת מעשה אובדני לבין עמדה אמפטיית המבינה ומכבדת את המחשבה שבודקת את האפשרות לא להיות יותר (כפי שאורבך, כאמור, מדגיש). על המטפל להושיט את היד לעזרה בזהירות ולשים לב שהמהלכים שהוא עושה מאפשרים לנער, ברמה מטאפורית, להושיט את היד שלו קדימה לקבלת העזרה. במגע בין הנער והמטפל עליהם לשאוף לחוש במעין גשר שמוביל, בדרך-כלל, חזרה לשביל החיים למרות המהמורות, בתחושה שהמטופל לא לבד, שאכפת למטפל ושישנן דרכים לנסות להקל על סבלו ולהגיע למצב נסבל יותר בהתחלה ולאטרנטיבות של תקווה בהמשך.

ניתן לסכם חלק מהדברים שנכתבו עד כה בדרך הבאה (מנקודת מבטו של המטפל):

*האווט מתדפק על דלתי...
אני מתבונן בכאב בתהום הנשייה שבנפשי,
אני חש שמותי הוא אפשרי,
אני בוכה את כאבי.
צכשיו אני מתפנה לכאבו,
אני חש שמותו הוא אפשרי.
מתצניין בנואשותו וסוכר את הרסנותו,
נותן מקום וצד ראיה לסבלו.
אנו בוכים את כאבו.
אני מאמץ ללבי משהו מתוכו,
מצניק הד מאשי לצורק שלו.
אני חולט אותו בוחר בסבילי החיים.
מחכה לרצח המתאים
בו יאמצ את טפטוף התקווה.*

בד בבד עם הבנה עצמית וחברתית רחבה של נושא האובדנות, העמדה של המטפל במפגש עם הנער האובדני והמגע האמפטי עמו חשובה גם יכולתו של הקלינאי להערכת ההתנהגות האובדנית.

נראה חיוני שגורמי טיפול הבאים במגע עם נוער אובדני ובעיקר פסיכולוגים שעוברים הכשרה מקיפה ומעמיקה בתחום הפסיכופתולוגיה ידעו להעריך התנהגות אובדנית ובמקביל לכך יעבדו בשיתוף פעולה ובתיאום עם פסיכיאטר נוער. נראה שיכולת הניבוי של ההתנהגות האובדנית ובעיקר הניסיון למנוע הוצאתה לפועל תגבר בגישה זו של לקיחת אחריות משותפת. אחריות משותפת של אנשי בריאות הנפש הנמצאים במגע עם הנער בשטח יחד עם פסיכיאטר נוער כמערך טיפולי

ביבליוגרפיה:

אורבך, י. (2004). למה זקוק המטופל האובדני? הרצאה מתוך יום עיון בנושא: טיפולים חדשניים בדיכאון ומניעת התאבדויות שנערכה באוניברסיטת בר-אילן.

אורבך, י. (1999). איך תקשיב לאדם שעל הגג? נפש, 1: 20-22.

אליצור, א. ועומר, ח. (1999). מה תאמר לאדם שעל הגג? נפש, 1: 11-19.

אפטר, א. ופרוידנשטיין, א. (2001). נוער על סף תהום. הוצאת דיונון. ת"א.

בורנשטיין, י. שורר, ש. מקורי, ח. (2001). חוברת העבודה שלי לניהול סימפטומים: המסע לעבר בריאות ורווחה. תוכנית פסיכו-חינוכית לשיקום פסיכיאטרי. תרגום ופיתוח המודל הסיעודי - 3 R'S - של Millene Freeman Murphy and Mary D. Moller. עמותת הסיעוד הפסיכיאטרי בישראל.

גלבווע, ד., אלקיים, ר., אפל, ד., הרפז, ה., כהן, י., כירבי, מ., ושדה, ע. (2001). ערכת הדרכה למניעת אובדנות בני נוער. משרד הבריאות.

חוזר מנכ"ל סה/4(א) (2004). אובדנות ילדים ובני נוער - מניעה והתערבות. משרד החינוך והתרבות.

שצמן, ח. כץ, ג. אורן, ח. (1999). סיעוד חולה הנפש. הוצאת דיונון. אוניברסיטת תל-אביב.

Borowsky, I. W., Ireland, M., and Resnick, M.D. (2001). Adolescent Suicide Attempts: Risk and Protectors. Paediatrics 107: 485 - 493..

Fergusson, D., Woodward, L., and Horwood, L. (2000). Risk Factors and life processes associated with onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. Psychological Medicine, 30: 23 - 39.

Gould, M.S., Greenberg, T., Veiling, D., and Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. I Am Acad Child Adolesc Psychiatry 42: 386 - 405. _

Gould, M.S., Veiling, D., Kleinman, M., Lucas, C., and Thomas, J.G. (2004). Teenagers' Attitudes about coping strategies and Help-seeking Behavior for suicidality. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 43/9 :1124 - 1133.

Gutierrez, P.M., Osman, A., Kopper, B.A., Barrios, F. X., and Bagge, C. L. (2000). Suicide risk assessment in a college student population. Journal of counseling Psychology, 47: 403 - 413.

Kirkcaldy, B.D., Egsenck, M. W., and Siefen, G. R. (2004). Psychological and social Predictors of suicidal Ideation among young adolescents. School Psychology International, 25(3): 301 - 316.

Mc Gee, B., Williams, S., and Nada-Raja, S. (2001). Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood. Journal of Abnormal child Psychology 29(4): 281 - 291.

Miller, A.L., and Glinski, J. (2000). Youth suicidal behavior: Assessment and intervention. Journal of clinical Psychology, 56: 1131 - 1152.

NAMI - The Nation's Voice on Mental Illness (2005). Suicide in Youth. U.S.A

Perkins, D. F., and Hartless, G. (2002). An ecological risk-factor examination of suicide ideation and behavior of adolescents. Journal of Adolescent Research, 17: 3 - 26.

Shaffer, D., Scott, M., Wilcox, H., et al. (2004). Screening high-school students for suicide risk. J am Acad Child Adolesc Psychiatry, 43: 71 - 79.