

## משהו על התאבדות

יורם חזן, מ.א.<sup>1</sup>

בנסיון להבין התאבדות נוקטים בשתי דרכים: א. חיפוש וניסוח הנסיבות הפועלם על האדם ואשר במצב מסוים מגבירים את הסכנה שיפגע בעצמו. ב. ניסוחות להבין התאבדות במונחים של הסבר פרטיאלי מסויים. אנו סוברים שניסוחות מסווג כ'אים רצינליים ומרקורים בתגובה למילכו בלחני נסבל', אשר התאבדות מעמידה למטופלים. ניסחנו על כן שאלות אחרות (שנראות לנו רצינליות) ובאחדណן: מה אפשר למטופל לא לפעול את רגשותיו (act) בתגובה למות מטופל.

הנתון ששימש אותנו היה תגובה מתוודה של צוות רפואי למות רפואי. מצאוו שזיהוי הטעות, שמקורה בהעbara הנגדית, מאפשר למטופל לא לפעול את רגשותיו. טעות כזו קיימת תמיד ויש אפשרות להזות אותה.

התבגרות (העצמת יחסיו אובייקט מוקדים) לבין ההתקפות הקוגניטיבית הייחודית לגיל זה, אשר מאופיינת בתנודות ובתערוכות בין אופרציות קונקרטיות ופורמליות.

לכן יתכן שמתברגר "יתיחס למוות כתערובת של הפסקת כאב, מצב מופשט של כלום (nothingness), מצב ממש של לידה מחדש, וסתם התחללה נוספת של החיים... כך ניתן להכחיש את סופיות המות, פעם באופן מופשט ופעם באופן קונקרטי, אך תמיד בראייה אידיאיסינקרטיבית ואונציגנרטית". (שם, ע' 273).

ב. מכיוון אחר יש ניסיונות להבחין بما שמנדר "פוטנציאל אובייקטיבי", על סמך נתוניים ממחנים פסיכולוגיים (כמו רוששאך), או על סמך חקניהם מיוודדים בתוך טיפול. דוגמה לכך היא עבודתם של רוט ובלט (7) על הקשר בין תשובות שקיימות ב מבחנים וכחולמות של מטופלים לבין ניסיונות התאבדות שכזעו על-ידים. לעניינו, נציג שבעצם ההגדירה — "פוטנציאלי" — יש זהירות ראייה מפני ניכר חד ערכי. באותו הקשר מצוי גם מאמרו של לובנטל (8), אשר דן בתחום התאבדות, הן מתוך נסיון להבין הנעה להתאבדות, והן מתוך הכרה שהנסיון להבין מופנה גם להתחשבות לא מוסכרת של אנשים "נורמליים". מצד החוספת התיאורטית ("התאבדות היא תוצאה סופית של חייו העצמי נטוש מיצוגי אובייקט... נוכחות יצוגי אובייקט מושפעת ממצב הכרה"), ברורה מודיעות המחבר לקושי לתרגם "פוטנציאלי". לניבר פרטיאלי.

ג. לבסוף, יש מאמרים המנסים להבין התאבדות פרטיאלית. לא עוסוק כאן באלה המכחשים אשם או שער

ר��  
ושא התאבדות מעסיק רכוב את המטופלים. מוניך (1) במצין שיש כ-5000 עבודות על התאבדות. מוניך (2) ודורקהים (3), כל אחד מכיוון אחר, הביאו להבנת היבטים מסוימים של התופעה. פרויד מגדיר את הנסיבות הפנימיים הפועלים על האדם, ויכולים בתנאים מסוימים להביא לידי התאבדות:

"The analysis of melancholia now shows that the ego can kill itself only if, owing to the return of the object-cathexis, it can treat itself as an object — if it is able to direct against itself the hostility which relates to an object in the external world". (2, p. 252).

משמעותו של פרויד הגדרו כוחות נוספים, כמו, למשל, אברהם (4) וזריטה (5) בנטחים את המשאלת לאיחוד עם האובייקט.

דורקהים הראה, מכיוון אחר, את הקשר בין כוחות חיצוניים (לחצים חברתיים, פוליטיים, כלכליים) לבין כוחות מעדצת הערכות אצל הפרט, אשר תביא בסופה של דבר, לעיליה בשכיחות ההתחאבדויות בחברה נתונה.

שתי פריצות דרך אלו מגדירות כוחות (פנימי-חוץ), אך אין כאן יומרה להסביר את התאבדות הפרטיאלית, ולא כיצד מתרגם מצב כוחות מסוימים להיות מקרה פרטיאלי של מעשה התאבדות.

ווטספה להגדורת הנסיבות הפנימיים הובאה על-ידי גולד (6). הקשר בין אחד השינויים הרגשיים בגיל

<sup>1</sup> מהלך מבחנים בה' יח' א' 1991.

למרות זאת, בדבריו המורתקים, מנסה שוב ושוב על שאלות, אשר היישר האינטלקטואלי שלו יודע של בקש לדון.

במאמר קודם (13) תיארנו התרחשויות בתוך טיפול היוטה התאבדות בכל הנוגע לחששות שהעתורו בן ואשר הייתה שחוזר עולמו הפנימי של מתבגר שבילדותו. התאבדות טראומטית במשפחה. שחוזר מעין זה הוא לעיתים חזרה פדרוקס שאחיו מטופל העמיד בפני המטפל: על מנת לחיות הוא חיב היה למות (בתוך החוויה הפסיכוכית), ומולו — המטפל חיב היה לחות את המות (בתוך הטיפול) על מנת לאפשר למטופלiscoי להיות שפי.

אם זהו הפדרוקס בקרה שאינו התאבדות ממש (אלא רק "התאבדות בתוך טיפול"), יתכן שנבע מכך שמה שמתעורר אצל המטפל בתגובה להتابודות ממשית הוא בלתי אפשרי. נסה להגדר מעט את מהותו של המשפט האחרון. באמצעות המלמוד העומד בפנינו, לאחר התאבדות מטופל.

#### מלבד

התאבדות אינה נחפת על ידיינו, מכיוון שרק מי שביצע אותה יכול היה לתפוס זאת. כך — "ההעמלות", "התאבות", "התיחסות"; מי שמתעלם כי את ההתעמלות — וכן הלאה. לעומת זאת מי שמתאבל — אין כי את האובדן. מי שיכל היה להסביר איננו,ומי שישנו אין יכול.

הבעיה הרגשית שלנו מתחילה לאחר מקרה התאבדות. במלילים אחרים: מתרחש מה ש מבחינה לוגית בלתי אפשרי, ואוטו אנו נדרשים להבין. להבין רגש פירושו כאן, להיות אמפטיעם מות.

#### תגובה רגשית למלמוד

תנוחנו תהיה כשל יلد, החיב להבין מה שאין ביכולתו הקוגניטיבית להבין. בקרה הטוב יאמר — אין מבחן. בקרה פחות טוב יגرس לו מה שדומה בעיניו לזעוז מוח רגשי: איבוד שווי משקל ופגיעה באיזור החשיבה הלוגית. והוא שלב תגובות הזעם כלפי המטפל, ותערובת של תמיכה והתרחשות שמשairy אותו בתחום בריאות רפואי. תאוור של מוניק (1) מביר ערד כמה נראה תהליך זה כאבור שפויות זמני של המרכיבים, ועד כמה אינטנסיבי היה חיפוש הסיבה או האשם, כדרך להיחילן מכך.

פתחון נוסף לא מותאם גם הוא — להיות כמו מתבגר, אשר אינו מקבל שיש דברים ללא הסבר, ומחבל בין מציאות לקיים, מתוך שכנו עמוק בכוח החשיבה

\* למי שיש עין בלוגיקה נוצר שם ק מוביל לפ', אוי היפוכו של ק יוביל להיפוכו של ק. ע"פ אותה חווית לוגית: אם התאבדות אפשרית, אוי

לעזול, אך אולי יוכל להבין מודע הם נכתבים. לעומת זאת, מצאנו מאמריהם, המתארים את מה שעובר על מטפל כאשר במהלך טיפול התאבד המטופל. ליטמן (9) תוהה מדוע כה

"שהטאבו על החבודות כה חזק, עד כי גם פסיכודאנלטיקים גותעים מלהשוף פרט המקרים והנסיבות האישית". נציין כמה מלאה המתודדים עם הבעיה ללא רתיעה, ואשר נכתבו אחרי מאמרו של ליטמן, ואולי בעקבותיו.

#### תגובה המטפל (ספרות)

בין (10, ע' 113) מסכם את שubar עליו בסגנון בריטי של הרכה זהירה:

"אני יכול לומר שהרגשת שעשית נכון. לעומת זאת, אפילו אני בטוח מה היו הטיעות. דבר אחד ודאי — איש לא יתיחס לטיפול הזה כל אנליה משכיבת רצין".

לוניסון (11) בוחר באופן תמה בשם "מות פתאומי" לאמרו על התאבדות מטופל, ויוצר בכך ארכמו (allusion) ל-*Sudden infant death syndrome*. הוא מצין את הקושי של המטפל להח Abel בגל הטעיפות, שאותה הוא מוגיש (כל-אומץקח) כלפי המטפל שהataber.

גורקין (12) כותב על אי היכולת לשמוד על עמדה פילוסופית כלפי מה שהתרחש ומציין בפרט את מילת התואר טראומתי, גם הוא בניטוח זהיר:

"The suicide is more likely to prove deeply troubling — if not traumatic for the therapist". ע' (3).

כתוצאה מכך: "ככל שהחששות המטפל אומיניפוטנטית יותר ביחס לחובתו ויכולתו לעשות עבור המטפל, כך קשה עליו לקבל את הרגש והכשלון בעקבות התאבדות. האומיניפוטנטיות יכולה להתבטא בהכחשת האשמה והפגעה הנriskistica, או לחילופין, בתגובה של חוסר ערך מוחלט למטופל". (שם, ע' 5).

הוא ממשיך ומבהיר את הותlixir האיטי של עיבוד האובדן, אשר קשה כאן במילוי, כיון שהמטפל אינו מצופה להציג למסקנה חד משמעית האם ואם כן מתי ואיך נעשתה טעות. לפי גורקין, עליו לקבל את האפשרות שלلطעויו ולכשلونתו היה חלק בהחלטת המטפל לפגוע בעצמו.

מונייק (1) מתאר התאבדות בתחום מחלקה פסיכיאטרית בכית-חולמים; את כאב אובדן אוטם שהיה באחריותו, ואת הקושי לשאת את הרעיון שבתוך המערכת "שלו" התרחש דבר שלא רך שאינו בשליטתו, אלא גם בעל השפעה ורגשית עצומה עליו. במאמר זה בא לידי ביטוי המלמוד הלוגי של מי שעוסק בנושא. ערך לקשיים, כותב מונייק בראשית דבריו:

"שאין (הוא) מבקש לבדוק במאמר האם המטפל אכן בקשר להרוג את עצמו, ולא כיצד להגן על מטופל שיש לו נטייה להתאבדות, לא לזר בנסיבות אתיות על הרשות התאבדות... ולא לחפש סיבה, או אשם... אלא להבין כיצד משתקפת בעיטה המטפל במבנה החברתי בחוכו הוא היה".

(6). המטפל, כמו המתבגר, עלול "ליצור" לעצמו מציאות סובייקטיבית, שבתוכה אפשרית התאבדות. המתבגר מסכן בכך את חייו, המטפל – "risk" את שפיטהו המקצועית. בכך טועה מטפל, שמסביר התאבדות של מישחו מבלי לחתה בחשבון שקטע בהסביר אינו בידיו. כך טועה מי שמכנה התאבדות "מות פחאומי", או מי שמדובר סיבה או אשם – ככל נסיכון אנושי להסתדר עם מה שרגשית הוא בלתי אפשרי. העובדה שכחחים לא ניתן להבין את המות, לא עוזרת להימנע מ"פעילות יתר" של הסברים.

#### שאלות

אם כך, למה לדון בכלל זה מלכתחילה?

הדיון בא על מנת לנוכח שאלות, אשר הניסיון לענות עליהן יהיה רצינני. מtopic מה שנאמר עד כה היה אלן שאלות הנוגעות לחיים; לא אין להסביר התאבדות, אלא למשל, מה היו הגורמים, אשר אפשרו מניעה של התאבדות. אנו יודעים שתנאי הכרחי למניעה הוא והוא חווית אין-אובייקט (non-object) בתחום הטיפול (13). עם זאת, קיים קושי בויהו חוויה פנימית זו במרחב (setting) חזוך אישפוזי, כיוון שמלועצימות אלו, אנו עלולים שלא לראות (12, 13). דואק א. בסגירתו אישפוחית יתכן היזרו באמצעות הבנת תגובות הוצאות ביחידת הטיפול (15), אך גם כאן לא תמיד הדבר אפשרי (1).

שאלה שנייה הנובעת ממה שנאמר עד כה, וגם היא נוגעת לחיים – מה עושים מטפלים בתגובה למות מטופל בתחום טיפול? קל יותר לנוכח תחושה נסבלת, מאשר להכיר בכוחה של החושה בלתי נסבלת לפחות עליינו. מאמרו של מוניק (1) הוא דוגמה ליכולה מטפל לראות זאת. הפן הנוסף של אותה שאלה – מה נותן למטפל את האפשרות לא לפעול את רגשותיו (act out) במצב בלתי אפשרי זה? נסה לדון בשאלה השנייה – מה נותן למטפל אפשרות לא לפעול את רגשותיו. דרך דוגמה המתארת התאבדות בתחום טיפול.

#### התאבדות

במשך חודשים ארוכים נאבקנו לקיים טיפול באלוון, שעשה כל דבר כדי לא לאפשר זאת. הוא הופנה אליו לאחר שהיה במחלה סגורה וטופל בתרופות, אשר לטענו "הרשו את השכל". לעומת זאת היה מברצונו ללכת לשם זילဟוג ברוחה את ד"ר א." טיפול בנו. במחילה הציק למתחברים במערכות, שהאוצרות בהם הלכה וגברה. הריחון המרובי עליו חור היה – בקשה שייעיפו אותו מהמחילה בכך חזרו לא יישו מאמץ להזיזו. "אם אלך בעצמי" (מה שיכל כל מטפל במחילה) הם יחוירו אותו, כי הם עברו הטיפול (6), מה שאפשר גזעם. שבצע שקט אחד. כשהוא ניתן לשאת יוחר, התלבטו האם בכם אנטז'תיבית למתח, סגורה. לא היה שום סימן קליני שהצדיק שיבת באהם – לא היה פסיבטי, ולא היה מסוכן לעצמו או לסביבה. שבצע גאנשטיינר – לא יכול להיות כרגע במחילה, ואם יתלוט בידה יקח יגדitch כליל המקום, יוכל לפנות שוכן. ניתנו לו תרופות

למשך שבועיים וכוחות המתגה באיזור מגוריו. חמישה ימים אחר כך, הציעו לו הוריו לחזור למחרת לביה"ח כיוון שהרגיש רע. הסכים והלך לטיפול בחצר. 20 דקות אחר כך הלוויו לחפשו בחשש בלתי מוסבר, ומצאו אותו תלוי, ללא רוח חיים במחסן.

כזכור, צורות שונות להגיב למות מטופל. המאמץ בדינומים היה להכיל את ריגשת האדמה (חחושת עולם פנימי מתמוטט מול מות) (16), וכל האשמות שהופנו כלפי המטפל (17, 18)). מtopic הינה שמקור התגובה היה באימה לעמוד במקומו של המטפל. התהיליך תועד ומהווה מסמך נדיר, הוכיחה לכך שאדם אחד לא יכול לשאת איכיות ועוצמות כאלו. הרשות לבטא מה שרגשים היא בסיסו העובודה במינגורות אישפותיות בכיוון פסיכואנליטי (19, 20). "צומת הטונות" אליה פנו, ובודיענד הסתבר שהיתה פניה לא נconaה – זהותה: אילו הווער אלון למתח סגורה יתכן שלא היה פוגע בעצמו, או לפחות אנו לא היינו מרגשים את כובד האשמה, אם היה עושה זאת במקומות אחר.

בחודשים שלפניו, ליוותה אותנו התאבדות ללא הרף. כל מאורע הזיכיר את אלון, ולמרות שדובר על הנושא שוב ושוב, נשארכנו בחושה כבדה של אשמה בלתי מזויה. אפשר לתמצאת את הקונפליקט מזאת: "לפעמים אי-אפשר לדעת מה יותר בלתי נסבל; זכרון המות או שיכחתו" (21). אחרי חזי שנה נערך דין בצוות\*, לשם הערכה מරחק ומן.

אל: ...יש לי הרגשה שהיא שראינו עם אלון והוא הכל העlian בחתמודדות עם שגונן... אמא של היה מוצפת במסאלות מות בלי שהיתה מחוברת לנו... במחשבה לאחר, לא נתתי לעצמי להרגיש את עצמתה האין-פסיכיאטר של אלון... אם היתי מרגיש, היינו מעבירים אותו למחלקה סגורה. לפחות שיישאר בחים. לא ראיתי, למורת שהכל היה שם, כולל אמא שאומרת שمعدיפה יום זכרון על פני שגען. לא ראי...  
תמר: שהיא באמת מתחונת זהה.

\* \*

רוזן: מה שקשה לסביר זה שהוא היה פה בשבייל להרים. זה שונה ממחבגים אחרים. אלון הנהנה מהhrs, ולכן לא רצה ללבת. אל: אני חשב שהוא לא בחר בוה (במודע), אבל זו הייתה צורת הקשר היחידה שלו.

נעמי: כן, אבל היה לו גם צדדים עדינים, בהתייחסות מאד רגשות לאנשים אחרים.  
דוד: אנחנו צריכים ללמוד ולהשתכלה על מנת להחזיק צורה כזאת של תוקפנות... אני באמת לא ידוע איך בדיק, כי ניסינו הכל. אבל צריך לנחות עוד.

\* \*

\* הצלות כולן מטופלים פרטניים (פסיכולוגים ופסיכיאטר), אחיות אחותראית, מדריכים ומרפאים באמנות, מוחיקה ותגוניה. בידיעת המגבלה שבhabata קטעים מודין – נביא את הדרברים כלשונים (למעט תיקוני סגנון). שמות אנשי צוות שונים.

המידע שלנו ליבורן, גורין ומוניק. שלושתם דיברו על "... אפשרית", "אפשרות של טעות", "יחכון", "אם כן לא איזו" וכו'. לדעתנו הטעות, שמקורה בהעברה הנגדית, תמיד.

זו תוספת גם למאמר של מודסטין (22) על ה' הנגדית בעבודה עם מטופלים שהتابדו. הוא מונה שהשפעתם ניכרת בתגובה לא מותאמות של מטופלים תורמות בסופו של דבר להתקפות. הקשיים הם: "... עם תוקפנות, לשאת תלות, לעמוד בהעברה ארוטית ולשמור על לויאליות כלפי המטופל. ניסוח כזה של הקשיים (לדעתי כולני מכדי להיות ביצוע) לקוח מבדיקה מעמיקה של 9 מקרים בהם ניתן היה לערוך בדיקה זאת, מתוך 149 מקרים שנחקרו באופן שטחי יותר. המסקנה של מודסטין: אולי היו טיעות במקרים מסוימים מתחייבות לאחרות. לא רק שאנו מטבחים עם מודסטין, אלא 1) אפשר להתר Cain על "אול". 2) יש צורך ואפשרות לבחש את התעות אחורי כל מקרה. עדיף כמובן ידיעת הטעות מהאשלה שאולי לא היתה זאת.

יש קושי בולט מסקנה זו: כרגע אין בידינו דרך כדי להימנע מהטיעות. אם לא די בכך, הרי אין גם דרך לדעת מהי התעות המסתימת. ניסוח כולני של טיעות אפשריות לא יעזור לנו כאן.

מה שיש בידינו זו רק הצעה והירה: על מנת לשמור על השלמות (integrity) שלנו, יש צורך לאפשר למטופל דרישות עם מי שיוכל להתחלק עמו בעומס הרוגשי הנובע מודאות קיומה של טעות. לבסוף נוכור שקיים הטעות, החיפוש אחריה ומציאתה לא מסבירים את המעבר ממנה למעשה ההתקפות.

#### ספרות :

1. Munich RL, Suicide in an inpatient unit: A sociotherapeutic view. Int. J. of Therapeutic Communities, 4(3): 196—211, 1983.
2. Freud S., Mourning and melancholia. S.E., 14, London, Hogarth Press, 1961.
3. Durkheim E., Suicide. New York, Free Press, 1951.
4. Abraham K., Notes on the pathogenesis of melancholia. Selected Papers of Karl Abraham (pp. 453—464). New York, Basic Books, 1953.
5. Deutsch H., Melancholic and depressive states in neuroses and character types. New York, International University Press, 1965.
6. Erlich HS., Adolescent suicid: Maternal longing and cognitive development. Psychoanalytic Study of the Child, 33: 261—277, 1978.
7. Roth D., Blatt SJ., Spatial representations of transparency and the suicide potential. Int. J. of Psych-Anal., 55: 287—293, 1974.

כני: ... אני בכל זאת חשוב שנכשלנו במילוי חובה אנושית. אכן הרגיש שהוא לא עומר בדרישות הבסיסיות שיש כלפיו כבן אדם. אצל זה היה השורת העבאי. אמרו אמה זאת במפורש. הוא הרגיש של להיות בכיה"ח זו התחממות מהוכה... לא הצליחו לתת לו לוחם מהתחושה הזה, ובhippo — זה הכשלון במילוי החובה שלנו. אויב בשום אופן לא רוצה להטיל את האשמה על אמא, אני גם לא מרגיש...ך... ואני רוצה להתקנות ממה שימושו קרא — "ניסיאת העלב" הזה, כי בעצם יש אשמה.

אל: לא מסבירים עם בני, לפחות ביחס לציליל "הנוצרי" בדבריהם. בא אדם נונצן תחושה שהוא משמיד אונך ואחר כך לפניו שהוא מת, אתה נתן לו תה עם שני סוכר. לדעתך אין לו זכות קיטם. שלא יהיה אי הבנות, אני לא מאמין את אלון, אך הוא חי עם עצמותם כאלו, בily מרחק, ובמונע הזה אין סיכוי. אני לא יכול להציג תה עם סוכר למי שלדעתך אין לו סיכוי להיות בן אדם. גלית: מה שאתה אומר שהורג את אלון, הוא החלק האנושי?

אל: כן.

גלית: זה בלתי נסבל!

אל: נכון.

נעמי: הוא לא יכול היה לסבול את הקיום של עצמו, והוא לזה הממן דוגמאות בהתנהגנות. רון: מה שהיה קשה אליו שהוא סבל וניסה להילחם בו אייכשטו. אל: עדין בנסיבות המשימה שלנו (פה אני מסבירים עם בני), לא הצלחנו לחות לו את הרגישה ש מגיע לו להיות עם זה.

\* \* \*

בני: אתה אומר שיש אנשים שהם מפלצות ו מגיע להם למות? אל: כן, ואני לוקח את זה מהמציאות. למדנו מהשואת משה. שב, שלא היה אי הבנות, אלון לא עשה לנו דברים רעים כללה. אבל בני אדם כן עושים דברים רעים מאד. ובחויה שלו, והכשלון הוא שלא זה האין סיכוי — אני יודע שהוא לא היה כוה, והכשלון הוא שלא הצלחנו לשכנוע אותו בכך.

בני: אני לא מבין למה אתה כל הזמן משווה אותו לנazi?

אל: אוי שוב אומר — הוא הרגיש עצמו כזה.

בני: אבל הנה, גם רמי (מחבר במלקה) אומר שהוא היטלן. אל: רמי אומר את זה, ובדרך זה הדריך שומר עלי', שמאפשר לו לחשוף שהוא אינו. אלון לוותם זאת לא אמר — הוא פשוט ח' את זה עד הסוף. בגלל שחי זה כך, לא יכולנו לזהות.

בני: אני חושב שהוא כעה החות. אילו היו מודעים לה, ... הינו בודדים מעברים אותו, למרות שלא היהתו קלינית לך; להעיבר את אלון למבחן סגורה, היה להיות היטלן עכורים, וזה בזיהום מה שהוא צירק.

דורון: קשה לי לקבל. זה כאילו לדורש שנכיל את היטלן בחוכנה.

בני: לא, אבל בהחולת ורישה מעצמנו כמטופלים, לראות שאנו נחסמים כך עליידי מטופל. לא הצליחו להיות בחוויה שבו היטלן — תוך יזעה שלט שאין זה נכון.

#### מסקנה

המסקנה הפחותה לבארה — כדי שמטופל לא יופעל בתגובה (acting out) למות מטופל, יש צורך להזות את הטעות שמקורה בהעברה הנגדית. כאן נמצאת חוטפת

8. Lowenthal U., Suicide and object representation. *Isr. Annals of Psychiatry & Rel. Sciences*, 15(2): 134—144, 1977.
9. Litman RE., Sigmund Freud on suicid. In: Shneidman ES. (ed.), *Essays in self destruction* (pp. 324—344). New York, Science House, 1967.
10. Bion WR. *Brazilian lectures* (2). Rio/Sao Paulo, Imago Editora, 1974.
11. Levinson P., On sudden death. *Psychiatry*, 35: 160—173, 1972.
12. Gorkin M., On the suicide of one's patient. *Bull. of the Menninger Clinic*, 49 (1): 1—9, 1985.
13. Hazan Y., 'Therapy-contained suicide' in the inpatient treatment of a schizophrenic adolescent — vicissitudes of countertransference. *Brit. J. of Psychotherapy*, 5(1): 46—56, 1988.
14. Balint M., *The basic fault. Therapeutic aspects of regression*. London, Tavistock, 1968.
15. Gabbard G., The treatment of the special patient in a psychoanalytic hospital. *Int. Rev. Psycho-anal.*, 13: 333—347, 1986.
16. Fraiberg S., Adelson E., Shapiro V., *Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships*. *J. of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3): 387—421, 1974.
17. Kahne MJ., Suicide among patients in mental hospitals. *Psychiatry*, 31: 32—43, 1968.
18. Warren M., On suicide. *J. of the American Psychoanalytic Association*, 24(4): 199—234, 1976.
19. Namnum A., The integrative role of psychoanalysis in the psychiatric hospital. *Bull of the Menninger Clinic*, 49(5): 403—408, 1985.
20. Schwartz DP., The open hospital and the concept of limits. In: Sterlin H., Wynne LC., and Wirsching M. (eds.), *Psychological intervention in schizophrenia*. Berlin, Heidelberg, New York and Tokyo, Springer-Verlag, 1983.
21. Fresco N., Remembering the unknown. *Int. Review of Psycho-Analysis*, 11: 417—427, 1984.
22. Modestin J., Counter-transference reactions contributing to completed suicide. *Brit. J. of Medical Psychology*, 60: 379—385, 1987.

\* \* \*

תודה לקובי אבלום, מ.א. ולכל צוות מחלקת מחבגרים על  
שאפשרו תחילך טיפול נדר. לד"ר יעקב לרנר מנהל ביתה"ח, על  
הבנה ותוכנכה לאורוך כל הדרכ.



## תולעת ספרים

### מחלקה של ספרי פסיכולוגיה

**ניתן להזמין ספרים גם טלפוןנית באמצעות כרטיסי אשראי**

שעות הפתיחה: חנות: א'-ה': 10.00—19.30, ו' 10.00—15.00  
בית הקפה: א'-ה': 08.30—19.30, ו' 08.30—15.00

רחוב באzel 30, תל-אביב 62744, טל' 03-5462714

נשמעה לראותכם