

התאבדות והתנהגות של פגיעה-עצמית

Thomas Jans, Yesim Taneli & Andreas Warnke

מהדורה בעברית

תרגום: יוסף בן-שטרית

עריכה: פז תורן



ב-8 באפריל 1986,
יוקיקו איקדה בת
ה-18 קפצה אל מותה
מבניין בן 7 קומות.
לאחר מותה אירעו
התאבדויות חיקוי
רבות ביפן (תופעה
המכונה לעתים
"תסמונת יוקיקו").
אוקדה, שהייתה
זמרת, הועצה ע"י
מיליוני מעריצים
ביפן.

Thomas Jans PhD

Clinical Psychologist,
Department of Child and
Adolescent Psychiatry,
Psychosomatics and
Psychotherapy, Wuerzburg
University Hospital, Germany

Conflict of interest: none
reported

Yesim Taneli MD, PhD, MSc

Assistant Professor of Child
and Adolescent Psychiatry,
Department of Child and
Adolescent Psychiatry, Uludag
University School of Medicine,
Bursa, Turkey

Conflict of interest: none
reported

Andreas Warnke MD, MA

Professor of Child and
Adolescent Psychiatry &
Director of the Department
of Child and Adolescent
Psychiatry, Psychosomatics
and Psychotherapy, Wuerzburg
University Hospital, Germany

Conflict of interest: none
reported

This publication is intended for professionals training or practicing in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or IACAPAP. This publication seeks to describe the best treatments and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or [IACAPAP](#) endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist.

© [IACAPAP](#) 2016. This is an open-access publication under the [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial.

Suggested citation: Jans T, Taneli Y, Warnke A. Suicide and Self-harming Behaviour. Editor: Paz Toren; Translation: Joseph Ben-Sheetrit. In: Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016.

במדינות רבות התאבדות היא אחת הסיבות המובילות למוות בילדים ומתבגרים. זיהוי אנשים צעירים הנמצאים בסיכון והצעת טיפול יעיל הם עניין מרכזי במדיניות בריאות הנפש. פרק זה כולל סקירה של אובדנות בילדים ומתבגרים. נתייחס כמו כן לנושא של פגיעה עצמית לא-אובדנית (Non-Suicidal Self-Injury), אך המוקד המרכזי יהיה ניסיונות אובדניים והתאבדויות. הסקירה מתייחסת לאפידמיולוגיה, גורמי סיכון, מאפיינים אטיולוגיים, התייגות קלינית, הערכה, טיפול ומניעה. מאחר ונושאים קליניים מודגשים בסקירה זו, היא אינה כוללת סקירה של הנירופסיכוביולוגיה של אובדנות.

הגדרות:

- **אובדנות** הוא מונח המתייחס לקוגניציות ופעולות של אנשים המבקשים את מותם, כולל מחשבות, פעולות או הימנעות מפעולות.
- **התאבדות** (מלטינית: Sui caedere), להרוג עצמו) משמעותה פעולה שבאמצעותה אדם גורם בכוונה למוות של עצמו.
- **ניסיון אובדני** מציין פעולות לא-קטלניות או הכנות המיועדות להסתיים במוות. יתכן והפעולה האובדנית הופסקה ע"י האדם עצמו, הופסקה ע"י אחרים, או שלא השיגה את מטרתה.
- **פארא-אובדנות** מתייחסת לפגיעה עצמית בלתי-קבועה שהינה מסכנת-חיים-בפוטנציאל המבוצעת ללא כוונה למות. מאחר וההתנהגות אינה אובדנית, יש המעדיפים את המונחים "פגיעה עצמית מכוונת" או "פגיעה עצמית לא-אובדנית" (בפרק זה נעשה שימוש במונח "פגיעה עצמית לא-אובדנית").

טבלה E.4.1. קודים לפגיעה-עצמית לא-אובדנית, ניסיונות אובדניים והתאבדות כ- "גורם חיצוני לתחלואה ותמותה" לפי ICD-10 (X60-X84).

הרעה עצמית מכוונת באמצעות חשיפה ל-	X6..
משככי כאב שאינם אופיואידים, נוגדי חום, ותרופות אנטי-ראומטיות	X60.
תרופות אנטי-אפילפטיות, סדטיבות-משרות שינה, אנטי-פרקינסוניות, ותרופות פסיכותרופיות שאינן מסווגות במקום אחר	X61.
חומרים נרקוטיים ופסיכודיסלפטיים (הזייתיים) שאינם מסווגים במקום אחר	X62.
תרופות אחרות הפועלות על מערכת העצבים האוטונומית	X63.
תרופות, סמים וחומרים ביולוגיים אחרים ובלתי-מסווגים	X64.
אלכוהול	X65.
ממסים אורגניים ופחמימנים הלוגניים ואדיהם	X66.
גזים ואדים אחרים	X67.
קוטלי חרקים	X68.
כימיקלים וחומרים רעילים אחרים ובלתי-מסווגים	X69.
פגיעה עצמית מכוונת על ידי	X7../X8..
תלייה, חניקה (strangulation) וחנק (suffocation)	X70.
טביעה או שקיעה במים (submersion)	X71.
ירי אקדח	X72.
ירי רובה, רובה ציד (shotgun) או כלי נשק חם גדולים	X73.
ירי נשק אחר ובלתי-מסווג	X74.
חומרי נפץ	X75.
עשן, אש ולהבות	X76.
קיטור, אוויר חם וחפצים חמים	X77.
חפצים חדים	X78.
חפצים קהים	X79.
קפיצה מקום גבוה	X80.
קפיצה מ- או שכיבה מתחת לחפץ נע	X81.
התרסקות או תאונת דרכים	X82.
אמצעים מסווגים אחרים	X83.
אמצעים לא מסווגים אחרים	X84.
ארגון הבריאות העולמי (WHO), 1996.	

המונח "פגיעה עצמית לא-אובדנית" אינו כולל הטלת מום עצמית (self-mutilation) או פעולות אחרות הגורמות לתסמינים גופניים מתוך כוונה בלעדית לקבל תשומת לב או עצה רפואית (תסמונת מינכהאוזן) או התחלות (malinger), על מנת לקבל תועלת כלשהי).

קיום יחסי מין לא-מוגנים, פעולות הכרוכות בסיכון גבוה (לדוג', צורות קיצוניות של רכיבה באופניים במורד מסלול, מרוצי מכוניות לא חוקיים) או אינטוקסיקציה ע"י סם פסיכואקטיבי אינם כלולים עקב האופי הבלתי-ישיר של ההשלכות של הפגיעה העצמית, גם כאשר יתכן וישנה כוונה להרס-עצמי. מטעמי פשטות התיאור, ניסיונות אובדניים לא-קטלניים ופגיעה עצמית לא-אובדנית מתוארם תחת אותו קוד.

רשימת הקודים בטבלה E.4.1 אינה מעידה עד כמה שכיחות השיטות השונות לפגיעה עצמית בקרב ילדים ומתבגרים. שיטות שנעשה בהם שימוש שכיח מופיעות בקופסה. שיטות אלו כוללות גם התנהגויות לא-קטלניות של פגיעה עצמית – כגון צביטות, שריטות ונשיכות – וגם שיטות קטלניות ביותר, שקשורות על פי רוב לכוונות אובדניות ברורות (לדוג', שימוש בנשק חם, קפיצה ממקומות גבוהים). מכל מקום, מנקודת מבט קלינית, חיוני להבחין בין ניסיונות אובדניים לפגיעה-עצמית לא-אובדנית (טבלה E.4.2).

- שיטות שכיחות לפגיעה עצמית (ניסיונות אובדניים לא-קטלניים ופגיעה עצמית לא-אובדנית):**
(Greydanus et al., 2009)
- מנת יתר של תרופות או סמים
 - הרעלה
 - חיתוך
 - צורות אחרות של פגיעה עצמית:
 - הכאה עצמית
 - צביטות
 - שריטות
 - נשיכות
 - גרימת כוויות
 - יריה בנשק
 - תלייה
 - קפיצה ממקום גבוה
 - קפיצה לבארות

טבלה E.4.2. הבדלים בין התאבדות לפגיעה עצמית לא-אובדנית	
התאבדות	פגיעה עצמית לא-אובדנית
כוונה למות	ללא כוונה אובדנית
עלולה להיות אימפולסיבית, אך ברוב המקרים ישנם רגשות כרוניים של חוסר תקווה ובדידות	המצב הרגשי הוא כעס אקוטי, ייאוש או מצוקה בלתי-נסבלת
התנהגויות חמורות יותר ומסכנות חיים הם טיפוסיות (לדוג', הרעלה-עצמית, תלייה, קפיצה, שימוש בנשק חם)	התנהגויות פחות חמורות ובעיקר התנהגויות של פגיעה עצמית שאינם מסכנות חיים הם טיפוסיות (לדוג', גרימת פצע בעור עקב נשיכה, חיתוך, גרימת כוויה מחום או קור)
	באופן טיפוסי האדם מודע לכך שההתנהגות עלולה לגרום לנזק חמור אך לא מסכן חיים
קיים סיכון ברור להישנות ניסיונות אובדניים, אך בתדירות נמוכה יותר מפגיעה עצמית לא-אובדנית	פגיעה עצמית חוזרת שכיחה

ההבדל העיקרי בין פגיעה עצמית מכוונת לניסיונות אובדניים טמון בכוונה של האדם לסיים את חייו. לדוגמה, נערה בת 14 שנוטלת מינון-יתר קל של פאראצטמול מתוך כוונה להרוג את עצמה, על אף שאינה מצליחה בכך (ניסיון אובדני). נערה בת 14 אחרת נוטלת מינון-יתר גדול של פאראצטמול משום שהיא כועסת ומצוברחת; היא לא רצתה להרוג את עצמה (פגיעה-עצמית לא-אובדנית). בנוסף, פעולות מסוימות של פגיעה עצמית לא-אובדנית עלולות למעשה להסתיים במוות – עקב חוסר-ידע או טעויות בחישוב (הנערה בת ה-14 האחרונה שהוזכרה לא היתה מודעת להשפעות הרעילות של פאראצטמול ומתה בפועל כתוצאה מכך). יש לזכור שתתכן חפיפה בין שתי הצורות של פגיעה עצמית: אנשים שביצעו ניסיונות אובדניים עלולים לבצע פגיעה-עצמית לא-אובדנית, ולהיפך.

לצערנו, לעתים קרובות קשה להעריך כוונות בפרקטיקה הקלינית. עניין זה היווה מכשול משמעותי במחקר אודות נושא זה. אלגוריתם קולומביה להערכת אובדנות (The Columbia Algorithm for Suicide Assessment, C-CASA) – מערכת סווג אובדנות מתוקננת שפותחה לצורך הערכת אובדנות בניסויים קליניים של נוגדי-דיכאון – הודגמה כמהימנה וניתנת להעברה, וארגון המזון והתרופות האמריקאי (Food and Drug Administration, FDA) נתן אישור לכך שיש להשתמש בה בניסויים קליניים בתרופות פסיכותרופיות ובניסויים תרופתיים אחרים (Posner et al, 2007). למרות שמדובר בכלי מחקר, הוא עשוי להיות שימושי בפרקטיקה הקלינית, לכל הפחות מבחינת תיקון הטרימינולוגיה. הגדרות ה-C-CASA ודוגמאות הכשרה נבחרות מופיעות בטבלה E.4.3.

אפידמיולוגיה

על פי ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization, WHO) כמיליון אנשים ברחבי העולם מתים בכל שנה מהתאבדות (ממוצע שיעור התמותה: 16 ל-100,000), כלומר, מדובר במקרה מוות אחד כל 40 שניות. במדינות מסוימות התאבדות היא הסיבה השנייה בשכיחותה לתמותה בקבוצת הגילאים 10-24 שנים. לדוגמה, בגרמניה רק תאונות – בעיקר תאונות דרכים קטלניות – הם סיבה שכיחה יותר למוות במתבגרים בגילאים 15-19 שנים (Elasser, 2010). המשקל היחסי של התאבדויות כגורם תמותה משתנה בין מדינות ואזורים בהתאם להשפעה של מגוון גורמים (ראה טבלה E.4.4). מכל מקום, אובדנות נותרת סיבה מובילה למוות בקרב ילדים ומתבגרים בכל רחבי העולם.

כדוגמה לשינויים ספציפיים-למדינה בשיעורי התאבדות, מוצגים נתונים אירופאיים באיור E.4.1. שיעור ההתאבדויות הממוצע בקרב בני 15-19 שנים ב-27 מדינות אירופאיות בשנת 2009 היה 4.9 ל-100,000 (זכרים: 7.4; נקבות: 2.3). שיעורי ההתאבדות השתנו במידה רבה מ-1.0 (יוון) ל-20.2 (ליתואניה).

טבלה E.4.3. אלגוריתם סיווג קולומביה להערכת אובדנות (Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment,)

(C-CASA): הגדרות ודוגמאות לתרגול*

דוגמא	הגדרה	סיווג \ קטגוריה
אירועים אובדניים		
לאחר ויכוח ארוך עם חברה שלו, שהסתיים בפרידה, המטופל לקח חבל ורכב על האופנוע שלו לאזור מבודד שם הוא תלה עצמו למוות. בהמשך נמצא מכתב התאבדות.	התנהגות של פגיעה עצמית שגרמה למוות ולוותה לכל הפחות בכוונה מסוימת למות כתוצאה מההתנהגות.	התאבדות
לאחר שחבריה הפסיקו לדבר איתה במהלך ריב בבית הספר, המטופלת בלעה כ-16 כדורי אספירין ו-8 כדורים אחרים מסוגים שונים בסביבת בית הספר. היא אמרה שמגיעה לה למות, וזו הסיבה שבגללה בלעה את הכדורים.	התנהגות בעלת פוטנציאל לפגיעה עצמית, אשר לוותה לפחות בכוונה מסוימת למות כתוצאה מההתנהגות. ראיות לכך שהאדם התכוון להרוג את עצמו לפחות באופן חלקי יכולות להיות מפורשות, או שניתן להסיק על כך מנסיבות ההתנהגות. ניסיון אובדני יכול להסתיים בפגיעה עצמית, ויכול להיות שלא.	ניסיון אובדני
המטופל ברח מביתו לאחר שאביו הגיע לבית הספר וקיבל גיליון ציונים "גרוע". הוא פחד מהתגובה של אביו. לאחר שחזר הבית, החל ויכוח של 5-6 שעות עם הוריו, והוא לקח סכין לחיתוך ירקות (רחב וחד) והלך לחדרו. הוא דווח שהצמיד את הסכין לעורו אך לא גרם לפגיעה.	האדם נוקט בצעדים על מנת לפגוע בעצמו, אך עצר את עצמו או שנעצר ע"י אחרים מלבצע התנהגות של פגיעה עצמית בטרם נגרם פוטנציאל לפגיעה.	פעולות הכנה לקראת התנהגות אובדנית ההולכת ומתקרבת
מחשבות אקטיביות: המטופל דווח לרופא שלו שהוא חשב לתלות את עצמו בארון. הוא הופנה לבית החולים ואושפז.	האדם חשב מחשבת פסיביות על רצון למות או מחשבות אקטיביות על להרוג את עצמו, שלא לוו בפעולות של הכנה.	חשיבה אובדנית
אירועים לא-אובדניים		
המטופל חש שמתעלמים ממנו. היא הלכה למטבח בבית היכן שאימה ואחותה דיברו ביניהם. היא לקחה סכין מהמגירה ועשתה חתך באמה שלה. היא שללה לחלוטין שרצתה למות ("אפילו לא קצת"), היא רק רצתה שהם ישימו אליה לב.	התנהגות של פגיעה עצמית ללא כוונה למות. הכוונה בהתנהגות היא לחלוטין מסיבות אחרות, בין אם כדי להקל על מצוקה (שלעיתים קרובות מתייחסים אליה כ-"פגיעה עצמית", לדוג', חתכים או שריטות שטחיות, לדפוק או להכות, או כוויות) או על מנת לגרום לשינוי אצל אחרים או בסביבה.	התנהגות של פגיעה עצמית, ללא כוונה אובדנית
המטופל נחתך בצוואר בזמן גילוח.	ללא עדות לאובדנות או התנהגות של פגיעה-עצמית מכוונת הקשורה לאירוע. האירוע מאופיין בפגיעה בטעות, סימפטומים פסיכיאטריים או התנהגותיים בלבד, סימפטומים רפואיים או פרוצדורה רפואית.	התנהגויות אחרות, ללא כוונה לפגיעה עצמית
אירועים שלא ניתן לסווגם בוודאות או שיש להם פוטנציאל להיות אובדניים		
המטופלת חתכה את האמות שלה לאחר ויכוח עם החבר שלה (אין מידע נוסף).	התנהגות של פגיעה עצמית, לא ידוע ולא ניתן להסיק אם היתה כוונה אובדנית. הפגיעה או הפוטנציאל לפגיעה הם ברורים, אך הסיבה להתנהגות אינה ברורה.	התנהגות של פגיעה עצמית, לא ידוע אם היתה כוונה אובדנית
ילד ש-"דקר את עצמו בצוואר עם עיפרון", האירוע עלול להיות מכוון, בניגוד לתאונה, כפי שניתן לחשוד מהמילה "דקר", אך אין מספיק מידע על מנת לקבוע אם האירוע היה מכוון.	אין מספיק מידע על מנת לקבוע אם האירוע כלל התנהגות אובדנית מכוונת או מחשבות אובדניות. יש סיבה לחשוד באפשרות של אובדנות אך אין מספיק מידע המאפשר להיות בטוחים שהאירוע לא מייצג משהו אחר, כגון תאונה או סימפטומים פסיכיאטריים. פגיעה במקום בגוף שיכולה להתאים לפגיעה עצמית מכוונת או התנהגות אובדנית (לדוג', שורשי כף היד) ללא מידע כלשהו כיצד הפגיעה ארעה תסווג בקטגוריה זו.	אין מספיק מידע

* (2007) Posner et al. : רק אחת ממספר דוגמאות של C-CASA מצוטטות.

עקב הקצאה לא-אמינה, לדוג', קביעה לא מדויקת של סיבת המוות או גישות דתיות ותרבותיות בנוגע להתאבדות, שיעורי ההתאבדות המדווחים ככל הנראה מהווים תת-הערכה של הבעיה. בנוסף לכך, שיעורים אלו אינם כוללים ניסיונות אובדניים, השכיחים פי 10-20 יותר מהתאבדויות. מעריכים כי ניסיונות אובדניים רציניים מתרחשים בכ-3% מהמתבגרים בחברות מערביות. כאשר לוקחים את מידת השונות הזאת בחשבון, הצהרות מכלילות בנוגע לאפידמיולוגיה של אובדנות עלולות לא להיות בלתי-תקפות עבור אוכלוסיות, אזורים ותקופות זמן מסוימות.

יש לתת את הדעת להסתייגויות בהתאם ל-:

- גיל
- מין
- אזורים ומדינות מסוימות
- מוצא אתני, ו-
- מגמות לאורך השנים.

טבלה E.4.4. סיבות מרכזיות לתמותה במתבגרים ומבוגרים צעירים, בשכיחות יורדת*		
דרום אמריקה \ הקריביים: 1. רצח \ מלחמה 2. פציעות לא מכוונות 3. התאבדות 4. זיהומים אחרים 5. איידס	דרום-מזרח אסיה: 1. פציעות לא מכוונות 2. זיהומים אחרים 3. איידס 4. התאבדות 5. רצח \ מלחמה	אפריקה: 1. איידס 2. זיהומים אחרים 3. פציעות לא מכוונות 4. התאבדות
מזרח התיכון²: 1. פציעות לא מכוונות 2. זיהומים אחרים 3. רצח \ מלחמה 4. איידס 5. התאבדות	אירופה: 1. פציעות לא מכוונות 2. התאבדות 3. רצח \ מלחמה 4. זיהומים אחרים 5. איידס	מערב האוקיאנוס השקט¹: 1. פציעות לא מכוונות 2. התאבדות 3. זיהומים אחרים 4. רצח \ מלחמה 5. איידס
1: אוסטרליה, ניו זילנד, סין, יפן, קוריאה, מלייזיה, מיקרונזיה, פיליפינים, סינגפור, ויאטנם ומדינות אחרות באזור זה. 2: אפגניסטן, מצרים, עיראק, ערב הסעודית, ישראל ומדינות אחרות במזרח התיכון.		צפון אמריקה: 1. פציעות לא מכוונות 2. התאבדות 3. רצח 4. סרטן 5. איידס
* עובד ע"פ: Greydanus et al. (2009)		

גיל

בעולם כולו, שיעורי ההתאבדות הגבוהים ביותר בעשורים האחרונים היו בקרב קשישים (ראה איור E.4.2). מכל מקום, על פי אתר התוכנית למניעת התאבדות (Suicide Prevention Program, SUPRE) של ארגון הבריאות העולמי, במדינות מסוימות שיעורי ההתאבדות בקרב אנשים צעירים גדלו כל כך שמתבגרים ומבוגרים צעירים הם הקבוצה שנמצאת בסיכון הגבוה

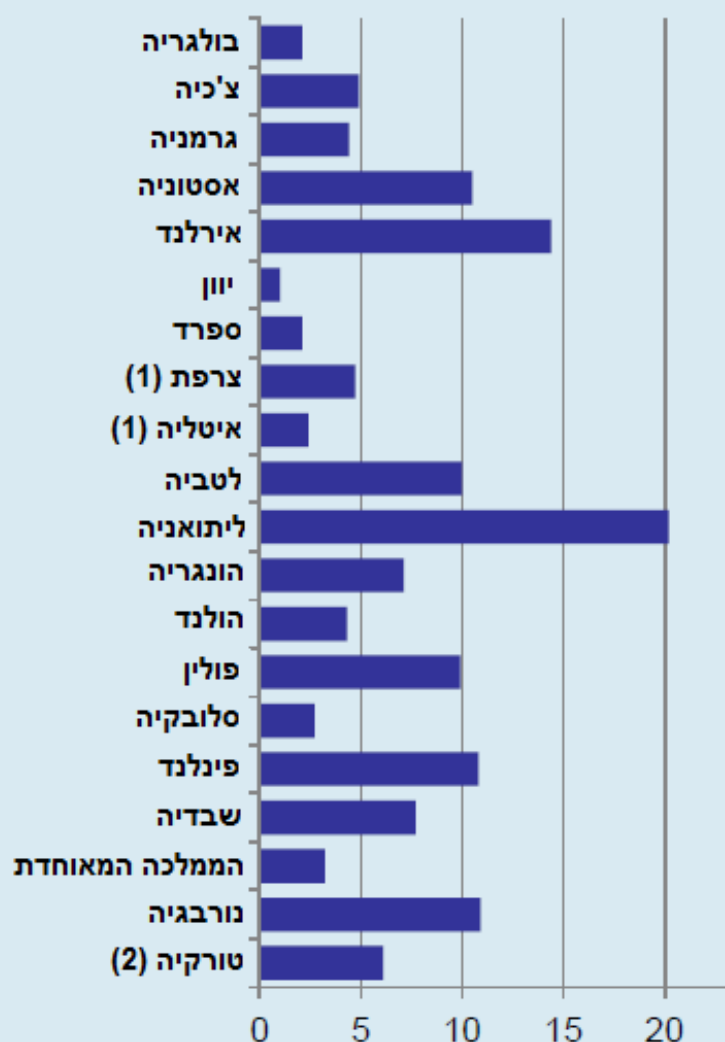
ביותר להתאבדות. נתון זה מתייחס לשליש מכל המדינות, ונכון עבור מדינות שהן פחות-או-יותר מתועשות. לכן, לא נראה כי קיימים שיעורי אובדנות מוגברים באופן ברור בקרב קשישים ברחבי העולם. ניתן לראות, לדוגמא, שיעורי התאבדות גבוהים בקרב מתבגרים ומבוגרים צעירים בניו-זילנד ויפן. בילדים טרם גיל ההתבגרות, התאבדויות שהושלמו הם מאוד נדירות. ילדים מגיעים ליכולת להבין את המושג של התאבדות החל מגיל 8 שנים ומגיעים ליכולת לבצע זאת, מה שמוביל לשיעורים מוגברים של התאבדויות שהושלמו בילדים בגיל ההתבגרות ובמתבגרים צעירים. יתכן וניתן להסביר את שיעורי ההתאבדות הנמוכים יחסית בילדים ע"י היעדר חשיפה או חשיפה נמוכה יותר תלוית-גיל לגורמי סיכון מאג'וריים (לדוג', מחלת נפש, הפרעות הקשורות בשימוש בחומרים), או ע"י ההגנה המוצעת ע"י מערכת היחסים הקרובה עם המשפחה.



World Health Organization

הקלק על הסמל כדי לגשת לנתוני ארגון הבריאות העולמי על אובדנות.

איור E.4.1. שיעורי התאבדויות באירופה (מדינות נבחרות): מתבגרים בגילאי 15-19 שנים (מקרי מוות ל-100,000 איש)

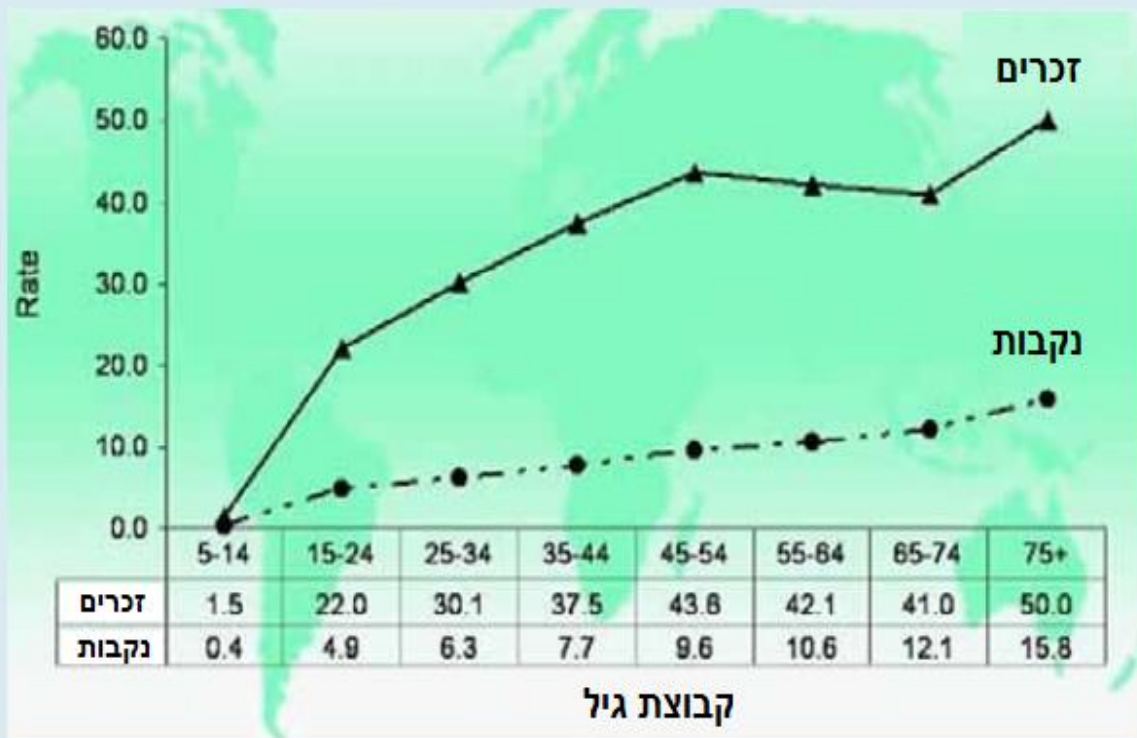


(1) Italy, France: data from 2008

(2) Turkey: data from 2010; source: [TurkStat](#); [Suicide Statistics 2010](#)

Data from 2009; source: [Eurostat](#).

איור E.4.2. שיעורי התאבדות (ל-100,000 איש) לפי גיל ומין



Data from 2000; Source: WHO

מין

באופן כללי, שיעורי ההתאבדויות שהושלמו גבוהים יותר בזכרים מאשר בנקבות. נתון זה נכון עבור כל קבוצות הגילאים, עם יחס זכרים לנקבות של כ-4:1 במתבגרים ומבוגרים צעירים. מכל מקום, היחס משתנה בין מדינות שונות. יש אזורים בהם התפלגות ההתאבדויות שהושלמו דומה בין המינים (לדוג', בסין). בטורקיה, דווחו יחסים של 0.6:1 עד גיל 14 ו-1.1:1 בגילאים 15-19 שנים (TurkStat: Suicide Statistics 2010, www.tuik.gov.tr, 2011; Turkey's Statistical Yearbook 2009, www.tuik.gov.tr, 2010). שיעורי ההתאבדויות בקרב בנות צעירות הינם גבוהים באופן מדאיג באזור החוף המערבי של הודו (Kanchan et al, 2009). הסיבות לשיעורי ההתאבדות הגבוהים יחסית בקרב נקבות צעירות במדינות מסוימות באסיה קשורות בחלקן לקלות הגישה לקוטלי חרקים, במיוחד לאלו הקטלניים, והגישה המוגבלת לשירותי רפואת חירום (לעומת זאת, במדינות מערב-אירופאיות השימוש במשככי כאבים הפחות קטלניים שכיח הרבה יותר בקרב נקבות אובדניות).

בעולם כולו, שיעורים גבוהים יותר של התאבדויות שהושלמו בזכרים קשורות לשימוש באמצעים אלימים יותר (לדוג', נשק חם, תלייה) ולתבנית של גורמי הסיכון (לדוג', תוקפנות אימפולסיבית, שימוש לרעה באלכוהול). מכל מקום, בנוגע לניסיונות אובדניים ההיפך הוא הנכון – אלו שכיחים הרבה יותר בנקבות מאשר בזכרים (מה שמוכנה לעתים כ-"פרדוקס המגדר").

אזורים ומדינות ספציפיות

שינויים אזוריים בשיעורי התאבדויות משקפים גורמי סיכון סביבתיים וחברתיים שונים. שיעורי ההתאבדויות המדווחים משתנים במידה רבה בין המדינות; אפילו בתוך מדינות די הומוגניות יש הבדלים אזוריים (לדוג', שיעורים גבוהים יחסית בסקסוניה שבגרמניה). השיעורים הגבוהים ביותר בעולם מדווחים במדינות מערב אירופאיות, ביניהם מדינות עם שיעורי התאבדויות גבוהים באופן מסורתי מאז סוף המאה ה-19 (לדוג', אסטוניה). שיעורים נמוכים יחסית מדווחים במדינות המפרץ.

מלבד להבדלים בתיעוד התאבדויות, השינויים מצביעים על תבניות ספציפיות-למדינה של גורמים מגנים וגורמי סיכון (לדוג', קשיים סוציאוקונומיים, שינויים תרבותיים מהירים), גיאוגרפיה ואקלים (לדוג', חשיפה לאור ודיכאון), גישה לאמצעים קטלניים (לדוג', רעלים ונשק חם), שימוש באלכוהול ובסמים, מוצא אתני ואמונות דתיות.

שיעורי התאבדות נמוכים במדינות המפרץ יכולים לשקף נורמות דתיות ושימוש נמוך באלכוהול. באופן כללי, תואר מדרג לפיו אגנוסטיקנים מציגים את השיעורים הגבוהים ביותר, מוסלמים את הנמוכים ביותר, בעוד שנוצרים, בודהיסטים והינדואיים נמצאים באמצע (Bertolote & Fleischman, 2009).

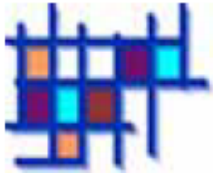
שיעורי ההתאבדות גבוהים בקרב קבוצות מיעוטים, במיוחד אלו שעברו שינויים חברתיים מהירים, הטמעה תרבותית, או שנשללה מהם זכות הבחירה עקב קולוניזציה (לדוג', אמריקנים אינדיאניים, אבוריג'ינים אוסטרליים, אינואיטיים). לסקירה מקיפה הקורא מופנה ל- Colucci and Martin (2007).



מגמות לאורך השנים

בעשורים האחרונים תוארה עלייה בשיעור ובמספר המוחלט של התאבדויות (Bertolote & Fleischman, 2009). מכל מקום, האפקט הזה אינו עקבי. לדוגמא, בקרב מדינות ה-OECD (Organization for Economic Co-operation and Development), הארגון מונה 32 מדינות

מתועשות) היתה ירידה קלה בשיעורי ההתאבדויות בסך הכול. מדינות מסוימות עם שיעורים גבוהים באופן מסורתי (לדוג', הונגריה) הראו ירידה חדה בעוד שאחרות עם שיעורים נמוכים (לדוג', קוריאה, יפן) הראו עלייה חדה. הסיבות לשינויים אלו אינם מובנות היטב אך עלולות לכלול שינויים חברתיים או כלכליים מהירים (לדוג', אבטלה). מכל מקום, אירועים של נטל כבד יכולים להוביל להשפעה הפוכה. לדוגמא, שיעורי ההתאבדות בגרמניה ירדו משמעותית בשנים שלאחר מלחמת העולם הראשונה והשנייה. לתקופות מוגבלות, הדחף של החברה להתמקד בצרכים הבסיסיים של חיי היומיום עשויים להגן באופן חלקי מהתאבדות.



נתנים על התנהגות אובדנית שהתקבלו לאחחנה בארה"ב בקרב תלמידי כיתת ט' י"ב זמינים מסקר התנהגויות סיכון בנער, המרכז לבקרה ומניעת מחלות (CDC).

המגמות לאורך הזמן אינם נראות יציבות, לדוגמא, במדינות מערביות רבות נצפתה ירידה בשיעורי התאבדויות בצעירים בשני העשורים האחרונים. ירידה זו עשויה להיות מוסברת ע"י שכיחות ועילות גבוהה יותר של הטיפול בהפרעות פסיכיאטריות (לדוג', טיפול תרופתי בדיכאון). מכל מקום, לאחר עשור של ירידה עקבית, נצפתה עלייה יחסית בהתאבדויות בצעירים בארה"ב בשנים 2004 ו-2005 (Bridge et al, 2008). בין הגורמים שהעלו ספקולציות שהם קשורים לעלייה הזו הם שימוש גובר ברשתות חברתיות באינטרנט, עלייה בהתאבדויות בקרב חיילי צבא ארה"ב, ושיעורים גבוהים יותר של דיכאון לא-מטופל לאחר אזהרת ה-FDA על אובדנות הקשורה בשימוש בנוגדי דיכאון.

מחשבות אובדניות וניסיונות אובדניים

ב-2009, תלמידים בכיתות ט' וי"ב בארה"ב דווחו כי ב-12 החודשים האחרונים הם

- שקלו ברצינות לנסות להתאבד (13.8%)
- תכננו להתאבד (10.9%)
- ניסו להתאבד פעם אחת או יותר (6.3%)
- ביצעו ניסיון אובדני שהסתיים בפציעה, הרעלה או מנת-יתר שדרשה טיפול ע"י רופא או אחות (1.9%)

שינויים מ-1991 ל-2009 מצביעים על ירידה בסה"כ במחשבות והתנהגות אובדנית בצעירים בארה"ב. מידע מסקר התנהגויות סיכון בצעירים (Youth Risk Behavior Survey) מראים שמחשבות אובדניות שכיחות מאוד במתבגרים ושחוז משמעותי מבצעים ניסיונות אובדניים רציניים. למרבה המזל, שיעורי ההתאבדויות שהושלמו נמוכים באופן יחסי (ע"פ מידע מארה"ב מ-2006: 4.16 ל-100,000 בקרב בני 19-10 שנים; Cash & Bridge, 2009). מכל מקום, המידע מצביע על כך שבהתפתחות של אובדנות אקוטית ישנה התקדמות ממחשבות אובדניות, לתכנון התאבדות ועד לניסיון התאבדות. לכן יש להתייחס תמיד למחשבות אובדניות כסימן אזהרה חשוב המצריך התייעצות עם גורם מקצועי. בנוגע למחשבות אובדניות וניסיונות אובדניים, יש שכיחות גבוהה יותר מבחינה מספרית בנקבות ברוב המדינות (יותר מפיי-שתיים בקרב נקבות).

קיימים הבדלים בין מדינות ואזורים בשיעורי מחשבות אובדניות וניסיונות אובדניים, באופן דומה למתרחש בנוגע להתאבדויות. לדוגמא, בדרום-מערב ניגריה כ-20% מהצעירים בגילאי 10-17 שנים דווחו על מחשבות אובדניות וכ-12% דווחו על ניסיון אובדני – שיעורים די גבוהים (Omigbodun et al, 2008). מכל מקום, גורמי הסיכון לאובדנות במחקר הנ"ל היו דומים לאלו שדווחו בספרות העולמית (לדוג', סביבה משפחתית מופרעת, קשיים כלכליים, חוויות של התעללות או אלימות, שימוש בחומרים), פרט לשכיחות דומה בזכרים ונקבות.

דרכי התאבדות

בצפון אמריקה, שימוש בנשק חם הוא הדרך השכיחה ביותר בה אנשים צעירים מתאבדים, ולאחריה תלייה, חנק או הרעלה-עצמית (Branco et al, 2010). במערב אירופה, לעומת זאת, שימוש בנשק חם משחק תפקיד מינורי; קפיצה ממקום גבוה או בפני רכבת היא השיטה העיקרית. הרעלה ע"י קוטלי חרקים שכיחה באזורים חקלאיים במדינות עם הכנסה נמוכה ובינונית כגון סין והודו. בטורקיה ב-2010 חמש השיטות השכיחות ביותר להתאבדות בקרב בני 15-19 שנים היו בשכיחות יורדת: תלייה, שימוש בנשק חם, שימוש בכימיקלים, קפיצה ממקום גבוה וקפיצה למים (TurkStat; Suicide Statistics, 2010; www.tuik.gov.tr, 2011). הרעלת CO הופכת לנפוצה במדינות מסוים שבמערב האוקיאנוס השקט (לדוג', טיוואן). במערב אירופה וצפון אמריקה, שימוש בתרופות ללא-מרשם (בעיקר משככי כאבים) שכיח.

גורמי סיכון

גורמי סיכון מאג'וריים להתאבדות במתבגרים מסוכמים בטבלה E.4.5. כאמור לעיל, ישנו חוסר במחקר על התאבדות בילדים טרם גיל ההתבגרות. טרם נמצאה תבנית ספציפית של גורמי סיכון בקבוצת גיל זו (Kloos et al, 2007). בילדים טרם גיל ההתבגרות, גורמי דחק במשפחה עלולים לשחק תפקיד משמעותי יותר מאשר במתבגרים, בעוד שיתכן שיש פחות השפעה לפסיכופתולוגיה תלוית-גיל (לדוג', שימוש באלכוהול, הפרעה ביפולרית, פסיכוזה).

ההשפעות של גיל ומין תוארו לעיל. מכל מקום, יש לזכור שסיכון סטטיסטי מתייחס לממוצעים בקהילה ויש לו משמעות מוגבלת בהערכה וטיפול במטופלים אינדיבידואליים. לדוגמא, נערה מתבגרת נמצאת בסיכון נמוך סטטיסטית להשלמת התאבדות לאחר ניסיון אובדני מאשר עמיתה הזכר. למרות זאת, הערכה וטיפול אינם ספציפיים לגיל!

ניסיונות אובדניים קודמים

ניסיון אובדני קודם הוא אחד מהמנבאים החשובים ביותר לניסיונות נוספים ולהתאבדות שהושלמה (Spirito & Esposito-Smythers, 2006):

- לכ-30% מהמתאבדים יש עבר של ניסיון אובדני קודם
- לאחר ניסיון אובדני, הסיכון לניסיון נוסף גבוה פי 20 מאשר לאדם ללא עבר של ניסיונות אובדניים

- הסיכון לניסיון אובדני רציני קשור באופן חזק למספר הניסיונות האובדניים הקודמים.

פסיכופתולוגיה היא גורם סיכון מאג'ורי נוסף בילדים ומתבגרים. הפרעות פסיכיאטריות קיימות ב-80% עד 90% מהמתאבדים. הפרעות מצב רוח, חרדה, הפרעות התנהגות ושימוש בחומרים הם המצבים החשובים ביותר. מלבד לתחלואה נלווית, *חומרת הפגיעה בתפקוד הנגרמת ע"י התסמינים הפסיכיאטריים והנטל הכלל של הסימפטומים הם חשובים*. חומרת הפגיעה בתפקוד הקשורה בסימפטומים הסבירה את רוב הסיכון לאובדנות הקשור בהפרעות פסיכיאטריות במחקר

טבלה E.4.5. גורמי סיכון מאג'וריים לאובדנות בקרב מתבגרים*

- ניסיון אובדני קודם
- פסיכופתולוגיה
- במיוחד דיכאון מאג'ורי, הפרעה דו-קוטבית, הפרעת התנהגות והפרעות שימוש בחומרים.
- תחלואה פסיכיאטרית נלווית, במיוחד השילוב של הפרעות מצב רוח, הפרעות התנהגות ושימוש בחומרים.
- קווי אישיות דיספונקציונליים (במיוחד קווי אישיות אנטי-סוציאליים, גבוליים, היסטריוניים ונרקיסיסטיים)
- תחושות של חוסר תקווה וחוסר-ערך
- תוקפנות אימפולסיבית: נטייה להגיב לתסכול או פרובוקציה בעוינות ותוקפנות
- גורמים משפחתיים:
 - היסטוריה משפחתית של דיכאון או התאבדות
 - אובדן הורה עקב מוות או גירוש
 - בעיות במשפחה
- התעללות פיזית או מינית
- חוסר במערכת תמיכה, יחסים בין-אישיים גרועים עם בני קבוצת השווים ותחושות של בידוד חברתי
- "יציאה מהארון" או התמודדות עם רגשות הומוסקסואליים במשפחה, קהילה או סביבת ביי"ס לא-תומכת
- נגישות לאמצעים קטלניים
- חשיפה לאובדנות בעבר (לדוג', התאבדות של חבר או קרוב משפחה; דווחים בתקשורת)

* עובד ע"פ: Cash & Bridge (2009)

– בעיות בשינה – (Foley et al, 2006) Great Smoky Mountains Study. סימפטום בודד – נמצא קשור לאובדנות (Wong et al, 2011). בעיות בשינה בהתבגרות המוקדמת נמצאו קשורות לאובדנות ופגיעה עצמית בהתבגרות המאוחרת, גם כאשר גורמי סיכון אחרים, כולל דיכאון, נוטרלו מבחינה סטטיסטית.

מלבד הנוכחות של הפרעות פסיכיאטריות ברורות, התנהגויות של סיכון בריאותי (התנהגויות הרסניות, מיניות ושימוש בחומרים) קשורות לסיכון גבוה יותר לאובדנות במתבגרים צעירים (Afifi et al, 2008). *תחושות של חוסר תקווה וחוסר ערך כמו גם תוקפנות אימפולסיבית קשורות אף הן לאובדנות*. למרות שמצבים אלו מתרחשים לעתים קרובות בהקשר של דיכאון או הפרעת התנהגות, הם יכולים להיות משמעותיים באנשים ללא הפרעה פסיכיאטרית. נתון זה

מתייחס גם להשפעות המפחיתות-עכבות של אינטוקסיקציה חריפה שיכולות להסביר פעולות אובדניות של אנשים ללא תלות ברורה בחומרים.

התנהגות אובדנית יכולה להתרחש גם בצעירים ללא הפרעה פסיכיאטרית בהווה. במחקר Great Smoky Mountains Study, התאבדות בצעירים בהיעדר הפרעה פסיכיאטרית הייתה קשורה להתנהגות אובדנית בעבר, בעיות עם החוק ובעיות משמעת, והפרעות פסיכיאטריות במשפחה.

הסביבה המשפחתית



אמיל דורקהיים (Emile Durkheim, 1958-1917), פסיכולוג צרפתי, ביקש להסביר התאבדויות כתופעת חברתית.

פסיכופתולוגיה הורית והתנהגויות אובדניות במשפחה קשורה לסיכון מוגבר לאובדנות בצאצאים. הסיכון לאובדנות במשפחות יכול שלא להיות קשור להיסטוריה משפחתית של מחלה פסיכיאטרית. ילדים להורים עם הפרעות מצב-רוח מבצעים יותר ניסיונות אובדניים כאשר יש היסטוריה של אובדנות אצל ההורים בהשוואה לצאצאים להורים ללא ניסיונות אובדניים. פסיכופתולוגיה משפחתית, במיוחד ניסיונות אובדניים באימהות, שימוש לרעה בחומרים בשני ההורים ובעיות במשפחה, מנבאים סיכון מוגבר לאובדנות במתבגרים גם לאחר נטרול ההשפעה של תחלואה פסיכיאטרית נלווית (Pfeffer et al, 1998).

מצוקה

במחקר Great Smoky Mountains Study, עוני היה קשור להתנהגות אובדנית ללא קשר לפרופיל הפסיכיאטרי או לחומרת הפסיכופתולוגיה. יציבות הרשת הפסיכוסוציאלית גם היא רלוונטית. במחקר מדנמרק, שינויים תכופים במגורים היו קשורים בסיכון מוגבר לניסיונות אובדניים ולהתאבדויות שהושלמו בילדים ומתבגרים (Qin et al, 2009). מצוקה רבה יותר בילדות, לדוגמא, התעללות פיזית או מינית ועדות לאלימות במשפחה, נמצאה קשורה לסיכון מוגבר לתחלואה פסיכיאטרית, מחשבות אובדניות וניסיונות אובדניים בבגרות (Afif et al, 2008). חומרת ההתעללות המינית נמצאה בקורלציה לסיכון לניסיונות אובדניים במדגם קנדי (Brezo et al, 2008). ממצא זה נצפה אפילו בילדים טרם גיל ההתבגרות. במחקר על ילדים בני 8 שעברו התעללות, 10% דווחו על מחשבות אובדניות (Thompson et al, 2005).

גורמי דחק

ביריונות קשורה לניסיונות אובדניים והתנהגות של פגיעה עצמית. במחקר מפינלנד קורבנות בתדירות גבוהה בבנות נמצאה קשורה לניסיונות אובדניים והתאבדויות שהושלמו מאוחר יותר אפילו לאחר נטרול פסיכופתולוגיה. ביריונות וקורבנות היו קשורים לאובדנות גם בבנים, אך לא לאחר נטרול סימפטומים של דיכאון והתנהגות הרסנית (Klomek et al, 2009).

גורמי דחק רלוונטיים אחרים כוללים משברים עם החוק או משברים הקשורים למשמעת, מעצר, וקשיים בבית הספר. מבחני השמה תחרותיים ביותר לבתי ספר תיכוניים עלולים לתרום לאובדנות. לדוגמא, בשנת 2010 בטורקיה, 13 אנשים צעירים עד גיל 19 התאבדו, והועלתה ההשערה שההתאבדות הייתה קשורה לכישלון אקדמי שאירע לאחרונה (TurkStat; Suicide) (Statistics, 2010, www.tuik.gov.tr, 2011).

מודלים להתנהגות אובדנית: "אפקט ורתר"

דיונים רבים נערכו בנוגע להשפעת תיאורים של פעולות אובדניות בתקשורת על שכיחות התאבדות. דוגמא קלאסית לכך היא מה שקרה בגרמניה לאחר פרסום הספר הפופולרי של גתה "ייסורי ורתר הצעיר" ב-1774. לאחר פרסום הספר אירעו מספר התאבדויות של אנשים צעירים. אלו יוחסו לתיאור החי והנוגע ללב של הגיבור הצעיר אשר מתוך מצב-עניינים רומנטי הורג את עצמו לאחר שנדחה ע"י אישה שאהב. כתוצאה מכך הספר נאסר לקריאה ברוב אירופה.

מקבצי התאבדויות לאחר דווחים בתקשורת או תיאורים בדיוניים בטלוויזיה אכן מתרחשים ("אפקט ורתר"). על פי מחקר גרמני נטורליסטי (Schmidtke & Hafner, 1988), שידור אופרת סבון שהראתה התאבדות על פסי רכבת של גבר בן 19 הובילה לעלייה של 175% בהתאבדויות על פסי רכבת בקרב נערים בני 15-19. גורמי הקשורים לחיקוי כוללים: זמן (עלייה בהתאבדויות במספר הימים הראשונים שלאחר פרסום), כמות ובולטות הסיכוי התקשורתי, דמיון בין הקורבן למתבגר, היות הקורבן במעמד של סלבריטאי, תיאור ספציפי של ההתאבדות (שיטה, זמן, מקום), דווחים סנסציוניים או רומנטיים, הצעה שישנה מגפת התאבדויות, ותיאור פשטני של הסיבות להתאבדות (ארגון הבריאות העולמי, 2008).

ניסיונות אובדניים והתאבדויות בקרב בני קבוצת השווים גם מעלים את הסיכון (Hazell & Lewin, 1993). מסלולים שונים מובילים למקבצים של התאבדויות. מלבד תסמיני דחק פוסט-טראומטיים, אָבֶל, והיות הקרבן בקשר עם חברים הדומים לו מבחינת פגיעות, גם חיקוי גרידא הוא גורם חשוב.



מיניות

קיימות ראיות טובות לכך שאנשים צעירים הומוסקסואלים, לסביות וביסקסואלים נמצאים בסיכון מוגבר להתנהגות אובדנית (Fergusson et al, 1999; Russell & Joyner, 2001). יתכן והסיכון גבוה אף יותר בתקופה של "יציאה מהארון" או כשהמשפחות אינם תומכות (Ryan et al, 2009).

מגוון רחב של אתרי התאבדות זמינים באינטרנט. יש אתרי "אנטי-התאבדות" שעוזרים, המתחזקים בעיקר ע"י קבוצות לעזרה עצמית, הממשלה או ארגונים בין-לאומיים. מצד שני, ישנם אתרים המשבחים התאבדות, נותנים עצות בנוגע לאמצעים קטלניים, או מציעים קבוצות צ'אט בהם משתמשים יכולים להודיע על כוונתם להתאבד או לקבוע תאריך להתאבדות משותפת. חלק מהאתרים הללו קשורים לתתי-תרבויות ספציפיות (לדוג', תרבות ה-Emo). בנוגע לאתרים בשפה הגרמנית, קיימים כרגע 100 פורומים בנושא התאבדות, 40 מהם נחשבים מזיקים לקטינים.

התנהגות אובדנית

מהלך קליני

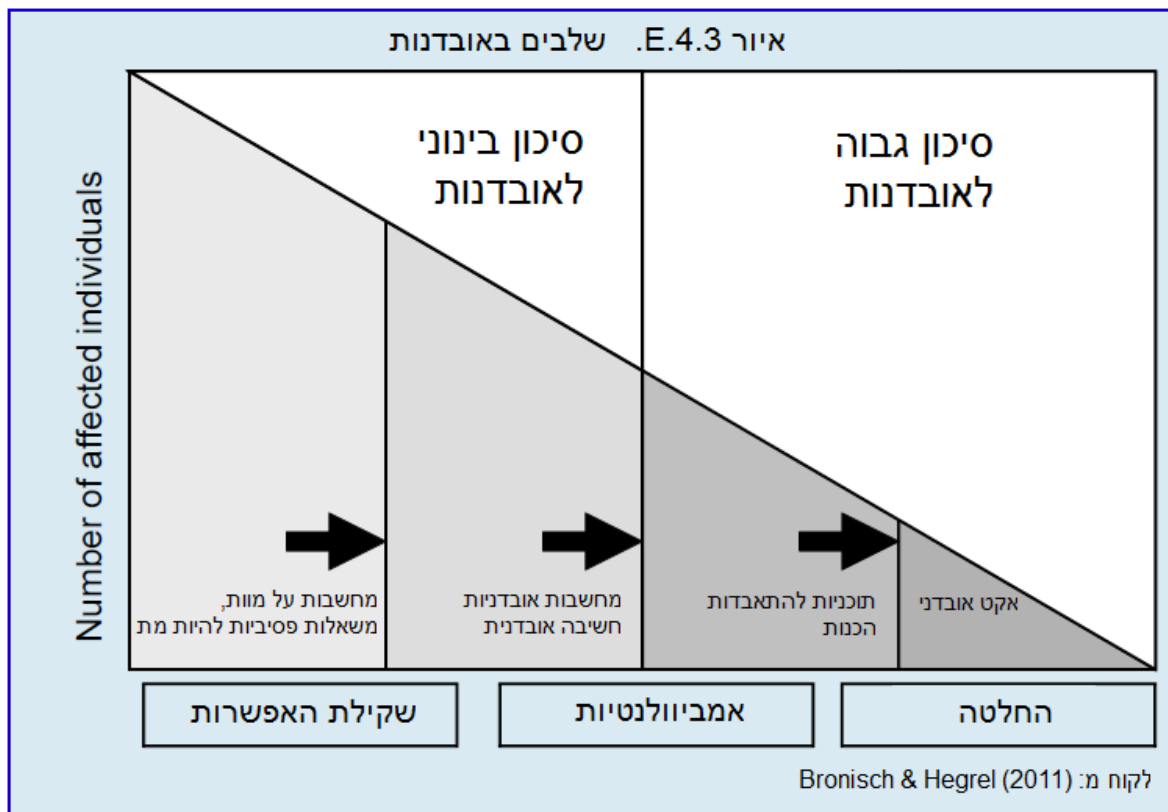
השלבים של התנהגות אובדנית

ניתן לחשוב על אובדנות כעל רצף המשכי שמחשבות על מוות נמצאות בצדו האחד ופעולות אובדניות רציניות בצדו האחר (איור E.4.3; Bronisch & Hegerl, 2011). אובדנות אקוטית מתפתחת לעתים קרובות בצורה מדורגת, עם מחשבות ותוכניות ההולכות וגוברות ונעשות יותר ויותר ספציפיות, אשר גוברות על האמביוולנציה ככל שהפרט הופך ליותר ויותר נחוש.

ככל שחשיבה אובדנית הופכת ליותר ספציפית, "תסמונת קדם-אובדנית" (pre-suicidal) ("syndrome" אופיינית (Ringel, 1976; Ringel in 1959) עלולה להתפתח. על פי ווארנקה (Warnke, 2008) היא מאופיינת ב-:

- רגשות של חוסר תקווה, האשמה עצמית, ושל היות האדם לבד ולא-מובן ע"י אחרים
- רומינציות שליליות ורחמים עצמיים
- חוסר פעילות והסתגרות חברתית
- הפניה של אגרסיות מעוכבות כלפי העצמי (אגרסיה עצמית, auto-aggression)
- פנטסיות ותוכניות אובדניות
- דיספוריה
- תסמינים סומטיים, בעיות שינה, עייפות ואובדן תיאבון

ברגע שמתקבלת ההחלטה להתאבד, האדם האובדני עלול להיות פחות באי-שקט ולהיראות יותר יציב, מה שמוביל לתת-הערכה של הסיכון האובדני ע"י קלינאים. קיומה של תסמונת קדם-אובדנית צריכה להוות סימן אזהרה. מכל מקום, זה יכול להיות פחות תקף עבור ילדים ומתבגרים בהם



התאבדות אימפולסיבית שכיחה יותר מאשר במבוגרים. לכן, חובה לזכור שניסיונות אובדניים יכולים להתרחש בכל אחד מהשלבים המתוארים באיור E.4.3.

התאבדות מתרחשת לרוב במהלך משבר, ובאופן נדיר מתרחשת בהיעדר גורמים חשובים אחרים. על מנת שמשבר זה יתרחש יש צורך בנטייה מוקדמת (predisposition), טריגר, גורם המקל על ביצוע, וזמינות של שיטה להוציא זאת לפועל. המודעות לכך מאפשרת להתערבויות להקטין את הסיכון בשלבים שונים של המשבר.



הקלק על התמונה כדי לשמוע מסר עצמתי נגד אובדנות ("אם אתה שוקל להתאבד, זה בשבילך...") ע"י הראפרית המוכשרת אנג'ל הייז. אזהרה: שפה גסה. (04:12)

- **נטייה מוקדמת.** כפי שדנו קודם לכן, לצעירים המנסים להתאבד יש נטייה מוקדמת לעשות זאת, במקרים רבים כתוצאה מבעיה נפשית, לעתים קרובות דיכאון.
- **טריגר.** רוב ההתאבדויות או הניסיונות האובדניים מתרחשים לאחר מאורע שגרם למתבגר להרגיש עצוב, פוחד או כעוס. קונפליקטים עם אנשים אחרים (הורים, חברים, בית הספר, משטרה) הם טריגרים שכיחים. דוגמאות כוללות משברי משמעת (כשנמצא שהמתבגר עשה משהו לא בסדר כמו לגנוב והוא ממתין לעונש), השפלה בפומבי, איום של פרידה מצד החבר או החברה, וגילוי של התעללות מינית. אלו נתפסים בד"כ כקטסטרופליים יותר ע"י המתבגר מאשר ע"י אחרים.
- **גורם המקל על ביצוע התאבדות.** יש סיכוי רב יותר שהרגשות החזקים שמתעוררים במהלך משבר יובילו להתאבדות אם שיפוטו של האדם הצעיר נפגם ע"י אלכוהול סמים.

גורמים מקלים אחרים כוללים הזדהות עם מישהו שהתאבד שהמתבגר הכיר היטב או העריץ, התאבדות בקרב בני משפחה או חברים, או כאשר למתבגר אין אמונות דתיות חזקות האוסרות על התאבדות.

- **הזדמנות.** לבסוף, צריך שלמתבגר תהיה גישה לאמצעים להתאבד בצורה שמוקבלת עליו. על אף שזה עלול להישמע מוזר, לאנשים יש לרוב רעיון די ברור בנוגע לדרך שבה הם היו רוצים להרוג את עצמם.

כדוגמא, מאפיינים של התפתחות אובדנות הרלוונטיים למניעת אובדנות מופיעים באיור E.4.4 (לקוח מהאקדמיה האמריקאית לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, American Academy of Child Adolescent Psychiatry – AACAP, 2001).

מהלך קליני

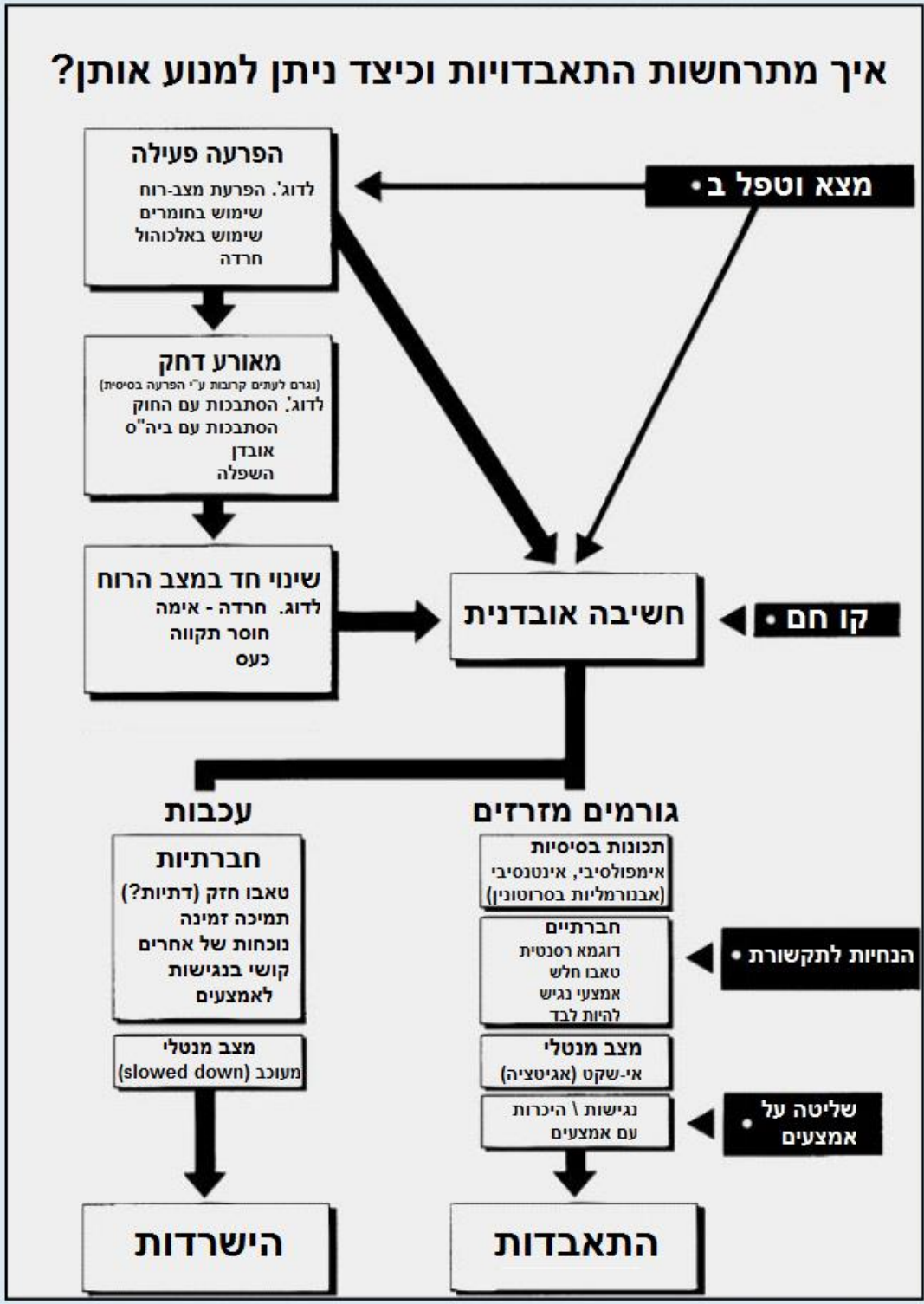
ברוב המחקרים על ההתפתחות הטבעית של התנהגויות של פגיעה עצמית אין הבחנה בין פגיעה-עצמית לא-אובדנית וניסיונות אובדניים. הסיבה לכך קשורה באופן חלקי להישענות המחקר על מידע שנאסף במסגרת טיפול קליני לא-פסיכיאטרי שגרתי (ללא בדיקה מעמיקה בנוגע לכוונה האובדנית). יתרה מכך, בחלק משמעותי מהמטופלים פגיעה עצמית אובדנית ולא-אובדנית מתרחשות ביחד. כפי שצוין לעיל, הסיכון להתאבדות שהושלמה גובר משמעותית באנשים עם ניסיון אובדני קודם: 0.5-2% בשנה, ומעל 5% בתשע שנים (Owens, 2002). שיעורי החזרה גבוהים (לדוג', 16% בשנה, 21% ב-4 שנים, ו-23% מעל ל-4 שנים; Owens, 2002). במדגם גדול מבריטניה של ילדים ומתבגרים עד גיל 15 שהגיעו לבתי חולים כלליים עקב פגיעה עצמית מכוונת, מעקב ארוך-טווח (11 שנים) הצביע על מוות מהתאבדות ב-1% מהמטופלים (Hawton & Harris, 2008). זה משקף סיכון נמוך יחסית להתאבדות שהושלמה במטופלים עם פגיעה-עצמית גם בטווח הארוך. מצד שני, הנתון הזה מצביע על כך שאנשים שפוגעים בעצמם נמצאים בסיכון גבוה יותר פי 100 לאובדנות מאשר באוכלוסייה הכללית.

הערכה

קיימים שאלוני סקר זמינים להערכת סיכון לאובדנות בילדים ומתבגרים אך לא נדון בהם כאן משום שרובם זמינים רק באנגלית ויתכן ומידע בנוגע למאפיינים הפסיכומטריים שלהם ולתרגומים הספציפיים הקיימים עבורם אינו זמין (הקורה המעוניין מופנה ל-AACP, 2001).

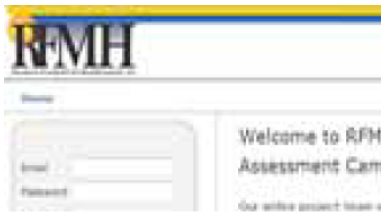
אנו מתארים כאן את סקלת דירוג חומרת האובדנות של קולומביה (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS) עקב תפוצתה הרחבה ולאור תרגומה למעל 100 שפות. ה-C-SSRS נבנתה לצורך הבחנה בין מחשבות אובדניות להתנהגות אובדנית באמצעות מדידת ארבעה מבנים:

איור E.4.4. מודל להתפתחות של אובדנות עם סוגי התערבויות מניעתיות מכוונות מטרה



Reproduced with permission from Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 40 (sup):24S-51S. ©2001 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

- (1) חומרת החשיבה האובדנית (רצון למות, מחשבות אובדניות פעילות בלתי-ספציפיות, מחשבות אובדניות עם תוכניות, כוונה אובדנית, וכוונה אובדנית עם תוכנית)
- (2) עצמת החשיבה האובדנית (תכיפות, משך, מידת השליטה על המחשבות, גורמים מרתיעים, והסיבה לחשיבה האובדנית)
- (3) התנהגות (ניסיונות שמומשו, שבטלו, או שהופסקו ע"י אחרים; התנהגויות של הכנה; והתנהגויות של פגיעה עצמית לא-אובדנית)
- (4) קטלניות.



הקלק על התמונה כדי לגשת לתוכנית להכשרה בסקלת דירוג חומרת האובדנות של קולומביה (C-SSRS).

פותחו טפסים שונים של הסקלה הזו, כולל גרסאות לילדים. הטפסים זמינים באתר ה-C-SSRS. המאפיינים הפסיכומטריים נראים טובים (Posner et al, 2011), וזמן העברת הסקלה הוא מספר דקות בלבד. יש באתר תוכנית הכשרה זמינה הנחוצה למחקרים קליניים ומומלצת מאוד בפרקטיקה הקלינית לפני שמעבירים את ה-C-SSRS.

סקאלות דירוג עשויות להיות מועילות למטרות סקר –

לדוגמא, בפרויקטים של מניעה על מנת לזהות אנשים הנמצאים בסיכון. מכל מקום, יש צורך בהערכה קלינית ע"י איש מקצוע מיומן על מנת להעריך את הסיכון לאובדנות. ההערכה צריכה לכלול בדיקה גופנית ופסיכיאטרית, כולל קבלת היסטוריה מקיפה (באמצעות מידע מהמטופל, ההורים ובני או בנות זוג) על מנת לקבל מידע אודות גורמי דחק פסיכוסוציאליים אקוטיים, אבחנות פסיכיאטריות, הסטטוס המנטלי הנוכחי והנסיבות של ניסיונות אובדניים קודמים.

יש לדבר עם המטופל באווירה תומכת ולהתייחס באופן ישיר ופתוח לאובדנות. אין סיכון לגרום לאובדנות בגלל שדיברנו על כך; יש סיכון בהתעלמות מאובדנות אם נמנעים מהנושא. ההערכה צריכה להיות מדורגת, משאלות כלליות לשאלות ספציפיות. דוגמאות לשאלות שניתן להשתמש בהם כשאלות סקר לאובדנות מופיעות בטבלה E.4.6. ניתן לדלג על המשך ההערכה אם ניתן לשלול סיכון אקוטי לאובדנות. מצד שני, החקירה צריכה להיות מפורטת יותר אם מתגלים גורמי סיכון לאובדנות.

חקירה מתוחכמת תכלול הערכה מקיפה של כל גורמי הסיכון לאובדנות; אלו מסוכמים בטבלה E.4.7 ו-E.4.9 (Warnke, 2008), כולל:

- גורמי סיכון אינדיבידואליים בהווה
- גורמי סיכון אינדיבידואליים (מההיסטוריה של המטופל) ומשפחתיים (מההיסטוריה המשפחתית) בעבר
- מאפיינים ספציפיים של ניסיונות אובדניים קודמים

טבלה E.4.7. גורמים המצביעים על סיכון אקוטי לאובדנות – גורמים אישיים בהווה (מבדיקת הסטטוס המנטלי)

חשיבה אובדנית:

- המטופל לא עוזב את נושא האובדנות גם לאחר שיחה ארוכה
- מחשבות אובדניות הלוחצות לפעולה, המתרחשות באופן ספונטני
- תוכנית אובדנית ספציפית (שיטה, מקום, זמן, מאפיינים ספציפיים אחרים)
- הכנות להתאבדות, במיוחד במקרה של שיטה אלימה; הכנות לפרידה
- דימוי אלטרואיסטי (פסאודו-אלטרואיסטי) של התאבדות; רעיונות של הקרבה-עצמית

סימפטומים ותחלואה נלווית:

- חוסר תקווה בולט (היעדר תוכניות לעתיד; הישגים אקדמיים נמוכים; כישלון בעבודה; הקונפליקט שהוביל למחשבות האובדניות נותר לא-פתור)
- הסתגרות חברתית לאחרונה
- אי-שקט רב, רגזנות, תוקפנות, חוסר-יציבות רגשית או פאניקה
- המטופל תחת השפעת חומרים (אלכוהול, סמים)
- סימפטומים פסיכוטיים אקוטיים
- ליקוי בשליטה בדחפים ועכבות (לדוג', במקרה של שכרות, דליריום או מאניה)
- סימפטומים של דיכאון חמור
- סימפטומים בולטים של הפרעת אישיות או הפרעת התנהגות, במיוחד בשילוב עם שימוש לרעה באלכוהול

גורמים חשובים אחרים:

- לא ניתן לבסס קשר טיפול יציב
- המטופל עושה מאמצים להתקבל לאשפוז
- מועד הבדיקה פחות משנה לאחר ניסיון אובדני קודם

יש לקחת בחשבון שילוב של מספר גורמי סיכון בו-זמנית, כפי שמודגם בקטעי המקרים הבאים:

• נערה בן 14 לא היתה בטוחה בנוגע לנטייה המינית שלה; היו לה רגשות רומנטיים כלפי נערה בכיתה שלה שדחתה אותה בחריפות לאחרונה. הנערה התדרדרה בלימודים ונעשה מדוכאת יותר ויותר במהלך שלושת החודשים שקדמו להערכה. הנערה הופנתה להערכה לאחר שכתבה מכתב התאבדות בחדר צ'אט. הוריה דווחו שהדוד שלה נפטר כתוצאה מהתאבדות שנתיים קודם לכן.

• נער בן 16 הופנה להערכה פסיכיאטרית ע"י המלר"ד שם טיפלו בו בחתכים בשורשי כפות הידיים שנגרמו עקב פגיעה עצמית. בנוסף, הוא היה שיכור. האיש הצעיר נשא סטיגמה של המנגיומה מולדת בלחיו השמאלית. הוא גדל אצל אימו שהיתה חד-הורית, היא נכנסה להיריון שלו כשהיתה בת 17; לא היתה לה מערכת יחסים יציבה. הנער דיבר על ניסיונות התאבדות שארעו לאחרונה אצל חבריו לכיתה.

טבלה E.4.6. דוגמאות לשאלות סקר להערכת סיכון לאובדנות

(DGPPN, 2009)

- "האם היו לך מחשבות שאתה לא רוצה לחיות יותר או שלא שווה לחיות?"
- "האם זה קורה לעתים קרובות?"
- "האם אתה חושב על זה בלי להתכוון? כלומר, האם המחשבות האובדניות הטרידו אותך?"
- "האם הצלחת לדחוק את המחשבות הללו הצידה?"
- "האם יש לך מחשבות ספציפיות כיצד היית עושה את זה?"
- "האם יש לך תוכניות או עשית הכנות?"
- "האם יש משהו שמונע ממך לעשות את זה?"
- "האם אתה מדבר עם מישהו על המחשבות האובדניות שלך?"
- "האם אי פעם ניסית להתאבד?"
- "האם מישהו מבני משפחתך או חבריך או מכריך התאבד?"

טבלה E.4.8. גורמים המצביעים על סיכון אקוטי לאובדנות – גורמים אישיים בעבר (מההיסטוריה של המטופל) ובמשפחה (מההיסטוריה המשפחתית)

היסטוריה של המטופל

- ניסיונות אובדניים קודמים
- התאבדויות בסביבת המטופל

גורמים דחק חברתיים

- אובדן של אדם קרוב, במיוחד הורה, עקב התאבדות, תאונה, מוות טבעי, פרידה, גירושים, או היעדרות ממושכת
- סיום של מערכת יחסים קרובה (רומנטית או חברית)
- היעדר אנשי קשר חברתיים ובעיות בהשתלבות בקבוצת השווים המובילים לרגשות של בדידות ודחיה, במיוחד במקרה של הגירה או רילוקיישן

סימפטומים ותחלואה נלווית

- התנהגות אגרסיבית ועבריינות
- הפרעות פסיכיאטריות, במיוחד דיכאון ושימוש לרעה או תלות בחומרים ממכרים
- ילדים: משמעת לקויה, היעדרות מבית הספר

גורמים חשובים אחרים

- היעדר דת או השתייכות דומה
- קונפליקטים שנראים לכאורה בלתי-פתורים עקב היריון לא רצוי
- קונפליקטים בנוגע להומוסקסואליות

היסטוריה משפחתית

- התאבדות או ניסיונות אובדניים אצל בני משפחה
- פסיכופתולוגיה של האב
- היסטוריה משפחתית של אלימות או שימוש לרעה בחומרים
- קשרים בלתי-יציבים וקונפליקטים בלתי-פתורים במשפחה, היעדר תמיכה חברתית מצד בני המשפחה



גישה לאמצעים קטלניים מגבירה את הסיכון להתאבדות.

טבלה E.4.9. גורמים המצביעים על סיכון אקוטי לאובדנות – מאפיינים של ניסיונות אובדניים בעבר

- ניסיונות אובדניים או מחשבות על התאבדות ב-"שיטה קשה" (לדוג', תלייה, שימוש בנשק חם, קפיצה ממקום גבוה, קפיצה או שכיבה בפני רכב נוסע)
- המטופל חשב היטב על ניסיון ההתאבדות עם תכנון ברור
- סיכוי נמוך לעזרה או התערבות (נעשו ניסיונות ספציפיים על מנת למנוע שימצאו אותו, לדוג', ניסיון התאבדות במקום במבודד, רחוק מאחרים, הזמן נבחר על מנת למנוע שימצאו אותו, לא הודיע לאחרים לאחר האקט האובדני)
- המטופל הודיע לאחרים על כוונתו להתאבד, כתב מכתב התאבדות
- המטופל ביטא כוונה מפורשת למות, ללא תחושת הקלה על כך שנשאר בחיים

טבלה E.4.10. נושאים ספציפיים בהערכה של ילדים טרם גיל ההתבגרות – דוגמאות ושאלות*

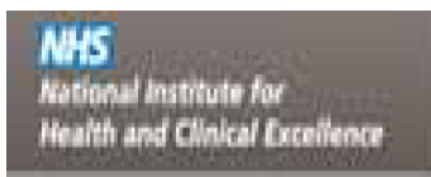
ראיון עם ילדים שיכולתם לתפוס מושגים של זמן, סיבתיות ומוות עלולה להיות מוגבלת:

- "האם אתה חושב על להרוג את עצמך יותר מפעם או פעמיים ביום?"
- האם ניסית להרוג את עצמך מאז הקיץ האחרון \ מאז שהתחיל בית הספר?"
- "מה אתה חושב שיקרה אם תנסה לקפוץ מהחלון?"
- מה יקרה אם תמות, איך זה יהיה?"

ראיון עם הורים על חשיבה והתנהגות אובדנית אצל ילדיהם:

- "מה קרה בדיוק (צעד אחרי צעד) ביום שבו הילד שלך דיבר על כך שהוא רוצה או ניסה לפגוע בעצמו?"
- "כיצד גילית שהילד שלך חשב או ניסה לפגוע בעצמו?"
- "מה עשית כאשר הילד שלך חשב או ניסה לפגוע בעצמו?"
- "מה קרה אחרי שהילד שלך חשב או ניסה לפגוע בעצמו?"

* Jacobsen et al. (1994)



הקלק כאן כדי לראות את הנחיות NICE: "פגיעה-עצמית: ניהול גופני ונפשי קצר-טווח ומניעה שניונית של פגיעה-עצמית בטיפול ראשוני ושניוני."

בטבלה E.4.10 מופיעים דוגמאות לסוג הנושאים שיש לחקור בזמן הערכת הסיכון לאובדנות בילדים בטרם גיל ההתבגרות. מלבד הנושאים שכבר הוזכרו, היבטים ספציפיים מתייחסים לקשיים בראיון עם ילדים שההבנה שלהם של זמן, סיבתיות ומוות יכולה להיות בלתי-מספקת.

הערכת סיכון

סיכון אקוטי לאובדנות נמוך אם:

- לא קיימת הפרעה פסיכיאטרית מאג'ורית המצריכה טיפול
- המטופל מסוגל ליצור ברית טיפולית מספקת עם הקלינאי
- המטופל שניסה "להתאבד" לא התכוון למות
- המטופל מצהיר בצורה ברורה ואמינה שניסיון חוזר לא יתרחש

הקלק כאן כדי לצפות בהנחיות NICE: "פגיעה-עצמית: ניהול בטווח הארוך"

טבלה E.4.11: הערכת סיכון לאובדנות*

סיכון גבוה	סיכון בינוני	סיכון נמוך
<p>מצב מנטלי "בסיכון" ('At risk' mental state)</p> <ul style="list-style-type: none"> • מדוכא • פסיכוטי • חוסר תקווה, ייאוש • אשמה, בושה, כעס, אי-שקט • אימפולסיביות 	<p>דוגמאות:</p> <ul style="list-style-type: none"> • דיכאון בינוני • עצבות מסוימת • סימפטומים פסיכוטיים כלשהם • רגשות מסוימים של חוסר תקווה • כעס ועוינות בינוניים 	<p>דוגמאות:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ללא דיכאון או דיכאון קל • ללא סימפטומים פסיכוטיים • חש תקווה בנוגע לעתיד • מידה קלה או ללא כעס ועוינות
<p>ניסיון אובדני או מחשבות אובדניות</p> <ul style="list-style-type: none"> • מידת כוונה • מידת הקטלניות • זמינות אמצעים • ניסיון אובדני קודם 	<p>דוגמאות:</p> <ul style="list-style-type: none"> • מחשבות תכופות • ניסיונות מרובים עם קטלניות נמוכה • איומים חוזרים 	<p>דוגמאות:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ללא מחשבות או מחשבות מעורפלות • ללא ניסיון בזמן האחרון או ניסיון בזמן האחרון אם כוונה נמוכה וקטלניות נמוכה
<p>הפרעת שימוש בחומרים (שימוש לרעה באלכוהול או בסמים אחרים)</p>	<p>• סיכון לאינטוקסיקציה, שימוש לרעה או תלות.</p>	<p>• ללא שימוש בחומרים, או שימוש לעתים רחוקות.</p>
<p>מידע ממקורות נוספים</p> <ul style="list-style-type: none"> • הטראומה ממשפחה, מטפלים • רשומות רפואיות • נותני שירות ומקורות אחרים 	<p>• גישה חלקית למידע ממקורות אחרים</p> <p>• ספק בנוגע לסבירות תיאור האירועים שמסר המטופל</p>	<p>• יש גישה למידע ממקורות אחרים או שניתן לאמת את המידע ותיאור האירועים שמסר המטופל (מבחינת היגיון וסבירות)</p>
<p>כוחות ותמיכה (התמודדות ומידת הקשר)</p> <ul style="list-style-type: none"> • מתבטא ומתקשר • מידת זמינות התמיכה • המידה בה האנשים רוצים ויכולים לתמוך 	<p>דוגמאות:</p> <ul style="list-style-type: none"> • המטופל אמביוולנטי • קישוריות נמוכה • מעט קשרים, אנשי הקשר עשויים להיות זמינים אך אם אינם רוצים לא יכולים לעזור באופן עקבי • סימפטומים מנטליים בעצמה בינונית בבני משפחה • הורות חסרת יציבות או דיספונקציונליות במידה מסוימת 	<p>דוגמאות:</p> <ul style="list-style-type: none"> • המטופל מקבל עזרה • נוצרת ברית טיפולית • קישוריות גבוהה, קשרים ומקורות תמיכה טובים • אנשי הקשר רוצים ומסוגלים לעזור באופן עקבי • סביבה משפחתית תומכת
<p>פרקטיקה רפלקטיבית</p> <ul style="list-style-type: none"> • הרמה והאיכות של מעורבות המטופל • המידה בה רמת הסיכון ברת שינוי • הביטחון בהערכת רמת הסיכון 	<p>• ביטחון נמוך בהערכה או שהמצב נתון לשינוי במידה גבוהה או שלא נוצר קשר טיפולי</p> <p>• מעורבות נמוכה של המטופל</p>	<p>• ביטחון גבוה בהערכה, מידה נמוכה של היות המצב נתון לשינוי</p> <p>• קשר טיפולי טוב, מעורבות טובה של המטופל</p>

ללא סיכון (הנראה לעין): לאחר הערכה מקיפה לסיכון לאובדנות, אין כל עדות כי האדם נמצא כעת בסיכון. ללא מחשבות אובדניות וללא ניסיונות אובדניים קודמים. למטופל יש מערכת תמיכה חברתית טובה.

* עובד ע"פ: NSW Department of Health (2004, עמ' 20)

טבלה E.4.12. הערכה אקוטית של התנהגות אובדנית*
סיכון גבוה, המצב נתון לשינוי במידה רבה, או בטחון נמוך בהערכה: הערך מחדש בתוך 24 שעות
<ul style="list-style-type: none"> • וודא שהמטופל נמצא בסביבה בטוחה בצורה הולמת • ארגן הערכה חוזרת בתוך 24 שעות • ארגן ניהול מתמשך ומעקב צמוד • הכן תוכניות לשעת חירום להערכה-חוזרת במהירות במידה ומתפתחת החמרה בסימפטומים או במצוקה
סיכון בינוני (סיכון משמעותי אך בינוני): הערך מחדש בתוך שבוע
<ul style="list-style-type: none"> • ארגן הערכה-מחדש בתוך שבוע • הכן תוכניות לשעת חירום להערכה-חוזרת במהירות במידה ומתפתחת החמרה בסימפטומים או במצוקה
סיכון נמוך (סיכון מוגדר אך נמוך): הערך מחדש בתוך חודש
<ul style="list-style-type: none"> • ארגן הערכה חוזרת בתוך חודש (יש לקבוע את הזמן המדויק עד להערכה החוזרת על בסיס שיקול דעת קליני) • הערך-מחדש בתוך שבוע משחרור מאשפוז • ספק מידע כתוב בנוגע למקורות שירות להערכה וטיפול קליני הזמינים 24 שעות ביממה
NSW Department of Health (2004a, עמ' 21).

- למטופל יש תקוות לעתיד ויש לו מטרות קונקרטיות בנוגע ללקיחת חלק בפעילויות יומיומיות
- קיימת תמיכה חברתית ומשפחתית יציבה וזמינה
- לא קיימים גורמי-דחק משמעותיים.

לעתים קרובות לא ניתן לשלול סיכון לאובדנות באופן דפיניטיבי ויש צורך בהערכת רמת הסיכון. בטבלה E.4.11 מופיע סיכום של גורמים שיש צורך לשקול לצורך סווג מטופלים כנמצאים בסיכון גבוה, בינוני, נמוך או ללא סיכון נראה-לעין לאובדנות (NSW Department of Health, 2004a).

יש צורך לתת את הדעת לפוטנציאל השינוי של הסיכון לאובדנות (הסיכון לאובדנות אינו קבוע, הוא משתנה בהתאם לשינויים במצב המנטלי, מערכות יחסים וגורמי דחק) ולמידת הביטחון בהערכה. ניתן לייחס מידה נמוכה של ביטחון בנוגע ל-: (1) גורמים הקשורים לאדם עצמו (לדוג', מחלת נפש, המטופל שרוי באינטוקסיקציה); (2) גורמים הקשורים לסביבה החברתית (לדוג', גירושין עם מאבק על משמורת שגורמים לאחד ההורים לשמור על שתיקה בנוגע לבעיות), או (3) גורמים הקשורים לתהליך ההערכה (לדוג', הערכה לא מלאה, המטופל מסרב למסור מידע) (NSW Department of Health, 2004a).

ניהול התנהגויות אובדניות

טיפול מיטבי בילדים ומתבגרים עם התנהגות אובדנית דורש רצף של שירותים הכוללים טיפול במסגרת התערבות דחופה, מרפאות חוץ, טיפול ביתי, אשפוז יום ואשפוז מלא (Steele & Doey, 2007). בפועל, מכל מקום, זה לא אפשרי עקב מחסור במשאבים.

הצעד הראשון בניהול אובדנות הוא לוודא שהילד או המתבגר שנמצא בסיכון הינו בטוח ומקבל תמיכה. אסטרטגיית הניהול תלויה ברמת הסיכון, במידת הפוטנציאל לשינוי בו ובמידת הביטחון בהערכה (ראה טבלה E.4.12).

במחלקה לרפואה דחופה (מלר"ד), אנשים צעירים שביצעו ניסיון אובדני צריכים לעבור הערכה ע"י איש מקצוע בריאות הנפש, כולל ראיונות עם ההורים או קרובים והערכת סיכון יסודית. יש להכשיר את הצוות לתת טיפול לצעירים אובדניים, שלעתים קרובות צוות המלר"ד אינו מחבב אותם. יש לטפל בצעירים אובדניים באותה מידה של כבוד ותשומת לב כמו כל מטופל אחר, ולהימנע מלהאשים אותם בכך שסיכנו את חייהם או לעשות מאמצים לעודד אותם מתוך כוונה טובה תוך כדי התעלמות מחומרת מצבם המסוכן. בטרם השחרור, חיוני להכין תוכנית להתמודדות עם המשבר, ולוודא כי קיימת אפשרות זמינה ליצירת קשר לתמיכה (לדוג', טלפון) במשך 24 שעות ביממה. "צעדים לביצוע" עבור התוכנית לשעת חירום יהיו תלויים בעצמתו של המשבר הרגשי ויש לעצבם תוך שיתוף פעולה עם המטופל והוריו (NSW Department of Health, 2004a). לפני שמשחררים מטופל מהיחידה לרפואה דחופה או ממרכז להתערבות במשבר, תמיד הכרחי:

- לייעץ למטופל ולמשפחתו בנוגע להשפעות משחררות-העכבות של סמים ואלכוהול
- לבדוק שניתן לאבטח או להסיר נשק חם ותרופות או חומרים קטלניים
- לבדוק שיש אדם תומך בבית
- לבדוק שנקבע תור לפגישת מעקב (טבלה E.4.12)

בנוסף, חוזה נגד אובדנות עשוי להיות מועיל (כאשר הוא מגובש כהתחייבות ע"י המטופל ולא כביטוח לאיש מקצוע הבריאות, מאחר ואין ראיות אמפיריות שחוזים נגד אובדנות באמת יעילים). חוזה נגד אובדנות כולל בד"כ: (1) אישור שהמטופל לא יסכן את חייו במשך פרק תקופת זמן מוגדרת (לדוג', עד היום שלמחרת, או עד הפגישה הבאה עם המטפל); (2) התחייבות של המטופל להיענות לטיפול; (3) התחייבות של המטופל לשתף פעולה עם התוכנית לשעת חירום.

ניהול אובדנות בצעירים דורש תקשורת ברורה עם האדם הצעיר והמשפחה. זה נכון גם בנוגע לתקשורת עם בית הספר, אשר יש לנסות ליצור תמיד לאחר קבלת רשות מהאדם הצעיר והמשפחה.

נער בן 14 (מיכאל) שוטט על פסי רכבת והוזה משם ע"י עובדי הרכבת. נוצר קשר עם המשטרה והם הפנו את מיכאל לשירותי בריאות הנפש לילדים. במהלך ההערכה מיכאל הודה שהוא זייף שוב ושוב את תעודות הציונים שלו כדי להסתיר את ציוניו הנמוכים. בקרוב הייתה אמורה להתקיים פגישה בין הוריה והמורה בבית הספר, והאמת הבלתי-נמנעת הייתה נחשפת. מיכאל פחד מתגובת הוריו, ולא היה לו מושג כיצד להתמודד עם המצב. הוא חשב שהדרך היחידה להימנע מהעימות עם הוריו היא להיפצע או להיהרג על פסי רכבת. מלבד הישגיו הגרועים בבית הספר, לא היה ניתן לזהות גורמי סיכון אחרים לאובדנות. הוא שוחח עם הוריו על מעשיו השגויים והם קיבלו את התנצלויותיו. מאחר ולא היו סימפטומים אחרים של הפרעות פסיכיאטריות אחרות, ומאחר ולא הייתה עוד בכוונתו לפגוע בעצמו, הוא שוחרר היחידה הפסיכיאטרית של הילד יום לאחר קבלתו. נקבעה פגישה עם פסיכיאטר ילדים ל-3 ימים לאחר שחרורו. מיכאל והוריו הסכימו שעירוב בית הספר צריך להיות חלק מתוכנית הניהול. ציונים גרועים ופגישה ההולכת ומתקרבת עם מנהל בית הספר עדיין היו מוקד לדאגה עבורו.

התוכנית לשעת חירום שהוכנה בשיתוף עם מיכאל והוריו הייתה כדלקמן:

1. עבור מיכאל: אם אני מרגיש מיואש ויש לי דחף חזק לפגוע בעצמי, אדבר בפתיחות עם ההורים שלי. אנחנו ניצור קשר עם <שם של איש מקצוע בריאות הנפש>.
2. עבור מיכאל: אם הורי לא יהיו באותו זמן, אפנה לאדם שאני סומך עליו <שמות של אנשים>. אם אף אחד מהאנשים הללו לא נמצא, אצור קשר עם <שם של איש מקצוע בריאות הנפש> בעצמי.
3. עבור מיכאל והוריו: אם לא ניתן ליצור קשר עם <שם של איש מקצוע בריאות הנפש> נתקשר ל- <מספר קו החירום של היחידה לבריאות הנפש של הילד> ונבקש פגישה מידית. צוות <שם היחידה לבריאות הנפש של הילד> יציעו פגישה בתוך מספר שעות.
4. עבור הוריו של מיכאל: אם מיכאל ירגיש כפי שתואר למעלה, אחד מאתנו יישאר איתו עד לפגישה. במידה ולא ניתן לעשות זאת, נתקשר ונבקש פגישה דחופה כפי שתואר למעלה.
5. אם מאיזושהי סיבה <שם של איש מקצוע בריאות הנפש> לא יוכל להציע פגישה, תאורגן פגישה עם עמית-למקצוע אחר במקום זאת.

מסרים חשובים לצעיר האובדני, להוריו ולמוריו

חיוני שקלינאים ישרו ביטחון ויתנו את הרושם שהם מכירים את סוג הבעיה הזו ושהם בשליטה, ימנעו מתדלוק של דרמה מיותרת וירגיעו את כל המעורבים. מכל מקום, יש להיזהר מלהונות את ההורים או להבטיח דברים שלא ניתן לקיים.

מסרים לצעיר האובדני:

- הדאגה העיקרית שלי היא בטיחותך ואנסה לשמור עליה בצורה הטובה ביותר שאני יכול
- הטיפול בך ישמר בסוד אלא אם כן תיתן את הרשות לדון בו עם אנשי מקצוע אחרים או אם קיים סיכון מידי לחיים שלך או של אחרים
- צעירים רבים חושבים על התאבדות וחלק מהם מנסים להרוג את עצמם בשלב זה או אחר
- ניתן לשנות כמעט כל החלטה שאתה עושה. למרות זאת, מוות הוא סופי ובלתי ניתן לתיקון. שווה לקחת את הזמן לשקול את הטיעונים בעד ונגד
- אנו רוצים לדעת עוד עליך. ביחד נוכל להבין את הנסיבות שהובילו אותך למשבר הזה
- לכל צעיר אובדני שפגשתי היו סיבות להתנהגות של הרס-עצמי שלו אך ברוב המקרים הם השתנו עם הזמן
- אני בטוח שביחד נוכל למצוא דרך לצאת מהמצב הקשה שנקלעת אליו – גם אם נראה לך עכשיו שלא ניתן לעשות זאת
- כצעד ראשון, ננסה לגבש תוכנית לשעת חירום איתך ועם ההורים שלך

מסרים להורים ולמטפלים בילד:

- מחשבות וניסיונות אובדניים אינם נדירים באנשים צעירים. ברוב המקרים מדובר במשבר אקוטי שמתגברים עליו במשך פרק זמן קצר. אנו מכירים את הניהול של משברים אובדניים ונדון אתכם בצורה כנה בכל שלב.
- כמו בכל טיפול רפואי, אנו מחויבים לשמירה על סודיות. במהלך הטיפול

יתכן ויהיה חיוני ליצור קשר עם אנשי מקצוע אחרים (לדוג', מורים, פסיכולוגים). מכל מקום, הקשר ייווצר רק בהסכמת הילד שלכם או אם קיים סיכון מידי לחייו.

• העדיפות הראשונה היא שמירה על הבטיחות של ילדכם. יש צורך בהשגחה צמודה עד שנוכל להעריך את הסיכון האובדני. בהתאם להערכת הסיכון, נחליט לאחר התייעצות אתכם ועם ילדכם על האפשרויות להמשך טיפול.

• כצעד ראשון נגבש ביחד אתכם תוכנית לשעת חירום עבורכם, עבור ילדכם ועבורנו.

תכנון תוכנית לשעת חירום

(NSW Department of Health, 2004 עמ' 23).

תכנון תוכנית לשעת חירום מצריכה את הקלינאי ואת האדם בסיכון לצפות להחרפות אפשריות ברמת הסיכון כגון:

- התדרדרות ביחסים במשפחה
- החמרה בסימפטומים (דיכאון, אינסומניה, הזיות, רגשות אובדניים)
- חוסר-זמינות זמנית של הקלינאי או של צוות הטיפול האקוטי

ניתן ליצור, למסור ולתעד תוכניות לשעת חירום באופן הבא:

• אם למטופל <לדוג', יש החמרה במחשבות אובדניות> הוא <כאן יש לציין את הפעולות שיש לבצע, לדוג', להתקשר לד"ר פ.א. ולדבר עם הוריו על כך>

• המשפחה <כאן יש לציין את הפעולות שעל המשפחה לבצע, לדוג', יודאו שהמטופל לא נשאר לבד, יתקשר לד"ר פ.א., יתנו למטופל את התרופות שנרשמו לו>

• שירות בריאות הנפש <כאן יש לציין את הפעולות שצוות השירות יבצעו, לדוג', יארגנו פגישה דחופה, יבצעו ביקור בית>

- ההתמודדות עם התנהגות אובדנית יעילה רק אם יש שיתוף פעולה בינכם, ילדכם והצוות המטפל.

יש לתת להורים מידע ספציפי על מסגרות ואפשרויות הטיפול בילדם. יש לתת להם את האפשרות לבטא את דעתם ואת רגשותיהם. יש לתת אפשרות ליצירת קשר ללא תיאום (בטלפון או פנים מול פנים) על מנת להתמודד עם התנהגות אובדנית, או במקרה שיש להם שאלות מדאיגות או תלונות בנוגע לניהול המצב.

מסרים למורים ולצוות בית הספר:



הקלק על התמונה על מנת לצפות בג'ונה מורי חולק את סיפורו על 8 שנים של הצקות מבריונים ופגיעה-עצמית, וחששותיו לגבי העתיד (04:36)

- הצעיר האובדני יחזור לבית הספר לאחר שבוצעה הערכת סיכון על פיה הגיעו למסקנה שהוא יציב מספיק על מנת לקחת חלק בפעילויות בית ספר.
- בטרם יחזור לבית הספר, תגובש תוכנית לשעת חירום. תוכנית זו תכלול עצות בנוגע למה צוות בית הספר יכול לעשות ועם מי ליצור קשר במקרה שעולה דאגה בקשר לתלמיד.
- מאחר ובית הספר מהווה חלק חשוב מחייו של אדם צעיר, מורים ושאר צוות בית הספר יכולים לסייע לעזור לתלמידים להסתגל לאחר משבר אובדני. יקויים דיון עם צוות בית הספר, המשפחה ואנשי מקצועות הבריאות בנוגע לאסטרטגיות ספציפיות.
- על המורים לדבר באופן סדיר עם התלמיד ועם הוריו על מנת לעקוב אחר ההתקדמות שלו.
- אובדנות היא תופעה דינמית, לא קבועה. לכן, תלמידים עלולים לחוות משבר שוב. על המורים לחוש בנוח לדבר עם התלמיד בפתחות במידה והם מודאגים שהוא מתדרדר. הימנעו מוויכוחים או ממתן עצות נמהרות, ובמקום זאת דברו עם הרופא המטפל.
- אסטרטגיות כלליות במקרה של משבר אובדני כוללות:
 - אל תשאירו את התלמיד האובדני לבדו, אפילו לא לזמן קצר; לוו את התלמיד הרחק משאר התלמידים אל מקום בטוח.
 - שאלו אם יש ברשותו תרופות או חפצים העלולים להיות מסוכנים. אם יש ברשותו חפצים מסוכנים נסו לשכנע אותו לתת לכם אותם, אך אל תיכנסו לעימות פיסי.
 - אם התלמיד מחזיק בחפצים מסוכנים, מביע כוונות ברורות להתאבד, או נמצא באי-שקט, הזמינו אמבולנס ומשטרה והתקשרו להורי התלמיד.
 - אם התלמיד משתף פעולה, התקשרו להורים ובקשו מהם לאסוף את ילדם.
 - אמרו לתלמיד ולהוריו שברצונכם ליצור קשר עם שירותי בריאות הנפש המטפלים בילד על מנת להודיע להם על המצב.
- על צוות בית הספר לתעד את כל הפעולות שננקטו.

לאשפז או לא לאשפז

אי אפשר ולא צריך לאשפז בבית חולים את כל האנשים הנמצאים בסיכון לאובדנות. אשפוז עשוי להועיל אך במעט או אפילו להזיק לאנשים מסוימים. שיקולים רבים מעורבים בהחלטה לאשפז – זמינות המשאבים, זמינות מיטות בבית החולים, רשתות תמיכה לא-רשמיות ומסורות תרבותיות יכולים כולם לשחק תפקיד בהחלטה – אין כללים נוקשים ומהירים, אלא יש לקבל את ההחלטה על בסיס שיקולים קליניים ולערב את משפחתו של המטופל. במקרה של ספק, יש להתייעץ עם עמית למקצוע. באופן כללי, אשפוז עשוי להיות נחוץ כאשר:

- הסיכון לאובדנות גבוה, במיוחד כאשר אין דרכים זמינות אחרות להבטיח את בטיחותו של המטופל;
- המטופל נמצא לאחר ניסיון אובדני שאירע לאחרונה אשר הצריך התערבות רפואית אינטנסיבית;
- לא ניתן להעריך באופן מהימן את הסיכון לאובדנות.

אם יש צורך באשפוז, באופן אידאלי יש לאשפז את הילד במחלקה פסיכיאטרית מאובטחת לילדים. במידה והדבר אינו אפשרי – לדוג', כאשר יש צורך בטיפול רפואי או ניתוחי – יש להבטיח שהמטופל יהיה תחת שמירה צמודה. כאשר אובדנות אקוטית מתרחשת בצירוף עם אי-שקט, ניתן לשקול טיפול תרופתי קצר-טווח (לדוג', בנזודיאזפינים, נירולפטיקה). טיפול באשפוז יכול להיות מציל חיים, ועשוי לספק הקלה מגורמי דחק אקוטיים ודרישות מציפות ולאפשר למטופל להחזיר לעצמו בהדרגה את השליטה על חייו כמו גם להתחיל טיפול בהפרעות פסיכיאטריות במקביל.

יחידות אשפוז המטפלות במטופלים אובדניים צריכות לקבוע פרוטוקולים על מנת למקסם את הבטיחות. זה כולל חיפוש שגרתי בזמן קבלה למחלקה וחיפושים נוספים כאשר יש בסיס לחשד. יש לתת תשומת לב מיוחדת לסביבה הפיסית (לדוג', נקודות אפשריות לתלייה, נקודות עיוורות, יציאות, מבנה החלונות, אחסון חומרים רעילים). ניתן למצוא "צ'ק-ליסט למסודות בנוגע לגישה לאמצעים להתאבדות ופגיעה עצמית" ב-NSW Mental Health Service (2004b).

יש לתפור (tailor) את הטיפול באופן אינדיבידואלי על מנת להתמודד עם גורמי הסיכון הספציפיים למטופל. על ההתערבויות לא להצטמצם להתערבויות פסיכופרמקולוגיות או פסיכותרפויטיות ספציפיות אלא לכלול תוכנית טיפול כוללת הכוללת אסטרטגיות אחרות להשגת הקלה מגורמי דחק אקוטיים. זה תלוי במידה רבה בשירותים הזמינים. במדינות עם הכנסה נמוכה הניהול הכוללני הזה עלול להיות לא מציאותי. מכל מקום, ברוב המקומות ניתן לארגן תמיכה לא-פורמלית על מנת להבטיח את בטיחות המטופלים באמצעות גיוס תמיכתם של המשפחה המורחבת, זקני הקהילה ודמויות דתיות. עקרונות אלו עשויים לכלול:

- אסטרטגיות לשיפור ההיענות לטיפול (לדוג', להציע התערבויות קצרות שעשויות להתקבל אצל צעירים; לפעמים התמקדות בתמיכה הינה יעילה יותר מפסיכותרפיה ממוקדת-בתובנה)

- לערב באופן פעיל את המטופל וההורים בתכנון וביישום של ההתערבויות
- להגן על המטופל במידה וקיימים אויבים משמעותיים המאיימים על בריאותו הנפשית והגופנית
- להציע תמיכה למשפחה (לדוג', במקרה של סכסוך משפחתי, בעיות הנובעות מגירושין, מחלה נפשית אצל ההורים, התנהגויות הוריות גרועות, שימוש בחומרים אצל ההורים)
- גיוס תמיכה מרשויות הרווחה לילדים במקרה הצורך
- לארגן הקלה מדרישות מופרזות (לדוג', דרישות בבית הספר העולות על יכולותיו של המטופל (קעת)
- לטפל בהפרעות פסיכיאטריות בסיסיות
- ניטור סדיר לאיתור הישנות של התנהגות אובדנית
- תוכנית לשעת חירום למקרים של משברים אובדניים אקוטיים
- להציע פגישות טיפוליות גמישות תוך התאמת הזמן והתדירות ליכולותיו של המטופל
- ליצור תקשורת יעילה בין כל אנשי המקצוע המעורבים (עובדים סוציאליים, פסיכותרפיסט, פסיכיאטר של הילד והמתבגר, רופא הילדים)

התערבויות פסיכוסוציאליות

אלו נסקרו ע"י (Daniel and Goldston (2009), והם כוללות:

- התערבויות לטיפול התנהגויות לחיפוש אחר עזרה ולשיפור המעקב הם חשובות לאור היענות הנמוכה לטיפול המתוארת באופן עקבי אצל צעירים שניסו להתאבד: יש להגביר את המוטיבציה אצל צעירים והורים ע"י מתן פסיכו-חינוך במהלך הביקור במלר"ד. יתרה מכך, יש לטפח את היענות ע"י יצירת קשר עם המשפחות מיד לאחר השחרור מהמלר"ד. כמו כן, נבחנת היעילות של שליחת מסרונים SMS וגישות אחרות שעושות שימוש באמצעי מדיה חדשים.
- ארגון תמיכה לצעירים אובדניים, לדוג', באמצעות עובדים סוציאליים המסייעים במעקב אחר הצעיר. גישות אחרות כוללות זיהוי ואימון אנשים תומכים בסביבת המטופל (הורים, בני המשפחה המורחבת, אנשים בבית הספר או בקהילה הדתית).
- אסטרטגיות לשיפור קשר ההורה-ילד. אלו כוללות שיפור פתרון בעיות במשפחה, הורות וכישורי תקשורת.
- טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (Cognitive-Behavioral Therapy, CBT)
- טיפול רב-מערכתי (Multisystemic Therapy, MST)
- טיפול דיאלקטי-התנהגותי (Dialectic-Behavioral Therapy, DBT) (ראה פרק H.4). טיפול זה, אשר פותח באופן מקורי לטיפול בהפרעת אישיות גבולית, כולל אימון בהגברת מודעות (mindfulness), כישורים חברתיים, ויסות רגשי ועמידות לסטרס, והוא הותאם למתבגרים עם התנהגות אובדנית.

מידע אמפירי על היעילות של ההתערבויות הינו דליל; נכון לעכשיו, לא ניתן להמליץ על התערבות אחת על פני האחרת (Daniel & Goldston, 2009; Robinson et al, 2011). מבחינת מעורבות בטיפול, טיפולים פסיכולוגיים ספציפיים לא נראים טובים יותר מאשר טיפול שגרתי (Ougrin & Latif, 2011). בסקירה של Crawford et al (2007) על היעילות של התערבויות פסיכוסוציאליות לאחר פגיעה-עצמית (בעיקר במבוגרים) סיכמו המחקרים שאין ראיות לכך שהם מפחיתות אובדנות מאוחר יותר.

טיפול פסיכופרמקולוגי

אין תרופות ספציפיות לאובדנות. מכל מקום, תרופות עשויות להיות נחוצות על מנת לטפל בהפרעות פסיכיאטריות העומדות בבסיס ההתנהגות. הסיכון לאובדנות בטיפול ב-SSRI נדון בהרחבה (ראה פרקים A.8 ו-E.1). ההשלכות הן שמתבגרים המטופלים בתרופות ומשפחותיהם צריכים לדעת על הסיכון הזה ומה לעשות במידה ומתפתחת התנהגות אובדנית. הם מצריכים מעקב זהיר.

בעיות וסיכונים בטיפול

מכשולים ושגיאות בטיפול בצעירים אובדניים עלולים לקרות אם:

- אין מספיק תקשורת או שיתוף פעולה בין הגורמים והאנשים המעורבים
- לא משיגים מידע ממקורות נוספים
- לא מטפלים במצבים של תחלואה נלווית
- מתעלמים מדרישות וגורמי דחק
- מתייגים את ההתנהגות האובדנית כמניפולטיבית או לא-רצינית
- מזעור ("בריחה אל הבריאות", flight to health) ע"י המטופל אינה מתקבלת בביקורתיות (לדוג', "אני בסדר", "שום דבר לא בסדר אצלי")
- יש התמקדות יתר בטיפול באופן המכביד על המטופל
- אסטרטגיות של עימות הן קשות מידי
- אין מספיק תיקוף של המצוקה של המטופל
- יש יותר מדי שימוש בקלישאות
- סיום הטיפול או אי-היענות מתקבלות ללא ביקורת
- קיימת התעלמות מסימנים של סיכון לאובדנות
- אין ניטור של אובדנות במהלך הטיפול
- קיימת התעלמות מהתלות במטפל בסוף הטיפול
- המטפלים מזניחים את ההדרכה שלהם

מניעה

תוכנית ארגון הבריאות העולמי למניעת אובדנות (SUPRE) מדגישה הפחתה של תמותה, תחלואה והשלכות אחרות של התנהגות אובדנית באמצעות:

- צמצום גישה לאמצעים להתאבדות (לדוג', חומרים רעילים, נשק חם)
- זיהוי וטיפול מוקדם של הפרעות נפש, ו-
- דווח אחראי על אובדנות ע"י אמצעי התקשורת.



World Health Organization

לארגון הבריאות העולמי
(WHO) יש מדריכים
שימושיים למניעת אובדנות

עבור:

- רופאים

- מורים וצוות

ביה"ס

- אנשי מקצועות
התקשורת

גורמי הסיכון הם אוניברסליים, אך האופי והחשיבות היחסית שלהם משתנה מאזור לאזור. ארגון הבריאות העולמי מפעיל [תוכניות למניעת התאבדות](#) אשר לוקחות בחשבון נושאים ספציפיים-לתרבות. לדוגמא, שיפור זיהוי וטיפול מוקדם בהפרעות נפשיות עשוי להיות חשוב יותר במדינות עם הכנסה נמוכה מאשר במדינות עם הכנסה גבוהה; בקרה על גישה לנשק חם חשובה יותר בצפון אמריקה מאשר במערב אירופה שם בנייה של מחסומים פיסיים (לדוג', בגשרים, פסי רכבת) על מנת להקשות על קפיצה היא רלוונטית יותר. הגבלת הגישה לקוטלי חרקים וחינוך בנוגע להשפעות שלהם חשובה במיוחד באזורים כפריים במדינות עם הכנסה נמוכה ובינונית. צמצום צריכת אלכוהול מזיקה מהווה דאגה מרכזית במזרח ומערב אירופה, אך בעלת חשיבות מועטה במזרח התיכון. תוכניות המתייחסות לבעיות של קבוצות מיעוט של ילדים חיוניות גם הן (לדוג', אבוריג'ינים באוסטרליה, מאוריים בניו-זילנד, אינדיאנים בארה"ב, אינואיטיים בקנדה וגרינלנד).

המלצות לבתי ספר ולאנשי מקצועות התקשורת מסוכמות בטבלה E.4.13 ו-E.4.14. לסקירה של

אסטרטגיות מניעה ראה בבקשה איור E.4.4.

הראיות האמפיריות ליעילות של תוכניות למניעת התאבדות בהפחתת התנהגות אובדנית הם דלות (Wasserman et al, 2010). על פי ה-AACAP (2001) האסטרטגיות הבאות נחקרו במחקרים התערבותיים:

- איתור ישיר של מקרים בקרב תלמידים או בקרב מטופלים של רופאי משפחה ע"י ביצוע סקירה למצבים שמציבים מתבגרים בסיכון לאובדנות (יעיל ומומלץ)
- מתן ייעוץ לתקשורת על מנת לצמצם התנהגות חקיינית (מידע בלתי-עקבי בנוגע ליעילות אך מומלץ)
- אימון אנשי מקצוע לשיפור זיהוי וטיפול בהפרעות מצב-רוח (יתכן וזה יעיל, מומלץ)
- קו-חם למשברים (מידע בלתי-עקבי בנוגע ליעילות אך מומלץ)
- בקרה על אמצעים לאובדנות, לדוג', נשק חם (יעיל ומומלץ – מכל מקום, אפקט כולל ארוך-טווח מוטל בספק)
- איתור בלתי-ישיר של מקרים ע"י חינוך הציבור, לדוג', מורים, הורים, ובני קבוצת השווים לזהות סימני אזהרה (לא יעיל – זה עלול להגביר התאבדויות – לא מומלץ)

באירופה עומד להתבצע ניסוי רב-לאומי מבוקר (פרויקט SEYLE – Saving and Empowering Young Lives in Europe) (Wasserman et al, 2010; <http://seyle.eu/>). פרויקט SEYLE יחקור שלוש תוכניות מניעה: (1) העצמת תלמידים ע"י הגברת החוללות העצמית שלהם, (2) העצמת אנשי מקצועות בריאות הנפש בזיהוי אנשים במצוקה, ו-(3) העצמת מורים והורים באיתור מקרים בסיכון והפנייתם למוסדות בריאות הנפש.

טבלה E.4.13. מניעת התאבדות: המלצות למורים וצוות בית הספר (WHO, 2000, עמ' 16)

התאבדות אינה רעם בלתי-מובן ביום בהיר: תלמידים אובדניים נותנים לאנשים סביבם מספיק אזהרות ומרחב להתערבות. במאמץ למנוע התאבדויות, מורים ושאר צוות בית הספר ניצבים בפני אתגר בעל חשיבות אסטרטגית גדולה, בו חשוב:

- לזהות תלמידים עם הפרעות באישיות ולהציע להם תמיכה נפשית;
- ליצור קשרים קרובים יותר עם אנשים צעירים ע"י שיחה איתם וניסיון להבין ולעזור להם;
- להקל על מצוקה נפשית;
- לשים לב ולדאוג להיות מאומנים בזיהוי מוקדם של תקשורת אובדנית, הן מילולית והן כזו המתבטאת בשינויים התנהגותיים;
- לעזור לתלמידים שפחות מוכשרים בעבודה שלהם בבית הספר ולשים לב להיעדרות משיעורים;
- להסיר את הסטיגמה מהפרעות נפש ולסייע בהכחדת שימוש לרעה באלכוהול או בסמים, ולהפנות תלמידים לקבלת טיפול להפרעות פסיכיאטריות ולשימוש לרעה באלכוהול או בסמים;
- להגביל את הגישה של התלמידים לאמצעים אובדניים – תרופות וחומרים רעילים וקטלניים, קוטלי חרקים, נשק חם וסוגי נשק אחרים, וכו';
- ולתת למורים ולשאר צוות בית הספר אמצעים להקלה מיידית בסטרס במהלך העבודה.

טבלה E.4.14. מניעת התאבדות: המלצות לאנשי התקשורת (WHO, 2008, עמ' 3)

- נצלו את ההזדמנות לחנך את הציבור בנוגע להתאבדות
- הימנעו משפה שמציגה התאבדות כתופעה נורמלית, שמתארת אותה בצורה סנסציונית, או שמציגה אותה כפתרון לבעיות
- הימנעו מהצגה בולטת של סיפורי התאבדות או חזרה עליהם ללא צורך
- הימנעו מתיאור מפורש של השיטות שנקטו במהלך ניסיון אובדני או התאבדות
- הימנעו מלתת מידע מפורט על המקום בו התבצעו ניסיון אובדני או התאבדות
- היזהרו במילים שאתם בוחרים לכותרות
- היו זהירים בשימוש בתמונות או קטעי וידאו
- היזהרו במיוחד בדווח על התאבדויות של סלבריטאים
- הכירו בכך שאנשי תקשורת עלולים להיות מושפעים בעצמם מסיפורים על התאבדויות
- התחשבו כראוי באנשים האבלים על אנשים שהתאבדו
- ספקו מידע היכן ניתן לקבל עזרה

פגיעה עצמית לא-אובדנית

חלק זה עוסק בפגיעה עצמית לא-אובדנית (Non-Suicidal Self Injury, NSSI) במטופלים בלתי-יציבים רגשית המבטאים בפעולה (acting out) את המצוקה הפנימית שלהם. מכל מקום, התנהגות של

פגיעה עצמית עלולה להתרחש גם במצבים פסיכיאטריים אחרים כגון פסיכוזות, פיגור שכלי, הפרעות התפתחות רחבות-היקף (Pervasive Developmental Disorder, PDD) ומצבים של חסר חמור. לקריאה על הניהול של פגיעה עצמית במצבים אלו פנה בבקשה לפרק המתאים בספר לימוד זה.

פגיעה עצמית לא-אובדנית כוללת לרוב פגיעות בעור (לדוג', חיתוך או גילוף בעור; חיטוט בפצע; גירוד או שפשוף או חיטוט בעור עד שהוא מדמם; נשיכה עצמית; החדרת חפצים מתחת לעור; קעקוע-עצמי; שריפה או גרימת כווית חום או קור בעור; תלישת שיער; הכאה עצמית). בליעת חפצים חדים או חפצים שאינם מיועדים למאכל והרעלה-עצמית לא אובדנית גם מתרחשות. סירוב לקחת תרופות שנרשמו במקרים של מחלה קשה או התנהגויות מסוכנות כתסמין של הפרעה פסיכיאטרית לרוב אינם נכללים תחת המושג של NSSI (לדוג', סירוב לאכול במקרה של אנורקסיה נרבוזה, הטלת-מום עצמית במקרה של פסיכוזת, התנהגויות של אגרסיה עצמית במקרים של פיגור שכלי). הקשר בין התנהגויות של השחתה עצמית המקבלות תוקף תרבותי (לדוג', בסצנה הגותית בחברות מערביות מסוימות, טקסי חניכה) ל-NSSI אינו מובן היטב.

אפידמיולוגיה

פגיעה עצמית מכוונת לא-אובדנית שכיחה מאוד במדינות עם הכנסה גבוהה. שיעורים של 26-37% דווחו בארה"ב במדגמים מבוססי-קהילה בצעירים ממעמד בינוני עד גבוה (בני כיתות ט' עד י"ב). מכל מקום, השכיחות משתנה בין מדגמים ואזורים שונים. במדגם קנדי מבוסס-קהילה, 17% מהצעירים דווחו שהם פגעו בעצמם לפחות פעם אחת (Nixon et al, 2008). שיעורים של 6-10% תוארו במדגמים מאירלנד, אוסטרליה ויפן (Greydanus & Shek, 2009). בסקירה של מחקרים מבוססי-קהילה תוארו שכיחויות הנעות בין 13% ל-23% (Jacobson & Gould, 2007). השכיחות גבוהה יותר בהתבגרות המאוחרת מאשר בהתבגרות המוקדמת או בילדות. גיל השיא להתחלת ההתנהגות הוא בהתבגרות המוקדמת, בין הגילאים 12 ל-14 שנים.

גורמי סיכון

NSSI במתבגרים קשורה בתחלואה פסיכיאטרית גבוהה, במיוחד הפרעות מצב-רוח, הפרעות שימוש בחומרים ופתולוגיות מוחצנות (Nitkowski & Petermann, 2011). מכל מקום, מידע על תחלואה פסיכיאטרית באנשים עם פגיעה-עצמית מוגבל מאחר והוא מתייחס בעיקר למדגמים קליניים. במחקר מבוסס-קהילה, רק מחשבות אובדניות, דיכאון מאג'ורי ואירועי חיים שליליים ניבאו פגיעה עצמית לא-אובדנית (Garrison et al, 1993).

מלבד פסיכופתולוגיה, גורמי סיכון אחרים הקשורים ב-NSSI כוללים היסטוריה של התעללות פיזית או מינית, אירועי חיים שליליים, ותסמינים הקשורים לעתים קרובות בתחלואה פסיכיאטרית (דיכאון, דיסוציאציה, חרדה, אלקסיתימיה, עוינות, הערכה עצמית נמוכה, התנהגות אנטי-סוציאלית, עישון, תגובתיות רגשית, ליקויים בוויסות רגשית) (Jacobson & Gould, 2007). אירועי חיים מלחיצים

(stressful life events) כוללים לרוב קונפליקטים בין-אישיים, אובדן, בעיות במשפחה, קשיים עם חברים, בעיות במערכות יחסים רומנטיות ובעיות בבית הספר (de Kloet et al, 2011).

בסקירת תיקים השוו (2008) Jacobson et al ארבע קבוצות של מתבגרים המטופלים במרפאות חוץ: (1) ללא NSSI (2) NSSI בלבד (3) ניסיון אובדני ו-(4) ניסיון אובדני ו-NSSI. הם מצאו שהשיעור של מחשבות אובדניות במטופלים עם NSSI היה דומה לאלו ללא פגיעה-עצמית מכוונת, מה שתמך בתוקף של ההבחנה בין ניסיונות אובדניים ו-NSSI. תוצאות אחרות מצביעות בנוסף על המסקנות הבאות (Jacobson & Gould, 2007):

- דיכאון אינו נראה גורם סיכון ספציפי ל-NSSI (בהשוואה לניסיונות אובדניים)
- הימצאות משותפת של NSSI וניסיונות אובדניים מצביעה על פסיכופתולוגיה חמורה יותר
- כל גורמי הסיכון שנמצאו באופן אמפירי ל-NSSI אינם ספציפיים והם גורמי סיכון גם להתנהגות אובדנית
- התנהגות אובדנית ו-NSSI קשורות זו לזו: מעורבות באחת מהן כרוכה בהגברת הסיכון למעורבות באחרת (Lofthouse & Yager-Schweller, 2009).

התפקידים הפסיכולוגיים השונים שעלולה למלא NSSI מסוכמות בטבלה E.4.15. על פי סקירה של Klonsky (2007) כל המודלים הללו נתמכים לפחות במידה בינונית ע"י ראיות אמפיריות. תיאוריית הלמידה האופרנטית (operant learning theory) מספקת מסגרת רעיונית לניתוח התנהגות של NSSI, ומסוכמת בטבלה E.4.16 (Nock & Prinstein, 2004). להתנהגות של פגיעה-עצמית יש היבטים של חיזוקים חיוביים ושיליים והיא ממלאת פונקציות תוך-אישיות ובין-אישיות (חברתיות).

מהלך קליני

רוב ה-NSSI במתבגרים חולף מעצמו עד הזמן בו הם הופכים למבוגרים צעירים. סדרה של סקרים שעקבה אחרי 1,800 מתבגרים מגיל 14-15 שנים מצאה שבערך 1 מכל 10 פגע בעצמו (Moran et al, 2011). פגיעה עצמית היתה שכיחה יותר בבנות, והשיטה השכיחה ביותר היתה חיתוך או גרימת כוויה. מכל מקום, פגיעה עצמית ירדה משמעותית עד גיל 17, כאשר 9 מ-10 מאלו שדווחו במקור על פגיעה עצמית דווחו שהם לא פוגעים יותר בעצמם כמבוגרים צעירים. הסיכון להימשכות פגיעה עצמית היה גבוה יותר בנקבות והיה קשור לדיכאון וחרדה, התנהגות אנטי-סוציאלית, שימוש באלכוהול בסיכון גבוה, שימוש בקנאביס ועישון סיגריות.

טבלה E.4.15. תפקידים משוערים שפגיעה עצמית לא-אובדנית עלולה למלא, והמידה בה הם נתמכים ע"י ראיות*

תפקיד	תיאור	ראיות
ויסות רגשי	להפחית רגשות שליליים אקוטיים או עוררות רגשית אברסיבית	חזק
נגד דיסוציאציה	להפסיק רגשות של דה-פרסונליזציה ומצבים דיסוציאטיביים אחרים	בינוני
נגד אובדנות	להחליף, להתפשר במקום, או למנוע ניסיונות אובדניים	בינוני
גבולות בין-אישיים	לתבוע את האוטונומיה של העצמי או את הגבול בין העצמי לאחרים	בינוני
השפעה בין-אישית	לקרוא לעזרה או לבצע מניפולציה על אחרים	בינוני
הענשה עצמית	הענשה עצמית או ביטוי של כעס של האדם על עצמו	חזק
חיפוש אחר ריגושים	לייצר התרגשות	בינוני

* Klonsky (2007)

טבלה E.4.16. ניתוח פונקציונלי של השלכות של פגיעה עצמית לא-אובדנית*

תוך-אישי	בין-אישי	
<ul style="list-style-type: none"> הענשה עצמית להרגיש רגוע 	<ul style="list-style-type: none"> למשוך תשומת לב מאנשים אחרים בעלי משמעות להכעיס אחרים, להעניש אותם או להפעיל עליהם שליטה 	חיזוק חיובי
<ul style="list-style-type: none"> להסיח את הדעת ממחשבות ורגשות שליליים להרגיש משהו, גם אם זה כאב (נגד דיסוציאציה) הפציעות יכולות למנוע פגיעה עצמית חמורה (נגד התאבדות) 	<ul style="list-style-type: none"> להתחמק מלעשות משהו לא נעים (יש להבדיל זאת מהיתחלות) 	חיזוק שלילי

* Nock and Prinstein (2004)

הערכה

כל ילד או מתבגר שפגע בעצמו צריך לעבור הערכה לסיכון להישנות של פגיעה עצמית ולסיכון לאובדנות. על פי הנחיות NICE (2011), ההערכה צריכה לקחת בחשבון את:

- השיטות והתדירות של הפגיעה העצמית בהווה ובעבר
- כוונות אובדניות בהווה ובעבר
- תסמינים דיכאוניים והקשר שלהם לפגיעה העצמית
- הפרעות פסיכיאטריות והקשר שלהם לפגיעה העצמית

- ההקשר האישי והחברתי וכל גורם ספציפי שקדם לפגיעה העצמית, כגון מצבים אפקטיביים לא-נעימים ספציפיים או רגשות ושינויים במערכות יחסים
- גורמי סיכון ספציפיים וגורמים מגנים (חברתיים, פסיכולוגיים, פרמקולוגיים ומוטיבציוניים) העלולים להעלות או להוריד את הסיכונים הקשורים לפגיעה עצמית
- אסטרטגיות התמודדות שהאדם השתמש בהם על מנת להגביל בהצלחה או למנוע פגיעה-עצמית או להכיל את ההשפעות האישיות, החברתיות והאחרות אשר הופיעו לפני אפיזודות של פגיעה עצמית
- קשרים משמעותיים שיכולים להיות תומכים או שמהווים איום (כגון התעללות או הזנחה) אשר יכולים להוביל לשינויים ברמת הסיכון
- סיכונים מידיים וסיכונים בטווח-הארוך.

יש לכלול בהערכה את ההורים ואנשים אחרים המטפלים בילד. הערכה פרטנית היא חיונית והיא צריכה לכלול את הצרכים הפסיכולוגיים שהפגיעה העצמית מספקת, כפי שתואר בטבלה E.4.15; בכל מטופל ספציפי, יכולים לבלוט אחד או יותר מהם. הנחיות NICE לא ממליצות על שימוש בכלים או סקאלות להערכת סיכון לצורך ניבוי אובדנות עתידית או הישנות של פגיעה-עצמית.



טיפול

למידע מפורט ראה הנחיות קליניות של NICE (The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care", NICE, 2004). הנחיות אלו כוללות הניהול של NSSI ושל ניסיונות אובדניים.

יש צורך באשפוז אם:

- NSSI מתרחשת ביחד עם סיכון גבוה לאובדנות
- NSSI מתרחשת ביחד עם תחלואה-נלווית חמורה המצריכה טיפול באשפוז

נערה בת 16 קיבלה טלפון מהחבר שלה שביטל את הדייט שלהם שהיה אמור להיות באותו ערב בגלל שהעדיף ללכת להיפגש עם חבריו לקבוצת הכדורגל (גורם מקדים). היא הסכימה לכך במהלך שיחת הטלפון אך לאחר מכן הרגישה שנפגעה ומחשבות שליליות החלו להתעצם ("הוא לא אוהב אותי", "אני אאבד אותו", "אני לא מושכת בעיניו או בכלל בעיני אחרים"). הנערה הרגישה מיואשת וכעסה על עצמה יותר ויותר, והחלה להרגיש דחפים לפגוע בעצמה. לבסוף היא החלה לחתוך את האמות שלה באופן שטחי עם תער וצפתה בדם ניגר מהפצעים (תגובות קוגניטיביות, רגשיות והתנהגותיות). כשצפתה באמות שלה מדממות היא חשה הקלה (השלכה מחזקת). כאשר החבר שלה גילה מה שקרה, הוא התנצל וניחם אותה (השלכה מחזקת) והבטיח לא להתנהג באופן דומה בעתיד (השלכה מחזקת). היא חקרה אפשרויות חלופיות להתמודד עם המצב הזה ביחד עם המטפל שלה: לקבוע דייטים בזהירות רבה יותר; לבטא את האכזבה שלה והרצונות שלו במקום לקבל בשתיקה; לבחון פירושים חלופיים להתנהגות של החבר שלה במקום להמעיט בערך עצמה; למצוא פעילויות חלופיות לערב; לחשוב על ההשלכות ארוכות-הטווח של פגיעה עצמית (לדוג', צלקות); ולתת לעצמה חיזוקים על בחירה בהתנהגויות חלופיות.

- NSSI מסכנת באופן חמור את הבריאות הגופנית או את התפקוד החברתי של המטופל (לדוג', יש צורך בניתוחים חוזרים, קיימת פגיעה-עצמית בבית הספר)
- טיפול אמבולטורי לא צלח;
- לא ניתן לבצע הערכה מהימנה במסגרת טיפול-חוץ.

מטופלים שפוגעים בעצמם באופן חמור עשויים להזדקק לאותה השגחה צמודה כמו מטופלים עם סיכון גבוה או בינוני לאובדנות. בהתאם להנחיות NICE (2011), טיפול ארוך-טווח בפגיעה-עצמית כולל פסיכו-חינוך של המטופלים ומשפחותיהם. יעדים לטיפול עשויים לכלול:

- מניעת החמרה בפגיעה-עצמית
- הפחתת הנזק הנובע מפגיעה-עצמית
- הפחתה או הפסקה של פגיעה-עצמית
- הפחתה או הפסקה של התנהגויות מסוכנות אחרות
- שיפור התפקוד החברתי או התעסוקתי
- שיפור איכות חיים
- השגת שיפור בבעיות נפשיות אחרות כלשהן.

יש לפתח תוכנית לניהול סיכונים הכוללת אסטרטגיות להתמודדות עם הסיכונים שזוהו (פסיכולוגיים, פרמקולוגיים, חברתיים ואלו הקשורים במערכות יחסים). התוכנית הזו צריכה לכלול אסטרטגיות לניהול-עצמי ודרכי גישה לשירותים וקבלת עזרה במהלך משבר כאשר אסטרטגיות לניהול-עצמי נכשלו. הנחיות NICE ממליצות בנוסף לשקול

התערבויות פסיכולוגיות קצרות-מועד המכוונות באופן ספציפי לפגיעה-עצמית. התערבויות אלו עשויות לכלול רכיבים קוגניטיביים-התנהגותיים, פסיכודינמיים ורכיבים של פתרון-בעיות – על המטפלים לעבור הכשרה ספציפית לטיפול שהם משתמשים בו לניהול של פגיעה-עצמית. האסטרטגיות יכולות לכלול התערבויות שכבר תוארו לעיל בפסקה על ניהול התנהגות אובדנית. טיפול פרטני צריך להיות מבוסס על ניתוח תפקודי של ההתנהגות לפגיעה-עצמית שלוקחת בחשבון (1) גורמי מקדימים, (2) סוג ההתנהגות לפגיעה-עצמית וקוגניציות, רגשות ותחושות הקשורות אליה, ו-(3) השלכות של הפגיעה העצמית, בעיקר במונחים של צרכים פסיכולוגיים שה-NSSI עונה עליהם, שתוארו בטבלה E.4.15.

התנהגויות חלופיות שיכולות לעזור במקום פגיעה-עצמית כוללות:

- **במצבים של דחף נמוך לפגיעה עצמית:** פעילויות של הסחת דעת כמו לשחק עם חיות מחמד, להקשיב למוסיקה ולשיר, לקרוא, לכתוב, לצייר, להתקשר לחבר, לספור נשימות, לעשות אמבטיה חמה, לדבר עם אנשים אחרים או ללכת להיות קרוב אליהם, לעשות מדיטציה או להשתמש בטכניקות רגיעה, להקשיב להקלטה או לצפות בקומדיה, לחזור על 5 דברים שהאדם רואה, מריח, נוגע או טועם בסביבה הנוכחית.
- **במצבים של דחף בינוני לפגיעה עצמית:** פעילויות מאוד מפעילות, גירוי-עצמי תחושת חזק או שכרוך במעט כאב, כגון לאכול לימון, למשוך ולשמוט רצועת גומי על שורש כף היד, לרוץ, לרכב על אופניים, לעשות כפיפות בטן, להרביץ לכריות, לרקוד, להשתמש בעט סימון אדום לסמן אזורים בעור בהם מתרחשת לרוב הפגיעה העצמית, למעוך כדור מעיכה, לעשות רעש, לצרוח לתוך כרית, לקרוע נייר (ספרי טלפונים או עיתונים ישנים).
- **במצבים של דחף גבוה לפגיעה עצמית:** גירוי-עצמי הכרוך בכאב בינוני אך שלא גורם לפגיעה עצמית, לדוג', לאכול פלפל חלפניו, לעשות מקלחת מאוד קרה, לשים את הידיים במים קרים קרח, ללכת עם אפונים יבשים בנעליים, לשפשף קרח על המקום בעור בו מתרחשת לרוב הפגיעה העצמית.

במקרים קשים, יש לתת עצות בנוגע לטכניקות לצמצום נזקים (להשתמש בלהב נקי וחד, להימנע מלחתוך במקומות בהם עוברים ורידים או עורקים ראשיים, לא לחלוק כלים שמשמשים לפגיעה עצמית; לוודא שקיים חיסון לטטנוס; לוודא שקיימת גישה לעזרה ראשונה ושקיים ידע בסיסי על טיפול רפואי; להימנע משתיית אלכוהול או שימוש בסמים סביב פגיעה-עצמית).

למרות תוצאות מעודדות ממחקרים ראשוניים, הראיות האמפיריות ליעילות של התערבויות פסיכוסוציאליות כולל טיפול דיאלקטי-התנהגותי בטיפול בהתנהגויות של פגיעה-עצמית במתבגרים עדיין לוקות בחסר (Wilkinson & Goodyer, 2011). כמו כן, אין ראיות התומכות בשימוש בתרופות להפחתה של פגיעה-עצמית, למרות שתרופות עשויות להיות נחוצות לטיפול בהפרעות נלוות.

- Afifi T, Enns M, Cox B et al (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health*, 98:946-952.
- AACAP, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (sup): 24S-51S.
- Brezo J, Paris J, Vitaro F et al (2008). Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British Journal of Psychiatry*, 193:134-139.
- Bridge J, Greenhouse J, Weldon A et al (2008). Suicide trends among youths aged 10 to 19 years in the United States, 1996-2005. *Journal of the American Medical Association*, 300:1025-1026.
- Bronisch T, Hegerl U (2011). [Suizidalität]. In H Müller, G Laux & H Kapfhammer (eds) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie*. Berlin: Springer Medizin, pp1469-1501.
- Cash S, Bridge J (2009). Epidemiology of youth suicide and suicidal behaviour. *Current Opinion in Pediatrics*, 21:613-619.
- Colucci E, Martin G (2007). Ethnocultural aspects of suicide in young people: a systematic literature review part 1: Rates and methods of youth suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37:197-221.
- Crawford M, Thomas O, Khan N et al (2007). Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide', *The British Journal of Psychiatry*, 190:11-17.
- Daniel S, Goldston D (2009). Interventions for suicidal youth: a review of the literature and developmental considerations. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39:252-268.
- Bertolote JM, Fleischman A (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In D Wasserman & C Wasserman (eds) *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective*, New York: Oxford University Press, pp91-98.
- Branco B, Inaba K, Barmparas G et al (2010). Sex-related differences in childhood and adolescent self-inflicted injuries: a National Trauma Databank review. *Journal of Pediatric Surgery*, 45:796-800
- Jacobson C, Gould M (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11:129-147.
- Jacobson C, Muehlenkamp J, Miller A et al (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm', *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:363-375.
- Kanchan T, Menon A, Menezes R (2009). Methods of choice in completed suicides: gender differences and review of literature. *Journal of Forensic Sciences*, 54:938-942.
- Kloet L de, Starling J, Hainsworth C et al (2011). Risk factors for self-harm in children and adolescents admitted to a mental health inpatient unit. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45:749-755.
- Klomek A, Sourander A, Niemela S et al (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48:254-261.
- Klonsky E (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27:226-239.

[DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW \(eds\) for the Guideline Group Unipolar Depression \(2009\). S3-Guideline/National Disease Management Guideline Unipolar Depression. Short Version. DGPPN, ÄZQ, AWMF: Berlin, Düsseldorf.](#)

Elsässer G (2010). [Unfälle, Gewalt, Selbstverletzungen bei Kindern und Jugendlichen - Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2008].

Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?', *Archives of General Psychiatry*, 56:876–880.

Foley D, Goldston D, Costello E et al (2006). Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Archives of General Psychiatry*, 63:1017–1024.

Garrison CZ, Addy CL, McKeown RE et al (1993). Nonsuicidal physically self-damaging acts in adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 2:339–352.

Greydanus D, Shek D (2009). Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *The Keio Journal of Medicine*, 58:144–151.

Hawton K, Harris L (2008). Deliberate self-harm by under-15-year-olds: characteristics, trends and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:441–448.

Hazell P, Lewin T (1993). Friends of adolescent suicide attempters and completers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32:76–81.

Jacobsen LK, Rabinowitz I, Popper MS et al (1994). Interviewing prepubertal children about suicidal ideation and behaviour. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33:439–452.

Posner K, Brown G, Stanley B et al (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial

Kloos A, Collins R, Weller R et al (2007). Suicide in preadolescents: who is at risk? *Current Psychiatry Reports*, 9:89–93.

Lofthouse N, Yager-Schweller J (2009). Nonsuicidal self-injury and suicide risk among adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 21:641–645.

Moran P, Coffey C, Romaniuk H et al (2011). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet* DOI:10.1016/S0140-6736(11)61141-0

Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM (2008). Nonsuicidal selfharm in youth: a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178:306–312.

Nitkowski D, Petermann F (2011). [Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen: ein Überblick]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 79:9–20.

Nock MK, Prinstein MJ (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72:885–890.

[NSW Department of Health \(2004\). Framework for Suicide Risk Assessment and Management for NSW Health Staff.](#)

[NSW Department of Health \(2004\). Suicide Risk Assessment and Management Protocols - Mental Health In-Patient Unit.](#)

Omigbodun O, Dogra N, Esan O et al (2008). Prevalence and correlates of suicidal behaviour among adolescents in southwest Nigeria. *The International Journal of Social Psychiatry*, 54:34–46.

Ougrin D, Latif S (2011). Specific psychological treatment versus treatment as usual in adolescents with selfharm: systematic review and meta-analysis. *Crisis*, 32:74–80.

Owens D (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181:193–199.

- validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168:1266–1277.
- Posner K, Oquendo M, Gould M et al (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American journal of psychiatry*, 164:1035–1043.
- Qin P, Mortensen P, Pedersen C (2009). Frequent change of residence and risk of attempted and completed suicide among children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 66:628–632.
- Ringel E (1976). The presuicidal syndrome. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 6:131–149.
- Robinson J, Hetrick S, Martin C (2011). Preventing suicide in young people: systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45:3–26.
- Russell ST, Joyner K (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91:1276–1281.
- Ryan C, Huebner D, Diaz R et al (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123:346–352.
- Schmidtke A, Hafner H (1988). The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychological Medicine*, 18:665–676.
- Spirito A, Esposito-Smythers C (2006). Attempted and completed suicide in adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2:237–266.
- Steele M, Doey T (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(sup6):35S–45S.
- Pfeffer, CR, Normandin, L & Kakuma, T 1998, 'Suicidal children grow up: relations between family psychopathology and adolescents' lifetime suicidal behavior', *The Journal of nervous and mental disease*, vol. 186, no. 5, pp. 269–275.
- Thompson R, Briggs E, English D et al (2005). Suicidal ideation among 8-year-olds who are maltreated and at risk: findings from the LONGSCAN studies. *Child Maltreatment*, 10:26–36.
- Warnke A (2008). [Suizid und Suizidversuch – Suizidalität]. In B Herpertz-Dahlmann, F Resch, MJ Schulte-Markwort & A Warnke (eds) [*Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen; mit 227 Tabellen*]. Stuttgart: Schattauer, pp1006–1023.
- Wasserman D, Carli V, Wasserman C et al (2010). Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10:192.
- Wilkinson P, Goodyer I (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20:103–108.
- Wong M, Brower K, Zucker R (2011). Sleep problems, suicidal ideation, and self-harm behaviors in adolescence. *Journal of Psychiatric Research*, 45:505–511.
- World Health Organization 1996, *Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders in children and adolescents*, Cambridge University Press, Cambridge, New York.
- [World Health Organization \(2008\). *Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals*. Geneva: World Health Organization.](#)
- Yates T, Tracy A, Luthar S (2008). Nonsuicidal self-injury among "privileged" youths: longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76:52–62.