

**התנהגות אובדנית בילדים ובני נוער- סקירת ספרות / ד"ר סנדרין בורשטיין ליפסקי****הגדרות ואפידמיולוגיה**

התנהגות אובדנית כוללת מגוון רחב של התנהגויות: חשיבה אובדנית, איומים, פגיעה עצמית מכוונת, ניסיונות קלים, ניסיונות שנקטעו, ניסיונות חמורים והתאבדות ממשית. קיים ויכוח בספרות המקצועית לגבי ההגדרה של התנהגות אובדנית והאם מדובר ברצף או התנהגויות מובחנות זו מזו במאפייניהם (Apter et al., 2008).

בישראל התאבדות מהווה את סיבת המוות השנייה בקרב בנים בני 15-24 (לאחר תאונות דרכים) והשלישית בקרב בנות. מדווח כי 20% מההתאבדויות נעשים על ידי צעירים בגילאי 15-24. בשנת 2004 דווח על שיעור של 11.9 התאבדויות ל-100000 בבנים בגילאי 15-24 ו-2.0 בבנות באותם גילאים; שיעורים אלה דומים לשיעורים בשנת 2000 (משרד הבריאות, 2008). בקרב ילדים ובני נוער מתחת לגיל 15 התאבדות אינה שכיחה. (Gould et al., 2003).

בעולם המערבי ניתן לראות ירידה בשיעורי ההתאבדות בקרב בני נוער מאמצע שנות ה-90. ניתן לשער כי צמצום ההתאבדויות קשור לעלייה בשימוש בתרופות נגד דיכאון (Ludwig & Marcotte, 2005; Olfson et al., 2003) והתפתחות של תכניות למניעת התאבדויות (Mann et al., 2005). לעומת זאת, בישראל ניתן להבחין דווקא בעלייה בקרב בנים בני 15-24 (שיעור של 10.0 ל-100000 בשנת 1995 לעומת 11.9 בשנת 2004), ושיעור יציב למדי בבנות (2.6 ל-100000 בשנת 1995 לעומת 2.0 בשנת 2004) (משרד הבריאות, 2005).

בישראל, השימוש בכלי נשק כשיטת התאבדות עלה מאז שנות ה-80 בקרב בני 15-24, בעוד השימוש בשיטות אחרות ירד. בשנות ה-90 הייתה עליה גם בשימוש בתלייה וחנוק בקרב בנים, אך לא נרשמו שינויים מקבילים בקרב בנות (משרד הבריאות, 2005).

חשיבה אובדנית וניסיונות אובדניים

נתונים מן העולם מראים כי בכל רגע נתון 15%-25% מבני הנוער חושבים על התאבדות. מחשבות אלה נעות בין מחשבות על מוות וחשיבה פאסיבית לבין חשיבה אובדנית ספציפית עם כוונה ותוכנית. (Grunbaum et al., 2004) מחקרי אורך מצביעים על כך שחשיבה אובדנית חמורה יותר ומתמשכת מגבירה את הסיכון לניסיון אובדני ולניסיונות חוזרים (Bridge et al., 2006).

ניסיונות התאבדות נחשבים לתופעה המאפיינת את גיל ההתבגרות (Levinson et al., 2006). בשנים 1996-2000, נרשמו מדי שנה כ-3600 פניות לחדרי מיון עקב ניסיונות התאבדות (משרד הבריאות, 2005). כשליש מהניסיונות נעשו על ידי מתבגרים, לרוב נערות. השיעורים הגבוהים ביותר מצויים בגילאי 15-24: 100.1 ל-100000 בקרב בנים ו-198.4 בבנות (ממוצע תלת-שנתי 2003-2005, משרד הבריאות). את השיעורים הגבוהים ביותר בקבוצת גיל זו ניתן למצוא בבנות 16-17 ל-207, ובבני 19-20 ל-193, ובבני 100000 ל-100000 (ממוצע השנים 1996-2000, משרד הבריאות, 2005). אין בארץ מידע על המנסים להתאבד שאינם מגיעים לאשפוז, אך לפי מחקרים וסקרים של קהילות בעולם שיעורם גבוה בהרבה ויש כ-7 ניסיונות שאינם מדווחים על כל ניסיון התאבדות שמגיע לאשפוז (כלומר למעלה מ-25000 מתבגרים בשנה) (מתוך מסמך פנימי של הועדה הבין משרדית למניעת התאבדויות). גם מסקר ישראלי עכשווי (ד"ר יוסי הראל, 2004) מסמך פנימי של משרד הבריאות) עולה ששיעור בני הנוער שעשו ניסיון אובדני גדול פי שניים מן הסטטיסטיקות הרשמיות העוסקות רק בניסיונות התאבדות שהסתיימו באשפוז. מחקרים שונים בישראל מדווחים כי בכ-90% מהמקרים של ניסיונות התאבדות בבני נוער נעשה שימוש במנת יתר של תרופות (הרעלה). (Iancu et al., 1997; Gofin et al., 2000; Farbstein et al., 2002; Ashkar et al., 2006) לאחר גיל ההתבגרות ישנה ירידה חדה בשיעורי ניסיונות ההתאבדות, במיוחד בנשים צעירות (Lewinshon et al., 2001).

**סיבות מיידיות להתאבדות**

לעיתים קרובות, הסיבות הניתנות לביצוע הניסיון האובדני מצביעות על ליקויים בכישורים חברתיים ובתפקוד בין-אישי (Hawton & Catalan, 1987; Kienhorst et al., 1995). הסיבות המיידיות השכיחות ביותר להתנהגות אובדנית בבני נוער הן קונפליקטים בין-אישיים או אובדן, בעיקר בבני נוער המשתמשים בסמים (Brent et al., 1999; Gould et al., 1996). הפרעות התנהגות ושימוש בסמים, בעיות משמעת או הסתבכויות עם החוק בקרב בני נוער מהווים זרז להתנהגות אובדנית והתאבדות. אלה מבטאים באופן חלקי את תפקידם של אימפולסיביות, תוקפנות ושימוש בסמים כגורמי סיכון מיידיים להתאבדות (Brent et al., 1999; 1993e; Marttunen et al., 1994b).

הבדלים בין המינים

מחקרים מראים כי בנות בגילאי 15 עד 24 חושבות יותר על התאבדות, מתכננות ומנסות להתאבד יותר מבנים (2004 Woodward, & Horwood, 2000; Fergusson et al.,). ניסיונות התאבדות חמורים (Grunbaum et al., 2002). ההנחה כי ההבדלים בין המינים קשורים לגורמי פסיכופתולוגיה ושיטות ההתאבדות המועדפות (Shaffer & Hicks, 1994). התאבדות בבנים לעיתים קרובות קשורה ברמות גבוהות יותר של אגרסיביות, קומורבידיות של הפרעות מצב רוח ושימוש באלכוהול וסמים, וכן בחירה בשיטות התאבדות קטלניות יותר (Bridge et al., 2006). בנות נוטות לנסות להתאבד באמצעות שיטות פחות קטלניות כגון, נטילת תרופות (Gould et al., 2003). עם זאת, במדינות בהן ישנה גישה לחומרי הדברה קטלניים כגון בסין הכפרית, ניתן למצוא שיעור גבוה יותר של בנות שמתאבדות בגלל הקושי להגיע לשירותים רפואיים (World Health Organization, 2002).

אתניות

שינויים תרבותיים מהירים תורמים אף הם לעלייה באובדנות בני נוער. הטמעה ואובדן מנהגים תרבותיים עלול לגרום לניכור, קונפליקטים בין דוריים ומצב בו הצעיר אינו מרגיש קשר ושייכות לתרבות המוצא או לתרבות האלטרנטיבית (Ji et al., 2001; Phillips et al., 1999). עובדה זו עשויה להסביר באופן חלקי את שיעורי ההתאבדות הגבוהים יותר בקרב בני נוער מאתיופיה ומבריה"מ לשעבר אשר עלו לישראל. כמו כן, ייתכן כי כאן נמצא גם הסבר חלקי לעלייה בשנים האחרונות בשיעורי ניסיונות ההתאבדות בקרב צעירים ערבים.

התאבדות בקרב בני נוער ערביים בישראל

באופן כללי, האיסלאם אוסר על התנהגות אובדנית ובמדינות ערביות התאבדות נחשבת עבירה על החוק. המידע הקיים על התנהגות אובדנית במדינות ערב אינו רב ובחלקו אינו עדכני. (Lester, 2006) בישראל, קיימת אפשרות שהחברה הערבית מסתירה או אינה מדווחת על התאבדויות באופן מלא (Bursztein & Apter, in press).

החברה הערבית בישראל אינה הומוגנית. מחקר של Levav & Aisenberg (1989) מצא כי לערבים מוסלמים יש את שיעורי ההתאבדות הנמוכים ביותר ביחס ליהודים, דרוזים וערבים נוצרים. עם זאת, בקרב מתבגרים (Kohn et al., 1997) מצאו כי לערבים נוצרים שיעורים נמוכים יותר ביחס למוסלמים, אם כי לשתי הקבוצות שיעורים נמוכים מהיהודים. עפי" נתוני משרד הבריאות בשנים 1996-2000 (משרד הבריאות, 2005) היו רק 20 מקרים של התאבדות בשנה בקרב האוכלוסיה הערבית. בקרב צעירים בגילאי 15-24, נמצא שיעור של 7.2 ל-100,000 בבנים ו-0.9 בבנות. למרות ששיעורים אלה נמוכים ביחס לצעירים יהודים, ניתן לראות עליה במהלך שנות ה-90 בקרב בני נוער ערבים-ישראלים, בעיקר באמצעות נשק. (Morad et al., 2005) למעשה, ביחס לגילאים אחרים, השיעורים הגבוהים ביותר של התאבדות נמצאו בקרב בני 15-24. כמעט מחצית ממקרי ההתאבדות בוצעו ע"י קבוצת גיל זו (45%) לעומת 17% באותה קבוצת גיל בקרב יהודים ודרוזים (משרד הבריאות, 2005).

למרות שאין מחקרים עדכניים על ניסיונות התאבדות בקרב ילדים ובני נוער ערביים, מידע קליני מצביע על כך שבשנים האחרונות ישנה עלייה משמעותית במספר בני הנוער הערביים המגיעים למיון בעקבות ניסיון אובדני (בן נון, 2008).

**גורמי סיכון****חשיבה אובדנית והתנהגות אובדנית קודמת**

התנהגות אובדנית נוטה לחזור על עצמה ומהווה מנבא משמעותי ביותר להתאבדות. בין רבע לשליש ממתאבדים צעירים ביצעו ניסיון אובדני קודם לכן. (Groholt et al., 1997) יש לציין כי הסיכון להתאבדות לאחר ניסיון התאבדות גבוה במיוחד בקרב בנים (סיכון גבוה פי 30) ופחות אצל בנות (פי 3). (Shaffer et al., 1996) קיימת הערכה כי הסיכון לניסיונות התאבדות חוזרים נע בין 10% ב-6 החודשים הראשונים לאחר ניסיון התאבדות ו-42% בטווח של 21 חודשים (Goldston et al., 1999; Hawton et al., 2003). שיעורי ההתאבדות בקרב מתבגרים שניסו בעבר נע בין 1%-0.5% לשנה, שיעור גבוה באופן משמעותי בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. (Hawton et al., 2003) מחקר עדכני של Miranda et al. (2008) מצביע על כך שניסיונות חוזרים, יותר מאשר ניסיון התאבדות יחיד או מחשבות אובדניות, מנבאים התנהגות אובדנית עתידית בבני נוער.

ניסיון התאבדות חמור (בתלייה, ירי או קפיצה מגובה) קודם מהווה סיכון גבוה יותר להתאבדות. עם זאת, ניסיון התאבדות לא חמור אינו בהכרח מצביע על כוונה אובדנית נמוכה, בעיקר בקרב ילדים אשר חוסר בשלות קוגניטיבית מקשה על תכנון והוצאה לפועל של תכנית התאבדות. באדם אימפולסיבי, דווקא זמינות האמצעים (תרופות לעומת כלי נשק) עשוי לקבוע את חומרת הניסיון האובדני (Bridge et al., 2006).

פסיכופתולוגיה

יותר מ-90% מהצעירים שהתאבדו סבלו מהפרעה נפשית אחת לפחות, אם כי במתאבדים צעירים יותר, ניתן למצוא שיעורים נמוכים יותר של פסיכופתולוגיה (Gould et al., 2003) כרוניות, וחומרת ההפרעה מעלים אף הם את הסיכון האובדני (Brent et al., 1993b; Ryan et al., 1987). הפרעות דיכאון הן השכיחות ביותר בקרב בני נוער שהתאבדו, בין 49% ל-64% אך קיימת חוסר הסכמה לגבי הסיכון להתאבדות בבני נוער עם הפרעות ביפולריות (Gould et al., 2003). עם זאת, נמצא קשר בין הפרעות ביפולריות וניסיונות התאבדות (Bridge et al., 2006). שימוש בסמים (Shaffer et al., 1996) והפרעות התנהגות (Brent et al., 1993a; Shaffer et al., 1996) מהווים גורמי סיכון משמעותיים נוספים להתאבדות, בעיקר אצל בנים מתבגרים. ניתן למצוא שכיחות גבוהה של קומורבידיות בין הפרעות אפקטיביות ושימוש בסמים במתאבדים (Brent et al., 1993a; Shaffer et al., 1996). מחקרים עדכניים מצביעים על כך שגם שתיה מופרזת (Binge-drinking) הרווחת כל כך בקרב בני נוער קשורה בחשיבה והתנהגות אובדנית בתיכון ובקולג' (Schaffer et al., 2008; Miller et al., 2007). גם בהפרעות אכילה קיים סיכון להתנהגות אובדנית אשר ככל הנראה מתווך ע"י דיכאון ותוקפנות, הנפוצים בהפרעות אלה (Pompili et al., 2004). מטה-אנליזה של מקרי התאבדות בחולות אנורקסיה נרבוזה בקרב בנות 14 עד 25 מצביע על שיעורים גבוהים פי 8 של התאבדות ביחס לאוכלוסייה הכללית (Pompili et al., 2004). למרות הסיכון הגבוה להתאבדות בחולי סכיזופרניה, מעטים המקרים של התאבדות בקרב בני נוער עם סכיזופרניה (Brent et al., 1993a; Shaffer et al., 1996).

הפרעות חרדה וביניהן PTSD מהוות גורם סיכון לניסיונות ולהתאבדות בבני נוער, למרות שמחקרים אחדים מצביעים על כך שהקשר נחלש כאשר מנקים את השפעת הפרעות מצב רוח ובעיות אחרות (Gould et al., 1998; Pilowsky et al., 1999). (Shaffer et al., 1996) עם זאת, התקפי פאניקה מעלים את הסיכון להתנהגות אובדנית גם לאחר ניקוי השפעת גורמים אחרים (Bridge et al., 2006).

התאבדות ללא אבחנה פסיכיאטרית ברורה

למרות שהפרעה פסיכיאטרית שכיחה ביותר בבני נוער שהתאבדו, 40% מבני הנוער מתחת לגיל 16 שהתאבדו לא סבלו מהפרעה פסיכיאטרית הניתנת לאבחנה. במקרים אלה הכוונה האובדנית נמוכה יחסית ודווקא הנגישות לאמצעים קטלנים משחקת תפקיד משמעותי ביותר (Brent et al., 1993c). (Brent et al., 1999; Groholt et al., 1998; Shaffer et al., 1996)



מצאו כי מתאבדים צעירים ללא אבחנה פסיכיאטרית ברורה גילו התנהגות אובדנית קודמת רבה יותר (ביחס לאוכלוסיה הכללית), בעיות משמעת ובעיות עם החוק ונגישות לנשק.

בריאות פיזית

בריאות לקויה ומוגבלות גופנית מהווים גורמי סיכון לחשיבה אובדנית והתנהגות אובדנית. (Bridge et al., 2006) נמצא גם קשר בין התנהגות אובדנית ומחלות כרוניות ספציפיות כגון, אפילפסיה וסכרת (Brent, 1986; Goldston et al., 1994) וכך גם בין פגיעה בתפקוד בעקבות מחלה או פגיעה לבין ניסיונות התאבדות (Lewinsohn et al., 1996).

אוריינטציה מינית

מספר מחקרים אפידמיולוגיים מצאו סיכון גבוה פי 2-6 להתנהגות אובדנית (ללא מוות) בנוער הומוסקסואל וביסקסואל (McDaniel et al., 2001). במחקר שנערך בארה"ב בקרב 12,000 מתבגרים, אלה אשר דיווחו על נטייה מינית הומוסקסואלית, דיווחו במקביל על שיעורים גבוהים יותר של גורמי סיכון אחרים לאובדנות. (Russell & Joyner, 2001) נראה כי הסיכון לאובדנות במתבגרים הומוסקסואליים קיים מעל ומעבר לגורמי סיכון אחרים, אך הוא מתווך ע"י דיכאון, שימוש בסמים, היסטוריה משפחתית של ניסיונות התאבדות וקורבנות (Gould et al., 2003). (victimization).

גורמי אישיות וגורמים פסיכולוגיים אחרים

שליש מקורבנות ההתאבדות סובלים מהפרעת אישיות כלשהי, כשהסיכון הינו גדול פי 2.9 ביחס לאוכלוסיה הכללית (Bridge et al., 2006). תוקפנות-אימפולסיבית מהווה גורם אישיות מרכזי נוסף המנבא התאבדות ומשפיע ברמות הפנומנולוגיה, נירור-ביולוגיה ומשפחתיות (השפעה גנטית וסביבתית) של התנהגות אובדנית (Bridge et al., 2006). נראה כי לתוקפנות יש תפקיד בהחמרה של גורמי סיכון אחרים והגברת הסיכון לניסיונות התאבדות (Kerr et al., 2007). אימפולסיביות לכשעצמה מהווה גורם סיכון להתנהגות אובדנית בקרב בני נוער, אם כי הקשר נחלש כאשר מנטרלים את השפעתם של גורמי סיכון אחרים (Beautrais et al., 1999). נירורטיות קשורה גם היא באופן ישיר לאובדנות. ערך עצמי נמוך, פרפקציוניסטיות וחוסר תקווה מהווים גורמי סיכון בלתי ישירים לאובדנות והם מתווכים ע"י גורמי סיכון אחרים (כגון דיכאון) (Bridge et al., 2006; Gould et al., 2003). דרכי התמודדות לא אדפטיביות (Kienhorst et al., 1992) וקשיים בפתרון בעיות (Linehan et al., 1987) גם הם גורמי סיכון משמעותיים לאובדנות. סגנון התמודדות פסיבי ונמנע, כולל הכחשה של בעיות מתווך התפתחות של סימפטומים דיכאוניים (Beutler et al., 2003; Compas et al., 1988; Muris et al., 2001). לעומת זאת, גישה ממוקדת בפתרון בעיות או התמודדות פעילה הכוללת פנייה לעזרה והתייעצות, קשורה להסתגלות טובה יותר (Schonert-Reichl, 2003).

גורמים משפחתיים

פסיכופתולוגיה של ההורים כולל דיכאון, שימוש בסמים והתנהגות אנטיסוציאלית מהווים גורמי סיכון להתנהגות אובדנית של בני נוער. מחקרים אחדים מצאו כי הסיכון האובדני של מתבגר במשפחה בה ההורים סובלים מפסיכופתולוגיה גבוה יותר גם אם הוא עצמו לא סובל מפסיכופתולוגיה כלשהי. לעומת זאת, מחקרים אחרים רואים בפסיכופתולוגיה של המתבגר תנאי הכרחי להתפתחות האובדנות (Bridge et al., 2006).

גירושין ויחסים מעורערים במשפחה מהווים גם הם גורמי סיכון להתנהגות אובדנית בבני נוער אך ייתכן והדבר מתווך ע"י רמות פסיכופתולוגיה של ההורים ואיכות הקשר בין הילד לכל אחד מההורים, בעיקר האב (Melhem & Brent, 2008). (Bridge et al., 2006).

גם אובדן בעקבות מוות או גירושין של הורה, או חיים בנפרד מההורים הביולוגיים מהווה גורם סיכון משמעותי להתאבדות בני נוער (Agerbo et al., 2002).

מחקרים עדכניים מצביעים על כך שהתנהגות אובדנית היא משפחתית וככל הנראה גנטית ועוברת במשפחות ללא קשר להמצאות הפרעה פסיכיאטרית ספציפית (Brent & Mann, 2005). קיים סיכון פי 2-6 גבוה יותר להתנהגות אובדנית בקרובי משפחה של מתבגרים שהתאבדו, גם לאחר נטרול השפעת פסיכופתולוגיה באותם קרובים. כמו כן, מטען גדול יותר של התנהגות אובדנית במשפחה קשור בגיל מוקדם יותר של ניסיונות התאבדות בילדים (Brent et al., 2003b; Bridge et al., 2003).



(Brent & Melhem, 2008), לקיימת הנחה כי הנטייה המועברת בתורשה היא הנטייה לתוקפנות-אימפולסיבית (Brent & Melhem, 2008) וקיימים מכניזמים ביולוגיים הקשורים למטבוליזם של סרוטונין אשר מעורבים בתהליך. (Mann & Currier, 2007)

התעללות פיזית ובמיוחד התעללות מינית מהווים גורמי סיכון משמעותיים לניסיונות התאבדות והתאבדות. בנוסף, הסכנה האובדנית מועברת גם לילדים של הורים שעברו התעללות מינית. (Brodsky et al., 2008)

גורמים חברתיים

- נשירה מבית הספר

בני נוער ללא מסגרת תומכת (בי"ס, משפחה, עבודה) נמצאים בסיכון גבוה להתאבדות, במיוחד בשילוב עם גורמי סיכון אחרים אשר קשורים בנשירה ממסגרת (Gould et al., 1996). לעומת זאת, קשר חיובי עם ביה"ס והצלחה אקדמית הינם גורמים המגנים מפני התנהגות אובדנית. (Borowsky et al., 1999)

- בריונות

גורם סיכון אשר מדובר בשנים האחרונות במיוחד הוא בריונות המהווה בעיה שכיחה בקרב ילדים ובני נוער. בארה"ב בין 10%-20% מבני הנוער בתיכון דיווחו על כך שסבלו מבריונות ו-13% דיווחו כי ביצעו מעשי בריונות באחרים. גם הבריונים וגם הקורבנות נמצאים בסיכון גבוה להתנהגות אובדנית. (Brunstein Klomek et al., 2007; Klomek et al., 2008)

- השפעת המדיה

פרסום התאבדות, דרך עיתונים, כתבות בטלוויזיה או בסדרות מוביל לעלייה בהתאבדות וניסיונות התאבדות (Gould, 2000; Schmidtke & Schaller, 2000; Stack, 2000). גורמים שמגבירים את סכנת החיקוי גדלה בהתאם לכמות הפרסום ופופולריות המתאבד. (Gould 2001; Stack, 2000) כאשר מציגים את ההתאבדות בצורה מאוזנת ומציאותית (למשל, קשורה לפסיכופתולוגיה) ולא באופן רומנטי, הסיכוי לחיקוי נמוך. (Stack, 2005) ישנן גם ראיות שהחיקוי ספציפי לשיטת ההתאבדות הזוכה לפרסום. (Schmidtke & Schaller, 2000) כיום מתווספת גם הדאגה להשפעת האינטרנט על בני נוער אובדניים כשידוע כי קיימים אתרים המעודדים להתאבדות ואתרים אחרים אשר מהווים מקום מפגש ליצירת בריתות בין צעירים להתאבד יחד. עם זאת, ככל הידוע, אין מחקרים אמפיריים אשר בדקו נושא זה (Bursztein & Apter, in press).

הערכה קלינית של אובדנות

למרות קיומם של כלי הערכה בנוגע לאובדנות וגורמי הסיכון בדיווח עצמי, קיימת בעייתיות בהערכה אובייקטיבית של בני נוער אובדניים (Bursztein & Apter, in press). לאחרונה פותח כלי להערכת רמות אובדנות בבני נוער הנקרא SSRS (Posner et al., 2007) (Suicide Severity Rating Scale). הכלי מעריך הן התנהגות של פגיעה עצמית והן כוונה אובדנית במטרה להעריך סכנה אובדנית.

טיפול

פסיכותרפיה וטיפול תרופתי

שימוש בתרופות נגד דיכאון וטיפולים פסיכותרפיים ספציפיים (טיפול קוגניטיבי-התנהגותי וטיפול בין-אישי) (נמצאו יעילים בטיפול בבני נוער הסובלים מדיכאון (Brent, in press)). מחקרים רבים נערכו בנוגע לטיפול בדיכאון באמצעות טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT) טיפול בין-אישי (IPT) ותרופות, אך אלה אינם מתייחסים באופן ספציפי לאובדנות (ראה סקירה Klomek & Stanley, 2007) השפעתם הישירה של טיפולים אלה על חשיבה והתנהגות אובדנית פחות ברורה, מאחר ולעיתים קרובות מחקרים קליניים נוטים לסנן בני נוער אובדניים. השאלה היא האם טיפולים בדיכאון מצמצמים את הסיכון לאובדנות. כך למשל, במחקר שהשווה סוגים שונים של פסיכותרפיה נמצא כי CBT יעיל יותר מטיפול משפחתי וטיפול תמיכתי לבני נוער דיכאוניים, למרות שבשלושת הטיפולים נמצא צמצום זהה ברמות אובדנות IPT-A (Brent et al., 1997) נמצא יעיל יותר ביחס לניהול קליני רגיל (clinical management) בטיפול בדיכאון, אך לא נמצא הבדל בהשפעה על חשיבה אובדנית. (Mufson et al., 1999) במחקר הנרחב ה (TADS (treatment of adolescent depression study) -בהם נערכה השוואה בין טיפול בפלואוקסטין (CBT), (SSRI) השילוב של השניים ופלבסו, נמצא כי הטיפול התרופתי ושילובו עם CBT היה יעיל באופן משמעותי יותר ביחס לפלבסו ו-CBT בנפרד. עם זאת, רק שילוב הטיפולים הוביל לצמצום משמעותי גם בחשיבה אובדנית ביחס לפלבסו. (March et al.,



2004)

Hawton et al. (1998,2002) ערך סקירה של כל המחקרים על טיפולים באנשים שניסו להתאבד ומצא טיפולים רבים שלא נמצאו יעילים בצמצום אובדנות בבני נוער וכללו: פתרון בעיות, ייעול הגישה לשירותים טיפוליים וטיפול משפחתי בבית. טיפול דיאלקטי- התנהגותי (DBT), המיועד במקור למבוגרים עם הפרעת אישיות גבולית אך הותאם לבני נוער (Miller et al., 2007), תדורש הערכה נוספת לפני קביעת יעילותו. DBT הוא טיפול המתמקד בשיפור ויסות רגשי, התמודדות עם סטס, פיתוח מיומנויות בין-אישיות באמצעות שילוב של טיפול אישי, קבוצתי ומשפחתי. מחקר פיילוט לא מצא הבדל בניסיונות התאבדות אלא במשתנים אחרים כמו חשיבה אובדנית וסימפטומים פסיכיאטרים. (Miller et al., 2000) מחקרים ראשוניים נוספים שנערכו לגבי DBT מצביעים על יעילות אפשרית של הטיפול בבני נוער אובדניים במסגרת מרפאתית אך לא ברור אם הטיפול יעיל יותר מאשר טיפול אחר במסגרת אשפוז (Katz et al., 2004).

Brown et al. (2005) פיתחו טיפול קוגניטיבי-התנהגותי למבוגרים שבצעו ניסיון אובדני המתמקד בקוגניציות הקשורות בהתנהגות אובדנית. הטיפול כולל מרכיבים חשובים כגון ניהול מקרה, הפעלת תכנית ביטחון (safety plan), פיתוח ערכת תקווה (hope kit) ואסטרטגיות נוספות להתמודדות עם משברים אובדניים. נמצא כי הטיפול יעיל בצמצום ניסיונות התאבדות חוזרים, דיווח עצמי של דיכאון וחוסר-תקווה (Brown et al., 2005).

טרם פורסמו תוצאות מחקר ראשוני שנערך בארה"ב (TASA-treatment of adolescent suicide attempters) אשר השווה בין טיפול קוגניטיבי התנהגותי, תרופות אנטי דיכאוןיות והשילוב ביניהם. קיימים טיפולים מגוונים המכוונים לגורמי סיכון ספציפיים לאובדנות כולל טיפול קבוצתי, טיפול הממוקד בשיפור מיומנויות התמודדות (skills-based therapy-SBT), רב-מערכתי (Multi-systemic therapy- MST) המשלב טיפול משפחתי ואינדיבידואלי, טיפול אחר שמטרתו לשפר את התקשורת בין מתבגרים אובדניים ואנשים בסביבתם המשמשים להם מערכת תמיכה (Youth-Nominated Support Team- YNST-1), תכנית מניעה בביה"ס "גדילה עצמית (personal growth class) " ועוד, אך אלה אינם יעילים בצמצום אובדנות באופן ישיר (ראה סקירה Brent, in press).

גורמים אשר עלולים לפגוע ביעילות של טיפול בדיכאון (אם תרופתי או פסיכותרפיה) הם גורמים אשר מנבאים גם התנהגות אובדנית: כרוניות, חומרה, קומורבידיות, חוסר תקווה משמעותית, יחסים משפחתיים מעורערים, עבר של התעללות ודיכאון הורי. התערבויות טיפוליות אשר יתמקדו בבעיות מסוג זה, יכולים ליעל את הטיפול בדיכאון וגם לצמצם אובדנות (Brent, in press).

בשנים האחרונות מתנהל ויכוח ציבורי בנוגע למתן תרופות נגד דיכאון בקרב מתבגרים מתוך חשש כי תרופות אלו מעלות את הסיכון האובדני בקרב צעירים (U.S. Food and Drug Administration, 2003). בעקבות כך, מנהל המזון והתרופות האמריקני פרסם אזהרה בנוגע למתן תרופות מסוג SSRI לבני נוער. מאידך, מחקרים אחרים מצביעים על כך שעליה בשיעור המרשמים לתרופות נגד דיכאון, נמצא במתאם עם ירידה בשיעורי התאבדות בבני נוער (Olfson et al., 2003). באופן כללי, לא נערכו מחקרים פרמקולוגיים המכוונים לבני נוער אובדניים, אם כי ניתן להצביע על תרופות שנמצאו יעילות בצמצום תוקפנות-אימפולסיבית ו/או התנהגות אובדנית. כך נמצא כי ליתום יעיל במניעת אובדנות, תרופות נירולפטיות יעילות בצמצום אימפולסיביות אך מובילות להשמנת יתר משמעותית במתבגרים, ו-SSRI יעיל בצמצום תוקפנות-אימפולסיבית במבוגרים (ראה סקירה Brent, in press).

מתבגרים לאחר ניסיון אובדני נוטים שלא לשתף פעולה עם טיפול מרפאה ושיעורי נשירה מטיפול גבוהים ביותר (Gould et al., 2003). שיתוף הפעולה הגבוה ביותר נמצא בטיפול תרופתי (66.7%) לעומת טיפול אינדיבידואלי (50.8%) וטיפול משפחתי. (King et al., 1997) (33.3%) /psychoeducation

אשפוז

למרות שאשפוז מאפשר טיפול רב-תחומי ותחושת ביטחון יחסית מפני ביצוע ניסיונות התאבדות נוספים, אין הוכחה



אמפירית ליעילות האשפוז בצמצום חשיבה אובדנית, ניסיונות התאבדות והתאבדות בקרב מתבגרים (Gould et al., 2003). מחקר אחר אשר איפשר למתבגרים אובדניים לאשפז את עצמם על פי הצורך לא מצא ירידה בניסיונות האובדניים כעבור שנה. (Cotgrove et al., 1995).

לאחר שחרור מאשפוז פסיכיאטרי קיים סיכון גבוה לניסיונות חוזרים והתאבדות. (Kjelsberg et al., 1994) מחקר אחד מצא כי קשר בכתב באמצעות גלויות עם בני נוער ומבוגרים צעירים לאחר שחרורם מאשפוז יעיל בצמצום מספר הניסיונות החוזרים ובמספר הימים של אשפוזים חוזרים. עם זאת, לא נמצא הבדל בין מספר הצעירים שביצעו ניסיונות חוזרים בקבוצת הניסוי (אשר כללה בנוסף לטיפול השגרתי את שליחת גלויות הקשר) לבין קבוצת הביקורת שקבלה טיפול שגרתי (Carter et al., 2005).

מניעה

במהלך השנים האחרונות עלתה המודעות לבעיית האובדנות והצורך במניעתה ברחבי אירופה וארה"ב, ובעקבות זאת החלו בפיתוח תכניות מניעה ספציפיות והערכתן המחקרית. תכניות המניעה הממוקדות בבני נוער המשמשות במסגרות שונות (קהילה, בית הספר, מיון בית החולים וכו') הן רבות, אך רובן עדיין אינן מבוססות מספיק מחקרית (Rodgers & al., 2007). בימים אלה נעשים מאמצים לבסס מחקרית את אותן תכניות הכוללות: תהליכי איתור של דיכאון ואובדנות במסגרת ביה"ס ומסגרות קליניות (Pena et al., 2006; Wintersteen et al., 2007), תכניות חינוכיות והעלאת מודעות (Aseltine et al., 2006), הכשרת שומרי סף לצוות ביה"ס (Kataoka et al., 2007; Chagnon et al., 2006), קווים לעזרה ראשונה נפשית (Gould et al., 2006) צמצום נגישות לאמצעים קטלניים, טיפולים תרופתיים וטיפול קוגניטיבי-התנהגותי/כישורי התמודדות (ראה לעיל). אסטרטגיות אלה והתכניות הספציפיות דורשות הערכה מחקרית נוספת (Bursztein & Apter, in press).

תכניות מניעה במסגרת ביה"ס

אחת המסגרות המשמעותיות להתערבויות בתחום הוא ביה"ס, המהווה מסגרת מרכזית להפעלת תכניות למניעת אובדנות בקרב ילדים ובני-נוער (WHO, 2004).

כיום, קיימות מספר אסטרטגיות למניעת אובדנות ותכניות אשר מופעלות במסגרת בתי ספר בארה"ב בהצלחה רבה. מטרתיהן המרכזיות: (א) זיהוי בני נוער בסיכון והפנייתם לטיפול מתאים (ב) צמצום גורמי הסיכון לאובדנות כולל דיכאון, גישות לא אדפטיביות לגבי דרכי התמודדות עם בעיות ופנייה לעזרה (Gould et al., 2003).

גם בישראל נכתבו מספר תכניות והמלצות למניעת אובדנות בבני נוער, שנועדו לתלמידי בתי-ספר. כך למשל, סדנא להתמודדות והעצמת החוסן הנפשי של אורבך ובר-יוסף (Orbach & Bar-Joseph, 1993) (תפורט בהמשך), ערכת הדרכה למניעת אובדנות בני נוער (משרד הבריאות, 2001) וחוזר מנכ"ל של משרד החינוך (סה/4א 2004). מעבר לכך, ישנן עוד מספר תכניות המתמקדות בשיפור החוסן הנפשי או התמודדות בית ספרית בעת אסון. פרט לתכניתם של אורבך ובר-יוסף, תכניות אלה מהוות ברובן המלצות ודרכי פעולה עם אובדנות נוער, ולא נבדקו באופן מחקרי במסגרת בתי ספר ישראלים. למעשה, בין 60% ל-80% מבני נוער במצוקה נפשית אינם מקבלים עזרה ממקורות תמיכה פורמאליים (Burns et al., 1991; Offer et al., 1991; Leaf et al., 1996; Offer et al., 1991; Offer et al., 1991; Rickwood and Braithwaite, 1994). השימוש בגורמי טיפול נפשי פורמאליים מושפע מהגישות כלפי פנייה לעזרה (Cauce & Srebniak, 2003). על כן, חלק מתכניות המניעה משלבות תכנים שמטרתן שינוי גישות אלה, כמו למשל, תכניות להעלאת מודעות ופיתוח מיומנויות התמודדות.

להלן פרוט האסטרטגיות המרכזיות המשמשות בבתי ספר:

איתור

תהליך האיתור נועד לזהות אנשים בסיכון ולהפנותם לטיפול מתאים. מוקד האיתור יכול להיות ההתנהגות האובדנית באופן ישיר או גורמי הסיכון כגון דיכאון או שימוש בסמים. ממצאי מחקרים על תהליכי איתור לדיכאון, חשיבה אובדנית ומחווות אובדניות בתלמידי תיכון, עבריינים צעירים ובני נוער בכלל, מראים מהימנות ותוקף בזיהוי צעירים בסיכון אובדני מוגבר (Gould et al., 2003). חשוב לציין כי לא נמצאה הוכחה לטענה הרווחת כי לשאול מתבגרים לגבי אובדנות מעורר חשיבה



או התנהגות אובדנית (Gould et al., 2005). למרות יעילות האיתור בזיהוי אנשים בסיכון אובדני, מחקר של ה-AFSP - (הארגון האמריקאי למניעת התאבדויות) מראה כי אין בהכרח קשר בין הצלחה בזיהוי לבין ההסכמה לקבל טיפול (Haas, unpublished data, 2004). עם זאת, נמצא כי איתור באזורים גיאוגרפיים ממוקדים הוביל לעלייה בכמות הטיפול בדיכאון וירידה בשיעורי ההתאבדות. (Mann et al., 2005).

תכניות להעלאת מודעות למניעת אובדנות

זוהי למעשה אסטרטגיה חינוכית, המלמדת את התלמידים על הפרעות נפשיות והתאבדות: כולל הגברת ידע, התמקדות בסימני אזהרה וגורמי סיכון, ורשימה של מקורות עזרה בקהילה אליהם ניתן לפנות במצבי משבר. הרציונל מאחורי גישה חינוכית זו היא שכאשר מקיימים עם המתבגרים דיון חינוכי פתוח בנוגע לקשיים נפשיים/רגשיים והתאבדות, הם מרגישים נוח יותר להיפתח ולספר על מחשבות אובדניות ומצוקות. בנוסף, תלמידים המודעים לגורמי הסיכון וסימני המצוקה יכולים לעזור בזיהוי חבריהם ולהפנותם למבוגר שיכול לעזור. ניתן לשלב תכנית כזו במסגרת שיעורים קיימים וכן לשלב מיומנויות התמודדות, פיתרון בעיות ובניית ערך-עצמי לתוך התכנית (Lazear et al., 2003). כאשר מעבירים תכניות אלה בצורה חינוכית, הדרגתית ורגישה, נמצא שיפור משמעותי בידע של התלמיד, במיוחד לגבי הדרך להשגת עזרה לעצמו או לאחר והבנה מדויקת יותר של אובדנות. (Lazear et al., 2003) עם זאת, שינוי בגישות ובידע אינו בהכרח קשור בשינוי התנהגותי (Portzky & van Heeringen, 2006).

פיתוח מיומנויות התמודדות (skills training)

תכניות אלה מדגישות פיתוח מיומנויות פתרון בעיות, התמודדות ומיומנויות קוגניטיביות בהם צעירים אובדניים מגלים קשיים. מטרת התכניות ליצור "חסינות" נגד תחושות והתנהגויות אובדניות וכן נגד גורמי סיכון לאובדנות (למשל, דיכאון, חוסר תקווה, שימוש בסמים). כך למשל, תכנית אחת מתמקדת בהתבוננות פנימית, בחוויות מצוקה ובחוויות מיטיבות במסגרת קבוצתית. התכנית הוערכה מחקרית על ידי אור-בך ובר-יוסף (1993) בישראל וכוללת 7 מפגשים שבועיים של שיעורים. התכנית מכוונת ליצור דיון בנוגע להסתכלות הפנימית על ידי בני הנוער המשתתפים. הנושאים הנכללים בדיון נוגעים לבעיות שונות ואופייניות לגיל ההתבגרות בתחומים של הלימודים, יחסים חברתיים, יחסי משפחה, תקופות של דיכאון ושל אושר. הדיון המונחה מדגיש דרכי התמודדות ולמידת דרכים אלטרנטיביות לפתור בעיות ועידוד פנייה לעזרה ליחיד ולחבר. הנחת התכנית היא כי השיתוף בין המשתתפים בתכנית והעיבוד במשותף מקנה חוסן נפשי נוכח בעיות בעתיד. מעבר לכך, העשרת המודעות האישית לחולשות ולעוצמות בבני נוער אלה גם מעלה מגוון עשיר של צורות התמודדות ופתרון בעיות בדרכים שונות המועלים על ידי כל משתתפי הקבוצה. בהשוואה לקבוצת ביקורת, המשתתפים בתכנית גילו פחות נטיות אובדניות ויכולות התמודדות טובות יותר (ראה). (Orbach & Bar-Joseph, 1993) מחקרים נוספים מצביעים על יעילות תכניות מסוג זה בצמצום אובדנות, אם כי לא תמיד ברור אילו מרכיבים בתכנית הם היעילים (Zenere & Lazarus, 1997).

התערבות במשבר/לאחר מעשה

הראציונל לתכנית כזו בביה"ס הוא שתגובה מהירה להתאבדות יכולה לצמצם התנהגות אובדנית והופעה/החמרה של סימפטומים פסיכיאטריים (למשל, PTSD, דיכאון) בקרב תלמידים נוספים. מטרת תכניות אלה היא לסייע בתהליך עיבוד האבל, זיהוי והפנייה של אותם צעירים העלולים להיות בסיכון בעקבות ההתאבדות, ולספק מידע מדויק על התאבדות תוך ניסיון לצמצם תופעה של הדבקה התנהגותית. מעטים המחקרים הבוחנים התערבויות אלה אך חשוב לציין כי יש לתכנן אותן בקפידה בכדי למנוע הדבקה התנהגותית (Gould et al., 2003).

הכשרת שומרי סף

מניעת התאבדות מתמקדת גם בקהילה ו"שומרי הסף" הארגוניים השונים שהקשר שלהם עם אוכלוסיות בעלות פגיעות פוטנציאלית, מהווה הזדמנות לאיתור אנשים בסיכון אובדני עכשווי והפנייתם להערכה וטיפול מתאימים. שומרי הסף כוללים אנשי דת, רוקחים, מדריכי נוער, גורמי רווחה וקליטה, חוקרי נוער, מטפלים בקשישים, צוותים טיפוליים וכן עובדים במוסדות ציבוריים כגון בתי-ספר, בתי-כלא וצבא.

החינוך של שומרי הסף כולל הגברת המודעות לגורמי הסיכון, עידוד וליווי בזמן הפניה לעזרה, הגברת זמינות מקורות העזרה והפחתת הסטיגמה סביב נושא המצוקה האובדנית וקבלת העזרה. יתרה מכך נראה כי החינוך לשומרי הסף מסייע



להגברת המודעות ברמה הכלל ארגונית ולהקלת הנגישות למערכות בריאות הנפש השונות. תכניות להכשרת שומרי סף מהוות אסטרטגיה מרכזית המומלצת לשימוש במסגרת התכנית הלאומית למניעת התאבדות של ארה"ב (Quinnett, Unpublished).

במסגרת בתי ספר מתבצעת הכשרת מורים ואנשי צוות אחרים בזיהוי תלמידים בסיכון או תלמידים הסובלים מקושי נפשי. בתהליך ההכשרה הם לומדים כיצד לזהות ולתקשר עם תלמיד במצוקה, כיצד לזהות את רמת הסיכון האובדני וכיצד להפנותו לעזרה מקצועית (Lazear et al., 2003). מחקרים מראים כי בעקבות תכניות אלה ניכר שיפור משמעותי בקרב אנשי סגל בית הספר בידע ובגישות כלפי אובדנות, בכישורי התערבות, מוכנותם להתמודד עם משבר אובדני של תלמיד ויכולתם להפנותו למקורות עזרה (Gould et al., 2003). עם זאת, מחקר עדכני מצא כי רק מיעוט מבין התלמידים בסיכון (תלמידים אשר ביצעו ניסיון אובדני) דיווח כי היה פונה לצוות ביה"ס אילו היה זקוק לעזרה. בהתאם, הכשרת שומרי סף חייבת להתייחס גם לשיפור התקשורת בין צוות ביה"ס ותלמידים בסיכון אשר קשה ליצור עימם תקשורת פתוחה (Wyman et al., 2008).

תכניות מניעה המבוססות בקהילה

- קווי טלפון לעזרה ראשונה נפשית/מרכזי חרום

הרציונל לשימוש בקווים לעזרה ראשונה נפשית או עזרה באמצעות האינטרנט הוא שהתנהגות אובדנית לרוב קשורה במשבר ואלה יכולים לתת מענה מידי ברגעים קריטיים. עזרה באמצעות קווים לעזרה נפשית והאינטרנט מספקים שירותים בכל שעות היום והם נגישים בקלות לכל אדם. עם זאת, מחקרים על שימוש של מבוגרים בקווים לעזרה ראשונה נפשית אינם חד-משמעיים ומעט מחקרים בחנו את יעילותם בקרב בני נוער. בארה"ב 14% ל-18% מצעירים אובדניים השתמשו בקווים אלה בעת מצוקה (Gould et al., 2003). מחקר שנערך בישראל השווה בין השימוש בשרותי תמיכה נפשית של ער"ן בטלפון ובאינטרנט באמצעות צ'ט אישי או איי.סי.קיו של ער"ן. המחקר הסיק כי האפשרות להישאר אנונימי במערכות התמיכה של ער"ן באינטרנט מגביר את הפתיחות ומוכנותם של בני נוער לחשוף מחשבות אובדניות. יש לציין כי המחקר מצא כי בני נוער אובדניים העדיפו לחלוק את קשייהם דווקא במסגרת קבוצה אנונימית אסינכרונית (ICQ), אשר ככל הנראה מספקת תחושת שייכות ותמיכה רגשית (Gilat & Shahar, 2007).

- צמצום נגישות לאמצעים קטלניים/נשק

במחקרים שונים לאורך השנים נמצא כי ישנן פחות התאבדויות בעקבות הגברת הפיקוח על מתן רישיונות לנשק, הגבלות על חומרי רעל שונים, הפיכת גז הבישול הביתי ללא רעיל, הגבלות על מרשמים ומכירת כדורי הרגעה וכדורי שינה, שינויים באריזות של משככי הכאבים לכמויות יותר קטנות, הקמת מחסומים במקומות מהם ניתן לקפוץ ושימוש בתרופות אנטי דיכאניות פחות רעילות.

כפי שצויין לעיל, התאבדות של צעירים לעיתים קרובות הינה אימפולסיבית ומושפעת מהמצאותם של אמצעים קטלניים כגון נשק. מספר מחקרים בארה"ב מצאו כי צמצום גישה לנשק הובילה לירידה בשיעורי התאבדות בצעירים (Gould et al., 2003). תהה השיטה הנפוצה בכל ארץ אשר תהה, כאשר ישנה הגבלה על הנגישות לשיטה זו, ישנה הפחתה בשיעורי ההתאבדות הכלליים ובכך הגבלות אלו מהוות פוטנציאל לשימור חיים. חשוב לזכור שלכל ארץ ותרבות שיטות נפוצות משלהן ולכן אסטרטגיות מניעה אלו צריכות להיות פעולות מתמשכות, ארוכות טווח אשר לוקחות בחשבון הלכי רוח חברתיים ותרבותיים המשתנים מתקופה לתקופה ולפיכך עליהן להשתנות ולהתעדכן בהתאם (Mann et al., 2005).

- חינוך התקשורת וחינוך באמצעות התקשורת

מניעת התאבדות קשורה לתקשורת בשני מובנים. הראשון, כערוץ לחינוך והסברה והשני, כגורם בעל השפעה פוטנציאלית מכרעת, במיוחד על צעירים (כפי שתואר לעיל). למשל, האדרת התאבדות או הצגתה כפתרון לבעיות חיים על ידי התקשורת עלול לעודד אנשים פגיעים לנסות להתאבד.

מאידך, יש חשיבות לדיווח על מקרי ההתאבדות על מנת להגביר את המודעות לנושא. לפיכך קיימת חשיבות רבה שהדיווח יהיה אחראי ועל פי כללים מנחים וברורים תוך הימנעות מהאדרה ומתן לגיטימציה למעשה. ממצאי מחקרים ביחס



לחינוך התקשורת והעיתונאים ודיווח על פי כללים מנחים הראו עד כה תוצאות מעורבות, אך קיימות בעיות מתודולוגיות שונות עם מחקרים אלו. (Mann et al., 2005)

- הכשרת רופאים ראשוניים

במחקר שנערך בארה"ב נמצא כי רוב הרופאים הראשוניים (77%) אינם בודקים סיכון אובדני באופן שגרתי בקרב מטופליהם המתבגרים, למרות שרבים (47%) פגשו מתבגרים שעשו ניסיונות התאבדות בשנה שחלפה. (Frankenfield et al., 2000)

לאור העובדה שמרבית המתבגרים שהתאבדו היו בקשר עם רופא ראשוני במהלך החודש האחרון לחייהם, ניתן למנוע התאבדות דרך ערוץ זה (Luoma, Martin et al., 2002). למעשה, חוסר ידע של רופאים ראשוניים בנוגע לאיתור מטופלים סובלים מדיכאון, תורם לטיפול לוקה בחסר ועלול להוביל להתאבדות.

שיפור יכולות האיתור והזיהוי של הדיכאון והסכנה האובדנית בקרב הרופאים הוא מרכיב חשוב במניעת התאבדות במבוגרים ובני נוער כאחד (Mann et al., 2005).