

הצעת מחקר :

## השוואה ובחינת יעילות של התערבויות פסיכולוגיות

### קצרות מאוד בקרב ילדים ובני נוער בסיכון אובדני

מגישים:

דר' טלי ברטלר, בי"ח זיו

דר' אילה אורי, בי"ח זיו

פרופ' אלן אפטר, מרכז שניידר לרפואת ילדים

רקע

בחמש השנים האחרונות חלה עליה חדה במספר הפניות לחדרי מיון ילדים של ילדים ומתבגרים אובדניים. ניסיונות להתמודד עם בעיה חמורה זו במשרד החינוך לא מספקים, ויש עומס גדול על חדרי המיון הפסיכיאטריים הפדיאטריים. למשל בבי"ח שניידר הגיעו במהלך השנה האחרונה כ 400 ילדים לחדר מיון לצורך "הערכת מסוכנות" בעקבות חשש לאובדנות.

מכיוון שבעיה זו מוכרת לא רק בארץ אלא בכל העולם, פותחו מספר שיטות לטיפול קצר מועד בבעיה זו. למשל: טיפול דיאלקטי התנהגותי DBT, טיפול קוגניטיבי התנהגותי CBT, וטיפול מבוסס מנטליזציה MBT (Ougrin et al 2015) אולם טיפולים אלה אינם קצרים דיים לצורך הנוכחי.

בשנים האחרונות מתחזקת ההבנה שאובדנות, במיוחד בקרב מתבגרים, אינה מחלה סטטית אלא התקפית, ולכן חשוב להקדיש מאמצים לתכנן כיצד להתמודד עם האובדנות בהתקף הבא. כהן ועמיתים (Cohen et al 2018), הציעו מודל על פיו מצב אפקטיבי שלילי אקוטי, אותו הם מכנים "סינדרום המשבר האובדני" (suicide crisis syndrome), הוא המכניזם שהופך גורמי סיכון ארוכי טווח לאובדנות, לפעולות אובדניות. לפיכך, המאמץ הטיפולי צריך להיות בהכנת המתבגר ומשפחתו, לקראת המשבר הבא.

עקב העלייה בפניות של ילדים ונוער בסיכון אובדני למרפאות ולחדרי המיון השונים, והתורים הארוכים שנוצרו לטיפול, פותחו במקביל בכמה מרכזים רפואיים בארץ ובעולם התערבויות קצרות-מאוד שמטרתן לתת מענה למשפחות אלה בתוך פרק זמן סביר. זמני המתנה של 6 חודשים עד שנה (שהפכו למציאות רווחת במרפאות הציבוריות) אינם סבירים כאשר מדובר במשבר אובדני.

מטרת ההתערבויות הינה לאפשר למספר רב יותר של ילדים לקבל עזרה בפרק זמן סביר ולקצר את זמני ההמתנה לטיפול במרפאה. ההתערבות מוצעת כמענה מיידי יחסית, וכאשר יש צורך בכך מלווים את המשפחה כבר מתחילת ההתערבות בהתארגנות לקראת טיפול המשך בקהילה.

שתי דוגמאות בארץ הן התכנית ב"שניידר" והתוכנית ב"זיו".

במרפאת דיכאון בשניידר פותח טיפול קצר מאוד המבוסס על הטיפול הבין אישי (IPT) המבוסס על התיאוריה של מירנה וייסמן, ועל תיאוריות פסיכואנליטיות של סאליבן, והותאם לשימוש בילדים ע"י לורה מאפסון. ההתערבות כוללת שלב אינטנסיבי של חמישה מפגשים פעם בשבוע ולאחריהם אימיילים חודשיים לילדים במשך שלושה חודשים.

במקביל, במרפאה במרכז הרפואי זיו פותח טיפול להתערבות במשבר המבוסס על תיאוריה של התערבות במשבר (crisis intervention) שפותחה על ידי קפלן (Caplan, G., 1961). הטיפול נמשך 6 פגישות שבועיות ולאחריהן המשך מעקב פסיכיאטרי.

### **מטרת המחקר :**

מטרת המחקר הנה לבחון את ישימותן (feasibility) ויעילותן של התערבויות פסיכולוגיות קצרות-מאוד בקרב ילדים ובני נוער בסיכון אובדני והוריהם. המטרה היא להשוות בין שתי התערבויות קצרות-מאוד: התערבות פסיכולוגית בין אישית (IPT) המיושמת במרפאה בשניידר, והתערבות פסיכולוגית במשבר המיושמת במרפאה במרכז הרפואי זיו.

בנוסף, אנו רוצים להראות שטיפול קצר-מאוד הוא לא פחות טוב מטיפולים רגילים מקובלים (לפי הספרות). לאור ההיקף של מענק המחקר הנוכחי, מחקר זה מתוכנן כמחקר הרצה (pilot) לקראת תוכנית למחקר נרחב יותר (עם מספר נבדקים גדול יותר).

### **היפותזה :**

1. הטיפול הקצר מאוד יביא לקיצור משמעותי בתורי המתנה לטיפול בילדים ובני נוער בסיכון אובדני
2. הטיפול הקצר-מאוד אינו פחות גרוע (non inferior) מטיפולים מקובלים, ובין שני הטיפולים הנבדקים, למרות שמגיעים מעולמות תיאורטיים שונים, לא יהיה הבדל.
3. הטיפול הקצר מאוד יותר טוב מרשימת המתנה

4. הטיפול הקצר-מאוד לא יהיה מסוכן: לא תהיה עליה בשיעור של ניסיונות התאבדות חוזרים או בפניה למיון בכלל בעקבות סיכון אובדני.

#### שיטות:

1. **אוכלוסיה**: פונים עוקבים למיון הפדיאטרי הפסיכיאטרי בשניידר ובזיו מגיל

8 עד 18 עם אובדנות מעל ציון 3 לפי ה- **Columbia Suicide Severity Rating Scale-CSSRS**. המחקר מתחלק ל 3 קבוצות: טיפול IPT, טיפול במשבר, ורשימת המתנה.

מספר הנבדקים יהיה 30 בכל קבוצה, הן בקבוצות הטיפול והן בקבוצת הביקורת (המתנה לטיפול) כלומר בסך הכל 90 נבדקים. זאת לאור העובדה שמחקר הפיילוט הנוכחי מוגבל על ידי התקציב, ולצד זאת מספר נבדקים זה יבטיח שימוש נכון במבחנים סטטיסטיים פרמטריים. לא יכנסו למחקר: ילדים שאינם דוברי עברית או ערבית, מנת משכל שאינה תקינה, וילדים עם הפרעות פסיכוטיות אקוטיות.

#### 2. כלי מדידה:

יעילות ההתערבויות תיבחן באמצעות שאלונים. ייבחנו מדדים רגשיים של דיכאון, אובדנות, תפקוד ומיומנויות בינאישיות.

#### 1. שאלון אובדנות: מחשבות, התנהגות ופגיעה עצמית לא אובדנית

**CSSRS-Columbia Suicide Severity Rating Scale** (Posner et al., 2011)

שאלון להערכת סיכון אובדני. במקור הכלי היה ראיון קליני חצי מובנה אבל קיים גם בגרסא של שאלון לדיווח עצמי. השאלון כולל שאלות על מחשבות אובדניות אשר נעות ממחשבות אובדניות פסיביות ועד מחשבות אובדניות אקטיביות אשר כוללות שיטה, כוונה ותוכנית. בנוסף, בשאלון יש חלק על פגיעה עצמית לא אובדנית.

#### 2. שאלון מחשבות אובדניות (SIQ) **Suicide Ideation Questionnaire**

השאלון פותח ע"י Reynolds (1987). זהו שאלון דיווח עצמי שמטרתו להעריך חומרה ותדירות של מחשבות אובדניות. השאלון כולל 15 משפטים שעל הנבדק לסמן עד כמה המשפט מאפיין אותו בחודש האחרון על סקלה של 0 עד 6 (0- מעולם לא היו לי מחשבות כאלה – 6 – יש לי מחשבות כאלה כמעט כל יום). כל משפט מתייחס למימד אחר של חשיבה דכאונית. הציונים מחוברים לציון אחד כללי שמשקף את חומרת המחשבות האובדניות. ציון מעל 31 מצריך המשך הערכה של סיכון אובדני.

3. **שאלון רגשות ומצב רוח Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)** השאלון פותח ע"י Costello & Angold (1988) והנו שאלון נפוץ לאיתור סימפטומים של דיכאון בקרב בני 8-18. לשאלון עקביות מבחן חוזר גבוהה ( $r = 0.78$ ). כמו כן, מחקרים רבים הציגו עקביות פנימית ותוקף מתכנס גבוה.

4. **שאלון חזקות וקשיים - Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)** השאלון פותח ע"י Goodman et al. (1997, 1999) וכולל 25 פריטים המתייחסים להתנהגויות חיוביות ושליליות. שאלון זה הוכח כמבדיל היטב בין מקרים קליניים ללא קליניים בקהילה (Goodman et al., 1997, 1999; Koskelainen et al., 2000b).

5. **שאלון חרדה - The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder (SCARED)** השאלון פותח ע"י Birmaher et al. (1997). זהו שאלון דיווח עצמי, המבחין בין הפרעות חרדה להפרעות אחרות ובין סוגי הפרעות החרדה השונות. ממוצע הציון הכללי בקרב הלוקים בהפרעות חרדה הנו 27 (ס.ת. = 0.15). השאלון הינו בעל עקביות פנימית גבוהה מאוד,  $\alpha = 0.9$ , ועקביות מבחן חוזר גבוהה.

6. **שאלון שביעות רצון והערכת התקדמות - Satisfaction and Estimation of Progress Questionnaire** השאלון פותח ע"י Kopleman-Rubin et al. (2012). השאלון כולל 3 פריטים בהם נדרש המטופל לדרג את תשובותיו על סולם של 1-7 (1 = שיפור גדול מאוד, 7 = החמרה גדולה מאוד). השאלון בוחן את מידת שביעות הרצון של המטופל לגבי מימדים שונים של התכנית כגון הפחתת סיכון אובדני ושיפור במצב הרוח.

7. **שאלון ברית טיפולית - Working Alliance Inventory (WAI)** שאלון זה פותח ע"י Horvath & Greenberg (1989) והוא בוחן תפיסות של המטופל לגבי עוצמת הברית הטיפולית. במחקר זה ייעשה שימוש בגרסה המקוצרת של השאלון (WAI-S). נמצא מתאם גבוה בין שתי הגרסאות של השאלון ביחס ליכולות הניבוי ועל כן ניתנות להחלפה (Busseri & Tyler, 2003).

8. **שאלון להערכת מצב קליני על ידי מראיין - CGI - Clinical global impression** שאלון זה נפוץ ביותר בתחום הערכה קלינית, הוא כולל שני דרוגים על פיהם מתבצעת הערכה קלינית הקלינאי הוא זה שמעריך את המטופל על פני שני מישורים: חומרת המחלה ומידת השיפור ביחס לתחילת הטיפול. כל מדד נמדד על סקאלה של 1-7.

9. **שאלון פרטים דמוגרפיים וסוציאקונומיים.**

## הליך:

במחקר יכללו ילדים ובני נוער אשר מופנים או פונים עצמאית למרפאת דכאון או למיון במרכז שניידר לרפואת ילדים, או למרכז הרפואי זיו בצפת. לפני תחילת טיפול במרפאה כל ההורים וילדיהם מוזמנים לאינטייק במהלכו תתבצע הערכה

קלינית מקיפה. בסיום האינטייק יוסבר להורים ולילדיהם על תוכנית הטיפול והמחקר. לאחר מכן יחתמו על טופס הסכמה מדעת להצטרפות למחקר. ההתערבות בשניידר כוללת שלב אינטנסיבי של 5 מפגשים שבועיים בני 50 דקות שלאחריהם הילדים מקבלים מכתבים אישיים (בדוא"ל) במשך שלושה חודשים. ההתערבות ב"זיו" כוללת שלב אינטנסיבי של 6 מפגשים של 50 דקות, שלאחריהם המשך מעקב פסיכיאטרי לפי הצורך. למחקר המוצע אופי של מחקר נטורליסטי במובן זה שהוא בודק את שתי שיטות הטיפול כפי שפותחו וכפי שמבוצעות במרפאות בשטח.

פירוט של התוכניות הטיפוליות מופיע בנספח 1.

שאלוני המחקר יהיו שאלונים מקוונים באמצעות תוכנת REDCAP. המשתתפים יקבלו קישור דרכו הם ממלאים את השאלונים באופן אנונימי. לא יישמרו פרטים מזהים כלשהם במאגר הנתונים. במקרים בהם נדרשת עזרה השאלונים ימולאו בטלפון או במרפאה לפני או אחרי הפגישה הטיפולית. עוזרת מחקר תסייע לילדים שיזדקקו לעזרה.

הילדים והוריהם ימלאו שאלונים לפני תחילת הטיפול (זמן 1), בתום השלב האינטנסיבי של הטיפול (זמן 2), כעבור 6 חודשים מתחילת הטיפול (זמן 3), ושנה לאחר תחילת הטיפול (זמן 4).

במידה ותחול החמרה קלינית במצב הילדים, הם יופנו להערכה פסיכיאטרית והשתתפותם בהמשך ההתערבות תישקל לגופו של עניין. בקבוצת המחקר השלישית, ילדים שממתינים לטיפול, השאלונים ימולאו בשלב האינטייק - לאחר קבלת הסבר מקיף וחתימה על טופס הסכמה (זמן 1), כעבור 6 שבועות (זמן 2), כעבור 6 חודשים (זמן 3), וכעבור שנה (זמן 4).

**ניתוח הנתונים:** הנתונים יוכנסו לגיליון אלקטרוני באמצעות תוכנת red cap, ויעובדו בתוכנת SPSS גרסה 25.

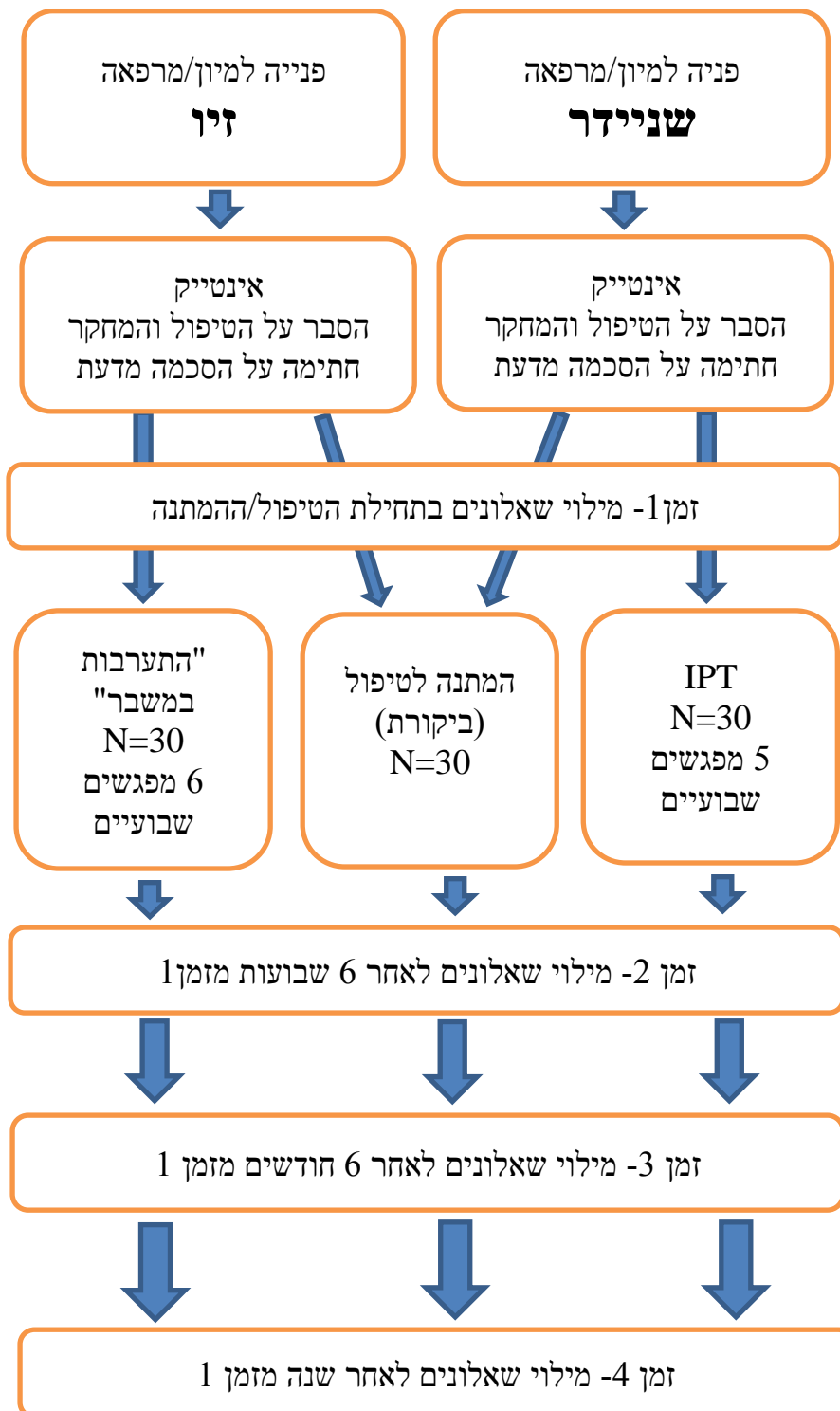
משתנה התוצאה הראשי (primary outcome variable): גילויי אובדנות ומחשבות אובדניות כפי שימדדו על ידי שאלון קולומביה להערכת אובדנות CSSRS. משתני תוצאה משניים- שיפור בדיכאון, שביעות רצון מהטיפול, מידת השיפור הקליני.

ניתוח הנתונים יבוצע באמצעות מספר מבחנים סטטיסטיים בהתאם לסוג הנתונים :  
1. הנתונים הרציפים ינותחו באמצעות ממוצעים וסטיות תקן  
2. נתונים דמוגרפיים קטגוריאליים ינותחו באמצעות מבחן חי בריבוע ( $\chi^2$ )  
3. ההבדלים במשתנים הרציפים של אובדנות, שיפור בדיכאון, שיפור קליני ושביעות רצון מהטיפול, ינותחו באמצעות מבחן MANOVA.  $P < 5\%$  יחשב כמובהקות סטטיסטית.

**תקציב : 25000 ₪**

התקציב יתחלק באופן שווה בין שניידר וזיו, ויכלול : שכר לשני עוזרי מחקר בעלות של 10,000 ₪ כל אחד, ייעוץ סטטיסטיקאי/ת משותף לשני המרכזים 5,000 ₪.

תרשים זרימה וזמנים:



## נספח 1:

### **תיאור תהליך הטיפול הניתן במרפאת דיכאון בשניידר**

התערבות בין אישית קצרת מועד לילדים ומתבגרים בסיכון אובדני:

**רקע:** פסיכותרפיה בינאישית (Interpersonal psychotherapy- IPT) הנה פסיכותרפיה אשר נמצאה יעילה בטיפול בדיכאון במבוגרים, (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000) ובמתבגרים (Brunstein-Klomek, Zalsman, Mufson, 2007; Mufson, Dorta, Moreau, 2004) וכן במספר הפרעות אחרות כגון: חרדה, הפרעות אכילה וכו'. ההנחה העומדת בבסיס הפסיכותרפיה הבינאישית, הנה כי קיימים יחסי גומלין בין סימפטומים של דיכאון וחרדה ויחסים בינאישיים. המטרה של הפסיכותרפיה הבינאישית הנה לשפר את מצב רוחו ולשפר את היחסים הבינאישיים שלו. במהלך הטיפול המטופל לומד מיומנויות אשר עשויות לסייע לו לקבל את התמיכה והעזרה להן הוא זקוק. פסיכותרפיה בינאישית למבוגרים ולמתבגרים (IPT-A) עברה בהצלחה מהתחום האקדמי והמחקרי ליישום בקהילה. לורה מפסון ושותפיה (2004) למשל הדגימו את אפשרות ההעברה והאפקטיביות של IPT-A במסגרת קליניקה בבית ספר עירוני בארצות הברית. הטיפול הבינאישית היה יעיל בהורדת סימפטומים של דיכאון וכן בשיפור של ביצועים כלליים ובתפקוד חברתי. במחקר הנוכחי נעשה שימוש באדפטציה של IPT שכוללת אלמנטים למניעת אובדנות כולל הערכת סיכון מורחבת, הוספת תכנים לחינוך הפסיכולוגי, תוכנית בטחון, שרשרת אירועים, חיזוק הוויסות הרגשי ועוד.

**פגישה ראשונה ושנייה:** תערך הערכת סיכון, תוצג ההתערבות למתבגר והוריו, יינתן חינוך פסיכולוגי על מניעת אובדנות ודברים נוספים בהתאם לפרופיל של הילד/ה. בשלב הזה תעשה עם הילדים והוריהם תוכנית ביטחון. תוכנית הביטחון הנה אחת ההתערבויות החשובות בעבודה עם מתבגרים בסיכון אובדני. מטרתה של התוכנית הנה מניעה של התנהגות אובדנית. התוכנית בנויה על העקרונות של הפסיכותרפיה הקוגניטיבית-התנהגותית לפיה בשלב ראשון אנו לומדים לגבי ההיבטים הקוגניטיביים, רגשיים, התנהגותיים ובינאישיים של האובדנות של המתבגר על מנת לזהות ולנטר את רמת האובדנות. בשלב השני אנו לומדים ומתרגלים אסטרטגיות ומיומנויות קוגניטיביות/רגשיות/התנהגותיות/ בינאישיות על מנת למנוע התנהגות אובדנית, גם במצב רגשי קשה ומיזאש. ההורים/אפוטרופוסים של המתבגר חייבים להיות חלק מתוכנית הביטחון. בשלב זה ניתן להשתמש בשרשרת אירועים כדי להבין את המהלך של ההתנהגות האובדנית.

בסיום השלב הראשון נקבע תחום בעיה שבו יתמקד הטיפול. תחומי הבעיה יכולים להיות אבל, קונפליקטים ביחסים הבינאישיים, מעברי תפקיד ו/או קושי במיומנויות הבינאישיות. בנוסף, מתקיים בשלב זה קשר עם ביה"ס בה מציגים לצוות החינוכי את הצרכים של הילד ואת ההתערבות שהוא עומד לעבור. הורים תמיד משתתפים בפגישה הראשונה של הטיפול.

**פגישות שלישית ורביעית:** פגישות אלה מוקדשות לפיתוח של אחת או כמה מיומנויות וטכניקות אשר יכולות להיות ממוקדות במצב הרוח ו/או היחסים הבינאישיים. המטרה של לימוד המיומנויות היא מניעת התנהגות אובדנית ולכן תבחר המיומנויות שהמטופל הכי זקוק לה. טכניקות אלו כוללות טכניקות רגשיות, התנהגותיות ובינאישיות. המיומנויות הרגשיות כוללות דגש על הבעת רגשות ובעיקר רגשות שליליים וכן טכניקות של וויסות רגשי. המיומנויות ההתנהגותיות כוללות פתרון בעיות. המיומנויות הבינאישיות כוללות תקשורת בין אישית בעזרת טכניקות כגון ניתוח



תקשורת, משחק תפקידים וכדומה, בהתאם לקושי הספציפי אותו מציגה התלמיד/ה. ההורים ישתתפו בפגישות בהתאם לצורך.

**פגישה חמישית:** בפגישה זו יעשה סיכום של התהליך וינתנו המלצות על מה עוד מומלץ לעבוד. יושם דגש על מניעת התנהגות אובדנית. בנוסף, יתקיים דיון לגבי צורך בהמשך טיפול. גם פגישות אלו יכללו עבודה עם ההורים.

### **תיאור תהליך הטיפול הניתן במרפאה לטיפול במצבי משבר ב"זיו"-**

בהתערבות קצרת המועד במשבר עומדים לנגד עיניו של המטפל מספר דברים: ראשית, בטיחותו של הילד והפחתת הסיכון לניסיון אובדני, שנית- היחסים במשפחה, ושלישית- גיוס התמיכה של גורמים נוספים בקהילה כגון המסגרת החינוכית, שירותי הרווחה, או גורמים טיפוליים אחרים. המטפל והמשפחה יודעים כי לרשותם 6 פגישות, והמטפל מחליט לפי שיקול דעת קליני, ולפי ההיכרות המתהווה עם המטופל ועם אופי המשבר עמו מתמודדת המשפחה, כיצד לחלק את המפגשים. חלק מהמפגשים הינם מפגשים משותפים של הילד והוריו. המטפל בוחר מתוך סל הגישות והמיומנויות הטיפוליות את המרכיבים אשר לפי ראות עיניו יהיו המתאימים והיעילים ביותר עבור המטופל. אלה כוללים: טכניקות של ויסות רגשי, תכנית ביטחון, כלים בין אישיים, התמקדות ביחסים במשפחה, והתמקדות בגיוס משאבים בקהילה. המטפלים במרפאה לטיפול במצבי משבר ב"זיו" מגיעים מדיסיפלינות שונות- פסיכולוגים, עו"ס, מטפלים בהבעה ויצירה, ומתמחים בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר. הטיפול במרפאה זו אינטנסיבי ודורשני, ועל כן אנו מקפידים ש"נטל המטופלים" (patient load) יהיה מתון (עד 2 התערבויות מסוג זה במקביל לכל מטפל). ישיבה שבועית של צוות המרפאה לטיפול במצבי משבר משמשת להתייעצות לגבי המטופלים, ולתמיכה עבור הצוות.

## ביבליוגרפיה

- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Gully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Mckenzie Neer, S. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 553-554.
- Brunstein Klomek, A., Zalsman, G., Mufson, L (2007). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 44*, 40-6.
- Busseri, M. A., & Tyler, J. D. (2003). Interchangeability of the Working Alliance Inventory and Working Alliance Inventory, Short Form. *Psychological Assessment, 15*(2), 193-197.
- Caplan, G. (1961). An approach to community mental health. New York: Grune and Stratton
- Cohen, LJ., Ardan, F., Yaseen, Z., Galynker, I. (2018). Suicide Crisis Syndrome Mediates the Relationship Between Long-term Risk Factors and Lifetime Suicidal Phenomena. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 48*(5), 613-623
- Costello, E.J., & Angold, A. (1988). Scales to assess child and adolescent depression: Checklists, screens, and nets. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 726-737.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*(5), 581-586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*(5), 791-799.
- Kopelman-Rubin, D., Brunstein Klomek, A., Al-Yagon, M., Mufson, L., Apter, A., & Mikulincer, M. (2012). Psychological Intervention for Adolescents Diagnosed with Learning Disorders -"I Can Succeed" (ICS): Treatment Model, Feasibility, and Acceptability, *International Journal for Research in Learning Disabilities, 1*(1), 37-54.
- Koskelainen, M., Sourander, A. & Kaljonen, A. (2000b). The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 9*, 277-284.
- Mufson, L, Dorta KP, Moreau D, et al. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. 2nd edition. New York: Guildford Press; 2004.
- Ougrin, D., Stahl, D., Moran, P., Rosenbaum, 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*, 36, 97-107.

Posner, K., Brown K.G., Stanley, B., Brent A.D., Yershova, V.K., Oquendo, M et al. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. *Am J Psychiatry*. 2011 December ; 168(12): 1266–1277.

Weissman, M.M., Markowitz, J.C., Klerman, G.L. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York, NY, US: Basic Books; 2000.