

מבגש

לעבודה חינוכית-סוציאלית

גיליון מיוחד בנושא:

מניעת אובדנות בקרב מתבגרים וצעירים

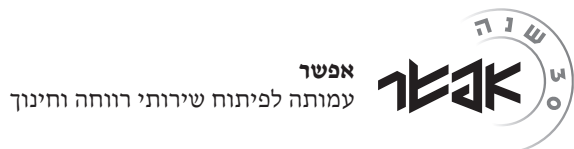
עורכים-אורחים: פרופ' ענת ברונשטיין קלומק ופרופ' גיל זלצמן

כרך כ"ח • 51–52

סיוון תש"ף – טבת תשפ"א

יוני-דצמבר 2020

יוצא לאור על ידי:



מניעת אובדנות בקרב בני נוער – צריך ואפשר

ענת ברונשטיין קלומק וגיל זלצמן

תקציר

במאמר זה נציג את הנושא של אובדנות בקרב מתבגרים כתופעה אשר ניתנת למניעה. המאמר סוקר את הנושא של הערכת סיכון אובדני, הערכה קלינית שחשוב שכל איש מקצוע ידע לבצע. כמו כן, הפרק מתאר את שלוש רמות המניעה של אובדנות: ברמה הראשונית מדובר בחיסון האוכלוסייה. רמת מניעה זו כוללת הכשרות של תלמידים בבתי הספר כ"שומרי סף", "קווים חמים" שמפעילים מתמקצעים במניעת אובדנות, הגבלת אמצעים קטלניים, בנייה ושימור של רצף טיפולי וכיוצא באלה. ברמה השניונית מדובר בטיפול במתבגרים שהם בקבוצת סיכון לאובדנות, כגון מתבגרים הסובלים מדיכאון. ברמה זו אנשי המקצוע צריכים לעבור הכשרות שממוקדות בטיפולים תרופתיים ופסיכו-סוציאליים מוכחים להפחתת דיכאון בקרב מתבגרים, ואף בטיפולים למניעת דיכאון בקרבם. היותם של ההורים חלק משמעותי מטיפולים אלו הוא מכריע. ברמה השלישית מדובר בטיפול במתבגרים אחרי ניסיון אובדני ובמסגרות שבהן הייתה התאבדות, כדי למנוע הדבקה. חשוב מאוד שאנשי המקצוע ידעו איך לעבוד עם מתבגרים בסיכון אובדני, עם הוריהם ועם המסגרות החינוכיות שלהם, כדי להתמקד ספציפית במניעת אובדנות. מדובר בטיפולים אשר דורשים התמקצעות, ניסיון, עבודת צוות והרבה אמפתיה ותקווה. טיפולים המאופיינים בכל אלה הם בעלי פוטנציאל להצלת חיים.

מילות מפתח: אובדנות, מתבגרים, שלוש רמות מניעה, הערכת סיכון, טיפול

כ-800,000 בני אדם מתים בעולם כל שנה מהתאבדות, וזוהי סיבת המוות השנייה בקרב צעירים בני 15 עד 29 ברוב המדינות, וראשונה באחרות (World Health Organization, 2019). בישראל כ-400 בני אדם מתים בשנה מהתאבדות (אגף המידע משרד הבריאות, 2019). על כן, חיוני שכל איש מקצוע אשר בא במגע עם בני נוער יכיר את הדרכים למניעת אובדנות. בפרק זה יוצגו גורמי הסיכון והחוסן לאובדנות, ויוסבר כיצד לבצע הערכת סיכון מקצועית. כמו כן, נרחיב את הדיבור על שלוש הרמות למניעת אובדנות, הכוללות מגוון תוכניות למניעת אובדנות בקרב כלל האוכלוסיות, התערבויות עבור בני נוער בסיכון והתערבויות ספציפיות המיועדות לבני נוער הנמצאים בסכנה אובדנית פעילה.

גורמי סיכון לאובדנות

חשוב שכל איש מקצוע העובד עם בני נוער יכיר את גורמי הסיכון לאובדנות, על מנת שיוכל לזהותם באמירות ובהתנהגויות של אותם בני נוער הנמצאים בקבוצות הסיכון. ככל שלמתבגר יש גורמי סיכון רבים יותר, הסיכוי שלו להיות בסיכון

אובדני עולה. ראשית, נציין כי גברים נמצאים בסיכון גבוה יותר להתאבד מאשר נשים. אחד מגורמי הסיכון המשמעותיים ביותר הוא אובדנות קודמת, כלומר מחשבות אובדניות או ניסיון אובדני של המתבגר בעבר. גורם סיכון שני משמעותי הוא פסיכופתולוגיה, כך שמעל ל-90% מהאנשים שהתאבדו סבלו מהפרעה נפשית אחת לפחות, וההפרעה הנפוצה ביותר היא דיכאון. הפרעה נפשית נוספת הנמצאת במתאם עם סכנה אובדנית היא התמכרות, כגון התמכרות לסמים, אלכוהול ואולי גם התמכרות למסכים. הפרעות נפשיות נוספות שנמצאו כגורמי סיכון הן סכיזופרניה, פוסט-טראומה, הפרעות התנהגות והפרעות חרדה. התלבטות בנוגע לנטייה מינית וזהות מינית גם היא גורם סיכון, כך שקיים סיכון גבוה יותר להתאבדות של בני נוער מהקהילה הלהט"בית, בשל קושי בקבלה חברתית. כמו כן, ישנם כמה גורמי אישיות וגורמים פסיכולוגיים המגבירים את הסיכון האובדני, וביניהם אישיות אימפולסיבית ותוקפנית, קושי בוויסות רגשי, פרפקציוניזם, נוקשות מחשבתית, חוסר תקווה או פסימיות, קושי בפתרון בעיות וקושי בחשיפה עצמית. נוסף לכך, ישנם גורמים משפחתיים המעלים סיכון אובדני: התעללות פיזית והתעללות מינית, התאבדות במשפחה, גירושין, שינוי במצב הכלכלי ואובדן של אדם קרוב. יתרה מזו, קיימים גם גורמים חברתיים המגבירים את הסיכון לאובדנות בקרב בני נוער, כמו: נשירה מבית הספר, קשיים ביחסים בין-אישיים המובילים לבדידות ולניתוק חברתי, פגיעה מבריונות או בריונות ברשת. הגירה למדינה אחרת גם היא גורם סיכון, ובישראל מדובר בעיקר במהגרים מאתיופיה וממדינות שהשתייכו בעבר לברית המועצות. זמינות של אמצעים לפגיעה עצמית, כגון אקדחים או תרופות, מהווים גורם סיכון מוכח ובוטל לאובדנות.

לצד גורמי הסיכון, קיימים גם גורמי חוסן, אשר מפחיתים את הסיכון שבני נוער יבצעו ניסיון אובדני. בני נוער אשר מצליחים למצוא סיבות לחיות וכאלו שיש להם תחושת תקווה נמצאים בסיכון אובדני נמוך. כך גם בני נוער החשים אחריות כלפי משפחתם או כלפי קרוביהם או כאלו המרגישים מחויבים לעבודה או ללימודים. בנוסף, כאשר המתבגר הוא בעל משפחה או רשת חברתית תומכות שבהן הוא יכול להיעזר בעת מצוקה, הסיכון שלו נמוך יותר. גורם חוסן נוסף הוא הפחד מהמוות ומהכאב שהניסיון האובדני עלול לגרום. כמו כן, בני נוער המאמינים כי התאבדות אינה מעשה מוסרי, למשל בני נוער דתיים או בעלי רוחניות גבוהה, חסנים יותר להתאבדות. לבסוף, מיומנויות של פתרון בעיות, היסטוריה של התמודדות במצבי לחץ ושיתוף פעולה במהלך טיפול פסיכולוגי מהווים גורמי חוסן משמעותיים (Stone et al., 2017).

הערכת סיכון אובדנות

הערכת סיכון אובדני היא הערכה קלינית שצריכה להיעשות בשיטתיות. עם זאת, חשוב להדגיש כי לא ניתן לנבא אובדנות. ההערכה המקצועית כוללת בדיקה של גורמי הסיכון והחוסן של המתבגר ובחינת האובדנות הנוכחית. בבדיקה הקלינית איש המקצוע צריך לסקור את מגוון גורמי הסיכון וגורמי החוסן של המתבגר

ולשאל בצורה אמפתית, לא שיפוטית וישירה על מחשבות והתנהגות אובדניות או על פגיעה עצמית. אנשים רבים מאמינים בטעות כי שאלות על רצון למות יכולות "להכניס רעיונות לראש". נמצא כי שאילת שאלות על מחשבות אובדניות אינה מעודדת אדם שאינו אובדני לפגוע בעצמו. לעומת זאת, אם אדם הוא אכן בעל סיכון אובדני, הוא מרגיש הקלה מעצם השאלה, והסיכוי שלו לפנות לעזרה גדל (Gould et al., 2005). הערכת סיכון צריכה לכלול שאלה כמו: "האם היית רוצה למות?" או "האם היית רוצה להירדם ולא להתעורר יותר?" אלו מחשבות פסיביות של אובדנות. יש לשאול גם על מחשבות אקטיביות, כגון: "האם חשבת להתאבד?" אם המתבגר עונה בחיוב על שאלות אלו, יש לשאול אותו על מחשבות ספציפיות יותר, הכוללות שיטה, למשל: "האם חשבת כיצד היית יכול להתאבד?" לאחר מכן, יש לברר על כוונה אובדנית, לדוגמה על ידי השאלה: "האם יש לך כוונה כלשהי לפעול על פי מחשבות אלו?" ולבדוק תוכנית מוגדרת להתאבדות, כגון: "האם התחלת לתכנן את הפרטים של אופן ההתאבדות?" "האם בכוונתך להוציא את התוכנית לפועל?" יתרה מזו, חשוב לשאול על משך הזמן, התדירות והעוצמה של אותן מחשבות אובדניות.

בנוסף לשאלות על מחשבות אובדניות, על הערכת הסיכון לכלול שאלות על התנהגות כזו; דהיינו יש לשאול על פעולה בעלת פוטנציאל של פגיעה עצמית שנעשתה מתוך רצון מסוים למות. ניתן לשאול למשל: "האם עשית משהו במטרה לפגוע בעצמך?" "האם עשית משהו מסוכן שיכול היה לגרום למותך?" בנוסף לשאלות על ניסיון אובדני בפועל, יש לשאול על ניסיון אובדני שסוכל, כלומר כאשר מישהו חיצוני הפסיק את הפעולה בעלת הפוטנציאל של פגיעה עצמית. כמו כן, הערכת סיכון כוללת שאלה על ניסיון שנזנח, כלומר כאשר המתבגר עצמו הפסיק התנהגות שנועדה לשים קץ לחייו. לבסוף, יש לבדוק פעולות הכנה מקדימות לקראת ניסיון התאבדות, כגון: איסוף תרופות, קניית אקדח, חלוקה של דברים היקרים למתבגר או מכתב פרידה.

הערכת סיכון היא הערכה קלינית. על מנת לבצע הערכה מקיפה, ניתן להשתמש גם בשאלונים, כגון: סולם קולומביה לדירוג חומרת האובדנות (C-SSRS - Columbia-Suicide Severity Rating Scale) (Posner et al., 2008), שאלון דיכאון לילדים (CDI - Children Depression Inventory) (Kovacs, 1992) או שאלון הדיכאון של בק (BDI - Beck Depression Inventory) (Beck, Steer, & Brown, 1996). חלק משאלונים אלו כרוכים בתשלום. חשוב מאוד לקבל מידע מההורים, מבית הספר, מגורמי רווחה, מרופא ילדים, ממדריכי נוער וכדומה.

שלב חשוב נוסף בהערכת סיכון הוא בניית תוכנית ביטחון (safety plan). מטרתה של התוכנית היא לחשוב יחד עם המתבגר והוריו אילו אסטרטגיות עשויות לעזור לו להתמודד בעת דחף לפגיעה עצמית, שהוא דחף שבא בגלים. תוכנית הביטחון כתובה כרשימה מדורגת, המנחה את המתבגר באיזו אסטרטגיה להשתמש אם הקודמת נמצאה בלתי יעילה. הרשימה כוללת דרכים ליצירת סביבה בטוחה, זיהוי סימני אזהרה של הדחף האובדני ואסטרטגיות פנימיות, כמו הקשבה למוזיקה נעימה על מנת להירגע. התוכנית כוללת גם אסטרטגיות חיצוניות, כגון עזרה של חברים ופנייה

לעזרה של מבוגר או איש מקצוע. בסוף התוכנית מוצגת גם אפשרות של פנייה למיון במקרי חירום. נוסף לכך, נבנית עם המתבגר "ערכת תקווה" שבה הוא כותב לעצמו או מביע בעזרת חפצים, שירים או תמונות את הסיבות שלו לחיות, סיבות שבהן הוא עשוי להיאחז בעת משבר. חובה לערב את הורי המתבגר בבניית תוכנית הביטחון. כמו כן, חשוב מאוד לעדכן את גורמי בית הספר שבו נמצא המתבגר חלק ניכר מהיום.

בסוף הערכת הסיכון, על איש המקצוע לכתוב דוח של ההערכה, שבו מפורטים פרטי רקע של המתבגר, סיבת הפנייה, מחשבות והתנהגויות אובדניות בעבר ובהווה, גורמי סיכון וגורמי חוסן, תוכנית ביטחון והמלצות.

מניעת אובדנות מבוססת ראיות

זלצמן ועמיתים (Zalsman, Hawton, et al., 2016) מצאו כי ארבע אסטרטגיות מרכזיות נחשבות היום היעילות ביותר למניעת אובדנות: הגבלת גישה לאמצעים קטלניים, תוכניות הכשרת "שומרי סף" בבתי ספר, טיפול בדיכאון בתרופות או בפסיכותרפיה ושמירה על רצף טיפולי. אסטרטגיות אלו הן חלק משלוש הרמות של מניעת אובדנות: ראשונית, שניונית ושלישונית. המניעה הראשונית נועדה לצמצם את מספר מקרי ההתאבדות החדשים באוכלוסייה הכללית, זאת על ידי הרחבת הידע והמודעות בנושא אובדנות, עידוד פנייה לעזרה מקצועית והגברת גורמי חוסן. מטרת המניעה השניונית היא להפחית את הסבירות לניסיון אובדנות בקרב אוכלוסייה הנמצאת בסיכון גבוה, כגון בני נוער הסובלים מדיכאון; זאת על ידי זיהוי מוקדם של בני הנוער שבסיכון ומתן טיפול הולם. מניעה שלישונית מתייחסת להתערבויות שנועדו להפחית אובדנות בקרב בני נוער המצויים בסכנה אובדנית פעילה, כגון לאחר ניסיון התאבדות. ישנה חשיבות רבה לכך שהגופים ברמות השונות יעבדו באופן מתואם ורציף. רצף טיפולי, כמו ברפואה, מבטיח כי המתבגר ומשפחתו לא "יפלו בין הכיסאות" במעברים השונים. כמו כן, על התוכניות להיות רגישות תרבותית במהלך עבודה עם מגוון אוכלוסיות.

מניעה ראשונית

אחת האסטרטגיות הנפוצות ברמת מניעה ראשונית היא הכשרת "שומרי סף" (gatekeepers), אם כי לא הוכח שהיא מונעת אובדנות בהיותה אסטרטגיה בודדת. המטרה של הכשרת "שומרי סף" היא לזהות בני נוער הנמצאים בסיכון לדיכאון ולהתאבדות ולהגיב אליהם בצורה תומכת, המאפשרת הפניה לגורמים מקצועיים. "שומרי סף" בבתי הספר הם אנשי החינוך, הורים, הנהלה, מנהלה וכדומה. הם לומדים לזהות סימני אזהרה ותסמינים של מצוקה פסיכולוגית, כגון: חרדה, דיכאון ומחשבות אובדניות, ולתת מענה הולם לבני נוער המגלים אותם (Isaac et al., 2009). דוגמה לתוכנית של "שומרי הסף" היא Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST). תוכנית זו נפוצה בכל העולם ומעניקה הכשרה הנמשכת משעה ועד ימים אחדים, שבהם המשתתפים לומדים לזהות סימני אזהרה ולשאל

על התאבדות. חוקרים בדקו את יעילותה של התוכנית על ידי מדגם של 1,410 אנשים אובדניים שהתקשרו ל-17 מרכזי חירום בטווח של שנה. החוקרים מצאו כי אלו ששוחחו עם יועצים שעברו הכשרת ASIST נטו בסבירות גבוהה במובהק להרגיש בסוף השיחה מדוכאים פחות, אובדניים פחות, מוצפים פחות ובעלי תקווה רבה יותר, מאשר אלו ששוחחו עם יועצים שלא עברו הכשרה זו (Gould, Cross, & Kleinman, 2013; Pisani, Munfakh, & Kleinman, 2013). הכשרת "שומרי סף" הייתה גם חלק עיקרי מתוכנית למניעת התאבדות של Garret Lee Smith (GLS), אשר יושמה ב-50 מדינות בארצות הברית. נמצא כי במדינות שבהן הועברה תוכנית זו, שיעורי ההתאבדות של בני נוער שנה לאחר התוכנית היו נמוכים במובהק יחסית למדינות אחרות. החוקרים הסיקו כי התוכנית מנעה קרוב ל-237 מקרי התאבדות בין גילאי 10 עד 24 במהלך שלוש שנים (Walrath, Garraza, Reid, Goldston, & McKeon, 2015). חשוב לציין כי המידע הנמסר על ידי מתבגר או הוריו בנושא רגיש זה אינו תמיד אמין. במחקר גדול שנעשה על מדגם מייצג של 980 קטינים ואמותיהם, ההסכמה בריאיון על נושא האובדנות של הקטין הייתה נמוכה מ-40%, מה שמחייב ראיונות נפרדים עם הקטין ועם הוריו, על מנת לקבל מידע גם כשצד אחד רוצה להסתירו (Zalsman, Shoval, et al., 2016).

תוכנית נוספת להכשרת "שומרי סף" בקהילה נקראת (QPR Question, Persuade, Refer) ובנויה משלושה מרכיבים: תשאל, שכנוע והפניה. ההכשרה כוללת סרטון קצר המציג ראיונות עם אנשים שהיו עדים למקרים של אובדנות במשפחה, בבית הספר ובשכונותיהם, והמשתתפים נדרשים להשתתף במשחקי תפקידים על מנת לתרגל התערבות מול אדם בסיכון. התוכנית מתבצעת במגוון רחב של אוכלוסיות ואף נותנת אפשרות להכשרה מקוונת. מחקרים הראו כי בהשוואה לקבוצות ביקורת, הכשרת QPR גרמה לעלייה בידע של "שומרי הסף" על האובדנות, בתחושת החוללות העצמית שלהם וביכולתם לזהות סימני אזהרה לאובדנות, להתערב במקרים של אובדנות ולהפנות לטיפול (Cross et al., 2011; Matthieu, 2008; Cross, Batres, Flora, & Knox, 2008; Wyman et al., 2008).

תוכניות חינוכיות המיועדות להגביר מודעות להתאבדות בקרב התלמידים עצמם הוכחו כיעילות ביותר. תוכניות אלו מלמדות את התלמידים על אובדנות וגורמי הסיכון של אובדנות. כמו כן, הם לומדים לזהות סימני אזהרה של תלמידים הנמצאים בסיכון גבוה לאובדנות, למשל על ידי צפייה בסרטון המראה נער אובדני. הנער נראה עצבני, והוא מדבר על מחשבות אובדניות או מחלק את רכושו לחבריו. נוסף על כך, התלמידים לומדים מיומנויות להתמודדות עם נער כזה על ידי משחקי תפקידים. דוגמה לתוכנית מסוג זה אשר קיבלה תמיכה אמפירית היא התוכנית Lifelines. תוכנית זו מכשירה מספר רב של אנשי צוות בית הספר להיות "שומרי סף", ולאחר כן מועברת לתלמידים, על מנת ללמדם לזהות חברים הנמצאים בסיכון אובדני. מטרתה של התוכנית היא ללמד את התלמידים להפנות את חבריהם שבסיכון לאנשי צוות אשר הוכשרו מראש לתת להם מענה הולם (Kalafat & Underwood, 1989). תוכנית חינוכית נוספת, ששמה (The Youth Aware of Mental Health Program) YAM, נבדקה במחקר

המשווה תוכניות שונות למניעת אובדנות בבתי ספר בעשר מדינות באירופה, כולל ישראל. YAM נועדה להעלות את המודעות לבריאות הנפש על ידי למידה של גורמי סיכון וגורמי חוסן לאובדנות, כולל ידע על דיכאון וחרדה. כמו כן, היא נועדה לשפר את המיומנויות הנדרשות להתמודדות עם אירועי חיים קשים, לחץ והתנהגויות אובדניות. במחקר נמצא כי YAM הובילה להפחתה במספר ניסיונות התאבדות ולהפחתת מחשבות אובדניות חמורות בקרב בני נוער בבתי ספר (Wasserman et al., 2015). על אף מספרם הרב של מחקרים המראים את ההשפעה החיובית של תוכניות חינוכיות להגברת מודעות לאובדנות, כמה מחקרים בעבר הראו כי אין לתוכניות אלו השפעה משמעותית על התלמידים, ואחרים אף הראו השפעה מזיקה, כגון עלייה בחוסר תקווה והתמודדות לא סתגלנית של בני הנוער לאחר התוכנית (Ploeg et al., 1996). על כן, עדיין קיימים חילוקי דעות בנוגע לתוכניות חינוכיות אלו.

בארץ החל בשנים האחרונות פיילוט של תוכנית הכשרת "שומרי סף" בקרב תלמידים הנקראת "בוחרים בחיים", אשר מלווה במחקר. התוכנית נבנתה בשירות הפסיכולוגי-ייעוצי במשרד החינוך, במסגרת התוכנית הלאומית למניעת אובדנות, ונמצאה על ידי ועדת מומחים כתואמת לתוכנית YAM. חשיבותה המרכזית של התוכנית היא בדיבור הישיר עם מתבגרים על נושא האובדנות. נושאי התוכנית עוסקים בניהול שיחות על המתבגר, משפחתו וחבריו, על מגוון אתגרים וקשיים וכן על דרכי התמודדות במצבי מצוקה קשים שעשויים להגיע לסיכון אובדני. שיחות אלה מעצימות את הפרט, יוצרות לכידות קבוצתית, תחושת שייכות וערבות הדדית ותורמות לעיצוב החוסן האישי. ההמלצה שלנו היא לערוך פיילוט, על מנת לעבוד עם גילאים צעירים יותר; זאת כדי להתחיל לדבר על הנושא כבר בגני הילדים, באופן מותאם התפתחותית.

בשונה מתוכניות להעלאת מודעות להתאבדות בקרב בני נוער, קיימות תוכניות המתמקדות בפיתוח וחיזוק מיומנויות חוסן, מיומנויות החסרות בדרך כלל לבני נוער אובדניים. מטרתן היא להוות גורם חוסן אל מול השפעתם של גורמי סיכון לאובדנות. המיומנויות כוללות אסטרטגיות התמודדות סתגלנית, פתרון בעיות, הגמשה קוגניטיבית, ויסות רגשי, פתרון עימותים בין-אישיים, חשיבה ביקורתית ועוד. תוכנית מסוג זה, הנקראת RY (Reconnecting Youth), נועדה למנוע אובדנות אצל בני נוער שנשרו מבית הספר. התוכנית נמצאה במספר מחקרים כיעילה להפחתה של מחשבות והתנהגויות אובדניות, שימוש בחומרים, לחץ, דיכאון, כעס וחוסר תקווה (Eggert, Thompson, Herting, & Randall, 2001). עם זאת, מחקרים אחדים מצאו השפעה שלילית של תוכנית RY, כגון: עלייה בכעס, עלייה בשימוש בסמים ואלכוהול ועלייה בקשרים עם נוער בסיכון. ייתכן כי אפקט שלילי זה נובע מאפקט הדבקה בין קבוצת נערים בסיכון אשר חווים מצוקות רגשיות דומות (Kuiper et al., 2019). בארץ קיימת תוכנית "חוסן חינוך", אשר הקימה מערך פסיכו-חינוכי רחב, הכולל מגוון תוכניות לפיתוח ולחיזוק חוסן אישי ומיומנויות התמודדות עם מצבי לחץ. מטרת התוכנית היא להקנות כלי התמודדות עם מצבי לחץ יום-יומיים וכן עם מצבי טראומה ומשבר, והן מופעלות כתוכניות מניעה.

מדובר בתוכניות תלת-שנתיות, הכוללות שנת הקניה, שנת הטמעה ושנת הרחבה. לאחר מכן "שפת החוסן" הופכת לשפה של המוסד החינוכי. בשלב הראשון, היועצים החינוכיים והפסיכולוגים בבית הספר מודרכים על ידי מומחים לחוסן, ובמקביל, הם מדריכים את מחנכי הכיתות, ומחנכי הכיתות מלמדים את תלמידי בית הספר. לאחרונה החלו להכניס לתוכניות "חוסן חינוך" תכנים ספציפיים על אובדנות. גם כאן המלצתנו היא להתחיל בגיל צעיר ככל שניתן.

אסטרטגיה נוספת ברמת מניעה ראשונית בקרב בני נוער היא תוכניות איתור יזום (screening), המיועדות לאתר תלמידים אובדניים בבתי ספר. סקירה שיטתית של הספרות הקיימת כיום לא מצאה הוכחה שאיתור כזה מוריד שיעורי אובדנות. בתוכניות אלו מועברים לכלל התלמידים בבית ספר שאלוני דיווח עצמי אשר בודקים גורמי סיכון לאובדנות, כגון: דיכאון, שימוש בסמים, מחשבות אובדניות והתנהגויות אובדניות. התלמידים שנמצאים בסיכון על פי השאלונים מתבקשים לעבור ריאיון קליני אצל איש מקצוע, אשר מפנה אותם לטיפול במידת הצורך. דוגמה לשאלון הוא ה-ASQ (Ask Suicide-Screening Questions), שמכיל ארבעה פריטים השואלים על מחשבות אובדניות עכשוויות ועל היסטוריה של ניסיון אובדני. שאלון זה נמצא כבעל רגישות גבוהה לניבוי סיכון אובדני בקרב ילדים ונוער (Ballard et al., 2017). שאלון נוסף אשר שכיח בשימוש לאיתור אובדנות הוא שאלון CSS (Columbia Suicide Screen), הכולל שאלות על מחשבות והתנהגויות אובדניות ועל גורמי סיכון. במחקר שבו שאלון זה הועבר בשבעה בתי ספר תיכוניים נמצא כי הוא יכול לזהות נערים בסיכון אובדני אשר זוהו ככאלו על ידי צוות בית הספר (Scott et al., 2009). קיימות תוכניות איתור יזום גם במכללות בארצות הברית, שבהן הסטודנטים ממלאים שאלונים מקוונים על מחשבות והתנהגויות אובדניות ועל גורמי סיכון. לאחר מילוי השאלונים, סטודנטים שמזוהים באמצעותם כנמצאים בסיכון לאובדנות מקבלים דואר אלקטרוני מקלינאי, אשר מזמין אותם לשקול טיפול (Garlow et al., 2008). בדומה לתוכניות של "שומרי הסף", תוכניות של איתור יזום מחייבות את בתי הספר להיערכות מתאימה, לצורך הפניית התלמידים המזוהים לגורמים מקצועיים.

הדרך היעילה ביותר והמבוססת ביותר מחקרית למניעת התאבדות בקרב בני נוער היא לצמצם נגישות לאמצעים קטלניים. אמצעי התאבדות, כגון: כלי נשק, תלייה, חנק או קפיצה מגובה, מספקים הזדמנות מועטה להצלה, ולכן שיעורי התמותה במקרים אלו גבוהים (Elnour & Harrison, 2008). כמו כן, נמצא כי המרווח בין ההחלטה לבצע ניסיון אובדני לבין ביצועו עשוי להיות קצר – בין חמש לעשר דקות (Simon et al., 2001). נוסף לכך, אנשים נוטים שלא להחליף שיטה של ניסיון אובדני, אם השיטה שבחרו אינה נגישה עבורם באותו רגע (Hawton, 2007). כתוצאה מכך, הגדלת מרווח הזמן שבין ההחלטה לבצע ניסיון אובדני לבין הניסיון עצמו, למשל על ידי צמצום נגישות לאמצעים קטלניים, עשויה להיות מצילת חיים. המאמצים למניעת התאבדות במקומות שבהם ניסיון התאבדות קטלני עלול להתרחש בקלות, כוללים הקמת גדרות או הגבלת הגישה, למניעת קפיצות, נעילת חלונות והתקנת שלטים וטלפונים, על מנת לעודד אנשים השוקלים להתאבד לבקש

עזרה (Cox et al., 2013). הקטנת מספר הכדורים בחפיסה הנמכרת ללא מרשם נמצאה יעילה ביותר ויושמה גם בישראל. שיטה נוספת לצמצום נגישות אל אמצעים קטלניים היא שיטת אחסון בטוח של תרופות, כלי נשק, כימיקלים מסוכנים ומוצרים ביתיים אחרים. אחסון של אמצעים אלו במקום נעול ומאובטח עשוי להפחית את הסיכון להתאבדות אימפולסיבית של בני נוער (Runyan et al., 2016). כל האסטרטגיות שהוצגו לצמצום נגישות לאמצעים קטלניים מומלצות כמובן גם בבתי ספר, על מנת להבטיח סביבה בטוחה לתלמידים הנמצאים בסיכון אובדני.

אמצעי נוסף למניעת אובדנות הוא שימוש ב"קווים חמים" (hotlines) בעת משבר נפשי. מדובר בקווים טלפונים או אתרי אינטרנט שנותנים מענה לילדים ומתבגרים הזקוקים לעזרה מיידית. קווים אלו פתוחים בדרך כלל 24 שעות ביממה, והמענה ניתן בחינם. על פי רוב ילדים או נערים פונים ל"קווים חמים" משום שהם מרגישים כי אינם יכולים לקבל מענה במסגרות אחרות או שהאנונימיות של הפנייה מאפשרת להם פתיחות רבה יותר. כמו כן, ניתנים להם מידע בתחום של בריאות הנפש ועזרה בנוגע לפנייה לגורמים טיפוליים. היתרונות המרכזיים של ה"קווים החמים" הוא שניתן לתת מענה לנערים הפונים בשעות הלילה, לפני ביצוע של מעשה אובדני, וכי הצוות שעונה הוכשר בדרך כלל להתמודד עם ניסיון אובדני. אף שהפנייה ל"קווים חמים" היא חסויה, כאשר מדובר בסיכון אובדני גבוה, קיימות אפשרויות לאיתור האדם האובדני, על מנת להציל את חייו. במחקר שעקב אחר פונים אובדניים שהתקשרו ל"קו חם" בארצות הברית, נמצאה כמה שבועות לאחר השיחה הטלפונית ירידה משמעותית בכאב הנפשי שלהם, בחוסר התקווה ובכוונה למות (Gould, Kalafat, HarrisMunfakh, & Kleinman, 2007). בישראל, עמותת ער"ן נותנת שירות עזרה ראשונה נפשית טלפונית ואינטרנטי.¹ כמו כן, ניתן לקבל בעת מצוקה נפשית ודחף להתאבד מענה מקוון מעמותת סה"ר² ומאתר Yelem³, השייך לעמותת עלם (עמותת לנוער במצבי סיכון).

אובדנות בקרב בני נוער עשויה להימנע גם בעזרת איתור על ידי רופאים במרפאות ראשוניות. ממצא חשוב הוא כי יותר ממחצית האנשים שהתאבדו ביקרו אצל רופא חודש לפני שהתאבדו (Andersen, Andersen, Rosholm, & Gram, 2000). עם זאת, לעיתים קרובות הפרעות נפשיות המהוות גורמי סיכון אובדני, כגון דיכאון, אינן מזוהות על ידי רופא ראשוני. תוכניות הכשרה לרופאים נמצאו כיעילות באיתור דיכאון, ואם הרופא רשם תרופה לטיפול בדיכאון, הן אף הובילו להפחתה של התנהגויות אובדניות (Mann et al., 2005; Zalsman, Hawton et al., 2016).

לבסוף, אסטרטגיה למניעת אובדנות המתאימה לעידן הטכנולוגיה של היום היא איתור אובדני דרך רשתות חברתיות. מחקרים מצביעים על כך שבני נוער ומבוגרים צעירים משתמשים הרבה ברשתות חברתיות על מנת להביע מחשבות וכוונות

1 עמותת ער"ן – www.eran.org.il

2 עמותת סה"ר – www.sahar.org.il

3 Yelem – www.yelem.org.il

אובדניות (Cash, Thelwall, Peck, Ferrell, & Bridge, 2013). כיום, שיטות של למידת מכונה (machine learning) מסוגלות לאתר אנשים הנמצאים בסיכון אובדני גבוה, על ידי ניתוח אוטומטי של מלל הכתוב בפורומים שונים (Desmet & Hostle, 2018). נדרש מחקר נוסף לאישוש שיטות מניעה מקוונות אלו.

מניעה שניונית

מטרתה של המניעה השניונית היא לתת מענה מוקדם לבני נוער הנמצאים בקבוצת סיכון, על מנת למנוע התנהגויות אובדניות שעלולות להתפתח בהמשך. דוגמה לקבוצת סיכון היא בני נוער הסובלים מדיכאון, ולכן מניעה שניונית תכלול טיפול תרופתי וטיפול פסיכולוגי בבני נוער אלו. להלן נציג המלצות להתערבות תרופתית ושתי התערבויות פסיכולוגיות מבוססות מחקר אשר מיועדות לקבוצת סיכון זו.

תרופות לדיכאון

מעכבי ספיגה חוזרת של סרוטונין (SSRI) הם הטיפול התרופתי הנפוץ ביותר לדיכאון בילדים ונוער ומסייעים במניעת אובדנות (Zalsman, Birmaher, & Brent, 2006). עבודות רבות הראו את יעילותם ובטיחותם בקרב ילדים ונוער, בשילוב עם טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT) ובלעדיו. חשוב לזכור שדרגת תגובת תרופת הדמה (פלצבו) בילדים מגיעה לכלל 50%–70%. במחקר גדול רב מרכזי, כפול סמיות הראשון מסוגו (מחקר ה-TADS), 439 מתבגרים בני 12–17 שסבלו מדיכאון מג'ור, ב-13 מרכזים בארצות הברית, חולקו על יד החוקרים לארבע קבוצות, שקיבלו טיפולים שונים: טיפול בפלואקסטין (פרוזק) במינון 10–40 מ"ג ליום, טיפול CBT, טיפול משולב בשניהם וטיפול בתרופת דמה. פלואקסטין לבדו היה עדיף על CBT לבד ועל תרופת דמה, עם תגובתיות של 60.6%, על פי מדידת שאלון הדיכאון בקרב ילדים, לעומת 34.8% עם תרופת דמה. שילוב של CBT ופלואקסטין היה עדיף על כל טיפול לבדו, עם תגובה של 70%.

טעות נפוצה היא שבקרב מתבגרים יש לטפל במחצית המינון המקובל למבוגרים. למעשה אצל צעירים הפירוק והפינוי של תרופות אלו מהירים מאשר אצל מבוגרים, ולעיתים הם זקוקים למינון כמו מבוגר ואף כפול. מסיבה זו מומלץ להתחיל למשל במינון של 10 מ"ג פלואקסטין (פרוזק, פריזמה), או מינונים מקבילים של SSRI אחרים, ובהיעדר תופעות לוואי יש לעלות ל-20 מ"ג. בהיעדר תגובה טיפולית מומלץ לעלות ל-40 מ"ג ואף ל-60 מ"ג בשתי מנות מחולקות, עקב כך שזמן מחצית החיים של התרופות הללו קצר יותר בקרב מתבגרים מאשר אצל מבוגרים. עם זאת, חשוב להקפיד על ניטור האובדנות בתחילת מתן התרופה ובעלייה במינון, מהסיבה הנדונה להלן.

מעכבי ספיגה חוזרת של סרוטונין והסיכון האובדני

בדצמבר 2003 הוציאה רשות התרופות הבריטית (MHRA) אזהרה כי יש להימנע ממתן SSRI לילדים מתחת לגיל 18 עקב עדויות כי התרופות הללו עלולות להעלות

את הסיכון האובדני בצעירים פי 1.8. ביולי 2003 ה-FDA האמריקני הזהיר מפני השימוש בפרוקסטין בבני נוער עקב סכנה זו. בעקבות לחץ ציבורי מסיבי קיים ה-FDA שימוע ודיון נרחבים בנושא, וכתוצאה מכך הוציא באוקטובר 2004 אזהרה ("black box warning") שלשונה: "נוגדי דיכאון מעלים את הסיכון למחשבות והתנהגות אובדניות בילדים ונוער עם דיכאון והפרעות פסיכיאטריות אחרות. שימוש בתרופות אלו בילדים ונוער מחייב לשקול את האיזון בין הגברת האובדנות והצורך הקליני. מטופלים הנמצאים כבר בטיפול תרופתי בתרופות אלו מצריכים מעקב צמוד אחר החמרת מצבם, התגברות האובדנות ושינויי התנהגות. משפחות ומטפלים צריכים לעקוב אחר שינויים במצב ולהיות בקשר עם רושם התרופה".⁴

למרות האזהרה, חוקרים רבים, ובכללם האיגוד האמריקני לפסיכיאטריה של הילד,⁵ מתנגדים לעמדה זו, ועמדתם היא כי באזהרת ה-FDA יש סכנה אמיתית לתת-טיפול והעלאת שיעור ההתאבדויות במתבגרים דיכאוניים לא מטופלים. בבדיקת הנתונים שעליה מתבססת ההחלטה, נראה כי תחת ההגדרה של "אובדנות" מופיעות בדיווחים השונים התנהגויות שונות, שלא כולן תוגדרנה כאובדניות על ידי מומחים באובדנות. בנוסף, במחקרים שפורסמו אשר משווים SSRI לתרופות דמה, ההבדל בין שתי הקבוצות בשיעור האובדנות (מחשבות, פגיעה עצמית וניסיון אובדני) אינו מובהק סטטיסטית ומגיע ל-2% בקבוצת תרופת הדמה, לעומת 4% בקבוצת התרופה. בקרב 1,717 הנבדקים שהשתתפו בכל המחקרים הללו לא נרשמה אפילו התאבדות אחת. אולפסון וחבריו בדקו את שיעור מתן SSRI ושיעור ההתאבדויות באזורים שונים בארצות הברית והראו כי למעשה ה-SSRI הורידו את שיעור ההתאבדויות, עקב טיפול יעיל ובטוח בדיכאון. על כל 1% עלייה ברישום SSRI למתבגרים הופיעה ירידה של 0.23 לכל 100,000 מתבגרים במספר המתאבדים (Olfson, Shaffer, Marcus, & Greenberg, 2003). מחקר ה-TADS הראה כי מחשבות אובדניות משמעותיות שהופיעו ב-29% מהמדגם בתחילת המחקר (טרם הטיפול), ירדו משמעותית בארבע הקבוצות הנבדקות (פלואוקסטין, CBT, שילוב השניים ותרופת דמה), ובמיוחד בקבוצה המשולבת, ונרשמו שבעה ניסיונות אובדניים במהלך 12 שבועות (March, 2007). חשוב לציין כי מדובר מראש באוכלוסייה שבה הסיכון האובדני הוא חלק מהגדרת ההפרעה, והוא נפוץ במיוחד בתחילת הטיפול ועם היציאה מהמצב הדיכאוני, כך שההירות היא במקומה, אך לא על חשבון טיפול יעיל בהפרעה הראשונית. לסיכום, קיים סיכון לתופעות לוואי הקשורות בהתנהגות אובדנית, אך הוא קטן, ויש לראותו תוך התייחסות לשיפור במצב הדיכאון והאובדנות עקב הטיפול התרופתי ולעדויות אפידמיולוגיות כי הטיפול מוריד את שיעור האובדנות באוכלוסייה. כמו כן, נראה כי עקב אזהרת ה-FDA מוטב שהטיפול ב-SSRI למתבגר דיכאוני ייעשה על ידי מומחה בפסיכיאטריה של ילדים ונוער, ולא בידי הרופא הראשוני (Zalsman et al., 2006).

4 אתר ה-FDA: www.fda.gov

5 אתר האיגוד האמריקני לפסיכיאטריה של הילד: www.aacap.org

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT)

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT – Cognitive-Behavioral Therapy) מבוסס על ההנחה כי הדיכאון נגרם או נשמר על ידי תהליכי חשיבה שדרכם המתבגר תופס מצבים ואירועים שונים. העיקרון הבסיסי של CBT הוא שקיימים יחסי גומלין בין מחשבות, רגשות והתנהגות. טיפול CBT לדיכאון גורס כי הפחתת התסמינים של דיכאון אפשרית בעזרת התערבויות אשר מגמישות דפוסי חשיבה מעוותים וכן רגשות והתנהגויות לא סתגלניים. כמה מטה-אנליזות הראו כי טיפול CBT הוא יעיל לבני נוער הסובלים מדיכאון (Klein, Jacobs, & Reinecke, 2007).

המרכיבים הקוגניטיביים של CBT גל שני כוללים זיהוי מחשבות אוטומטיות ועיוותים קוגניטיביים ויצירת מחשבות סתגלניות יותר. מחשבות אוטומטיות של מתבגר בדיכאון עשויות לכלול מחשבות שליליות על עצמו, על העתיד ועל העולם ("טריאדה קוגניטיבית"). למשל מחשבות של ייאוש, כמו "אין טעם לנסות, אני גם ככה לא אצליח" או של חוסר ערך: "אני לא שווה כלום". מחשבות לא סתגלניות של מתבגרים בדיכאון הן גם מחשבות של "שחור או לבן", למשל: "לא הצלחתי במבחן, אני גרוע בכל", או חשיבה קטסטרופלית: "אם היא לא תרצה לצאת איתי ל'דייט', אהיה בלי זוגיות כל החיים". בטיפול CBT, המטופל לומד להכיר את ההשפעה הרגשית של מחשבות אלו ואת התוצאות ההתנהגויות שלהן. על ידי הבניה קוגניטיבית, המטפל מנסה לאתגר את אותן מחשבות לא סתגלניות. כמו כן, המטופל מקבל שיעורי בית, שבהם עליו למצוא מחשבות חלופיות סתגלניות יותר, בניגוד למחשבות שליליות שעולות אצלו במהלך השבוע, ולכתוב מהם השינויים הרגשיים וההתנהגותיים בעקבות השינוי הקוגניטיבי. המטרה היא להפוך את דפוסי החשיבה של המתבגרים הנמצאים בדיכאון לגמישים, סתגלניים ומגוונים יותר. המרכיבים ההתנהגותיים של CBT כוללים הפעלה התנהגותית, כלומר הגברת ההשתתפות בפעילויות בכלל, ובפעילויות מהנות בפרט, שהמטופל הפסיק לקחת בהן חלק מאז שהוא בדיכאון. כשיעורי בית, המטופל מתבקש לעקוב אחר פעולותיו, לנטרן ולפקח עליהן באופן יום-יומי. במפגשים הטיפולים, המטפל והמטופל מציבים מטרות ברורות וברות השגה ומוסיפים ללוח הזמנים פעילויות בעלות ערך חיובי, כגון השתתפות במפגש חברתי ופעילות ספורט. הרכיבים הרגשיים של CBT הם זיהוי, יישום וניטור של הרגשות השונים ושל עוצמתם. בנוסף, בטיפול CBT נלמדות טכניקות של ויסות רגשי. בגל שלישי של CBT יש עבודה אשר ממוקדת בקבלת הרגשות והמחשבות השליליים כחלק ממערך הרגשות והמחשבות האנושיים אשר באים והולכים. חשוב מאוד כמובן שהטיפול יהיה מותאם למטופל.

בטיפול CBT נגד דיכאון בקרב בני נוער משלבים גם מפגשים עם ההורים. המשפחות מקבלות חינוך פסיכולוגי (psychoeducation) על הדיכאון ועל הטיפול בו. כמו כן, המטפל מזהה את הגורמים המרכזיים במשפחה אשר משפיעים לרעה על דיכאונו של המתבגר, ומנסה לעבוד עליהם בפגישות משפחתיות. פגישות אלו כוללות בדרך כלל עבודה על תקשורת רגשית, פתרון בעיות במשפחה והגדלת מספר הפעילויות המהנות של המשפחה (Compton et al., 2004). קיימת גם

התערבות קבוצתית של CBT שנמצאה יעילה עבור מתבגרים הסובלים מדיכאון, ונקראת Coping with Stress Course (Dobson et al., 2010). מדובר על טיפול של 15 פגישות, שבהן משתתפים כ-15 מתבגרים עם דיכאון. בפגישות אלו המטופלים לומדים כלים קוגניטיביים, על מנת שיוכלו לזהות מחשבות שליליות ולא רציונליות אשר תורמות לדיכאון ויאותרו להתמודד איתן. בנוסף, הם רוכשים כלים התנהגותיים, כגון הוספת פעילויות מהנות ללוח הזמנים שלהם (Clarke et al., 1995).

פסיכותרפיה בין-אישית למתבגרים (IPT-A)

פסיכותרפיה בין-אישית (IPT-A – Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents) היא טיפול שמיועד לבני נוער הסובלים מדיכאון, אשר הוכח כיעיל מחקרית (Mufson et al., 2004). מטרתו של הטיפול היא להפחית תסמינים של דיכאון בקרב בני נוער, לשפר את התנהלותם הבין-אישית וללמד אותם ואת משפחותיהם על הקשר בין הדיכאון לבין יחסים בין-אישיים. הרציונל העומד מאחורי טיפול זה הוא שהדיכאון מתרחש בהקשר בין-אישי, ולכן גם הטיפול בו צריך לכלול שינוי בקשרים הבין-אישיים של המטופל עם הדמויות המשמעותיות בחייו. אורכו של הטיפול, אשר כולל גם השתתפות פעילה של ההורים, הוא 12 מפגשים, המחולקים לשלושה שלבים.

בשלב הראשון, המטפל סורק את התסמינים של הדיכאון ומעריך אובדנות. כמו כן, הוא מעניק למטופל ולהוריו חינוך פסיכולוגי על דיכאון ועל רציונל הטיפול של IPT-A. המטפל משתמש בטכניקת "תפקיד החולה המוגבל" (limited sick role), אשר משמעותה להסביר למטופל ולהוריו כי הדיכאון, שממנו סובל המתבגר, הוא מחלה, ולכן, כמו כל מחלה אחרת, הוא משפיע על התפקוד היום-יומי שלו. יחד עם הורדת הציפיות מהמתבגר בתקופת הדיכאון, המטפל מדגיש להורים כי עליהם לעודד את ילדם להשתתף בפעילויות השגרתיות, כמו נוכחות בבית הספר והשתתפות בפעילויות משפחתיות. נוסף לכך, בשלב הראשוני של הטיפול, המטופל בונה יחד עם המטפל "מעגלי קרבה", כך שכלל שהמעגל פנימי יותר, המטופל ימקם בו את האנשים הקרובים והמשמעותיים ביותר עבורו. לאחר מכן, המטפל עורך עם המטופל "תחקור בין-אישי" (interpersonal inventory), אשר מטרתו להבין במדויק את הקשרים המשמעותיים של המטופל, למשל מהם התדירות והתוכן של הקשרים, מהן הציפיות של המטופל מהם, ומהם ההיבטים החיוביים והשליליים שלהם. בתחקור, המטפל מנסה לחבר את הקשיים בקשרים הבין-אישיים של המטופל לדיכאונו. בסוף השלב הראשון, הוא מנסה לזהות ולהמשיג יחד עם המטופל את תחומי הבעיה העיקריים שהובילו לדיכאון, ושעליהם יעבדו במשך הטיפול. IPT-A כולל טיפול בארבעה תחומי בעיה עיקריים: אבל פתולוגי, קונפליקטים בין-אישיים במערכות יחסים משמעותיות, שינוי חיים משמעותיים, כגון: מעברים בין מסגרות בית ספריות, גירושין של ההורים ולידת אח, וליקויים במיומנויות בין-אישיות, כגון ניתוק חברתי וקשיים בקשירת קשרים חברתיים או בשימורם.

בשלב הביניים של הפסיכותרפיה הבין-אישית נעשית עבודה על התחומים שזוהו, תוך שימוש במגוון טכניקות טיפוליות. הלמידה של המיומנויות נעשית בעזרת משחקי תפקידים והתנסויות בין-אישיות בין הפגישות. אחת הטכניקות הטיפוליות ב-IPT-A היא ניתוח דפוסי תקשורת, הנערך על ידי בחינה של שיחה שהמתבגר ניהל עם אחד מקרוביו והובילה לקונפליקט. המטופל לומר לזהות את הדפוסים הלא סתגלניים בתקשורת, כדי להתחיל לתרגל דפוסים סתגלניים ובריאים יותר. המטרה היא ללמד את המתבגר להביע את קשייו וצרכיו בצורה סתגלנית יותר, ישירה, בהירה ומוססת.

בשלב האחרון של הטיפול, המטפל מסכם את המיומנויות שנלמדו, ומתנהלת שיחה על הדרכים שבהן ניתן יהיה להשתמש במיומנויות אלו בעתיד (Mufson, & Dorta, Moreau, & Weissman, 2004).

קיימת גם התערבות קבוצתית בעלת תמיכה אמפירית למניעת דיכאון במתבגרים, הנקראת Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training (IPT-AST), שהיא התאמה של IPT לקבוצה של מתבגרים הסובלים מתסמינים בודדים של דיכאון. בקבוצה זו לומדים על התסמינים של דיכאון, משוחחים על הקשר שבין רגשות לקשרים בין-אישיים ולומדים דרכי תקשורת מגוונות ואסטרטגיות בין-אישיות שניתן ליישם בקשרים הקרובים של המתבגרים. הכוח של הקבוצה בטיפול IPT הוא שניתן ליישם את המיומנויות הבין-אישיות הנלמדות ב"כאן ועכשיו" תוך כדי שיח עם מתבגרים אחרים (Young, Mufson, & Gallop, 2010).

מניעה שלישונית

ברמת המניעה השלישונית, ההתערבויות מיועדות לבני נוער שכבר היו מעורבים בהתנהגות אובדנית, למשל לאחר ניסיון אובדני. חשוב להדגיש כי בכל מקרה של סיכון מיידי יש להפנות את המתבגרים והוריהם למיון. לאחרונה נמצא כי טיפול בקטמין ונגזרת שלו – אסקטמין – במשאף לאף יכול לשפר מצב דיכאוני תוך דקות ולהוריד התנהגות אובדנית גם בהיעדר דיכאון. התכשיר אושר השנה לשימוש מבוקר בסל התרופות בישראל למבוגרים. בימים אלו מחקר רב מרכזי עולמי בודק את השפעת התכשיר במתבגרים אובדניים.

מניעה שלישונית כוללת התערבויות בקהילות, מסגרות, ארגונים ומשפחות שבהן הייתה התאבדות, כדי למנוע הדבקה (postvention). קיימים היום פרוטוקולים על מניעת אובדנות במסגרות לאחר התאבדות, שכדאי לעבוד לפיהם, עם התאמות הנדרשות לארגון הספציפי ובחינת יעילות ההתערבות מההתחלה. למשל ביחידה להתמודדות עם מצבי משבר, חירום ואובדנות בשירות הפסיכולוגי ייעוצי של משדר החינוך (שפ"י), פיתחו נוהלי עבודה אשר נועדו למניעת הדבקה במסגרת החינוכית. בהתערבויות הפסיכולוגיות הממוקדות במניעת אובדנות, השלב הראשון הוא טיפול אקוטי, שמטרתו הצלת חיים ומניעת ניסיון אובדני נוסף. בשלב זה חשוב שהמטפל יהיה אמפתי למשאלת המוות של המטופל ולכאב הנפשי העצום

שהמתבגר האובדני חווה (אור-בך, 2001) ובו-זמנית יפעל עם המתבגר והוריו כדי לבנות תוכנית ביטחון לשמירה על חייו. לאחר מכן, כאשר המתבגר כבר אינו בסכנה אובדנית מיידית, הטיפול יתמקד בפיתוח מיומנויות המאפשרות למנוע הישנות של דיכאון ומחשבות או התנהגות אובדניות. ישנם קווים מנחים לכל טיפול במניעת אובדנות: יצירת ברית טיפולית טובה בין המטפל למטופל, גישה לא שיפוטית של המטפל, הגברת מוטיבציה לשינוי וזמינות מרבית של המטפל, במקרה הצורך, גם מעבר לשעות הטיפול. כמו כן, על המטפל להיעזר בתמיכה מקצועית, ולא לעבוד לבד עם מתבגר אובדני. בנוסף, העבודה מול ההורים ובית הספר היא הכרחית לקידום הטיפול של מתבגר בסיכון אובדני. ההתערבויות שיוצגו להלן הן בעלות תמיכה אמפירית ומבוססות פרוטוקולים. עם זאת, ניתן לשלב אותן גם בתוך טיפול דינמי.

טיפול דיאלקטי התנהגותי למתבגרים (DBT-A)

טיפול DBT פותח במקור למען מבוגרות הסובלות מהפרעות אישיות גבוליות ועבר התאמה למתבגרים (DBT-A – Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents). במחקרים נמצא כי הטיפול מפחית בצורה משמעותית מחשבות והתנהגות אובדניות, תסמינים פסיכיאטריים כלליים ותסמינים של הפרעת אישיות גבולית. DBT-A פותח בהשראת תפיסה דיאלקטית וזן-בודהיסטית ומשלב מרכיבים קוגניטיביים-התנהגותיים. הטיפול מבוסס על תיקוף חוזר של החוויות הקשות של המטופל שהובילו אותו להתמודד עם מצוקה רגשית עוצמתית. עם זאת, הטיפול מבוסס גם על עידוד יצירת שינויים מחשבתי, רגשי, בין-אישי והתנהגותי אצל המתבגר, ולכן הוא מטיל אחריות רבה על המטופל עצמו כסוכן שינוי. הטיפול כולל פגישות פרטניות עם המתבגר, טיפול בקבוצה, קבוצת טיפול עם המשפחות ללמידה ותרגול של מיומנויות וקבוצת ייעוץ למטפלים. קבוצת הייעוץ למטפלים מאפשרת להם תמיכה רגשית ומקצועית, שהכרחית בעבודה עם אוכלוסייה מאתגרת זו.

בפגישות הפרטניות, המטפל מתמקד קודם כול בהפחתת התנהגויות המסכנות חיים, כמו התנהגויות אובדניות ופגיעה עצמית, ובהבניה של מסגרת טיפולית ברורה. על מנת לעקוב אחר התנהגויות אובדניות ופגיעות עצמיות, המטופל נדרש לתאר התנהגויות אלו ביומן, ואחת לשבוע המטופל ועובדים על היומן ומנתחים מה הביא את המטופל לפגוע בעצמו, ואילו תוצאות מחזקות התנהגויות לא רצויות אלו. אם המטופל מרגיש בין הפגישות שאינו מסוגל לשלוט על הדחפים שלו לפגוע בעצמו, הוא יודע כי הוא יכול להתקשר למטפל. כאשר המטופל כבר אינו נמצא בסיכון אובדני פעיל, הפגישות הפרטניות עוסקות בקשיים בטיפול וכן בקשיי היום-יום של המטופל.

בקבוצה של למידת מיומנויות יחד עם המשפחה, המשתתפים לומדים טכניקות של קשיבות (mindfulness), כלומר היכולת למקד את תשומת הלב לחוויות המתרחשות בהווה, וזאת באופן לא שיפוטי. פיתוח קשיבות מאפשר למתבגר האובדני לשהות עם התחושות הכואבות שלו מבלי לתרגם אותן להתנהגות, והוא גם לומד לקבל את עצמו ללא שיפוטיות. נלמדים גם כישורי עמידות במצבי

מצוקה, כלומר המטופלים לומדים להתמודד עם מצבים קשים מבלי להגיב בצורה אימפולסיבית או הרסנית. בנוסף, המטופלים לומדים טכניקות של ויסות רגשי, על מנת לשלוט ברגשות עוצמתיים, כמו כעס ותסכול. לבסוף, הם גם לומדים מיומנויות להתמודדות עם קונפליקטים בין-אישיים, קונפליקטים אשר מובילים אותם לעיתים קרובות למצוקה רבה ולהתנהגויות הרסניות (Rathus & Miller, 2014).

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי למניעת התאבדות (CBT-SP)

CBT-SP (Cognitive-Behavioural Therapy for Suicide Prevention) הוא טיפול קוגניטיבי-התנהגותי שישנן עדויות אמפיריות לעילותו, המיועד למתבגרים שנמצאים בסכנה אובדנית. טיפול זה נערך לרוב באופן פרטני עם המתבגר, אך מערב השתתפות רבה של ההורים. התוכנית בנויה בדרך כלל משלושה שלבים: בשלב הראשון, שהוא השלב האקוטי, המטפל בודק כוונה או התנהגות אובדנית ובונה עם המטופל תוכנית ביטחון. בשלב זה המטפל גם עורך שרשרת אירועים (chain analysis), שמטרתה לנתח את הגורמים שהובילו לניסיון האובדני. המטופל מתבקש לפרט את המחשבות, הרגשות וההתנהגויות שלו לפני האירוע ולאחריו וכך גם את תגובות סביבתו. שרשרת האירועים מאפשרת למטפל להבין אילו מיומנויות חסרות למטופל ולעבוד עליהן בטיפול, על מנת למנוע התנהגות אובדנית בעתיד.

בשלב השני של הטיפול, המטפל ומטופל מחליטים יחד לעבוד על פיתוח מיומנויות רגשיות, חברתיות, התנהגויות וקוגניטיביות החסרות למטופל. העבודה נעשית על ידי שימוש רב במשחקי תפקידים ובשיעורי בית בין הפגישות בתחומים כמו: הגברת פעילויות מהנות, הבניה קוגניטיבית, ויסות רגשי, פתרון בעיות, כישורים חברתיים, תקשורת סתגלנית ועוד.

השלב האחרון של הטיפול הוא מניעת הישנות של ניסיונות אובדניים חוזרים (relapse prevention). בשלב זה המטפל מעביר למטופל התנסות של דמיון מודרך, אשר מיועדת לגרום למטופל לחוות מחדש את האירועים שהובילו אותו לניסיון האובדני. על המטופל לומר כיצד הוא היה מתמודד כיום עם אותם אירועים, במטרה לבחון אם הוא הצליח להפנים את האסטרטגיות שנלמדו בטיפול. כמו כן, המטפל בודק עם המטופל כיצד הוא יתמודד אם יקרו בעתיד תרחישים דומים העלולים להוביל לדחף אובדני. בסוף הטיפול נעשות שוב הערכת סיכון ובדיקה של רמות דיכאון, וכן נעשה סיכום של הטיפול (Brent, Poling, & Goldstein, 2011).

טיפול משפחתי מבוסס התקשרות (ABFT)

טיפול ABFT (Attachment-Based Family Therapy) הוא טיפול משפחתי במתבגרים הסובלים מדיכאון ואובדנות. הוא מבוסס על פרוטוקול מובנה למחצה ונמצא כמפחית משמעותית תסמינים של דיכאון ומחשבות אובדניות בקרב מתבגרים (Diamond et al., 2010). מקורו התאורטי של הטיפול הוא תאוריות התקשרות, הגורסות כי דמויות מטפלות משמעותיות אשר מספקות בסיס בטוח ותומך עשויות להוביל לפיתוח יכולת ויסות רגשי ופתרון בעיות ולהפחתת מצוקה נפשית, כגון דיכאון ומחשבות אובדניות. מטרתו של הטיפול לשקם את האמון של

המתבגר בסובבים אותו, לשקם את הקרעים הבין-אישיים במשפחה ולחזק את הקשר עם ההורים.

ABFT מורכב מחמש מטלות טיפוליות מרכזיות. הראשונה היא ניתוח מחדש של הקושי, כך שמתקיים מעבר מהסתכלות על המתבגר כעל בעייתי ומי שצריך "תיקון", לצורך בשיפור מערכת היחסים במשפחה. שינוי קוגניטיבי זה מפחית את האשמה והביקורת המופנות כלפי המתבגר, ממקד את הטיפול בחוזקות המשפחה ומעביר את האחריות לשינוי לכל בני המשפחה. המטלה השנייה נעשית באופן פרטני עם המתבגר, ומטרתה הן יצירת קשר בין המטפל לבינו, זיהוי ובחינה של קונפליקטים משפחתיים אשר פגעו באמון בין המתבגר והוריו והכנת המתבגר לדון בסוגיות אלה עם הוריו. המטלה השלישית מתבצעת מול ההורים בלבד, ומטרתה לבחון את גורמי הלחץ הנוכחיים ואת ההיסטוריה שלהם בקשיים בהתקשרות. חלק זה של הטיפול מאפשר להורים לפתח אמפתיה כלפי המתבגר ולהיות פתוחים יותר ללימוד הכישורים ההתנהגותיים והרגשיים הנדרשים לשיפור מערכות יחסים במשפחה. מטלה נוספת היא "התקשרות מחדש", והיא מתבצעת עם המתבגר וההורים. בחלק זה המתבגר חושף את הכעסים שהוא לא זכה לבטא בעבר, מדבר על הקונפליקטים עם ההורים, על תחושות נטישה ובגידה ועל התעללות. כאשר ההורים מצליחים להגיב באופן אמפתי ומביעים חרטה, המתבגר מצליח לחשוף רגשות פגיעים יותר, כמו עצב ואכזבה, ולסלוח להוריו. שיחות אלו, שהן טעונות רגשית, מסייעות להפחית את המתח, להגביר כבוד הדדי ולשפר מיומנויות של פתירת קונפליקט וויסות רגשי. המטלה האחרונה היא קידום תחושת יכולת של המתבגר לפתח קשרים ולהצליח לשגשג מחוץ לבית, כלומר בבית הספר, בתוך קבוצת השווים, בעבודה ועוד. חקירת האוטונומיה של המתבגר מתאפשרת בשל הבסיס הבטוח שנבנה עם ההורים בטיפול (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002).

מודל "אפס התאבדויות"

נסיים את המאמר עם המודל "אפס התאבדויות" (Zero Suicide Model), שהולך ומתבסס על ממצאים אמפיריים, ואשר מסביר מהם עשרת הצעדים שכל מטפל צריך לבצע בעבודה עם מתבגר הנמצא בסיכון אובדני. המודל אינו מניח שניתן להגיע לאפס התאבדויות, אך מתווה את המטרה הזו כאידיאל לשאוף אליו. עשרת הצעדים מחולקים לשלושה חלקים: הערכה, התערבות וניטור. החלק של ההערכה כולל שאלות ישירות על מחשבות והתנהגויות אובדניות בעבר ובהווה, זיהוי גורמי סיכון ודאגה לביטחון המייד של המטופל. החלק השני כולל יצירת תוכנית ביטחון ומכיל צמצום נגישות לאמצעים קטלניים, לימוד אסטרטגיות להתמודדות עם דחפים אובדניים, כגון אסטרטגיות של ויסות רגשי, והתערבויות ממוקדות אובדנות, כגון CBT-SP. החלק האחרון כולל זמינות של המטפל בין הפגישות, ובייחוד בתקופות מעוררות לחץ, עבודה עם משפחת המטופל ותמיכה במטפל על ידי עמיתים (Brodsky, Spruch-Feiner, & Stanley, 2018).

המסקנה העיקרית של מאמר זה היא כי אובדנות בקרב בני נוער ניתנת למניעה, אך חשוב להכיר את הנושא לפני שמתחילים לעבוד ולהמשיך ללמוד תוך כדי עבודה, משום שהספרות מתעדכנת ומתרחבת. מערכות וארגונים צריכים לדאוג לכך שנושא מניעת אובדנות יהיה על סדר יומם, ושאנשי המקצוע שלהם יכירו את המחקר בתחום ויפתחו מיומנויות חשובות של עבודה במניעת אובדנות ויכולת מקצועית להערכת סיכון ולטיפול בדיכאון.

מקורות

- אור-בך, י' (2001). **ילדים שאינם רוצים להיות**. רמת גן: אוניברסיטת בר-אילן.
 משרד הבריאות (2019). **אובדנות בישראל**. ירושלים: משרד הבריאות.
- Andersen, U. A., Andersen, M., Rosholm, J. U., & Gram, L. F. (2000). Contacts to the health care system prior to suicide: A comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(2), 126–134.
- Ballard, E. D., Cwik, M., Van Eck, K., Goldstein, M., Alfes, C., Wilson, M. E., et al. (2017). Identification of at-risk youth by suicide screening in a pediatric emergency department. *Prevention Science*, 18(2), 174–182.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490–498.
- Brent, D. A., Poling, K. D., & Goldstein, T. R. (2011). *Treating depressed and suicidal adolescents: A clinician's guide*. New York: Guilford Press.
- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., & Stanley, B. (2018). The zero suicide model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 33.
- Cash, S. J., Thelwall, M., Peck, S. N., Ferrell, J. Z., & Bridge, J. A. (2013). Adolescent suicide statements on MySpace. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(3), 166–174.
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(3), 312–321.
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), 930–959.
- Cox, G. R., Owens, C., Robinson, J., Nicholas, A., Lockley, A., Williamson, M., et al. (2013). Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: A systematic review. *BMC Public Health*, 13(1), 1–12.

- Cross, W. F., Seaburn, D., Gibbs, D., Schmeelk-Cone, K., White, A. M., & Caine, E. D. (2011). Does practice make perfect? A randomized control trial of behavioral rehearsal on suicide prevention gatekeeper skills. *The journal of Primary Prevention, 32*(3-4), 195-211.
- Desmet, B., & Hoste, V. (2018). Online suicide prevention through optimised text classification. *Information Sciences, 439*, 61-78.
- Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(10), 1190-1196.
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(2), 122-131.
- Dobson, K. S., Ahnberg Hopkins, J., Fata, L., Scherrer, M., & Allan, L. C. (2010). The prevention of depression and anxiety in a sample of high-risk adolescents: A randomized controlled trial. *Canadian Journal of School Psychology, 25*(4), 291-310.
- Eggert, L. L., Thompson, E. A., Herting, J. R., & Randall, B. P. (2001). Reconnecting youth to prevent drug abuse, school dropout, and suicidal behaviors among high-risk youth. In E. F. Wagner & H. B. Waldron (Eds.), *Innovations in adolescent substance abuse intervention* (pp. 51-84). Oxford: Elsevier Science.
- Elnour, A. A., & Harrison, J. (2008). Lethality of suicide methods. *Injury Prevention, 14*(1), 39-45.
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety, 25*(6), 482-488.
- Gould, M. S., Cross, W., Pisani, A. R., Munfakh, J. L., & Kleinman, M. (2013). Impact of applied suicide intervention skills training on the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43*(6), 676-691.
- Gould, M. S., Kalafat, J., HarrisMunfakh, J. L., & Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes part 2: Suicidal callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(3), 338-352.
- Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: A randomized controlled trial. *Jama, 293*(13), 1635-1643.
- Hawton, K. (2007). Restricting access to methods of suicide: Rationale and evaluation of this approach to suicide prevention. *Crisis, 28*(S1), 4-9.

- Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S. L., Deane, F. P., Enns, M. W., & Sareen, J. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *54*(4), 260–268.
- Kalafat, J., & Underwood, M. (1989). *Lifelines: A school-based adolescent suicide response program*. Dubuque, IA: Kendall/Hunt.
- Klein, J. B., Jacobs, R. H., & Reinecke, M. A. (2007). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: A meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(11), 1403–1413.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI)*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Kuiper, N., Goldston, D., Godoy Garraza, L., Walrath, C., Gould, M., & McKeon, R. (2019). Examining the unanticipated adverse consequences of youth suicide prevention strategies: A literature review with recommendations for prevention programs. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *49*(4), 952–965.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, *294*(16), 2064–2074.
- March, J. S. (2007). The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Archives of General Psychiatry*, *64*(10), 1132.
- Matthieu, M. M., Cross, W., Batres, A. R., Flora, C. M., & Knox, K. L. (2008). Evaluation of gatekeeper training for suicide prevention in veterans. *Archives of Suicide Research*, *12*(2), 148–154.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Moreau, D., & Weissman, M. M. (2004). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents* (2nd ed.) New York: Guilford Publications.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *61*(6), 577–584.
- Olfson, M., Shaffer, D., Marcus, S., & Greenberg, T. (2003). Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *60*(10), 978–982.
- Ploeg, J., Ciliska, D., Dobbins, M., Hayward, S., Thomas, H., & Underwood, J. (1996). A systematic overview of adolescent suicide prevention programs. *Canadian Journal of Public Health*, *87*(5), 319–324.
- Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., et al. (2008). *Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*. New York: Columbia University Medical Center.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2014). *DBT skills manual for adolescents*. New York: Guilford Publications.
- Runyan, C. W., Becker, A., Brandspigel, S., Barber, C., Trudeau, A., & Novins, D. (2016). Lethal means counseling for parents of youth seeking emergency care for suicidality. *Western Journal of Emergency Medicine*, *17*(1), 8–14.

- Scott, M. A., Wilcox, H. C., Schonfeld, I. S., Davies, M., Hicks, R. C., Turner, J. B., & Shaffer, D. (2009). School-based screening to identify at-risk students not already known to school professionals: The Columbia suicide screen. *American Journal of Public Health, 99*(2), 334–339.
- Simon, T. R., Swann, A. C., Powell, K. E., Potter, L. B., Kresnow, M. J., & O'Carroll, P. W. (2001). Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*, 49–59.
- Stone, D. M., Holland, K. M., Bartholow, B. N., Crosby, A. E., Davis, S. P., & Wilkins, N. (2017). *Preventing suicide: A technical package of policies, programs, and practice*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control.
- Walrath, C., Garraza, L. G., Reid, H., Goldston, D. B., & McKeon, R. (2015). Impact of the Garrett Lee Smith youth suicide prevention program on suicide mortality. *American Journal of Public Health, 105*(5), 986–993.
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G. et al. (2015). School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet, 385*(9977), 1536–1544.
- World Health Organization (2019). *Suicide in the world: Global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/19.3). Geneva: World Health Organization.
- Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross, W., Schmeelk-Cone, K., Guo, J., & Pena, J. B. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 104–115.
- Young, J. F., Mufson, L., & Gallop, R. (2010). Preventing depression: A randomized trial of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training. *Depression and Anxiety, 27*(5), 426–433.
- Zalsman, G., Birmaher, B., & Brent, D. A. (2006). Depression in children and adolescents. *Harefuah, 145*(4), 286–291.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry, 3*(7), 646–659.
- Zalsman, G., Shoval, G., Mansbach-Kleinfeld, I., Farbstein, I., Kanaaneh, R., Lubin, G., & Apter, A. (2016b). Maternal versus adolescent reports of suicidal behaviors: A nationwide survey in Israel. *European Child & Adolescent Psychiatry, 25*(12), 1349–1359.