

**התאבדות בקרב עולים מאתיופיה בישראל - סקירת ספרות / ד"ר סנדרין בורשטיין ליפסיקס**

השתלבות בתרבות חדשה מהווה אתגר למהגר ולעיתים יכולה ליצור משבר משמעותי בחייו. בארצו החדשה המהגר צריך להתאים עצמו לנורמות חדשות, ערכים וסגנון חיים שלעיתים שונים ביותר מתרבות המקור שלו. המהגר עשוי להתמודד עם שינויים קיצוניים בתפקידיו ומעמדו החברתי והכלכלי. עליו להתמודד עם שתי תרבויות ולפעמים להידחק לשולי החברה. פעמים אחרות עליו להתמודד עם דעות קדומות ואפליה (Shoval, 2007). ילדים ובני נוער צריכים להתמודד גם עם מתחים הקשורים להשתלבות בחברה החדשה אך יחד עם זאת להישאר נאמנים לתרבות האתנית המקורית שלהם; דבר זה עלול להוות מקור לסכסכים משפחתיים (Pumariega et al., 2005).

נסיבות טרום-הגירה כגון, הסיבות והמוטיבציות להגירה, או טראומה (למשל, הגעה מארץ הנמצאת במלחמה, מסע מסוכן אל הארץ החדשה) משפיעים על המצב הנפשי של המהגר (Fazel et al., 2005; Pumariega et al., 2005).

מן האמור לעיל עולה כי ההסתגלות לתרבות חדשה יכולה להוות מוקד מתח משמעותי המוגדר כדחק בהתערות (ACCULTURATION STRESS) (Cosik, 2004). שינוי מקום מגורים, בלבול בזהות, אובדן מעמד חברתי ומערכת תמיכה, בדידות ושינויים תרבותיים מהירים עלולים ליצור תחושות של חוסר תקווה וייאוש (Lester, 1997). דחק בהתערות הוא אחד ההסברים הניתן לשיעורי ההתאבדות הגבוהים יותר במהגרים (Hovey, 2000; Hovey & King, 1997). הסבר אחר המתבסס על ממצאים בקרב מספר קבוצות מהגרים באירופה הוא שיעורים גבוהים יותר של פסיכופתיה, דיכאון והתאבדות ביחס לאוכלוסיה המקומית (Carta, Bernal, Hardoy et al., 2005). אבטלה ואינטגרציה חברתית נמוכה מתוארים כגורמי סיכון לבריאות נפשית לקויה והתאבדות במהגרים (Fossion, Servais, Rejas et al., 2004; Garcia & Saewyc, 2007). גורם סיכון נוסף הוא שנאת הזרים אליה נחשפים מהגרים במקומות מסויימים (Mullen & Smyth, 2004).

עם זאת, מחקרים על התאבדות במהגרים ממדינות אחרות אינם מצביעים על דפוס אחיד בנוגע להתנהגות אובדנית. ישנם מחקרים המדווחים על כך שמהגרים ממדינות בהן שיעורי ההתאבדות נמוכים (כגון, מדינות ערב, מדינות רבות במזרח התיכון ודרום אמריקה) נוטים לשמור על שיעורי התאבדות נמוכים בארץ החדשה אליה היגרו, לעומת מהגרים ממדינות בהן שיעורי ההתאבדות גבוהים יחסית (למשל מזרח אירופה והארצות הנורווגיות) השומרים על נטייה זו גם בארץ החדשה (Mäkinen & Wasserman, 2001; Burvill, 1998; Morell, Taylor, Slaytor & Ford, 1999). מחקרים אחרים מדווחים כי ביחס למדינות מהן הגיעו, למהגרים שיעורי התאבדות גבוהים יותר במדינות אליהם היגרו (Merrill & Owens, 1988; Sainsbury & Barraclough, 1968; Whitlock, 1971). כמו כן, קיימים גם דיווחים על התמזגות שיעורי ההתאבדות של מהגרים עם שיעורי ההתאבדות של המדינות אליהן היגרו (Kliever & Ward, 1988; Sorenson & Golding, 1988). בעוד אחרים לא מצאו זאת (Burvill et al., 1982; Mäkinen & Wasserman, 2003).

בניסיון לאחד את הממצאים המגוונים שנמצאו לאורך השנים, נראה כי דפוס האובדנות מושפעים מארץ המוצא, הרקע התרבותי וכלכלי-חברתי, המצב הפסיכולוגי של המהגר לפני ההגירה, הסיבות להגירה והארץ אשר אליה הגיע המהגר (Mäkinen & Wasserman, 2001). הסבר נוסף מתייחס להשפעת רמת האינטגרציה החברתית (כמות ואיכות הקשרים עם אחרים, עם בני הקהילה ועם החברה בכללה) של המהגר. מחקר אשר בדק את השפעת האינטגרציה החברתית של מהגרים שהתאבדו בארה"ב על פי שני מדדים – מצב משפחתי (נשוי/לא נשוי) וזמן שהות בארץ החדשה- מצא כי מהגרים רווקים וגרושים וכן מהגרים הנמצאים זמן קצר יותר במדינה הקולטת, נמצאים בסיכון גבוה יותר להתאבדות ביחס לאוכלוסיה הכללית (Kposowa et al., 2008).

בישראל ניתן לראות כי בקרב העולים מאתיופיה מצטרפים רבים מן התנאים המתוארים לעיל אשר עלולים ליצור סיכון גבוה למצב נפשי מעורער ואובדנות. העולים חוו טראומה מן הדרך לישראל שהייתה מלווה באובדן ואלימות קשים, עם הגעתם נחשפו לפערים בין תרבותיים גדולים, אובדן מעמד כלכלי וחברתי ועוד. אלה עשויים להגביר את הדחק בהתערות וליצור פסיכופתולוגיה קשה. אריאלי וצפפה (1991) תיארו אין-אונים ותסכול של עולים הזקוקים לשיירותי סעד ורווחה, פניות רבות למרפאות בריאות הנפש, לרופאי משפחה, אשפוזים מרובים ושיעור גבוה של התאבדות.

**התאבדות באתיופיה**

מידע מבוסס מחקרית על התנהגות אובדנית בקרב אתיופים הינו מצומצם ביותר הן בישראל והן באתיופיה. בשנת 1985 Jacobsson ביצע ניתוח רטרוספקטיבי של תיקים רפואיים בבית חולים כללי במערב אתיופיה ומצא כי בין השנים 1966 ו-1972 היו 27 מקרים של התאבדות ו-26 מקרים של ניסיונות. השיעור אשר חושב להתאבדות נע בין 3 ל-11 ל-100,000 לשנה וממוצע של 4.5 ל-100,000 לשנה. מחקר רטרוספקטיבי נוסף של 50 מקרי הרעלה של חומרי הדברה בבית חולים באדיס אבבה במהלך תקופה של 6 שנים הראה כי 94% מהמקרים היו ניסיונות התאבדות (Abebe, 1991). מחקר אחר שנערך בקרב תלמידים בתיכון באדיס אבבה דיווח כי 14.3% ניסיונות התאבדות בוצעו בקרב התלמידים (ebede & Ketsela, 1993).

שני מחקרים המבוססים על מדגמים קהילתיים- באדיס אבבה ואיזור כפרי בשם בוטז'ירה מסוף שנות ה-90 מספקים מידע עדכני יותר על אובדנות באתיופיה. במחקר שנערך בבוטז'ירה (Alem et al., 1999) ואדיס אבבה (Kebede et al., 1999) נמצא כי 3.2%-0.9% בהתאמה מבני 15 ומעלה דיווחו על ניסיון אובדני כלשהו במהלך חייהם. אחוז זה נמצא בטווח המדווח לגבי אחוזי ניסיונות אובדניים במהלך חיים בקרב מבוגרים (1.1% עד 4.3% בעולם). לרוב, הניסיונות בוצעו בגילאי 15-24 כשהשכיחות לאחר מכן יורדת. יש לציין כי שיטות הניסיונות וההתאבדויות המשמשות באתיופיה הן קטלניות במיוחד: הרעלה באמצעות חומרי הדברה הייתה השיטה המועדפת ע"י נשים שניסו להתאבד לעומת תלייה בקרב גברים. ההבדל בין גברים לנשים בכמות הניסיונות האובדניים לא היה משמעותי (Alem et al., 1999; Kebede et al., 1999). במחקר בבוטז'ירה נמצא קשר בין מצוקה נפשית עכשווית ושתיית אלכוהול לבין ביצוע ניסיון אובדני. כמו כן, קונפליקטים משפחתיים (בעיקר ע"י נשים) ועוני (בעיקר ע"י גברים) צוינו לעיתים קרובות כסיבות לביצוע הניסיון האובדני. בעיות נפשיות ניתנו כסיבות לניסיון האובדני ע"י נשים וגברים באופן שווה רק ב-4.5% מהמקרים. ככל הנראה מדובר בבעיות נפשיות חמורות כגון פסיכוזה מאחר ורק מחלות כאלה נתפסות כמחלות נפשיות בקהילה זו. יש להניח כי חלק מן המקרים בהם דווח על קשיים ביחסים היה זה למעשה מיסוך של דיכאון (Alem et al., 1999).

התאבדות עולים מאתיופיה בישראל

משרד הבריאות בישראל (2005) דיווח על מספרים גבוהים משמעותית של התאבדויות בקרב אתיופים ביחס לאוכלוסיה הכללית (Arieli & al., 1994; Farbstein et al., 2002; Lubin et al., 2001; Nachman et al., 2002; Ratzoni et al., 1988). כך למשל, ב-1984 שיעור ההתאבדות בקרב עולים מאתיופיה היה 25 ל-100000 לעומת שיעור של 6 ל-100000 באוכלוסיה הכללית. ב-1986, שיעור ההתאבדות היה גבוה פי 7 בעולים מאתיופיה ביחס לילידי הארץ, וגם עשור לאחר מכן נותר גבוה באותה מידה (85). נתונים אלה בולטים עוד יותר על רקע הממצא כי שיעורי ההתאבדות של העולים מבריה"מ לשעבר גבוהים רק במעט ביחס לאוכלוסיה הכללית בישראל (Ponizovsky et al., 1998).

במחקר של ניתוח פסיכולוגי שלאחר המוות שנערך ע"י Arieli et al. (1996) בקרב מתאבדים ממוצא אתיופי בישראל התקבל מידע משמעותי לגבי מאפיינים וגורמי סיכון מרכזיים בקבוצה זו הנמצאת בסיכון אובדני גבוה. החוקרים ראינו קרובים וחברים של 44 מתוך 49 מקרים של התאבדות של עולים אתיופים שנעשו בין ינואר 1983 וספטמבר 1992. כמו כן נערכה בחינה מדוקדקת של מעשה ההתאבדות ותיקים רפואיים בהם הופיעו סיכומי טיפול נפשי, כאשר ניתן היה לקבל מידע זה.

הממצאים העיקריים של מחקר זה מצביעים על מספר מאפיינים: היחס בין נשים לגברים היה גדול פי שניים בהשוואה להתאבדויות באוכלוסיה הכללית. רוב ההתאבדויות היו בקרב בני 20 עד 39. שתי שיטות התאבדות בלבד שימשו את המתאבדים והן תלייה וקפיצה ממקומות גבוהים, כשניתן היה להבחין כי אין הבדל בין הנשים והגברים בחלוקה שבין שתי השיטות.

מהנתונים שנתקבלו בניתוח זה הוצע "פרופיל" של עולה אתיופי הנמצא בסיכון להתאבדות. המאפיינים העיקריים הם: גבר צעיר יחסית, נשוי, הנמצא בקונפליקט משפחתי, מפנים תוקפנות, המתנהג באורח שונה ומזרז סמוך למעשה ההתאבדות,



נראה מדוכא אך אינו מדבר על רצונו להתאבד (אריאלי, גילת וצפפה, 1994). אריאלי ושותפים מציינים כי פרופיל זה שונה ממה שידוע על מתאבדים שעלו לישראל ומהגרים בארצות אחרות (לרוב מבוגרים יותר, מספרים על כוונתם להתאבד).

עוד נמצא כי בהשוואה לקבוצת ביקורת מבני העדה, המתאבדים האתיופים הביעו חוסר שביעות רצון גבוהה בנושאים של עבודה ומעמד כאזרח בישראל, יחס מוסדות הדת כלפי העדה, שמירת הדת והשבת בישראל (אריאלי ושות', 1994). עוד נמצאה אי שביעות רצון ביחס לשליטה בשפה העברית, מצב כלכלי (לא באופן מובהק), ויחסים זוגיים (לא הושווה לקבוצת ביקורת).

במחקר אחר, אריאלי וצפפה (1991) ציינו כי גם סומטיזציה הוותה ביטוי למצוקה נפשית בקרב עולים אתיופים ולא פעם נמצאה כמרמזת על כוונה או בדנית. הם מצאו כי ריבוי הביקורים אצל רופא המשפחה וקבלת טיפולים גופניים היוו ביטוי לדיכאון תגובתי, סומטיזציה או להפרעת הסתגלות המלווה בדיכאון.

אריאלי ושות' (1994) מעלים השערה כי מעשה ההתאבדות בקרב האתיופים מטרתה להעביר מסר של נקמה (בשונה ממסר של קריאה לעזרה). "המתאבד האתיופי רוצה לנקום באלה שהשפילו או פגעו בכבודו ולא היה ביכולתו להחזיר לתוקפן או למשפיל כגמולו...". עוד מציין המאמר כי "ייתכן שתחושת אין-האונים על איבוד שליטה בבית, הפגיעות מהמגע עם האוכלוסיה הישראלית ומוסדותיה, התסכול באי מציאת עבודה ואפשרות לפרנס את המשפחה בכבוד, דוחפים את היהודי האתיופי הגאה, שהיה בעל מעמד וכבוד באתיופיה, להתאבדות".

ככל הנראה לא ניתן להסביר את שיעורי ההתאבדות הגבוהים של בני העדה האתיופית רק כמהווים תוצאה של משבר בעקבות ההגירה לישראל. קיימות מספר השערות אשר הועלו בסקירתם Shoval et al. (2007) בניסיון להסביר תופעה זו. ייתכן כי ישנן הפרעות פסיכיאטריות באתיופים אשר אינן מאובחנות בגלל ביטויים תרבותיים שונים של סימפטומים אשר אינם מוכרים לאנשי בריאות הנפש בישראל; תת-אבחנה כזו עלולה להוביל לחוסר טיפול.

שימוש בשאלון דיווח עצמי SRQ-E, אשר הותאם להערכת מצבו הנפשי של מטופל אתיופי בישראל עולים מאתיופיה ע"י יונגמן ושותפים (Youngman et al., 2002), עשוי ליצור תהליך הערכה יעיל יותר (Shoval et al., 2007).

אחרים הציעו כי הסיכון הגבוה להתאבדות בעולים אתיופים קשור לאובדן המעמד השולט של הגבר הנשוי אשר עלול להוביל לדיכאון והתאבדות. במקביל, כתוצאה מהעלייה לישראל, האישה האתיופית מאבדת את ההגנה מפני אלימות במשפחה שלה זכתה מזקני העדה באתיופיה ובכך היא נותרת חסרת אונים ופגיעה יותר ולא פעם התאבדות מהווה את הפתרון אותו היא בוחרת (אריאלי, גילת וצפפה, 1994).

מחקר גישוש בנושא אובדנות בקרב בני נוער יוצאי אתיופיה הוגש למשרד הקליטה בישראל ע"י ד"ר אדלשטיין ב-2005. מחקר זה הוזמן עקב עלייה במספר ההתאבדויות בנוער אתיופי ומספק מידע המבוסס על דיווח עצמי של 62 בני נוער בגילאי 12-18 בנושא אובדנות וגורמי סיכון ספציפיים.

אדלשטיין מציין כי בני נוער יוצאי אתיופיה נתונים במצבי סיכון יותר מבני מגזרים אחרים בחברה הישראלית, כולל עולים בני קהילות אחרות. כתוצאה מכך נמצא ייצוג יתר של בני העדה, יחסית לחלקם באוכלוסייה בנשירה מביה"ס ושימוש בסמים. המחקר מצא ששכיחות המחשבות וניסיונות ההתאבדות בולטת יותר אצל הבנות. שיעור האובדנות (מחשבות וניסיונות) גבוה יותר בקרב הנוער המנותק ממסגרת ביה"ס ובקרב בני נוער הנמצאים במעבר בין מסגרות. שימוש בולט יותר בחומרים פסיכו-אקטיביים, בעיקר באלכוהול נעשה בקרב הנוער המנותק ומעמיד אותו בסיכון לאובדנות. המחקר מצא גם קשר בין התנהגות אובדנית לחוסר היות ההורים כתובת לפנייה לעזרה, או לתפיסת ההורים כחסרי יכולת לסייע ולתמוך בעת משבר. ממצאים אלה דומים לידוע בספרות המקצועית על גורמי הסיכון לאובדנות בבני נוער בכלל.

שימוש במערכות בריאות הנפש (מתוך מאמר לקראת פרסום "דפוסי שימוש בשרותי בריאות נפש אמבולטוריים בקרב ילידי אתיופיה" יונגמן, פוגצ'וב וזילבר)



בתחום הבריאות, יוצאי אתיופיה העמידו בפני שירותי הבריאות בישראל מגוון של אתגרים קשים במיוחד, משום שהם הגיעו עם הבנה מוגבלת של המודל הביו-רפואי המערבי ושל מערכת הבריאות בארץ, והם הציגו בפני המערכת סוגים שונים של מחלות וסימפטומים שלא היו מוכרים למערכת. בתחום בריאות הנפש הבעיות חריפות במיוחד. כך למשל יש מחקרים המדווחים על שימוש מרובה בשירותי הרפואה הראשונית על רקע של בעיות נפשיות (Anderman, 1996), על שיעור גבוה של התאבדויות (אריאלי, גילת ואייצ'ק, 1994), על טיפול תרופתי מוטעה או מיותר (גירסרו וויצטום, 1995), ועל אשפוזים פסיכיאטריים מרובים עם אבחנות קלות ואורך אשפוז קצר יחסית חמש שנים לאחר העלייה (Youngmann, Pugachova & Zilber, 2007). חוסר השליטה בעברית, משבר ההגירה החריף, ובעיקר הפער העצום בין המודל ההסברתי הביו-רפואי (שממש את המטפל בארץ) למודל הרפואי המסורתי שמשמש את הפונה יוצא אתיופיה, הם כנראה הגורמים המרכזיים שיכולים להסביר את הממצאים הללו (Nudelman, 1993; Youngmann, Munuchin-Itzigsohn & Barach, 1999; Reiff, Zakut & Weingarten, 1999).

ממצאי המחקר העיקריים מצביעים על כך שילידי אתיופיה משתמשים בשירותי בריאות הנפש הקהילתיים בעיקר במקרים של מחלות נפש קשות, והטיפול שהם מקבלים במרפאות הוא תרופתי בעיקרו. אפשר שילידי אתיופיה שסובלים מפסיכופתולוגיה רכה יותר פונים לטיפול אצל רופאי המשפחה ואולי גם למרפאים המסורתיים של הקהילה.

ממצאי המחקר מצביעים על: (1) הצורך לעזור לגורמי הרפואה הראשונית לאבחן ולטפל בעצמם בילידי אתיופיה שסובלים ממצוקה נפשית; (2) הצורך בפיתוח תוכניות להעלאת המודעות של יוצאי אתיופיה בנוגע לשירותי בריאות הנפש האמבולטוריים, ובהכשרת גורמי בריאות הנפש למתן שירותים רגישים תרבותית.

ממצאים אלה תואמים את הידוע על מיעוטים אחרים בעולם. כך למשל, המאורים בניו-זילנד בעלי אינטגרציה חברתית נמוכה יחסית, נוטים לשימוש מצומצם בשירותי בריאות הנפש ביחס לאוכלוסיה הכללית. כלומר, בעת פיתוח תכנית למניעת התאבדות מותאמת תרבותית חשוב להשקיע גם בשיפור הנגישות והקבלה של שירותי בריאות הנפש ע"י קבוצות אתניות אחרות ובמקרה זה, בקרב יוצאי אתיופיה (Beautrais, 2005).

מניעה

לא ידוע על הערכה מחקרית של תכניות למניעת התאבדויות הממוקדת במהגרים בכלל ובעולים אתיופים בפרט. כמו כן, תכניות מניעה לאומיות אינן מתייחסות באופן ישיר למניעת אובדנות במהגרים. עם זאת, קיימים קווים מנחים לבניית אסטרטגיות מניעה רגישות תרבותית (Beautrais, 2005) והמלצות על דגשים מרכזיים הנובעים ממחקרים על התאבדות במהגרים (למשל, Kposowa et al., 2008).

כך למשל, חשוב שמדיניות שמטרתה לצמצם התאבדות צריכה לשים דגש על דיכאון, חרדות ובעיות הקשורות בדחק בהתערות אשר נמצא כי הם שכיחים ביותר בקהילות של מהגרים (Crawford et al., 2005; Garcia & Saewyc, 2007; Kushner, 1984). בקרב המהגרים, חשוב לשים דגש על אלה אשר זמן שהות שלהם בארץ קצרה יחסית (Kposowa et al., 2008).

השימוש בקבוצות מיקוד יכול לסייע בהעלאת המודעות לנושא ויצירת מחויבות בקרב קבוצה. חשוב ליצור שיתוף פעולה בעבודה עם הקהילה, לקחת בחשבון כי חלק אינו יודע קרוא וכתוב, ולקבל אישור להפעלת תכניות מניעה מראשי הקהילה. חשוב להבין את מערכת האמונות הסובבת את נושא האובדנות בקרב אותה קבוצה אתנית/מהגרים. אלה חשובים לצמצום הסטיגמה המלווה את נושא המחלות הנפשיות והתאבדות בקהילות אלה (Beautrais, 2005).

להלן עיקרי הצעה לתכנית מניעת התאבדויות בקרב עולים מאתיופיה לישראל אשר הוצגה ע"י ד"ר נמרוד גריסרו מטעם הסוכנות היהודית

- להרחיב את מודעות ציבור העובדים בקליטה לגבי נושא האובדנות וגורמי הסיכון שלו.
- להרחיב שיתוף פעולה עם הקהילה האתיופית על ידי הסברה כנגד התאבדות.
- להעצים את יכולת הניבוי, המניעה, האבחון והטיפול מצד גורמי הרפואה ראשונית ופסיכיאטריה אבל גם מצד כול גורמי



- הקהילה כמו אמהות בית, מדריכים, מתורגמנים, עו"ס, מנהלי מ. קליטה.
- לזהות ולטפל במחלות כמו דיכאון, שתייה, או מחלות נפש אחרות שיש בהם גורמי סיכון גבוהים להתאבדות.
 - להגביר את היכולת להתייעץ ולהפנות מקרים חשודים או בספק להתאבדות ליועץ בכיר או מרפאה בהתאם.
 - לא להימנע מאשפוז ואפילו כפוי אם צריך, אם עולה ספק לאובדנות.
 - הקמת קורס ארצי ללימוד ויישום הידע אודות מניעת אובדנות, בקרב המורים באולפן, הסומכות, אמהות הבית, מנהלי מרכזי קליטה, אנשי ביטחון וכול גורם הבא במגע עם העולה ומשפחתו.
 - ליצור מסגרת לימודית למשפחה, לתת להם כלים לזיהוי התנהגות או חשיבה דיכאונית.
 - כפי שמלמדים ציבור רחב עזרה ראשונה להחייאה, ללמד אותם לזהות מחשבה אובדנית, נטיה או מעשה.
 - ליצור חוג של "מצילים" או "מגישי עזרה" שיכללו נהגי הסעות, מורים, מדריכים, מדריכי חוגים, ספרים, מפקדים בצבא, עובדי רווחה, פקידי ממשל איתם באים במגע וכ"ב.
 - צמצום הסטיגמה הקיימת כלפי שימוש במערכות בריאות הנפש בקרב האתיופים בישראל.

לסיכום, המידע המבוסס מחקרית הקיים לגבי אובדנות באתיופים בעולם ובישראל מצומצם ביותר. עם זאת, קיים ידע רב בקרב אותם אנשי מקצוע אשר נמצאים בקשר יומיומי עם בני הקהילה. בהיעדר מידע מבוסס מחקרית, קיים צורך להסתמך על ניסיון רב זה בכדי לפתח תכניות מניעה יעילות.