

מפגש

לעבודה חינוכית-סוציאלית

גיליון מיוחד בנושא:

מניעת אובדנות בקרב מתבגרים וצעירים

- מניעת אובדנות בקרב בני נוער <
- התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות <
- התמודדות בתי הספר המקצועיים עם סיכון אובדני בקרב תלמידים <
- תוכניות למניעת התאבדויות בצבא <
- רווחה נפשית ואירועי לחץ – גורמי סיכון לעמדות שליליות כלפי החיים <
- מאפיינים פסיכולוגיים ובין-אישיים התורמים לחשיבה אובדנית <
- אובדנות בקרב מתבגרים להט"בים <
- אובדנות בקרב מתבגרים מהגרים <
- מחשבות אובדניות בשלב הבגרות הצומחת: דור שני לבני העדה האתיופית <
- אנורקסייה נרבוזה: תפקידם של דיכאון ואובדנות <
- טיפול בחשיפה ממושכת במתבגרים <
- טיפול דיאלקטי-התנהגותי (DBT) במתבגרים <

סיוון תש"ף-טבת תשפ"א יוני-דצמבר 2020
כרך כ"ח • גיליון 51-52



חברי המערכת

פרופ' רבקה איזיקוביץ'

עורכת ראשית,
אמריטוס אוניברסיטת חיפה

ד"ר חזי אהרונ

עמותת "אפשר"

פרופ' עליאן אלקרינאי

אוניברסיטת בן-גוריון

פרופ' רמי בנבנישתי

אמריטוס האוניברסיטה העברית
ואוניברסיטת בר-אילן

פרופ' עמנואל גרופר

הקריה האקדמית אונו

ד"ר אמיתי המנחם

המכללה האקדמית בית ברל (לשעבר)

פרופ' מאיר טייכמן

אמריטוס אוניברסיטת תל אביב;
המכללה האקדמית בית ברל

ד"ר איתן ישראלי

אמריטוס האוניברסיטה העברית;

ד"ר נורית לוי

המכללה האקדמית בית ברל (לשעבר)

פרופ' ורד סלונים-נבו

אוניברסיטת בן-גוריון

פרופ' שלמה קניאל

המרכז ללימודים אקדמיים אור יהודה;
מכללת אורות ישראל

פרופ' יצחק קשתי

אמריטוס אוניברסיטת תל אביב

פרופ' עמירם רביב

אמריטוס אוניברסיטת תל אביב;
המרכז ללימודים אקדמיים אור יהודה

פרופ' גידי רובינשטיין

המכללה האקדמית נתניה (לשעבר)

ד"ר רבקה רייכנברג

מכון מופ"ת

ד"ר אביהו שושנה

אוניברסיטת חיפה

מרים גילת

רכזת המערכת

כתובת המערכת

עמותת "אפשר"

ת"ד 10643 רמת גן 5200502

טלפון 03-7481280

mgilat@efshar.org.il

www.efshar.org.il

"מפגש" באתר הספרייה jstor

הנחיות לכותבים

מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית הנו כתב עת שפיט בין-תחומי היוצא לאור פעמיים בשנה, ומפרסם מאמרים עיוניים ומחקרים בנושאים הבאים: ילדים ובני נוער במצבי סיכון; אוכלוסיות עם צרכים מיוחדים; טיפול בפרט ובמשפחה; חינוך וטיפול בקהילה ובמסגרות חוץ-ביתיות; רב-תרבותיות; גישור ודיאלוג; אלימות; לחץ, משבר וטראומה; הדרכת עובדים; חינוך לערכים; חינוך בלתי-פורמלי.

אנו מקבלים מאמרים מחוקרים וכותבים מהתחומים: עבודה סוציאלית, חינוך, פסיכולוגיה, סוציולוגיה, קרימינולוגיה, אנתרופולוגיה ומדעי ההתנהגות. המאמרים המוגשים למערכת עוברים תהליך של הערכה ושיפוט אנונימיים על ידי סוקרים מומחים. תהליך ההערכה נמשך כשישה חודשים.

הנחיות

• כתב היד יכול עד 25 עמודים, ויש להדפיסו בפורמט Word, ברווח כפול (בגופנים דוד בעברית ו-1 Times new roman בלועזית ובגודל 12) ולשלחו בדואר אלקטרוני.

• בעמוד נפרד יודפסו שם המחבר, תואר, תפקיד ושיוך אקדמי או מקצועי בעברית ובאנגלית ופרטי התקשורת: טלפון וכתובת דוא"ל.

• יש לצרף תקצירים בעברית ובאנגלית בהיקף של כ-150 מילים כל אחד ומילות מפתח.

המערכת שומרת לעצמה את הזכות להכניס תיקוני עריכה וסגנון. מאמר שלא יעמוד בכללים יוחזר למחברו, והוא יתבקש להתאימו אליהם.

אין לשלוח למערכת "מפגש" מאמר שהתפרסם, עתיד להתפרסם או נמצא בהליך שיפוט בכתב עת אחר בארץ או בחו"ל.

כתיבת מקורות

• יש להקפיד על רישום המקורות, ממצאים סטטיסטיים ולוחות על פי הנחיות APA.

• שמות מחברים לועזיים הנזכרים בגוף המאמר ייכתבו בעברית, ובסוגריים ייכתבו השמות בלועזית ושנת הפרסום. יש להקפיד על הקלדת כל הסוגריים בטקסט בגופן דוד.

• כל ההפניות במאמר תסודרנה לפי סדר א"ב של שמות המחברים – תחילה בעברית ואחר כך בלועזית – ותצוינה **ברשימת מקורות מלאה**. גם רשימת המקורות תסודר בשיטה הנ"ל.

• אם יש שני מחברים לפריט, שניהם יוזכרו בכל ההפניות. שלושה, ארבעה או חמישה מחברים יוזכרו כולם בהפניה הראשונה, ומן ההפניה השנייה ואילך ייכתב שם המחבר הראשון בתוספת "ועמיתים" (et al.). אם יש שישה מחברים ומעלה, יירשם שם המחבר הראשון בתוספת "ועמיתים" (et al.) כבר בהפניה הראשונה.

להלן דוגמאות לרישום המקורות:

ספר

בן-עזר, ג' (1992). **כמו אור בכד**. ירושלים: ראובן מס.

Folberg, J., & Taylor, A. (1984). *Mediation: A comprehensive guide to resolving conflicts without litigation*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

כתב עת

פרנקנשטיין, ק' (1957). התפתחות האינטליגנציה אצל ילדי עוני. **מגמות**, (2), 153–170.

Sampson, R. J., & Laub, J. H. (1994). Urban poverty and the family context of delinquency: A new look at structure and process in a classic study. *Child Development*, 65(2), 523–540.

פרק בתוך ספר ערוך

גווילי, ר' ואיתמר, ה' (1997). רב-שיח בין חניכים ובוגרים יוצאי אתיופיה. בתוך א' עמיר, א' זהבי ור' פרגאי (עורכים), **שורש אחד וענפים רבים** (עמ' 146–159). ירושלים: מאגנס.

Fry, D. P., & Fry, C. B. (1997). Culture and conflict-resolution models: Exploring alternatives to violence. In D. P. Fry & K. Björkqvist (Eds.), *Cultural variation in conflict resolution* (pp. 9–23). NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

מקור מהאינטרנט

Hiltz, R. S. (1997). Impact of college-level course via asynchronous learning networks: Some preliminary results. *JALN*, 1(12). Available at <http://www.aln.org/alnweb/journal/issue2/hiltz.htm>.

מבגש

לעבודה חינוכית-סוציאלית

גיליון מיוחד בנושא:

מניעת אובדנות בקרב מתבגרים וצעירים

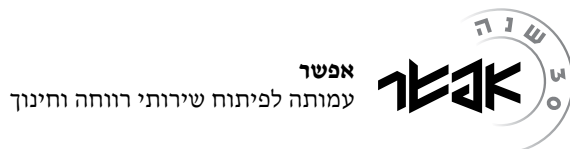
עורכים-אורחים: פרופ' ענת ברונשטיין קלומק ופרופ' גיל זלצמן

כרך כ"ח • 51–52

סיוון תש"ף – טבת תשפ"א

יוני-דצמבר 2020

יוצא לאור על ידי:



כתובת המערכת

מרים גילת, עמותת "אפשר"
טלפון 03-7481280 | דואר אלקטרוני mgilat@efshar.org.il

המערכת אינה אחראית לדעות המובאות במאמרים ובסקירות המתפרסמות בכתב העת, שהינן על דעת המחברים בלבד.

דמי מנוי לשנה (2 גליונות) 80 ש"ח | מחיר לגיליון אחד 40 ש"ח

עמותת "אפשר"

הסניף הישראלי של האגודה הבינ-לאומית לעובדים חינוכיים-סוציאליים
AIEJI – International Association of Social Educators
אתר האינטרנט www.efshar.org.il

כתב העת "מפגש" לצפייה באתר JSTOR: www.jstor.org/journal/mifgash
ובאתר "אפשר": kitvei-et.efshar.org.il

כל הזכויות שמורות © לעמותת "אפשר"

אין להעתיק ולהפיץ בדפוס, בדואר אלקטרוני, באינטרנט או בצילום את המאמרים שבכתב העת (כולם או חלקם) ללא אישור מפורש מהמערכת

עריכת לשון: אורלי צור

עריכת לשון של התקצירים באנגלית: פגי ויינרד

עיצוב: 2w-design.com

ISSN 0792-6820

רמת גן 2020

עמותת לפיתוח
שירותי רווחה וחינוך



עמותת "אפשר" הוקמה בשנת 1981 על ידי אנשי מקצוע בכירים בתחומי החינוך והרווחה, במטרה לחזק ולמסד את העשייה והעיון בשדה העבודה החינוכית-סוציאלית בישראל.

העמותה פועלת בתחומים מרכזיים אלו:

- ◀ **טיפול בנפגעי אלכוהול והימורים**
- ◀ **הפעלת מרכזי הגנה ("בתי לין") לילדים ונוער במצבי סיכון** – נפגעי עבירות התעללות מינית, פיזית, נפשית והזנחה קשה
- ◀ **הפקת פרסומים בתחומים הנ"ל:**
 - **מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית** – כתב עת אקדמי
 - הביטאון **אפשר** לעובדי השדה
 - הביטאון **הכל על אלכוהול**

www.efshar.org.il

תוכן העניינים

5.....דבר העורכת – רבקה איזיקוביץ'

8.....רשימת משתתפים

פתח דבר: מניעת אובדנות במתבגרים – איפה היינו ולאן פנינו מועדות?

10.....ענת ברונשטיין קלומק וגיל זלצמן

מניעת אובדנות בקרב בני נוער – צריך ואפשר

13.....ענת ברונשטיין קלומק וגיל זלצמן

נייר מדיניות: התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות, משרד הבריאות

33.....יעל פומרנץ, אורית מועלם ושישראל הרוש-עזרן

נייר עמדה: התמודדות בתי הספר המקצועיים עם סיכון אובדני בקרב תלמידים:

41.....תמונת מצב ומבט לעתיד – ג'וי בנטוב, שי חן גל וזהבה ספיר

תוכניות למניעת התאבדויות בצבא

53.....לאה שלף, אריאל בן יהודה, ישי ניר ולוסיאן טצה-לאור

רווחה נפשית ואירועי לחץ משמעותיים כגורמי סיכון לעמדות שליליות כלפי החיים

בקרב מתבגרים ובוגרים צעירים יהודים, נוצרים ומוסלמים

75.....הלן קאקונדה-מועלם

בין סיכון לחוסן: מאפיינים פסיכולוגיים ובין-אישיים התורמים

לחשיבה אובדנית בקרב צעירים יהודים וערבים מוסלמים בבתי ספר בישראל

101.....יוסי לוי בלז, שחר אפק, עדי ברקן ושי חן גל

מחשבות אובדניות, ניסיונות התאבדות והתאבדויות בקרב מתבגרים להט"בים:

129.....סקירת ספרות – גבע שנקמן לכברג

אובדנות בקרב מתבגרים מהגרים בעולם ובישראל

149.....ג'וי בנטוב וסנדרין בורשטיין ליפסיקס

	מחשבות אובדניות בשלב הבגרות הצומחת: המקרה של דור שני
169.....	לבני העדה האתיופית – משה ישראלשוילי ודני מנגיסטו
	תהליכי שינוי באנורקסייה נרבוזה במחלקה אשפוזית:
195.....	תפקידם של דיכאון ואובדנות – אביגל שניר, איריס שחר-לביא וסילבנה פניג
	טיפול בחשיפה ממושכת במתבגרים הסובלים
213.....	מהפרעת דחק פוסט-טראומטית ואובדנות – לילך רחמים
	טיפול דיאלקטי-התנהגותי (DBT) במתבגרים עם התנהגות אובדנית
229.....	ופגיעה עצמית – יפעת כהן ונחמה פרסלר
	סקירת ספר
	The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk.
257.....	by: Igor Galynker – שירה ברזילי
	עמותת "בשביל החיים"
266.....	לתמיכה במשפחות שיקריהם התאבדו ולמניעת התאבדויות
X-I	English abstracts

דבר העורכת

כדי להציב גיליון נושאי חשוב זה, הדן במניעת אובדנות בקרב מתבגרים וצעירים, בפרספקטיבה, ברצוני לחלוק עימכם מספר עובדות והרהורים על ההיסטוריה של התופעה במובנה הרחב. זוית ראייה זו בכוחה להאיר תהליך ארוך טווח של שינוי עמדות כלפי נושא חברתי חשוב זה. היחס להתאבדות עבר תמורות במהלך המאות. מפאת חשיבותו הוא נדון רבות מכיוונים שונים והיה מאז ומתמיד שנוי במחלוקת.

בעולם הפגני העתיק, כולל ביוון וברומא, רצח עצמי נחשב למעשה של פחדנות ושל עצלנות, שננקט על ידי אנשים שלא היה להם האומץ להתמודד עם אתגרי החיים. יש להוציא מכלל זה את ההתאבדויות ההרואיות שבוצעו על ידי מפקדי צבא בכירים בעת מפלה בקרב, מחשש ליפול לידי האויב ולהפוך לקורבן לעינויים ולביזוי – דבר שהקרין על כל הקהילה שאליה השתייך המצביא המובס.

מעניין לציין שהפן של ההתאבדות שהעסיק גם את אפלטון וגם את אריסטו הוא זה החברתי; במילים אחרות, מחויבותו של הפרט המתאבד כלפי החברה והמדינה, שיוצאות ניזוקות מן המעשה עקב "השתמטותו" של המתאבד ממילוי מחויבויותיו. ביוונית עתיקה כמו גם בלטינית אין מונח שיכול להיחשב כמקביל למונח "התאבדות" – "suicide". זאת אף שברוב ערי המדינה ביוון העתיקה וברומא ראו ברצח עצמי פשע חמור (Cooper, 1989).

הדתות המונותאיסטיות התייחסו להתאבדות כחטא בל יכופר. המסורות היהודית והנוצרית מחשיבות את המעשה כפגיעה בצלם אלוהים, שבו הוא יצר את האדם. היהדות כמו גם האסלם פוסלים אותו ומפרידים בין התאבדות לבין מוות על קידוש השם (Cholby, 2011).

הנצרות הממוסדת בימי הביניים אסרה על התאבדות בגלל הפגיעה בקיום חובות האדם כלפי הבורא, שכן האל, לפי אוגוסטינוס הקדוש ותומס אקווינס, נתן לבני האדם את חייהם כמתנה. המתאבד מונע את הזכות האלוהית להכריע את משך הקיום הארצי של בני התמותה. איסור מוחלט זה התבטא ביחס מבזה לגופת המתאבד, סירוב לקבור אותו קבורה דתית והחרמת רכושו.

פילוסופים שונים בימי הביניים ראו בהתאבדות הפרה של חוקי הטבע כפי שהם מובעים בסדר האלוהי (Minois, 1999). תקופת ההשכלה התאפינה במגוון דעות כלפי הנושא. דויד יום נקט עמדה תועלתנית. לטענתו, חרדת המוות דואגת לכך שאדם ירצה ליטול את חייו רק במצבים של סבל ואומללות בלתי נסבלים, ואיש לא יעשה זאת בקלות דעת. ואילו במצבים כאלה, טען יום, נעשה האדם לנטל על סביבתו. על כן, התאבדותו ראויה לשבח. המתנגד החריף ביותר לתופעה בתקופת ההשכלה היה עמנואל קאנט. לדעתו, הרצון השכלתני (rational will) שמצוי ביסוד הקיום המוסרי רואה בהתאבדות התקפה על עצם מקור הסמכות המוסרית (Cholby, 2011).

במאות העשרים והעשרים ואחת, התרופפות ההשפעה המגוננת של הדת והקהילתיות ההדוקה, מורכבות הקיום, חוסר היכולת של הפרט להתמודד עם מסרים ערכיים מנוגדים והחיפוש אחר משמעות ושייכות העצימו את התופעה לממדים חסרי תקדים.

מפאת קוצר היריעה אזכיר רק כמה סוגי התאבדויות נפוצים: התאבדויות על רקע אידאולוגי, למשל כמעשה מחאה; התאבדויות על רקע פטריוטי, למשל שבויים שמתאבדים כדי לא למסור סודות לאויב; התאבדות במקרה של מחלה חשוכת מרפא, ובראש וראשונה מחלת נפש (Gordon, 2016). הנפגעים העיקריים מן התמורות שהזכרתי היו הצעירים, שהתקשו למצוא עוגן במצב האנומי שאלי נקלעו. מעניין לציין שהספרות היא הבמה המרכזית, בעצם כמעט הבלעדית, שעסקה בהתאבדויות רלוונטיות לקבוצת גיל זו – התאבדויות על רקע רומנטי. אביא רק שתי דוגמאות. שייקספיר הרבה להשתמש במחזותיו בסיפורי התאבדויות בשל המרכיב הדרמתי הטמון בהם. הוא העמיק חקר בסיבות, אך מיקם את גיבוריו הטרגיים מחוץ לגבולותיה של אנגליה (רומאו ויוליה בוורונה, אופליה מ"המלט" בדנמרק), כדי לא להסתבך עם הממסד הדתי. התאבדות בקרב צעירים קוטלגה כמעשה של חולשה, של חוסר יכולת התמודדות, שזכו בימים עברו, כאמור, לגינוי מוחלט. ידועה במיוחד השערורייה שליוותה את פרסום ספרו של גתה, "ייסורי ורטור הצעיר", בסוף המאה השמונה עשרה, ספר אוטוביוגרפי בחלקו, שמציג באור אוהד ואף אצילי את התאבדותו של הגיבור בעקבות אהבתו הנכזבת. בשל ההערצה שהתעוררה בקרב הצעירים לגיבור הטרגי ואפקט ההדבקה שבא בעקבותיו, נתבע גתה לדין ציבורי. במשפטו היה חייב להתגונן בפני ההשפעה הקטלנית של ספרו. עד היום מכונה התאבדות מסוג זה "אפקט ורטור". בתקופתנו, במקביל להתרופפות המערכות החברתיות המגוננות, התרחשה המהפכה הפסיכו-רפואית, שממשיגה התאבדות, בעיקר של צעירים, כבעיה נפשית שיש להתרכז במניעתה. בעוד שבמהלך המאות הקודמות עסקו במעשה ההתאבדות, בזמננו מתמקדים באובדנות, קרי הנטייה להתאבד, על מנת למנוע את המעשה. בעוד שבעבר האחריות הייתה של הפרט, ותפקיד החברה היה להגיב, בימינו התהפכו היוצרות. הגיליון החשוב שלפנינו יסייע רבות בהבנת תהליכים מורכבים אלה ובטיפול בהם. ולסיום, ברצוני לברך את עורכי הגיליון, פרופ' ענת ברונשטיין קלומק ופרופ' גיל זלצמן, ולהודות להם על תרומתם החשובה לקהילה המקצועית ולבני הנוער והצעירים.

קריאה מהנה,

רבקה איזיקוביץ', עורכת ראשית

מקורות

- Cholby, M. (2011). *Suicide: The philosophical dimensions*. Peterborough, ONT: Broadway.
- Cooper, J. M. (1989). Greek philosophers on euthanasia and suicide. In B. Brody (Ed.), *Suicide and euthanasia: Historical and contemporary themes* (pp. 9–38). Dordrecht: Kluwer.
- Gordon, D. (2016). From act to fact: The transformation of suicide in western thought. *Historical Reflections*, 42(2), 33–51.
- Minois, G. (1999). *History of suicide: Voluntary death in western culture*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

לפרסום מאמרים בגיליון מיוחד של כתב העת:
מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית בנושא:

ילדות והתבגרות דיגיטלית: מקומם של המדיה הדיגיטליים בחייהם של ילדים ובני נוער

עורכת-אורחת: **פרופ' נלי אליאס**, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

המפגש הראשון של הילדים עם המדיה הדיגיטליים מתחיל כבר בלידה כאשר תמונותיו של הרך הנולד מופצות באופן מיידי ברשתות החברתיות. במהלך השנה הראשונה לחייהם התינוקות מתחילים לצפות בערוצי הטלוויזיה המיועדים לגיל הרך ולהתעניין במכשירים הדיגיטליים של הוריהם, ולקראת גיל שנתיים הם מתעצבים לצרכני מדיה בעלי טעמים והעדפות ברורים. החיים הדיגיטליים של הילדים הופכים לאינטנסיביים יותר ויותר ככל שהם גדלים, כאשר כל שלב התפתחותי מתאפיין בקפיצה נוספת בהיקף ומגוון השימושים במדיה השונים. יתרה מזאת, לקראת סוף בית הספר היסודי הילדים לא רק מנהלים חיים חברתיים עשירים ורציפים ברשתות השונות אלא גם הופכים בהדרגה ליצרני תוכן באינסטגרם, טיק-טוק ויוטיוב ומגבשים את זהותם כמשתמשים מושבעים בפלטפורמות השונות. מגמות אלה ימשיכו ללוות אותם לאורך כל גיל ההתבגרות תוך שהן מציבות אתגרים לא מבוטלים בפני הורים ומחנכים.

גיליון מיוחד זה של כתב העת "מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית" יתמקד בסוגיות השונות הרלבנטיות למקום של המדיה הדיגיטליים בילדות ובתהליך ההתבגרות. לגיליון ניתן להגיש מאמרים מדעיים מקוריים המבוססים על מחקרים אמפיריים (כמותניים ואיכותניים) ממגוון רחב של הדיסציפלינות (תקשורת, חינוך, עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, סוציולוגיה, אנתרופולוגיה ועוד) ותוך התמקדות בתחומים הבאים:

< **ילדים, בני נוער ומדיה** – השלכות קוגניטיביות, רגשיות וחברתיות של השימוש במדיה בכל שלבי הילדות וההתבגרות; יחסים דיגיטליים; ההשפעות השליליות של המדיה (כמו התמכרויות, פגיעות וניצול מיני) והדרכים לצמצומן; ילדים כצרכני ויצרני תוכן.

< **הורים ומדיה** – הורות דיגיטלית; תיווך תקשורת הורי; שיתופי הורים ברשת (sharenting); יחסי הורים-ילדים בסביבה רווית מדיה; הסחה הורית שמקורה במסך (parental screen distraction).

< **מערכת החינוך ומדיה** – ההשלכות החברתיות והפסיכולוגיות של הלמידה מרחוק; בריאות וחרמות בסביבה הדיגיטלית, אוריינות דיגיטלית.

היקף המאמר – עד 25 עמודים ברווח כפול. מצ"ב הנחיות מלאות לכתבת מאמרים ל"מפגש" את המאמרים יש לשלוח למערכת "מפגש": מרים גילת mgilat@efshar.org.il
לקבלת מידע נוסף ולהתייעצות ניתן לפנות לעורכת-האורחת של הגיליון המיוחד:
פרופ' נלי אליאס enelly@bgu.ac.il

מועד אחרון להגשת המאמרים: 31 במאי 2021

גיליונות "מפגש" לצפייה באתר jstor

רשימת משתתפים

עורכים-אורחים

פרופ' ענת ברונשטיין קלומק (Ph.D.), ראשת תוכנית התואר השני בפסיכולוגיה קלינית, בית ספר ברוך איבצ'ר לפסיכולוגיה, המרכז הבינתחומי הרצליה

פרופ' גיל זלצמן (M.D., M.H.A), מנהל המרכז לבריאות הנפש גהה; ראש החוג לפסיכיאטריה, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב; יו"ר המועצה הלאומית למניעת אובדנות; נשיא האקדמיה העולמית לחקר האובדנות (IASR)

כותבי מאמרים

שחר אפק (M.A.), המרכז לחקר האובדנות והכאב הנפשי ע"ש ליאור צפתי ותוכנית המוסמך לתואר שני בפסיכולוגיה קלינית, המרכז האקדמי רופין

ד"ר סנדרין בורשטיין ליפסיקס (Ph.D.), החוג לפסיכולוגיה חינוכית, המכללה האקדמית תל-אביב יפו

ד"ר ג'וי בנטוב (Ph.D.), החוג לחינוך מיוחד, אוניברסיטת חיפה; החוג לפסיכולוגיה, המסלול האקדמי, המכללה למנהל

ד"ר אריאל בן יהודה (M.D.), מחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה, צה"ל

פרופ' ענת ברונשטיין קלומק

עדי ברקן, המרכז לחקר האובדנות והכאב הנפשי ע"ש ליאור צפתי, המרכז האקדמי רופין

שיראל הרוש-עזרן, מנהלת אזור מרכז-צפון, היחידה למניעת אובדנות, משרד הבריאות

פרופ' גיל זלצמן

ד"ר שי חן גל (Ph.D.), עמותת ת.ל.מ., מקבוצת עמל ומעבר

ד"ר לוסיאן טצה-לאור (M.D.), מחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה, צה"ל

פרופ' משה ישראלשוילי (Ph.D.), בית הספר לחינוך, אוניברסיטת תל-אביב

ד"ר יפעת כהן (M.D.), פסיכיאטרית ילדים ונוער ופסיכותרפיסטית; מנהלת מכון "אופק" ללימוד וטיפול DBT

פרופ' יוסי לוי בלז (Ph.D.), המרכז לחקר האובדנות והכאב הנפשי ע"ש ליאור צפתי ותוכנית המוסמך לתואר שני בפסיכולוגיה קלינית, המרכז האקדמי רופין

אורית מועלם, מנהלת אזור מרכז-דרום, היחידה למניעת אובדנות, משרד הבריאות
דני מנגיסטו (M.A.), מנהל "שותפות חברתית-קהילתית לאוכלוסיית יוצאי אתיופיה", מוקד קליטה עירוני, עיריית אשדוד

ד"ר ישי ניר (M.D.), מחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה, צה"ל

ד"ר זהבה ספיר (Ph.D.), האגף להכשרה מקצועית, משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים

יעל פומרנץ, סגנית מנהלת היחידה למניעת אובדנות, משרד הבריאות

פרופ' סילבנה פניג (M.D.), מנהלת המחלקה לרפואה פסיכולוגית, מרכז שניידר לרפואת ילדים; הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב

ד"ר נחמה פרסלר (Ph.D.), פסיכולוגית קלינית מדריכה; מנהלת מכון "אופק" ללימוד וטיפול DBT

ד"ר הלן קאקונדה-מועלם (Ph.D.), המכללה האקדמית לחינוך ע"ש דוד ילין

ד"ר לילך רחמים (Ph.D.), בית ספר ברוך איבצ'ר לפסיכולוגיה, המרכז הבינתחומי הרצליה; מרכז "חוסן" ע"ש כהן האריס מיסודה של העמותה לילדים בסיכון

ד"ר איריס שחר-לביא (Ph.D.), פסיכולוגית קלינית, מרכז שניידר לרפואת ילדים

ד"ר לאה שלף (Ph.D. (מיל"), מחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה, צה"ל

ד"ר אביגל שניר (Ph.D.), פסיכולוגית קלינית, מרכז שניידר לרפואת ילדים

ד"ר גבע שנקמן לכברג (Ph.D.), פסיכולוג קליני, בית ספר ברוך איבצ'ר לפסיכולוגיה, המרכז הבינתחומי הרצליה

סקירות ספרים

ד"ר שירה ברזילי (Ph.D.), המחלקה לרפואה פסיכולוגית, מרכז שניידר לרפואת ילדים; הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב

פתח דבר

מניעת אובדנות במתבגרים – איפה היינו ולאן פנינו מועדות?

אנו שמחים מאוד על ההזמנה לערוך גיליון בעברית בנושא מניעת אובדנות בקרב מתבגרים. בהזדמנות זו ברצוננו להודות לפרופ' רבקה איזיקוביץ', העורכת הראשית, ולמרים גילת המסורה, שעסקה במקצועיות ובמסירות בניהול ובהפקה. תענוג היה לעבוד איתכן. תודה מיוחדת לפרופ' רמי בנבנישתי, אשר יצר את הקשר בינינו לבין מערכת כתב העת. הגיליון כולל מאמרים אשר מקיפים היבטים שונים של מניעת אובדנות בגיל ההתבגרות. מיטב המומחים בארץ התגייסו למשימה החשובה של הפצת הידע בתחום אובדנות בקרב בני הנוער, ועל כך נתונה הערכתנו מעומק הלב. כתב עת בעברית אשר עוסק בנושא של מניעת אובדנות בקרב מתבגרים אינו מובן מאליו. בישראל מתאבדים מדי שנה כ-400 בני אדם, מתוכם כ-100 צעירים עד גיל 18. ישנה עדיין סטיגמה על המתאבדים ובני משפחותיהם, אשר מעכבת ואף מונעת מהם לקבל טיפול. קיימים מיתוסים רבים בנושא של אובדנות בקרב צעירים, ביניהם שאובדנות אינה ניתנת למניעה, ושאסור לשאול מתבגרים על אובדנות, משום שזה "יכניס להם רעיונות לראש". שניהם שגויים מהיסוד. עד לפני פחות מעשור עוד היינו צריכים לשכנע אנשי מקצוע שעבדו עם מתבגרים כי המחקרים בעולם מראים שמותר ואף הכרחי לשאול מתבגרים על אובדנות. תהליך השכנוע היה מאתגר בשל החרדה המובנת שהוא העלה, ולשמחתנו המצב כיום שונה מאוד. אנו סבורים כי כיום, גם מי שאינו מעז לשאול על אובדנות, מבין שהכרחי שמישהו אחר יעשה זאת.

לפני שנים בודדות התחלנו להכשיר אנשי מקצוע בעבודה טיפולית ייחודית של מניעת אובדנות. מטפלים עבדו תמיד עם מתבגרים בסיכון אובדני, אך בדרך כלל ללא הכשרה ייעודית בתחום. הכשרת אנשי המקצוע היא תהליך ארוך, שיתרום למניעת אובדנות ולתחום של עבודה טיפולית בבריאות הנפש בכלל. מטפל שמסוגל לדבר עם מתבגר על אובדנות וכאב נפשי בלתי נסבל ולהיות אמפתי למשאלת המוות שלו, הוא מטפל שיכול לדבר עם מתבגר על כל דבר. מטפל כזה יכול להבין באופן דינמי את מקור האובדנות, אך בו-זמנית הוא גם יודע לעבוד פרקטית כדי לשמור על חייו של המתבגר. גיליון זה משמש כהזדמנות לקרוא לאנשי מקצועות טיפוליים

נוספים להתגייס לעשות שינוי בתחום ולהרחיב את עיסוקם למניעת אובדנות. אומנם לא כל מטפל חייב להתמחות בכל התחומים, אך האובדנות נכנסת לחדרי הטיפול במתבגרים ללא הזמנה, ולכן חשוב שכל איש מקצוע יהיה מוכן להתמודד עימה אישית ומקצועית.

מחשבות פסיביות על מוות ואקטיביות על התאבדות נפוצות מאוד בגיל ההתבגרות. עם זאת, מחשבות אובדניות עם כוונה (intent) ותוכנית (plan) אינן נורמטיביות ומעידות בדרך כלל על סיכון גבוה. הבשורה הטובה היא שהתנהגות אובדנית ניתנת למניעה, ולכן יכול להיווצר פער בין המחשבה האובדנית לבין ההתנהגות, שבו אנו יכולים וצריכים לעבוד. אין ספק שנושא הטיפול באובדנות במתבגרים מעורר חרדה רבה בקרב אנשי מקצוע. העבודה הקלינית עם מתבגרים אובדניים מאתגרת ואינה פשוטה. עם זאת, היא מלאת תקווה ואופטימיות, כיוון שמתבגרים אובדניים חשים דו-ערכיות כלפי החיים והמוות, ובתוכה ניתן לעבוד. יש במתבגרים האובדניים כוחות שדוחפים אותם לחיות, אך באופן אחר מזה שהם חיים כיום. המסר למתבגרים שאיתם אנו עובדים צריך להיות שלא ננטוש אותם או ניבהל מדי כאשר ירגישו אובדניים, אלא להפך – נישאר, נכיל, נכבד ונלחם יחד איתם נגד האובדנות. על אנשי המקצוע להשתמש בכלים ומיומנויות מקצועיים שבעזרתם ילמדו המתבגרים להתמודד עם האתגרים העומדים בפניהם. כישורים ומיומנויות רגשיים, התנהגותיים, קוגניטיביים, גופניים ובין-אישיים יסייעו להם בהתמודדות, והם לא יזדקקו לאובדנות כפתרון. חשוב להדגיש כי במהלך ההתערבות איננו בהכרח עוזרים בשינוי מציאות החיים של המתבגר, אך אנו מתחייבים לתמוך בו ולנסות לשפר את יכולות ההתמודדות שלו, וזו תקווה גדולה כשלעצמה. אנו מאמינים כי

חויית ה"ביחד" והתקווה שמייצר הקשר הטיפולי מצילות חיים.

האתגר בעבודה עם מתבגרים אובדניים הוא שמטפלים מכל הגישות והתאוריות צריכים ללמוד להתמקד במניעת אובדנות כשיש בכך צורך. במובן מסוים, העיסוק במניעת אובדנות בקרב מתבגרים מחייב את המטפלים למסלול של כילול (אינטגרציה) בפסיכותרפיה, ושינוי זה צריך להתרחש במודעות ובמקצועיות. המסר שלנו הוא שכאשר קיימת סכנה אובדנית, אנו מוכרחים להתגייס ולהפנות את זמננו ומשאבינו לסיוע במניעה. ב-DBT (Dialectical behavior therapy) מצוין כי העיסוק בתכנים של אובדנות חייב לעבור למקום ראשון בסדר העדיפויות בתהליך הטיפולי. עיקרון זה נכון בעינינו בכל סוג טיפול או התערבות.

באשר להורים, אחד הדברים הקשים ביותר עבורם הוא לגלות כי לבנם או לבתם יש מחשבות או התנהגות אובדנית. הדברים מציפים רגשות קשים ביותר, ויש לטפל בהם ובמערכת, ולא רק במתבגר עצמו. במסגרת העבודה עם ההורים, חשוב לנסות לראות במשבר הזדמנות לשינוי. שינוי בדרך כלל איננו תהליך פשוט, אך הוא אפשרי. חיוני לעזור להורים להכיר באובדנות ולשתף פעולה עם אנשי המקצוע. יש להסביר להם כי היעילות הטיפולית משתפרת משמעותית כאשר פונים לאיש מקצוע, מאבחנים אובדנות מוקדם ומשתפים פעולה בהתערבות. רפואה מונעת מצליחה לשמחתנו גם בבריאות הנפש. אם יש להורים ספק, רצוי לעודד אותם לשמוע דעות

נוספות, ובעקבותיהן לקבל החלטה אמיצה לטפל במניעת אובדנות, ולא לקוות או לחכות שהיא תעבור מעצמה, משום שדבר זה עשוי להיות מסוכן.

בגיליון הנוכחי תמצאו מידע רב ועדכני בתחום האובדנות במתבגרים. התוכנית הלאומית למניעת אובדנות מגדירה מתבגרים כאחת מקבוצות הסיכון. התוכנית הלאומית עובדת בשלוש רמות מניעה, המפורטות במאמר הפתיחה (ברונשטיין קלומק וזלצמן).

לאחר מכן מוצג נייר מדיניות של משרד הבריאות (פומרניץ, מועלם והרוש-עזרן), שהוא משמעותי ביותר ביצירת רצף טיפולי מיטבי בכל מה שקשור במניעת אובדנות בקרב מתבגרים בכלל ומתבגרים במערכת החינוכית בפרט. כמו כן, מוצגות דוגמה לתוכנית למניעת אובדנות בבתי הספר של משרד הכלכלה (בנטוב, חן גל וספיר) וכן דוגמה לתוכנית לאומית של צה"ל, שהייתה והיא עדיין דוגמה לתוכנית יעילה, המהווה מודל לצבאות אחרים בעולם (שלף, בן יהודה, ניר וטצה-לאור). הגיליון כולל גם מאמר של קאקונדה-מועלם על רווחה נפשית ואירועי לחץ משמעותיים כגורמי סיכון לעמדות שליליות כלפי החיים. הוא ממשיך בסדרת מאמרים (לוי בלז, אפק, ברקן וחן גל; שנקמן; בנטוב ובורשטיין ליפסיקס; ישראלשאוילי ומנגיסטו; שניר, שחר-לביא ופניג; רחמים), אשר מציגים גורמי סיכון לאובדנות, כולל גורמי סיכון פסיכולוגיים, וכאלו הקשורים ללהט"בים, הגירה, הפרעות אכילה ופוסט-טראומה. בנוסף, מוצג ה-DBT, שהוא התערבות טיפולית ממוקדת במניעת אובדנות שהוכחה מחקרית (כהן ופרסלר). הגיליון מסתיים בסקירת ספרו של איגור גלינקר בנושא סינדרום המשבר האובדני (ברזילי).

לאן פנינו מועדות בתחום מניעת האובדנות? להמשיך להאמין ולקוות שאובדנות בקרב מתבגרים ניתנת למניעה; להילחם למען החזרת התוכנית הלאומית בפריסה ארצית ובמשאבים הנדרשים. עלינו להמשיך להכשיר את כל אנשי המקצוע בארץ מכל התחומים הטיפוליים והייעוציים לעסוק בהערכת סיכון לאובדנות, מניעתה וטיפול בה. כמו כן, אנו זקוקים למחקר נרחב אשר ילווה את התוכנית הלאומית למניעת אובדנות. לסיכום, העבודה עוד רבה, אבל התחיל תהליך שינוי משמעותי ומרגש, וחשוב שנמשיך אותו בהקדם ובכל הכוח. אנו מנצלים את ההזדמנות להזמין כל מי שיש לו מחשבה, רעיון או יוזמה בתחום של מניעת אובדנות בקרב מתבגרים בארץ ליצור עימנו קשר. תמיד נשמח לעשות עוד למען המטרה הנעלה.

אנו מאחלים לכם קריאה נעימה ומעשירה,
ענת ברונשטיין קלומק וגיל זלצמן, עורכים-אורחים

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 התמכרויות, 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 לשאל גם על מחשבות אקטיביות, כגון: "האם חשבת להתאבד?" אם המתבגר עונה בחיוב על שאלות אלו, יש לשאל 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 לשאל על משך הזמן, התדירות והעוצמה של אותן מחשבות אובדניות.

בנוסף לשאלות על מחשבות אובדניות, על הערכת הסיכון לכלול שאלות על התנהגות כזו; דהיינו יש לשאל על פעולה בעלת פוטנציאל של פגיעה עצמית שנעשתה מתוך רצון מסוים למות. ניתן לשאל למשל: "האם עשית משהו במטרה לפגוע בעצמך?" "האם עשית משהו מסוכן שיכול היה לגרום למותך?" בנוסף לשאלות על ניסיון אובדני בפועל, יש לשאל 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: תשאול, 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, 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 YAM (The Youth Aware of Mental Health Program), 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 שימש 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 מגור, 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 יעשה 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. המרכיבים 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 זון-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 והמטפל עוברים 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 לביןו, 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 מימוניות חשובות של עבודה במניעת אובדנות ויכולת מקצועית להערכת סיכון ולטיפול בדיכאון.

מקורות

- אור-בך, י' (2001). **ילדים שאינם רוצים לחיות**. 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.

התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות, משרד הבריאות

יעל פומרנץ, אורית מועלם ושיראל הרוש-עזרן

תקציר

מנתוני משרד הבריאות עולה כי בישראל מתאבדים מדי שנה כ-400 איש, ולמעלה מ-6,000 איש מבצעים ניסיון אובדני. יש לציין כי ההנחה היא שקיים תת-דיווח של כ-30% על נתונים אלו. כל מקרה התאבדות מותיר את סביבתו הקרובה בכאב עמוק, ולעיתים קרובות – עם תחושות אשמה ובושה, לאורך שנים רבות.

לנוכח נתונים אלו, נייר עמדה זה מבקש להציג את התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות, המבוססת על החלטת הממשלה מדצמבר 2013, שהכריזה על מניעת התאבדות "כאינטרס לאומי, שיש להתמודד עמו במהלך משותף של משרדי הממשלה והרשויות, בהובלת משרד הבריאות". נייר העמדה מתייחס לרציונל החלטת הממשלה ומציג את מתווה התוכנית הלאומית ואת תמונת המצב הנוכחית שלה, לרבות פירוט של אסטרטגיות מניעת אובדנות העומדות בבסיס עשייתה. יש לציין כי התוכנית הלאומית פועלת למניעת אובדנות בקרב כל טווח הגילים, מילדים בגיל הרך ועד קשישים. אנו נציג סקירה של הפעולות השונות, תוך שימת דגש על ילדים ובני נוער, לרבות ממשק העבודה של היחידה למניעת אובדנות במשרד הבריאות, עם אגף השירות הפסיכולוגי הייעוצי (שפ"י) במשרד החינוך.

מילות מפתח: התאבדויות, מניעת אובדנות, סיכון אובדני, היחידה למניעת אובדנות, משרד הבריאות, התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות

רציונל להקמת התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות

בישראל מתאבדים מדי שנה כ-400 איש, ולמעלה מ-6,000 איש מבצעים ניסיון התאבדות (משרד הבריאות, 2019). לנוכח דיווח חסר, ניתן להעריך כי נתוני ההתאבדות בפועל גבוהים בכ-30% (Bakst, Braun, Zucker, Amitai, & Shohat, 2016). אצל צעירים (15–24), התאבדות היא סיבת המוות השנייה בקרב בנים וסיבת המוות השלישית בקרב בנות (משרד הבריאות, 2019). כל אדם שמתאבד מותיר "אדמה חרוכה" בסביבתו הקרובה, אשר משפיעה על חייהם ורווחתם של אלפי אנשים לאורך שנים.

מדינות רבות החלו להפעיל תוכניות למניעת אובדנות והצליחו משמעותית בהפחתת שיעורי ההתאבדות (ביניהן בריטניה, יפן, סקוטלנד, גרמניה, פינלנד

ומדינות רבות נוספות מהאיחוד האירופי). בישראל, לאחר שנים אחדות של פיתוח ומחקר, ביצוע פיילוט ולימוד מתוכניות מניעת אובדנות בארץ ובעולם, בדצמבר 2013 עברה פה אחד החלטת ממשלה (משרד ראש הממשלה, 2013) שלפיה:

א. מניעת התאבדות הוכרזה כאינטרס לאומי, שיש להתמודד עימו במהלך משותף של משרדי הממשלה והרשויות, בהובלת משרד הבריאות.

ב. תופעל תוכנית לאומית למניעת התאבדות, במטרה לצמצם את מקרי ההתאבדות וניסיונות ההתאבדות ולסייע למשפחות אשר יקריהן התאבדו.

מתווה התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות

על פי מתווה התוכנית, משרד הבריאות הוא המשרד המתכלל, וישנם שותפים רבים נוספים: משרד החינוך, משרד הרווחה, המשרד לעלייה וקליטה, המשרד לשוויון חברתי, המשרד לביטחון פנים, המרכז לשלטון מקומי, המשטרה, צה"ל, שב"ס, תנועות נוער, עמותות, אנשי אקדמיה ועוד. העבודה הבין-משרדית כוללת הקמת צוותי עבודה, בשיתוף עם משרדי הממשלה השונים, לבחינת תהליכי עבודה ונוהלי עבודה ברמת מטה ושטח וקידום אסטרטגיות המניעה.

על מנת להטמיע את אסטרטגיות התוכנית ברשויות כהלכה, הוחלט כי היא תיושם בכל הארץ בהדרגה, לאורך שנים אחדות. נכון לאוגוסט 2020, התוכנית הופעלה בכ-90 רשויות מקומיות. לוקחים בה חלק מוסדות העיר השונים – בתי ספר, לשכות רווחה, קופות חולים, מסגרות בלתי פורמליות ועוד, תוך התמקדות באוכלוסיות בסיכון גבוה. הכנסת התוכנית ליישוב מתבצעת באופן מדורג ומסודר, תוך מיפוי נתונים, אפיון משותף של צורכי היישוב ומתן מענה להם, הקמת ועדות היגוי יישובית, בניית תוכנית עבודה משותפת, בניית רצפים טיפוליים, הכשרת שומרי סף ועוד.

מתווה התוכנית כולל כמה אסטרטגיות, על בסיס מחקרים בארץ ובעולם ועל בסיס מסקנות והמלצות הפיילוט שלה בארץ. להלן יפורטו האסטרטגיות והליקויים או הצרכים בשטח אשר להם הן נותנות מענה.

אפידמיולוגיה וטיוב נתונים

הידע על תופעת האובדנות בישראל אינו מלא. נתוני האובדנות חסרים, וישנם תת-דיווח על מקרי אובדנות ומעקב לקוי אחר אירועים אלו. עדיין לא קיימת מערכת תומכת למעקב אחר הרצפים הטיפוליים, והדבר מקשה על איתור של נשירה במעבר בין מערכות ומיקוד באיתור אוכלוסיות סיכון.

במסגרת התוכנית הלאומית, משרד החינוך מנהל רישום מסודר של אירועי האובדנות – התאבדויות וניסיונות התאבדות – אשר מתרחשים במסגרות החינוכיות; זאת במטרה לאתר מגמות מרכזיות ולתת מענה מותאם לממצאים העולים מן הנתונים. כמו כן, נעשית פעילות לחיזוק ממשקי העבודה עם שירותי בריאות הנפש בקופות החולים ועם בתי החולים, עד לפריסה ארצית. אחת הדרכים היא בניית רצפים טיפוליים, אסטרטגיה אשר תפורט בהמשך. עם זאת, יש קושי

לאסוף נתונים באופן יזום מבתי החולים ומשירותי בריאות הנפש בקהילה, בשל חובת החיסיון החלה על מטפלים והצורך בהסכמת האפוטרופוס להעברת המידע.

"קווים חמים"

ניתן תקצוב לעמותות המעניקות מענה טלפוני ואינטרנטי לאנשים במצוקה נפשית ובסיכון אובדני. מדי שנה מטופלות עשרות אלפי פניות בנושא, וצוותי ה"קווים החמים" מוכשרים למתן מענה קשוב, אמפתי ומציל חיים.

במהלך שנת 2019, 7% מהפניות לעמותת ער"ן, אשר נותנת מענה טלפוני ואינטרנטי (14,284 פניות), היו מבני נוער מתחת לגיל 17. מתחילת תקופת משבר הקורונה עלה מספר הפניות מבני נוער בכ-20% (48,000 פניות). היקף הפניות במהלך שנת 2020 עלה משמעותית, ונתון זה מתייחס לתקופה של שבעה חודשים בלבד. גם מנתוני עמותת סה"ר, המעניקה סיוע ברשת, עולה כי היקף הפניות במהלך ינואר-יולי 2020, בעת משבר הקורונה, עלה משמעותית. מקרב הפונים לקבלת סיוע בצ'אט וכן אלו אשר עלו בפעולות ניטור יזום לאותות מצוקה בקרב גולשים ברשת, המתבצעות על ידי מתנדבי סה"ר, כ-26% היו בקבוצת הגיל 10-17.

"שומרי סף"

בין יעדיה המרכזיים של התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות – להעלות את המודעות לנושא מניעת האובדנות, להפחית את החרדה, התווית השלילית וההימנעות של אנשי המקצוע מטיפול בנושא ולהעניק ידע וכלים שיאפשרו ל"שומרי סף" לאתר ולזהות אנשים בסיכון אובדני, לנהל איתם שיח ראשוני ולהפנותם לטיפול מקצועי מתאים.

במסגרת התוכנית הוכשרו כ-20,000 "שומרי סף" ברשויות וארגונים שונים, לרבות יועצות חינוכיות וצוותי בתי ספר, רכזים של תנועות נוער ומסגרות חינוך בלתי פורמלי, עובדים עם בני נוער מקהילת הלהט"ב ועוד. במקרה הצורך, נעשות הכשרות רענון בשטח.

הכשרת אנשי מקצוע לטיפול באובדנות

מענה בריאות הנפש הוא אחד האתגרים המשמעותיים של התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות. לצד טענות על הפניית יתר של בני נוער לחדרי מיון ולמרפאות בריאות הנפש, קיים מחסור במטפלים, ובעיקר בפסיכיאטרים של ילדים ובני נוער. מצב זה גורם להמתנה ארוכה למענה טיפולי מותאם. בנוסף, יש מחסור משמעותי במענה בריאות נפש מותאם ורגיש תרבות, בפרט ליוצאי אתיופיה ולחברה הערבית. על מנת להתמודד עם מצב זה פועלת התוכנית במספר דרכים:

א. הכשרת פסיכולוגיים חינוכיים בשירות הפסיכולוגי החינוכי ברשויות המקומיות, אשר מאפשרת להם לבצע הערכות סיכון אובדני וטיפולים רגשיים ייעודיים למניעת אובדנות בקרב ילדים ובני נוער. עד כה הוכשרו כ-2,200 פסיכולוגים חינוכיים.

ב. הכשרת מטפלי בריאות הנפש במערכת הבריאות, על מנת להעשיר ולמקצע את הידע הטיפולי בתחום מניעת האובדנות, תוך שימת דגש על ילדים ובני נוער. הכשרות אלו הן בתחילת דרכן בתוכנית הלאומית. הן כוללות הכשרה על הערכת סיכון וכן גישות טיפול המותאמות לסיכון אובדני: פסיכותרפיה בין-אישית (IPT) וטיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT). בהמשך מתוכננת הרחבה נוספת, בהתאם לצורכי השטח ולהתאמות הנדרשות לפי אוכלוסיות סיכון.

ג. במסגרת שיתוף פעולה עם משרד העלייה והקליטה, הוכנסו עובדים סוציאליים דוברי אמהרית למחלקות בריאות הנפש בבתי חולים ממשלתיים, לצורך מתן טיפול מותאם ורגיש תרבותית לבני העדה האתיופית, הנמצאת בסיכון אובדני גבוה. בנוסף, ככלל, נעשית עבודה על התאמת תוכני הכשרות התוכנית לבעלי רגישות תרבותית, בהתאם לקהל יעד.

רצף טיפולי

אחד האתגרים החשובים של התוכנית הוא יצירת רצפים טיפוליים לאנשים בסיכון אובדני. הנחת היסוד היא כי אנשים אובדניים או דיכאוניים אינם נוטים לבקש ולקבל עזרה או טיפול. מטרת התוכנית היא לאתדם, לאבחנם ולייצר רצף טיפולי שיאפשר שיפור במצבם ובאיכות חייהם וחיי קרוביהם. רצף טיפולי הוא נוהל עבודה אשר מטרתו לטייב את הממשקים בתהליך ההפניה של אדם בסיכון אובדני לטיפול מותאם. הנוהל מהדק את הקשר ואת שיתוף הפעולה בין הגופים השונים הנמצאים לאורך התהליך, החל מהאיתור, דרך ההפניה ועד הגעתו של האדם לטיפול. כך לדוגמה בהבניית רצף טיפולי לנוער בסיכון אובדני ברשות מקומית, ישתתפו נציגים של משרד החינוך, משרד הבריאות, אגפי הנוער, החינוך והרווחה ברשות ונציגי תנועות נוער ומסגרות בלתי פורמליות נוספות לילדים ונוער. השאיפה היא לייצר נוהל עבודה אחיד וברור בין הגופים השונים המטפלים באנשים בסיכון אובדני – מרפאות ראשוניות, בתי החולים, קופות חולים, מרפאות בריאות הנפש, מערכות החינוך ומערכות הרווחה, על מנת למנוע נשירה במעבר בין השירותים השונים ולשפר את תהליך הטיפול המוצע.

במסגרת התוכנית נבנו עשרות רצפים טיפוליים ברשויות וארגונים הנותנים מענה לילדים ובני נוער במסגרות החינוך הפורמלי והבלתי פורמלי, ומתקיים תהליך מתמשך לשיפור איכותם. במסגרות החינוך הבלתי פורמלי ישנה שכחות גבוהה של ביטויי אובדנות, אך במקרים רבים אין נוהל מובנה של דיווח, ואין מעטפת מקצועית-טיפולית שתסייע לרכזי הנוער ולמדריכים הנתקלים בבני הנוער שבסיכון אובדני. לכן יש חשיבות רבה לבניית רצף טיפולי במסגרות אלה. עבור תלמידים בחינוך הפורמלי, מתווה הרצף הטיפולי נשען על חוזר מנכ"ל משרד החינוך, אשר מפרט את אופן הטיפול המצופה בכל מקרה של איתור תלמיד בסיכון אובדני. לעומת זאת, מתווה הרצף הטיפולי המיועד לחינוך הבלתי פורמלי נבנה בדרך כלל על ידי בעלי תפקידים מתחומי החינוך והרווחה ברשות המקומית. רצף זה מותאם למבנה הארגוני, למאפיינים ולצרכים של הרשות המקומית, ולכן יש בתוכנית הלאומית מודלים אחדים.

סיוע לבני משפחות אשר יקריהן התאבדו

קשה לאמוד את מספר האנשים המושפעים מכל מקרה אובדני ואשר אולי זקוקים לסיוע. ההערכות המקובלות בקרב אנשי מקצוע הן כי ישנם שישה כאלו בכל מקרה, אך יש הטוענים כי זו הערכת חסר, וכי המספרים בפועל גבוהים הרבה יותר (O'Connor, Platt, & Gordon, 2011). המענה הטיפולי לבני משפחה אשר יקריהם התאבדו מהווה גם אסטרטגיית מניעה, בשל המצוקה הקשה שבה נותרת המשפחה השכולה לאחר מעשה ההתאבדות.

במסגרת התוכנית הלאומית, הוקמו על ידי משרד הרווחה, לצד 124 התחנות הקיימות לטיפול זוגי ומשפחתי, שמונה מרכזי תמיכה, המאוישים במטפלים שהוכשרו בתחום אובדן ושכול, לרבות התייחסות לאובדן כתוצאה מהתאבדות. במסגרת מרכזי התמיכה ניתנים טיפולים אישיים, זוגיים ומשפחתיים לבני משפחה, וכן מוצעות קבוצות תמיכה בקהילה. קבוצות אלה מאפשרות עיבוד של השכול הייחודי במקרה של התאבדות, הכרוך פעמים רבות באשמה, בבושה ובהשתקה. ילדים ובני נוער מקבלים גם הם טיפול במסגרת הטיפול המשפחתי.

תוכנית "בוחרים בחיים - דיבור ישיר עם תלמידים על מניעת אובדנות"

מחקר של יוכי סימן-טוב (2014) על התאבדויות בקרב בני נוער העלה כי בכמחצית ממקרי ההתאבדות של בני הנוער שנבדקו, קבוצת השווים, קרי החברים, ידעה על הרצון להתאבד, אך לא שיתפה אף מבוגר במידע. בשל הבנת חשיבותו של מעגל החברים באיתור בני נוער בסיכון אובדני, נבנתה באגף שפ"י במשרד החינוך תוכנית התערבות המיועדת לחטיבת הביניים ולחטיבה העליונה. מטרתה לייצר שיח ישיר עם בני נוער בנושא מצוקה ואובדנות. התוכנית כוללת מפגשים בני שעה עם התלמידים, אשר מטרתם לאפשר שיח פתוח, מכבד ו"בגובה העיניים" עימם. הנושאים המרכזיים שבהם עוסקת התוכנית הם: טעם החיים, משאבי התמודדות פנימיים וחיצוניים, שיתוף ברגשות ומחשבות ופנייה לבקשת עזרה וקבלת עזרה.

במסגרת התוכנית, המורים עוברים הכשרה בנושאים הקשורים בחיזוק גורמי הגנה ומשאבי התמודדות ובהיכרות עם כיוונים למניעת אובדנות. התוכנית כוללת זיהוי גורמי סיכון וחוסן, התנסות בשיח פרטני וכיתתי עם מתבגר או מתבגרת במצוקה, לימוד דרכים להגשת עזרה ראשונה נפשית ולימוד תפקידים הייחודי של המורים במערך הסיוע הכולל בבית הספר ובקהילה. כמו כן המורים נחשפים לפעילויות מהתוכנית עצמה, כפי שהן מועברות לתלמידים, על ידי איש צוות מהמוסד החינוכי ומדריכה מלווה מהיחידה להתמודדות במצבי לחץ וחירום בשפ"י. בדרך זו מתאפשרת היכרות בסיסית עם התכנים, כך שתיבנה תשתית לשותפות של כלל המורים בתהליך, בטווח הקצר ובטווח הארוך. התוכנית מלווה במחקר, ולכן השתתפות בה כוללת מילוי שאלונים על ידי התלמידים והמורים טרם התחלתה ובסופה (בכל פעם מוקדש לכך שיעור אחד בלבד, נוסף על שבעת השיעורים של התוכנית). התכנים מועברים במסגרת השיעורים בנושא כישורי חיים, המהווים מעטפת טבעית לתוכנית.

מניעת אובדנות ברשת

לדיווח, מידע וסיוע ראשוני בנושאי אלימות ופשיעה נגד ילדים ובני נוער ברשת, נבנה שיתוף פעולה בהקמת מוקד טלפוני (105). המוקד הוא גוף אזרחי ומשטרתי הפועל בשותפות בין-משרדית ומסייע באירועי פגיעה שונים, לרבות באירועי חירום של אובדנות וסיכון חיים.

הקטנת נגישות לאמצעים קטלניים

אסטרטגיה זו מוכחת זה שנים כיעילה ביותר במניעת התאבדויות. מן הניסיון המצטבר כיום בעולם עולה שניתן לצמצם התאבדויות בשיעורים ניכרים באמצעים פשוטים יחסית, כגון הגבלת נגישות למקומות מסוכנים, הקטנת כמות התרופות הנמכרות באריזה וצמצום הנגישות לכלי נשק. ישנם תהליכים שונים ליישום אסטרטגיה זו, שהם בראשית דרכם, לדוגמה: משרד הבריאות מקדם הנחיה להגבלת מכירת התרופה פרצטמול לכמות של 15–20 כדורים בחפיסה, במטרה להקטין את הנגישות אליה.

מבנה ארגוני

לתוכנית הלאומית ישנו מבנה ארגוני, אשר מטרתו לתת מענה ניהולי, מקצועי וארגוני ברמת מטה ושטח.

◀ **צוות היגוי מצומצם** – חברי הצוות הם השרים במשרדי החינוך, משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים, משרד העלייה והקליטה והמשרד לשוויון חברתי וכן מנכ"ל משרד ראש הממשלה או נציג מטעמו והיועץ המשפטי לממשלה או נציג מטעמו. בראשות הצוות עומד שר הבריאות. מטרות הצוות הן התוויית מדיניות, אישור תוכנית העבודה ותהליכי בקרה.

◀ **ועדת היגוי בין-משרדית מורחבת** – חברי הוועדה הם נציגי המשרדים השותפים לתוכנית. מטרת הוועדה היא גיבוש תוכניות עבודה פרטניות של משרדי הממשלה והרשויות המקומיות השותפים לתוכנית הלאומית וקביעת תהליכי עבודה ביניהם ובין כל גורם אחר הרלוונטי לפעילות התוכנית. בראש הצוות עומד נציג משרד הבריאות.

◀ **מועצה לאומית למניעת התאבדויות** – חברי המועצה הם נציגי המשרדים ונציגים של הרשויות המקומיות, העמותות הפועלות בתחום, קופות החולים, איגודי הפסיכיאטריה, הפסיכולוגיה והרווחה, האגודה הישראלית לגרונטולוגיה, איגוד העובדים הסוציאליים, בתי הספר התיכונים וועד ההורים המרכזי, צה"ל, שירות בתי הסוהר וגורמים רלוונטיים נוספים. המועצה משמשת גוף רב-מקצועי מייצע לגופי התוכנית וכפופה למנכ"ל משרד הבריאות. בראש המועצה עומד פסיכיאטר מומחה בתחום האובדנות.

◀ **יחידה למניעת אובדנות, משרד הבריאות** – ייעודה של היחידה להפעיל ולהוביל, לפתח וליישם את התוכנית הלאומית ולתכלל את העבודה מול משרדי הממשלה וכל גורם מעורב.

לסיכום, לאורך השנים האחרונות הולכים ומתקדמים תהליכי ההטמעה של התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות במדינת ישראל. על פי המתווה הנוכחי, ההערכה היא כי עד שנת 2024 היא תופעל בכל הרשויות המקומיות בארץ; זאת בהנחה שהמשאבים הנדרשים ליישומה במלואה יוקצו בהתאם.

מהניסיון המעשי ביישום התוכנית הלאומית בשטח עולה כי לא פעם קיים פער בין המתווה התאורטי המתוכנן על ידי היחידה למניעת אובדנות לבין יכולות היישום והביצוע בפועל. פער זה הוא תוצאה של אתגרים ניהוליים, תקציביים וארגוניים וכן של חסמים, חששות והתנגדויות שהנושא מעלה. החששות יכולים לעלות הן בקרב אנשי ניהול ברשויות וארגוניים, שאמורים לשתף פעולה, והן בקרב אנשי מקצוע, שצריכים לבצע בפועל את ההתערבויות הטיפוליות בקרב אוכלוסיות בסיכון אובדני בכלל ובקרב ילדים ובני נוער כאלו בפרט. מפעילות התוכנית עולה כי הכשרת הלבבות בקרב הגופים השונים והירתמותם הולכות וגוברות, והמודעות ליכולות למנוע אובדנות ולנרמל את השיח סביב הנושא מניבה פירות.

"נברא אדם יחידי בעולם, ללמד: שכל המאבד נפש אחת מן העולם – מעלין עליו כאילו איבד עולם מלא, וכל המקיים נפש אחת בעולם – מעלין עליו כאילו קיים עולם מלא"
(שופטים יב, ג).

מקורות

- ג'וינט ישראל (2013). **סיכום והמלצות לתוכנית לאומית למניעת התאבדות**. זמין באתר <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/suicides-pilot-Summary.pdf>
- משרד הבריאות (2019). **אובדנות בישראל: התאבדויות 2001–2016 וניסיונות התאבדות 2004–2018**. ירושלים: משרד הבריאות.
- משרד ראש הממשלה (2013). **החלטת ממשלה מספר 1091 מיום 22.12.2013**. ירושלים: משרד ראש הממשלה. זמין באתר https://www.gov.il/he/Departments/policies/2013_des1091
- סימן-טוב, י' (2014). **גורמי סיכון, נרטיבי חיים וטיפולוגיה של תלמידים שהתאבדו**. עבודת דוקטור. אוניברסיטת בר-אילן.
- Bakst S. S., Braun T., Zucker I., Amitai Z., & Shohat, T. (2016). The accuracy of suicide statistics: Are true suicide deaths misclassified? *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 51(1), 115–123.
- O'Connor, R. C., Platt, S., & Gordon, J. (Eds.) (2011). *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

התמודדות בתי הספר המקצועיים עם סיכון אובדני בקרב תלמידים: תמונת מצב ומבט לעתיד

ג'וי בנטוב, שי חן גל וזהבה ספיר

תקציר

מסמך זה מציג את האסטרטגיות שננקטו באגף הכשרה מקצועית במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, למניעת אובדנות בקרב תלמידי בתי הספר המקצועיים בישראל. בשל ההכרה בסיכון הגבוה שבו מצויים תלמידי בתי הספר המקצועיים, החל משנת 2008 הוגברו המאמצים להתמודדות עם מחשבות והתנהגויות אובדניות בקרב תלמידים ומניעתן.

יושמו שלוש אסטרטגיות מניעה: (א) תהליכי איתור יזום של תלמידים בסיכון – איתור יזום המבוסס על דיווח עצמי באשר לקיומן של מחשבות והתנהגויות אובדניות וסימנים נוספים של מצוקה נפשית מתבצע בתחילת כל שנת לימודים, ותלמידים המאותרים כנמצאים בסיכון מופנים לבדיקה קלינית; (ב) הכשרת אנשי הצוות החינוכי כ"שומרי סף" – חלק גדול מהצוות החינוכי נוטל חלק בהכשרה זו; (ג) החלת מודל פסיכותרפיה בית ספרית – במסגרת מודל זה קיים בבתי הספר מערך פסיכולוגי הנותן מענה טיפולי לילדים בסיכון אובדני, מבלי להפנותם הלאה לגורמים נוספים, מה שמהווה יתרון משמעותי במענה לסיכון להתנהגות אובדנית.

להערכתנו, אסטרטגיות המניעה שננקטו עד כה באגף הכשרה מקצועית במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים תורמות לרווחתם הנפשית של התלמידים ומפחיתות את הסיכון להתנהגות אובדנית. מהנתונים על שכיחותן של מחשבות והתנהגות אובדנית שנאספו לאורך השנים האחרונות, ניכר כי הן נמצאות במגמת ירידה. המשרד מחויב להמשיך במאמציו להפחתת התנהגויות סיכון ככלל וסיכון אובדני בפרט בקרב תלמידיו.

מילות מפתח: מניעת אובדנות, החינוך המקצועי, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, איתור יזום, "שומרי סף", פסיכותרפיה בית ספרית

התאבדות בקרב בני נוער בישראל

על פי נתוני משרד הבריאות בשנת 2016 התאבדו בישראל כ-400 איש (משרד הבריאות, 2019). בקרב צעירים (גילאי 15–25) התאבדות היא סיבת המוות השנייה בשכיחותה בקרב בנים והשלישית בשכיחות בקרב בנות. גיל ההתבגרות הוא תקופה של התפתחות מהירה, הכרוכה בשינויים פיזיולוגיים, רגשיים וחברתיים. לכן תקופה זו מזמנת מתחים ולחצים ועשויה להוביל לסיכון גבוה יותר להתנהגות אובדנית. אף ששיעור ההתאבדויות בגיל ההתבגרות אינו הגבוה ביותר, מחשבות אובדניות

וניסיונות אובדניים שכיחים בגיל זה יותר מבכל גיל אחר (משרד הבריאות, 2016). נתונים עדכניים שנאספו על תלמידים שלמדו במסגרת משרד החינוך הצביעו על כך ש-12% מתלמידי כיתות י חשבו על התאבדות (הראל פיש ועמיתים, 2016). בשנים האחרונות מסתמנת מגמת ירידה בשיעור ההתאבדויות, לאחר תקופה של עלייה בשיעורן עד לשנות האלפיים. בשנת 2013 התאבדו בישראל 35 צעירים (גילאי 15–24), 46 בשנת 2012, 54 בשנת 2011 ו-78 בשנת 2010. שיעור ההתאבדות בישראל נמוך משיעור ההתאבדויות במספר רב של מדינות אירופה ובארצות הברית ואף מהממוצע של האיחוד האירופי (משרד הבריאות, 2016). לצד זאת, ממחקרים שונים עולה שגורמי הסיכון לאובדנות בישראל דומים לאלו הקיימים בקרב בני נוער בעולם (גילת ושיף, 1995). חשוב לציין שהמחקר בישראל התמקד בנוער אשר מצוי במסגרות חינוכיות, בעוד שעל פי מחקרים מהעולם, בני נוער שאינם משתייכים למסגרת חינוכיות נתונים לסיכון גבוה יותר לאובדנות (Thompson & Eggert, 1999).

בתי הספר המקצועיים הכפופים לאגף הכשרה מקצועית במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים

החינוך המקצועי בישראל המנוהל על ידי משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים מהווה מערכת אוטונומית, הן מבחינה פדגוגית והן מבחינת הפיתוח המקצועי, והוא נועד בעיקרו להקנות לתלמידים מיומנויות והכשרה מקצועית בתחומים הרלוונטיים לתעשייה הישראלית. החינוך המקצועי מהווה למעשה נתיב חלופי, המאפשר לתלמידים המתקשים במערכת החינוך העיונית לממש את הפוטנציאל האישי שלהם. בתי הספר כוללים תלמידים אשר מעוניינים ברכישת ידע מקצועי במהלך שנות התיכון וכן תלמידים אשר מתקשים במסגרת בית הספר, והם בסיכון לנשירה ממערכת הלימודים הרגילה. בשנת 2014 למדו בבתי ספר בפיקוח משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים כ-13,000 תלמידים. מדובר בכ-70 בתי ספר, מתוכם כ-40% היו במגזר הערבי, ו-10% נמצאו בבסיסים צבאיים.

תלמידי בתי הספר המקצועיים הכפופים למשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים מאופיינים בשיעור גבוה של תלמידים בנים (כ-85% מתלמידי משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, לעומת כ-50% מתלמידי משרד החינוך), תלמידים מרקע חברתי-כלכלי נמוך (כ-50%, לעומת כ-25%, בהתאמה), תלמידים שלא נולדו בישראל (מבין דוברי העברית כ-20%, לעומת 10%, בהתאמה), תלמידים שלמדו בכיתות חינוך מיוחד בחטיבת הביניים (כ-10%, לעומת 2%, בהתאמה) ותלמידים מבוגרים מגיל השנתון (כ-25%, לעומת כ-15%, בהתאמה) (הרשות הארצית למדידה והערכה בחינוך [ראמ"ה], 2016). אפיונים אלו הופכים את תלמידי בתי הספר המקצועיים לקבוצה הנמצאת בסיכון מוגבר לחוות מצוקה נפשית, ובשל כך – בסיכון מוגבר להתנהגות אובדנית.

מאמצי האגף להכשרה מקצועית במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים למניעת התנהגות אובדנית בקרב תלמידי בתי הספר המקצועיים

בשני העשורים האחרונים גברה בישראל ההכרה כי תופעת התאבדות היא בעיה הדורשת התייחסות ומשאבים, ואף הוקמו גופים ממשלתיים וציבוריים להתמודדות עימה. ממשלת ישראל הכריזה על מניעת אובדנות כאינטרס לאומי, ובשנת 2005 חתם שר הבריאות על אמנה למניעת אובדנות, שעליה חתומות מדינות מפותחות רבות נוספות. בדצמבר 2013 התקבלה החלטת ממשלה ובה הוכרזה מניעת התאבדות כאינטרס לאומי שיש להתמודד עמו במהלך משותף של משרדי הממשלה והרשויות, בהובלת משרד הבריאות. כמו כן הוקמה במשרד הבריאות יחידה למניעת אובדנות, אשר אחראית לתוכנית לאומית למניעת התאבדות, ומטרתיה הן לצמצם את מקרי ההתאבדות וניסיונות ההתאבדות ולסייע למשפחות אשר יקריהן התאבדו. בשנת 2014 החל יישומה של תוכנית לאומית למניעת אובדנות, בראשות משרד הבריאות, ואשר שותפים לו בין השאר משרד החינוך, משרד הרווחה, משרד התמ"ת, המשרד לביטחון פנים ו"ג'וינט אשלים". התוכנית גובשה במשרד הבריאות, תוך התבססות על תוכניות מקבילות בעולם והופעלה במתכונת פיילוט בשנים 2008–2012. הפיילוט התמקד בשלוש אוכלוסיות: בני נוער, קשישים ועולים חדשים, והתקיים במספר יישובים ברחבי הארץ. במהלך הפיילוט נבחנו כמה אסטרטגיות למניעת אובדנות: הכשרת "שומרי סף", הכשרת מטפלים ואנשי מקצוע, איתור יזום של אוכלוסיות בסיכון, הקמת מערך הסברה והגברת מודעות, הפעלת "קווים חמים" בטלפון ובאינטרנט, העברת תוכניות חוסן וטיוב מסד נתונים. הפיילוט לווה במחקר והערכה, שנועדו לבחון את האסטרטגיות והפעולות שנקטו. על בסיס הפיילוט גובש המתווה של שילוב אסטרטגיות הפעולה היעילות ביותר למניעת אובדנות.

כחלק מתהליך נרחב זה, החל משנת 2008 חלה תמורה בהתארגנות משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים להתמודדות עם הצרכים הפסיכולוגיים של תלמידי בתי הספר המקצועיים. ראשית, הורחבו השירותים הקיימים, והוקצו שלוש שעות ייעוץ כיתתיות עם יועצת בית הספר (כפול מהשעות המוקצות לכך במשרד החינוך). שינוי מהותי נוסף היה הכנסה של מודל ייחודי בארץ, הנקרא "פסיכותרפיה בית ספרית". בכל בית ספר מונה פסיכולוג קליני או פסיכולוג חינוכי אשר יציע טיפול פסיכולוגי לתלמיד והדרכת הורים בין כותלי בית הספר וילווה את עבודת הצוות החינוכי בהקשר טיפולי. בנוסף, החל משנת 2008, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים הצטרף לתוכנית SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe), שמטרתה זיהוי ומניעה של סיכון אובדני בקרב בני נוער (Wasserman et al., 2010). התוכנית מופעלת ב-11 מדינות ברחבי אירופה והופעלה גם בקרב תלמידים בבתי הספר המקצועיים של משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, בליווי של פרופסור אלן אפטר. ההתערבויות שבוצעו בבתי הספר כללו את המרכיבים הבאים: (א) תוכנית איתור יזום של תלמידים בסיכון להתנהגות

וחשיבה אובדניות; (ב) תוכנית "שומרי סף"; (ג) הטמעת מודל פסיכותרפיה בית ספרית. להלן יפורטו התוכניות, אופן יישומן בבתי הספר, ובהמשך יוצגו ממצאים ביחס ליעילותן.

תוכנית איתור יזום (SCREENING)

בשנים האחרונות נפוצה אסטרטגיית איתור יזום של סיכון אובדני בקרב מתבגרים במסגרת בתי הספר. אסטרטגיה זו מבוססת על ההנחה שלעיתים תכופות קשה לזהות מתבגרים בסיכון לאובדנות, ויש לפעול באופן יזום לאתנם, וזאת מוקדם ככל היותר במדרג הסיכון. האיתור כולל כמה שלבים ומתמקד באיתור תלמידים בעלי מחשבות והתנהגות אובדניות או תלמידים שהם בסיכון להתנהגות אובדנות (למשל תלמידים הסובלים מדיכאון קליני). השלב הראשון כולל מילוי שאלון דיווח עצמי, המתמקד בהערכת גורמי סיכון לאובדנות ובקיומן של מחשבות או התנהגות אובדניות. בשלב השני, תלמידים אשר זוהו כבעלי סיכון אובדני עוברים ריאיון קליני אצל איש מקצוע ומופנים לטיפול על פי הצורך.

טענה שכיחה כנגד אסטרטגיית האיתור היזום היא כי שאלות על אודות מחשבות או התנהגויות אובדניות עשויות לעורר מחשבות בנושא. נמצא כי חשש זה אינו מוצדק, שכן לשאלות מסוג זה אין השפעה מזיקה. כך למשל גולד ועמיתיה (Gould et al., 2005) לא מצאו עלייה במצוקה או בנטייה אובדנית בקרב האוכלוסייה הכללית ובקרב תלמידים בסיכון גבוה לאחר שנשאלו שאלות על מחשבות אובדניות ועל התנהגות אובדנית. יתר על כן, ממצאיהם מצביעים על כך ששאלות על מחשבות אובדניות או התנהגות אובדנית אף עשויות להקל על תלמידים הסובלים מדיכאון או שביצעו ניסיונות אובדניים. אחד המקומות שבהם יושמה תוכנית של איתור יזום הוא אוניברסיטת קולומביה (CSS – Colombia Suicide Screen). מחקר שנערך על תוכנית זו מצא כי באמצעותה אותרו בני נוער שהיו מצויים בסיכון, אך לא היו מוכרים באוניברסיטה ככאלה לפני התוכנית. יתר על כן, בקרב תלמידים בתוכנית האיתור היזום נמצאה סבירות גבוהה יותר של פנייה לעזרה נפשית, ואחוז גבוה מהם פנה לשירותים בית ספריים או קהילתיים (Scott et al., 2009). לפיכך, כיום ההמלצה של ארגוני הבריאות בעולם היא לשאול תלמידים שאלות ישירות על אובדנות.

במחקר של תוכנית SEYLE, אשר כלל גם מרכיב של איתור יזום, נמצא כי האיתור היעיל ביותר הוא בעזרת שתי שאלות בלבד – אחת על מחשבות אובדניות ואחת על התנהגות אובדנית, אשר נוסחו באופן ממוקד מאוד ומדדו מחשבות אובדניות רציניות או ביצוע של ניסיון אובדני בתקופה האחרונה. האיתור היזום בבתי הספר המקצועיים כלל שלוש שאלות שאיתרו סיכון אובדני. השאלה הראשונה התייחסה למחשבות אובדניות פסיביות: "האם במהלך השבועיים האחרונים רצית למות? לדוגמה, שתלך לישון ולא תתעורר?" השאלה השנייה התייחסה למחשבות אובדניות אקטיביות: "האם במהלך השבועיים האחרונים חשבת ברצינות להתאבד או תכננת תוכניות כיצד תעשה זאת?" ושאלה שלישית ואחרונה עסקה בניסיונות

אובדניים: "האם במהלך שלושת החודשים האחרונים ניסית להתאבד?" בנוסף לשאלות על אובדנות, הועבר שאלון הבודק תסמינים של מצוקה נפשית בקרב בני נוער (Brief Symptom Inventory) – שאלון תקף ומהימן שנעשה בו שימוש במחקרים רבים (Derogatis, 2000). כמו כן הועבר שאלון מסוגלות (Schwarzer & Jerusalem, 1995) ושאלון אקלים חינוכי מיטבי (ארהרד, 2000).

אף שתוכניות לאיתור במסגרת בית הספר נחשבות לאסטרטגיית מניעה חשובות לזיהוי נוער הנמצא בסיכון לבעיות נפשיות, וההמלצות עליהן כחלק מאסטרטגיה ארצית למניעת התאבדות הולכות ומתרבות, קיימות מגבלות בשימוש באסטרטגיה זו. ראשית, יעילות השיטה תלויה בתדירות גבוהה של תהליכי האיתור, שכן במרבית המקרים סיכון לאובדנות עולה ויורד לאורך הזמן, כך שעל מנת לאתר תלמידים בסיכון במהימנות ובדיוק, יש צורך בתהליכים חוזרים. כמו כן, איתור מתוך אוכלוסיית כלל בית הספר מוביל לעיתים להתרעות שווא (false positive), מה שמוסיף לעומס במענה לכלל המקרים שאותרו, מעמיס על הצוות הטיפולי ותורם לשחיקתו. חשוב לזכור שההצלחה של אסטרטגיית האיתור המוקדם תלויה גם בהפניה לטיפול. כך, אסטרטגיה זו חייבת להיות מלווה בהפניה וסיוע לקבלת עזרה מקצועית במקרים שבהם יש צורך בכך. תלמידים שאותרו באמצעות שאלוני הסיכון כנתונים בסיכון אובדני מופנים על ידי הצוות הטיפולי של בית הספר לבדיקה קלינית. כך שהמודל של פסיכותרפיה בית ספרית, שיפורט בהמשך, מהווה חלק משלים ומכריע באסטרטגיית האיתור היזום. נוסף לאלו, כפי שעולה ממחקרים שבחנו את יעילות אסטרטגיית האיתור היזום בהפחתת התנהגות אובדנית לאורך זמן, עלה כי יעילות זו אינה ברורה (Zalsman et al., 2016). איתור יזום דווח כאסטרטגיה בטוחה ויעילה באיתור תלמידים עם בעיות נפשיות ככלל ובהפניית תלמידים בסיכון אובדני להמשך טיפול בפרט (Gould et al., 2005; Kaess et al., 2014). אך במחקר SEYLE אסטרטגיה זו לא הובילה להפחתה לאורך זמן במחשבות או התנהגות אובדניות בקרב תלמידים (Wasserman et al., 2015).

לסיכום, אסטרטגיית האיתור היזום מהווה כלי חשוב בבתי הספר המקצועיים לאיתור של תלמידים בסיכון אובדני. מבדיקה בבתי הספר עולה כי כ-65% מהתלמידים שאותרו באמצעות השאלונים כתלמידים בסיכון אובדני לא היו ידועים לצוות החינוכי כנתונים בסיכון. נראה שיש ערך באיתור היזום לזיהוי של תלמידים שלא ניתן היה לדעת על הסיכון האובדני הפוטנציאלי שבו הם נמצאים, לולא נשאלו ישירות על כך. תלמידים שאותרו כבסיכון במסגרת האיתור היזום מופנים לבדיקה קלינית ולהערכת מסוכנות אצל מטפלים המועסקים בבית הספר; זאת במטרה להעריך את גורמי הסיכון וגורמי המגן שלהם ואת דרגת הסיכון שבה הם נמצאים, ולהתאים להם תוכנית התערבות פרטנית.

הכשרת "שומרי סף"

העיקרון המרכזי בבסיס תוכניות "שומרי סף" הוא שקיים קושי בזיהוי נוער בסיכון לאובדנות, וניתן להגדיל את האפשרות לזיהוי בני נוער אובדניים באמצעות

הכשרת צוות בית הספר לזיהוי סימנים אופייניים. ההנחה היא שניתן להגדיל את שיעור הזיהוי והסיוע לנוער אובדני על ידי הקניית ידע ומיומנויות למבוגרים הנמצאים בסביבת התלמידים. בין השנים 2011–2013 עברו 400 מורים מבתי הספר המקצועיים תוכנית הכשרה של "שומרי סף". התוכנית ניתנה על ידי משרד הבריאות וכללה יום הכשרה, שבו רכשו אנשי צוות בית הספר את הידע והכלים שיאפשרו להם לזהות תלמידים בסיכון ולהפנות אותם לטיפול מקצועי בעת הצורך. בנוסף, הצוות הפסיכולוגי של בתי הספר (יועצות ופסיכולוגיות קליניות וחינוכיות) עבר הכשרה של מדריכי "שומרי סף", כך שכצוות האמון על איתור תלמידים בסיכון היה באפשרותו להכשיר "שומרי סף" במערכת בהתאם לצורך. מעבר להכשרת אנשי חינוך במסגרות בית הספר, במקרים אחדים הצוות הפסיכולוגי העביר הכשרת "שומרי סף" במקומות העבודה שבהם השתלבו תלמידים. מקומות העבודה, ובפרט החונכים במקומות אלו, למדו להכיר את התלמידים מקרוב ויכלו לסייע באיתור סיכון אובדני.

מחקרים שבחנו את יעילותן של תוכניות להכשרת שומרי סף מראים כי לאחר ביצוע התוכנית, מבוגרים שהוכשרו כ"שומרי סף" חשו יעילים יותר, והיו בעלי ידע ומודעות רבים יותר ביחס לאובדנות ושירותי ההפניה והטיפול (Mann et al., 2005); ומודעות רבים יותר ביחס לאובדנות ושירותי ההפניה והטיפול (Wyman et al., 2008; Zalsman et al., 2016); עם זאת, רק אחוז קטן מחברי הצוות שאלו את התלמידים שאלות רבות יותר ביחס לאובדנות, והיו אלו חברי הצוות שהיה להם קשר טוב יותר עם התלמידים עוד לפני ההכשרה. יתר על כן, תוכנית זו לא הובילה להפניות רבות יותר לשירותי בריאות הנפש (Tompkins, Witt, & Wyman et al., 2008; Abraibesh, 2009). כך שיעילותן של תוכניות מסוג זה מוטלת בספק (Zalsman et al., 2016). אף שתוכנית הכשרת "שומרי סף" תורמת להעלאת תחושת המסוגלות ולידע של צוות בית הספר, חשוב לפעול לכך שאלה יבואו לידי ביטוי באינטראקציה עם התלמידים וביכולת לסייע ולהפנות תלמידים שנמצאים במצוקה או בסיכון אובדני. בנוסף, גם הצלחתן של תוכניות מסוג זה תלויה בהמשך הפניה וטיפול לאחר האיתור הראשוני (Mann et al., 2005). בתוכנית SEYLE, שבחנה גם היא את יעילות הכשרת "שומרי הסף", נמצאה יעילות מוגבלת להכשרה זו, אשר יוחסה בין השאר למידת שחיקה גבוהה ובעיות במוטיבציה של הצוות החינוכי בבתי הספר (Wasserman et al., 2015).

חשוב לציין שעל אף שתוכניות "שומרי הסף" בבית הספר התיכוניים המקצועיים כיום מתמקדות בצוות בית הספר, קיימת חשיבה כי בעתיד כדאי שגם ההורים יקבלו כלים לאיתור סימני סיכון לאובדנות (Cusimano & Sameem, 2011). רשת רחבה יותר של "שומרי סף" שיבואו במגע עם בני הנוער תגדיל את הסבירות לשיתוף פעולה מצד הנער או הנערה ואת יעילות תוכניות המניעה. הדבר חשוב במיוחד משום שבני נוער בסיכון אובדני בדרך כלל נוטים פחות לשתף את צוות בית הספר ולקבל ממנו עזרה (Wyman et al., 2008). הכללתם של הורים ברשת "שומרי הסף" היא בעלת ערך נוסף גם בשל העובדה שיש להם הזדמנויות להבחין בהתנהגויות מסוכנות אשר אינן באות לידי ביטוי במסגרת בית הספר. ממחקר שבחן יעילות של הכשרת הורים ומורים ל"שומרי סף" עלה כי הורים הצליחו להפיק תועלת מהכשרה זו – בדומה למורים, חל

שיפור הן בידע שלהם והן בעמדותיהם כלפי התנהגות אובדנית, והם הפיצו את הידע שרכשו להורים אחרים בסביבתם (Cross et al., 2011).

פסיכותרפיה בית ספרית

מערך פסיכולוגי הממוקם בבית הספר מאפשר טיפול פסיכולוגי או רגשי בין כותלי בית הספר, במהלך יום הלימודים, כחלק בלתי נפרד משגרת הלימודים. מודל זה של פסיכותרפיה בית ספרית, המציע שירותי בריאות נפש בתוך הסביבה הטבעית של הילד – מסגרת בית הספר – מהווה חלופה למודל המבוסס על מרפאות ושירותים קהילתיים. בישראל, מודל זה הוא ייחודי למערך בתי הספר המקצועיים של משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. בבתי הספר של משרד החינוך המענה הפסיכולוגי נשען בדרך כלל על שירותי הפסיכולוגיה החינוכית, אשר כוללים סיוע באיתור קשיים של תלמידים, הערכה של צורכי התלמידים ושירותי ייעוץ למנהלים ולמורים.

בתי הספר נתפסים כסוכן חשוב למתן שירותי בריאות הנפש למתבגרים (Feigenberg, Watts, & Buckner, 2010). בשני העשורים האחרונים נראית צמיחה משמעותית במחקר ובהתערבויות המבוצעות בבתי הספר. ישנה הכרה גוברת בתרומה ובחשיבות של בתי הספר לבריאות הנפש של ילדים ובהזדמנויות שהם מספקים להתערבויות. בתי הספר מהווים נקודות מכריעות בזיהוי המוקדם של בעיות נפשיות, בין השאר משום שמורים הם לעיתים קרובות הראשונים להבחין בסימנים לכך בקרב תלמידים, במיוחד כאשר הם באים לידי ביטוי בתסמינים של הפרעות התנהגות או אלימות (Roeser & Midgley, 1997). בתי ספר יכולים לסייע בהתמודדות עם בעיות נפשיות שחווים ילדים ובני נוער וכן להגביר חוסן נפשי באמצעות מתן כלים ומשאבים להתמודדות עם גורמי דחק. יתר על כן, לילדים שבאים מרקע סוציו-אקונומי נמוך, והם חסרי אמצעים ומעגלי תמיכה אחרים, התערבות בית הספר עשויה להיות נקודת מפנה (Weare & Nind, 2011).

היתרונות של שירותים פסיכולוגיים בתוך בית הספר הם רבים. ראשית, העבודה בתוך מסגרת בית הספר מאפשרת קשר ישיר עם צוותי חינוך וגורמים נוספים הבאים במגע עם הילד, ושילוב בין התמקדות במוטיבציות ובאמונות האישיות ובין ראייה מערכתית רחבה יותר של ההקשר המשפחתי וההקשר החברתי. כמו כן, טיפול בתוך בית הספר הוא נגיש וזמין יותר, מתבצע בסביבתו הטבעית של הילד ומעורר פחות סטיגמות, אשר לעיתים רבות מובילות להתנגדות לטיפול (Juszczak, Melinkovich, & Kaplan, 2003). יתרון מרכזי נוסף הוא שנוכחות מטפל בבית הספר מאפשרת התערבות בסמוך להתרחשות האירוע, מה שמעלה את יעילות ההתערבות (Feigenberg et al., 2010; Sherman, 2004).

לצד יתרונות אלו קיימים כמה אתגרים מורכבים הנוצרים מעצם הטיפול בתוך בית הספר. נחום ובר (2012) התייחסו לחיסרון העולה מכך שטיפול במסגרת בית הספר מוגבל על ידי לוח הזמנים של בית הספר ומותאם ללוח החופשות ולשנת הלימודים, כך שאורכו וההפסקות בו אינם מותאמים בהכרח לצורכי המטופל.

קושי נוסף נוגע לכך שהטיפול מתרחש למעשה בתוך ה"מציאות" של המטופל, באופן שמקשה על התמקדות בעולם ובחוויה הפנימית. באופן דומה, גם המטפל עצמו חשוף לגורמים מתוך מציאות חייו של המטופל ומצוי בקשר עימם, ולעיתים אף יכול להיווצר בלבול ביחס לשאלה "מיהו המטופל" – הילד או בית הספר. היבט זה עשוי אף לייצר קושי לשמור על חיסיון ופרטיות המטופל, ובמקביל – להקשות על יצירת האמון ותחושת המרחב הבטוח שלו. בהמשך לכך, הפרטיות של הילד והמשפחה אינם נשמרים באותה מידה שהיו נשמרים אם הטיפול היה במרפאה נפרדת, שאינה קשורה לבית הספר. על אף כל אלה, מחקרים רבים מצביעים על ההשפעות החיוביות ועל יעילותם של שירותים פסיכולוגיים בתוך בית הספר (Rones & Hoagwood, 2000; Shucksmith, Summerbell, Jones, & Whittaker, 2007).

כיום מופעלת פסיכותרפיה בית ספרית בכ-25 רשויות וכמעט ב-100 בתי ספר, במסגרת התוכנית הלאומית לטיפול בילדים ונוער בסיכון. בישראל נבחנה יעילותם של טיפולים שהתבצעו בתוך בית הספר במסגרת מיזם של משרד החינוך וג'וינט-אשלים שנועד לסייע לילדים המתגוררים בצפון הארץ להתמודד עם ההשלכות הפסיכולוגיות של אירועי מלחמת לבנון השנייה (יולי-אוגוסט 2006). במסגרת המיזם קיבלו ילדים הסובלים מקשיים רגשיים טיפולי פסיכותרפיה פרטנית, טיפולי CBT או טיפול ביצירה והבעה, במסגרת בית הספר. במחקר שאמד את יעילות המיזם ובוצע על ידי פרופ' אבי שדה, השתתפו 60 ילדי גן ו-325 ילדי בית ספר. על מנת להעריך את תפקודם והסתגלותם של הילדים מבחינות חברתית ורגשית בעקבות הטיפול, הועברו שאלונים להם, להורים ולמורים, לפני הטיפול ולאחריהם. הממצאים העידו על שיפור במצב הרגשי ובמידת הסתגלותם של הילדים. בפרט, נצפתה ירידה בתגובות הלחץ שדווחו על ידי הילדים, בבעיות ההתנהגות שדווחו על ידי ההורים והמורים ובמדדי תפקוד בית הספר, כפי שדווחו על ידי המורים (שדה וחרן גל, 2008). זהו מחקר ראשוני, ויש צורך לבצע מחקרים נוספים שיבחנו את היעילות של מודל הפסיכותרפיה הבית ספרית בישראל, על מנת לקבוע למי הוא מועיל, ואילו סוגי טיפולים הם היעילים ביותר במסגרת זו.

על כל אחד מבתי הספר המקצועיים ממונה פסיכולוג קליני או חינוכי, אשר מעניק טיפול רגשי לילדים הזקוקים לכך. הטיפולים מבוססים על המודל הקוגניטיבי-התנהגותי (CBT), והטיפולים הם ממוקדים וקצרי מועד ומוגבלים לשמונה פגישות. הטיפול הפרטני בילד מלווה במידת האפשר במספר מפגשים עם ההורים וכן בעבודה עם צוות המורים המלווים את הילד מבחינה חינוכית.

דוח פסיכולוגי ראשוני, המופק מנתוני האיתור היזום עבור כל ילד, מועבר לפסיכולוג בית הספר. הפסיכולוג וצוות בית הספר בוחרים לאילו תלמידים להציע טיפול פרטני. 85% מכלל התלמידים המופנים לטיפול פרטני הם בעלי תסמינים של הפרעות חרדה, דיכאון, וסיכון אובדני. 15 האחוזים הנוספים הם בעלי תסמינים של בעיות החצנה, כגון הפרעות התנהגות. קיימת היענות גבוהה לטיפול בקרב התלמידים וכן בקרב הוריהם, שמברכים על מתן הטיפול במסגרת בית הספר. לרוב התלמידים מחכים בקוצר רוח למפגשים עם מטפליהם ומחויבים לתהליך הטיפול.

כ-95% מהילדים שמציעים להם טיפול פרטני נענים בחיוב. כמו כן, ההתמדה בטיפול היא גבוהה, ושיעור הנשירה עומד על פחות מ-10%. במספר רב של מקרים יש בקשה מצד התלמידים להאריך את הטיפול. במקרים מסוימים ונדירים ניתן לאשר הארכה של ארבע פגישות נוספות. בהיותו תחום בזמן וממוקד, במקרים רבים המענה הטיפולי שניתן במסגרת הפסיכותרפיה הבית ספרית המוצעת לתלמידים אינו נותן מענה רחב מספיק לקשיים הרגשיים של התלמיד, אך בכל זאת הוא מהווה התערבות משמעותית בעת משבר.

מודל הפסיכותרפיה הבית ספרית הוא בעל חשיבות ייחודית בהקשר של סיכון אובדני, מאחר שהוא מאפשר מתן מענה מידי ורציף לילדים שאותרו כנמצאים בסיכון באיתור הזום. בהיעדר מענה במסגרת בית הספר, האחריות למציאת מסגרת טיפולית עוברת אל ההורים, וקיים חשש כי הילדים שאותרו כנמצאים בסיכון לא יקבלו מענה טיפולי מידי מתמשך. חשוב לציין כי איכות המענה הטיפולי הניתן בבית הספר קשורה גם להכשרת הצוות הטיפולי בהתערבויות קצרות מועד המתאימות לטיפול בדיכאון ואובדנות בקרב בני נוער; לדוגמה צוותי המטפלים עברו בשנים האחרונות סדנאות הכשרה לטיפול בדיכאון ואובדנות במודל הקוגניטיבי-התנהגותי ובמודל הפסיכותרפיה הבין-אישית.

סיכום ומבט לעתיד

מסמך זה מציג ומסכם את האסטרטגיות למניעת אובדנות בקרב תלמידי בתי הספר המקצועיים שננקטו באגף הכשרה מקצועית במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. בשל ההכרה בסיכון הגבוה שבו מצויים תלמידי בתי הספר המקצועיים, החל מ-2008 הוגברו המאמצים להתמודדות עם מחשבות והתנהגויות אובדניות בקרב תלמידי בתי הספר ומניעתן.

אסטרטגיות המניעה שמיושמות החל משנת 2010 כוללות את המרכיבים הבאים:

- (א) תהליכי איתור יזום של תלמידים בסיכון; (ב) הכשרת אנשי הצוות החינוכי "שומרי סף"; (ג) החלת מודל פסיכותרפיה בית ספרית. איתור יזום המבוסס על דיווח עצמי באשר לקיומן של מחשבות והתנהגויות אובדניות וכן סימנים נוספים של מצוקה נפשית מתבצע בתחילת כל שנת לימודים, ותלמידים המאותרים כנמצאים בסיכון מופנים לבדיקה קלינית. חלק גדול מהצוות החינוכי וחלק מהחונכים במקום העבודה של התלמידים נוטלים חלק בהכשרת "שומרי סף". כמו כן, על מנת לטפל בתלמידים בסיכון מיושם בבתי הספר מודל של פסיכותרפיה בית ספרית, כלומר קיים בבתי הספר מערך פסיכולוגי הנותן מענה טיפולי לילדים בסיכון אובדני, מבלי להפנותם הלאה לגורמים נוספים, ובכך מהווה יתרון משמעותי במענה לסיכון להתנהגות אובדנית.

להערכתנו, אסטרטגיות המניעה שננקטו עד כה באגף הכשרה מקצועית במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים תורמים לרווחתם הנפשית של התלמידים ומפחיתים את הסיכון להתנהגות אובדנית. מהנתונים על אודות השכיחות של מחשבות והתנהגות אובדניות שנאספו לאורך השנים האחרונות עולה כי מאז שהחל

יישומן של תוכניות המניעה בבתי הספר, חלה ירידה כללית של 24%–30% בשכיחות מחשבות והתנהגות אלו. בנוסף, תהליכי האיתור היזום סייעו באיתור תלמידים המצויים במצוקה ובסיכון שלא היו ידועים למערכת החינוכית-טיפולית קודם לכן. יש צורך להמשיך לבחון בשיטתיות את יעילות האסטרטגיות השונות ואת התנאים ליעילותן המרבית. המשרד מחויב להמשיך במאמציו להפחתת התנהגויות סיכון ככלל, וסיכון אובדני בפרט, בקרב תלמידיו.

במבט לעתיד, לצד המענה הטיפולי ברמה המערכתית והפרטנית בבתי הספר, מערך האיתור והאבחון של מצוקה רגשית בקרב תלמידים כולל כיום כ-70% מכלל התלמידים. אנו מקווים כי בשנים הקרובות אסטרטגיות מניעה אלו תתרחבנה ותכלולנה כ-90% מן התלמידים. דבר זה יהווה מענה רחב ומקיף בהקשר של סיכון אובדני לרוב תלמידי בתי הספר המקצועיים. כמו כן, כחלק מהמענה הטיפולי המקיף שמוצע לתלמידים הסובלים ממצוקה רגשית משמעותית, אנו מקווים להרחיב בעתיד את העבודה הנעשית עם ההורים. דווקא ההורים שמגיעים מרקע מוחלש, שאינם פנויים לתהליך קבלת הדרכה עבור ילדיהם ואשר קשה לגייסם לכך, הם שזקוקים לעיתים קרובות לתמיכה והנחיה. בית הספר הוא גורם פוטנציאלי רב השפעה בהקשר זה, היכול למנף את שיתוף הפעולה שכבר קיים בין צוות בית הספר להורים, ובכך להרחיב את מתן הכלים וההכשרה להורים בהקשר של התנהגויות סיכון.

מוקד חשוב נוסף שבו האגף להכשרה מקצועית מתכוון להתמקד בשנים הקרובות הוא בחינת הגורמים המערכתיים בבית הספר והשפעתם על רמת הדיכאון ועל הסיכון האובדני של תלמידים. גורמים, כגון: הקשר מורה-תלמיד, תחושת שייכות כיתתית ואקלים בית ספרי, ידועים כמשפיעים על רווחתם הנפשית של ילדים. בכוונתנו לבחון, אילו מבין המשתנים הבית ספריים משמעותיים בהקשר של מחשבות והתנהגות אובדנית, ובהמשך – לבנות התערבויות מערכתיות להפחתת מצוקה רגשית והתנהגות אובדנית. כמו כן, בכוונתנו לשלב בתהליכי האבחון והאיתור השוטפים מדדים מערכתיים, מעבר לרמת הפרט, על מנת לתת מענה יעיל וממוקד בכיתות או בבתי ספר הנתונים בסיכון מוגבר.

מקורות

ארהרד, ר' (2000). **ערכה לאבחון מאפיינים של אלימות בית ספרית**. ירושלים: משרד החינוך. גילת, מ' ושיף, א' (1995). **התאבדויות וניסיונות אובדניים של ילדים ובני נוער בישראל**. ירושלים: המועצה הלאומית לשלום הילד.

הראל-פיש, י', רייז, י', שטיינמץ, נ', לובל, ש', וולש, ס', בוניאל-נסים, מ' וטסלר, ר' (2016). **פעילות גופנית וספורט בקרב בני נוער בישראל: ממצאי הסקר הארצי הראשון**. זמין באתר

http://www.healthycities.co.il/upload/infocenter/info_images/030220172_22308@RikiteslerPA.pdf#page=
 משרד הבריאות (2019). **אובדנות בישראל**. זמין באתר <https://www.health.gov.il/Publications>

Files/loss_2020.pdf

משרד הבריאות (2019). **אובדנות בישראל**. זמין באתר

https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/loss_2020.pdf

- שדה, א' וחוץ גל, ש' (2008). **דוח מחקר: התערבות טיפולית בילדי הצפון: סיכום ממצאי המחקר.** תל אביב: אוניברסיטת תל אביב.
- הרשות הארצית למדידה והערכה בחינוך (ראמ"ה) (2016): **תלמידים בבתי ספר מקצועיים: מאפיינים, עמדות והישגים לימודיים.** ירושלים: משרד החינוך.
- 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.
- Cusimano, M. D., & Sameem, M. (2011). The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: A systematic review. *Injury Prevention, 17*(1), 43-49.
- Derogatis, L. R. (2000). *Brief Symptom Inventory 18*. Minneapolis: NCS Pearson.
- Feigenberg, L. F., Watts, C. L., & Buckner, J. C. (2010). The school mental health capacity instrument: Development of an assessment and consultation tool. *School Mental Health, 2*(3), 142-154.
- 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.
- Juszczak, L., Melinkovich, P., & Kaplan, D. (2003). Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites. *Journal of Adolescent Health, 32*(6), 108-118.
- Kaess, M., Brunner, R., Parzer, P., Carli, V., Apter, A., Balazs, J. A., et al. (2014). Risk-behaviour screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe. *Journal of European Child and Adolescents Psychiatry, 23*, 611-620.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., et al. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA, 294*, 2064-2074.
- Roeser, R. W., & Midgley, C. (1997). Teachers' views of issues involving students' mental health. *The Elementary School Journal, 98*(2), 115-133.
- Rones, M., & Hoagwood, K. (2000). School-based mental health services: A research review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 3*(4), 223-241.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- 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.
- Shucksmith, J., Summerbell, C., Jones, S., & Whittaker, V. (2007) *Mental wellbeing of children in primary education* (targeted/indicated activities). London: National Institute of Clinical Excellence.

- Tompkins, T. L., Witt, J., & Abraibesh N. (2009). Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. *Suicide Life Threat Behav*, 39(6), 671–681.
- Thompson, E. A., & Eggert, L. L. (1999). Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1506–1514.
- Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., et al. (2010). Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): A randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10(1), 192.
- 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.
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promotion International*, 26(suppl 1), i29–i69.
- 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.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659.

תוכניות למניעת התאבדויות בצבא

לאה שלף, אריאל בן יהודה, ישי ניר ולוסיאן טצה-לאור

תקציר

אף ששיעור ההתאבדות ברחבי העולם ירד במהלך 15 השנים האחרונות, בארצות הברית הוא עלה בממוצע של 1.5% לשנה. בדומה לזאת, ישנה עלייה עקבית בשיעור המתאבדים בקרב חיילים בצבא האמריקני. כתוצאה מכך, משרד ההגנה האמריקני מקדיש מאמץ ניכר לפיתוח ושיפור של תוכניות למניעת התאבדויות בצבא – הן בתחום האיתור, הזיהוי והטיפול, הן בתחום המעקב אחר חיילים המבטאים התנהגות אובדנית. מניעת אובדנות היא אחד הנושאים הנמצאים בסדר עדיפות עליון של הצבא האמריקני בשנים האחרונות.

בניגוד למצב בצבא ארצות הברית, שיעור המתאבדים בקרב חיילי צה"ל פחת משמעותית משנת 2006 במעל 50%. תמיכה לכך ניתן למצוא במספר מחקרים אשר התבצעו בצה"ל בשנים האחרונות וכן בדוח אשר פורסם על ידי משרד הבריאות בישראל, המצביע על ירידה בשיעור המתאבדים בקרב מתבגרים, במיוחד בגילים 18–21, ובעיקר בשימוש בנשק. עם זאת ובדומה לצבא האמריקני, חיל הרפואה ומחלקת בריאות הנפש בצה"ל ממשיכים לעסוק במניעת התאבדויות בקרב חיילי צה"ל, במטרה להפחיתן ואף למונען. זאת מתוך תפיסה ערכית של חשיבות חיי אדם. מטרת המאמר לסקור את תופעת האובדנות בצה"ל ובצבא האמריקני, תוך התבוננות בתוכניות המניעה.

מילות מפתח: תוכנית למניעת התאבדות, חיילים, התאבדות

מבוא

באמצעות תוכנית הפעולה לבריאות הנפש 2013–2020, ארגון הבריאות העולמי (WHO) מציב בשנים האחרונות את נושא מניעת האובדנות בראש סדר העדיפות ברחבי העולם (Saxena, Funk, & Chisholm, 2013). האסטרטגיה הלאומית האמריקנית למניעת אובדנות סיפקה מסגרת פעולה וכיוון לתוכניות המניעה בארצות הברית כבר בשנת 2001 (Gahm et al., 2012). 11 יעדים נכללים במסגרת הפעולה האסטרטגית, והם נעים בתחומים שבין פיתוח תמיכה רחבה למניעת התאבדויות ובין שיפור הבנת אמצעי התקשורת של המתאבדים, על מנת לאתר את המתאבד הפוטנציאלי (Knox et al., 2010). אחת הסיבות העיקריות לעיסוק האינטנסיבי בנושא התנהגות אובדנית היא כי על אף היותה תופעה קיצונית, יש להתייחס אליה כאל מגפה (Haw, Hawton, Niedzwiedz, & Platt, 2013).

בעשרות השנים האחרונות בעקביות, מוות כתוצאה מהתאבדות בקרב צעירים הוא סיבת המוות השנייה בשכיחותה בארצות הברית (Curtin, Warner, & Hedegaard, 2016). אף שבשנת 2014 התאבדות בקרב צעירים (בגילים 12–19) הוותה 5% מכלל ההתאבדויות בארצות הברית, מחשבות אובדניות והתנהגות אובדנית בקרב צעירים הן תופעות שכיחות בהרבה בקרב קבוצת גיל זו, בהשוואה לקבוצות אוכלוסייה אחרות

והתנהגות אובדנית, במיוחד ניסיון אובדני קודם, מגדילים באופן משמעותי את הסיכוי להתאבדות (Nock, green et al., 2013).

השיעור העולמי המתוקנן של מקרי המוות מהתאבדות לפי גיל עמד ב-2016 על 11.1 לכל 100,000 איש. שיעור ההתאבדות בארצות הברית באותה שנה היה גבוה יותר ועמד על 12.9 לכל 100,000 (Naghavi, 2019). אף ששיעור ההתאבדות ברחבי העולם ירד ב-15 השנים האחרונות, בארצות הברית הוא עלה בממוצע של 1.5% לשנה, ומחצית ממדינות ארצות הברית חוו בין 1999 ל-2016 עלייה של 30% בהתאבדויות (Stone et al., 2018).

בניגוד לדיווח על מגמה יציבה בשיעור המתאבדים בקרב אזרחי ארצות הברית (Xu, Murphy, Kochanek, & Bastian, 2016), ישנה עלייה עקבית בשיעור המתאבדים בקרב חיילים בצבא האמריקני מאז 2003 (Archuleta et al., 2014; Bachynski et al., 2012; Black, Gallaway, Bell, & Ritchie, 2011; Franklin & Director, 2016; Hoge & Castro, 2012; Hyman, Ireland, Frost, & Cottrell, 2012; Kuehn, 2009; Nock et al., 2014; Smolensky et al., 2014).

שיעור המתאבדים בקרב חיילים בשירות פעיל עמד על 19.9 ל-100,000, על 21.9 ל-100,000 בקרב אנשי המילואים ועל 19.4 ל-100,000 במשמר הלאומי. פירוט התפלגות ההתאבדויות הלא-מתוקננות של ארבע מהזרועות הצבאיות עמד על כ-23.8 (כוחות היבשה), 18.5 (חיל האוויר), 17.9 (חיל הנחתים) ו-16.3 (חיל הים) ל-100,000 (Pruitt et al., 2015). כתוצאה מכך, משרד ההגנה האמריקני מקדיש מאמץ ניכר לשיפור התוכנית למניעת אובדנות (Hoge, Ivany, & Adler, 2017), הן בתחומי האיטור טרם גיוס, המניעה, הזיהוי והטיפול, והן בתחום המעקב אחר חיילים שביטאו התנהגות אובדנית (Alexander, Reger, Smolenski, & Fullerton, 2013; Bush et al., 2014). המעקב אחר נתוני בריאות הוא מתמשך ושיטתי, מאפשר ניתוח מגמות, זיהוי בעיות חדשות, בחינת יעילות פעילויות ויוזמות שונות. מערכת המעקב להתנהגות אובדנית שואבת נתוני דיווח מכלל המערכים בצבא, והנתונים הנאספים כוללים פרטים דמוגרפיים, היסטוריה טיפולית, היסטוריה צבאית ופסיכו-סוציאלית ומדדים פסיכו-סוציאליים (Bush et al., 2013; Gahm et al., 2012). זיהוי גורמי סיכון וגורמים מגינים מאפשר למקד התערבויות ולפתח תוכניות למניעה בקרב אוכלוסיות בסיכון גבוה (Gahm et al., 2012). מניעת אובדנות היא ללא ספק נושא בעל נחיצות וחשיבות עליונות עבור הצבא האמריקני (Alexander et al., 2014). על פי אחד הדיווחים, ממשלת ארצות הברית ומשרד ההגנה מימנו למעלה מ-900 תוכניות למניעת התאבדות (Brewin, 2013a, b). תוכניות אלו כללו מניעה, טיפול ומחקר על כל טווח ההתנהגויות – ממשבות אובדניות ועד למוות כתוצאה מהתאבדות.

בניגוד למצב בצבא ארצות הברית, שיעור המתאבדים בקרב חיילי צה"ל פחת משנת 2006 ביותר מ-50% (Shelef, Laur, Derazne, Mann, & Fruchter, 2016). יש לציין כי בעשור האחרון נרשמה בישראל ירידה בשיעור המתאבדים בקרב בני 15–24 – 51% בקרב בנים ו-43% בקרב בנות (חקלאי, גולדברגר ואבורבה, 2019).

עם זאת, ניתן למצוא בדוח משרד הבריאות בישראל כי הירידה היא במיוחד בקרב גילאי 18–21, ובמיוחד ירידה בשיעורי המתאבדים באמצעות נשק חם (חקלאי, גולדברגר ואבורבה, 2017). אף על פי כן, חיל הרפואה ומחלקת בריאות הנפש ממשיכים במאמץ לצמצום תופעת האובדנות בקרב חיילי צה"ל לאורך כל השנים וכן ממשיכים לפתח ולייעל את תוכנית המניעה הצה"לית; זאת בין היתר משום שערך חיי האדם הוא אחד מהערכים שצבא הגנה לישראל מנחיל למשרתיו ומפקדיו (פרוכטר ושלף, 2016).

בשל מאפייניו הייחודיים של השירות הצבאי, הסיטואציה הצבאית עלולה להוביל לפגיעות להתאבדות (suicide vulnerability), בין אם מדובר בצבא האמריקני (Shelef et al., 2012) ובין אם בצבא הישראלי (Bryan, Jennings, Jobes, & Bradley, 2012). מכאן הצורך בגישה מותאמת ייחודית של זיהוי, מניעה וטיפול (Bryan et al., 2015; Mash, Naifeh, Fullerton, Morganstein, & Ursano, 2018).

דוגמה לייחודיות מאפייני השירות היא הנטייה לחיפוש עזרה (help seeking) אומנם הרתיעה מפנייה לעזרה מאפיינת מתבגרים בכל העולם (Gilchrist & Sullivan, 2006; Michelmore & Hindley, 2012). אולם בקרב אנשי צבא מתווסף לזאת ממד נוסף, והוא הקושי להפגין חולשה או פגיעות בתוך מערכת צבאית (Bryan et al., 2012; Castro & Kintzle, 2014; Stecker, Fortney, Hamilton, & Ajzen, 2007).

אחת התאוריות המובילות היום בשדה חקר האובדנות היא התאוריה האינטר-פרסונלית (Joiner, 2005). התאוריה חוקרת גורמי סיכון ומשתנים המאפשרים ביצוע התאבדות בקרב האוכלוסייה הכללית, והתייחסות מחקרית רבה מוקדשת לאוכלוסיית החיילים (Bryan, Morrow, Anestis, & Joiner, 2010). הנדבך המשמעותי שהתאוריה האינטר-פרסונלית מוסיפה נוגע ליכולת להוציא לפועל את הרעיון האובדני. לפי התאוריה, הכרחי קיומם של שלושה רכיבים: האחד – תחושת נטל על האחר, השני – פגיעה בתחושת השייכות, והשלישי – היכולת להוציא את הרעיון מן הכוח אל הפועל. היכולת להוציא רעיון אובדני מן הכוח אל הפועל מבוססת על מידת ההתרגלות (habituation) לרעיון ולאחר מכן לביצוע האקט עצמו. התרגלות נרכשת, בין היתר, כאשר חשופים במישרין או בעקיפין לאלימות, למוות ולאמצעי הרג. הסיטואציה הצבאית מזמנת חשיפה כזו (Wolfe-Clark & Bryan, 2016), ובכך היא הופכת את האוכלוסייה הצבאית לפגיעה יותר (Bryan, Morrow et al., 2010; Selby et al., 2010). מספר חוקרים גורסים כי אוכלוסיית הלוחמים הקרביים פגיעה עוד יותר מזו של חיילים שאינם לוחמים (Brenner et al., 2008; Bryan, Cukrowicz, West, & Morrow, 2010). אחד ההסברים לכך הוא כי חיילים קרביים חשופים יותר לחימה, ולכן הם מפתחים התרגלות, וזו מובילה את אלו מביניהם הנמצאים בסיכון אובדני לפיתוח היכולת לבצע אקט אובדני (Bryan, Cukrowicz et al., 2010). עדות מחקרית חדשה מציינת כי היכולת הנרכשת (על ידי התרגלות והפחתה של גורמים מעכבים) לבצע את האקט האובדני מגבירה את הסיכוי לחוות לחימה, בניגוד להסבר שהוצג לעיל, הרואה בחשיפה לחימה גורם המגביר סיכוי להתרגלות ולפגיעה עצמית (Bryan, Sinclair, & Heron, 2016). עבור חיילים אמריקנים מדובר בהתנדבות לצבא,

ועל כן ניתן לטעון כי אנשים הנוטלים סיכונים או בעלי סיכון מראש להתאבדות, הם אשר נוטים להתגייס לצבא (Selby et al., 2010). בישראל השירות הצבאי הוא בגדר חובה, אם כי לחלק מיחידות העילית ישנה אפשרות להתנדב.

גורמי סיכון למוות כתוצאה מהתאבדות בקרב חיילים

קבוצה שחקרה במהלך כמה שנים אובדנות בצבא האמריקני (Army STARRS – Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers) גיבשה שלושה אשכולות כלליים ביותר בתחום הסיכון: (א) רגישות של יחידים לתחלואה נפשית לא מזהה או ללא טיפול; רגישות כזו עשויה לארגן מחדש את אופן מתן הטיפול לחיילים שמצבם הנפשי מצביע על קשיים ואת התגובה לסיכון האובדני שלהם; (ב) הסביבה החברתית או הסביבה הקהילתית (במקרה זה, בהקשר התעסוקתי ביחידה); אלו עשויות להחליש את התווית השלילית של קבלת עזרה מקצועית ולהפחית התנהגויות חיקוי; (ג) תקשורת סביב התאבדויות; תקשורת פתוחה ואחראית עשויה להקטין את אפקט ה"הידבקות" (Cheng, Li, Silenzio, & Caine, 2014; Hoge et al., 2017).

גורמי הסיכון שנמצאו במחקרים עדכניים כמאפיינים את החיילים האמריקנים אשר מתו כתוצאה מהתאבדות כוללים היסטוריה קודמת של הפרעות נפשיות, אבחנה של הפרעת מצב רוח, היסטוריה של שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים ופגיעה עצמית קודמת (Alexander et al., 2014; Nock, Deming et al., 2013, 2014). הקשר בין תעסוקה מבצעית מחוץ לארצות הברית להתאבדות אינו חד-משמעי (Bryan et al., 2015). בעוד במחקרים אחדים נמצא קשר בין תעסוקה מבצעית ובין סיכון להתאבדות (Hoge & Castro, 2012; Schoenbaum et al., 2011; Alexander et al., 2014; Friedman, 2014; Hoge, Ivany, & Schoenbaum, 2011; Ramchand, Acosta, Burns, Jaycox, & Pernin, 2014), אחרים לא העלו זאת (Kang et al., 2015; LeardMann et al., 2013; Reger et al., 2015; Sareen et al., 2017). עם זאת, באחד המחקרים נמצא כי חשיפה ללחימה, אך לא תעסוקה מבצעית באופן כללי, קשורה בסיכון מוגבר למחשבות והתנהגויות אובדניות בקרב אנשי צבא (Alexander et al., 2014). מחקר אחר מצא כי ישנו קשר משמעותי בין תעסוקה מבצעית להתאבדות בקרב נשים בלבד (Ghahramanlou-Holloway, Baer, Neely, Koltko, & Nielsen, 2015; Gilman et al., 2014; Street et al., 2017). למתאבדים, כולל היכרות עם אדם שהתאבד ביחידה, מהווה גורם סיכון משמעותי להתאבדות בקרב חיילים (Hom, Stanley, Gutierrez, & Joiner, 2017). גורמי סיכון נוספים שנמצאו בקרב חיילים ומוכרים גם בקרב אזרחים הם: אירועי חיים מעוררי לחץ, טראומות מוקדמות, כולל פגיעות מיניות והפרעות נפשיות, קונפליקטים משפחתיים או זוגיים, קונפליקטים עם החוק ועוד (Alexander et al., 2014; Haney et al., 2012; Wolfe-Clark & Bryan, 2016). לבסוף, נמצא כי בידוד חברתי הוא המנבא החזק ביותר למחשבות וניסיונות אובדניים בקרב אנשי צבא (Bossarte et al., 2012; Bryan, Bryan, Ray-Sannerud, Etienne, & Morrow, 2014). בהקשר זה,

נמצא כי ביחידות שבהן הלכידות גבוהה, רמת המחשבות האובדניות נמוכה יותר מאשר ביחידות שבהן הלכידות החברתית נמוכה (Mitchell, Gallaway, Millikan, & Bell, 2012).

שיעור האובדנות בצה"ל קטן בהרבה מזה הקיים בצבא האמריקני; קוטנו של צה"ל, בהשוואה לצבא ארצות הברית, הוא בעל השפעה מתודולוגית על המחקרים הנערכים בו, ובעיקר כשבוחנים אוכלוסיות ייחודיות (Shelef, Fruchter, Mann, & Yacobi, 2014), שהן קטנות עוד יותר. עם זאת, בשנת 2017 נערך בצה"ל מחקר רחב היקף, וממצאיו עולה כי הגורמים המעלים את הסיכון לביצוע התאבדות הם: מגדר – זכר, ארץ מוצא – אתיופיה, מצב סוציו-אקונומי נמוך וקשיי הסתגלות עם פגיעה קלה בתפקוד. בנוסף נמצא כי אצל גברים בלבד, אבחנה של הפרעת אישיות – היסטריונית, גבולית, נרקסיסטית או אנטי-סוציאלית – ומוטיבציה נמוכה-בינונית לשירות קרבי מעלות גם הן את הסיכון לביצוע התאבדות (Shelef et al., 2017). על מנת לסכם חלק זה של גורמי הסיכון למוות כתוצאה מהתאבדות בקרב אנשי צבא משתי הארצות – ארצות הברית וישראל, ניתן לומר כי הם בולטים בקרב צעירים וגברים, הן בצבא ארצות הברית (Gilman et al., 2014; Griffith & Bryan, 2016; Ursano et al., 2016; Pruitt et al., 2015; Schoenbaum et al., 2014), והן בצה"ל (Shelef et al., 2017). גורם משמעותי נוסף הבולט הן בקרב חיילים אמריקנים (Bachynski et al., 2012; Ursano et al., 2016) והן בקרב חיילים ישראלים (Shelef et al., 2016, 2019) הוא תחלואה נפשית.

זמינות לאמצעי הרג קטלניים

אחד מגורמי הסיכון הבולטים להתאבדות בקרב כלל אזרחי ארצות הברית הוא זמינות לנשק (Mann & Michel, 2016). התאבדויות באמצעות נשק חם מהוות כשני שלישים מכלל מקרי המוות בארצות הברית (Drury, 2017). שימוש בכלי נשק הוא השיטה השכיחה והקטלנית ביותר של התאבדות, והסיכון להתאבדות הוא פי שניים עד פי חמישה בבתים המכילים כלי נשק (Miller, Azrael, & Barber, 2011). בשנת 2005 פורסם סקר רחב היקף אשר סקר בשיטתיות תוכניות למניעת אובדנות בקרב אוכלוסייה אזרחית שפורסמו בכתבי עת שונים. הסקר העלה כי תוכניות המתמקדות באסטרטגיות מניעה של הגבלת אמצעים קטלניים, כגון נשק, עשויות להפחית משמעותית את הסיכוי להתאבד (Mann et al., 2005). בשנת 2016 פורסם מאמר משלים, שסקר גם הוא למעלה מ-1,700 מאמרים בנושא מניעת אובדנות, ב-13 מדינות אירופיות (בשנים 2005–2015). הסקר העלה כי הגורם היעיל ביותר בהפחת אובדנות נותר כפי שפורסם במאמר מ-2005 – הגבלת זמינותם של אמצעים קטלניים, כגון גשר הזהב בסן פרנסיסקו וכמובן – נשק (Zalsman et al., 2016). כאמור, זמינות לנשק היא גורם סיכון משמעותי להתאבדות, גם אם צמצומו אינו גורם בלעדי במניעתה; מאחר שבשירות הצבאי הזמינות לנשק גבוהה, זמינות זו מהווה גורם סיכון משמעותי. מכאן החשיבות של ייחוד תת-פרק לרכיב זה בתוכניות מניעת אובדנות בקרב חיילים.

בצבאות שונים תוכניות למניעת אובדנות מציינות גם הן את הגבלת הנגישות לאמצעי הרג (בעיקר נשק) כגורם המפחית משמעותית את הסיכון לאובדנות (Anglemyer, Miller, Buttrey, & Whitaker, 2016; Reisch Steffen, Habenstein, & Tschacher, 2013), רעיון זה נתמך גם במחקר שנעשה בצה"ל (Lubin et al., 2010). תוכנית המניעה שנבנתה בצה"ל כללה בין היתר צמצום זמינות כלי נשק, בשל היותו אמצעי ההתאבדות הנפוץ בצבא. עד שנת 2006 לקחו עימם מרבית החיילים את נשקם האישי כשיצאו לחופשת השבת. ב-2006 השתנתה המדיניות, בעקבות החלטת הרמטכ"ל, שחייבה את החיילים להשאיר את נשקם האישי מאופסן ונעול ביחידה בעת חופשה, למעט אלה שנזקקו לו מסיבות מבצעיות. נוסף על כך, הופסק נוהל נשיאת נשק בקורסים (פרוכטר ושלף, 2016). מעט מחקרים על אודות אוכלוסייה צבאית בדקו את השפעת צמצום הנשק על שיעורי ההתאבדות. אלה שעשו זאת, כדוגמת צבא שוויץ (Reisch et al., 2013) וצה"ל (Lubin et al., 2010), מצאו כי מהלך זה צמצם את ההתאבדויות בכ-30%–40%.

תוכנית למניעת אובדנות בצבא האמריקני

בספרם, *The war within*, המבטא בשמו את ההתייחסות לנושא ההתאבדות, סקרו רמצ'נד ועמיתיו (Ramchand et al., 2011) בפירוט את הפילוסופיה והערכים כלפי אחזקת כלי נשק ואת הפעולות הננקטות בתוכניות המניעה השונות בכלל הזרועות. נציין שתיים מהן – בחיל היבשה ובחיל האוויר.

צבא היבשה יזם פעילויות במטרה להגביר את רווחתו הרגשית של הכוח הצבאי. שני נושאים דומיננטיים הקשורים למניעת התאבדות הובילו את התוכנית: ראשית, האסטרטגיה של הצבא למניעת התאבדות התבססה על קבוצת השווים: "חיילים מטפלים בחיילים"; שנית, פותחה ראייה הוליסטית של מוכנות לבריאות הנפש. המיקוד היה בחמישה ממדים – פיזי, רגשי, חברתי, משפחתי ורוחני; המטרה הייתה לפתח עמידות בקרב החיילים (Ramchand et al., 2011).

בחיל האוויר האמריקני נבדקה בין השנים 1981–2008 יעילותה של תוכנית למניעת אובדנות (AFSPP – The Air Force Suicide Prevention Program). למעט בשנת 2004, התוכנית הוכיחה ירידה בשיעור המתאבדים. לא רק זאת, אלא שבאותן שנים נצפתה ירידה באירועי אלימות אחרים (מקרי מוות כתוצאה מתאונות ואלימות במשפחה). החוקרים קבעו כי בשנת 2004 לא יישמו בקפדנות את תוכנית המניעה (Knox et al., 2010). התוכנית למניעת אובדנות בחיל האוויר היא רשת משולבת של מדיניות וחינוך, המתמקדת בהפחתת התאבדות באמצעות התערבות מוקדמת בקרב אלה אשר נמצאים בסיכון. היא משתמשת במנהיגים (מובילים) כמודלים לחיקוי וכסוכני שינוי, מציבה ציפיות מאנשי צוות אוויר להיות מודעים לגורמי סיכון להתאבדות, מפתחת מיומנויות וידע של האוכלוסייה (חינוך והכשרה), ומתחקרת כל התאבדות (מדידת תוצאות). התוכנית מייצגת את המעבר המהותי של חיל האוויר מהמחשבה שהתאבדות היא בעיה רפואית שמקורה תחלואה נפשית, לתפיסה של בעיה קהילתית רחבה יותר הקשורה לשירות הצבאי. גישת התוכנית

מבוססת על ידע עכשווי, שאנשים בסיכון מציגים סימני אזהרה, ומכאן שהתערבות בשלב מוקדם מפחיתה את הסיכון להתאבדות. לפיכך, מטרת התוכנית היא לצמצם את התווית השלילית של פנייה לבקשת עזרה ולעודד התנהגות מוקדמת של חיפוש עזרה, על ידי שינוי הנורמות החברתיות באמצעות חינוך ומדיניות. מטרה זו מושגת ברמה הקהילתית על ידי שינוי תפיסת ההתאבדות והגברת המודעות לה: הערכים, האמונות, העמדות וההתנהגויות של הקהילה בכל הנוגע למצוקה והתאבדות ובנוגע לעזרה במצבים כאלו. התוכנית מעודדת חיפוש עזרה, מנרמלת את חוויית המצוקה, מקדמת פיתוח כישורי ההתמודדות, מתמודדת עם התווית הקשורה בקבלת טיפול רפואי נפשי ונלחמת בדאגה לקריירה על חיפוש וקבלת טיפול (LeFeber & Solorzano, 2019). התוכנית שואפת גם להפחית גורמי סיכון דיסטליים (גורמים המתרחשים בסמיכות להתאבדות) המהווים לעיתים טריגר להתאבדות (לדוגמה: אלימות במשפחה, אלכוהול ושימוש בסמים, ירידה בביצועים או הישגים בעבודה ודיכאון). התוצאה של התוכנית למניעת אובדנות בחיל האוויר היא שלאורך השנים נוצרה אווירה של אחריות על הפחתת מקרי המוות כתוצאה מהתאבדות, הכוללת ציפיות חדשות להתנהגות ברמת הקהילה וברמת הפרט (Knox et al., 2010).

התוכנית למניעת התאבדויות בצה"ל

התוכנית למניעת אובדנות כללה בראשית דרכה כמה עיקרים: (א) צמצום זמינות כלי הנשק – אמצעי ההתאבדות הנפוץ בצבא; (ב) הרחבת כלי הלמידה מכל אירוע, הפקת לקחים – לרבות שינויי פקודות ונהלים; (ג) שינוי תפיסה באשר למיקומו של הקב"ן והפחתת התווית השלילית של פנייה לבקשת עזרה; (ד) פיתוח כלי הדרכה וחינוך להכשרת "שומרי סף", כך שכל אדם הבא במגע עם חייל במצוקה יכול לסייע (לפרטים על תוכנית המניעה, ראו פרוכטר ושלף, 2016).

במטרה לבחון את יעילות תוכנית המניעה, נערך מחקר רחב היקף בכמות החיילים הנבדקים, אשר השווה בין שיעור ההתאבדות לפני השקת תוכנית המניעה (1992–2005) ואחרי שנות הפעלת התוכנית (2006–2012). המחקר העלה כי לתוכנית המניעה הייתה השפעה ניכרת על הפחתת שיעור ההתאבדות בצה"ל (Shelef et al., 2016). נוסף על כך, במחקר נלקחו מאפיינים דמוגרפיים של המתאבדים, ונערכה השוואה לאוכלוסיית החיילים האחרת באותן שנות גיוס; זאת על מנת להעריך את תרומתם להשפעה של התוכנית למניעת התאבדות. מתוצאות המחקר עולה כי חלה ירידה קלה בשיעורי התאבדות לאורך השנים, אך ירידה זו נעשתה משמעותית רק לאחר יישומה של התוכנית למניעת התאבדות. התוכנית הוכיחה יעילות בקרב אוכלוסייה בעלת המאפיינים הבאים: חיילים גברים, ילידי ישראל, שמצבם הסוציו-אקונומי והאינטליגנציה שלהם היו גבוהים וכן שירתו ביחידה קרבית (Shelef et al., 2016). תוכנית המניעה הצה"לית בולטת לטובה במיוחד בתוצאותיה, בכך שהפכה את הצבא במידה מסוימת לגורם המגן מפני התאבדות, יחסית לאוכלוסייה הכללית בגילים 15–24, למרות העומס הפיזי והמנטלי וזמינות הנשק הכרוכים בשירות בו (פרוכטר ושלף, 2016),

ובאופן ספציפי יחסית למתבגרים ישראלים בני 18–21 (חקלאי ועמיתים, 2017). בשנת 2019 פורסמו שני מחקרים על חיילי צה"ל שהמשיכו לחקור את מאפייני המתאבדים. במחקר הראשון ביקשו החוקרים לבחון את יעילות התוכנית למניעת אובדנות על פני מספר שנים גדול יותר מזה שנחקר בין השנים 1992–2012, זאת במטרה לבצע מעקב אחר השתנות מאפייני ההתאבדות על ציר הזמן מרגע הגיוס. כמו כן ביקשו החוקרים לבחון אם חל שינוי בין מאפייני החיילים שהתאבדו לפני התוכנית למניעת אובדנות בצה"ל למאפייני החיילים שהתאבדו לאחר החלת תוכנית המניעה. המחקר כלל 1,462,882 חיילים אשר סיימו את השירות הצבאי ו-491 חיילים אשר התאבדו במהלך שירותם הצבאי בין השנים 1992–2016. ניתוח המשתנים לפני התוכנית למניעת אובדנות ואחריה העלה שלפני התוכנית הסיכוי היחסי לאובדנות היה גבוה יותר אצל גברים, אצל חיילים המשרתים בתפקידי לוחמה ותומכי לחימה, אצל חיילים ממוצא אתיופי ואצל חיילים בני הדת הדרוזית. לאחר יישום התוכנית למניעת אובדנות ניכרה ירידה מסוימת בסיכון היחסי של גברים, לעומת נשים, בסיכון היחסי של חיילים בתפקיד תומך לחימה ובקרב חיילים דרוזים. עם זאת, הסיכון להתאבדות במשתנים "מוצא אתיופי" ו"מחלה פסיכיאטרית" התגבר. מסקנות החוקרים היו כי התוכנית למניעת אובדנות הצליחה להפחית את האובדנות הכללית בצבא, אך היא השפיעה על מספר קבוצות בעלות מאפיינים דמוגרפיים מסוימים יותר מאשר על אחרות, כמו למשל על גברים ולוחמים (Shelef et al., 2019). מטרת המחקר השני הייתה לבחון את השפעתה של תוכנית מניעת ההתאבדות (SPP) על שיעור ההתאבדות במהלך שנת השירות הראשונה. במחקר זה, כמו במחקר הקודם, 1,462,882 החיילים חולקו לשתי תקופות – לפני יישום תוכנית המניעה (1992–2005) ואחרי יישום התוכנית (2009–2016). ממצאי המחקר הצביעו על כך ששיעור ההתאבדויות של חיילות בשנת השירות הראשונה ירד מארבע לשלוש לכל 100,000 חיילות. אצל חיילים גברים בשנה הראשונה לשירות שיעור ההתאבדויות ירד מ-37 ל-13 לכל 100,000 חיילים. הירידה בשכיחות האובדנות השנתית הייתה 3.56 (ל-100,000). מסקנת החוקרים הייתה שתוכנית המניעה הוכיחה הצלחה כללית בהפחתת שיעור ההתאבדות בחיילים, ללא קשר למגדר ושנת השירות. עם זאת, ההצלחה לא צמצמה את גורם הסיכון שמציבה שנת השירות הראשונה (Shelef, Nir, Tatsa- & Laur, Gold, & Ben Yehuda, 2019).

התוכנית למניעת אובדנות בצה"ל היא מודולרית, כך שאפשר, בהתאם למחקר המתפתח ולאפשרויות הטכנולוגיות, להוסיף רכיבים אשר יאפשרו לעקוב טוב יותר אחרי חיילים ולקבל מידע רלוונטי בזמן הערכת סיכון. עקב זאת, מאז הטמעתה של התוכנית היא מתפתחת בשלושה כיוונים עיקריים: חינוך ולמידה, הערכת סיכון ומעקב. חינוך ולמידה – התוכניות המשלימות ל"שומרי הסף" הן "בחירה בחיים" ו"ערבות הדדית", שהובלו על ידי חיל החינוך, ושמטרתן הייתה ללמד את המפקדים להסיר את התווית השלילית הכרוכה לעיתים בפנייה לאנשי מקצוע ולמפקדים בעת מצוקה, ולחנך חיילים לאחריות על חייהם שלהם ושל חבריהם (פרוכטר ושלף, 2016).

הערכת סיכון שיטתית, מבוססת מחקר, כלי הערכה מתוקפים (Brent, Oquendo, & Reynolds, 2019) ורצף הטיפול – מעקב הדוק של מטפלים נמצאו במחקר כגורמים משמעותיים להפחתת הסיכון האובדני (Zalsman et al., 2016).

כיום תוכניות אלה מועברות על ידי מפקדים וקציני בריאות נפש (קב"נים) במסגרת היחידה, בקרב מפקדים בדרגות שונות ובצומתי הכשרה פיקודיים שונים. נוסף על כך, בשלושת החודשים הראשונים לגיוסו של החייל עליו לעבור הכשרה ב"יום עיון לחייל החדש", הכשרה שמטרתה להכיר לחייל את בעלי התפקידים הטיפוליים ביחידה ולתת לו כלים כלליים להתמודדות עם הכניסה לשירות. הפנייה לחיילים חדשים מאפשרת מתן לגיטימציה לקשיים ולפנייה למפקדים ולגורמי בריאות הנפש במידת הצורך, כדי לקבל עזרה. במעמד זה נלמדות טכניקות קוגניטיביות להתמודדות עם הקושי וניתנת פרשנות נוספת למצב החדש ולקשיים העולים ממנו. בכל התוכניות מועבר מסר שהקושי הוא זמני בלבד, מסר המדגיש כי מדובר באוכלוסייה בריאה ומסתגלת וחותר לחיזוק המסוגלות העצמית ואמונתו של החייל כי תוך פרק זמן קצר הוא יסתגל וילמד להתמודד עם הקשיים. המסר הכללי שהתוכנית מבקשת להעביר לחיילים הוא שאם הם מזהים אצל עצמם או אצל זולתם מצוקה הדורשת התערבות של המפקד או של גורם ברה"ן, יגלו אחריות ולא יחששו לפנות לעזרה (פרוכטר ושלף, 2016).

אוכלוסייה נוספת וחשובה מאוד לתוכנית המניעה היא אוכלוסיית הקב"נים. מעבר לעובדה שמשנת 2008 חלה עלייה בכמות הקב"נים בצה"ל, בעיקר בקב"נים אורגנים ליחידות הסדירות, כפי שציינו לעיל, מדובר בשינוי תפיסה. עד 2014 היו הקב"נים מרוכזים בדרג הנפרש ברמת האוגדה ולמעלה מכך או במרפאות מרחביות בעורף. זה כארבע שנים ישנו קב"ן בכל חטיבה סדירה בצה"ל, שינוי שנועד להגדיל את הנגישות והזמינות לטיפול ולהפחית את התווית השלילית. בנוסף, הקב"נים בצה"ל עוברים הכשרה ייעודית בתחום מניעת אובדנות בלימודי היסוד בשנים הראשונות לשירותם בתפקיד זה. תוכנית ההכשרה כוללת הרחבת הידע התאורטי בנושא תופעת האובדנות על היבטיה השונים, עם דגש על גיל ההתבגרות, מתן כלים מקצועיים להערכת מסוכנות, מתן כלים בכל הקשור לניהול, טיפול ותיעוד של התערבויות טיפוליות בהקשר האובדני, היכרות עם תופעת ההתאבדויות בצבאות אחרים וניסיונות מניעה בעולם, הבנת ההשלכות ביחידה לאחר התנהגות אובדנית או אירוע אובדני ורכישת מיומנויות להתערבות מערכתית ביחידה לאחר אירוע כזה. מרכיב מהותי נוסף בתוכנית המניעה הצה"לית הוא המערכת לתיעוד אירועי ברה"ן – מערכת המת"ן (מערכת תיעוד נפגעי נפש). המערכת מאפשרת סיווג שיטתי של מגוון ההתנהגויות האובדניות, החל בחשיבה אובדנית, דרך פגיעות עצמיות ועד ניסיון אובדני חמור; זאת בנוסף לניהול רשומה רפואית. המערכת היא מערכת לניהול מידע המאפשרת קבלת תמונה רחבה על תופעת האובדנות במובן הרחב, להבדיל מהתמונה הפרטנית המתקבלת מעיון ברשומה הרפואית. הרעיון מאחורי פיתוח מערכת המת"ן היה הזנה של כלל האירועים והנתונים של הפגיעה העצמית, ללא שיקול דעתו של הגורם המטפל בנוגע לסיבת הפגיעה העצמית

ורמת הסיכון. בדרך זו כלל הנתונים מוזנים במערכת בצורה שמאפשרת ניטור של התופעה כמו גם למידה, להערכת אובדנות בצורה שיטתית ומובנית על ידי גורמי הטיפול המזינים את המקרים. יש לציין כי המערכת אינה מחליפה את השיקול הקליני, אלא מהווה כלי תומך החלטה, כמו גם כלי ניהולי המאפשר מעקב, שליטה ובקרה על כלל המקרים ועל כל מקרה לגופו.

המערכת מאפשרת הערכת סיכון שיטתית, סטנדרטיזציה בין מטפלים ומעקב לאורך כל שלבי השירות. אף שיעילותה של המערכת בהפחתת שיעור ההתאבדות עדיין לא הוכחה, היא מהווה נדבך חשוב בתוכנית המניעה הצה"לית.

דין

מטרת הפרק הנוכחי הייתה לסקור את תופעת האובדנות בצה"ל ובצבא האמריקני, תוך התבוננות בתוכניות המניעה (הכוללות בין היתר מרכיבים של זיהוי גורמי סיכון, עבודה עם מפקדים, הפחתת סטיגמה לקבלת טיפול ומעקב טיפולי, שהופעלו בשני הצבאות). בעוד בעשור האחרון חלה עלייה בשיעור ההתאבדויות בקרב חיילי צבא ארצות הברית (Anglemyer et al, 2016; Archuleta et al., 2014; Ursano et al.), ועלייה בשיעור ניסיונות ההתאבדות (Schoenbaum et al., 2014; Ursano et al., 2015), למרות השקעה ניכרת של שירותי בריאות הנפש בצבא האמריקני (Kuehn, 2009; Nock et al, 2014), שיעור המתאבדים בקרב חיילי צה"ל ירד משנת 2006 במעל 50%, בעקבות תוכנית המניעה שהונהגה בו (Shelef et al., 2016). הבדלים אלה בשיעורי ההתאבדות מעוררים את השאלה, מה משפיע אם כך על העלייה בשיעורי ההתאבדות בצבא האמריקני, ומנגד, האם תוכנית המניעה בצה"ל, על רכיביה השונים, היא שמשפיעה על ירידה בשיעור המתאבדים.

מצד אחד, כפי שניסינו להראות, ישנו דמיון בגורמי הסיכון למות כתוצאה מהתאבדות בקרב אנשי צבא מארצות הברית וישראל – צעירים, גברים (Gilman et al., 2014; Griffith & Bryan, 2015; Pruitt et al., 2015; Schoenbaum et al., 2014; Bachynski et al., 2012; Shelef et al., 2017; Ursano et al., 2016) ותחלואה נפשית (Ursano et al., 2016).

מצד שני, קיים שוני, אשר ייתכן שיכול להסביר את ההבדלים בשיעור ההתאבדות. ננסה להסביר את השוני במספר תחומים: הראשון – מהות הגיוס, שיטת הגיוס והאוכלוסייה המתגייסת, השני – ההבדלים בתוכנית למניעת התאבדות בצבא, והתחום השלישי – מאפייני הלחימה השונים בשתי הארצות והתרבות השונה בהן בהקשר של לחימה.

ההבדל הראשון טמון אפוא במהות השירות הצבאי. השירות הצבאי בישראל עדיין נתפס כחלק ממסלול שעל המתבגר הישראלי לעבור בתהליך ההתבגרות. לפיכך, הן הציפיות האישיות של החייל המתגייס והן הציפיות החברתיות והמשפחתיות ממנו גבוהות, ואי-הצלחה או כישלון נתפסים כמכריעים וכמרכזיים בתפיסת החייל את עצמו ובתפיסת סביבתו אותו (מיזלס, 2005). השירות בצה"ל, בניגוד לצבא האמריקני, הוא שירות חובה מתוקף חוק. תהליך ההתאמה לשירות

בצה"ל חל על כל שכבת אוכלוסיית המתבגרים בארץ, הוא קפדני, וייחודו, בניגוד לצבא האמריקני, שהוא מגייס אל שורותיו קשת רחבה של מתבגרים בעלי מאפיינים סוציו-אקונומיים, אישיים, אישיותיים ופסיכולוגים מגוונים. אחת הדוגמאות הבולטות לכך היא גיוס חיילים עם פרופיל נפשי המצביע על תפקוד בינוני ונמוך. לצה"ל מתגייסים גם חיילים אשר סובלים מהפרעות נפשיות שונות, כל עוד הן מאפשרות תפקוד כחיילים בתפקידים השונים. הבדל זה מאפשר הגברת הפתיחות להיסטוריה הרפואית והפחתת גורם ההסתרה. בנוסף, כאשר ישנו פרופיל נפשי המצביע על רמת תפקוד בינונית-נמוכה, מתאפשרים מעקב וטיפול על ידי גורמי בריאות הנפש בצבא (Shelef et al., 2015). הצבא האמריקני, לעומת זאת, הוא צבא מקצועי. מתגייסים אליו בהתנדבות לתקופה של מספר שנים, ומשתכרים בהתאם למקצוע הצבאי ולתנאי השירות. התפיסה הרווחת היא כי בשל העובדה שהצבא האמריקני הוא צבא מקצועי, מתגייסות אליו אוכלוסיות מוחלשות (בעלי השכלה נמוכה, בני מיעוטים ומהגרים, חסרי אמצעים כלכליים ועוד). בשני מחקרים אשר ערכו השוואה בין מאפיינים דמוגרפיים שונים בקרב חיילים וקצינים שהתגייסו לצבא ארצות הברית ובין האוכלוסייה הכללית – מחקר אחד לפני ה-11 בספטמבר (Watkins & Sherk, 2008) ומחקר שני – אחריו (Kane, 2005), נמצא כי חלה בקרב המתגייסים האמריקנים עלייה ברמה של כמה מאפיינים, למשל השכלה ומצב סוציו-אקונומי. יש לציין כי במחקרים הללו נבחנו כלל האוכלוסייה, חוגרים וקצינים בכל הגילים. מנגד, מחקר שלישי הראה כי עם שחרורם מהצבא, פערי ההשכלה והמצב הכלכלי בין אנשי הצבא ובין האזרחים באותה שכבת גיל היה גדול והקשה על השתלבותם של הראשונים בחזרה בחברה (Castro & Kintzle, 2014).

כפי שהוצג לעיל, התוכנית למניעת התאבדות בצבא ארצות הברית היא רשת משולבת של מדיניות, חינוך, תחקור ולמידה המתמקדת בהפחתת התאבדות באמצעות התערבות מוקדמת בקרב הנמצאים בסיכון. גישת התוכנית מבוססת על הנחת עבודה כי אנשים בסיכון מציגים סימני אזהרה, ומכאן שהתערבות בשלב מוקדם מפחיתה את הסיכון להתאבדות. לפיכך, אחת מהמטרות הבולטות של התוכנית היא הפחתת התווית השלילית של הפנייה לעזרה (Knox et al., 2010). בדומה לזאת, התוכנית למניעת התאבדות בצבא הישראלי משלבת גם היא את אותם רכיבים היוצרים רשת מניעה רחבה ומגוונת. בנוסף, כמו התוכנית האמריקנית, גם תוכנית המניעה בצה"ל מכוונת להפחתת התווית השלילית ומעודדת לקבל עזרה מגורם מקצועי. עם זאת, ייחודה של התוכנית הצה"לית בהקשר זה הוא בשני היבטים: הראשון הוא הצהרת הרמטכ"ל כי למפקדים אחריות כוללת לפקודיהם, וכי זהו גם מסר פיקודי וגם מסר ערכי – חשיבות חיי אדם (פרוכטר ושלף, 2016). הצהרות פומביות של מנהיגות הצבא מחזקות את הפחתת התווית השלילית של פנייה לעזרה (Castro & Kintzle, 2014; Greene-Shortridge, Britt, Wolfe-Clark1 & Bryan, 2016; Shelef et al., 2014; Castro, 2007); ההיבט השני הייחודי לצבא הישראלי הוא שילוב קב"נים ביחידות אורגניות, על מנת להפחית תווית שלילית ולהגביר זמינות של איש מקצוע לחייל הנמצא במצוקה

(פרוכטר ושלף, 2016). אחד ההבדלים המהותיים בין שני הצבאות בהקשר של תוכנית המניעה נעוץ במיקומו של גורם ברה"ן במערך הכולל הסובב את החייל, כאשר בצה"ל מיקומו בתוך היחידה – מרמת החטיבה.

למדיניות הגבלת כלי הנשק לכלל חיילי צה"ל הייתה גם כן השפעה מכרעת על הפחתת שיעור המתאבדים (Lubin et al., 2010). הדבר נעשה בקרב חיילים שאינם לוחמים או בקרב לוחמים בתקופות זמנים מסוימים (למשל בסופי שבוע, בהפסקת השתתפות בקורס יוקרתי וכדומה). עם זאת, בנקודת הזמן הנוכחית עדיין קשה לבדוד את מרכיבי התוכנית בצה"ל ולמצוא, מי מהם תרם את התרומה הגדולה ביותר להפחתת שיעור המתאבדים או לנבא מי מהם יתרום בעתיד.

התחום הנוסף אשר אולי יכול להסביר את ההבדלים בשיעור המתאבדים קשור למאפייני הלחימה ולתרבות השונה בהקשר זה בין שתי הארצות. זה למעלה מעשור שצבא ארצות הברית מנהל מלחמות ארוכות ורחוקות משטח המדינה, חלקן בעצימות גבוהה (high intensity conflict), להבדיל מצה"ל, אשר בשנים האחרונות מנהל מלחמות קצרות, קרובות, כנגד ארגוני טרור בעלי אופי ומקורות עממיים ובעצימות עימות נמוכה (low intensity conflict). גם כאשר התנהלה מלחמה ארוכה יחסית (כ-16 שבועות) ובעצימות גבוהה יותר, כמו למשל מלחמת לבנון הראשונה (1982), הכוח הלוחם לא היה מנותק מהמשפחה למשך חודשים רבים, כפי שאורך סבב פרישה מבצעית בצבא האמריקני. לפרישה הממושכת ולסבבי פרישות מצטברות לחשיפה ללחימה (Alexander et al., 2014) ישנן השלכות על התאבדות חיילים אמריקנים, בעיקר בקרב ותיקי צבא. אוכלוסיית ותיקי הצבא האמריקנים שונה מהותית מאוכלוסיית המשרתים בצה"ל, בין אם מדובר באנשי מילואים בין אם באנשי קבע. בהקשר של התאבדות, מצטברת עדות רבה יותר ויותר כי ותיקי הצבא האמריקנים המאובחנים ב-PTSD הם בעלי סיכון גבוה יותר להתאבדות (LeardMann et al., 2013; Pompili et al., 2013). בעוד אחוז המתאבדים המשמעותי בצה"ל הוא בקרב החיילים הסדירים, בארצות הברית האחוז הגבוה הוא בקרב ותיקי צבא (Schoenbaum et al., 2014; Smolensky et al., 2014). הבדל משמעותי נוסף הוא שכאשר פורצת בישראל מלחמה, "כל העם חזית". בארצות הברית בשנים האחרונות רק 12% מאוכלוסיית הגברים ו-3% מהנשים מתחת לגיל 35 הם ותיקי מלחמות אפגניסטן או עיראק, בהשוואה לכ-50% גברים וכ-15% נשים מתחת לגיל 35 שהיו ותיקי מלחמת העולם השנייה. המשמעות היא שוותיק צבא אמריקני יחזור בתום שירותו לקהילה עם תחושת הזדהות וסולידריות פחותות מבעבר, לעיתים ללא תחושה חזקה של הישג מעצם העובדה ששירת בצבא. התמיכה החברתית הקיימת בישראל, המנגנונים של צה"ל ומשרד הביטחון והמעטפת של האוכלוסייה האזרחית, כל אלה תורמים לחיילים לתחושת שייכות ולכידות, גורמים המגינים מפני סיכון אובדני (Castro & Kintzle, 2014).

סיכום, המלצות וכיוונים להמשך

מטרת המאמר הנוכחי לסקור את תופעת האובדנות בצה"ל ובצבא האמריקני, תוך התבוננות בתוכניות המניעה, ולעמוד על ההבדלים בין שני הצבאות. בניגוד למצב בצה"ל, שבו שיעור המתאבדים פחת בעקבות תוכנית המניעה, השיעור בצבא ארצות הברית, על אף תוכניות מניעה מגוונות, עולה.

התוכניות למניעת התאבדות בשתי הארצות חותרות להפעלת מדיניות, הטמעת חינוך לזיהוי מצוקות ועידוד פנייה לעזרת איש מקצוע, על מנת להפחית סיכון להתאבדות של אלה אשר נמצאים בסיכון באמצעות התערבות מוקדמת. עם זאת, כפי שהצגנו בדיון, ההבדלים בין שתי הארצות גדולים בהיבטים של ייעוד הצבא, הלחימה, האוכלוסייה והאווירה התרבותית בצבא ומחוצה לו, אשר להם השפעה ניכרת על תחושת הזהות, ההזדהות והשייכות, הן לצבא והן למשימותיו.

בשנים האחרונות, מאז הצגת התוכנית למניעת אובדנות, חלה ירידה משמעותית בשיעור המתאבדים בקרב חיילים המשרתים בצה"ל. מספר מחקרים הדגימו זאת באופן חוזר והראו את השינוי במאפייני המתאבדים. סיכום כלל המחקרים שנערכו בעשור האחרון בצה"ל בנוגע להתאבדות ולניסיונות אובדניים הראה בבירור כי שנת השירות הראשונה עדיין מהווה גורם סיכון לאובדנות, על אף הירידה הכללית באובדנות. גורם סיכון נוסף שחזר ועלה בכמה מחקרים הוא השתייכות לאוכלוסיית מהגרים, או באופן ספציפי לקהילה האתיופית, דבר אשר מוכר גם ממחקרים בקרב האוכלוסייה הכללית של מדינת ישראל. זאת ועוד, שנים רבות ידוע כי אוכלוסיית המשרתים הקרביים היא בסיכון, לעומת חיילים עורפיים. לראשונה בוצע פילוח באוכלוסייה זו בין לוחמים לתומכי לחימה. אוכלוסיית תומכי לחימה נמצאה בסיכון מוגבר לאובדנות יותר מלוחמים. אחד ההסברים לממצא זה הוא כי מדובר בקבוצה בעלת מיומנויות התמודדות נמוכות יותר מאלה של לוחמים, ועם זאת, נשארו תומכי הלחימה בבסיסים קדמיים, עם נשק זמין וחשיפה לגורמי לחץ.

למרות הוכחת יעילות התוכנית למניעת התאבדות בצה"ל, עדיין קשה לבודד את מרכיבי התוכנית ולמצוא מי מביניהם תרם את התרומה הגדולה ביותר להפחתת שיעור המתאבדים או לנבא מי מהם יעשה זאת בעתיד.

השירות בצה"ל, בניגוד לצבא האמריקני, הוא מתוקף חוק. על כן הצבא, ובתוכו חיל הרפואה ומחלקת בריאות הנפש, ממשיכים לעשות ככל יכולתם על מנת לשמור על בריאותם וחייהם של המשרתים בו. תוכנית "מגן אובדנות", אשר גובשה בשנה האחרונה בצה"ל, מתוכננת להיות מיושמת בהמשך. התוכנית מבוססת על מידע ולקחים שנאספו מתוכניות שונות ברחבי העולם, והיא מאגדת בתוכה לומדות ומערכים נוספים, שיועברו לכלל המתגייסים בתחילת שירותם בצורה ממוחשבת ויעילה, תוך שימוש במחשבי הרשת הצה"לית. התוכנית מיועדת להדגיש את גורמי הסיכון הספציפיים שנמצאו במחקרים האחרונים שנעשו בצה"ל ולעזור במניעת אובדנות, תוך התמקדות במספר היבטים של הסיכון האובדני, לרבות זיהוי סימני מצוקה, התנהלות כ"שומרי סף" והפניה לטיפול. בניגוד לתוכניות עד כה, שהתמקדו בהכשרת מפקדים, תוכנית זאת תתמקד בהכשרת כלל החיילים.

מקורות

- חקלאי, צ', גולדברגר, נ' ואבורבה, מ' (2017). אובדנות בישראל: התאבדויות 2000–2014. ניסיונות התאבדות 2004–2016. בתוך **דו"ח משרד הבריאות**. ירושלים: משרד הבריאות.
- חקלאי, צ', גולדברגר, נ' ואבורבה, מ' (2019). אובדנות בישראל. התאבדויות 2001–2016. ניסיונות התאבדות 2004–2018. בתוך **דו"ח משרד הבריאות**. ירושלים: משרד הבריאות.
- מייזלס, ע' (2005). לקראת גיוס. בתוך ח' פלום (עורך), **מתבגרים בישראל: היבטים אישיים, משפחתיים וחברתיים** (עמ' 177–200). רכס.
- פרוכטר, א' ושלף ל' (2016). מניעת התאבדות בצה"ל – מתקופת קום המדינה ועד לתוכנית המניעה הנוכחית. בתוך י' לוי בלז (עורך ראשי), ע' ברונושטיין קלומק, י' גביעון, י' לוי בלז וא' אפטר (עורכים), **להאיר את הרי החושך: התנהגות אובדנית בקרב בני נוער** (עמ' 277–286). תל אביב: דיונון.
- Alexander, C. L., Reger, M. A., Smolenski, D. J., & Fullerton, N. R. (2014). Comparing US Army suicide cases to a control sample: Initial data and methodological lessons. *Military Medicine*, 179(10), 1062–1066. Available at doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00574
- Anglemyer, A., Miller, M. L., Buttrey, S., & Whitaker, L. (2016). Suicide rates and methods in active duty military personnel, 2005 to 2011: A cohort study rates and predictors of violent suicide within the military. *Annals of Internal Medicine*, 165(3), 167–174. DOI: 10.7326/M15-2785
- Archuleta, D., Jobes, D. A., Pujol, L., Jennings, K., Crumlish, J., Lento, R. M., et al. (2014). Raising the clinical standard of care for suicidal soldiers: An army process improvement initiative. *US Army Medical Department Journal*, 55–66.
- Bachynski, K. E., Canham-Chervak, M., Black, S. A., Dada, E. O., Millikan, A. M., & Jones, B. H. (2012). Mental health risk factors for suicides in the US Army, 2007–8. *Injury Prevention*, 18(6), 405–412. Available at doi.org/10.1136/injuryprev-2011-040112
- Black, S. A., Gallaway, M. S., Bell, M. R., & Ritchie, E. C. (2011). Prevalence and risk factors associated with suicides of Army soldiers 2001–2009. *Military Psychology*, 23(4), 433–451. Available at doi.org/10.1037/h0094766
- Bossarte, R. M., Knox, K. L., Piegari, R., Altieri, J., Kemp, J., & Katz, I. R. (2012). Prevalence and characteristics of suicide ideation and attempts among active military and veteran participants in a national health survey. *American Journal of Public Health*, 102, S38–S40.
- Brenner, L., Gutierrez, P., Cornette, M., Betthausen, L., Bahraini, N., & Staves, P. (2008). A qualitative study of potential suicide risk factors in returning combat veterans. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(3), 211–225. Available at doi.org/10.17744/mehc.30.3.n6418tm72231j606
- Brent, D. A., Oquendo, M. A., & Reynolds, C. F. (2019). Caring for suicidal patients. *JAMA Psychiatry*, 76(8), 862–863. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0927
- Brewin, B. (2013a). *Military suicides are up, despite 900 prevention programs*. Available at Nextgov: <http://www.nextgov.com/defense/2013/03/military-suicides-aredespite-900-prevention-programs/62019/>

- Brewin, B. (2013b). *The cost of mental health care in the military: 4.5\$ Billion since 2007*. Available at Defense One: <http://www.defenseone.com/management/2013/08/cost-mental-health-care-military-45-billion-2007/69203/>
- Bryan, C. J., Bryan, A. O., Ray-Sannerud, B. N., Etienne, N., & Morrow, C. E. (2014). Suicide attempts before joining the military increase risk for suicide attempts and severity of suicidal ideation among military personnel and veterans. *Comprehensive Psychiatry*, *55*, 534–541. Available at doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.10.006
- Bryan, C. J., Cukrowicz, K. C., West, C. L., & Morrow, C. E. (2010). Combat experience and the acquired capability for suicide. *Journal of Clinical Psychology*, *66*(10), 1044–1056. DOI: 10.1002/jclp.20703
- Bryan, C. J., Griffith, J. E., Pace, B. T., Hinkson, K., Bryan, A. O., Clemans, T. A., & Imel, Z. E. (2015). Combat exposure and risk for suicidal thoughts and behaviors among military personnel and veterans: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *45*(5), 633–649. Available at doi.org/10.1111/sltb.12163
- Bryan, C. J., Jennings, K. W., Jobes, D. A., & Bradley, J. C. (2012). Understanding and preventing military suicide. *Archives of Suicide Research*, *16*(2), 95–110. DOI: 10.1080/13811118.2012.667321
- Bryan, C. J., Morrow, C. E., Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2010). A preliminary test of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in a military sample. *Personality and Individual Differences*, *48*(3), 347–350. Available at doi.org/10.1016/j.paid.2009.10.023
- Bryan, C. J., Sinclair, S., & Heron, E. A. (2016). Do military personnel “acquire” the capability for suicide from combat? A test of the interpersonal-psychological theory of suicide. *Clinical Psychological Science*, *4*(3), 376–385. Available at <http://cpx.sagepub.com/content/early/2015/08/10/2167702615595000.full>
- Bush, N. E., Reger, M. A., Luxton, D. D., Skopp, N. A., Kinn, J., Smolenski, D., & Gahm, G. A. (2013). Suicides and suicide attempts in the US military, 2008–2010. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *43*(3), 262–273. DOI: 10.1111/sltb.12012
- Castro, C. A., & Kintzle, S. (2014). Suicides in the military: The post-modern combat veteran and the Hemmingway effect. *Current Psychiatry Reports*, *16*(8), 1–9. DOI: 10.1007/s11920014-0460-1
- Cheng, Q., Li, H., Silenzio, V., & Caine, E. D. (2014). Suicide contagion: A systematic review of definitions and research utility. *PloS One*, *9*(9), e108724. Available at doi.org/10.1371/journal.pone.0108724
- Curtin, S. C., Warner, M., & Hedegaard, H. (2016). Increase in suicide in the United States, 1999–2014. *NCH data brief, no. 241*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Drury, Z. J. (2016). Biting the bullet: Fixing America’s quiet epidemic of gun suicid. *ANU Undergraduate Research Journal*, *8*, 63–81.

- Franklin, K., & Director, D. S. P. O. (2016). *Department of Defense Quarterly Suicide Report Calendar Year 2015 4th Quarter*. Alexandria, VA: Defense Suicide Prevention Office.
- Friedman, M. J. (2014). Suicide risk among soldiers: Early findings from army study to assess risk and resilience in servicemembers (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*, *71*(5), 487–489. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.24
- Gahm, G. A., Reger, M. A., Kinn, J. T., Luxton, D. D., Skopp, N. A., & Bush, N. E. (2012). Addressing the surveillance goal in the national strategy for suicide prevention: The Department of Defense Suicide Event report. *American Journal of Public Health*, *102*(S1), S24–S28.
- Ghahramanlou-Holloway, M., Baer, M. M., Neely, L. L., Koltko, V., & Nielsen, M. K. (2017). Suicide prevention in the United States military. In S. V., Bowles & P. T. Bartone (Eds.), *Handbook of military psychology* (pp. 73–87). Washington, DC USA: Springer, Cham.
- Gilchrist, H., & Sullivan, G. (2006). Barriers to help-seeking in young people: Community beliefs about youth suicide. *Australian Social Work*, *59*(1), 73–85. Available at doi.org/10.1080/03124070500449796
- Gilman, S. E., Bromet, E. J., Cox, K. L., Colpe, L. J., Fullerton, C. S., Gruber, M. J., et al. (2014). Sociodemographic and career history predictors of suicide mortality in the United States Army 2004–2009. *Psychological Medicine*, *44*, 2579–2592. Available at <http://dx.doi.org/10.1017/S003329171400018X>
- Greene-Shorridge, T. M., Britt, T. W., & Castro, C. A. (2007). The stigma of mental health problems in the military. *Military Medicine*, *172*(2), 157–161. DOI: 10.7205/MILMED.172.2.157
- Griffith, J., & Bryan, C. J. (2015). Suicides in the U.S. military: Birth Cohort vulnerability and the all-volunteer force. *Armed Forces & Society*, 1–18. DOI: 10.1177/0095327X15614552
- Haney, E. M., O'Neil, M. E., Carson, S., Low, A., Peterson, K., Denneson, L. M., et al. (2012). *Suicide risk factors and risk assessment tools: A systematic review*. Available at http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0042005/pdf/PubMedHealth_PMH0042005.pdf
- Haw, C., Hawton, K., Niedzwiedz, C., & Platt, S. (2013). Suicide clusters: A review of risk factors and mechanisms. *Suicide and Life-threatening Behaviour*, *43*(1), 97–108. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2012.00130.x
- Hoge, C. W., & Castro, C. A. (2012). Preventing suicides in US service members and veterans: Concerns after a decade of war. *JAMA*, *308*(7), 671–672. DOI: 10.1001/jama.2012.9955
- Hoge, C. W., Ivany, C. G., & Schoenbaum, M. (2016). Death by suicide in US military during the Afghanistan and Iraq wars. *The Lancet Psychiatry*, *3*(11), 1001–1003. Available at doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30305-4

- Hoge, C. W., Ivany, C. G., & Adler, A. B. (2017). Suicidal behaviours within army units: Contagion and implications for public health interventions. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 871–872. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1908
- Hom, M. A., Stanley, I. H., Gutierrez, P. M., & Joiner, T. E. (2017). Exploring the association between exposure to suicide and suicide risk among military service members and veterans. *Journal of Affective Disorders*, 207, 327–335. Available at doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.043
- Hyman, J., Ireland, R., Frost, L., & Cottrell, L. (2012). Suicide incidence and risk factors in an active duty US military population. *American Journal of Public Health*, 102(S1), S138–S146.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide* [Kindle for Mac version]. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kane, T. (2005). *Who bears the burden? Demographic characteristics of US military recruits before and after 9/11*. Washington, DC: CDA.
- Kang, H. K., Bullman, T. A., Smolenski, D. J., Skopp, N. A., Gahm, G. A., & Reger, M. A. (2015). Suicide risk among 1.3 million veterans who were on active duty during the Iraq and Afghanistan wars. *Annals of Epidemiology*, 25(2), 96–100. Available at doi.org/10.1016/j.annepidem.2014.11.020
- Knox, K. L., Pflanz, S., Talcott, G. W., Campise, R. L., Lavigne, J. E., Bajorska, A., et al. (2010). The US Air Force suicide prevention program: Implications for public health policy. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2457–2463. Available at doi/abs/10.2105/AJPH.2009.159871
- Kuehn, B. M. (2009). Soldier suicide rates continue to rise. *JAMA*, 301(11), 1111–1113. DOI: 10.1001/jama.2009.342
- LeardMann, C. A., Powell, T. M., Smith, T. C., Bell, M. R., Smith, B., Boyko, E. J., et al. (2013). Risk factors associated with suicide in current and former US military personnel. *JAMA*, 310(5), 496–506. DOI: 10.1001/jama.2013.65164
- LeFeber, T. P., & Solorzano, B. (2019). Putting suicide policy through the wringer: Perspectives of military members who attempted to kill themselves. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4274. Available at https://doi.org/10.3390/ijerph16214274
- Lubin, G., Werbeloff, N., Halperin, D., Shmushkevitch, M., Weiser, M., & Knobler, H. Y. (2010). Decrease in suicide rates after a change of policy reducing access to firearms in adolescents: A naturalistic epidemiological study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(5), 421–424. DOI: 10.1521/suli.2010.40.5.421
- 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. DOI: 10.1001/jama.294.16.2064
- Mann, J. J., & Michel, C. A. (2016). Prevention of firearm suicide in the United States: What works and what is possible. *American Journal of Psychiatry*, 173(10), 969–979. Available at doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16010069

- Mash, H. B. H., Naifeh, J. A., Fullerton, C. S., Morganstein, J. C., & Ursano, R. J. (2018). Suicidal behaviors in military and veteran populations: Risk factors and strategies for prevention and intervention. In L. Weiss Roberts & C. H. Warner (Eds.), *Military and veteran mental health* (pp. 401–419). New York: Springer.
- Michelmores, L., & Hindley, P. (2012). Help-seeking for suicidal thoughts and self-harm in young people: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *42*(5), 507–524. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2012.00108.x
- Miller, M., Azrael, D., & Barber, C. (2012). Suicide mortality in the United States: The importance of attending to method in understanding population-level disparities in the burden of suicide. *Annual Review of Public Health*, *33*, 393–408. Available at doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124636
- Miranda, R., Ortin, A., Polanco-Roman, L., & Valderrama, J. (2017). Understanding adolescent suicide. In N. L. Cohan (Ed.), *Public health perspectives on depressive disorders* (pp. 211–238). Baltimore MA: Johns Hopkins University Press.
- Mitchell, M. M., Gallaway, M. S., Millikan, A. M., & Bell, M. (2012). Interaction of combat exposure and unit cohesion in predicting suicide-related ideation among post-deployment soldiers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *42*(5), 486–494. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2012.00106.x
- Naghavi, M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: Systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Bmj*, *364*, 194. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.194
- Nock, M. K., Deming, C. A., Fullerton, C. S., Gilman, S. E., Goldenberg, M., Kessler, R. C., et al. (2013). Suicide among soldiers: A review of psychosocial risk and protective factors. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, *76*(2), 97–125. Available at doi.org/10.1521/psyc.2013.76.2.97.
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behaviour among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, *70*(3), 300–310. DOI: 10.1001/2013.jamapsychiatry.55
- Nock, M. K., Stein, M. B., Heeringa, S. G., Ursano, R. J., Colpe, L. J., Fullerton, C. S., et al. (2014). Prevalence and correlates of suicidal behavior among soldiers: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*, *71*(5), 514–522. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.30
- Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Liu, S. M., Gerhard, T., & Blanco, C. (2016). Short-term suicide risk after psychiatric hospital discharge. *JAMA Psychiatry*, *73*(11), 1119–1126. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.2035
- Pompili, M., Sher, L., Serafini, G., Forte, A., Innamorati, M., Dominici, G., et al. (2013). Posttraumatic stress disorder and suicide risk among veterans: A

- literature review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(9), 802–812. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3182a21458
- Pruitt, L. D., Smolenski, D. J., Reger, M. A., Bush, N. E., Skopp, N. A., & Campise, R. L. (2015). *Department of Defense Suicide Event Report (DoDSEER) Calendar Year 2014 Annual Report*. Joint Base Lewis-McChord, WA: National Center for Telehealth and Technology.
- Ramchand, R., Acosta, J., Burns, R. M., Jaycox, L. H., & Pernin, C. G. (2011). The war within: Preventing suicide in the US military. *Rand Health Quarterly*, 1(1), 2.
- Reger, M. A., Smolenski, D. J., Skopp, N. A., Metzger-Abamukang, M. J., Kang, H. K., Bullman T. A., et al. (2015). Risk of suicide among US military service members following Operation Enduring Freedom or Operation Iraqi Freedom deployment and separation from the US military. *JAMA Psychiatry*, 72(6), 561–569. DOI: 10.1.1.695.5665
- Reisch, T., Steffen, T., Habenstein, A., & Tschacher, W. (2013). Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 “Army XXI” reform. *American Journal of Psychiatry*, 170(9), 977–984. Available at doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12091256
- Sareen, J., Afifi, T. O., Taillieu, T., Cheung, K., Turner, S., Stein, M. B., & Zamorski, M. A. (2017). Deployment-related traumatic events and suicidal behaviours in a nationally representative sample of Canadian Armed Forces personnel. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(11), 795–804. Available at <https://doi.org/10.1177/0706743717699174>
- Saxena, S., Funk, M., & Chisholm, D. (2013). World Health Assembly adopts comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020. *Lancet*, 381(9882), 1970–1971. Available at doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61139-3
- Schoenbaum, M., Kessler, R. C., Gilman, S. E., Colpe, L. J., Heeringa, S. G., Stein, M. B., et al. (2014). Predictors of suicide and accident death in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS): Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 71(5), 493–503.
- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., Ribeiro, J. D., Nock, M. K., Rudd, M. D., et al. (2010). Overcoming the fear of lethal injury: Evaluating suicidal behavior in the military through the lens of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 298–307. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.12.004
- Shelif, L., Fruchter, E., Mann, J. J., & Yacobi, A. (2014). Correlations between interpersonal and cognitive difficulties: Relationship to suicidal ideation in military suicide attempters. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 29(8), 498–502. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2014.01.006

- Shelef, L., Laur, L., Derazne, E., Mann, J. J., & Fruchter, E. (2016). An effective suicide prevention program in the Israeli Defense Forces: A cohort study. *European Psychiatry, 31*, 37–43. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.10.004
- Shelef, L., Laur, L., & Fruchter, E. (2015). Characteristics of the suicidal soldier in the Israeli Defense Force: A review of literature. *Disaster and Military Medicine, 1*(1), 10. DOI: 10.1186/2054-314X-1-10
- Shelef, L., Nir, I., Tatsa-Laur, L., Kedem, R., Gold, N., Bader, T., & Ben Yehuda, A. (2019). The effect of the Suicide Prevention Program (SPP) on the characteristics of Israeli soldiers who died by suicide after its application. *Journal of European Psychiatry, 62*, 74–81. Available at doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.08.007
- Shelef, L., Nir, I., Tatsa-Laur, L., Gold, N., & Ben Yehuda, A. (2019). The reduction in suicide among Israeli soldiers during their first year of service due to the Suicide Prevention Program (SPP). *International Journal of Psychiatry Research, 2*(7): 1–4. ISSN 2641-4317
- Shelef, L., Tomer, G., Tatsa-Laur, L., Kedem, R., Bonne, O., & Fruchter, E. (2017). Risk factors for suicide in the Israeli army between the years 1992–2012: A case-control study. *European Psychiatry, 39*, 106–113. Available at doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.08.005
- Smolensky, D. J., Reger, M. A., Bush, N. E., Skopp, N. A., Zhang, Y., & Campise, R. L. (2014). *Department of defense suicide event report calendar year 2013 annual report*. Joint Base Lewis-McChord, WA: National Centre for Telehealth and Technology.
- Stecker, T., Fortney, J. C., Hamilton, F., & Ajzen, I. (2007). An assessment of beliefs about mental health care among veterans who served in Iraq. *Psychiatric Services, 58*(10), 1358–1361.
- Stone, D. M., Simon, T. R., Fowler, K. A., Kegler, S. R., Yuan, K., Holland, K. M., et al. (2018). Vital signs: Trends in state suicide rates – United States, 1999–2016 and circumstances contributing to suicide – 27 states, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 67*(22), 617–624. DOI: 10.15585/mmwr.mm6722a1
- Street, A. E., Gilman, S. E., Rosellini, A. J., Stein, M. B., Bromet, E. J., Cox, K. L., et al. (2015). Understanding the elevated suicide risk of female soldiers during deployments. *Psychological Medicine, 45*(4), 717–726.
- Ursano, R. J., Kessler, R. C., Heringa, S. G., Cox, K. L., Naifeh, J. A., Fullerton, C. S., et al. (2015). Nonfatal suicidal behaviors in US Army administrative records, 2004–2009: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *Psychiatry, 78*(1), 1–21.
- Ursano, R. J., Kessler, R. C., Stein, M. B., Naifeh, J. A., Aliaga, P. A., Fullerton, C. S., et al. (2016). Risk factors, methods, and timing of suicide attempts among US Army soldiers. *JAMA psychiatry, 73*(7), 741–749. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0600

- Xu, J., Murphy, S. L., Kochanek, K. D., & Bastian, B. A. (2016). Deaths: Final data for 2013. *National Vital Statistics Reports, no.64(2)*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. Available at http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr64/nvsr64_02.pdf
- Watkins, S. J., & Sherk, J. (2008). *Who serves in the US military? The demographics of enlisted troops and officers*. Available at <https://www.heritage.org/defense/report/who-serves-the-us-military-the-demographics-enlisted-troops-and-officers>
- Wolfe-Clark, A. L., & Bryan, C. J. (2017). Integrating two theoretical models to understand and prevent military and veteran suicide. *Armed Forces & Society, 43(3)*, 478-499. Available at <https://doi.org/10.1177/0095327X16646645>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry, 3(7)*, 646-659. Available at [doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)

רווחה נפשית ואירועי לחץ משמעותיים כגורמי סיכון לעמדות שליליות כלפי החיים בקרוב מתבגרים ובוגרים צעירים יהודים, נוצרים ומוסלמים

הלן קאקונדה-מועלם

תקציר

גיל ההתבגרות מאופיין במגוון שינויים, אשר עשויים להיות בעלי השלכות מהותיות על זהותם, הגדרתם העצמית ומאפייניהם הפסיכולוגיים של מתבגרים. ההיקף הרחב של השינויים בשלב התפתחותי זה וההתארגנות הפנימית המחודשת גורמים להם לעיתים לפתח מחשבות חדשות על החיים והמוות. תהליך זה יכול לצבור אצלם תאוצה, בעיקר כאשר הם נחשפים למספר רב של אירועים מעוררי לחץ וכאשר רווחתם הנפשית נמוכה.

המחקר הנוכחי בחן את השפעת הזהות העצמית והרווחה הנפשית על עמדות שליליות כלפי החיים בקרב מתבגרים ובוגרים צעירים יהודים, נוצרים ומוסלמים המתגוררים במדינת ישראל. במסגרת המחקר נבדקו העמדות השליליות כלפי החיים של 437 מתבגרים (גילאי 15–18) ובוגרים צעירים בשלב הבגרות הצומחת (גילאי 21–24), תוך בקרה על משתנים אישיים שונים, כגון: בהירות מושג העצמי, מספר אירועי לחץ שהמתבגרים והבוגרים הצעירים נחשפו אליהם, תפיסה עצמית חיובית ורווחה נפשית. ממצאי המחקר מעלים שככל שבהירות הזהות העצמית נמוכה, גם הרווחה העצמית והתפיסה החיובית כלפי החיים תהינה נמוכה. כתוצאה מכך המתבגרים והבוגרים הצעירים עלולים לאמץ עמדות שליליות כלפי החיים, דבר שעלול להוביל להתנהגויות אובדניות ולהתאבדות.

ממצאי המחקר תורמים להבנה טובה יותר של תהליך הגלישה לעמדות שליליות כלפי החיים, עמדות אשר עלולות אף להעיר מחשבות אובדניות, שעשויות לעודד את המתבגר והבוגר הצעיר לבצע בעקבותיהן מעשה אובדני. לכן לעיתים ניתן לזהות קשר בין עמדות שליליות לבין אירועי לחץ, המשפיעים על בהירות הזהות האישית של המתבגר והבוגר הצעיר ועל רווחתו הנפשית, ואלה בתורן עלולות להשפיע על רמת הדיכאון ואף על ניסיונות התאבדות. בנוסף, נמצאו הבדלים בין הקבוצות לחשיפה לאירועי לחץ, המשפיעים על הרווחה האישית והעמדות השליליות כלפי החיים.

בסיום המאמר מוצעות השלכות יישומיות לתחומים של מניעה והתערבות בקרב המתבגרים.

מילות מפתח: גיל ההתבגרות, אירועי לחץ, בהירות מושג העצמי, עמדות שליליות כלפי החיים, תפיסת עתיד, רווחה נפשית

רווחה נפשית

רווחה נפשית מתייחסת למידה שבה הפרט נוטה לראות את מצבו באור חיובי ולחוש שצרכיו מסופקים. על פי קהומלו ועמיתים (Khumalo, Temane, & Wissing, 2012), תפיסת הרווחה הנפשית מושפעת ממאפייני אישיות ומתנאי החיים שבהם

נמצא הפרט. בהתאם לכך, לדבריהם, לדמוגרפיה החברתית השפעה על הרווחה הנפשית הפסיכולוגית הכוללת. כך, הרווחה הנפשית גבוהה יותר בקרב אנשים החיים בערים, עובדים, משכילים ונשואים. בהקשר זה נודעת חשיבות רבה למידה שבה הפרט חש תמיכה חברתית. על פי וודקה וברקת (Wodka & Barakat, 2007), תמיכה חברתית תורמת לרווחתו האישית של האדם, בכך שהיא מספקת לו משאבי התמודדות ואופטימיות ומקלה בצורה ניכרת על ההתמודדות עם סביבת חיים מעוררת לחץ ועם אירועי חיים שליליים. גם הייסל ופלט (Heisel & Flett, 2004) מצאו כי משמעות בחיים תורמת לרווחה נפשית וגופנית, ואילו חוסר משמעות עלול לגרום לפתולוגיה ולהתאבדות. במחקר עדכני שנעשה בקרב 520 סטודנטים יפנים נמצא שגיבוש זהות עצמית מעיד על מיטביות פסיכולוגית (Sugimura et al., 2016). כמו כן, במחקר שערכו בראון-לוינסון ועמיתים (Braun-Lewensohn, Sagy, & Roth, 2011) בקרב מתבגרים המשתייכים לתרבויות היהודית, האסלאמית והדרוזית, נמצא שבעלי הרווחה הנפשית הגבוהה יותר מתמודדים טוב יותר כאשר הם נתקלים באירועים מעוררי לחץ, כולל אירועי טרור (Braun-Lewensohn et al., 2009). גם קאקונדה-מועלים (2013) ציינה שריבוי האירועים מעוררי הלחץ גורם לרווחה נפשית פחותה ולעמדות שליליות רבות יותר כלפי החיים. ממחקרם של סטרנדהיים ועמיתים (Strandheim et al., 2014) עלה שרווחה נפשית נמוכה מעידה על ריבוי העמדות השליליות כלפי החיים, דבר המגביר את הסיכון האובדני (Slater & Depue, 1981). כמו כן חוקרים דיווחו שעמדות שליליות כלפי החיים גורמות לרווחה נפשית פחותה (Ryff & Keyes, 1995). ממחקר אחר עלה שבני נוער בעלי רווחה נפשית גבוהה דיווחו על תפקוד מסתגל יותר ועמדות חיוביות יותר מאשר בני נוער שדיווחו על רווחה נפשית פחותה. כמו כן נמצא שלא היו דיווחים על תסמינים פתולוגיים בקרב בני נוער בעלי רווחה נפשית גבוהה (Gilman & Huebner, 2006).

אירועי לחץ

אירועי לחץ הם מצבים קיצוניים, כגון: מתח, תסכול, איום וקונפליקט, אך גם שמחה גדולה או התרגשות. במצבים כאלה מתגייסות כל המערכות הגופניות והנפשיות למאמץ עליון, במטרה להתגבר על הקושי (אילון ולהד, 2000). מחקרים העלו כי מידת המצוקה הנפשית הנובעת מאירוע מאיים עולה ככל שעולה האיום הנתפס ביחס לאותו אירוע (Kutz & Dekel, 2006). כל אירוע הדורש התמודדות והסתגלות מחדשת מהווה מצב לחץ, בין אם מיוחסים לו ערך חיובי או ערך שלילי (Jackson, Williams, & Torres, 2003). על פי אנדרס ועמיתים (Anders, Frazier, & Shallcross, 2012), גם אירוע שהאדם נחשף אליו בעקיפין עלול ליצור תחושה של לחץ, אך מידת הלחץ תהיה גבוהה יותר כאשר האדם נחשף לאירוע ישירות. זאת ועוד, מחקרים רבים מצביעים על כך שתחושת הלחץ לנוכח חשיפה לאירועים מעוררי לחץ עלולה להוביל לירידה ביעילות בעבודה, לבעיות בבריאות, לדיכאון ולתופעות גופניות ונפשיות אחרות (Clements, Aber, & Seidman, 2008; Meyer, Garrison, Jackson, & Addy, 1993; Nezek & Plesko, 2001). במחקרם של פרסקו ועמיתים (Fresco, Rytwinski, & Craighead, 2007) נמצא שחשיפה לאירועי חיים

שליליים קשורה לעלייה ברמת הדיכאון בקרב התלמידים, ופורטצקי ועמיתים (Portzky, Audenaert, & Herringen, 2005) מצאו שבני נוער שהתאבדו חוו אירועים מעוררי לחץ זמן קצר לפני מותם.

תפיסת העתיד

תפיסת העתיד מתייחסת לציפיות של הפרט מן העתיד – האם יהיה מאושר או אומלל, שכן תפיסה חיובית של העתיד מעידה על מתן משמעות חיובית לחיים ועל אופטימיות, שבצידין באים גם תחושת הכוח והרצון לחיות (קאקונדה-מועלם, 2002). לעומת זאת, תפיסה שלילית של העתיד מעידה על מתן משמעות שלילית לחיים ועל אי-רצון לחיות (מוכתר-גרינשטיין, 2007). לדברי קלינגר (Klinger, 1977), כאשר אדם טוען שחיי משמעותיים, כוונתו לחוויה של מעורבות רגשית ביחסים בין-אישיים, לתחושת ייחודיות ולפעילויות בעלות ערך רגשי. לעומת זאת, אדם הרואה את חייו כחסרי משמעות חש כי אין ביכולתו לממש מטרות בעלות ערך או שהמטרות איבדו מחשיבותן.

הפברן ועמיתים (Hepburn, Barnhofer, & Williams, 2009) ציינו שרוב האנשים מאמינים שהעתיד יהיה חיובי יותר מאשר שלילי, וכי לרובם יש תקווה לעתיד. אולם יש אנשים המאופיינים בהלך רוח דיכאוני, ואמונתם ביחס לעתיד היא שלילית. החוקרים הוסיפו שציפייה חיובית נמוכה של אדם מן העתיד מובילה להרגשת חוסר תקווה. עמדתו בנוגע לעתיד מושפעת ממידת האמונה שיש לו באשר לסבירות שיתקל באירועים טובים או רעים. עמדותיו השליליות של האדם באשר לעתידו תחלשנה את כוחותיו להמשיך לנהל את חייו (לוי בלז, 2016), מה שיוביל להחרפה בתחושות חוסר האונים. תחושות אלו עלולות להאיץ את הבחירה באובדנות כמוצא יחיד מהמצוקה (Farooqi, 2004).

התנהגות אובדנית בישראל ובעולם

מחקרים אפידמיולוגיים מלמדים שניסיונות אובדניים והתאבדות הם הסיבה המובילה בעולם למוות מוקדם בקרב צעירים בחברה המערבית (King & Apter, 2003). ג'יימסון (2000) מצא שבארצות הברית האובדנות היא סיבת המוות השלישית בהיקפה בקרב מתבגרים. בשנים האחרונות, רמת הסיכון של גברים לבצע התאבדות לפני גיל 25 עלתה ב-26%. לפי דוח עדכני של המועצה לשלום הילד, גם בישראל חל גידול במספר ניסיונות ההתאבדות: 773 ילדים ובני נוער הגיעו בשנת 2016 לחדרי מיון לאחר ניסיון אובדני, מתוכם 608 בנות, כמעט פי ארבעה ממספר הבנים (ברמן, 2017).

בשל העלייה במספר ניסיונות וההתאבדות בישראל ובעולם, אנו נדרשים להתייחס לשונות הנובעת מרקעים אתניים ותרבותיים שונים, לדוגמה הקשר בין אירועי חיים, עמדות שליליות כלפי החיים, תחושות סובייקטיביות ומחשבות אובדניות. לכן, לדעתי, יש מקום לחקור הבדלים במערכת התחושות הסובייקטיביות בקרב מתבגרים ובוגרים צעירים מהקבוצות השונות בחברה הישראלית.

ממחקרים שבחנו את שיעורי האובדנות בחברה הישראלית והשוו בין האוכלוסיות היהודית והערבית עלה שאחוזי האובדנות גבוהים יותר בקרב היהודים וכן שאחוזי האובדנות בקרב הגברים גבוהים מאלו שבקרב הנשים. במחקר של קאקונדה-מועלם וישראלשוילי (Kakounda-Muallem & Israelashvili, 2015), שנערך בקרב בני נוער ערבים, התברר כי מחשבות אובדנות שכיחות יותר בקרב נערות מאשר בקרב נערים, דבר התואם את המצב בישראל ובעולם המערבי. במחקר אחר, של ברונשטיין קלומק ועמיתיה (Brunstein Klomek et al., 2016), נמצא כי שיעור ניסיונות ההתאבדות בקרב היהודים הוא 89.8 לכל 100,000 נפש, ולעומתם השיעור בקרב הערבים הוא כדלקמן: מוסלמים – 84.8, בדווים – 72.4, דרוזים – 64.9 ונוצרים – 58.6. עוד עולה ממחקר זה כי ניסיונות ההתאבדות גבוהים בקרב הנשים בכל הקבוצות, וכי בגילים 15–24 ניסיונות ההתאבדות היו גבוהים בקרב נשים מוסלמיות, נשים בדוויות וגברים דרוזים. יצוין כי במחקר נוסף שבו התייחסו להבדלים הבין-תרבותיים, החוקרים סברו שלמין ולשייכות תרבותית ישנה השפעה על הערכת הסיכון האובדני. עוד עלה ממחקרם, כי בקרב נערות ערביות היו רמות גבוהות הן של מחשבות אובדנות והן של ניסיונות התאבדות, המצוקה הנפשית שלהן הייתה גבוהה יותר מזו של נערים ערבים ונערים יהודים, והן היו רגישות יותר להתנהגות אובדנית כאשר היו שרויות בדיכאון. יודגש כי תוצאות אלה נדונו מחד גיסא בהקשר שבו הנערות הערביות משתייכות לקבוצת מיעוט בישראל, ומאידך גיסא – בהקשר של מעמדן כנשים בתרבות הערבית הפטריארכלית (Benator, Nakash, Chen-Gal, & Brunstein Klomek, 2017). כמו כן ממחקרם של גלזר ועמיתים (Glasser et al., 2018) עלה שנשים ערביות נמצאות בסיכון גבוה יותר להתאבדות מאשר נשים יהודיות. גם פרוקי (Farooqi, 2004) התייחס לנשים בחברות מסורתיות הסובלות מדיכאון או חרדה והסיק כי הן סובלות במקביל מיחס חברתי שלילי, אשמה ואכזבה של הסביבה הקרובה; הדבר גרם להן לבושה ושנאה עצמית, מה שהגביר בקרבן את העמדות השליליות שעלולות להאיץ את הבחירה באובדנות. בנוסף, במחקרים הדנים באוכלוסיות מיעוט בעולם צוין בין היתר שההתאבדות היא גורם שמוביל לתמותה בקרב אלו שסבלו מסכיזופרניה. כמו כן הסיקו שלחצים עלולים לגרום להתפתחות של סכיזופרניה ולהתאבדות. המחקר הצביע גם על כך שמוצא גאוגרפי ומוצא אתני מנבאים את הסיכון לסכיזופרניה ולהתאבדות (Hettige, Bani-Fatemi, Kennedy, & Luca, 2017).

במחקר נוסף, שנערך בקרב 579 פליטים בארצות הברית, נמצא כי בין יתר המרכיבים הגורמים לפתולוגיה, 19% קשורים לאי-ודאות, 4.5% לחשיפה לאירועים טראומטיים ו-3% למחשבות אובדניות. (Ao et al., 2016). במחקר אחר, שהשווה בין 444 פליטים בניגריה ובין 527 מקומיים, נמצא ששכיחות האובדנות בקרב הפליטים היא 27.3%, לעומת 17.3% בקרב המקומיים (Akinyemi, Atilola, & Soyannwo, 2015). כמו כן, במחקר עדכני יותר התברר כי מהגרים ומיעוטים אתניים עלולים להיות בסיכון גבוה להתנהגות אובדנית, בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. כמו כן נמצא מתאם חיובי בין התנהגות אובדנית לבין ארצות מוצא ספציפיות.

לשם המחשה, מדווח כי נשים מהגרות מדרום אסיה ומאפריקה היו בסיכון הגבוה ביותר לניסיונות התאבדות. כמו כן השפיעו גורמים נוספים: מוגבלויות בשפה, דאגה למשפחה, היפרדות מהמשפחה, מחסור במידע על מערכת הבריאות, אובדן מעמד ואובדן רשת חברתית ותרבותית (Forte et al., 2018).

למרות ההבדלים הבין-תרבותיים, למתבגרים השוקלים התנהגות אובדנית ישנם מאפיינים אוניברסליים: הם סובלים מלחצים רבים יותר ממתבגרים אחרים, ולחצים אלו מתבטאים באירועי חיים שליליים, באובדנים מוקדמים, בתמיכה חברתית שלילית ובמשאבים דלים (Murphy, 1992; Tuisku et al., 2009). כך לדוגמה, חורש ועמיתים (Horesh, Sever, & Apter, 2003) מצאו כי צעירים שניסו להתאבד דיווחו על אירועים מעוררי לחץ ב-12 החודשים שקדמו לניסיון האובדני. כמו כן נמצא שמתבגרים דיכאוניים שיש להם תמיכה משפחתית נמוכה מפתחים כוונות חזקות יותר לפגוע בעצמם, שכן יש להם קושי להתמודד עם מצבי הדיכאון, והם צורכים אלכוהול יותר מאשר מתבגרים אחרים (Tuisku et al., 2009). לבסוף, במחקרם של קאקונדה-מועלם וישראלאשוילי (Kakounda-Muallem & Israelashvili, 2015) עלו ממצאים כלליים המשותפים לכלל המתבגרים בעולם הנאור, כגון: לחצים, אי-הסתגלות בבית הספר, חוסר אופטימיות ותחושה שהחיים חסרי משמעות, דברים שגורמים להתפתחות מחשבות אובדניות. במחקרם התברר עוד כי מתבגרים דתיים נוטים לפתח מחשבות אובדניות פחות מאשר מתבגרים חילונים.

בהירות הזהות העצמית כמשימה מרכזית בגיל ההתבגרות ובבגרות הצומחת

עבור רוב הצעירים תקופת גיל ההתבגרות היא תקופה מרגשת ואינטנסיבית. אולם תקופה זו גדושה גם בקשיים רגשיים והתפתחותיים רבים, ובהם התעוררות דחפים מיניים, צורך עז באינטימיות ותחילת הפרידה הרגשית מהמשפחה; כל אלה מעוררים חרדות עזות, קונפליקטים, בלבול וסבל (חן גל, אלמוג וסימן טוב, 2007). חוקרים ציינו שבית הספר מזמן לבני נוער אין-ספור התנסויות עם קבוצת השווים, שבזיקה אליהן מתגבשת ומתעצבת זהותם האישית, על כל היבטיה (Brown & Braun, 2013). נוסף על כך, בתקופת ההתבגרות נחלש האגו יחסית לאיד, כתוצאה מהתעצמות חדשה של הדחף המיני ודחיית התמיכה ההורית, שהייתה עד אז נגישה יותר. לכן תקופה זו מאופיינת גם בגילויים שליליים, כמו: חוסר ישע, ייאוש, זעם, חולשה וחוסר ערך, שכולם מייצגים רגשות נטישה ונסיגה (Blos, 1970).

עם זאת, בראייה התפתחותית רחבה יותר, יש לציין כי לבהירות מושג העצמי יש השפעה משמעותית מעבר למאפייני התפקוד של בני הנוער, שכן יש מקום לסברה שרמת בהירות מושג העצמי תעצב במידה רבה גם את התנהלות הפרט בשלב ההתפתחותי העוקב, המכונה "בגרות צומחת" (emerging adulthood). סברה זו נשענת על הגדרת המהות של שלב הבגרות הצומחת: לפי ארנט (Arnett, 2002), מתבגרים (גילאי 14–18) רוכשים קשרים כלליים וניסיונות שטחיים בכל תחומי החיים. לעומתם, בתקופת הבגרות הצומחת הבוגרים-צעירים (גילאי 18–25) כבר

אינם תלויים בילדות ובגיל ההתבגרות ועדיין אינם במצב של אחריות. בני קבוצה זו אינם רואים עצמם כמתבגרים, וחלק גדול מהם אף אינם רואים עצמם כמבוגרים עצמאיים. הם אינם מכנים תקופה זו בשם כלשהו, במובן של "בין לבין". הם מתקשים להפנים את העובדה שהגיעו לבגרות לפני שסיימו את לימודיהם, התחתנו והשתלבו בחיים המעשיים. קרי, הם הגדירו לעצמם קווי מתאר ראשוניים וכלליים ביחס לזהותם העצמית המלאה והברורה, וכעת הם מחפשים הזדמנויות לבחון את קווי המתאר שאימצו בקשר למגוון נושאים ומשימות התפתחותיות בחיים, באהבה, בעבודה ובהשקפת העולם. מעט מאוד מהעמיד נראה ברור, ועם זאת קיימות הזדמנויות רבות. עצם העובדה שטרם הקימו משפחה משלהם, מאפשרת להם להיות מעודכנים יותר ומסוגלים להתאים את עצמם ביתר קלות לשינויים בעולם הטכנולוגי, והם משיגים על ידי כך בסיס חדש של מעמד.

לדברי ארנט (Arnett, 2002), מתבגרים המגיעים לשלב הבגרות הצומחת כשהם עדיין לא מאופיינים בזהות עצמית בהירה, ייטו להתנהג באופן שונה ממי שזהותו האישית ברורה, ולכן התמקדנו במחקר הנוכחי במתבגרים ובבוגרים הצעירים. בשל מורכבות המצב של גילאים אלו, ייתכן שהם נמצאים בעיצומו של תהליך התפתחותי וגיבוש עצמי מבחינת חוויות ובשלות עצמית. תהליך זה עלול להשפיע עליהם לכיוון של גיבוש עמדות שליליות כלפי החיים, והדבר תלוי במיוחד בהשתייכותם לתרבויות שונות, מידת חשיפתם לאירועים מעוררי לחץ ורווחתם האישית.

מטרת המחקר

המחקר עסק בקשרים שבין מחשבות סובייקטיביות ורקע אישי של מתבגרים ומבוגרים צעירים המשתייכים לשלוש קבוצות אתניות שונות – יהודים, מוסלמים ונוצרים – ובין עמדות שליליות שלהם על החיים; מטרתו הייתה מחד גיסא לבחון את השפעת האירועים מעוררי הלחץ והרווחה הנפשית על עמדות שליליות כלפי החיים, ומאידך גיסא לבחון אם ההבדל בהירות הזהות האישית בא לידי ביטוי במידת החשיפה לאירועים מעוררי לחץ, ואם בהירות הזהות האישית והחשיפה לאירועי חיים מעוררי לחץ משפיעות על עמדות שליליות כלפי החיים. עמדות אלו מקדימות את התעוררות המחשבות האובדניות, שבמקרים רבים יובילו בפועל למעשיים אובדניים ולהתאבדות.

שאלות המחקר

להלן שאלות המחקר:

- א. כיצד משפיעים אירועי חיים שלילים, רווחה נפשית ובהירות מושג העצמי על חיוביות ושליליות בתפיסת העתיד ועמדות כלפי החיים?
- ב. האם לתפיסת העתיד תפקיד מתווך בקשר בין אירועי חיים לעמדות כלפי החיים?
- ג. האם יימצאו הבדלים בין הקבוצות השונות?

השערות המחקר

השערות המחקר היו כדלקמן:

- א. ככל שמתבגרים נחשפו לאירועי לחץ רבים יותר, תפיסת העתיד שלהם תהיה חיובית פחות ועמדותיהם השליליות כלפי החיים תהינה רבות יותר.
- ב. מתבגרים אשר ידווחו על רווחה נפשית גבוהה ידווחו על רמה נמוכה יותר של עמדות שליליות כלפי החיים ועל תפיסות עתיד חיוביות יותר ממתבגרים שידווחו על רווחה נפשית נמוכה.
- ג. ככל שמתבגרים ידווחו על בהירות גבוהה יותר של מושג העצמי, תפיסת העתיד שלהם תהיה חיובית יותר ועמדותיהם השליליות כלפי החיים תפחתנה.
- ד. בקרב מתבגרים ומבוגרים צעירים מקרב האוכלוסייה הערבית – מוסלמים ונוצרים – ימצאו ערכים גבוהים יותר של מחשבות שליליות וערכים נמוכים יותר של תפיסת עתיד חיוביות מאשר בקרב צעירים יהודים.
- ה. הקשר שבין אירועי לחץ ובהירות מושג העצמי לבין עמדות שליליות כלפי החיים ותפיסת עתיד חיובית עשוי להתבטא בעקיפין (קשר תיווך) ברווחה סובייקטיבית של הנבדקים.

שיטה

אוכלוסיית המחקר

בסך הכול השיבו לשאלון 442 נבדקים. מתוכם חמישה סיפקו נתונים חלקיים בלבד והוצאו מהמדגם. מספר הנבדקים הסופי היה 437, מהם 283 גברים (64.8%) ו-154 נשים (35.2%). גיל המשיבים נע בין 15 ל-26, מתוכם למעלה מ-40% (43.2%) עד גיל 18, עוד 30% עד גיל 22, והשאר בטווח הגילים 23–26. מבחינה דתית, כ-45% מהמשיבים היו נוצרים, 33% מוסלמים והשאר יהודים.

כלי המחקר

שאלון עמדות כלפי החיים (גרסה מקוצרת) (Rohde, Seeley, & Langhinrichsen, 2003)

השאלות וההיגדים המופיעים בשאלון מיועדים להעריך את סיבת ההתאבדות, התנהגות סיכונית ומחשבות אובדנות. השאלון המקורי כולל 96 פריטים, אולם בגרסתו המקוצרת יש רק 24 פריטים – 12 מהם חיוביים ו-12 שליליים. המשיב מתבקש לענות כן או לא לשאלות השונות. דוגמה להיגד: "אני מרגיש טוב, כי יש לי חיים עם משמעות ועם מטרות ברורות". מחברי השאלון דיווחו על מהימנות .84, ושימוש קודם בו בקרב נבדקים בישראל הניב מהימנות טובה. המדד נבנה על סמך ארבעה פריטים בכל אחד מארבעה תחומים (מוות, בריאות, פגיעה עצמית וגורמים הקשורים לעצמי) ושלושה סוגי התנהגות (פעולות, מחשבות ורגשות) חיוביים ושליליים. נבדק הקשר עם דיכאון, חוסר תקווה, התנהגויות אובדניות והבדלים בין המינים. כמו כן, נבדק גובה הקשר עם מחשבות אובדניות. נמצאו יחס גבוה של מיון

נכון למחשבות אובדניות ($\text{sensitivity}=0.86$) וכן יחס גבוה של מיון נכון למחשבות לא אובדניות ($\text{Specificity}=0.82$) לבסוף נמצא כי הגרסה המצומצמת תואמת לגרסה הרחבה (Rohde, Lewinsohn, Seeley, & Langhinrichsen, 1996), מהימנות הסולם, המורכב מ-24 שאלות, $\alpha=.82$. טווח הציונים נע בין 1 ל-5 – ככל שהציון גבוה יותר כך העמדות כלפי החיים שליליות יותר.

שאלון תפיסת עתיד (Wyman, Cowen, Work, & Kerley, 1993)

שאלון זה משמש למדידת ציפיות המשיב מן העתיד. בגרסה המקורית הוא כלל שאלה פתוחה ושש שאלות סגורות, אולם במחקר הנוכחי הוצאה מן החישוב השאלה הפתוחה, מסיבות טכניות. התשובה לכל שאלה נעה מ"לא נכון כלל" – 1 ועד "נכון במידה רבה מאוד" – 5. ציון המשיב חושב על פי ממוצע תשובותיו לכלל הפריטים, כך שציון גבוה של ממוצע המשתנה "תפיסת העתיד" מעיד על תפיסת עתיד חיובית ואופטימית יותר. פריט לדוגמה: "האם לדעתך, תמיד יהיו אנשים וחברים שיהיה להם אכפת ממך?" שאלון זה תורגם לעברית ולערבית והועבר לנבדקים יהודים וערבים (לדוגמה מוכתר גרינשטיין, 2007), והוא בעל מהימנות $.83$. לתיקון השאלון נבדקה ונמצאה התאמה של המשתנה "תפיסת עתיד" עם תפיסת ציפיות חיוביות, כפי שהגדירו תפיסה זאת ורנר וסמית (Werner & Smith, 1982, 1992). שאלון זה מורכב משש שאלות. מהימנות המדד $\alpha=.79$.

שאלון רווחה נפשית (Reynolds, 1998)

שאלון זה בודק הסתגלות של מתבגרים. השאלון המקורי כולל 30 שאלות והיגדים, המיועדים לברר מה השכיחות של הופעת התנהגויות או רגשות מסוימים בשישה החודשים שלפני מילוי השאלון. לצורך המחקר הורדנו שני פריטים המתייחסים באופן ספציפי לבני נוער, והתאמנו שלושה פריטים לבני נוער ומתבגרים. הנבדקים מתבקשים לדרג בסולם מ-1 עד 3 כל אחת מההתנהגויות או התגובות הרגשיות לפי מידת שכיחותה. השאלון תורגם ונבדק גם בגרסה הערבית והניב מהימנות גבוהות לארבעת הסולמות שנכללים בו – דימוי עצמי חיובי, שליטה בכעסים, יחסים עם מבוגרים ומצבי רוח. דוגמה להיגד: "הרגשתי כועס מאוד". בבדיקות שנערכו בישראל התברר כי לשאלון מהימנות ותוקף גבוהים – $.89$, והוא מתאים מאוד למדידת קשיי הסתגלות ותפקוד של צעירים.

נבנו ארבעה סולמות של רווחה נפשית: סולם מתח רגשי (מהימנות המדד – $\alpha=.79$), סולם התנהגות אנטי-חברתית (מהימנות – $\alpha=.72$), סולם עצמי חיובי ($\alpha=.62$), וסולם בעיות וחוסר שליטה על כעסים ($\alpha=.74$). מהימנות המדד הכולל הייתה $\alpha=.89$.

שאלון שבדק אירועי לחץ משמעותיים

לצורך המחקר הנוכחי השתמשנו בשאלון הבדק אירועי חיים שליליים, שאותם חווים אנשים במהלך חייהם. השאלון הסתמך על רשימת אירועים שונים שבהם השתמשו חוקרים בעולם (כגון Zitzow, 1992), הוא כולל 25 אירועים ובעל מהימנות $\alpha=.77$.

המשיב מתבקש להשיב "כן", אם חווה אירוע כמוהו, או "לא", אם לא חווה אירוע כזה בחייו. פריט לדוגמה: "מוות של קרוב משפחה". הסולם נבנה כספירה של מספר אירועי לחץ שהתרחשו בשנה האחרונה. מהימנות המדד הייתה $\alpha = .78$

שאלות רקע

מלבד השאלונים הנ"ל, הנבדק התבקש לענות על שאלות רקע שחוברו לצורך המחקר הנוכחי והותאמו במיוחד לאוכלוסייתו. השאלות עוסקות גם במידת החשיפה לתרבות ה"אחרת" בחיי היום-יום (עבודה או לימודים משותפים עם בני התרבות האחרת וכדומה), לדוגמה: "עד כמה יוצא לך לפגוש אנשים בני גילך שהם יהודים?"

הליך המחקר

השאלונים הועברו למתבגרים ולבוגרים צעירים, אולם המחקר לא השווה בין טווחי גיל שונים.

ההליך בקרב מתבגרים

לאחר הכנת השאלונים וקבלת האישורים המתאימים והאתיים מהמדען הראשי של משרד החינוך, נעשתה פנייה למספר רב של מנהלי בתי ספר, על מנת לבקש את רשותם להעביר את השאלונים לתלמידי כיתות י עד יב. אף שהמחקר אושר על ידי המדען הראשי, מנהלים רבים לא אישרו את כניסת עורכת המחקר לבתי הספר. לאחר קבלת אישורי הכניסה לבתי הספר, החוקרת נכנסה לכיתות בליווי המחנכים, הציגה את עצמה, הסבירה לתלמידים את נושא המחקר, חשיבותו ותרומתו לבני גילם וביקשה את התייחסותם העניינית והכנה לשאלונים שיועברו להם. השאלונים חולקו לכל תלמידי הכיתות. השאלונים חולקו בבתי ספר נוצריים, יהודיים ומוסלמיים אשר אפשרו לנו להיכנס. המסגרות שנבחרו כפופות למשרד החינוך, והכיתות היו כיתות הטרוגניות שנבחרו באקראי.

הובהר שהשאלון הוא אנונימי, וכי הנתונים שיעובדו ממנו ישמשו רק לצורכי המחקר. הוסבר לתלמידים שלא מוטלת עליהם חובה למלא את השאלון, וכי הדבר נתון לשיקול דעתם הבלעדית. כמו כן נאמר להם שהם יכולים להפסיק את מילוי השאלונים, אם ירגישו שאינם יכולים להמשיך בכך. החוקרת נכחה בכיתות עם התלמידים בעת מילוי השאלונים והדריכה אותם כאשר הזדקקו. יש לציין כי הייתה היענות גבוהה למילוי השאלונים, וכי רק 3% מן התלמידים לא הסכימו להשתתף במחקר.

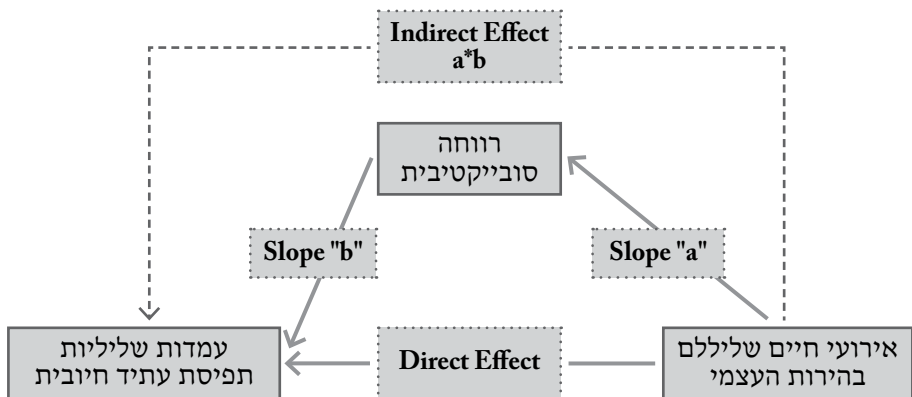
ההליך בקרב בוגרים צעירים

השאלונים הועברו לסטודנטים משלוש הדתות שלומדים באוניברסיטת תל-אביב, באוניברסיטה העברית בירושלים ובכמה מכללות בארץ ומתגוררים בכל רחבי הארץ. נוסף על כך, השאלונים הועברו באופן אקראי לאזרחים מן השורה במקומות עבודה, כדי לנסות להגיע לכל שכבות האוכלוסייה, ולא להסתפק רק באקדמאים. הנבדקים אותרו כמדגם נוחות, ונבחרו נחקרים הנגישים לעורכת המחקר. בזמן העברת השאלונים

הוסבר לנבדקים מה מטרת המחקר, ומה עליהם לעשות. חלק נענו לבקשת החוקרת ומילאו את השאלונים מיידית, ועם החלק האחר תואם מועד החזרה מאוחר יותר של השאלונים. גם בקרב הבוגרים הצעירים הייענות הייתה גבוהה. חלקם החזירו את השאלון מייד, ומן החלק האחר השאלונים נאספו על ידי החוקרת במועד מאוחר יותר.

ניתוחים סטטיסטיים

הגישה המרכזית לבדיקת ההשערות היא של מודל רגרסיה ליניארי, שבעזרתו מצפים למצוא קשרים בין משתני המחקר, כפי שעולה מפרק ההשערות. שני משתנים הוגדרו כמשתנים תלויים: תפיסת עתיד חיובית ועמדות שליליות כלפי החיים. מודל הרגרסיה בודק את ההשערות כהשלמה לאומדן מתאמי פירסון בין משתני המחקר. הבדיקה נעשית בשני צעדים. בצעד הראשון מוצגים משתני הרקע כמשתנים מסבירים, ובעיקר משתנה הקבוצה האתנית, במטרה לספק תשובה להשערה ג, ובהמשך, בצעד השני, נוסף משתנה מסביר רלוונטי לבדיקת כל השערה (א עד ג) בנפרד. אם נמצא כי בין הצעד הראשון לצעד השני שיעור ההסבר עלה באופן מובהק, נוכל לטעון כי למשתנה הנוסף תרומה משמעותית למודל. כהקדמה למודל הרגרסיה, לצורך בדיקה ראשונית של השערות א עד ג, נבדקו כאמור מתאמי פירסון. לצורך בדיקת השערה ד, נבדקו ההבדלים בין הקבוצות האתניות במבחן ניתוח שונות, עם חקירה ממשיכה לדירוג הממוצעים, שמבוססת על השוואה זוגית עם תיקון בונפרוני לניתוח מרובה. השערה ה נבדקה במודל תיווך, המבוסס על שני מודלים של רגרסיה משותפים, כך שניתן להעריך קשר עקיף בין משתנה בלתי תלוי למשתנה תלוי דרך משתנה ביניים מתווך. להשערה זאת השתמשנו בפרוצדורה PROCESS, שפותחה על ידי הייז (Hayes, 2013). איור 1 להלן מציג באופן עקרוני מהו מודל תיווך. משוואת רגרסיה אחת היא הקשר בין אירועי החיים והרווחה לעמדות כלפי החיים והעתיד, והמשוואה השנייה היא הקשר בין אירועי החיים לרווחה. ממקדמי הקשר נאמד הקשר העקיף, שהוא מכפלת מקדמי הרגרסיות. כדי לבדוק מובהקות לקשר זה, נבדק המודל בדגימה חוזרת (bootstrapping).



איור 1: הצגה עקרונית של מודל התיווך

תוצאות

לצורך בדיקת ארבע השערות המחקר, בוצעו מתאמי פירסון בין המשתנים המסבירים לבין עצמם. ארבע ההשערות שנחקרו זכו לאישוש ראשוני.

לוח 1: מדדי מרכזיות ופיזור של מדדי המחקר ומתאמי פירסון בין מדדי המחקר (N=437)

מספר אירועי לחץ	תפיסת עתיד חיובית	עמדות שליליות כלפי החיים	רווחה עצמית	בהירות מושג העצמי	בהירות מושג העצמי
					-
				.48***	רווחה עצמית
			-.56***	-.39***	עמדות שליליות כלפי החיים
		-.56***	.38***	.22***	תפיסת עתיד חיובית
	-.21***	.31***	-.31***	-.20***	מספר אירועי לחץ
10.47	3.88	2.22	2.36	3.25	ממוצע
4.68	0.65	0.51	0.29	0.71	סטיית תקן
0-26	1-5	1-4	1-3	1-5	טווח

***p<.001

לוח 1 לעיל מציג מדדי מרכזיות ופיזור למדדי המחקר ומתאמים זוגיים (מקדמי מתאם של פירסון): (א) נמצאו מתאם שלילי בין מספר אירועי לחץ לבין תפיסת עתיד חיובית, בהירות מושג העצמי ורווחה עצמית ומתאם חיובי בין מספר אירועי הלחץ ובין עמדות שליליות כלפי החיים; (ב) נמצאו מתאמים חיובים בין בהירות מושג העצמי לבין תפיסת עתיד חיובית ורווחה עצמית ומתאם שלילי בין בהירות מושג העצמי ובין מספר אירועי לחץ ועמדות שליליות כלפי החיים; (ג) נמצאו מתאם חיובי בין רווחה עצמית ובין בהירות מושג העצמי ומתאם שלילי בין רווחה עצמית ובין מספר אירועי לחץ; (ד) נמצאו מתאם חיובי בין בהירות מושג העצמי לבין רווחה עצמית ותפיסת עתיד חיובית ומתאם שלילי בין בהירות מושג העצמי ובין עמדות שליליות כלפי החיים ומספר אירועי לחץ.

לוח 2: ניתוח שונות חד-משתני חד-כיווני למשתני המחקר עם השוואה בין הקבוצות האתניות

המדד	נוצרים (n=198)	מוסלמים (n=145)	יהודים (n=94)	F	η_p^2
תפיסת עתיד חיובית	3.89 ^{ab} (0.63)	3.78 ^a (0.68)	4.01 ^b (0.62)	3.71*	.02
עמדות שליליות כלפי החיים	2.20 ^a (0.48)	2.35 ^b (0.52)	2.08 ^a (0.53)	8.95***	.04
מספר אירועי לחץ	9.72 ^a (4.29)	10.62 ^{ab} (5.00)	11.81 ^b (4.71)	6.60**	.03
בהירות מושג העצמי	3.30 (0.71)	3.18 (0.70)	3.23 (0.73)	1.25	.006
רווחה אישית	2.38 ^b (0.28)	2.27 ^a (0.29)	2.47 ^c (0.26)	15.23***	.07

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

הערה: השוואה זוגית בקבוצות האתניות עם תיקון בונפרוני לריבוי מבחנים, אותיות לטיניות קטנות לדירוג ממוצעי הקבוצות, מהנמוך לגבוה.

נערכה חזרה נוספת של ניתוחים אלה בפיקוח הגיל, ונמצא כי לגיל ישנו אפקט על רמת העמדות השליליות כלפי החיים ($F=7.29$, $p=.007$) ועל מספר אירועי הלחץ ($F=5.23$, $p=.023$), אך אין בכך כדי לשנות את ההשוואה בין הקבוצות האתניות; משמע, לגיל יש אפקט אחיד בכל הקבוצות שנבדקו. בנוסף, ניתוח השוואתי של משתנה הגיל לאורך הקבוצות האתניות הראה כי המשתתפים היהודים היו מבוגרים יותר מאשר המשתתפים הנוצרים והמוסלמים ($F=48.50$, $p<.001$), הבדל שמקורו ככל הנראה בכך שסטודנטים יהודים מגיעים ללימודים לאחר שירות צבאי, ולכן מבוגרים יותר.

לוח 2 מציג ניתוחי שונות לבחינת ההבדלים בין הקבוצות השונות במדגם. בארבעה משתני מחקר מתוך החמישה שנבדקו נמצאו הבדלים בין הקבוצות, תפיסת עתיד חיובית, עמדות שליליות, אירועי לחץ ורווחה אישית. הניתוח מראה קודם כול שאין הבדל ברמת החשיפה לאירועי חיים בין הקבוצות, מה שמוכיח דגימה אקראית. מעבר לכך, באופן עקרוני, מתקבלת תמיכה להשערה ג בדבר הבדלים אתניים ותרבותיים שמובילים לתפיסות סובייקטיביות ומחשבות שונות. מצד שני, בניגוד למשוער, דווקא בקרב הנחקרים המוסלמים היו תפיסת עתיד חיובית ורווחה נפשית נמוכות יותר והעמדות השליליות היו גבוהות יותר.

לוח 3: תוצאות ניתוח רגרסיה בצעדים לבדיקת אפקטים של משתני רקע, אירועי חיים ובהירות מושג העצמי על תפיסת עתיד ועמדות שליליות

עמדות שליליות כלפי החיים			תפיסת עתיד חיובית			משתנים תלויים ←
β	SE	B	β	SE	B	משתנים מסבירים
צעד 1						
.14**	0.05	0.15	-.10*	0.07	-0.13	מגדר
-.14**	0.01	-0.02	-.03	0.01	-0.01	גיל
.05	0.07	0.05	-.11	0.09	-0.14	נוצרי לעומת יהודי
.20**	0.07	0.22	-.19**	0.09	-0.26	מוסלמי לעומת יהודי
		.075***			.027*	R ²
צעד 2 (השערה 1)						
.34***	0.01	0.04	-.22***	0.01	-0.03	מספר אירועי לחץ
		.106***			.043***	ΔR^2
		.181***			.070***	R ²
		5,431			5,431	Df
		19.09***			6.48****	F
צעד 2 (השערה 2)						
-.37***	.03	-.26	.21***	.04	.19	בהירות מושג העצמי
		.132***			.044	ΔR^2
		.207***			.071***	R ²
		5,431			5,431	Df
		22.54***			6.64***	F
צעד 2 (השערה 3)						
-.54***	0.07	-0.96	.37***	.10	.84	רווחה אישית
		.271***			.130***	ΔR^2
		.346***			.157***	R ²
		5,431			5,431	Df
		45.60***			16.11***	F

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

לוח 3 מציג מקדמי רגרסיה שנאמדו על תפיסות עתיד ועמדות שליליות כלפי החיים. בצעד הראשון נבדקו הקשרים בין משתני הרקע ושני המשתנים התלויים, כל אחד בנפרד, במודל רגרסיה ליניארית. בצעד השני נבדק הקשר בין המשתנים התלויים לאחד ממשתני המחקר, כפי שנוסח בהשערות, בשלוש חזרות בלתי תלויות. הערכה בנוגע לטיב המודל נבדקה בשני מדדי טיב התאמה. המדד הראשון הוא תוספת ההסבר שמשפך המודל ($R^2\Delta$), והמדד השני הוא מובהקות מקדם הרגרסיה, או מובהקות ההסבר, שמשפך משתנה ההשערה. התוצאות מצביעות על תפיסות עתיד חיוביות ברמה נמוכה יותר בקרב בנות מאשר בקרב בנים ($B=-0.13, p<.05$) ועל רמה נמוכה יותר בקרב נוער מוסלמי מאשר בקרב נוער יהודי ($B=-0.26, p<.01$). ממצא זה הוא בהמשך לממצאי ניתוח השונות לעיל וסותר את השערה ג. לבנות היו עמדות חיוביות פחות כלפי החיים מאשר לבנים ($B=0.15, p<.01$), וכך גם לנוער מוסלמי לעומת נוער יהודי ($B=0.22, p<.05$). כמו כן לנערים הבוגרים היו עמדות שליליות מעטות יותר כלפי החיים מאשר לצעירים ($B=-0.02, p<.01$), כפי שעולה גם מההערה לניתוחי השונות. התוספת של משתני המחקר לבדיקת שלוש ההשערות הראשונות מספקת תמיכה בהשערות אלה, כצפוי מניסוח ההשערות. לרמה גבוהה יותר של אירועי לחץ יש אפקט שלילי על תפיסת עתיד חיובית ואפקט חיובי על עמדות שליליות ($B=-0.03, p<.001$; $B=0.04, p<.001$, בהתאמה). ככל שנבדקים חוו אירועי חיים מעוררי לחץ רבים יותר, הם תפסו את העתיד כחיובי פחות ופיתחו עמדות שליליות רבות יותר כלפי החיים, כפי שנוסח בהשערה א. באשר לשתי ההשערות הנוספות, נמצא קשר חיובי בין רווחה אישית ובהירות המושג העצמי ובין תפיסות עתיד חיוביות, כאשר המסבירים הם בהירות מושג העצמי ורווחה אישית ($B=0.19, p<.001$; $B=0.84, p<.001$, בהתאמה), כלומר ככל שרמות בהירות מושג העצמי והרווחה אישית גבוהות יותר מתפתחת תפיסת עתיד חיובית יותר; ולהפך, נמצא קשר שלילי בין רמות בהירות מושג העצמי ורווחה אישית גבוהות ובין עמדות שליליות כלפי החיים ($B=-0.26, p<.001$; $B=-0.96, p<.001$, בהתאמה). בכל מקרה, תוספת משתנים מסבירים מעלה בצורה מובהקת את שיעור ההסבר שמשפך המודל בכל אחד מהשלבים, למעט המעבר מצעד ראשון לצעד שני בבהירות מושג העצמי, כאשר המשתנה התלוי הוא תפיסת עתיד חיובית.

לוח 4: הקשר בין היסטוריה של אירועי לחץ ובהירות מושג העצמי לבין עמדות ותפיסת עתיד בתיווך הרווחה הנפשית

בלתי תלוי	מתווך	תלוי	ב"ת ← מתווך	מתווך ← ב"ת	ב"ת ← תלוי	אפקט עקיף	95% טווח ביטחון
מספר אירועי לחץ	רווחה	עמדות שליליות	-.02*** (.003)	-.85*** (.07)	.02*** (.01)	.02* (.003)	[.01, .03]
מספר אירועי לחץ	רווחה	תפיסת עתיד	-.02*** (.003)	.77*** (.11)	-.01* (.007)	-.02* (.004)	[-.02, -.01]
בהירות מושג העצמי	רווחה	עמדות שליליות	.20*** (.02)	-.83*** (.08)	-.10** (.03)	-.16* (.02)	[-.21, -.12]
בהירות מושג העצמי	רווחה	תפיסת עתיד	.20*** (.02)	.79*** (.12)	.04 (.05)	.15* (.03)	[.10, .13]

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

החלק האחרון הוא בדיקת השערה ה, שבה נוסחה האפשרות שרווחה סובייקטיבית מתווכת בין אירועים ובהירות מושג העצמי לבין עמדות שליליות ותפיסת עתיד. נמצאו ארבעה קשרי תיווך כאלה, שמספקים תמיכה רחבה להשערה זו. אפשר להסביר אפקט של אירועי לחץ על עמדות שליליות ועל תפיסת עתיד גם דרך הרווחה. במקרה הראשון, אם מספר אירועי לחץ הוא גבוה, נצפה לרווחה נמוכה יותר, וכאשר הרווחה נמוכה יותר, נצפה לעמדות שליליות גבוהות יותר. כאשר המשתנה התלוי הוא תפיסת עתיד, רמת רווחה נמוכה יותר קשורה לרמת תפיסת עתיד חיובית פחות. להגדרת מושג העצמי קשר חיובי עם רמת הרווחה האישית, וברמה גבוהה יותר של רווחה, הקשר עם עמדות שליליות הוא שלילי, ואילו הקשר עם תפיסת עתיד הוא חיובי. באמידת אפקט התיווך השתמשנו כאמור בפרוצדורת PROCESS, שפותחה עבור תוכנת SPSS במודל 4 (Hayes, 2013). מקדם הקשר העקיף מחושב, ועל כן, לצורך הערכת השונות שלו במטרה לקבוע רמת מובהקות, ישנם שני כלים אפשריים: הכלי הראשון הוא חישוב שונות משותפת לשני המקדמים המרכיבים את הקשר העקיף, כפי שהציעו בארון וקיני (Baron & Kenny, 1986), או לחלופין, אפשר לאמוד מקדמי קשר במדידות חוזרות מסוג bootstrapping, כפי שנעשה בעזרת PROCESS. במקרה האחרון נמצא אפקט עקיף מלא, שמשמעותו כי לא ניתן להסביר את הקשר בין בהירות מושג העצמי לתפיסת העתיד, אלא דרך התיווך של הרווחה.

דיון

נקודת המוצא למחקר הנוכחי הייתה ההכרה בעמדות שליליות כלפי החיים כגורם סיכון להתנהגות אובדנית והתאבדות. במסגרת המחקר נבדקו השפעות בהירות מושג העצמי, רווחה עצמית, תפיסה עצמית חיובית וחשיפה לאירועים מעוררי לחץ על עמדות שליליות כלפי החיים. המחקר נעשה בקרב יהודים, ערבים מוסלמים וערבים נוצרים בגיל ההתבגרות ובגיל הבגרות הצומחת. המטרה הייתה לקבל תמונה כוללת של כל אוכלוסיית המחקר, ובהמשך – גם להבחין בין תת-האוכלוסיות. ממצאי המחקר הנוכחי מחדשים בתחומים אלו ותומכים בטענת המחקר שמאפיינים של בהירות הזהות האישית, הרווחה העצמית והחשיפה לאירועים מעוררי לחץ מסבירים את השונות בעמדות כלפי החיים, חיוביות ושליליות כאחד, דבר המעניק היבט נוסף לאיתור מתבגרים בסיכון אובדני וכן לבניית תוכניות מניעה.

בהירות מושג העצמי והרווחה הנפשית

מן המחקר עולה שבהירות מושג העצמי והרווחה הנפשית משפיעים בצורה מובהקת וישירה על תפיסת עתיד חיובית ועל כמות פחותה של עמדות שליליות כלפי החיים, דבר המעיד על כך שמתבגר בעל זהות עצמית ברורה אשר מדווח על רווחה נפשית גבוהה, עמדותיו כלפי החיים תהינה שליליות פחות, והוא ירגיש טוב יותר עם עצמו. כמו כן נמצא מתאם מובהק בין רווחה נפשית ובהירות זהות עצמית: בהירות גבוהה של מושג העצמי מעידה על רווחה נפשית טובה. המסקנה היא שיש קשר בין בהירות

הזהות העצמית לתפיסת העתיד ולרווחה הנפשית: ככל שבהירות הזהות העצמית גבוהה יותר, תפיסת העתיד והרווחה הנפשית חיוביות יותר, והעמדות השליליות כלפי החיים פחותות.

לפיכך, ככל שתגבר אי-הבהירות של מושג העצמי, תתרבינה העמדות השליליות. דברים אלו עולים בקנה אחד עם מחקרם של זמבונגה ועמיתים (Zamboanga, Schwartz, Jarvis, & Van, 2009), שצינו כי בהירות של מושג העצמי היא גורם מגן מהתנהגויות לא בריאות. כמו כן, מי שמצליח לגבש זהות פנימית, הרווחה הפסיכולוגית שלו תהיה גבוהה יותר מאשר זו של פרט בעל קשיים בזהות, שייתפס כאדם לחץ (Iwamoto & Liu, 2010).

כמו כן, במחקרים עדכנים של לרסון, וסברה (Larson & Sbarra, 2015) נמצא שבעלי בהירות זהות אישית גבוהה יכולים להתאושש רגשית בקלות לאחר היתקלות בבעיות. לטענתם, הדבר העיקרי הוא יכולת הארגון מחדש של ההערכה העצמית, שכן האנשים שמתקשים להתאושש הם בעלי בהירות נמוכה של מושג העצמי, אולם הגברה של בהירות זו מפחיתה את הפגיעה הרגשית והבדידות. במחקר אחר, של מיטל (Mittal, 2015), נראה שבעלי זהות אישית נמוכה הם המשתמשים בסגנונות התמודדות של התנתקות, כגון בילוי בקניות, כדרך להתמודדות ובריחה. גם חוקרים נוספים טענו שמיטביות פסיכולוגית מעידה על מעורבות אזרחית, והקשר ביניהן מוביל להשגת אושר אותנטי, לחיים בעלי משמעות ולתפיסה חיובית של העתיד (Zalewska & Zawadzka, 2016). מסקירת הספרות ניתן להסיק עד כמה בהירות הזהות האישית משפיעה על הרווחה הנפשית של הפרט.

אירועי לחץ ועמדות שליליות כלפי החיים

אירועי לחץ עלולים להגביר את אי-הבהירות העצמית ואת העמדות השליליות כלפי החיים, ומצד שני ריבוי האירועים מעוררי לחץ גורם לרווחה נפשית פחותה ולעמדות שליליות רבות יותר כלפי החיים. בספרות מופיעה ההנחה שאירועי חיים משמעותיים שליליים, בניגוד לחיוביים, קשורים לרווחה נפשית פחותה (McCullough, 2000).

בהתבוננות במי שחשוף יותר לאירועים מעוררי לחץ ניתן להסיק שבהירות מושג העצמי של אותו פרט ורווחתו העצמית נמוכות יותר ותפיסת העתיד שלו שלילית יותר, ממי שחשוף פחות לאירועים מעוררי לחץ, דבר המעיד על הימצאות עמדות שליליות יותר כלפי החיים. נוסף על אלה, נמצאו מתאמים חיוביים בין בהירות מושג העצמי לבין תפיסת עתיד חיובית ורווחה נפשית ומתאם שלילי עם עמדות שליליות כלפי החיים. בהירות רבה של מושג העצמי מעידה על רווחה עצמית גבוהה יותר ועל תפיסת עתיד טובה. לחלופין, היעדר ביטויים של מצוקה, כלומר בהירות עצמית גבוהה, משמעו רווחה נפשית גבוהה.

במחקר הנוכחי נמצא עוד שתפיסת עתיד חיובית ורווחה נפשית הן נמוכות בקרב מוסלמים, בהשוואה ליהודים. בנוסף העמדות שליליות כלפי החיים בקרב המוסלמים גבוהות יותר מאשר בקרב היהודים. תוצאות אלה מעידות על כך שהמגזר המוסלמי

המתגורר בישראל שרוי במצוקה. מצוקה זו גורמת לעלייה בעמדות השליליות כלפי החיים. הסיבה לכך עשויה לנבוע מניסיון החברה המוסלמית לשלוט בחבריה ולמנוע מהם ביטוי אישי ובחירה שמתאימה להם. נוסף על כך מצוי פער רב בין המסורת לבין התפיסות האישיות של הצעירים. המסורת עדיין שולטת בקרב הציבור המוסלמי, ואילו הצעירים, החשופים לאינטרנט ולטלוויזיה, רוצים להידמות לחברה המודרנית שהם מתגוררים בקרבה. דבר זה מגביר את הסיכוי לבעיות בתקשורת שלהם עם ההורים והמשפחה. עקב כך הם חשים תחושות שליליות ועמדותיהם כלפי החיים שליליות יותר מהאחרים.

ממצאים אלה עשויים להעיד על סבירות גבוהה יותר שלפרט בחברה זו תהינה תפיסת עתיד חיובית נמוכה ורמה גבוהה של עמדות שליליות כלפי החיים; זאת במיוחד כאשר הוא נתקל באירועי לחץ רבים, דבר הפוגע ברווחתו הנפשית וברמת הבהירות של מושג העצמי שלו. מכאן יש סבירות גבוהה שהוא יגלוש להתנהגות אובדנית והתאבדות. לפי הגישה הקוגניטיבית של ביק, הנטייה האובדנית נובעת משלושה דפוסי חשיבה הכוללים עמדות שליליות של הפרט האובדני, הן כלפי עצמו והן כלפי העולם ועתידו. עמדות אלה מתגבשות לתחושה של ייאוש מתמשך ללא תקווה באופק, והפרט מרגיש שהמוות הוא הפתרון הבלעדי (קרוסון, בוצר ומינקה, 2001, עמ' 308–389). גם ליטמן (Litman, 1967) התייחס לתהליך האובדני כאל תהליך דינמי המתחיל כפנטזיה בחלק מנותק מהאגו שאינו מעורר חרדה. חלק זה פועל באופן אוטונומי ומתרחב באמצעות מחשבות, איומים מילוליים והתנהגויות אובדניות עד לכדי שכנוע עצמי ה"מקל" על המעבר לתהליך הביצוע.

עם זאת, את מערכת הקשרים המובהקים שהתקבלה בין משתני המחקר השונים ניתן להסביר כהשפעה הדדית של המשתנים: כל המשתנים שהוזכרו לעיל תלויים באופן ישיר זה בזה, וקיימת סבירות שהימצאות גורם אחד תוביל להופעת הגורם השני, ואילו היעדרו ימנע את הופעת הגורם האחר. תמיכה לכך נמצאת במחקרם של גופטה ובוגרה (Gupta & Bhugra, 2009), שגרסו שבעקבות הגירה יש עלייה בהתעסקות במוות ובהופעת מחלות נפשיות, אך אם הפרט לא יחשף לאירוע לחץ מסוים, ישנה סבירות גבוהה שלא יופיעו אצלו עמדות שליליות כלפי החיים.

כמו כן, בהירות עצמית גבוהה תגביר את תפיסתו החיובית של הפרט כלפי החיים. עובדה זו תגביר את רווחתו הנפשית ותשפיע על התנהלותו האישית. לכן השפעת אירועים מעוררי לחץ עליו תהיה פחותה, מה שיפחית את עמדותיו השליליות כלפי החיים. לדברי קול (Cole, 1985), ככל שיש קשיים בהסתגלות, גדלים הסיכויים להתפתחותה של הפרעה נפשית. גם ממחקרם של חורש ועמיתים (Horeish et al., 2003) עולה כי מתבגרים בעלי נטיות אובדניות חוו אירועי חיים שליליים רבים יותר מאשר קבוצת הביקורת. כך גם פורטצקי ועמיתים (Portzky et al., 2005) מצאו כי בני נוער שהתאבדו חוו ריבוי אירועים מעוררי לחץ זמן קצר לפני מותם. גם צ'אנג (Chang, 2002) בדק את הקשר בין רמות שונות של דיכאון לאירועי לחץ. הוא הראה כי ככל שציוני הדיכאון היו נמוכים יותר, כך דיווחו הנבדקים על מספר פחות של היתקלויות באירועים מעוררי לחץ במהלך חייהם. נוסף על גורמים אלה נמצא קשר בין אובדנות

לקשיים לימודיים בבתי ספר תיכוניים. פרסקו ועמיתים (Fresco et al., 2007) מצאו שחשיפה לאירועי חיים שליליים קשורה לעלייה ברמת הדיכאון בקרב התלמידים. ממצאי המחקר הנוכחי מעידים שכדי להבין את עמדות המתבגרים והבוגרים הצעירים ומחשבותיהם יש להתעמק בהבנת המאפיינים הפסיכולוגיים והסוציולוגיים של כל אחד ואחד מהם. כן חשוב להתייחס לאירועי הלחץ שנחשפו אליהם, בהיות האירועים קשורים לשביעות רצון מהחיים, לרווחתם בחיים ולתפיסת עתיד וכן לעמדות חיוביות ושליליות כלפי החיים. נוסף על אלה, מן המחקר עולה שהקשר בין בהירות גבוהה של מושג העצמי ושל רווחה עצמית גבוהה לבין מספר קטן יותר של עמדות שליליות כלפי החיים, וכן הקשר בין אירועים מעוררי לחץ ורמות גבוהות יותר של בלבול בזהות ועמדות שליליות כלפי החיים, הם אוניברסליים, ואינם מקומיים ותלויי חברה.

המרכיבים שצוינו לעיל, ובמיוחד המצבים שבהם המתבגרים והבוגרים הצעירים נקלעו לאירועי לחץ, משפיעים על עמדותיהם כלפי החיים והמוות. הם מדווחים על השפעת האירועים השליליים על מעורבות בהתנהגויות סיכוניות (Auerbach et al., 2010), כלומר לאירועי הלחץ ישנה השפעה על העמדות השליליות כלפי החיים, ולא ניתן להתעלם מהשפעה זו.

לסיכום, אף על פי שנערכו מחקרים על אודות זהות אישית וזהות תרבותית בקרב אוכלוסיות ומגזרים שונים בעולם ובארץ, טרם נערכו מחקרים על הקשר שבין השפעת הזהות העצמית והרווחה הנפשית על עמדות שליליות כלפי החיים בקרב מתבגרים ובוגרים צעירים יהודים, נוצרים ומוסלמים המתגוררים במדינת ישראל. כמו כן לא נערכה השוואה בין האוכלוסיות השונות במדינת ישראל, כך שהמחקר הנוכחי מחדש בתחומים אלו ומדגיש את ההבדלים בין האוכלוסיות השונות.

מגבלות המחקר והצעה למחקרים נוספים

למחקר הנוכחי ישנן מגבלות אחדות: המגבלה הראשונה היא אופן העברת השאלונים – אלו הועברו לכל האוכלוסייה היהודית, בלי הבחנה בין עדות שונות, ארץ לידה ומקום מגורים קודם. מצב זה יצר תמונה כוללת של האוכלוסייה הזו, ללא בדיקה ייחודית של כל קבוצה או עדה בנפרד. נוסף על כך, לא התייחסנו במחקר לגורם העלייה – אם המתבגר הוא יליד הארץ, ואם לא – מתי הוא עלה ארצה. גם העברת השאלונים בקרב האוכלוסייה הערבית המוסלמית והאוכלוסייה הערבית הנוצרית נעשתה בלי הבחנה בין העדות השונות, מקום מגורים קודם (מעבר מכפר לעיר), אזרחות חדשה והורים ממוצא שונה. אי-לכך נדרשת ערנות רבה יותר לשונות בתוך קבוצות היהודים, הנוצרים והמוסלמים. עניין זה משמעותי להבנת הזהות העצמית, הרווחה הנפשית והעמדות השליליות כלפי החיים, כדברי קלדרון (2000): "ישראל היא מדינת מהגרים. יש בה אנשים רבים שנעקרו ממקום הולדתם בעבר הרחוק או הקרוב, ועקב זאת אוכלוסייה זו מלאה בקרעים שבדרך כלל אינם ניתנים לאיחוי". מגבלה נוספת הייתה אי-מדידה ואי-חקירה של משתנה הדיכאון, שהוא משתנה חשוב ובעל השפעה על עמדות שליליות כלפי החיים.

בעקבות האמור כאן, יש מקום להרחיב את המחקר ולערוך מספר מחקרים נוספים, שיכללו את המתבגרים והבוגרים הצעירים הערבים על כל גווניהם ומכל המרחב הגאוגרפי בישראל, ואת ההבדלים בין כל תת-הקבוצות, כגון: מתבגרים ובוגרים צעירים בדווים מאזור הנגב ומצפון הארץ, מתבגרים ערבים המתגוררים בערים ערביות, מתבגרים ערביים – נוצרים מוסלמים ודרוזים – המתגוררים באותו האזור, מתבגרים נוצרים מעדות שונות, מתבגרים דרוזים, מתבגרים יהודים מעדות שונות, מתבגרים ממשפחות ממיצב סוציו-אקונומי בינוני ומתבגרים ממשפחות עניות, מתבגרים ערבים המתגוררים בכפרים בקרבת ריכוזים יהודיים ומתבגרים המתגוררים בכפרים נידחים. כמו כן, מומלץ להתייחס להבדלים בין הגילאים. אם יתבצעו מחקרים רחבי היקף כאלה, ניתן יהיה לקבל תמונה מהימנה ואמיתית על הזהות האישית ועל העמדות כלפי החיים של המתבגרים והבוגרים הערבים והיהודים החיים במדינת ישראל.

השלכות המחקר

כדי להבין באופן מלא ככל האפשר את עולמם הפנימי של המתבגרים והבוגרים הצעירים ואת עמדותיהם כלפי החיים, אנו מחויבים להתייחס לבהירות העצמית, לאירועי הלחץ השליליים שהם נתקלים בהם ולרווחתם הנפשית.

לאור ממצאי המחקר, מוצע לעבוד עם המתבגרים בבתי הספר בכל המגזרים. התערבות זאת מצריכה ייעוץ פסיכולוגי, שיאפשר למתבגרים לדבר בפתחות על עמדותיהם השליליות כלפי החיים. מהלך זה אינו צריך להרתיע את היועצים החינוכיים, כיוון שכפי שנוכחנו לדעת, עמדות שליליות כלפי החיים מאפיינות את גיל ההתבגרות, וכאשר מאפשרים למתבגר לשוחח על רגשותיו ולשמוע את הרגשות והמחשבות של בני גילו, הוא חש שאינו היחיד שיש לו תחושות כאלה, בבחינת "צרת רבים חצי נחמה" (קאקונדה-מועלם, 2013). "נרמול" התופעה עשוי לשמש גורם שיפחית את דאגותיו של המתבגר ואת הרגשת אי-שביעות הרצון מחייו.

המסקנה האופרטיבית מכל האמור לעיל היא כי יש לגבש תוכניות התערבות בית ספריות שתסייענה בגיבוש זהות, תטפחנה את המודעות העצמית ותסייענה במתן כלי התמודדות שישפיעו לטובה על העמדות כלפי החיים. כמו כן מומלץ לגבש תוכנית למניעת אובדנות בקרב המתבגרים במגזרים השונים, דהיינו להבנות מערכי שיעורים בנויים ומאורגנים במסגרת תוכנית כישורי חיים, שבהם המתבגר ילמד מה חושבים עמיתיו על זהותם העצמית ואף ישמיע דבריו בסוגיה זו. בנוסף מומלץ לעבוד על הבניה חדשה של אירועים שעברו המתבגרים בדרך שתהפוך אירוע קשה לאירוע שעשוי להוביל לתפנית חיובית ולגילוי כוחות; זאת דרך שמיעת סיפורים משמעותיים של אחרים והשמעת סיפורים שלהם עצמם, מה שיכול להיות השראה והזדמנות ללמידה ולהתפתחות אישית ולתרום לרווחתם, דהיינו להכשירם בדרך שתאפשר להם לצמוח ממשבר (Tavernier & Willoughby, 2012). דבר זה יוכל להתבצע רק לאחר הכשרת יועצים חינוכיים ומחנכים בנושא הזהות האישית ובנושא התמודדות עם קשיים ומשברים, כדי שיוכלו להעביר נושאים מורכבים אלו.

כל התוכניות האמורות תסייענה לגורמים השונים לאתר את המתבגרים בעלי העמדות השליליות כלפי החיים ואת אלה שיש להם מחשבות אובדניות או אף ניסו להתאבד. בנוסף, יש לגבש קבוצות תמיכה, בכדי לפתח את החוסן הנפשי של אותם מתבגרים הזקוקים לכך. יש להפנות מתבגרים אלו לטיפולים הממוקדים בקוגניציה, כגון CBT, טיפול שבו משתדלים לשנות את העמדות והיחוסים השליליים של המתבגר, כחלק מתהליך הטיפול בתסמיני הדיכאון והאובדנות (לוי בלז, 2016). ממצאי המחקר הנוכחי מבליטים את הצורך להעלות לסדר היום החינוכי את מכלול חייהם של המתבגרים, ולא רק את הישגיהם הלימודיים. לכן מומלץ לשתף בכך את כל הגורמים במערכת החינוך, במיוחד את היועצים והמחנכים. בנוסף מומלץ להדגיש את ההבדלים הבין-תרבותיים, במיוחד נוכח העובדה שהמתבגרים משתייכים לאוכלוסיות אתניות שונות ומגוונות (Hettige et al., 2017). מערכת החינוך צריכה להקדיש תשומת לב מיוחדת לקבוצות המיעוט ולמצוא דרכים יצירתיות בכדי להקל על מצוקתן ולהעצים אותן (Benator et al., 2017).

לבסוף, הכרחי לחשוף את ההורים לנושא ולתת להם כלים להתמודד, ובכך להשלים את המעגל המקיף את המתבגרים. אף שהורים לא נבדקו במחקר זה, חשוב ליצור קבוצות תמיכה הוריות באמצעות חשיפתם לחשיבות תמיכה זו והשתתפות בסדנאות בנושאי גיל ההתבגרות; זאת בעקבות ממצאים שהראו כי מתבגרים שהוריהם היו מעורבים בחייהם תקשרו באופן בטוח יותר והתנהגותם הייתה בעייתית פחות מאשר מתבגרים שהוריהם היו לא מעורבים ורחוקים (Van, Vansteenkiste, & Beyers, 2013). משאבי התמיכה בסביבתם של המתבגרים מנבאים על מסוגלותם העצמית להתמודד במצבי המצוקה השונים, שכן הם מחלישים את עוצמתו הנתפסת של המשבר ומשפרים כישורי התמודדות עם גורמי סיכון (Frost, Meyer, & Schwartz, 2016).

מקורות

- אילון, ע' ולהד, מ' (2000). **חיים על הגבול: התמודדות במצבי לחץ, אי ודאות, סיכונים ביטחוניים, צמצום האלימות ומעבר לשלום**. חיפה: נורד.
- ברמן, ד' (2017). **ילדים בישראל שנתון 2016**. ירושלים: המועצה הלאומית לשלום הילד.
- ג'יימסון, ק' (2000). **הלילה ממחר לרדת: להבין את ההתאבדות**. תל אביב: מטר.
- חן גל, ש', אלמוג, ר' וסימן טוב, י' (2007). הקשר בין מידת היחשפותן של יועצות חינוכיות לאירועים אובדניים ורמת הידע שלהן בנושא תוכניות מניעה בתחום האובדנות לבין מסוגלותן העצמית. **הייעוץ החינוכי, יד**, 177–195.
- לוי בלז, י' (2016). גורמי סיכון פסיכולוגיים להתאבדות בקרב צעירים. בתוך י' לוי בלז, ע' ברונשטיין קלומק, י' גביעון וא' אפטר (עורכים), **להאיר את הרי החושך התנהגות אובדנית בקרב בני נוער** (עמ' 109–135). תל אביב: דיונון.
- מוכתר-גרינשטיין, ג' (2007). **תפיסתם של תלמידים יהודים וערבים את המעבר מבית הספר היסודי לחטיבת הבינים**. עבודת מוסמך. אוניברסיטת תל-אביב.
- קאקונדה-מועלים, ה' (2002). **מחשבות אובדנות בקרב נערים ונערות במגזר הערבי**. עבודת מוסמך. אוניברסיטת תל-אביב.

קאקונדה-מועלם, ה' (2013). **הקשר בין בהירות הזהות התרבותית לבין סגנונות ההתמודדות, רווחה נפשית ועמדות כלפי החיים בקרב מתבגרים ומבוגרים צעירים**. עבודת דוקטור. אוניברסיטת תל-אביב.

קלדרון, נ' (2000). **פלורליסטים בעל כורחם: על ריבוי התרבויות של הישראלים**. חיפה: זמורה-ביתן. קרסון, ר', בוצר, ג' ומינקה, ס' (2001). **פסיכופתולוגיה והחיים המודרניים, כך א. תל אביב: האוניברסיטה הפתוחה**.

Akinyemi, O. O., Atilola, O., & Soyannwo, T. (2015). Suicidal ideation: Are refugees more at risk compared to host population? Findings from a preliminary assessment in a refugee community in Nigeria. *Asian Journal of Psychiatry*, 18, 81–85.

Anders, S. L., Frazier, P. A., & Shallcross, S. L. (2012). Brief report: Prevalence and effects of life event exposure among undergraduate and community college students. *Journal of Counseling Psychology*, 59(3), 449–457.

Ao, T., Shetty, S., Sivilli, T., Blanton, C., Ellis, H., Geltman, P. L., et al. (2016). Suicidal ideation and mental health of Bhutanese refugees in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(4), 828–835.

Arnett, J. J. (2002). The psychology of globalization. *American Psychologist*, 57, 774–783.

Auerbach, R. P., McWhinnie, C. M., Goldfinger, M., Abela, J. R. Z., Zhu, X., & Yao, S. (2010). The cost of materialism in a collectivistic culture: Predicting risky behavior engagement in Chinese adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(1), 117–127.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1182.

Benator, J., Nakash, O., Chen-Gal, S., & Brunstein Klomek, A. (2017). The association between gender, ethnicity, and suicidality among vocational students in Israel. *The American Association of Suicidology*, 47(6), 647–659. Available at <https://www.researchgate.net/publication/313889582>

Blos, P. (1970). *The young adolescent: Clinical studies*. New York: Free Press.

Brown, B. B., & Braun, M. T. (2013). Peer relations. In C. Proctor & P. A. Linley (Eds.), *Research, applications, and interventions for children and adolescents* (pp.149–164). New York: Springer.

Braun-Lewensohn, O., Celestin-Westreich, S., Celestin, P., Verleye, G., Verte, D., & Ponjaert-Kristoffersen, I. (2009). Coping styles as moderating the relationships between terrorist attacks and well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 32, 585–599.

Braun-Lewensohn, O., Sagy, S., & Roth, G. (2011). Brief report: Adolescents under missile attacks: Sense of coherence as a mediator between exposure and stress-related reactions. *Journal of Adolescence*, 34(1), 195–197.

Brunstein Klomek, A., Nakash, O., Goldberger, N., Haklai, Z., Geraisy, N., Yatzkar, U, et al. (2016). Completed Suicide and suicide attempts in the Arab population in Israel. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(6), 869–876. DOI: 10.1007/s00127-016-1219-2

- Chang, J. C. (2002). The relationship between stressful life events, social support and depression among adolescents in Taiwan. *Dissertation Abstracts International: The Sciences and Engineering*, 62, 35–52.
- Clements, M., Aber, J. L., & Seidman, E. (2008). The dynamics of life stressors and depressive symptoms in early adolescence: A test of six theoretical models. *Child Development*, 79(4), 1168–1182.
- Cole, G. E. (1985). Life change events as stressors and their relationship to mental health among undergraduate university students. *Psychological Reports*, 56, 387–390.
- Farooqi, Y. N. (2004). Comparative study of suicide potential among Pakistani and American psychiatric patients. *Death Studies*, 28, 19–46.
- Forté, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., et al. (2018). Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: A literature overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1438–1444. DOI: 10.3390/ijerph15071438
- Fresco, D. M., Rytwinski, N. K., & Craighead, L. W. (2007). Explanatory flexibility and negative life events interact to predict depression symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 595–608.
- Frost, D. M., Meyer, I. H., & Schwartz, S. (2016). Social support networks among diverse sexual minority populations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86, 91–102.
- Gilman, R., & Huebner, S. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal and Youth and Adolescence*, 35(3), 293–301.
- Glasser, S., Levinson, D., Gordon, E. S., Braun, T., Haklai, Z., & Goldberger, N. (2018). The tip of the iceberg: Postpartum suicidality in Israel. *Israel Journal of Health Policy Research*, 7. Available at <https://doi.org/10.1186/s13584-018-0228-x>.
- Gupta, S., & Bhugra, D. (2009). Globalization, economic factors, and prevalence of psychiatric disorders. *International Journal of Mental Health*, 38(3), 53–65.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis*. New York: The Guilford Press.
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2004). Purpose in life, satisfaction with life, and suicide ideation in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(2), 127–135.
- Hepburn, S. R., Barnhofer, T., & Williams, J. M. G. (2009). The future is bright? Effects of mood on perception of the future. *Department of Psychology*, 10, 483–496.
- Hettige, N. C., Bani-Fatemi, A., Kennedy, J. L., & Luca, V. D. (2017). Assessing the risk for suicide in schizophrenia according to migration, ethnicity and geographical ancestry. *BMC Psychiatry*, 17. DOI: 10.1186/s12888-016-1180-3
- Horesh, N., Sever, J., & Apter, A. (2003). A comparison of life events between suicidal adolescents with major depression and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 277–283.
- Iwamoto, D. K., & Liu, W. M. (2010). The impact of racial identity, ethnic identity, Asian values and race-related stress on Asian Americans and Asian

- international college students' psychological well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 57(1), 79–91.
- Jackson, J. S., Williams, D. R., & Torres, M. (2003). Discrimination, health and mental health: The Social stress process. In A. Maney (Ed.), *Socioeconomic conditions, stress and mental disorders: Toward a new synthesis of research and public policy* (181-190.). Bethesda, MD: NIH Office of Behavioral and Social Research.
- Kakounda-Muallem, H., & Israelashvilli, M. (2015). Religiosity as a buffer against suicidal ideation: A comparison between Christian and Muslim-Arab adolescents. *Mental Health, Religion & Culture*, 18, 838–849. Abingdon-on-Thames, UK: Taylor & Francis Group.
- Khumalo, I. P., Temane, Q. M., & Wissing, M. P. (2012). Socio-demographic variables, general psychological well-being and the mental health continuum in an African context. *School for Psychosocial Behavioural Sciences*, 105, 419–442.
- King, R. A., & Apter, A. (2003). *Suicide in children and adolescents*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Klinger, E. (1977). *Meaning and void: Inner experience and the incentives in people's lives*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Kutz, I., & Dekel, R. (2006). Follow-up of victims of one terrorist attack in Israel: ASD, PTSD and the perceived threat of Iraqi missile attacks. *Personality and Individual Differences*, 40, 1579–1589.
- Larson, G. M., & Sbarra, D. A. (2015). Participating in research on romantic breakups promotes emotional recovery via changes in self-concept clarity. *Social Psychological and Personality science*, 6(4), 399–406.
- Litman, R. E. (1967). Sigmund Freud on suicide. In E. Schneidman (Ed.), *Essays in self-destruction* (pp 99–120.). New York: Science House.
- McCullough, G., Huebner, E. S., & Laughlin, J. E. (2000). Life events, self-concept and adolescents positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, 37, 281–290.
- Meyer, P. A, Garrison, C. Z, Jackson, K. L., & Addy, C. L. (1993). Undesirable life-events and depression in young adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 2, 47–60.
- Mittal, B. (2015). Self-concept clarity: Exploring its role in consumer behavior. *Journal of Economic Psychology*, 46, 98–110.
- Murphy, G. E. (1992). *Suicide and alcoholism*. New York: Oxford University Press.
- Nezlek, J. B., & Plesko, R. M. (2001). Day to day relationships among self-concept clarity, self-esteem, daily events, and mood. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 201–211.
- Portzky, G., Audenaert, K., & Heeringen, K. V. (2005). Suicide among adolescents: A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality related risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 922–930.

- Portzky, G., Audenaert, K., & Heeringen, K. V. (2009). Psychosocial and psychiatric factors associated with adolescent suicide: A case-control psychological autopsy study. *Journal of Adolescence, 32*, 849–862.
- Reynolds, W. M. (1998). *Reynolds Adolescent Adjustment Screening Inventory (RAASI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Langhinrichsen-Rohling, J. (1996). The Life Attitudes Schedule Short Form: An abbreviated measure of life-enhancing and life-threatening behaviors in adolescents. *The American Association of Suicidology, 26*(3), 272.
- Rohde, P., Seeley, J., Langhinrichsen-Rohling, J., & Rohling, M. (2003). The Life Attitudes Schedule Short Form: Psychometric properties and correlates of adolescent suicide proneness. *The American Association of Suicidology, 33*(3), 249
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719–727.
- Slater, J. & Depue, R. A. (1981). The contribution of environmental events and social support to serious suicide attempts in primary depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 90*(4), 275–285.
- Strandheim, A., Bjerkeset, O., Gunnell, D., Bjornelov, S., Holmen, T. L., & Bentzen, N. (2014). Risk factors for suicide thoughts in adolescence – A prospective cohort study: The Young HUNT Study. *Public Health Research, 4*(8), 212–221.
- Sugimura, K., Nakama, R., Mizokami, S., Hatano, K., Tsuzuki, M., & Schwartz, S. J. (2016). Working together or separately? The role of identity and cultural self-construal in well-being among Japanese youth. *Asian Journal of Social Psychology, 19*(4), 362–373.
- Tavernier, R., & Willoughby, T. (2012). Adolescents turning points: The association between meaning-making and psychological well-being. *Developmental Psychology, 48*, 1058–1068.
- Tuisku, V., Pelkonen, M., Kiviruusu, O., Karlsson, L., Ruuttu, T., & Marttunen, M. (2009). Factors associated with deliberate self-harm behaviour among depressed adolescent outpatients. *Journal of Adolescence, 32*(5), 1125–1136.
- Van, P. S., Vansteenkiste, M., & Beyers, W. (2013). The jingle-jangle fallacy in adolescent autonomy in the family: In search of an underlying structure. *Journal of Youth and Adolescence, 42*(7), 994–1014. DOI: 10.1007/10964.012.9847.7
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable, but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Wodka, E. L., & Barakat, L. P. (2007). An exploratory study of the relationship of family support and coping with adjustment: Implications for college students with a chronic illness. *Journal of Adolescence, 30*, 365–376.
- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., & Kerley, J. H. (1993). The role of children's future expectations in self-esteem functioning and adjustment

- to life-stress: A prospective study of urban at-risk children. *Development and Psychopathology*, 5, 649–661.
- Zalewska, A. M., & Zawadzka, A. (2016). Subjective well-being and citizenship dimensions according to individualism and collectivism beliefs among Polish adolescents. *Current Issues in Personality Psychology*, 4(3), 155–166.
- Zamboanga, B. L., Schwartz, S. J., Jarvis, L. H., & Van, T. K. (2009). Acculturation and substance use among Hispanic early adolescents: Investigating the mediating roles of acculturative stress and self-esteem. *Journal of Primary Prevention*, 30(3–4), 315–333.
- Zitzow, D. (1992). Assessing student stress: School adjustment rating by self-report. *The School Counselor*, 40, 20–23.

בין סיכון לחוסן: מאפיינים פסיכולוגיים ובין-אישיים התורמים לחשיבה אובדנית בקרב צעירים יהודים וערבים מוסלמים בבתי ספר בישראל

יוסי לוי בלז, שחר אפק, עדי ברקן ושי חן גל

תקציר

שיעורי האובדנות בקרב צעירים בישראל ובעולם נמצאים בשנים האחרונות במגמת עלייה. אף שקיימת התקדמות בזיהוי גורמי הסיכון לאובדנות, ניכר כי מושם דגש מועט מדי על בחינת גורמי החוסן לאובדנות ומעכבי אובדנות, ויותר מכך, חסרים מחקרים הבוחנים מודלים משולבים של גורמי סיכון וגורמי חוסן בקרב צעירים מתרבויות שונות. במחקר הנוכחי ביקשנו לבחון את התהליכים הנפשיים והבין-אישיים הקשורים לחשיבה אובדנית בקרב תלמידי בית ספר בישראל; זאת תוך בחינת מודל אינטגרטיבי המשלב בין גורמי סיכון וגורמי חוסן, התמקדות על מדדים רגשיים-תסמיניים ובין-אישיים והתייחסות להבדלים בין תלמידים יהודים וערבים מוסלמים. במחקר השתתפו 581 תלמידים בכיתות ט-יב (338 יהודים ו-243 מוסלמים) הלומדים בבתי ספר מקצועיים ברחבי הארץ. התלמידים מילאו שאלונים שבחנו תסמינים פסיכיאטריים, רוחה נפשית, חשיפה עצמית, תחושות עול וחוסר שייכות וסבילות לכאב נפשי. מהממצאים עולה כי תלמידים מוסלמים דיווחו על עוצמה גבוהה של מחשבות אובדניות, בהשוואה לתלמידים יהודים. בנוסף, נמצא כי רמת התסמינים הפסיכיאטריים, תחושת האדם כי הוא מהווה עול וסבילות לכאב נפשי תורמות תרומה ייחודית לניבוי מחשבות אובדניות. מעבר לכך, מאפיינים בין-אישיים נמצאו כמתנים את הקשר בין רמת התסמינים הפסיכיאטריים ובין מחשבות אובדניות, כך שיכולות בין-אישיות גבוהות מסייעות להפחית מחשבות אובדניות בקרב תלמידים גם כאשר מצוקתם הרגשית גבוהה. השלכות בהקשר של זיהוי והתערבות בעת משבר אובדני נדונות במאמר.

מילות מפתח: חשיבה אובדנית, בני נוער, כאב נפשי, חשיפה עצמית, תחושת עול, חוסר שייכות

מבוא

התאבדות היא בעיה חריפה מן הבחינות הבריאותית, החברתית והקהילתית, וזוהי אחת מעשר הסיבות המרכזיות למוות ברוב מדינות העולם. בקרב צעירים, זוהי סיבת המוות השנייה בשכיחותה, ובגילים צעירים במיוחד (10–14) היא אף הראשונה (World Health Organization, 2015). הניגוד בין היותו של גיל ההתבגרות שיא של

תהליכי פריחה וצמיחה אישיים ובין הכאב הבלתי נסבל המגולם בפעולה האובדנית מדגיש את החשיבות שבמציאת גורמי סיכון ספציפיים להתאבדות ולחשיבה אובדנית; אלו יוכלו לסייע בזיהוי התופעה ובאיתורה, ובהמשך לכך – גם בטיפול בה ומניעתה (Hart, Musci, Ialongo, Ballard, & Wilcox, 2013). השאלה הראשונה בדרך לטיפול ומניעה מתמקדת בסיבות: מה מעלה את הסיכון לחשיבה והתנהגות אובדניות בקרב צעירים, ולא פחות חשוב מכך – מה מפחית סיכון זה (Gvion, Levi, 2015)? אולם לצערנו הסוגיה, מי מקרב בני הנוער נמצא בסיכון אובדני, נותרה חמקמקה ומורכבת (לוי בלז, ברונשטיין קלומק, גביעון ואפטר, 2016).

אובדנות בקרב קבוצות מיעוט

שיעורי המחשבות האובדניות והניסיונות האובדניים שונים באופן מהותי במקומות שונים בעולם, והם מושפעים במידה ניכרת מגורמים חברתיים ותרבותיים, כמו: דת, תרבות והשתלבות בחברה (Crawford, Nur, McKenzie, & Typer, 2005). תמיכה נוספת לחשיבותם של גורמים תרבותיים באטיולוגיה של אובדנות מתבטאת בכך שישנם הבדלים בשיעורי הניסיונות האובדניים בין קבוצות מיעוט שונות באותה המדינה (Brown, Cohen, & Mezuk, 2015; Crawford et al., 2005). שיעורי הניסיונות האובדניים בקרב קבוצות מיעוט באירופה גבוהים יותר מאשר בקרב אוכלוסיית הרוב (Aichberger et al., 2015). זאת ועוד, במחקרם של קראופורד ועמיתים (Crawford et al., 2005), נמצא כי מספר הפניות לעזרה לאחר ניסיון התאבדות בקרב משתתפים בקבוצות המיעוט הוא מחצית ממספר הפניות לעזרה באוכלוסיית הרוב; כלומר קבוצות המיעוט נמצאות בסיכון לביצוע ניסיון אובדני, ומשום שחבריהן נוטים פחות לפנות לעזרה, הסיכון אף עולה.

אובדנות בקבוצות מיעוט בישראל – המקרה של החברה המוסלמית

ישראל היא מדינה ייחודית מבחינה תרבותית, שכן היא בעלת מגוון גדול של קבוצות אתניות ודתיות. המגזר הערבי מהווה כ-20% מאוכלוסייתה הכללית של ישראל וכולל מוסלמים, נוצרים ודרוזים (Klomek et al., 2016). קבוצות אלו נבדלות בתחומים רבים, וביניהם הגישה כלפי אובדנות (Gal et al., 2012). על פי חוקי האסלאם, התאבדות היא חטא, שכן חיים ומוות הם בידי האל, ולא בידי האדם. בעקבות זאת, בארצות שיש בהן אוכלוסייה מוסלמית משמעותית ישנם שיעורים נמוכים של התאבדויות (World Health Organization, 2008). אולם לאורך השנים מחקרים הראו שאף ששכיחות האובדנות נמוכה יותר בקרב הציבור הערבי, ניסיונות אובדניים ומחשבות אובדניות הם בשכיחות גבוהה יותר באוכלוסייה זו בקרב צעירים עד גיל 20 (Harel-Fisch, Abdeen, Walsh, Radwan, & Fogel-Grinvald, 2012; Kohn, 1997; Levav, Chang, Halperin, & Zadka, 1997). בשנים האחרונות קיימת מגמה מדאיגה של עלייה בשכיחות ההתאבדויות בקרב צעירים בציבור המוסלמי בישראל

(חקלאי, 2016). מנתונים אלו עולה כי אף ששיעורי ההתאבדות בקרב האוכלוסייה המוסלמית נמוכים באופן כללי, שיעורן היחסי בקרב צעירים במגזר (15 עד 25) גבוה יותר מזה שבקרב צעירים באוכלוסייה היהודית. כך, בשנים 2011–2013, 26% מכלל מקרי ההתאבדות באוכלוסייה הערבית היו של צעירים, בהשוואה ל-11% בלבד בקרב יהודים ואחרים (משרד הבריאות, 2016). נתונים אלה מתיישבים עם ממצאי מחקר שבחן שכיחות של מחשבות וניסיונות אוברדניים בקרב תלמידי בתי הספר התיכוניים המקצועיים, ומצא כי תלמידים מקבוצות מיעוטים (ערבים מוסלמים בדווים ושאינם בדווים ודרוזים) הם בסיכון מוגבר למחשבות וניסיונות אוברדניים (Bentaov, Nakash, Chen-Gal, & Brunstein-Kolmek, 2017). הסיבה לעלייה החדה הן בשיעורי הניסיונות האוברדניים והן בשיעורי ההתאבדויות בקרב ערבים מוסלמים אינה ברורה, אם כי קיימת הנחה שהדבר נובע מתהליכי שינוי משמעותיים שהחברה הערבית בישראל עוברת, אשר גורמים לדחק בקרב צעירים ובכלל (Gvion, Levi, & Belz, & Apter, 2014). ממצאים אלו עולה כי קיים צורך במחקר המתמקד בגורמים והמאפיינים הקשורים לשיעורי החשיבה וההתנהגות האוברדניות בקרב צעירים מהמגזר הערבי.

גורמי סיכון לחשיבה והתנהגות אוברדניות בקרב צעירים וגורמי חוסן כנגדן

בשנים האחרונות נע עולם המחקר מבחינת משתנים ספציפיים הקשורים לאוברדנות לעבר בחינת מודלים כוללניים יותר (Turecky & Brent, 2016). עם זאת, עדיין ניכר הדגש הרב המושם על גורמי הסיכון אל מול חוסר בבחינה של גורמי חוסן (resilience), המוגדרים כגורמים המובילים להסתגלות חיובית ותפקוד תקין גם בעת מצוקה ולחץ (Johnson, Gooding, Wood, & Tarrier, 2010; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). כיוון שרבים מאלו שנחשפים לגורמי סיכון אינם מבצעים ניסיונות אוברדניים (Bauminger, Finzi-Dottan, Chason, & Har-Even, 2008; Bostwick & Pankratz, 2000; Clark & Goebel-Fabbri, 1999; Fleming, Merry, Robinson, & Denny, & Watson, 2007), ניתן להסיק כי ישנם גורמי חוסן הממתנים את ההשפעות של גורמי הסיכון (Beautrais, 2003). גישה זו מבהירה במשנה תוקף את חשיבות המיקוד בגורמי חוסן, לצד גורמי הסיכון. על כן, במחקר הנוכחי התמקדנו בבחינת מודל רב-משתני אשר לוקח בחשבון גורמי סיכון יחד עם גורמי חוסן. מודל זה מתבונן בו-זמנית במספר גורמים, משתנים ותהליכים, ואנו מלאי תקווה כי יסייע לשפוך אור על התהליכים הנפשיים המובילים בני נוער ממגזרים שונים למחשבות והתנהגות אוברדניות. במחקר הנוכחי נבחנו שתי קבוצות של משתנים – משתנים העוסקים בצד הרגשי-תסמיני (כגון רווחה נפשית, תסמינים פסיכיאטריים) ומשתנים העוסקים בצד הבין-אישי (כגון חשיפה עצמית ותמיכה חברתית). מטרתנו הייתה לבחון את התרומה של משתנים אלו להערכת רמת הסיכון האוברדני בקרב בני נוער, בכללם בני נוער מוסלמים.

האשכול הרגשי-תסמיני

האשכול הרגשי-תסמיני הוגדר במחקר זה ככולל שלושה משתנים: רווחה נפשית סובייקטיבית, תסמינים פסיכיאטריים וסבילות לכאב נפשי. **רווחה נפשית סובייקטיבית** (subjective well-being), מוגדרת כהערכה קוגניטיבית ורגשית של האדם בנוגע לאיכות חייו (Diener, 2000). היא מורכבת מסיפוק כללי מהחיים, רגש חיובי ורגש שלילי, ומהווה גורם חשוב בתקופת גיל ההתבגרות (Eryilmaz, 2012). תאצ'ר ועמיתים (Thatcher, Reiningger, & Drane, 2002) בחנו במחקרם את הקשר בין רווחה נפשית סובייקטיבית לבין אובדנות בקרב בני נוער, על ידי השוואה בין הרווחה הנפשית הסובייקטיבית של בני נוער אשר ביצעו ניסיון אובדני לבין זו של כאלו שלא ביצעו ניסיון אובדני. מהממצאים עולה כי בני נוער שלא ביצעו ניסיון אובדני ניחנים ברווחה נפשית סובייקטיבית גבוהה יותר מאשר בני הנוער שביצעו ניסיון אובדני. לפיכך ניתן להסיק כי רווחה נפשית סובייקטיבית מהווה גורם חוסן כנגד אובדנות בקרב בני נוער, בהיותה קשורה לסיבות להמשיך לחיות אולם עד כה לא נבחנה תרומתה של רווחה נפשית סובייקטיבית בניבוי אובדנות בקרב בני נוער במודל רב-משתני, אשר בוחן בין היתר הבדלים תרבותיים.

תסמינים פסיכיאטריים מתמקדים בטווח רחב של תסמינים וחוויות בחייו של האדם אשר אינם בגדר הנורמה (West & Sweeting, 2003). פילי, אנדרוס ופטל (Pillai, Andrews, & Patel, 2009) מצאו במחקרם כי עוצמת התסמינים הפסיכיאטריים מהווה גורם סיכון להתנהגות אובדנית בבני נוער, וכי היא תורמת תרומה ייחודית לניבוי התנהגות אובדנית בקרב בני נוער, מעבר לגורמי סיכון אחרים שנבחנו. אולם חוקרים אחרים מצביעים על כך שהידע על הקשר בין אובדנות לבין תסמינים פסיכיאטריים בקרב בני נוער הוא מוגבל וחסר, בין היתר בשל היעדרן של בדיקות הבוחנות את השפעת שילובם של תסמינים אלו במשתנים אחרים, ובמיוחד משום שהמחקרים המצביעים על קשר שכזה ממוקדים במדינות מערביות בלבד (Kosidou et al., 2012). כהמשך לכך, ניכר כי לצד התסמינים הפסיכיאטריים ישנה חשיבות לבחינת היכולת של בני הנוער להתמודד עם הקשיים הנפשיים שהם חווים. יכולת זו הומשגה זה מכבר כ**סבילות לכאב נפשי** (mental pain tolerance), והיא מוגדרת כיכולת להתמודד עם כאב נפשי ולהכילו. סבילות לכאב נפשי מתוארת כגורם חוסן כנגד אובדנות, ואכן נמצא קשר שלילי בינה ובין חשיבה והתנהגות אובדניות (Levinger, Holden, & Ben-Dor, 2016). סומני ועמיתים (Soumani et al., 2011) מצאו כי סבילות לכאב נפשי תורמת בצורה ייחודית לניבוי שלילי (היעדר סיכון) של חשיבה אובדנית בקרב נבדקים בוגרים. גם בקרב בני נוער נמצא כי קיים קשר שלילי בין סבילות לכאב נפשי לבין מחשבות אובדניות והתנהגות אובדנית, כך שבני נוער שיש להם רמה גבוהה של סבילות ניחנים ברמות נמוכות של מחשבות אובדניות והתנהגות אובדנית (Levinger et al., 2016). מסקנת החוקרים היא כי בני נוער בעלי רמה גבוהה של סבילות לכאב נפשי הם בסיכון נמוך לביצוע התאבדות.

מן הספרות ניכר כי מרכיבי האשכול הרגשי-תסמיני קשורים משמעותית לאובדנות, אך ניכר כי תמונה זו חלקית למדי. מרכיב משמעותי נוסף הוא המאפיינים

הבין-אישיים של הצעיר, אשר יכולים לשכך או להגביר את קשייו הרגשיים. לפיכך, בעוד שייתכן כי האשכול הרגשי-תסמיני הוא גורם פגיעות ראשוני לאובדנות, קיימים גורמים בין-אישיים אשר עשויים להעצים או למתן פגיעות זו (Alcantara & Gone, 2007; Levi-Belz, Gvion, & Apter, 2019).

האשכול הבין-אישי

האשכול הבין-אישי מתמקד בדרכים שבהן הפרט חווה את השדה הבין-אישי, מרגיש ומתנהג בו עם אנשים בקרבתו, עם משפחתו ועם הסביבה בכללותה. שלושה משתנים נכללים באשכול זה: חוויית השייכות, תחושת העול על הסביבה והנטייה לחשיפה עצמית. האשכול הבין-אישי נמצא במחקרים רבים כדומיננטי בהתנהגות אובדנית והתאבדות וכבעל קשר חזק אליהן בקרב צעירים ומבוגרים כאחד (Horesh & Apter, 2006; Horesh, Zalsman, & Apter, 2004; King & Merchant, 2008). במחקר אורך שערך ג'ונסון ועמיתים (Johnson et al., 2002), נמצא קשר בין שמונה משתנים בין-אישיים, ביניהם חשיפה עצמית וחוסר שייכות, לבין ניסיונות אובדניים בקרב בני נוער, לאחר שהתסמינים הנפשיים הוגדרו כמשתנים מבוקרים; אי-לכך, חשוב לבחון את המשתנים הבין-אישיים ואת הקשר הייחודי להם עם אובדנות, מעבר למשתנים רגשיים ותסמיניים רלוונטיים.

חשיפה עצמית (Self-Disclosure), המוגדרת כיכולת לשתף את האחר ברגשות, מחשבות ורצונות אישיים (Bauminger et al., 2008), נמצאה כגורם מבדיל בין בני נוער שביצעו ניסיון אובדנות לבין אלו שלא עשו זאת, כך שבני נוער שלא ביצעו ניסיון אובדנות התאפיינו ברמת חשיפה עצמית גבוהה יותר בפני משפחתם (Horesh & Apter, 2006; Horesh et al., 2004). זאת ועוד, כמה מחקרים מצאו כי יכולת חשיפה עצמית אותנטית בפני אדם קרוב היא תנאי הכרחי להסתגלות בריאה (Greenberg & Stone, 1992; Pennebaker, 1997; Smyth, Pennebaker, & Arigo, 2012). במחקרם של חורש ואפטר (Horesh & Apter, 2006) נמצא קשר שלילי בין חשיפה עצמית לבין מחשבות על אובדנות וניסיונות אובדניים, כך שככל שרמת החשיפה העצמית עולה, רמת האובדנות יורדת. לוי ועמיתים (Levi et al., 2008) מצאו כי רמת החשיפה העצמית הבחינה בין משתתפים שביצעו ניסיונות אובדניים חמורים מבחינה רפואית ובין אלו שביצעו ניסיונות שאינם חמורים ואלו שלא ביצעו כלל ניסיונות אובדניים, מעבר להשפעה של משתני כאב נפשי, כגון דיכאון וחוסר תקווה (Levi-Belz et al., 2014; Levi-Belz, Gvion, Horesh, & Apter, 2013); כלומר נראה שחשיפה עצמית גבוהה עשויה להוות גורם חוסן כנגד אובדנות. אולם מחקרים אלו התמקדו במשתתפים בוגרים, ולא בחנו את תרומת החשיפה העצמית בתוך מודל רב-משתני, ועל כן הם מותירים ספקות באשר ליכולת המשתנה לשמש כגורם חוסן בעת מצוקה גם בקרב צעירים.

התבוננות על המרכיב הבין-אישי אינה יכולה להיות שלמה ללא התוספת המשמעותית של התאוריה הבין-אישית להתאבדות של הפסיכולוג תומאס ג'וינר (Van Orden, Cukrowicz, Witte, & Joiner, 2012). על פי תאוריה זו, במוקד הקשר

עם חשיבה אוֹבֵדֵנִית בקרב מתבגרים ובכלל, נמצאים שני מרכיבים בין-אישיים: חוויית השייכות לאחרים (thwarted belongingness), דהיינו המידה שבה אדם מרגיש תחושת שייכות או חוסר שייכות לקבוצה חברתית, וחווייה אמיתית או נתפסת של אדם שהוא מהווה עול על סביבתו (perceived burdensomeness). לעומת זאת, חוסר שייכות מתייחס לחווייה אמיתית או נתפסת של האדם של חוסר שייכות לקבוצה חברתית וחוסר בקשרים בין-אישיים (Lockman & Servaty-Seib, 2016). כאשר תחושת עול ותחושת חוסר שייכות מופיעות בו-זמנית, ישנו סיכוי רב יותר לעלייה במחשבות האובדניות (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2012). אולם עדיין חסר מידע על הדרך שבה משתנים אלו מגבירים חשיבה אוֹבֵדֵנִית בקרב בני נוער, מעבר לקיומם של קשיים רגשיים ותסמינים פסיכיאטריים בקרבם, ובמיוחד בהתחשב בהבדלים בין בני נוער מתרבויות שונות בהקשר זה.

מעבר לגורמי הסיכון, ישנו גם תפקיד לחווייה של הפרט, הקשורה במידה ניכרת למאפייני החוסן של סבילות לכאב נפשי, רווחה אישית וחשיפה עצמית. כיוון שגורמי חוסן כנגד אובדנות קיבלו עד כה דגש מחקרי מועט (Johnson et al., 2010), ישנה חשיבות יתרה לבחינת תרומתם במחקר הנוכחי, לצד גורמי הסיכון. אנו סבורים כי גורמי חוסן אלו ימתנו את השפעתם של גורמי הסיכון שסוקרו לעיל, שכן בני נוער רבים נחשפים לגורמי סיכון לאובדנות, אך רק מיעוטם ינקטו פעולות אוֹבֵדֵנִיות (Bauminger et al., 2008).

בתי הספר התיכוניים המקצועיים בישראל

המחקר הנוכחי נערך בקרב תלמידי בתי ספר תיכוניים מקצועיים בישראל. החינוך המקצועי בישראל מנוהל על ידי משרד הכלכלה ומשרד החינוך ונועד להקנות מיומנויות טכניות והכשרה לחיי עבודה לבני נוער בגילים 15–18. חינוך זה מהווה ערוץ חלופי המאפשר תחושת מסוגלות ומיצוי הפוטנציאל האישי לתלמידים המתקשים למצוא את מקומם במערכת החינוך העיונית. בכך החינוך המקצועי מעניק לתלמידים אלו "הזדמנות שנייה" בטרם ינשרו ממערכת החינוך. התלמידים לומדים תחום טכני מסוים מתוך 50 מגמות, כגון רכב, חשמל ואלקטרוניקה, אירוח, טיפוח ועוד. רשת בתי הספר כוללת כ-70 מוסדות, מתוכם כ-40% הם במגזר הערבי ו-10% נמצאים בבסיסים צבאיים. החינוך המקצועי הוא ייחודי בכך שהוא מספק הכשרה מעשית בד בבד עם רכישת הידע התאורטי. בכיתות ט ו-י התלמידים רוכשים את הבסיס ללימודי המקצוע, ובכיתות יא ו-יב הם לומדים שלושה ימים בשבוע ועובדים בשכר יומיים בשבוע. כך הם רוכשים מיומנויות מעשיות במקצוע הנלמד וניסיון בעבודה (הרשות הארצית למדידה והערכה בחינוך, 2016).

קיימים הבדלים משמעותיים בין התלמידים הנמצאים באחריות משרד הכלכלה לבין תלמידי משרד החינוך, והם באים לידי ביטוי גם מבחינת הישגים לימודיים, התמדה בלימודים וזכאות לתעודת בגרות. על פי הדוח הנ"ל של הרשות הארצית למדידה והערכה בחינוך, הישגי התלמידים הנמצאים באחריות משרד הכלכלה נמוכים, בהשוואה לאלו של תלמידי משרד החינוך. יתרה מזו, הן שיעור

אי-ההתמדה בלימודים והן שיעור התלמידים שאינם זכאים לתעודת בגרות גבוהים יותר בקרב תלמידי משרד הכלכלה מאשר בקרב תלמידי משרד החינוך. גם ביחס לעמדות התלמידים כלפי האקלים והסביבה הפדגוגית בבית הספר נמצאו הבדלים משמעותיים בין תלמידי משרד הכלכלה לבין תלמידי משרד החינוך. במדדים המבטאים היבטים חיוביים כלפי בית הספר, כמו: תחושה כללית, תחושת מסוגלות עצמית ואמונה של המורים ביכולת התלמידים, שיעור ההסכמה בקרב תלמידי משרד הכלכלה היה נמוך, בהשוואה לתלמידי משרד החינוך. במדדים המבטאים היבטים שליליים כלפי בית הספר, כמו: פגיעה של מורים בתלמידים, מעורבות במקרי אלימות והיעדר מוטיבציה ללמידה בקרב תלמידים, שיעור ההסכמה בקרב תלמידי משרד הכלכלה היה גבוה, בהשוואה לתלמידי משרד החינוך (הרשות הארצית למדידה והערכה בחינוך, 2016). מכך ניתן להסיק כי תלמידי בתי הספר המקצועיים של משרד הכלכלה הם קבוצה בסיכון מוגבר לחוות מצוקה נפשית ואף אובדנות. על כן, חשוב להתמקד באוכלוסייה זו של תלמידים ולהבין את המאפיינים הפסיכולוגיים הספציפיים שגורמים לעלייה ברמת האובדנות בקרב חלק מהם.

מטרת המחקר והשערותיו

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לשפוך אור על תופעת האובדנות בקרב בני נוער, דרך הדגשת הטווח הרחב של משתנים המשתייכים לשני ממדים – האשכול הרגשי-תסמיני והאשכול הבין-אישי. מטרתנו הייתה לבחון אשכולות אלו במודל אינטגרטיבי, לשם הבנת התרומה הייחודית שלהם להערכה מדויקת יותר של חשיבה אובדנית בקרב בני נוער המשתייכים לדתות שונות; זאת כדי להבין טוב יותר את התהליכים הפסיכולוגיים הגורמים לעלייה בסיכון האובדני בקרב צעירים. יתרה מזו, ההתמקדות בגורמי סיכון לצד גורמי חוסן יכולה לסייע בהבנת הסיבות לכך שרק חלק מבני הנוער הנמצאים בסיכון יפתחו מחשבות אובדניות ויבצעו ניסיונות אובדניים. כפועל יוצא ממטרות אלו השערותינו היו:

- א. ימצאו הבדלים בחשיבה האובדנית כתלות בהשתייכות הדתית, כך שבני נוער מוסלמים ידווחו על רמות גבוהות יותר של מחשבות אובדניות מאשר בני נוער יהודים.
- ב. ימצאו הבדלים במאפייני האשכול הרגשי-תסמיני והאשכול הבין-אישי כתלות בהשתייכות הדתית, כך שבני נוער מוסלמים ידווחו על רמות גבוהות יותר של קשיים רגשיים-תסמיניים ורמות נמוכות יותר של יכולות בין-אישיות מאשר בני נוער יהודים.
- ג. האשכול הרגשי-תסמיני והאשכול הבין-אישי יגבירו את עוצמת האובדנות בקרב תלמידים, אך לאשכול הבין-אישי תהיה השפעה מעבר לזו של האשכול הרגשי-תסמיני.
- ד. תימצא תרומה משולבת של האשכולות לניבוי חשיבה אובדנית, כך שקשיים רגשיים-תסמיניים ינבאו עלייה במחשבות האובדניות בקרב בני נוער בחריפות רבה יותר בתנאים של קשיים בין-אישיים מאשר במצבים שבהם לא ידווחו על קשיים כאלו.

שיטה משתתפים

במחקר לקחו חלק 581 בני נוער, מתוכם 502 נערים ו-66 נערות בני 14–19 (M=16.12, SD=0.93), הלומדים בכיתות ט–יב בבתי ספר מקצועיים ברחבי הארץ. הוריהם של 470 מבני הנוער גרים יחד, והוריהם של 92 בני נוער הם גרושים. ממוצע מצבם הסוציו-אקונומי של המשתתפים הוא גבוה יחסית (ממוצע 2.96 בממד הנע בין 1 ("לא טוב") לבין 4 ("טוב מאוד"). כמעט מחצית מהמדגם דיווח כי הוא עובד במקביל ללימודים (n=250).

מתוך כלל המשתתפים, 338 בני נוער הם יהודים, ו-243 בני נוער הם ערבים מוסלמים. על מנת לבחון, אם ישנם הבדלים בין התלמידים היהודים והמוסלמים במשתנים הדמוגרפיים, נערכו סדרת ניתוחי שונות חד-גורמיים עבור המשתנים גיל ומצב סוציו-אקונומי וסדרת מבחני χ^2 עבור המשתנים מגדר, מצב משפחתי ועבודה. כפי שניתן לראות בלוח 1, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות, למעט הבדל במצב המשפחתי, שלפיו שכיחות הגירושים הייתה גבוהה יותר בקרב הורי תלמידים יהודים (23.4%) מאשר בקרב הורי תלמידים מוסלמים (5.8%).

לוח 1: מאפיינים דמוגרפיים של קבוצות המחקר (N=581)

מאפיינים	יהודים (n=338)	מוסלמים (n=243)	ניתוח סטטיסטי
מגדר (%)			
זכר	293 (86.7)	209 (86)	$\chi^2(1)=0.01$, NS
נקבה	39 (11.5)	27 (11.1)	
גיל (ממוצע, סטיית תקן)			
גיל (ממוצע, סטיית תקן)	16.11 (0.89)	16.14 (0.99)	F(1,516)=0.09, NS
מצב משפחתי, (%)			
ההורים גרים ביחד	249 (73.7)	223 (91.8)	$\chi^2(1)=33.06$, p<.001
ההורים גרושים	79 (23.4)	14 (5.8)	
מצב סוציו-אקונומי (ממוצע, סטיית תקן)			
מצב סוציו-אקונומי (ממוצע, סטיית תקן)	2.98 (0.88)	2.93 (0.87)	F(1,566)=0.45, NS
עבודה, (%)			
עובד	156 (46.2)	94 (38.7)	$\chi^2(1)=0.07$, NS
לא עובד	176 (52.1)	101 (41.6)	

כלי המחקר

בכדי לבחון באופן נרחב את המאפיינים הרגשיים והבין-אישיים של משתתפי המחקר, נערך שימוש בכמה מדדים: תסמינים פסיכיאטריים, רווחה נפשית סובייקטיבית, סבילות לכאב נפשי, חשיפה עצמית, תחושות עול וחוסר שייכות ורמת אובדנות.

האשכול הרגשי-תסמיני

שאלון תסמינים פסיכיאטריים – (BSI – Brief Symptom Inventory) (Derogatis & Spencer, 1982). השאלון מכיל 53 פריטים, המתחלקים לתשעה תת-סולמות (בין שלוש לחמש שאלות בכל מדד): סומטיזציה, אובססיביות-קומפולסיביות, קשיים בין-אישיים, דיכאון, חרדה, עוינות, חרדה פובית, חשיבה פרנואידית וחשיבה פסיכוטית (Weck et al., 2015). בני הנוער התבקשו לדרג באיזו מידה סבלו מהבעיות שהוצגו בפריטים, כגון "פחד במקומות פתוחים", בסולם ליקרט הנע בין 1 ("כלל לא") לבין 5 ("במידה רבה מאוד"). מנתוני השאלון חושב לכל נבדק ציון כללי (GSI – General Severity Index), על ידי מיצוע כלל הפריטים, המשקף את רמת המצוקה הכללית, כך שציון גבוה יותר במדד משמעותו מצוקה גדולה יותר. מהימנות השאלון במחקר הנוכחי הייתה $\alpha=0.93$

שאלון רווחה נפשית סובייקטיבית (SWLS – Satisfaction with life scale) (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). השאלון נועד למדוד שביעות רצון סובייקטיבית מהחיים, כמדד קוגניטיבי לרווחה הסובייקטיבית. השאלון כולל חמישה פריטים המשקפים רווחה נפשית סובייקטיבית, כגון "תנאי החיים שלי מצוינים". עבור כל פריט, בני הנוער התבקשו לסמן את המידה שבה הם חשים שביעות רצון, על סולם ליקרט הנע בין 1 ("מאוד לא מסכים") ל-7 ("מסכים מאוד"). ציון הרווחה הנפשית הסובייקטיבית חושב כממוצע הפריטים, כך שציון גבוה יותר משמעותו רווחה נפשית סובייקטיבית גבוהה יותר. מהימנות השאלות במחקר הנוכחי הייתה $\alpha=0.83$

שאלון סבילות לכאב נפשי (TMPS – Tolerance of Mental Pain Scale) (Orbach, Gilboa-Schechtman, Johan, & Mikulincer, 2004). השאלון נועד למדוד את הסבילות הסובייקטיבית של הפרט לכאב נפשי (Levinger & Holden, 2014). הוא כולל 16 פריטים, כגון "הכאב ממלא אותי לחלוטין", ובני הנוער התבקשו לדרג על סולם ליקרט הנע בין 1 ("כלל לא נכון") לבין 5 ("נכון מאוד"), באיזו מידה כל פריט נכון מבחינתם כאשר הם חשים כאב נפשי. ציון הסבילות לכאב הנפשי חושב כממוצע הפריטים, וציון גבוה יותר משמעותו סבילות רבה יותר לכאב נפשי. מהימנות השאלון במחקר הנוכחי הייתה $\alpha=0.88$

האשכול הבין-אישי

שאלון חשיפה עצמית (DDI – The Distress Disclosure Index) (Kahn & Hessling, 2001). השאלון הוא שאלון דיווח עצמי המורכב מ-12 פריטים, ומטרתו למדוד את הנטייה של האדם לשתף את האחר במצוקותיו האישיות (Kahn, Hucke, Bradley, Gliniski, & Malak, 2012), כגון "כשאני במצב רוח רע, אני מדבר על כך עם חברי". בכדי להקל במעט על עומס השאלונים, במחקר הנוכחי נעשה שימוש בעשרה פריטים מהשאלון. מחקרים אחרים עשו שימוש בעשרה פריטים ללא פגיעה במהימנות הכלי (Levi-Belz, 2015). בני הנוער התבקשו לדרג את מידת הסכמתם לכל פריט בסולם ליקרט, הנע בין 1 ("לא מסכים כלל") לבין 5 ("מסכים מאוד"). הציון במדד חושב על ידי ממוצע הפריטים. והפריטים קודדו כך שציון גבוה

משמעותו רמה גבוהה של חשיפה עצמית, וציון נמוך משמעותו רמה נמוכה של חשיפה עצמית. השאלון נמצא כבעל מהימנות גבוהה (Kahn et al., 2012) ומהימנות השאלון במחקר הנוכחי הייתה $\alpha=.69$

שאלון תחושות עול וחוסר שייכות (INQ – Interpersonal Needs Questionnaire) (Van Orden et al., 2012). בגרסתו המקוצרת, השאלון מכיל 15 פריטים – שישה פריטים המודדים תחושת עול נתפסת, כגון "בתקופה זו האנשים בחיי היו שמחים יותר בלעדיי", ותשעה פריטים המודדים תחושת חוסר שייכות, כגון "אני מרגיש מנותק מאנשים אחרים" (Moberg & Anestis, 2015). בני הנוער התבקשו לסמן את המידה שבה הם חשים עול וחוסר שייכות, על סולם ליקרט הנע בין 1 ("מאוד לא נכון לגביי") לבין 7 ("נכון מאוד לגביי"). הן ציון העול והן ציון חוסר השייכות חושבו כממוצע הפריטים, וציון גבוה יותר משמעותו תחושת עול גבוהה יותר על הסביבה ותחושה רבה יותר של חוסר שייכות. מהימנות הגורם עול במחקר הנוכחי הייתה $\alpha=.88$ ומהימנות הגורם חוסר שייכות הייתה $\alpha=.78$

שאלון להערכת רמת האובדנות (Paykel, Myers, Lindenthal, & Tanner, 1974). השאלון המקוצר מיועד לאמוד את מידת האובדנות של הפרט ומכיל שלושה פריטים. בני הנוער התבקשו להשיב, אם חשו בשבועיים האחרונים רצון למות, אם חשבו להתאבד, ואם ניסו להתאבד בשלושת החודשים האחרונים. התשובה סומנה על סולם ליקרט הנע בין 0 ("לעולם לא") לבין 2 ("כל הזמן"). מתוך השאלון הורכב מדד עוצמת המחשבות האובדניות שחושב כממוצע שני הפריטים הראשונים בשאלון ("האם חשת בשבועיים האחרונים רצון למות?" ו"האם חשבת להתאבד?") ונע בין 0–2, כך שציון גבוה יותר משמעותו רמת מחשבות אובדניות גבוהה יותר. בנוסף, בחנו קיום התנהגות אובדנית, בעזרת הפריט השלישי ("האם ניסית להתאבד בשלושת החודשים האחרונים?"). מהימנות השאלון במחקר הנוכחי הייתה $\alpha=.79$ בנוסף, אספנו מידע דמוגרפי על כל משתתף: שם, גיל, כיתה, בית הספר, מגדר, דת, מצב משפחתי, מצב סוציו-אקונומי ומאפיינים הקשורים לעבודה.

הליך

השאלונים הועברו לבני נוער בגילים 14–19 בבתי ספר מקצועיים ברחבי הארץ, על ידי צוות הפסיכולוגים בבית הספר, אשר עברו הכשרה מתאימה להעברת השאלונים מטעם משרד הכלכלה. השאלונים הועברו במסגרת כיתתית וכללו מדדים המייצגים את משתני המחקר וכן שאלות על רקע דמוגרפי. באופן כללי, נערכו שתי מדידות במחקר זה – הראשונה מביניהן בחודש אוקטובר 2014, והשנייה בחודש מרץ 2015. הנתונים המוצגים במחקר הנוכחי הם מנקודת הזמן הראשונה בלבד. טרם העברת השאלונים, הורי התלמידים חתמו על כתב הסכמה להשתתפות במחקר. התלמידים קיבלו הסבר על המחקר, והודגשה זכותם לא להשתתף בו או להפסיקו באמצע, מבלי שייפגעו. המחקר הוא חלק ממחקר מלווה של תוכנית חוסן שהופעלה בבתי הספר, וקיבל אישור מהמפקחת הארצית על הצוותים הטיפולים במשרד הכלכלה. כמו כן, הוא קיבל את אישור ועדת האתיקה במרכז האקדמי רופין.

תוצאות

הבדלים בחשיבה והתנהגות אוברדניות בין בני נוער יהודים ומוסלמים

מתוך 581 בני נוער שהשתתפו במחקר, 73 דיווחו על מחשבות אוברדניות ו-25 דיווחו על התנהגות אוברדנית. בעת בחינת משתנים אלו תלויים בהשתייכות דתית, נמצא אפקט עיקרי להשתייכות דתית ($F_{(1,576)}=15.39, p<.001$), כך שתלמידים מוסלמים דיווחו על עוצמה גבוהה יותר של מחשבות אוברדניות ($M=0.16, SD=0.38$) מאשר תלמידים יהודים ($M=0.06, SD=0.24$). לא נמצאו הבדלים בהתנהגות האוברדנית כתלויה בהשתייכות הדתית.

בהמשך לכך, בחנו את ההבדלים בעוצמת המחשבות האוברדניות כתלויה במשתנים דמוגרפיים נוספים במסגרת ההשתייכות הדתית. נמצאה אינטראקציה בין ההשתייכות הדתית לבין מגדר בעוצמת המחשבות האוברדניות ($F_{(1,561)}=8.40, p=.004$), כך שנערות מוסלמיות דיווחו על רמת מחשבות אוברדניות גבוהה יותר ($M=0.36, SD=0.56$) מאשר כל תת-הקבוצות האחרות. בנוסף לכך, נמצאה אינטראקציה בין ההשתייכות הדתית לבין מצב משפחתי בעוצמת מחשבות אלו ($F_{(1,558)}=13.12, p<.001$), כך שבני נוער מוסלמים שהוריהם גרושים ($M=0.46, SD=0.63$) דיווחו על עוצמת מחשבות אוברדניות גבוהה יותר מאשר בני נוער מוסלמים שהוריהם נשואים ($M=0.13, SD=0.33$), בעוד שבקרב בני נוער יהודים לא נמצא הבדל מובהק בין אלו שהוריהם נשואים לאלו שהוריהם גרושים.

הבדלים בין בני נוער יהודים ומוסלמים באשכולות הרגשי-תסמיני והבין-אישי

על מנת לבחון את ההבדלים בין בני נוער יהודים ומוסלמים באשכול הרגשי-תסמיני, נערך ניתוח שונות רב-גורמי מסוג MANOVA. כפי שניתן לראות בלוח 2, נמצאו הבדלים ברמת הרווחה הנפשית, כך שיהודים דיווחו על רמת רווחה נפשית גבוהה יותר ($M=4.94, SD=1.38$) מאשר מוסלמים ($M=4.54, SD=1.46$), ($F_{(1,481)}=9.06, p=.003$). כמו כן, נמצאו הבדלים בין הקבוצות ברמת הסבילות לכאב נפשי, כך שיהודים דיווחו על רמת סבילות רבה יותר לכאב נפשי ($M=2.39, SD=.74$) מאשר מוסלמים ($M=2.61, SD=0.76$) ($F_{(1,481)}=8.17, p=.004$).

נוסף על כך, נערך ניתוח שונות רב-גורמי מסוג MANOVA על מנת לבחון את ההבדלים בין בני נוער יהודים ומוסלמים באשכול הבין-אישי. כפי שניתן לראות בלוח 2, נמצאו אפקטים עיקריים במשתנים תחושת עול על הסביבה ($F_{(1,507)}=10.03, p=.002$) ותחושת חוסר שייכות ($F_{(1,507)}=13.78, p<.001$), כך שתלמידים מוסלמים דיווחו על תחושת עול רבה יותר ($M=2.11, SD=1.11$) מאשר יהודים ($M=1.83, SD=1.05$) וכן על תחושת חוסר שייכות רבה יותר ($M=3.06, SD=1.13$) מאשר יהודים ($M=2.66, SD=1.20$). מנגד לא נמצא אפקט עיקרי לקבוצת המחקר במשתנה חשיפה עצמית.

לוח 2: ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות מבחני MANOVA של משתני האשכול הרגשי-תסמיני והאשכול הבין-אישי כפונקציה של השתייכות דתית (N=581)

מאפיינים	יהודים (n=299) n (sd)	מוסלמים (n=184) n (sd)	ניתוח סטטיסטי	ETA ²
האשכול הרגשי-תסמיני				
תסמינים פסיכיאטריים	1.57 (0.43)	1.60 (0.41)	$F_{(1,481)}=0.57, NS$.001
רווחה נפשית	4.94 (1.4)	4.54 (1.5)	$F_{(1,481)}=9.06, p=.003$.018
סבילות לכאב נפשי	2.4 (0.75)	2.6 (0.75)	$F_{(1,481)}=8.17, p=.004$.017
האשכול הבין-אישי				
תחושת עול	1.81(1.01)	2.12(1.11)	$F_{(1,507)}=10.03, p=.002$.019
תחושתחוסר שייכות	2.66(1.2)	3.06(1.13)	$F_{(1,507)}=13.78, p<.001$.026
חשיפה עצמית	3.07(0.66)	3.03(0.50)	$F_{(1,507)}=0.45, NS$.001

תרומתם של המשתנים הפסיכולוגיים להערכת התנהגות אובדנית

בחלק זה ביקשנו לבחון אם המשתנים הפסיכולוגיים שנבחנו במחקר – האשכול הרגשי-תסמיני והאשכול הבין-אישי – מגבירים את עוצמת המחשבות האובדניות בקרב בני נוער. לשם כך ביצענו ראשית ניתוח מקדים של מתאמי פירסון בין משתני המחקר למחשבות אובדניות. לאחר מכן, ביצענו רגרסיה מרובה מדרגית בכדי לבחון את השפעתם הייחודית של המשתנים הבין-אישיים על הגברת עוצמת המחשבות האובדניות.

מתאמים בין משתני המחקר לבין מחשבות אובדניות

על מנת לבחון את ההשערה כי משתני המחקר קשורים לעוצמת המחשבות האובדניות, חושו תחילה מתאמי פירסון בין כלל משתני המחקר לבין מחשבות אובדניות (כן או לא). כפי שניתן לראות בלוח 3, נמצא קשר חיובי ומובהק בין עוצמת המחשבות האובדניות לבין רמת התסמינים הפסיכיאטריים ($r=.44, p<.001$), תחושת עול ($r=.37, p<.001$), תחושת חוסר שייכות ($r=.23, p<.001$) וסבילות לכאב נפשי ($r=.25, p<.001$) וקשר שלילי עם רמת הרווחה הנפשית המדווחת ($r=-.13, p=.001$).

הקשר בין האשכולות הרגשי-תסמיני והבין-אישי לעוצמת המחשבות האובדניות בקרב תלמידים

על מנת לבחון אם משתני המחקר מגבירים את עוצמת המחשבות האובדניות, נערך ניתוח רגרסיה מדרגית בארבעה צעדים, כאשר המשתנה התלוי הוא עוצמת המחשבות האובדניות. בצעד הראשון הוכנס המשתנה דת. לשם כך, יצרנו משתנה דיכוטומי (0=יהודי; 1=מוסלמי). בצעד השני הוכנסו משתני המחקר באשכול הרגשי-תסמיני: תסמינים פסיכיאטריים, רווחה נפשית וסבילות לכאב נפשי. בצעד השלישי הוכנסו משתני המחקר באשכול הבין-אישי: תחושת עול, תחושת חוסר שייכות וחשיפה עצמית. בצעד הרביעי הוכנסה האינטראקציה בין שני האשכולות. לשם יצירת משתני האינטראקציות בין הממדים השונים, חושבו תחילה הממוצעים של כל המשתנים הנכללים בכל ממד. למשתני רווחה נפשית, סבילות לכאב נפשי וחשיפה עצמית בוצעו תחילה היפוכי סולם, כך שיתאימו בכיוונם למשתנים האחרים בממד.

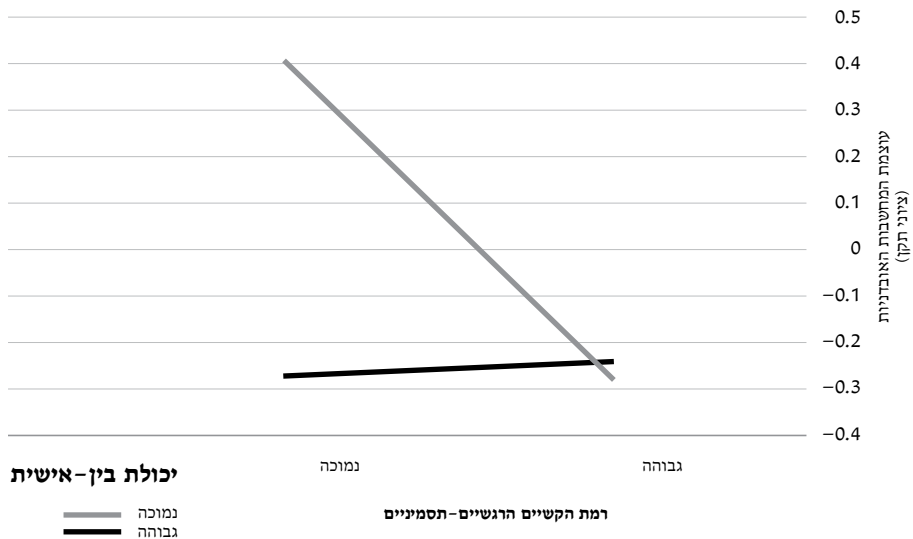
לוח 3: ממוצעים, סטיות תקן, טווח ומתאמי פירסון בין משתני המחקר (N=581)

משתנים	1	2	3	4	5	6	7
תסמינים פסיכיאטריים	-						
רווחה נפשית	-.36***	-					
סבילות לכאב הנפשי	.37***	-.21***	-				
תחושת עול	.37***	-.23***	.45***	-			
תחושת חוסר שייכות	.30***	-.26***	.23***	.57***	-		
חשיפה עצמית	-.05	.06	-.10*	-.17***	-.28***	-	
מחשבות אובדניות	.44***	-.13**	.25***	.37***	.23***	-.05	-
ממוצע	1.58	4.78	3.52	1.93	2.81	3.06	0.09
סטיות תקן	0.42	1.43	0.76	1.07	1.18	0.60	0.28
טווח	1.00- 3.50	1.00- 7.00	1.00- 4.80	1.00- 7.00	1.00- 7.00	1.00- 5.00	0.00- 2.00

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

כפי שניתן לראות בלוח 4, מודל הרגרסיה כולו נמצא מובהק ($F_{(8,469)}=17.66, p < .001$), כך שהסביר 23% מהשונות בעוצמת המחשבות האובדניות. בצעד הראשון, המודל הכולל את המשתנה דת נמצא מובהק ($F_{(1,476)}=4.16, p = .04$) והסביר 1% מהשונות. בצעד השני הוכנסו גם משתני האשכול הרגשי-תסמיני, ואלו הוסיפו 14% לשונות המוסברת בעוצמת המחשבות האובדניות ($F_{(3,473)}=26.75, p < .001$). באופן ספציפי, נמצא כי רמת התסמינים הפסיכיאטריים קשורה קשר חיובי ומובהק לעוצמת המחשבות האובדניות ($\beta = .32, p < .001$), בעוד שהמשתנה סבילות לכאב הנפשי קשור קשר שלילי ומובהק ($\beta = -.13, p = .006$). בצעד השלישי הוכנסו המשתנים תחושת

עול, תחושת חוסר שייכות וחשיפה עצמית ($F_{(7,470)}=16.84, p<.001$), ואלו תרמו 5% לשונות במחשבות אובדניות, מעבר לתרומת המשתנים באשכול הרגשי-תסמיני. באופן ספציפי, נמצא כי תחושת העול על הסביבה ($\beta=.25, p<.001$) קשורה לעוצמת המחשבות האובדניות קשר חיובי ומובהק. בצעד הרביעי הוכנסה האינטראקציה בין האשכול הרגשי-תסמיני והאשכול הבין-אישי. אינטראקציה זו נמצאה מובהקת והסבירה 3% מהשונות במשתנה מחשבות אובדניות ($F_{(1,469)}=18.90, p<.001$). לשם בחינת טיב האינטראקציה המובהקת בין האשכול הרגשי-תסמיני לאשכול הבין-אישי נערך ניתוח process מסוג simple slopes analysis (Hayes, 2013). כפי שניתן לראות באיור 1, נמצא כי האשכול הבין-אישי ממתן את תרומתו של האשכול הרגשי-תסמיני בניבוי מחשבות אובדניות ($\beta=.2, p<.001$). בתנאי של קשיים באשכול הבין-אישי (סטיית תקן אחת מעל למוצע), נמצא קשר חיובי ומובהק בין רמת הקשיים הרגשיים-תסמיניים ובין מחשבות אובדניות ($\beta=.39, p<.001$). מאידך גיסא, ברמות נמוכות של האשכול הבין-אישי (סטיית תקן אחת מתחת למוצע), משמע במצבים שבהם לא מדווחים קשיים בין-אישיים, כגון תחושת עול על הסביבה או חוסר שייכות, לא נמצא קשר בין עוצמת התסמינים הפסיכיאטריים ובין מחשבות אובדניות. במילים אחרות, האשכול הבין-אישי ממתן את הקשר שבין עוצמת הקשיים הרגשיים-תסמיניים ובין עוצמת המחשבות האובדניות, כך שכאשר לתלמיד יש יכולת בין-אישית גבוהה, קשר זה אינו מתקיים.



איור 1: חשיבה אובדנית כפונקציה של רמת הקשיים הרגשיים-תסמיניים והיכולת הבין-אישית (N=469)

לוח 4: רגרסיה מדרגית לניבוי מחשבות אובדניות מתוך קבוצות המחקר, משתני המחקר ואינטראקציה בין האשכול הרגשי-תסמוני לאשכול הבין-אישי (N=477)

המשתנים המנבאים	צעד 1			צעד 2			צעד 3			צעד 4		
	B	t	Std. Error	B	t	Std. Error	B	t	Std. Error	B	t	Std. Error
דת	0.05	2.04	0.03	.09*	1.53	0.04	.07	1.18	0.02	0.03	1.18	0.02
תסמונים פסיכיאטריים							.32***	5.5	0.03	.26***	5.28	0.03
רווחה נפשית				0.00	-0.02	0.01	-0.00	0.43	0.01	.02	0.19	0.01
סבילות לכאב נפשי				-0.05	-2.75	0.02	-.13**	-0.76	0.02	-.04	-0.93	0.02
תחושת עול							.25***	4.5	0.01	.25***	2.25	0.02
תחושת חוסר שייכות							.01	0.13	0.01	.01	0.48	0.01
חשיפה עצמית							.01	0.35	0.02	.01	0.44	0.02
תסמוני-רגשי-בין-אישי							0.05	4.35	0.01	.21***	4.35	0.01
R2(ΔR2)				15%(14%)			20%(5%)			23%(3%)		
F change	F(1,476)=4.16*			F(3,473)=26.75***			F(3,470)=9.41***			F(1,469)=18.90***		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

דין

מחקר זה נועד להעמיק את הידע על אודות אובדנות בקרב בני נוער, באמצעות איתור הגורמים הרגשיים-תסמיניים והבין-אישיים הקשורים לאובדנות. מטרתנו הייתה לבחון מודל אינטגרטיבי רב-משתנים המשלב בין גורמי סיכון לבין גורמי חוסן, על מנת להעריך סיכון אובדני בקרב תלמידים יהודים ומוסלמים. אף שבשנים האחרונות הופנתה תשומת לב מוגברת לעבר מודלים רב-ממדיים העוסקים באובדנות (לוי בלוז ועמיתים, 2016; Turecki & Brent, 2016), טרם הובאו בחשבון גורמי החוסן העשויים למתן את הסיכון האובדני בתוך מודלים אלו (Bostwick & Johnson et al., 2010; Jollant et al., 2005; Pankratz, 2000). מלבד זאת, העלייה בשיעורי האובדנות בקרב צעירים בעולם ובקרב בני נוער מהמגזר הערבי בישראל בפרט (משרד הבריאות, 2016; Kosidou; 2015; Gvion et al., 2015; Ackerman et al., 2012) מדגישה את החשיבות בהעמקת הידע על גורמי הדחק העלולים להגביר התנהגות אובדנית, אל מול גורמי החוסן, העשויים למתן אותה.

מחשבות אובדניות והתנהגות אובדנית בקרב תלמידי בתי הספר המקצועיים בישראל

ממצאי המחקר מצביעים כי לכ-12% מבין תלמידי בית הספר המקצועיים שנבדקו הייתה רמה כלשהי של מחשבות אובדניות, וכי כ-4% ביצעו ניסיונות אובדניים. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם שיעורי המחשבות האובדניות והניסיונות האובדניים בעולם. על פי נוק ועמיתים (Nock et al., 2013), בקרב בני נוער בגילים 13–18, כ-12.1% הם בעלי מחשבות אובדניות, וכ-4.1% ביצעו ניסיון אובדני. אולם שיעורי האובדנות שנמצאו במחקר הנוכחי הם גבוהים בהשוואה לשיעורי האובדנות בקרב בני נוער בישראל; שכן, לפי נתוני משרד הבריאות (2016) ומחקרם של זלצמן ועמיתים (Zalsman et al., 2016), כ-4.9% מבני הנוער בגילים 14–17 דיווחו על מחשבות אובדניות, וכ-0.13% מבני הנוער בגילים 15–17 ביצעו ניסיון אובדני. ממצא זה תואם ואף מחזק את מחקרו של דלן, שהראה כי בני נוער הלומדים בבתי ספר מקצועיים מצויים בקבוצת סיכון לאובדנות (Dalen, 2012).

בהקשר של ההשתייכות הדתית, נמצא כי באופן כללי תלמידים מוסלמים הם בסיכון מוגבר לאובדנות, ובפרט נערות. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרים רבים שהראו כי נשים מוסלמיות הן בסיכון אובדני מוגבר (Benatov et al., 2017; Haj et al., 2014; Klomek et al., 2016; Muallem & Israelashvilli, 2015). הנערה המתבגרת בחברה המוסלמית בישראל צריכה להתמודד עם קשיים רבים, שכן מחד גיסא היא מחויבת לעמוד בדרישות המסורתיות של משפחתה הפטריארכלית, ומאידך גיסא היא מעוניינת להשתלב בחברה המערבית המודרנית בישראל (Muallem & Israelashvilli, 2015). לכן, היא עלולה לחוות משבר פסיכולוגי, המוביל לעיתים למחשבות אובדניות. זאת ועוד, כיוון שנשים מוסלמיות אינן נוטות לפנות

לעזרה נפשית, הסיכון האובדני עולה, שכן בהיעדר תמיכה נפשית הנערה עלולה להוציא את המחשבות האובדניות לפועל (Klomek et al., 2016). בדומה להשתייכות דתית, גם קיומם של גירושים במשפחה נמצא כגורם סיכון המגביר מחשבות אובדניות בקרב תלמידים מוסלמים. חשוב לציין כי אוכלוסיית התלמידים המוסלמים הציגה רמות גבוהות יותר של גורמי סיכון מוכרים (למשל תחושת עול ותחושת חוסר שייכות) ורמות נמוכות יותר של גורמי חוסן (למשל סבילות לכאב הנפשי ורווחה נפשית) מאשר אוכלוסיית התלמידים היהודים. ממצאים אלו מצביעים על כך שאוכלוסייה זו מגיעה להתמודדויות היום-יומיות עם משאבים פחותים וקשיים רבים יותר, כך שכל משבר או מורכבות נוספת עלולים להוביל למחשבות על סיום החיים.

הקשרים בין האשכול הרגשי-תסמיני והאשכול הבין-אישי ומחשבות אובדניות בקרב בני נוער יהודים ומוסלמים

תוצאות המחקר איששו את השערותינו באופן חלקי. בהתאם למשוער, נמצאו הבדלים בין בני נוער יהודים ומוסלמים באשכול הרגשי-תסמיני, באשכול הבין-אישי ובמידת עוצמת המחשבות האובדניות; בני נוער מוסלמים דיווחו על רמה גבוהה יותר של קשיים רגשיים ובין-אישיים באופן כללי. יתרה מזו, נמצא כי רמות התסמינים הפסיכיאטריים, תחושת העול והסבילות לכאב נפשי תרמו לניבוי מחשבות אובדניות. בנוסף, כפי ששוער, משתני האשכול הבין-אישי נמצאו כממתנים את הקשר שבין רמת התסמינים והקשיים הרגשיים ובין מחשבות אובדניות – כאשר בני הנוער הם בעלי יכולות בין-אישיות גבוהות, רמת המצוקה התסמינית אינה מתורגמת לעלייה בחשיבה האובדנית.

בעניין הקשר שבין המשתנים לחשיבה אובדנית נמצא, כפי ששוער, כי קיימים מתאמים בין רוב משתני המחקר לבין מחשבות אובדניות. בבחינת המאפיינים הייחודיים התורמים לניבוי מחשבות אובדניות נמצא כי רמת התסמינים הפסיכיאטריים היא בעלת תפקיד מכריע בעלייה בשיעורי המחשבות האובדניות. ממצא זה עולה בקנה אחד עם ממצאיהם של אסקין ועמיתים (Eskin et al., 2016), שבחנו את הקשר בין תסמינים פסיכיאטריים למחשבות אובדניות בקרב צעירים ומצאו כי רמת תסמינים פסיכיאטריים גבוהה ניבאה מחשבות אובדניות בכל 12 המדינות שבהם נערך המחקר. לפיכך, בדומה למחקרים רבים, המחקר הנוכחי הראה כי המשתנה תסמינים פסיכיאטריים מהווה גורם סיכון משמעותי באובדנות (Pillai et al., 2009; Williams & Hasking, 2010).

תחושת עול על הסביבה ותחושת היעדר שייכות נמצאו כגורמי סיכון משמעותיים לאובדנות, בייחוד בקרב תלמידים מוסלמים. היותו של מגזר זה מיעוט משפיע על הצעירים, אשר חווים את עצמם כלא שייכים ברמות המשפחתית והחברתית וכעול על סביבתם. מעבר להיותם גורמי סיכון כלליים (Van Orden et al., 2010), המחקר הנוכחי מדגיש את תפקידם המכריע בסיכון האובדני בקרב תלמידים מוסלמים בישראל. תחושת עול היא תחושת האדם כי הוא נטל על סביבתו

וכי הוא פגום עד כדי כך שהוא מעיק על אחרים שעמים הוא יוצר קשרים. חוויה זו כוללת בתוכה תחושות שגאה עצמית עזות (Lockman & Servaty-Seib, 2016). ג'וינר (Joiner, 2005) טען כי כל עוד ישנם אנשים שהצעיר מרגיש אליהם קרבה ואינו חש כי הוא מכביד עליהם, מבחינתו החיים הם אפשריים. אולם המחשבות האובדניות מתגברות כאשר האדם מרגיש עול על כל האנשים החשובים בחייו, ובייחוד כשלתחושה זו מצטרפת שגאה עצמית. בעקבות תחושות אלו נחצה הסף, ונפתח הפתח לאובדנות (לוי בלוז, ברוגשטיין קלומק, גבוען ואפטר, 2016). זהו מרכיב פסיכולוגי רב-עוצמה, אשר במחקר הנוכחי נמצא כמנבא אובדנות מעל ומעבר לגורמים המוכרים והחזקים של מצוקה.

הממצא על תחושת חוסר שייכות כגורם סיכון לאובדנות מתיישב עם מחקרים רבים וידוע זה שנים רבות (Baumeister & Leary, 1995; Chu, Rogers, & Joiner, 2010; Durkheim, 1897; Van Orden et al., 2010). ההסבר לכך הוא כי תחושת חוסר שייכות לקבוצות חברתיות וחוסר בקשרים בין-אישיים מובילים לחסך בצורך פסיכולוגי בסיסי של האדם (Lockman & Servaty-Seib, 2016). חסך זה עלול להוביל למחשבות אובדניות, בשל תחושת בדידות עזה וחוסר יכולת לשתף אחרים בקשיים (Van Orden et al., 2010).

להבדיל ממחקרים קודמים, המחקר הנוכחי הראה כי המרכיבים הבין-אישיים, תחושת עול וחוסר שייכות מהווים גורמי סיכון ממוקדים לאוכלוסייה המוסלמית בישראל. ממצא זה מתיישב עם **התאוריה הפסיכולוגית הבין-אישית להתאבדות** (IPTS – the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide), שלפיה תחושת חוסר שייכות ותחושת עול הן מצבים קוגניטיביים אשר מהווים סיכון למחשבות אובדניות, וכאשר תחושות אלו מתקיימות בו-זמנית, הסיכון האובדני עולה (Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner, 2008). ניתן לשער כי הסיבה לתחושות אלו בקרב בני הנוער המוסלמים היא השינויים שעוברת החברה הערבית בישראל (Gvion, Levi-Belz, & Apter, 2014; Hovey, 2000). הצעירים המוסלמים שלומדים בבתי הספר המקצועיים בישראל חשים מחד גיסא כי אינם שייכים לחברה היהודית, שכן שפתם ודתם שונות. מאידך גיסא הם מרגישים שגם אינם שייכים למשפחתם המסורתית, שכן הם משתלבים בחברה המערבית ולומדים יחד עם בני נוער יהודים. בעקבות זאת, הם חשים שהם מהווים נטל על סביבתם וכי אין מי שמבין אותם.

מאפייני הרווחה הנפשית וסבילות לכאב הנפשי בקרב בני נוער מוסלמים

נוסף על מרכיב המצוקה הרגשית, ניכר כי בני נוער מוסלמים הם בסיכון מוגבר למחשבות אובדניות והתנהגות אובדנית, בעקבות סבילות נמוכה לכאב נפשי ורווחה נפשית נמוכה. לממצאים אלו חשיבות רבה, שכן כמעט שאין התייחסות בספרות לגורמי חוסן לאובדנות בקרב האוכלוסייה המוסלמית (Hamdan et al., 2012). ייתכן שהסיבות לרמות הנמוכות של גורמי החוסן הן השינוי החברתי המהיר ותהליך ההתערות בתרבות המערבית שאוכלוסייה זו עוברת בעשורים האחרונים

(Lester, 2000). שינויים חברתיים אלו החלישו את כוחה של המשפחה הערבית ואת הקשרים החברתיים בה (Klomek et al., 2016). כתוצאה מכך, בני הנוער המוסלמים חשים מרוחקים ממשפחתם, ורמת החוסן הנפשי שלהם יורדת, שכן חוסן נפשי מורכב מהיכולת לבקש ולקבל תמיכה מאחרים, כך שהאדם יוכל להתמודד עם מצוקות ולחצים שהוא חווה (Campbell-Sills & Stein, 2007; Roy, Sarchiapone, & Carli, 2007; Windle, 2010). בהמשך לכך, כיוון שאינם יכולים להתמודד ביעילות עם לחצים ומצוקות, רמות הסבילות לכאב הנפשי והרווחה הנפשית יורדות, והסיכון לאובדנות עולה (Levinger et al., 2016). תחושת הריחוק מהמשפחה שתוארה לעיל אף מתגברת כאשר ישנם בה גירויים, ובעקבות זאת גוברת גם רמת המחשבות האובדניות, כפי שנמצא במחקר הנוכחי.

מודל רב-ממדי לניבוי מחשבות אובדניות והתנהגות אובדנית

במחקר זה בחנו מודל אינטגרטיבי המשלב בין מספר רב של גורמי סיכון וגורמי חוסן לאובדנות. ממצאי המחקר איששו מודל זה באופן חלקי. בהתאם למשוער, נמצא כי רמות התסמינים הפסיכיאטריים, סבילות לכאב הנפשי ותחושת עול על הסביבה ניבאו מחשבות אובדניות. יתרה מזו, כאשר דווחו קשיים בין-אישיים (כגון תחושת עול על הסביבה או חוסר שייכות), נמצא קשר חזק יחסית בין רמת הקשיים הרגשיים-תסמיניים לבין עוצמת המחשבות האובדניות. עם זאת, כאשר לא דווחו קשיים בין-אישיים, הקשר בין התסמינים הרגשיים ואובדנות התמתן; נראה כי קיום משולב של קשיים בין-אישיים וקשיים רגשיים-תסמיניים מוביל למצוקה כה עזה עד כדי פיתוח מחשבות אובדניות, אך קיום רווחה בין-אישית ממתן זאת.

מכל הנאמר לעיל, מודל המחקר מציג את התהליך המשוער המוביל בני נוער לפתח מחשבות אובדניות ולבצע ניסיונות אובדניים, בד בבד עם גורמי חוסן המפחיתים את הסיכון לאובדנות. על פי המודל, כאשר בן נוער חווה חוסר שייכות לסביבתו וחש שהוא מהווה עול, בד בבד עם רמת תסמינים פסיכיאטריים גבוהה, נוצר מצב מכריע המוביל לעיתים קרובות לפיתוח מחשבות אובדניות. בכדי למנוע את רצף האירועים שתואר, יש לעזור לבן הנוער לפתח גורמי חוסן בכלל ויכולת לחשיפה עצמית בפרט, שיאפשרו לו להתמודד עם קשייו. בישראל ובעולם מתקיימות זה מכבר מספר תוכניות מצוינות לפיתוח חוסן בקרב תלמידים, ביניהן בולטות בישראל תוכנית "בוחרים בחיים" של משרד החינוך ותוכנית "חוסן חינוך" של מרכז חוסן ע"ש כהן-האריס, אשר מתבססות על עולם התוכן של "התערבויות קוגניטיביות-התנהגותיות בעצמות נמוכה" (LICBT-I – Low Intensity Cognitive Behavioral Interventions) (Hamiel, Wolmer, Spirman, & Laor, 2013; Wolmer, Hamiel, Barchas, Slone, & Laor., 2011). תוכניות שכאלו כוללות מערך פסיכו-חינוכי רחב, ובתוכו מגוון תוכניות לפיתוח ולחיזוק של חוסן אישי ומיומנויות התמודדות עם מצבי לחץ. בשל התמקדותן של תוכניות אלו בפיתוח וביסוס של שיטות התמודדות לבני נוער עם מצבי לחץ יום-יומיים וכן עם מצבי טראומה ומשבר, הן למעשה מאפשרות בין היתר מניעה של פסיכופתולוגיה ומפחיתות

סיכון אובדני. במקביל, תוכניות חוסן המתמקדות במניעת אובדנות בעולם, כגון (Wasserman et al., 2010) SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe), מציגות ממצאים משמעותיים בנוגע ליכולת פיתוח חוסן שמאפשר בין היתר הפחתה בעוצמת הקשיים הרגשיים, וכתוצאה מכך – גם בעוצמת האובדנות. באופן כללי, ניכר כי תוכניות אלו מאפשרות הגברה של תחושת השייכות, הביטחון העצמי והביטחון החברתי, ואלו בתורם מאפשרים בקשה וקבלה של סיוע בעת מצוקה. המודל עולה בקנה אחד עם התאוריה הפסיכולוגית הבין-אישית לאובדנות של ג'וינר (Joiner, 2005). על פי תאוריה זו, אדם יבצע ניסיון אובדני כאשר יש לו רצון למות ויכולת לפעול על סמך רצון זה. הרצון למות מורכב משני גורמים בין-אישיים נבדלים: תחושת האדם שהוא מהווה עול ותחושת חוסר שייכות (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). על פי התאוריה, כאשר שני גורמים בין-אישיים אלו נפגשים, קיים סיכון מוגבר לחשיבה אובדנית. אך על מנת שהאדם יבצע ניסיון אובדני, הוא צריך להיות גם בעל יכולת לביצוע מחשבות אלו (Joiner, 2005). התאוריה מתיישבת עם מודל המחקר הנוכחי, כיוון שהיא טוענת כי גורמים בין-אישיים מגבירים את החשיבה האובדנית ובד בבד מתייחסת גם למעבר בין חשיבה אובדנית להתנהגות אובדנית. ברם המודל המוצג לעיל אינו מתייחס לגורמי החוסן, ומכאן עולה ייחודו של מודל המחקר הנוכחי. המודל מדגיש כי ישנם גורמי חוסן המאפשרים ויסות של המצוקה והקשיים, מבלי שאלו יגרמו לחשיבה אובדנית ובהמשך – להתנהגות אובדנית. מכך ניתן להסיק, מדוע חלק מבני הנוער אינם מפתחים חשיבה אובדנית והתנהגות אובדנית, חרף המצוקה שהם חווים.

מגבלות המחקר

המחקר הנוכחי מעלה כמה מגבלות הראויות לציון. ראשית, זהו מחקר מתאמי שהנתונים בו נלקחו מנקודת זמן אחת בלבד, ולכן לא ניתן להסיק על סיבתיות או סדר זמנים בין משתני המחקר. לפיכך, ישנו צורך במחקר המשך במערך מחקר אורכי, אשר יאפשר לבחון את הקשרים בין המשתנים לאורך זמן ולבסס סדר זמנים בין המשתנים המנבאים (למשל חוסר שייכות) ובין משתני התוצאה (אובדנות). שנית, במחקר זה נעשה שימוש בשאלוני דיווח עצמי, אשר חשופים לבעיות של זיכרון, תפיסה, ובעיקר – רצייה חברתית. לפיכך ישנו קושי לקבוע אם תשובות התלמידים משקפות מציאות מלאה שבה הם חיים. כדי להתגבר על מגבלה זו, נדמה כי קיימת חשיבות לביצוע מחקרי המשך במודל משולב כמותני-איכותני, כך שלצד השאלונים יערכו גם ראיונות עם התלמידים ועם הוריהם, לבחינת מצבם בפועל. בנוסף, המחקר הנוכחי התאפיין במיעוט משמעותי של משתתפות (נערות), כך שיכולת הייצוג שלו מבחינת התוקף החיצוני נמוכה יחסית. חשוב לשים דגש במחקרים עתידיים לייצוג מתאים של שני המגדרים, בכדי להבין ביתר שאת את ההבדלים בין נערות ונערים במגזרים השונים בהקשר של אובדנות ושל גורמיה.

השלכות תאורטיות והמלצות להמשך

המחקר הנוכחי מסייע בהרחבת הידע בספרות על אודות הגורמים הקשורים לסיכון לאובדנות בקרב בני נוער והגורמים הממתנים אותו. ייחודיות המחקר מתבטאת בהשוואה שבין בני נוער יהודים ומוסלמים וכן בבחינת מודל אינטגרטיבי של גורמי סיכון וגורמי חוסן. ממצאי המחקר מדגישים את חשיבות בחינת גורמי החוסן לצד גורמי הסיכון בעת הערכת סיכון אובדני בקרב צעירים. יש להניח כי הבנת התפקיד של גורמי החוסן כפי שתוארו במחקר תאפשר הערכה מדויקת יותר של השאלה, מי מבני הנוער נמצא בסיכון מוגבר לאובדנות, וכפועל יוצא מכך, מי נזקק להתערבות וטיפול.

מהמחקר הנוכחי עולה כי מבחינה קלינית קיימות כמה קבוצות ייחודיות של בני נוער הנמצאות בסיכון מוגבר לאובדנות. כך, לצד הידע על אודות תסמינים פסיכיאטריים כגורם סיכון, מהמחקר עולה כי בני נוער בכלל, ובמיוחד בני נוער מוסלמים החווים רמה גבוהה של חוסר שייכות ותחושת נטל, נמצאים בסיכון מוגבר לאובדנות. מעבר לכך, גם מאפיינים משפחתיים, כגון גירושים, עשויים להגביר סיכון אובדני, במיוחד בחברה הערבית. אי-לכך, קיימת חשיבות להכרת מאפיינים אלו, שכן הדבר יכול לסייע לאיתור ואף למניעה של אובדנות בקרב יחידים הפגיעים להם. זאת ועוד, הממצאים על קשיים בין-אישיים וחוסר בגורמי חוסן בקרב התלמידים המוסלמים מדגישים את הצורך בבניית מערך הכשרות בתחום של מניעת אובדנות בבתי הספר המקצועיים, בדגש על האוכלוסייה המוסלמית.

מעבר לכך, שילובם של קשיים רגשיים-תסמיניים עם קשיים בין-אישיים להגברת הסיכון למחשבות אובדניות מעלה את האפשרות כי דפוס זה יכול לשחק תפקיד במניעת אובדנות. ייתכן שפיתוח שיטות טיפוליות אשר תתמקדנה בחיזוק היכולות הבין-אישיות של התלמידים ותאפשרנה להם לבטא את מצוקתם בצורה אפקטיבית, יגרום לכך שמצוקה זו לא תגיע לכדי חשיבה אובדנית. כדאי להתמקד בגישות טיפוליות השמות דגש על יחסים בין-אישיים, כגון טיפול קוגניטיבי-התנהגותי להקניית מיומנויות חברתיות ופסיכותרפיה דינמית קצרת טווח המתמקדת ביחסים בין-אישיים (Gresham, 1985; Horowitz, Rosenberg, & Bartholomew, 1993).

מקורות

חקלאי, צ' (2016). **אובדנות בישראל**. ירושלים: משרד הבריאות.
 הרשות הארצית למדידה והערכה בחינוך (2016). **תלמידים בבתי ספר מקצועיים: מאפיינים, עמדות והישגים לימודיים**. נדלה ב-1 יוני 2020 מהאתר <https://cms.education.gov.il/EducationCMS/Units/Rama/HaarachatProjectim/Mikzooa-Schools.htm>
 לוי בלז, י', ברונשטיין קלומק, ע', גביעון, י' ואפטר א' (2016). **להאיר את הרי החושך, התנהגות אובדנית בקרב בני נוער**. תל אביב: דיונון.

Ackerman, J. P., McBee-Strayer, S. M., Mendoza, K., Stevens, J., Sheftall, A. H., Campo, J. V., & Bridge, J. A. (2015). Risk-sensitive decision-making deficit in adolescent suicide attempters. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(2), 109-113.

- Aichberger, M. C., Montesinos, A. H., Bromand, Z., Yesil, R., Temur-Erman, S., Rapp, M. A., et al. (2015). Suicide attempt rates and intervention effects in women of Turkish origin in Berlin. *European Psychiatry, 30*(4), 480–485.
- Alcántara, C., & Gone, J. P. (2007). Reviewing suicide in native American communities: Situating risk and protective factors within a transactional-ecological framework. *Death Studies, 31*(5), 457–477.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin, 117*(3), 497–529.
- Bauminger, N., Finzi-Dottan, R., Chason, S., & Har-Even, D. (2008). Intimacy in adolescent friendship: The roles of attachment, coherence, and self-disclosure. *Journal of Social and Personal Relationships, 25*(3), 409–428.
- Beautrais, A. L. (2003). Life course factors associated with suicidal behaviors in young people. *American Behavioral Scientist, 46*(9), 1137–1156.
- Benatov, J., Nakash, O., Chen-Gal, S., & Kolmek-Brunstein, A. (2017). The association between gender, ethnicity and suicidality among vocational students in Israel. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 21*(2), 123–135.
- Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *The American Journal of Psychiatry, 157*(12), 1925–1932.
- Brown, M. J., Cohen, S. A., & Mezuk, B. (2015). Duration of US residence and suicidality among racial/ethnic minority immigrants. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50*(2), 257–267.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress, 20*(6), 1019–1028.
- Chu, C., Rogers, M. L., & Joiner, T. E. (2016). Cross-sectional and temporal association between non-suicidal self-injury and suicidal ideation in young adults: The explanatory roles of thwarted belongingness and perceived burdensomeness. *Psychiatry Research, 246*, 573–580.
- Clark, D. C., & Goebel-Fabbri, A. E. (1999). Lifetime risk of suicide in major affective disorders. In D. G. Jacobs (Ed.), *Guide to suicide assessment and intervention* (pp. 270–286). San Francisco: Jossey-Bass.
- Crawford, M. J., Nur, U., McKenzie, K., & Typer, P. (2005). Suicidal ideation and suicide attempts among ethnic minority groups in England: Results of a national household survey. *Psychological Medicine, 35*(9), 1369–1377.
- Dalen, J. D. (2012). The association between school class composition and suicidal ideation in late adolescence: Findings from the Young-HUNT 3 study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*(1), 37.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring and procedures manual*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.

- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.
- Durkheim, E. (1897). *Le Suicide: Etude de sociologie*. Paris: F. Alcan.
- Eryilmaz, A. (2012). A model for subjective well-being in adolescence: Need satisfaction and reasons for living. *Social Indicators Research*, 107(3), 561–574.
- Eskin, M., Voracek, M., Tran, T., Sun, J., Janghorbani, M., Giovanni Carta, M., et al. (2016). Suicidal behavior and psychological distress in university students: A 12-nation study. *Archives of Suicide Research*, 20(3), 369–388.
- Fleming, T. M., Merry, S. N., Robinson, E. M., Denny, S. J., & Watson, P. D. (2007). Self-reported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3) 213–221.
- Gal, G., Goldberger, N., Kabaha, A., Haklai, Z., Geraisy, N., Gross, R., & Levav, I. (2012). Suicidal behavior among Muslim Arabs in Israel. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 47(1), 11–17.
- Greenberg, M. A., & Stone, A. A. (1992). Emotional disclosure about traumas and its relation to health: Effects of previous disclosure and trauma severity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(1), 75–84.
- Gresham, F. M. (1985). Utility of cognitive-behavioral procedures for social skills training with children: A critical review. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13(3), 411–423.
- Gvion, Y., Horresh, N., Levi-Belz, Y., Fischel, T., Treves, I., Weiser, M., et al. (2014). Aggression-impulsivity, mental pain, and communication difficulties in medically serious and medically non-serious suicide attempters. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 40–50.
- Gvion, Y., Levi-Belz, Y., & Apter, A. (2014). Suicide in Israel- An update. *Crisis*, 35(3), 141–144.
- Gvion, Y., Levi-Belz, Y., Hadlaczky, G., & Apter, A. (2015). On the role of impulsivity and decision-making in suicidal behavior. *World Journal of Psychiatry*, 5(3), 255–259.
- Haj, E., Hag, E., Hanna, R., Kamal, F., Bishara, B., & Abdalla, B. (2014). The underlying reasons of suicide attempts among Arab population in the Holy-Land-Nazareth: View and overview. *Journal of Behavioral and Brain Science*, 4, 190–200.
- Hamdan, S., Melhem, N., Orbach, I., Farbstein, I., El-Haib, M., Apter, A., & Brent, D. (2012). Protective factors and suicidality in members of Arab kindred. *Crisis*, 33(2), 80–86.
- Hamiel, D., Wolmer, L., Spirman, S., & Laor, N. (2013). Comprehensive child-oriented preventive resilience program in Israel based on lessons learned from communities exposed to war, terrorism and disaster. *Child & Youth Care Forum*, 42(4), 261–274.

- Harel-Fisch, Y., Abdeen, Z., Walsh, S. D., Radwan, Q., & Fogel-Grinvald, H. (2012). Multiple risk behaviors and suicidal ideation and behavior among Israeli and Palestinian adolescents. *Social Science & Medicine*, 75(1), 98–108.
- Hart, S. R., Musci, R. J., Ialongo, N., Ballard, E. D., & Wilcox, H. C. (2013). Demographic and clinical characteristics of consistent and inconsistent longitudinal reporters of lifetime suicide attempts in adolescence through young adulthood. *Depression and Anxiety*, 30(10), 997–1004.
- Hayes, A. F. (2013). *Models Templates for PROCESS for SPSS and SAS*. Available at <http://www.afhayes.com/>
- Horesh, N., & Apter, A. (2006). Self-disclosure, depression, anxiety, and suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *Crisis*, 27(2), 66–71.
- Horesh, N., Zalsman, G., & Apter, A. (2004). Suicidal behavior and self-disclosure in adolescent psychiatric inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(12), 837–842.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 549–560.
- Hovey, J. D. (2000). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation in Mexican immigrants. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 6(2), 134–151.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 741–749.
- Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 179–186.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Jollant, F., Bellivier, F., Leboyer, M., Astruc, B., Torres, S., Verdier, R., et al. (2005). Impaired decision making in suicide attempters. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 304–310.
- Kahn, J. H., & Hessling, R. M. (2001). Measuring the tendency to conceal versus disclose psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(1), 41–65.
- Kahn, J. H., Hucke, B. E., Bradley, A. M., Glinski, A. J., & Malak, B. L. (2012). The distress disclosure index: Research review and multitrait-multimethod examination. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 134–149.
- King, C. A., & Merchant, C. R. (2008). Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 181–196.

- Klomek, A. B., Nakash, O., Goldberger, N., Haklai, Z., Geraisy, N., Yatzkar, U., et al. (2016). Completed suicide and suicide attempts in the Arab population in Israel. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(6), 869–876.
- Kohn, R., Levav, I., Chang, B., Halperin, B., & Zadka, P. (1997). Epidemiology of youth suicide in Israel. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(11), 1537–1542.
- Kosidou, K., Hellner-Gumpert, C., Fredlund, P., Dalman, C., Hallqvist, J., Isacson, G., & Magnusson, C. (2012). Immigration, transition into adult life and social adversity in relation to psychological distress and suicide attempts among young adults. *Mental Ill-Health in Young Adults*, 7(10), 1–8.
- Lester, D. (2000). Islam and suicide. *Psychological Reports*, 87(2), 692.
- Levi, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., & Apter, A. (2008). Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: An “impossible situation”. *Journal of Affective Disorders*, 111(2–3), 244–250.
- Levi-Belz, Y. (2015). Stress-related growth among suicide survivors: The role of interpersonal and cognitive factors. *Archives of Suicide Research*, 19(3), 305–320.
- Levi-Belz, Y., Gvion, Y., & Apter, A. (2019). The psychology of suicide: from research understandings to intervention and treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 214.
- Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Horesh, N., & Apter, A. (2013). Attachment patterns in medically serious suicide attempts: The mediating role of self-disclosure and loneliness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(5), 511–522.
- Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., et al. (2014). Mental pain, communication difficulties, and medically serious suicide attempts: A case-control study. *Archives of Suicide Research*, 18(1), 74–87.
- Levinger, S., & Holden, R. R. (2014). Reliability and validation of the Hebrew version of the reasons for attempting suicide questionnaire (RASQ-H) and its importance for mental pain. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(5), 486–496.
- Levinger, S., Holden, R. R., & Ben-Dor, D. H. (2016). Examining the importance of mental pain and physical dissociation and the fluid nature of suicidality in young suicide attempters. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 73(2), 159–173.
- Lockman, J. D., & Servaty-Seib, H. L. (2016). College student suicidal ideation: Perceived burdensomeness, thwarted belongingness, and meaning made of stress. *Death Studies*, 40(3), 154–164.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562.
- Moberg, F. B., & Anestis, M. D. (2015). A preliminary examination of the relationship between social networking interactions, internet use, and thwarted belongingness. *Crisis*, 36(3), 187–193.

- Muallem, H. K., & Israelashvili, M. (2015). Religiosity as a buffer against suicidal ideation: a comparison between Christian and Muslim-Arab adolescents. *Mental Health, Religion & Culture, 18*(10), 838-849.
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A.M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry, 70*(3), 300-310.
- Orbach, I., Gilboa-Schechtman, E., Johan, M., & Mikulincer, M. (2004). *Tolerance for mental pain scale*. Ramat-Gan: Bar-Ilan University.
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54*(2), 97-107.
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry, 124*(582), 460-469.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experience as a therapeutic process. *Psychological Science, 8*(3), 162-166.
- Pillai, A., Andrews, T., & Patel, V. (2009). Violence, psychological distress and the risk of suicidal behavior in young people in India. *International Journal of Epidemiology, 38*(2), 459-469.
- Roy, A., Sarchiapone, M., & Carli, V. (2007). Low resilience in suicide attempters. *Archives of Suicide Research, 11*(3), 265-269.
- Smyth, J. M., Pennebaker, J. W., & Arigo, D. (2012). What are the health effects of disclosure? In A. Baum, T. A. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 175-192). New York: Taylor & Francis.
- Soumani, A., Damigos, D., Oulis, P., Masdrakis, V., Ploumpidis, D., Mavreas, V., et al. (2011). Mental pain and suicide risk: Application of the Greek version of the Mental Pain and the Tolerance of Mental Pain scale. *Psychiatriki, 22*(4), 330-340.
- Thatcher, W. G., Reininger, B. M., & Drane, J. W. (2002). Using path analysis to examine adolescent suicide attempts, life satisfaction, and health risk behavior. *Journal of School Health, 72*(2), 71-77.
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet, 387*(10024), 1227-1239.
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the interpersonal needs questionnaire. *Psychological Assessment, 24*(1), 197-215.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review, 117*(2), 575-600.

- Van Orden, K. A., Witte, T., Gordon, K., Bender, T., & Joiner, T. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 72–83.
- Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., et al. (2010). Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): A randomized controlled trial. *BMC Public Health, 10*(1), 192–206.
- Weck, F., Jakob, M., Neng, J. M. B., Volkmar, H., Grikscheit, F., & Bohus, M. (2015). The effects of bug-in-the-eye supervision on therapeutic alliance and therapist competence in cognitive-behavioral therapy: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 23*(5), 386–396.
- West, P., & Sweeting, H. (2003). Fifteen, female and stressed: Changing patterns of psychological distress over time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(3), 399–411.
- Williams, F., & Hasking, P. (2010). Emotion regulation, coping and alcohol use as moderators in the relationship between non-suicidal self-injury and psychological distress. *Prevention Science, 11*(1), 33–41.
- Windle, G. (2010). What is resilience? A review and concept analysis. *Review in Clinical Gerontology, 21*(2), 152–169.
- Wolmer, L., Hamiel, D., Barchas, J. D., Slone, M., & Laor, N. (2011). Teacher-delivered resilience-focused intervention in schools with traumatized children following the second Lebanon war. *Journal of Traumatic Stress, 24*(3), 309–316.
- World Health Organization (2008). *Suicide prevention and special programs*. Available at http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html
- World Health Organization (2015). *Suicide Prevention*. Available at http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- Zalsman, G., Shoval, G., Mansbach-Kleinfeld, I., Farbstein, I., Kanaaneh, R., Lubin, G., & Apter, A. (2016). Maternal versus adolescent reports of suicidal behaviors: A nationwide survey in Israel. *European Child & Adolescent Psychiatry, 25*(12), 1349–1359.

מחשבות אובדניות, ניסיונות התאבדות והתאבדויות בקרב מתבגרים להט"בים: סקירת ספרות

גבע שנקמן לכבר

תקציר

מתבגרים להט"בים (לסביות, הומואים, טרנסג'נדרים וביסקסואלים) נמצאים בסיכון גבוה לחשיבה וניסיונות אובדיניים יחסית למתבגרים הטרוסקסואלים. חלק מהמחקרים מצביעים על סיכון הגבוה פי שלושה לחשיבה וניסיונות אלו בקרב נוער להט"בי, לעומת נוער הטרוסקסואלי. במאמר הסקירה הנוכחי מוצגת הספרות העדכנית על שכיחות סכנה אובדנית זו בקרב נוער להט"בי, ולצידה מוצגים מחקרים המציעים גורמי סיכון המגבירים את הסכנה האובדנית ברמות שונות: אינדיווידואלית, משפחתית, בית ספרית וחברתית-תרבותית. כמו כן מוצגים מחקרים על גורמים המגנים מפני אובדנות בקרב נוער להט"בי, לצד המלצות להתערבויות טיפוליות, ייעוציות וחינוכיות. בסקירה הנוכחית מוצגת גם הזווית של ההקשר הישראלי, המגלם ליברליות לצד שמרנות, ותרומתו האפשרית לסכנה האובדנית המוגברת בקרב נוער להט"בי. נסקרים מחקרים בנושא שנעשו בארץ, כמו גם כמה מגופי התמיכה, הייעוץ וההסברה שיכולים לתת מענה לנוער להט"בי בהקשר של אובדנות.

מילות מפתח: נוער להט"בי, אובדנות, הומוסקסואליות וההקשר הישראלי

במדגם הלאומי להתנהגות שבסיכון שנערך ב-2015 בארצות הברית, השתתפו 15,624 בני נוער, אשר נשאלו אם בשנה האחרונה שקלו ברצינות, תכננו, או ניסו להתאבד (Caputi, Smith, & Ayers, 2017). תוצאות סקר זה, שהוא אחד מהגדולים והמייצגים שנערכו עד כה, הראו כי 40% מהמשתתפים שהזדהו כלה"ב (לסביות, הומואים וביסקסואלים) דיווחו כי שקלו ברצינות להתאבד (בהשוואה ל-14.8% מההטרוסקסואלים), 34.9% תכננו להתאבד (בהשוואה ל-11.9% מההטרוסקסואלים), ו-24.9% ניסו להתאבד (בהשוואה ל-6.3% מההטרוסקסואלים). כאמור, באותו סקר עלה כי הסיכון של נוער לה"בי לשקול ברצינות התאבדות היה גבוה פי 2.45 מזה של הטרוסקסואלים, ובהתאם היה גם גבוה פי 2.59 בתכנון התאבדות וגבוה פי 3.37 בדיווח על ניסיון אובדני, יחסית להטרוסקסואלים. בסקר דומה, שנערך בקרב 6790 תלמידי תיכון בארצות הברית, נמצא כי הסיכון של נוער לה"בי להתנהגויות אובדניות לא קטלניות היה גבוה פי שניים מקבוצת ביקורת הטרוסקסואלית (Annor et al., 2018). ממצאים אלו משרטטים תמונה ברורה ומדאיגה על הסיכון הגבוה לאובדנות שאליו חשופה האוכלוסייה של נוער לה"בי.

ממצאים דומים על הסיכון המוגבר של נוער לה"בי לחשיבה אובדנית ולניסיונות אובדניים יחסית לנוער הטרוסקסואלי התקבלו גם מעבר לגבולות ארצות הברית; כך למשל במחקר אורך שליווה 1265 ילדים בניו זילנד מהלידה ועד גיל 21 (Fergusson, Horwood, & Beautrais, 1999), דיווחו בני נוער לה"בים במהלך המחקר על חשיבה אובדנית וניסיונות אובדניים רבים יותר מאשר הטרוסקסואלים. בהתאמה, בדגימה של 2924 בני נוער לה"בים בנורווגיה, דיווחו נערים ונערות לה"בים על ניסיונות אובדניים רבים יותר מאשר הטרוסקסואלים (Wichstrøm & Hegna, 2003). דפוס בין-לאומי חוזר זה של תוצאות, המצביע על פגיעות האוכלוסייה הלה"בית הצעירה לאובדנות, הניע את הארגון האסטרטגי הלאומי האמריקני למניעת התאבדות (U.S. National Strategy for Suicide Prevention) לקבוע כי אוכלוסיית נוער לה"בי נמצאת בסיכון גבוה לחשיבה וניסיונות אובדניים ולהמליץ על הפניית משאבים להבנה מעמיקה יותר של הפגיעות ולמניעתה (Haas et al., 2010).

בעוד ב-20 השנים האחרונות החלו להיאסף דגימות רחבות ומייצגות על אוכלוסייה של נוער לסבי, הומוסקסואלי וביסקסואלי, דגימות שכאלו יחסית נדירות כשמדובר בנוער טרנסג'נדר. בהקשר זה ראוי לציין דגימה מייצגת ייחודית שנאספה בבתי ספר תיכוניים בקליפורניה בין השנים 2013–2015, ובה נמצא כי הסיכוי של נוער המגדיר עצמו כטרנסג'נדר לזווח על חשיבה אובדנית בשנה האחרונה היה כפול מזה של נוער שאינו מגדיר עצמו כטרנסג'נדר (Perez-Brumer, Day, Russell, & Hatzenbuehler, 2017). בדגימות אחרות, המתבססות על מדגמי נוחות, עולה כי הסיכוי לחשיבה, תכנון וניסיונות אובדניים בקרב בני נוער טרנסג'נדר גבוהים אף מאלו של נוער לה"בי. גרוסמן וד'אגלי לדוגמה (Grossman & D'Augelli, 2007) הראו כי קרוב למחצית מבני הנוער הטרנסג'נדר שבמחקרם דיווחו כי חשבו ברצינות להתאבד, ורבע מאלו שחשבו ברצינות להתאבד דיווחו כי ניסו להתאבד. מעל שליש מאלו שניסו להתאבד אמרו שהניסיון היה קשור בקשיים סביב היותם טרנסג'נדרים. במחקר אחר, שדגם 1635 בני נוער טרנסג'נדר בארצות הברית, 51.6% דיווחו על התנהגות של פגיעה עצמית בשנה האחרונה (Taliaferro, McMorris, Rider, & Eisenberg, 2018). הוצע כי נוער טרנסג'נדר חשוף במיוחד לסכנה אובדנית, עקב שכיחות גבוהה של דיכאון, חרדה ושימוש בחומרים ממכרים בקרבם (Taliaferro, McMorris, Rider, & Eisenberg, 2018; Xavier, Honnold, & Bradford, 2007), כמו גם היותו חשוף לדחייה חריפה מצד ההורים (Grossman & D'Augelli, 2007).

יש לחדד את העובדה שהמצאים המתוארים מעלה נוגעים לחשיבה וניסיונות אובדניים, וכי ממצאים על מוות מהתאבדות בקרב אוכלוסייה להט"בית הם מועטים יותר משמעותית ומציגים ממצאים לא אחידים, מה גם שכמעט אינם מתמקדים רק באוכלוסייה של נוער (Haas et al., 2010). הסיבה למיעוט ממצאים על מוות מהתאבדות בקרב אוכלוסייה להט"בית קשורה בכך שמרבית דוחות המוות בעולם אינם מכילים מידע ישיר על נטייה מינית, ולכן השוואה מחקרית בין אחוזי מקרי מוות מהתאבדות בקרב הטרוסקסואלים לעומת אחוז זה בקרב להט"בים היא כמעט בלתי אפשרית. לצד זאת, "נתיחה פסיכולוגית שלאחר המוות", הכוללת תשאול

קרובי משפחה של המנוח על אודות נטייתו המינית, מאפשרת השוואה מסוימת של אחוזי מקרי המוות בהתאבדות כפונקצייה של נטייה מינית; כך למשל באזור ניו יורק, ניתוח פסיכולוגי שלאחר המוות בקרב בני נוער לא מצא קשר בין נטייה מינית ומוות כתוצאה מהתאבדות (Shaffer, Fisher, Hicks, Parides, & Gould, 1995). ממצאים דומים התקבלו גם בקרב אוכלוסיית גברים מבוגרת יותר ברחבי ארצות הברית, שבה לא נמצא סיכוי גבוה יותר למוות מהתאבדות בקרב גברים הומוסקסואלים מאשר בקרב הטרוסקסואלים (Cochran & Mays, 2011). עם זאת, מחקר מדנמרק, שהשתמש בדגימה רחבה יותר וברישום של רשויות המדינה על נטייה מינית, הראה סיכון הגבוה פי שלושה בקרב אוכלוסייה להט"בית למוות מהתאבדות מזה שבקרב אוכלוסייה הטרוסקסואלית (Qin, Agerbo, & Mortensen, 2003). מחקר המשך בדנמרק אף חידד את העובדה שהסכנה נשקפת בעיקר לגברים הומוסקסואלים, וכי הממצאים על הסכנה לנשים לסביות הם מועטים יותר (Mathy, Cochran, Olsen, & Mays, 2009). החוקרים גרסו כי אוכלוסייה להט"בית, כולל נוער להט"בי, אכן נמצאת בסיכון מוגבר למוות מהתאבדות יחסית לאוכלוסייה הטרוסקסואלית, אך מגבלות סביב גודל דגימה ובעיות רישום זיהוי של נטייה מינית בקרב אנשים שמתו מקשות על גיבוש גוף ידע אחיד (Haas et al., 2010). ההבחנה בין מוות כתוצאה מהתאבדות ובין חשיבה אובדנית וניסיונות התאבדות היא חשובה, היות ומדובר במופעים שונים בתגובה למצוקה.

אחוזי הדיווח על חשיבה וניסיונות אובדניים בקרב בני נוער להט"בי נמצאו קשורים ברמות הקבלה והתמיכה שהסביבה החברתית העניקה להם; כך למשל בארצות הברית נמצא כי במדינות שנחשבו כלא תומכות, הסיכון של בני נוער להט"בי לניסיון אובדני היה גבוה ב-20% מזה של בני נוער להט"בי במדינות תומכות. חוסר התמיכה התבטא בניציגויות מועטות לפעילות המחזקת את הקשר בין להט"בים והטרוסקסואלים (gay-straight alliance) בבתי הספר, כמו גם במספר קטן יותר של בתי ספר עם מדיניות ברורה של אפס סבלנות לבריונות ואפליה כלפי האוכלוסייה הלהט"בית (Hatzenbuehler, 2011). באופן דומה, חקיקה המאשרת נישואים חד-מיניים נמצאה כקשורה עם אחוזי ניסיונות התאבדות נמוכים יותר בקרב נוער להט"בי (Raifman, Moscoe, Austin, & McConnell, 2017). בהקשר זה של ההשלכות החברתיות על סיכויי אובדנות של בני נוער להט"בי, חשוב להתייחס להקשר הישראלי הייחודי.

ההקשר הישראלי והומוסקסואליות: ליברליות לצד שמרנות

ההקשר הישראלי מגלם בתוכו עמדות מנוגדות ביחס להומוסקסואליות. מצד אחד, ב-20 השנים האחרונות חלו פריצות דרך משפטיות בהקשר של זכויות להט"בים בישראל, כך שמערכת המשפט בישראל פיתחה עמדות ליברליות יחסית כלפי להט"בים, והאוכלוסייה החילונית, במיוחד במרכז הארץ, מביעה סובלנות וקבלה כלפיהם (Kama, 2005; Shilo, Antebi & Mor, 2015). כמו כן, צמח וגדל "ארגון

הנוער הגאה", שמספק בית לחוגי העשרה וקבוצות חברתיות תומכות, ומהווה מוקד תמיכה מרכזי עבור נוער להט"בי ישראלי (גרוס וזיו, 2003; Gross, 2014). עם זאת, מהצד השני, החברה הישראלית מתאפיינת בעיקרה בהיותה חברה פטריארכלית, המוזנת מדימויים גבריים סטראוטיפיים, אשר מקבלים חיזוק מהאקלים המלחמתי שבאזור ומהשירות הצבאי שאליו מחויבים בני נוער בהגיעם לגיל 18 (קפלן, 1999; Shilo et al., 2015). חברה שכזו נוטה להיות בלתי סובלנית כלפי להט"בים (Shilo & Ben-Ari, 2009). כמו כן, הישענות הדת היהודית על החוק התנ"כי שמגנה בתוקף הומוסקסואליות, מחזקת את התיוג השלילי והסנקציות החברתיות המוטלות על להט"בים צעירים. ראוי גם להזכיר כי עד 1988 נחשבה בישראל הומוסקסואליות כפתולוגית ואף כעבירה פלילית (Shokeid, 2003; Gross, 2014). דיאלקטיקה זו שבין קבלה ודחייה, ליברליות לצד שמרנות וזכויות אדם לצד עיכובי חקיקה (Gross, 2013), ולהגביר בלבול ולחץ בקרב להט"בים צעירים, במיוחד בתקופת הנעורים, שבה הם עסוקים בתהליכי קבלה עצמית, חשיפה עצמית ויצירת זהות מגובשת (שילה, 2007; Elizur & Ziv, 2001; Shenkman & Shmotkin, 2010). לחץ נוסף זה יכול להגביר את הפגיעות הפסיכולוגית שאליה חשופים בני נוער להט"בי.

בהתאם לכך, בדגימה שנערכה בקרב 461 בני נוער להט"בי בישראל, אכן נמצאה פגיעות פסיכולוגית מוגברת, במיוחד בקרב בני נוער ביסקסואלי, שדיווחו על מצוקה פסיכולוגית מוגברת ורווחה נפשית פחותה (Shilo & Savaya, 2012). כמו כן, בדגימה של 300 בני נוער להט"בי ישראלים, המשתתפים דיווחו כי לפחות חצי מהם (בטווח הגילים 11–18) שמעו הערות הומופוביות ממוריהם (Pizmony-Levy, Kama, Shilo, & Lavee, 2008). בהמשך לכך, בדגימה של 952 בני נוער וצעירים ישראלים (גילאי 12–30) נמצא כי להט"בים דיווחו על בריאות פיזית ונפשית פחותה מזו של הטרוסקסואלים (Shilo & Mor, 2014). בנוסף לאלו, על פי מחקר אקלים בתי הספר שדגם 1106 להט"בים בגילים 12–18 (פזמוני-לוי, שילה ורוגל, 2016), נמצא כי מרבית המשתתפים (65.6%) דיווחו כי נחשפו להערות להט"בופוביות במסדרונות בית הספר, ושפעמים רבות המורים לא הגיבו לכך, גם אם אמירות אלו נאמרו על ידם. במחקר אקלים זה נמצא גם כי מעל רבע מהמשתתפים (26.7%) ציינו כי הם חשים חוסר ביטחון בבית הספר עקב נטייתם המינית, 37.2% דיווחו כי הוטרדו מילולית בשנה האחרונה בשל נטייתם המינית, ו-7.6% דיווחו כי הותקפו פיזית בגללה בשנה החולפת. כאמור, בדומה לממצאים בעולם, גם בישראל ממצאים מעידים כי רווחתם הנפשית של בני נוער להט"בי פחותה מזו של בני גילם ההטרוסקסואלים ותסמיניהם הדיכאוניים רבים יותר (Shenkman & Shmotkin, 2010). לצד זאת, מחקר על הפגיעות לאובדנות בקרב נוער להט"בי בישראל יחסית לזו של נוער הטרוסקסואלי הוא מועט ביותר ונשען בעיקר על מדגמי נוחות קטנים. תמונה זו שונה מממצאים ברורים יחסית של אחוזי התאבדות ואחוזי ניסיונות אובדניים באוכלוסייה הכללית. כך למשל, לפי נתוני משרד הבריאות (2016, 2017) על אובדנות בישראל ובהסתכלות על שיעורי ההתאבדות בקרב בני נוער בישראל

בגילים 15–18, ניתן לראות שיעור של 2.7 לכל 100,000. כמו כן, מתוך 6488 ניסיונות התאבדות שנרשמו במרכזים לרפואה דחופה, קרוב למחצית מהניסיונות היו של בני נוער בני 10–21. בהשוואות בין-לאומיות, שיעור ההתאבדות של צעירים ישראלים בגילים 15–29 נמוך בהשוואה למדינות אירופה, במיוחד בקרב נשים. ממצאים ברורים עבור היקף התאבדויות וניסיונות אובדניים בקרב נוער להט"בי בישראל, שנשענים על מדגמים מייצגים, כמעט אינם קיימים. כאמור, המחקר על התאבדויות, מחשבות אובדניות וניסיונות אובדניים בקרב נוער להט"בי בישראל הוא דל; כך לדוגמה חיפוש במנוע PsycNET לפי מילות החיפוש: "suicide", "gay" ו-"youth", על פי הופעתן בתקציר ותוך הגבלת החיפוש למאמרים על מדגמים של בני נוער (13–14), ולמאמרים שעברו סקירת עמיתים (peer review), הוליד כ-112 מאמרים. עם זאת, כאשר בתוך אלו נעשה חיפוש למילה "Israel", עלה רק מאמר רלוונטי אחד, מה שמעיד על מיעוט המחקר בנושא זה בישראל.

לצד זאת, ובהסתמך על מדגמי נוחות וספרות מקומית בעברית, ניתן למצוא ממצאים המציגים את הפגיעות לחשיבה אובדנית בקרב נוער להט"בי בישראל במחקר של שנקמן ושמוטקין (Shenkman & Shmotkin, 2013). במחקר זה נדגמו, בעזרת ארגון הנוער הגאה, כ-219 בני נוער ומבוגרים צעירים המשתייכים לאוכלוסייה הלהט"בית, והם הושוו ל-219 בני נוער ומבוגרים צעירים הטרוסקסואליים הזחים להם במשנני ליבה סוציו-דמוגרפיים. במחקר זה דיווחו בני נוער להט"בי על כך שהם חושבים על המוות שלהם בתדירות גבוהה יותר מאשר דיווחו בני נוער הטרוסקסואלי. בהתאם, בני נוער להט"בי דיווחו במחקר זה על מחשבות אובדניות פסיביות, למשל על כך "שאינן זה שווה לחיות בעולם הזה", יותר מאשר הטרוסקסואלים צעירים. במחקר המשך שנערך על אותה אוכלוסייה הלהט"בית, פריטים אלה, לצד פריטים נוספים המייצגים את בולטות תרחישי העולם העוין של נוער להט"בי יחסית לאלו של בני נוער הטרוסקסואלי (כגון חשש מסכנת פגיעה, קשיים משפחתיים וחברתיים וחשש מהזדקנות), נמצאו קשורים עם תסמינים דיכאוניים ונירוטיות רבים יותר ועם רווחה נפשית פחותה וקבלה עצמית פחותה של הנטייה המינית (Shenkman & Shmotkin, 2016). במחקר אחר, שערכה בר יוסף בקרב 1134 בני נוער ישראליים, שמתוכם 55 השתייכו לאוכלוסייה הלהט"בית, 20% מהמשתתפים הלהט"בים דיווחו כי ניסו להתאבד (אבן, 2012). שיעור זה גבוה בהרבה מהאחוזים המדווחים באוכלוסייה הטרוסקסואלית. במחקרה מצאה בר יוסף כי שיעור גבוה עוד יותר דווח בקרב הומואים ולסביות שהזדהו גם כדתיים. ממצא זה פורש כקשור ללחץ הנוסף שבני נוער אלו חווים מבני משפחתם, עקב הקונפליקט הקיים בין הדת היהודית והומוסקסואליות. חשוב לציין כי מדגם זה של בר יוסף הוא מדגם נוחות, הסובל ממגבלת ייצוגיות, היות שנדגם בעיקר בקרב באי הבר-נוער, שרובם הגיעו על מנת לקבל סיוע רגשי ותמיכה. מגבלות שכאלו באשר לייצוגיות מדגמי אוכלוסייה להט"בית מאפיינים את מרבית המחקרים בקרב אוכלוסייה זו, שכן דגימה אקראית בהקשר של נטייה מינית היא נדירה ביותר (McCormack, 2014). בשל מיעוט המחקר על אובדנות בקרב נוער להט"בי בישראל

ועקב ההקשר הישראלי המציג עמדות מבלבלות כלפי הומוסקסואליות, כפי שתואר קודם, אשר יכולות להגביר את מצוקותיהם של בני נוער להט"בי, ישנה חשיבות עצומה לקידום מחקר בנושא.

גורמי סיכון אינדיווידואליים, חברתיים ותרבותיים לאובדנות בקרב נוער להט"בי

מודל "לחץ המיעוטים" שהציע אילן מאייר (Meyer, 2003, 2007) משרטט מערך לחצים פנימיים – אינדיווידואליים (כגון היעדר קבלה של הנטייה המינית), לצד מערך לחצים חיצוניים – חברתיים (כגון אפליה, הטרדה ובריונות מצד בני משפחה וקבוצת השווים) בתוך הקשר של הטרסקסזים והומופוביה, כגורמים שמסבירים את השכיחות הגבוהה של דיכאון, חרדה, אובדנות, פוסט-טראומה ושימוש בחומרים ממכרים בקרב אוכלוסייה להט"בית, לעומת אוכלוסייה הטרסקסואלית (Meyer, 2003, 2007). על פי מודל זה, עמדות חברתיות הטרסקסיסטיות, המניחות כי רק נטייה הטרסקסואלית היא נורמלית, לצד הומופוביה, שמבטאת סלידה לא רציונלית מכל מי שאינו הטרסקסואל, נותנות לגיטימציה להדרה, אפליה, ואלומות כלפי להט"בים. עמדות אלו מייצרות את הלחצים הפנימיים – האינדיווידואליים, והחיצוניים – החברתיים והתרבותיים, שאליהם חשופים להט"בים, ושבגינם רווחתם הפסיכולוגית פגיעה. מודל מקיף זה של "לחץ המיעוטים" מבקש להסביר גם את השכיחות הגבוהה של מחשבות וניסיונות אובדניים בקרב נוער להט"בי יחסית לנוער הטרסקסואלי (Baams, Grossman, & Russell, 2015; Meyer, 2003).

גורמי סיכון אינדיווידואליים

בדומה לנוער הטרסקסואלי, גם אצל בני נוער להט"בים היסטוריה פסיכיאטרית, היסטוריה משפחתית של התאבדות, שימוש בסמים ונגישות לנשק קטלני מעלים את הסכנה להתאבדות (Garland & Ziglar, 1993). גורמי סיכון נוספים וייחודיים לנוער להט"בי הם: הכרה בנטייתם המינית בגיל מוקדם (Remafedi, Farrow, & Deisher, 1991), אי-חשיפה של הנטייה המינית לאנשים אחרים (Remafedi, 1994), התנהגויות שאינן תואמות למגדר (Remafedi et al., 1991) ודיווח על קונפליקט פנימי מוגבר הנוגע לנטייה המינית (Savin-Williams, 1990). עוד הוצע שהשתייכות לשתי קבוצות מיעוט (כגון מיעוט על רקע נטייה מינית כמו גם מיעוט על רקע גזעי או על רקע אתני) מגדילה גם היא את הסכנה האובדנית, עקב מערך לחצים מוגבר שאותו הפרט נושא (Bostwick et al., 2014; Savin-Williams & Rodriguez, 1993). בהקשר זה של לחצים נוספים הקשורים להשתייכות קבוצתית, ישנם גם ממצאים המצביעים על כך שבעוד בקרב אוכלוסיות הטרסקסואלית אורך חיים דתי מהווה גורם המגן מפני אובדנות, בקרב אוכלוסייה של נוער להט"בי דתיות עלולה דווקא להגביר את הסכנה לפגיעה עצמית ולאובדנות (Hillier et al., 2010). ממצאים דומים התקבלו כאמור גם בישראל.

גורמי סיכון במישור החברתי ובמישור התרבותי

נמצא כי אי-קבלת הנטייה המינית של הילד על ידי הוריו (Hillier et al., 2010) והתעללות מצד בני המשפחה, כולל התעללות מינית (Friedman et al., 2011), מעלים את הסכנה האובדנית בקרב נוער להט"בי. כמו כן, נראה כי גם "יציאה מהארון" בגיל צעיר, החושפת את הפרט להטרדות ובריונות מצד חברת השווים ובני המשפחה, ומצד שני גם אי-"יציאה מהארון", מעלים בקרב נוער להט"בי את תחושות הבידוד החברתי וחוסר התקווה, אשר מגבירות את הסכנה האובדנית (Morrison & L'Heureux, 2001).

אקלים בית ספרי אשר רווחות בו עמדות הטרוסקסיסטיות והומופוביות בשכיחות גבוהה עלול להגביר תחושות חריגות ובידודות של נוער להט"בי, כמו גם התנהגות בריונית המופנית כלפיו. אלו יכולים להגביר את הסכנה לפגיעות, כמו גם את הסכנה האובדנית הנשקפת לנוער זה (D'Augelli, Grossman, & Starks, 2006; Friedman et al., 2011; McGiure, Anderson, Roomey, & Russell, 2010; Russell & Fish, 2016). בהתאמה, נמצא במחקר כי חוסר בתוכניות חינוך והתערבות כלל-ארציות המחנכות לסובלנות, גיוון ואי-קבלה של בריונות ואלומות במסגרות בתי הספר על רקע נטייה מינית, עלול גם כן להתקשר עם עלייה בסכנה האובדנית בקרב נוער להט"בי (Morrison & L'Heureux, 2001). בניגוד לכך, נמצא כי מדיניות ברורה של קבלת נוער להט"בי והגנה עליו הייתה קשורה להפחתת חשיבה אובדנית, פגיעה עצמית וניסיונות אובדניים בקרב נוער זה (Jones & Hillier, 2012; Toomey & Russell, 2013).

בהמשך לכך, עמדות הטרוסקסיסטיות והומופוביות נמצאו כשכיחות גם בקרב ספקי שירותי בריאות הנפש, כך שייתכן שהדבר עלול להוביל נוער להט"בי הנמצא במצוקה אובדנית לחשוש מלפנות לקבל סיוע או לחשוף את נטייתו בפני גורמים טיפוליים (Berkman & Zinberg, 1997; Connolly & Lynch, 2016; Costa et al., 2016). בנוסף, על אף עלייה בנגישות של בני נוער לשירותים של גורמי טיפול ותמיכה מקוונים (Stasiak, Lytle, Silenzio, Homan, Schneider, & Caine, 2018; et al., 2016), במצבים שבהם ישנה נגישות נמוכה לגורמים ייעודיים ללהט"בים, המקדמים קבלה שלהם ופתיחות כלפיהם, עלולות להתגבר בקרבם תחושות בידוד חברתי ומחשבות והתנהגויות אובדניות (McDermott, 2015; Morrison & L'Heureux, 2001).

עוד בהקשר של גורמי סיכון במישור החברתי, יש לציין כי היעדר חקיקה ברורה ומקיפה הממסדת זכויות להט"בים ומגנה מפני אפליה על רקע נטייה מינית, נמצא כעלול להגביר מצוקה של נוער להט"בי כמו גם סכנה אובדנית (Raifman et al., 2017).

במישור התרבותי-תקשורתי, נמצא כי מסרים שליליים כלפי נוער להט"בי המועברים לעיתים בתקשורת עלולים להתקשר עם מצוקה רבה יותר של בני

נוער ועם הגברת סיכון לפגיעה עצמית ולניסיונות אובדניים (Craig, McInroy, 2015; McCready, & Alaggia, 2015; D'Augelli, 1992).

גורמי סיכון לאובדנות בקרב אוכלוסייה להט"בית: ההקשר הישראלי

כאמור מעלה, "לחץ המיעוטים" הפוגע ברווחתם הפסיכולוגית של להט"בים ואשר נמצא קשור להגברה של הסכנה האובדנית, מושפע ממערך לחצים אישיים וחברתיים-תרבותיים (Meyer, 2003). אומנם בשנים האחרונות השיח על נטייה מינית בישראל הפך פתוח יותר, תוך גילויי אהדה כלפי זכויות אוכלוסייה להט"בית כמו גם כלפי דמויות של ידוענים הנחשפות כמשתייכות לאוכלוסייה זו, וקבלה שלהם (Kama, 2011). עם זאת, הקשר חברתי הטרוסקסיסטי והומופובי עדיין שכיח במערכת החינוך בישראל, שבה מערכי שיעור קבועים על נטייה מינית, חינוך מיני ייעודי לבני נוער להט"בים ואזכור דמויות להט"ביות לחיקוי אינם ברורים מאליהם. בנוסף, הערות הומופוביות מצד קבוצת השווים כמו גם מצד מורים מסתמנות כדבר נפוץ (Pizmony-Levy et al., 2008). בהמשך לכך, ועקב ממצאים על חשיבותה של מדיניות בית ספרית ברורה להגנה על להט"בים וקבלתם כפרקטיקה המצמצמת סכנה אובדנית (Jones & Hillier, 2012), ברורה חשיבות המשך ההטמעה והיישום של תוכניות חינוכיות כלל-ארציות בישראל שתקדמה הגנה על תלמידים אלו. עם זאת, דומה כי ישנו קושי לא מבוטל בהטמעת תוכניות שכאלו בישראל, בשל מסורתיות ושמרנות המאפיינות מגזרים שונים בחברה. בהקשר זה ניתן לציין מסגרות עירוניות ובית ספריות המסרבות להכניס לתוכן פעילויות של "חוש"ן" (חינוך ושינוי) – מרכז חינוך והסברה אשר מתנדביו מגיעים להרצות בפני בני נוער בכדי להוביל שינוי חברתי לקבלה של להט"בים. בהמשך לגישה שמרנית זו, לאחרונה אף צה"ל הודיע כי יפסיק את פעילות "חוש"ן" בפני חיילים צעירים בצבא. בהתייחס לממצאי הספרות המתוארים מעלה ניתן לשער כי צעדים אלו, המצמצמים חינוך לשינוי עמדות שליליות כלפי להט"בים, עלולים להגביר סכנה אובדנית בקרב נוער זה.

עוד בהקשר החברתי הישראלי ומתוך התבוננות בזירה התקשורתית, ראוי להתייחס לכך שלצד השלכות חיוביות של מסרים תומכי להט"בים בתקשורת ההמונים על רווחתם וחוסנם של להט"בים, ישנן גם אמירות הומופוביות בוטות של אנשי ציבור, אנשי צבא ורבנים אשר מסוקרות בתקשורת. התבטאויות אלו, נוסף להיעדר סנקציות ברורות עליהן, עלולות להגביר מצוקה ואובדנות של בני נוער, אשר נמצא כי הן עלולות להתקשר עם עמדות הומופוביות המופגנות בתקשורת ההמונים (Craig et al., 2015; D'Augelli, 1992; Hatzenbuehler, 2011). התבטאויות שכאלו בישראל נוטות להישמע לקראת מצעדי גאווה או לקראת ניסיונות לקידום חוקים המשווים זכויות של להט"בים לאלו של הטרוסקסואלים (לדוגמה חוקי אימוץ או פונדקאות).

כמו כן, וכפי שצוין מעלה, היעדר חקיקה ברורה הממסדת זכויות להט"בים ומגינה עליהם מפני אפליה על רקע נטייה מינית, עלולה להגביר מצוקה של נוער להט"בי כמו גם סכנה אובדנית (Raifman et al., 2017). בהקשר זה, בישראל, חקיקה סביב נישואים חד-מיניים, זכויות אימוץ לזוגות חד-מיניים וזכויות טרנסג'נדרים עדיין נמצאת במאבק משפטי-פוליטי-חברתי מתמשך. ראוי לציין כי איסור אפליה על רקע נטייה מינית עדיין אינו מעוגן בחוק לגמרי ונמצא על סדר היום הציבורי-פוליטי. ניתן לשער כי עיגון חזק יותר של זכויות לאוכלוסייה הלהט"בית בחוק הישראלי יצמצם את שכיחות החשיבה והניסיונות האובדניים בקרב נוער להט"בי.

גורמים המגינים מפני אובדנות בקרב נוער להט"בי

בעוד משאבים הושקעו בזיהוי גורמי סיכון לאובדנות בקרב נוער להט"בי, נעשה מחקר מועט יחסית על גורמים המגינים מפני אובדנות בקרב נוער זה (Hass et al., 2010). עם זאת, ממחקר רחב שנערך בארצות הברית בקרב 21,927 נערים ונערות גילאי 12–18, שמתוכם 2,255 הזדהו כבעלי משיכה לבני מינם, נמצאו שלושה משתנים כמגינים מפני חשיבה אובדנית וניסיונות אובדניים: יחסים קרובים של בני הנוער עם משפחותיהם, תפיסה כי יש מי שדואג להם ותחושת ביטחון בבית הספר (Eisenberg & Resnick, 2006). במחקר אחר נמצא כי קרבה של בני נוער להט"בי לאוכלוסייה להט"בית וזהות מינית חיובית היו קשורים לרווחה פסיכולוגית ורווחה חברתית רבות יותר, דבר היכול להגן מפני חשיבה וניסיונות אובדניים (Kertzner, Meyer, Frost, & Stiratt, 2009). אף שהמחקר נערך בקרב אוכלוסייה להט"בית בטווח גילים רחב, החוקרים גרסו כי מאפיינים אלו יכולים לשרת כפקטורים מגינים גם ספציפית בקרב נוער להט"בי. כמו כן, הוצע כי יחסים אינטימיים יציבים יכולים גם הם להקטין את הסכנה האובדנית, בדומה לממצאים בקרב זוגות הטרוסקסואליים, שהראו כי זוגיות קבועה שלהם מקטינה את הסיכון לאובדנות (Haas et al., 2010).

היבטים יישומיים: המלצות קליניות-טיפוליות, חינוכיות וייעוציות

עקב הקשר החזק בין הפרעות נפשיות, כגון: דיכאון, חרדה, פוסט-טראומה ושימוש בחומרים ממכרים, ובין סכנה אובדנית מוגברת, כמו גם עקב השכיחות הגבוהה של ההפרעות הנפשיות שצוינו בקרב נוער להט"בי בשל "לחץ המיעוטים" שאליו הם חשופים, יש להפנות משאבים לאיתור מוקדם של הפרעות אלו בקרבם וטיפול בהן, בכדי לקדם צמצום של סכנה אובדנית (Haas et al., 2010). במיוחד סביר שתוכניות התערבות המצמצמות שימוש באלכוהול וסמים, אשר נפוץ בקרב נוער להט"בי, תוכלנה להקטין את הסכנה האובדנית הנשקפת לאוכלוסייה זו (Grella, Greenwell, Mays, & Cochran, 2009). עוד בהקשר הפסיכיאטרי, יש לציין כי אומנם מ-1973, השנה שבה הוסרה הומוסקסואליות מפרק הפרעות הפסיכיאטריות בספר האבחנות

הפסיכיאטרי (DSM), היא אינה מוגדרת עוד כמחלה הדורשת טיפול, אך עדיין ישנם אנשי טיפול הרואים בכל נטייה מינית שאינה הטרוסקסואלית הפרעה, ולכן מציעים טיפולים בה. הם מצהירים על טיפולים להמרה של נטייה זו בהטרוסקסואלית. ממצאים מחקריים מראים כי טיפולים אלו עלולים להגביר את הסכנה האובדנית בקרב מטופלים להט"בים צעירים, ולכן יש לפעול בכדי לצמצם טיפולים שכאלו (American Psychological Association, 2000).

בעוד פרוטוקולים טיפוליים הוצעו לטיפול בדיכאון ואובדנות בקרב נוער הטרוסקסואלי (לדוגמה Brent et al., 2009), כמעט שלא הוצעו פרוטוקולים שבהם יש דגשים רלוונטיים לטיפול באובדנות באוכלוסייה של נוער להט"בי. עם זאת, בשנים האחרונות הוצע על ידי דיימונד ושותפיו (Diamond et al., 2012) פרוטוקול לטיפול משפחתי מבוסס התקשרות לנוער להט"בי אובדני. בפרוטוקול זה החלק הטיפולי הראשון (עד חמישה מפגשים) כולל עיבוד לתחושות האכזבה, התסכול והכעס של ההורים סביב הנטייה המינית של בנם או בתם, לצד חידוד המשמעויות הפסיכולוגיות של קבלה של הנטייה המינית. ממצאים ראשוניים הראו כי טיפול זה, אשר הפגישות הראשונות בו מקדמות קבלה של הבן או הבת, לצד הבנה אמפתית לקשייהם, היה יעיל בצמצום דיכאון וחשיבה אובדנית (Diamond et al., 2012; Levy, & Russon, 2016).

מחסור בטיפולים הרגישים לאוכלוסייה הלהט"בית הצעירה קיים לא רק בזירה הטיפולית הקשורה באובדנות, כי אם גם בזירת בריאות הנפש הרחבה. לצד זאת, יש לציין את הסילבוס לבריאות הנפש של להט"בים המיועד לפסיכיאטרים מתמחים (Group for the Advancement of Psychiatry, 2007), שמציע מידע ספציפי על קשיים הרלוונטיים לאוכלוסייה להט"בית, לצד היבטים הקשורים באובדנות בקרב אוכלוסייה זו. בהתאם, איגוד הפסיכולוגים האמריקנים (American Psychological Association, 2000) הציע קווים מנחים לטיפול רגיש באוכלוסייה להט"בית, אך אין בו דגשים ספציפיים לפסיכותרפיה סביב אובדנות.

שינוי משמעותי שחל בספר האבחנות הפסיכיאטרי העדכני (DSM-5) היה ההסרה של האבחנה של "Gender Identity Disorder", שתייגה שלילית ופתולוגית אוכלוסייה טרנסג'נדרית. אבחנה זו הוחלפה באבחנה של "Gender Dysphoria" (American Psychiatric Association, 2013). בהתבוננות דרך נקודת המבט המערכתית של ברונפנברנר (Bronfenbrenner, 1997) ומתוך ההבנה כי לשינויים ממסדיים אלו השלכות על שכיחות האובדנות בקרב נוער להט"בי (Raifman et al., 2017), ניתן לשער כי ייתכן ששינוי האבחנה, שמשמעותו הקטנת הפתולוגיזציה והתווית השלילית המוצמדות לנוער טרנסג'נדר, יוכל להתבטא בצמצום אפשרי של האובדנות בקרב נוער זה.

בשאיפה לצמצם את הסכנה האובדנית שאליה חשוף נוער להט"בי, ישנה גם המלצה לייצר עוד הכשרות ספציפיות למטפלים בנושא טיפול רגיש לאוכלוסייה של נוער זה, אשר תכלולנה דגשים על הסכנה האובדנית שאליה הוא חשוף (Haas et al., 2010). בהכשרות אלו יש לכלול גם מידע למטפלים על ההשלכות של תווית

שלילית, אפליה ודעות קדומות על בריאות הנפש של אוכלוסיות מיעוט, כולל השלכות הקשורות לחשיבה וניסיונות אובדניים. בהתאם, על הכשרות אלו לשים דגש על איתור מוקדם ככל הניתן של סכנה אובדנית, התערבויות רלוונטיות והטמעת שימוש במדדים אמפיריים הבודקים סכנה אובדנית ומנטרים אותה במשך הטיפול. בהמשך לכך, ישנה נחיצות ברורה להכנסת סילבוס ייעודי לנושא האובדנות בקרב נוער להט"בי בכל התוכניות להכשרת מטפלים (מתמחים ברפואה, פסיכיאטרייה, פסיכולוגיה ועבודה סוציאלית).

במישורים החינוכי והייעוצי, ישנה המלצה בין-לאומית לפיתוח קמפינים שיופצו במקורות תמיכה לנוער להט"בי, ושבהם יחודד הקשר שבין דיכאון, חרדה ושימוש בחומרים ממכרים ובין סכנה לאובדנות (Haas et al., 2010).

היבטים יישומיים והמלצות להמשך: ההקשר הישראלי

בעשור האחרון נעשתה פעילות ענפה במטרה להקטין עמדות הומופוביות, אפליה ודעות קדומות כלפי נוער להט"בי בישראל, והוחל ביישומן של המלצות לא מעטות שסומנו בעבר כחשובות לרווחתו של נוער זה (לוינסון, 2005). מהלכים אלו יכולים לצמצם את סכנת האובדנות שאליה חשוף נוער להט"בי.

ראוי לציין כי כחלק ממאמצים אלו תוקן סעיף חמש בחוק זכויות התלמיד, האוסר על אפליה "מטעמים של נטייה מינית וזהות מגדרית" (כנסת ישראל, 2014) ומספק לראשונה הגנה משפטית לנוער להט"בי במערכת החינוך בישראל. בהמשך לכך, שולבו במערכת החינוך, במסגרות עירוניות ובית ספריות שהסכימו לכך, פעילויות של ארגון "חוש"ן" (חינוך לשינוי), המקדם שיח פתוח בנושאי נטייה מינית וזהות מגדר, תוך מתן דגש לערכים סובלנות וקבלה. כיום ארגון זה, המונה כ-250 מתנדבים, מהווה גוף הסברתי משמעותי הפועל בהדרגה ביותר ויותר בתי ספר ופנימיות בארץ.¹

נוסף על אלו, הוקמה "תוכנית ניר", תוכנית חינוכית-אקטיביסטית, שבשיתוף פעולה עם משרד החינוך הפכה לחלק ממזם המעורבות החברתית המיושם בבתי ספר רבים. תוכנית זו מבקשת לייצר אקלים של סביבת לימודים בטוחה, שבה נוער להט"בי יוכל לחוש בטוח מפני בריונות, הטרדות ואפליה. בהתאם לתוכנית, מייצרים בבית הספר קבוצה חברתית מגובשת ובטוחה, אשר דנה בנושאים הקשורים למרחבים החברתיים של הנוער ולקונפליקטים סביב סוגיות מין, מגדר ומיניות המטרידות את הנוער במרחבים החברתיים שלהם. התוכנית מבוססת על המודל האמריקני של ברית הומוסקסואלים-הטרוסקסואלים (gay-straight alliance), אשר משמעותו יצירת מסגרות בית ספריות המעודדות קבלה של נוער להט"בי על ידי קמפינים ופעילויות יזומות. מחקרים מארצות הברית הראו כי יישום מסגרות שכאלו תורם לכלל אוכלוסיית התלמידים בבית הספר, כך שבבתי ספר שבהם הן הוטמעו נמצאו שכיחויות נמוכות יותר של עישון, שתיית אלכוהול, ניסיונות

אובדניים ויחסי מין עם שותפים מזדמנים מאשר בבתי ספר שבהם לא הוטמעו מסגרות שכאלו (Poteat, Sinclair, DiGiovanni, Koenig, & Russell, 2013). עם זאת, נמצא כי התרומה הגבוהה ביותר הייתה לנוער להט"בי.

עוד ראוי לציין שיתופי פעולה שנוצרו בין "איגי" ובין משרד הרווחה סביב טיפול בנוער להט"בי בסיכון (ארגון הנוער הגאה, 2016). בהמשך לשיתוף פעולה זה מונו אחראים לנושא הלהט"בי ברשויות מקומיות ומקודמת הכשרה בנושא, כולל טיפול בבני נוער להט"בי במצוקה. בהקשר הטיפולי, ובהתאם להמלצות ארגון הפסיכולוגים האמריקני, גם בישראל פורסם נייר עמדה, המצביע על המורכבויות האתיות והסכנות הכרוכות ב"טיפול המרה", תוך הדגשה כי טיפולים שכאלו עלולים במקרים מסוימים להגביר סכנה אובדנית בקרב נוער להט"בי (הסתדרות הפסיכולוגים בישראל, 2011). שיתופי פעולה בין ארגוני קהילה ("איגי" ו"האגודה") נוצרו גם עם משרד הבריאות, שהשיק תוכנית לאומית למניעת אובדנות והתאבדות. בהקשר זה ניתן לציין לדוגמה הכשרות שבוצעו על ידי ארגוני הקהילה למטפלי בריאות הנפש בנושא טיפול הרגיש לאוכלוסייה טרנסג'נדרית, תוך הדגשת הסכנה האובדנית הגבוהה שאליה היא חשופה.

בנוסף לאלו גדלה פעילותו של "המרכז הגאה" שבגן מאיר בתל אביב, כך שהוא מציע, בשיתוף פעולה עם "איגי", פעילויות רבות לבני נוער, תוך מתן חשיפה לשירותים, כגון: קו הקשב של האגודה, עמותת "מעברים" (המסייעת לאוכלוסייה טרנסג'נדרית ותומכת בה), וקבוצות "חברותא" ו"בת קול", המקדמות שיח מקבל ומכיל עבור להט"בים דתיים. כמו כן, בשנים האחרונות קודמו מסגרות תמיכה וחינוך עבור הורים לבני נוער להט"בי, והן מספקות מרחב המכיל גם את הקושי שההורים חווים וגם מהוות זירה חינוכית לקידום קבלה של ילדיהם, לצד זיהוי סכנת אובדנות פוטנציאלית. עמותת "תהל"ה" (תמיכה להורים של להט"בים), הבולטת בהקשר זה, פועלת במספר נקודות ברחבי הארץ ומהווה קבוצת תמיכה הדדית של הורים לבני נוער ומבוגרים צעירים המזדהים כלהט"בים.

על אף שינויים מרשימים אלו שחלו בעשור האחרון, נותרה עוד דרך משמעותית לעשות בכדי לצמצם אובדנות בקרב נוער להט"בי בישראל. כך למשל מומלץ לשלב הכשרות נוספות ותדירות יותר למדריכים ב"איגי" ובקו הקשב של האגודה למען הלהט"ב ולעובדי היחידה לייעוץ וטיפול שב"מרכז הגאה" בתל אביב, בנושא זיהוי אובדנות וטיפול בה.

בהקשר הבית ספרי, ועקב תוצאות מחקר האקלים הבית ספרי המציג תמונה עגומה למדי של היחס כלפי נוער להט"בי במערכת החינוך (פזמוני-לוי ועמיתים, 2016), יש לקדם הכשרות נוספות למורים, ליועצים ולפסיכולוגים החינוכיים, בנושא נטייה מינית וסכנת האובדנות הכרוכה בה. בהכשרות אלו יש לכלול התייחסות להתמודדויות הצוות עם שאלות בנוגע לנטייה מינית, תמיכה בנוער להט"בי, זיהוי סכנת אובדנות וידע על מסגרות ייעוציות נוספות היכולות לתת תמיכה וטיפול. הכשרות דומות יש להמשיך ולקדם גם בקרב עובדים נוספים הנמצאים בממשק קרוב עם בני נוער, כגון פקידי סעד ומדריכים בפנימיות (פזמוני-לוי ועמיתים, 2016).

עוד בהקשר הבית ספרי ובהמשך להמלצות קודמות (לוינסון, 2005), יש צורך לייצר גם פעילויות נוספות למערכת הממלכתית-דתית, אשר כפי שהוצג קודם, סכנת האובדנות לנוער להט"בי בה אף גבוהה מזו הקיימת בקרב נוער להט"בי שאינו דתי.

סיכום

בסקירה זו הוצגה הפגיעות המוגברת של נוער להט"בי לחשיבה וניסיונות אובדניים יחסית לנוער הטרוסקסואלי. הוצעו לפגיעות מוגברת זו הסברים מערכתיים ברמות האינדיווידואלית, המשפחתית, הבית ספרית, והחברתית-תרבותית. הסברים אלו תאמו למודל "לחץ המיעוטים" (Meyer, 2003). הושם דגש על תרומתו האפשרית של ההקשר הישראלי, המגלם בתוכו ליברליות לצד שמרנות, ככזה העלול להגביר מצוקה נפשית בקרב אוכלוסייה להט"בית. בהמשך לכך נסקרה הפעילות המשמעותית שנעשתה בעשור האחרון במטרה לצמצם הומופוביה ודעות קדומות כלפי נוער להט"בי בישראל, והוצעו המלצות טיפוליות, ייעוציות וחינוכיות נוספות שיכולות לקדם רווחה נפשית בקרב נוער להט"בי ולצמצם את סכנת האובדנות שאליה הוא חשוף. בנוסף, הוצגו מספר גופים בישראל היכולים לתת מענה ספציפי לבני נוער להט"בי ברמות החינוכית (לדוגמה "חושן", ו"תוכנית ניר"), הטיפולית (לדוגמה קו הקשב של האגודה למען הלהט"ב והיחידה ליעוץ וטיפול שב"מרכז הגאה" בתל אביב), החברתית (לדוגמה ארגון הנוער הגאה – "איגי"), כמו גם ברמה התמיכתית להוריהם (לדוגמה עמותת "תהל"ה). במישור המחקרי, הסקירה העלתה את מיעוט המחקר הקיים בישראל על אובדנות בקרב נוער להט"בי ואת הנחיצות הגבוהה במחקר רחב היקף בקרב אוכלוסייה זו בארץ. יש לציין כי עד כה בני נוער אינם נשאלים על נטייתם המינית במחקרים הכלל-ארציים המועברים בחטיבות הביניים ובתיכונים. ניכר כי שמרנות של חלק מהמסגרות (כולל מסגרות ממלכתיות-דתיות) יכולה לייצר קושי בהכנסת שאלות על נטייה מינית וזהות מגדרית רחבה של התלמידים לסקרים הארציים. לצד זאת, אני קורא לשלב בסקרים הרחבים המועברים בקרב בני נוער (שבודקים בין השאר שכיחות לבריונות ולאובדנות) שאלות על נטייה מינית וזהות מגדרית, וזאת בכדי לקבל תמונת מצב עדכנית ומייצגת על שכיחות חשיבה וניסיונות אובדניים בקרב נוער להט"בי בישראל, כמו גם לאתר גורמי סיכון וחוסן הרלוונטיים לאוכלוסייה זו.

מקורות

אבן, ד' (3.9.2012). **מחקר: אחד מכל 30 בני נוער בישראל מנסה להתאבד, רוב המקרים אינם מדווחים**. הארץ, חדשות בריאות. זמין באתר <https://www.haaretz.co.il/news/health/1.1815826>

אילון, י' (2000). **ארבעת עקרונות היסוד באמנה ויישומם בתחום החינוך**. ירושלים: משרד המשפטים.

ארגון הנוער הגאה (2016). **נייר עמדה של ארגון הנוער הגאה (איגי) בדבר מצב הקהילה הטרנסג'נדרית – לקראת דיון בוועדה לביקורת המדינה**. זמין באתר igy.org.il/download.php?attachment&cfid=138

- גרוס, א' זיו, ע' (2003). בין תיאוריה לפוליטיקה: לימודים הומו-לסביים ותיאוריה קווירית. בתוך ל' קדר, ע' זיו וא' קנר (עורכים), **מעבר למיניות: מבחר מאמרים בלימודים הומו-לסביים ותיאוריה קווירית** (עמ' 9–44). תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
- הסתדרות הפסיכולוגים בישראל (2011). **נייר עמדה בנושא טיפולי המרה**. נדלה ב-8 באפריל 2018 מאתר הסתדרות הפסיכולוגים בישראל: ניר-עמדה-בנושא-טיפולי-המרה. <http://www.psychology.org.il>
- כנסת ישראל (2014). **חוק זכויות התלמיד** (תיקון מספר 4), התשע"ד-2014. זמין באתר https://main.knesset.gov.il/Activity/Legislation/Laws/Pages/LawBill.aspx?t=LawReshumot&lawite_mid=479859
- לוינסון, ג' (2005). **נוער הומו-לסבי בסיכון** [גרסה אלקטרונית] נדלה ב-25 במרץ 2018 מאתר פסיכולוגיה עברית: <https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=594>
- משרד הבריאות (2016). **אובדנות בישראל**. זמין באתר משרד הבריאות https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/loss_2016.pdf
- משרד הבריאות (2017). **אובדנות בישראל**. זמין באתר משרד הבריאות https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/loss_2017.pdf
- פזמוני-לוי, א', שילה, ג' ורוגל, א' (2016). **מחקר אקלים בתי ספר 2016**. נדלה ב-28 יוני 2018 מאתר ארגון הנוער הגאה (איגי): <http://igy.org.il/item.php?id=143>
- קפלן, ד' (1999). **דוד, יהונתן וחייילים אחרים: על זהות, גבריות ומיניות ביחידות קרביות בצה"ל**. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
- שילה, ג' (2007). **החיים בוורוד – בני נוער וצעירים הומואים, לסביות, ביסקסואלים וטרנסג'נדרים**. תל אביב: רסלינג.
- Annor, F. B., Clayton, H. B., Gilbert, L. K., Ivey-Stephenson, A. Z., Irving, S. M., David-Ferdon, C., & Kann, L. K. (2018). Sexual orientation discordance and nonfatal suicidal behaviors in US high school students. *American Journal of Preventive Medicine*, 54, 530–538.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- American Psychological Association (2000). Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 55, 1440–1451.
- Baams, L., Grossman, A. H., & Russell, S. T. (2015). Minority stress and mechanisms of risk for depression and suicidal ideation among lesbian, gay, and bisexual youth. *Developmental Psychology*, 51, 688–696.
- Berkman, C. S., & Zinberg, G. (1997). Homophobia and heterosexism in social workers. *Social Work*, 42, 319–332.
- Bostwick, W. B., Meyer, I., Aranda, F., Russell, S., Hughes, T., Birkett, M., & Mustanski, B. (2014). Mental health and suicidality among racially/ethnically diverse sexual minority youths. *American Journal of Public Health*, 104, 1129–1136.
- Brent, D. A., Greenhill, L. L., Compton, S., Emslie, G., Wells, K., Walkup, J. T., et al. (2009). The Treatment of Adolescent Suicide Attempters study (TASA): Predictors of suicidal events in an open treatment trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 987–996.

- Bronfenbrenner, U. (1997). Ecological models of human development. In M. Gauvain & M. Cole (Eds.), *Readings on the development of children* (pp. 37-43). New York: Freeman.
- Caputi, T. L., Smith, D., & Ayers, J. W. (2017). Suicide risk behaviors among sexual minority adolescents in the United States, 2015. *JAMA*, *318*, 2349-2351.
- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2011). Sexual orientation and mortality among U.S. men, age 17 to 59 years: Results from the NHANES III. *American Journal of Public Health*, *101*, 1133-1138.
- Connolly, M. P., & Lynch, K. (2016). Is being gay bad for your health and wellbeing? Cultural issues affecting gay men accessing and using health services in the Republic of Ireland. *Journal of Research in Nursing*, *21*, 177-196.
- Costa, A. B., Pase, P. F., de Camargo, E. S., Guaranha, C., Caetano, A. H., Kveller, D., et al. (2016). Effectiveness of a multidimensional web-based intervention program to change Brazilian health practitioners' attitudes toward the lesbian, gay, bisexual and transgender population. *Journal of Health Psychology*, *21*, 356-368.
- Craig, S. L., McInroy, L., McCready, L. T., & Alaggia, R. (2015). Media: A catalyst for resilience in lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth. *Journal of LGBT Youth*, *12*, 254-275.
- D'Augelli, A. R. (1992). Lesbian and gay male undergraduates' experiences of harassment and fear on campus. *Journal of Interpersonal Violence*, *7*, 383-395.
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., & Starks, M. T. (2006). Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Interpersonal Violence*, *21*, 1462-1482.
- Diamond, G. M., Diamond, G. S., Levy, S., Closs, C., Ladipo, T., & Siqueland, L. (2012). Attachment-based family therapy for suicidal lesbian, gay, and bisexual adolescents: A treatment development study and open trial with preliminary findings. *Psychotherapy*, *49*, 62-71.
- Eisenberg, M. E., & Resnick, M. D. (2006). Suicidality among gay, lesbian and bisexual youth: The role of protective factors. *Journal of Adolescent Health*, *39*, 662-668.
- Elizur, Y., & Ziv, M. (2001). Family support and acceptance, gay male identity formation, and psychological adjustment: A path model. *Family Process*, *40*, 125-144.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, *56*, 876-880.
- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E., & Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American Journal of Public Health*, *101*, 1481-1494.
- Garland, A. F., & Ziglar, E. (1993). Adolescent suicide prevention: Current research and social policy implications. *American Psychologist*, *48*, 169-182.

- Grella, C. E., Greenwell, L., Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2009). Influence of gender, sexual orientation, and need on treatment utilization for substance use and mental disorders: Findings from the California Quality of Life Survey. *BMC Psychiatry, 9*, 52.
- Gross, A. (2013). Post/colonial queer globalization and international human rights: Images of LGBT rights. *Jindal Global Law Review, 4*, 98–130.
- Gross, A. (2014). The politics of LGBT rights in Israel and beyond: Nationality, normativity, and queer politics. *Columbia Human Rights Law Review, 46*, 81–151.
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*, 527–537.
- Group for the Advancement of Psychiatry (2007). *LGBT mental health syllabus*. Retrieved April 9, 2018, from <http://www.aglp.org/gap/>
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., et al. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality, 58*, 10–51.
- Hatzenbuehler, M. L. (2011). The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth. *Pediatrics, 127*, 896–903.
- Hillier, L., Jones, T., Monagle, M., Overton, N., Gahan, L., Blackman, J., & Mitchell, A. (2010). *Writing themselves in 3: The third national report on the sexual health and wellbeing of same sex attracted and gender questioning young people*. Melbourne: La Trobe University.
- Jones, T. M., & Hillier, L. (2012). Sexuality education school policy for Australian GLBTIQ students. *Sex Education, 12*, 437–454.
- Kama, A. (2005). LGBT youth in Israel. In J. T. Sears (Ed.), *Youth, education, and sexualities: An international encyclopedia* (pp. 453–457). Westport, CT: Greenwood.
- Kama, A. (2011). Parading proudly into the mainstream: Gay and lesbian immersion in the civil core. In G. Ben-Porat & B. Turner (Eds.), *The contradictions of Israeli citizenship: Land, religion and state* (pp. 180–202). Abingdon, UK: Routledge.
- Kertzner, R. M., Meyer, I. H., Frost, D. M., & Stiratt, M. J. (2009). Social and psychological well-being in lesbian, gay men and bisexual: The effects of race, gender and sexual identity. *American Journal of Orthopsychiatry, 79*, 500–510.
- Levy, S. A., Russon, J., & Diamond, G. M. (2016). Attachment-based family therapy for suicidal lesbian, gay, and bisexual adolescents: A case study. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 37*, 190–206.
- Lytle, M. C., Silenzio, V. M., Homan, C. M., Schneider, P., & Caine, E. D. (2018). Suicidal and help-seeking behaviors among youth in an online lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and questioning social network. *Journal of Homosexuality, 65*, 1916–1933.
- Mathy, R. M., Cochran, S. D., Olsen, J., & Mays, V. M. (2009). The association between relationship markers of sexual orientation and suicide: Denmark, 1990–2001. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 46*, 111–117.

- McCormack, M. (2014). Innovative sampling and participant recruitment in sexuality research. *Journal of Social and Personal Relationships*, *31*, 475–481.
- McDermott, E. (2015). Asking for help online: Lesbian, gay, bisexual and trans youth, self-harm and articulating the “failed” self. *Health*, *19*, 561–577.
- McGuire, J. K., Anderson, C. R., Toomey, R. B., & Russell, S. T. (2010). School climate for transgender youth: A mixed method investigation of student experiences and school responses. *Journal of Youth and Adolescence*, *39*, 1175–1188.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, *129*, 674–697.
- Meyer, I. H. (2007). Prejudice and discrimination as social stressors. In I. H. Meyer & M. E. Northridge (Eds.), *The health of sexual minorities* (pp. 242–267). New York: Springer.
- Morrison, L. L., & L'Heureux, J. E. F. F. (2001). Suicide and gay/lesbian/bisexual youth: Implications for clinicians. *Journal of Adolescence*, *24*, 39–49.
- Perez-Brumer, A., Day, J. K., Russell, S. T., & Hatzenbuehler, M. L. (2017). Prevalence and correlates of suicidal ideation among transgender youth in California: Findings from a representative, population-based sample of high school students. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *56*, 739–746.
- Pizmony-Levy, O., Kama, A., Shilo, G., & Lavee, S. (2008). Do my teachers care I'm gay? Israeli lesbian/gay school students' experiences at their schools. *Journal of LGBT Youth*, *5*, 33–61.
- Poteat, V. P., Sinclair, K. O., DiGiovanni, C. D., Koenig, B. W., & Russell, S. T. (2013). Gay-straight alliances are associated with student health: A multischool comparison of LGBTQ and heterosexual youth. *Journal of Research on Adolescence*, *23*, 319–330.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 765–772.
- Raifman, J., Moscoe, E., Austin, S. B., & McConnell, M. (2017). Difference-in-differences analysis of the association between state same-sex marriage policies and adolescent suicide attempts. *JAMA Pediatrics*, *171*, 350–356.
- Remafedi, G. (1994). Introduction: The state of knowledge on gay, lesbian, and bisexual youth suicide. In G. Remafedi (Ed.), *Death by denial: Studies of suicide in gay and lesbian teenagers* (pp. 410–411). Boston, MA: Alyson Publications.
- Remafedi, G., Farrow, J. A. & Deisher, R. W. (1991). Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *Pediatrics*, *87*, 869–875.
- Russell, S. T., & Fish, J. N. (2016). Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, *12*, 465–487.

- Savin-Williams, R. C. (1990). *Gay and lesbian youth: Expressions of identity*. New York: Hemisphere.
- Savin-Williams, R. C., & Rodriguez, R. G. (1993). A developmental, clinical perspective on lesbian, gay male and bisexual youths. In T. P. Gullota, G. R. Adams, & R. Montemayor (Eds.), *Adolescent sexuality: Advances in adolescent development* (pp. 77-101). Newbury Park, CA: Sage.
- Shaffer, D., Fisher, P., Hicks, P. H., Parides, M., & Gould, M. (1995). Sexual orientation in adolescents who commit suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior, 25*, 64-71.
- Shenkman, G., Ifrah, K., & Shmotkin, D. (2018). The association between negative attitudes toward aging and mental health among middle-aged and older gay and heterosexual men in Israel. *Aging & Mental Health, 22*, 503-511.
- Shenkman, G., & Shmotkin, D. (2010). Mental health among Israeli homosexual adolescents and young adults. *Journal of Homosexuality, 58*, 97-116.
- Shenkman, G., & Shmotkin, D. (2013). The hostile-world scenario among Israeli homosexual adolescents and young adults. *Journal of Applied Social Psychology, 43*, 1408-1417.
- Shenkman, G., & Shmotkin, D. (2016). The hostile-world scenario and mental health concomitants among gays and lesbians. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 20*, 70-86.
- Shilo, G., Antebi, N., & Mor, Z. (2015). Individual and community resilience factors among lesbian, gay, bisexual, queer and questioning youth and adults in Israel. *American Journal of Community Psychology, 55*, 215-227.
- Shilo, G., & Mor, Z. (2014). The impact of minority stressors on the mental and physical health of lesbian, gay, and bisexual youths and young adults. *Health & Social Work, 39*, 161-171.
- Shilo, G., & Savaya, R. (2012). Mental health of lesbian, gay, and bisexual youth and young adults: Differential effects of age, gender, religiosity, and sexual orientation. *Journal of Research on Adolescence, 22*, 310-325.
- Shokeid, M. (2003). Closeted cosmopolitans: Israeli gays between center and periphery. *Global Networks, 3*, 387-399.
- Sion, L., & Ben-Ari, E. (2009). Imagined masculinity: Body, sexuality, and family among Israeli military reserves. *Symbolic Interaction, 32*, 21-34.
- Stasiak, K., Fleming, T., Lucassen, M. F., Shepherd, M. J., Whittaker, R., & Merry, S. N. (2016). Computer-based and online therapy for depression and anxiety in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 26*, 235-245.
- Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., Rider, G. N., & Eisenberg, M. E. (2018). Risk and protective factors for self-harm in a population-based sample of transgender youth. *Archives of Suicide Research, 1-19*.

- Toomey, R. B., & Russell, S. T. (2013). Gay-straight alliances, social justice involvement, and school victimization of lesbian, gay, bisexual, and queer youth: Implications for school well-being and plans to vote. *Youth & Society, 45*, 500–522.
- Wichstrøm, L., & Hegna, K. (2003). Sexual orientation and suicide attempt: A longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 144–151.
- Xavier, J., Honnold, J. A., & Bradford, J. (2007). *The health, health-related needs, and life course experiences of transgender Virginians*. Richmond, VA: Department of Health. Available at <http://www.vdh.virginia.gov/content/uploads/sites/10/2016/01/thisfinalreportvol1.pdf>

אובדנות בקרב מתבגרים מהגרים בעולם ובישראל

ג'וי בנטוב וסנדרין בורשטיין ליפסיקס

תקציר

הגירה מהווה הזדמנות לשיפור תנאי החיים, אך היא גם מציבה אתגרים פסיכו-חברתיים משמעותיים, אשר יכולים להוביל למשבר אובדני. מאמר זה סוקר תהליכים פסיכולוגיים הכרוכים בהגירה ואת הדרכים שבהן אלו יכולים להתקשר לסיכון אובדני. הסקירה מתמקדת בתקופה ההתפתחותית של גיל ההתבגרות ובאתגרים הייחודיים שעומדים מתמודדים מתבגרים בעת הגירה. בנוסף, התמקדנו בסוגיות ייחודיות לחברה הישראלית, כך שנסקרו מאפיינים ייחודיים לשתי קבוצות עולים מרכזיות אשר שינו את הרכב החברה הישראלית בעשורים האחרונים: העולים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות והעולים מאתיופיה. לסיום מובא סיפורה של דינה, שעלתה לישראל מגאורגיה עם משפחתה וביצעה ניסיון אובדני בגיל ההתבגרות.

מילות מפתח: אובדנות, הגירה, מתבגרים, דחק התערות

מהגר הוא אדם שמעתיק את מקום מגוריו למדינה אחרת לפרק זמן של מעל שנה (United Nations, 1998). סיבת ההגירה יכולה לנבוע ממניעים שונים: כלכליים, אידאולוגיים, פוליטיים או שילוב של כמה גורמים. ההגירה בעידן המודרני הפכה לתופעה שכיחה. תרמו לכך התפתחויות טכנולוגיות המאפשרות תקשורת עם אנשים ממקומות שונים, מידע עדכני על המתרחש בעולם ומעבר בין אזורים גאוגרפיים מרוחקים בצורה נגישה יחסית. מאז שנת 2015, אירופה ניצבת אל מול גל ההגירה הגדול ביותר שידעה מאז מלחמת העולם השנייה (EU, 2019). עיקר המהגרים מגיעים ממדינות במזרח התיכון, בעיקר מסוריה, אפגניסטן ועיראק, וכן ממדינות באפריקה, כגון אריתריאה, סומליה וסודן. עם זאת ראוי לציין שגם מדינות נוספות, כגון: ירדן, טורקיה ופקיסטן, מתמודדות עם גלי הגירה משמעותיים. גם לפני 2015 הייתה תנועת מהגרים, בעיקרה פנים-אירופית, ממדינות מזרח אירופה ומאזורי העימות של מלחמת הבלקן. באשר לישראל, בשנים 2015–2017 עלו לארץ מדי שנה כ-26,000 איש, בעיקר מארצות הברית, צרפת, אוקראינה ורוסיה. בנוסף, בשנת 2017 הגיעו לישראל 57,300 מהגרי עבודה זמניים, ובתום שנה זו דווח כי שוהים בישראל 37,000 מבקשי מקלט, רובם מאריתריאה וסודאן (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2018). אומנם ההגירה מהווה הזדמנות לאנשים רבים לשפר את חייהם, אך זהו תהליך מורכב, הכרוך בדחק משמעותי ואשר יש לו השלכות נפשיות מהותיות, שיש לחקור אותן, לצורך מניעת המצוקות וטיפול בהן.

היבטים פסיכולוגיים של הגירה

השתלבות בתרבות חדשה היא אתגר מורכב, שלעיתים מלווה במשבר בחייו של המהגר. בארצו החדשה המהגר נדרש להתאים עצמו לנורמות חדשות, לערכים ולסגנון חיים שלעיתים שונים לחלוטין מתרבות המקור שלו. הוא עשוי להתמודד עם שינויים קיצוניים בתפקידיו ובמעמדו החברתי והכלכלי, ולפעמים הוא מוצא את עצמו נדחק לשולי החברה ונתקל בדעות קדומות ובאפליה. מצבו הנפשי מושפע גם מהנסיבות שקדמו למעבר לארץ החדשה, כגון הסיבות והמוטיבציות להגירה ומצבי טראומה (למשל הגעה מארץ הנמצאת במלחמה, מסע מסוכן אל הארץ החדשה). ההסתגלות לתרבות חדשה מהווה מוקד מתח ומוגדרת בספרות כ**דחק התערות** (acculturation stress) (Berry, 1997). דחק בהתערות מתייחס לתגובות הפסיכולוגיות כתוצאה מהשינויים שקבוצות או פרטים עוברים בשל מגע עם תרבות שונה. גורמים המשפיעים על תחושת הדחק בהגירה כוללים אי-ידיעת השפה, אובדן מערכות תמיכה חברתית, ירידה בסטטוס הכלכלי ופערי תרבות.

עם זאת, ראוי לציין כי מרבית המהגרים צולחים את המעבר ומסתגלים לסביבה החדשה. ישנם גורמי מגן וחוסן אישיים, משפחתיים וקהילתיים היכולים לסייע בכך (Cardoso & Thompson, 2010). גורמי המגן כוללים בין השאר הגירה מרצון, משאבים כלכליים, תקווה, אמונה דתית וסובלנות לתרבויות אחרות (Ratkowska & De Leo, 2013). יתר על כן, הדור הראשון של מהגרים מפגין בדרך כלל רמת תפקוד והסתגלות גבוהה יותר מהדורות הבאים במדדי הסתגלות שונים. תופעה זו קרויה בספרות "פרדוקס ההגירה" (Marks, Ejessi, & García, 2014; Takeuchi, Hong, Gile, & Alegría, 2007).

תהליך ההגירה כרוך בעיבוד של פרידה חיצונית ופנימית ואבל על האובדן של מה שנתר מאחור (Mirsky & Kaushinsky, 1988). רמת העיבוד של האבל תהיה קשורה לתמונת הבריאות הנפשית של המהגר. אקטר (Akhtar, 1994) התייחס לתהליך ההגירה כאל אינדיווידואציה שלישית; המהגר חווה תנודות בין סקרנות וחדווה בנוגע לחקר וגילוי של עצמאותו בארץ החדשה לבין בהלה מהחדש וגעגוע לישן והמוכר. אי-לכך, כחלק מההסתגלות המהגר נדרש לוותר על חלק מזהותו, לפחות באופן זמני, כדי לאפשר ארגון מחדש שלה.

מתבגרים מהגרים

כמו במבוגרים, המעגלים המשפיעים על השתלבותם של מתבגרים מהגרים בארצם החדשה כוללים כוחות גלובליים, פוליטיים וחברתיים (מדיניות הגירה, תוכניות לשילוב פליטים ומבקשי מקלט, יחס למהגרים במדינה), לצד כוחות הקשורים למסגרות שבהן הם חיים במציאות (שכונה, בית הספר, משפחה) ומאפיינים הקשורים לרמת היחיד (מיומנויות התפתחותיות, מיומנויות חברתיות, התמודדויות עם קשיים ועוד). אלה מתוארים לפרטים במודל עדכני שפותח על ידי סוארז-אורוסקו ועמיתים (Suárez-Orozco, Motti, Marks, & Katsiaficas, 2018).

במסגרת סקירה זו, ברצוננו להדגיש, מתוך מגוון ההשפעות המתוארות במודל, את ההתמודדויות הייחודיות של המתבגר המהגר: יחד עם משימותיו ההתפתחותיות הנורמטיביות, הכללות תהליכי בניית זהות, עיסוק בנושאי תלות ועצמאות אל מול דור ההורים, תחושת שייכות לקבוצות חברתיות ושאלות של מסוגלות, הוא נדרש לתהליכי ההתערות (אקולטורציה). אלה פועלים לעיתים ככוחות מתחרים (Suárez-Orozco et al., 2018). כך למשל, תהליכי בניית זהות המלווים בדילמות הנוגעות לניסיון להשתלב בחברה החדשה, לצד התלבטות אם להישאר נאמנים לתרבות האתנית המקורית וכיצד, עשויים ליצור קונפליקט בין-דורי (Pumariega, 2005; Rothe, & Pumariega). לעיתים שינויים במערכת המשפחתית בשל ההגירה מובילים להיפוך תפקידים, כך שבתפקודים מסוימים ההורים הופכים להיות תלויים במתבגר. הדבר בולט בהקשרים של פערי שפה או התמודדות עם פערים טכנולוגיים (Juang et al., 2018). מצב זה יכול לפגוע בסמכות ההורית וביכולתם של הורים להציב גבולות שומרים לילדיהם המתבגרים (Yakhnich, 2016). דורות שונים במשפחות של מהגרים חווים את תהליכי ההתערות באופן שונה ובקצב אחר, דבר אשר עשוי במקרים מסוימים ליצור קונפליקטים בין הורים וילדיהם סביב ערכים ונורמות חברתיים, ולפגוע בקשר המשפחתי (Albertini, Mantovani, & Gasperoni, 2019). בנוסף, בשל דחק ההתערות שבו נתונים ההורים בעת ההגירה, הם זמינים פחות לתמוך בילדיהם, מה שנוסף על אובדן גורמי תמיכה שנתרו בארץ המוצא, עלול להותיר את המתבגר עם גורמי תמיכה מעטים (Juang et al., 2018). ברמה החברתית, בארץ הקליטה מתבגרים לעיתים מתמודדים עם תווית שלילית ודחיקה לשוליים החברתיים (social marginalization), המקשים על יצירת שייכות לבני קבוצת השווים ועלולים להעיב על תחושת המסוגלות (Bhugra, 2005). מעבר לכך, בגיל ההתבגרות ישנם אתגרים לימודיים משמעותיים במסגרת בית הספר; במקרים רבים ניתן לראות כי מהגרים צעירים מצליחים להתמודד היטב עם משימות משולבות אלה (למשל לימוד השפה החדשה נדרש לשם השתלבות חברתית ועמידה במשימות אקדמיות תואמות גיל), אך במקרים אחרים, מורכבות נוספת זו של פערי שפה ותרבות יכולה לפגום במימוש יכולותיהם בתחום הלימודי, וכחלק מכך – לייצר תחושת חוסר מסוגלות ולהוביל למצוקה פסיכולוגית (Berry, Phinney, Sam, & Vedder, 2006; Masten, 2014).

הגירה, מצוקה נפשית ואובדנות

בשל המורכבות הפסיכולוגית הכרוכה בתהליך ההגירה, מהגרים נמצאים בקבוצת סיכון למצוקה נפשית בכלל ולפגיעה עצמית, כולל אובדנות, בפרט. פעמים רבות ההגירה כרוכה באובדנים משמעותיים (Akram-Pall & Moodley, 2016): אובדן מעמד חברתי, אובדן של גורמי תמיכה, מעמד תעסוקתי ומשאבים כלכליים ואף אובדן נוף ילדות. אובדנים אלו עלולים להוביל לתחושת בדידות, זרות, חוסר שייכות, ייאוש, חוסר תקווה ודיכאון, אשר מהווים גורמי סיכון משמעותיים להתנהגות אובדנית (Lai, Liet, & Daoust, 2017). דחק בהתערות הוא אחד ההסברים לשיעורי

ההתאבדות הגבוהים בקרב מהגרים (Forte et al., 2018). מנגנון נוסף המנסה להסביר ולנבא סיכון אובדני בקרב מהגרים הוא הסתמכות על שכילות של דיכאון ואובדנות בארץ המוצא (Sher, 2010); כלומר פסיכופתולוגיה של דיכאון ושכילות של התנהגות אובדנית מושפעים מהתרבות בארץ המוצא (Forte et al., 2018).

גורם נוסף הממלא תפקיד בהשתלבות המהגרים וברווחתם הנפשית הוא תנאי הקליטה במדינת היעד. תנאים אלו כוללים מדיניות קליטה, מצב כלכלי ויחס לזרים בחברה הקולטת. היעדר תמיכה פורמלית ובלתי פורמלית במהגרים, אחוזי אבטלה גבוהים ויחס שלילי לזרים ומהגרים נחשבים כגורמי סיכון לבריאות נפש לקויה ולהתאבדות בקרב מהגרים (Forte et al., 2018). עבור מהגרים מהעולם הלא-מערבי, מצב הדחק עשוי להיות חריף במיוחד, בשל הפער התרבותי העצום בין ארץ המוצא לבין ארץ ההגירה.

למעשה, גורמי הדחק הקשורים להגירה ולהסתגלות לחיים בארץ חדשה מהווים חלק משלל גורמי סיכון חברתיים ותרבותיים. אלו פועלים ביחסי גומלין עם גורמי סיכון אישיים לאובדנות, וברגע מכריע מתנקזים לחוויה של כאב נפשי וחוסר אונים, והמהגר חש שהמצב הפך לבלתי נסבל ובלתי פתיר (Schneidman, 1993). מצב סיכון זה עלול להמשיך ללוות את העולים גם שנים רבות לאחר ההגירה (Puzo, Mehlum, & Qin, 2018).

אובדנות בקרב מהגרים בעולם

מחקרים על מהגרים בעולם מצביעים על דפוס בלתי אחיד של התנהגות אובדנית. ישנם מחקרים המדווחים על כך שבקרב מהגרים ממדינות ששיעורי ההתאבדות בהן נמוכים (כגון מדינות ערב ומדינות רבות במזרח התיכון ובדרום אמריקה), שיעורי התאבדות נמוכים נוטים להישמר גם בארץ החדשה שהיגרו אליה, ובקרב מהגרים ממדינות ששיעורי ההתאבדות בהן גבוהים יחסית (למשל רוסיה, מזרח-אירופה והארצות הנורדיות), נשמרים שיעורי התאבדות גבוהים. ממצאים אלו מצביעים על "יבוא" הסיכון האובדני בעת ההגירה. כלומר המהגר נושא עימו את האתוס התרבותי הקשור לאובדנות, ולכך יש השפעה רבה על הסיכון האובדני בשעת משבר (Spallek et al., 2015).

מחקרים אחרים מדווחים על עלייה בסיכון האובדני לאחר ההגירה בקרב קבוצות מסוימות או לחלופין, על התמזגות שיעורי ההתאבדות של מהגרים עם השיעורים הממוצעים במדינות שהיגרו אליהן. מחקרים אלו נערכו בעיקר בצפון אמריקה (ארצות הברית וקנדה), שבהן שיעורי האובדנות גבוהים יחסית (למשל בקרב מהגרים ממקסיקו המגיעים לארצות הברית). לעיתים זהו חלק מתהליך ארוך טווח של התערות. לדוגמה, ממחקר בקרב מהגרים ממוצא לטיני (דור ראשון) בארצות הברית עלה כי שיעורי ההתאבדות וניסיונות ההתאבדות שלהם נמוכים יותר מאלו של בני מהגרים לטינים (דור שני). ממצא זה מצביע על עלייה בסיכון לאובדנות דווקא בקרב הצעירים, המעורים יותר בחברה האמריקנית (בני הדור השני לעומת בני הדור הראשון באותם גילים) (Hovey, 2000; Vazsonyi, Mikuska, & Gassova, 2017).

לעומת זאת, מהגרים צעירים ממוצא אסייתי נמצאו בסיכון גבוה יותר לאובדנות (מחשבות וניסיונות התאבדות) מבני מהגרים ממוצא זהה (Bursztein Lipsicas & Makinen, 2010).

הגירה היא אחד הגורמים המשפיעים על ההטרונגויות בשיעורי האובדנות בין מדינות אירופה (Spallek et al., 2015). באירופה ניתן למצוא מחקרים על מהגרים מדרום אסיה לבריטניה, מטורקיה לגרמניה ולשווייץ ומארצות שונות לשוודיה. ככלל, רוב המחקרים מצביעים על כך שבקרב נשים, בעיקר נשים צעירות, כגון מהגרות מדרום אסיה לבריטניה ומסוריןאם וטורקיה להולנד, ניתן למצוא שיעורים גבוהים של פגיעה עצמית וניסיונות התאבדות, לעומת שיעורים נמוכים של התאבדות. לעומת זאת, בקרב גברים מהגרים נמצא סיכון גבוה להתאבדות, יחסית ללא-מהגרים (Aichberger et al., 2015).

חשוב לסייג כל הכללה על דפוסי התנהגות אובדנית בקרב מהגרים, מאחר שקיימים דפוסים שונים הקשורים כאמור למדינת המוצא ולאורך ההגירה. למשל, נמצא כי שיעורי ניסיונות ההתאבדות של מהגרים בגרמניה גבוהים יחסית לשיעורים אלה בקרב גברים ממוצא גרמני. דוגמה נוספת היא שיעור נמוך של ניסיונות אובדניים בקרב נשים צעירות ממוצא מרוקני בהולנד.

עם זאת, ניתן להצביע על תהליכים משותפים המשפיעים על רמת האובדנות, כגון בעיות במשפחה והתעללות, ואצל נשים צעירות, בעיקר קונפליקטים משפחתיים; בראיונות עומק הן התייחסו לדרישות על רקע תרבותי-מסורתי של משפחותיהן, העומדות בסתירה לרצונן לקחת חלק באפשרויות שהחברה האינדיווידואליסטית והשוויונית שאליה היגרו מציעה (Bursztein Lipsicas & Makinen, 2010).

אף שאין דפוס אחיד של סיכון אובדני בקרב מהגרים במקומות שונים בעולם, ניתן להצביע על תהליכים משותפים המשפיעים על רמת האובדנות, כגון: אלימות במשפחה והתעללות, קונפליקטים משפחתיים, צריכה של סמים או אלכוהול, אחוזי אבטלה גישה למקורות תמיכה-פסיכו-סוציאליים (Forte et al., 2018).

כך למעשה, דפוסי האובדנות מושפעים מארץ המוצא של המהגר, מהרקע התרבותי והכלכלי-חברתי שלו, מהמצב הפסיכולוגי שלו לפני ההגירה, מהסיבות להגירה ומהתנאים בארץ שאליה הגיע. כמו כן, כמות הקשרים של המהגר עם אחרים – בני הקהילה (תמיכה חברתית) והחברה בכללה (רמת האינטגרציה החברתית) – ואיכותם משפיעות על רמת הסיכון האובדני.

אובדנות בקרב עולים בישראל

בישראל ניתן לראות כי ההגירה מהווה גורם סיכון המשפיע על שיעורי ההתאבדות בקבוצות האוכלוסייה השונות. ניתן להצביע על שתי קבוצות עולים מרכזיות אשר שינו את הרכב החברה הישראלית בעשורים האחרונים: העולים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות והעולים מאתיופיה.

נתוני משרד הבריאות מצביעים על שיעור התאבדות גבוה בקרב העולים בכללותם, לעומת קבוצות אחרות באוכלוסייה, ובעשור האחרון – על כך שכשליש

מההתאבדויות בישראל הן של עולים. בשנים 2013–2015 שיעור ההתאבדות בקרב העולים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות היה 10.5 ל-100,000 נפש – פי 1.8 מאזרחי המדינה שאינם עולים, ובקרב יהודי אתיופיה – 24.1 ל-100,000 נפש, פי 4.2. אומנם מדובר בירידה משמעותית בשיעורים יחסית לתחילת שנות האלפיים, שאז היה השיעור בקרב עולי אתיופיה 44.3. עם זאת, גם המספרים כיום מדיאגים ביותר (משרד הבריאות, 2018).

סיכון אובדני בקרב העולים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות

העולים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות מגיעים מחברה שחוותה בעשורים האחרונים משברים פוליטיים וכלכליים אדירים. לאלה מצטרפת תרבות שתייה של אלכוהול, העשויה להגביר את הסיכון לאובדנות בעשרות אחוזים. כמו כן, מדינות אלו מדורגות בין המדינות בעלות שיעורי ההתאבדות הגבוהים ביותר באירופה. ברוסיה ניתן למצוא שיעור התאבדות של 53.9 ל-100,000 איש בקרב גברים בכלל ו-43.7 בקרב צעירים בגילים 15–24. שיעורי ההתאבדות בקרב צעירים גבוהים פי שלושה מהמוצע העולמי. גם שיעור ההתאבדות של הנשים ברוסיה מדורג במקום גבוה יחסית באירופה – שיעור של 9.5 בקרב כלל הנשים ו-7.4 בקרב הגילים 15–24 (WHO, 2015).

מחקרים על יוצאי מדינות שהשתייכו לברית המועצות שנעשו בארצות אחרות בעולם, למשל בגרמניה, מצביעים על שיעור גבוה יותר של התאבדויות בקרב יוצאי מדינות אלו מאשר בקרב האוכלוסייה המקומית, במיוחד בקרב גברים. ממצאים אלה מובילים להנחה כי אוכלוסיית העולים הזו עלולה להיות בסיכון גבוה לאובדנות (Wasserman & Varnik, 1998).

בישראל, מחקרים על עולים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות מדווחים על מצוקה פסיכולוגית, הכוללת דיכאון, חרדה, סומטיזציה וכן שיעורים גבוהים של חשיבה אובדנית, בהשוואה לאזרחי ישראל שאינם עולים. המצוקה הפסיכולוגית ממשיכה ללוות את העולים גם חמש שנים ויותר לאחר העלייה (Mirsky, Kohn, & Dolberg, & Levav, 2011). עם זאת, ראוי לציין ששיעורי ההתאבדות בקרב העולים מארצות אלו נמוכים בהרבה משיעורי ההתאבדות בארצות המוצא (Mirsky et al., 2011).

על פי הנתונים העדכניים ביותר ממשרד הבריאות, לאורך השנים מאז תחילת שנות האלפיים חלה ירידה קלה בשיעורי התאבדויות של עולים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות. שיעורי ההתאבדות של עולים נעים בין 10.5–13.6 ל-100,000 (מתוקנן על פי גיל), כשבקרב גברים השיעור הוא 18.6–25.3. שיעור זה גבוה יחסית לאזרחי ישראל שאינם עולים – פי 1.6–2.1. הסיכון בקרב גברים צעירים עולים בני 15–24 ירד מפי 2.2 בשנת 2000 לפי 1.5 בשנת 2014, זאת בהשוואה לקבוצת הגיל ילידי הארץ. גם שיעור ניסיונות ההתאבדות גבוה פי 1.5 בקרב עולים צעירים לעומת אלה שאינם עולים. בניגוד לגברים עולים, שיעור ההתאבדויות בקרב העולות ממדינות שהשתייכו לברית המועצות אינו גבוה מזה של נשים שאינן עולות.

עם זאת, ריבוי ניסיונות התאבדות בקרב נשים אלה מהווה עדות למצוקתן. בשנים 2014–2016, הנתונים הצביעו על מגמת עלייה, כך שצעירות בנות 15–24 ביצעו ניסיונות התאבדות בשיעור הגבוה פי 1.8 מבנות גילן שאינן עולות, לעומת פי 1.1 בשנת 2005. מטריד במיוחד למצוא שיעורים הגבוהים פי 3.9 בקרב ילדות בנות 10–14 באוכלוסיית העולות (270.2 ל-100,000), לעומת ילדות שאינן עולות (משרד הבריאות, 2018).

בשנים 2003–2004 נערך סקר בריאות לאומי, ועלה ממנו מידע רב על שיעורי הפרעות נפש נפוצות, מצוקה נפשית ותחלואה אחרת באוכלוסיית ישראל. בסקירת עולים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות עלו נקודות מעניינות אחדות: למשל, במקרים רבים שהחלה בהם התנהגות אובדנית בקרב העולים טרם עלייתם לארץ, התנהגות זו נעלמה בשנה הראשונה להגעתם לארץ. לעומת זאת, נמצאו עולים שאצלם החלה התנהגות אובדנית, בעיקר מחשבות אובדניות, רק לאחר העלייה לישראל. עם זאת, נמצא כי גם אלה חלפו לרוב בשנה הראשונה לאחר העלייה (Levinson, Haklai, Stein, Polakiewicz, & Levay, 2007). המחקר לא המשיך מעבר לשנה הראשונה לאחר ההגירה, ולכן קשה להעריך את התפתחות המחשבות האובדניות בחלוף הזמן. תהליך ההגירה הוא דינמי, והמהגר עובר שינויים ביחסו להגירה. לרוב, תחילת הדרך בארץ הקולטת מאופיינת באופוריה ובקבלת הקשיים כנורמטיביים. זוהי תקופה של תקווה לשינוי לטובה ושל מצוקה נמוכה יחסית. עם זאת, גם בשנים הראשונות לאחר ההגירה, בעת תקופות מעבר המאופיינות בשינוי מיצב (סטטוס), קיים סיכון לאובדנות (למשל בישראל, עם סיום האולפן, אחרי הפסקת קבלת סל הקליטה או עם סיום הצבא). נראה כי הסיכון למצוקה אובדנית עולה דווקא כאשר השהות בארץ החדשה מתארכת.

גורמי סיכון להתאבדות בקרב עולים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות

מבין גורמי הסיכון שנמצאו רלוונטיים במיוחד לאוכלוסיית העולים ממדינות שהשתייכו לברית-המועצות, חשוב לציין את הרמות הגבוהות של שימוש באלכוהול. גם קשיי תעסוקה והירידה במיצב התעסוקתי שרבים מהעולים נתקלים בהם עם הגעתם לישראל, הופכים לגורמי סיכון מרכזיים, בעיקר בשל מרכזיות התעסוקה בתרבות זו. אומנם אבטלה כביטוי קיצוני של בעיית תעסוקה אינה מאפיינת את העולים האלה, אך ניתן למצוא אצלם תעסוקה חלקית או זמנית ותעסוקה שאינה תואמת את כישוריהם ואת מעמדם המקצועי. גם השיעור הגבוה במיוחד של אובדנות במדינת המוצא מגביר את הסיכון לאובדנות בקרב אוכלוסייה זו. בנוסף, מעמד של גרושים, אלמנים ופרודים מהווה גורם סיכון (Mirsky et al., 2011). נוסף על כך, בשל קשיים כלכליים, ישנו מספר לא מבוטל של משפחות המחליטות לחיות במסגרת רב-דורית תחת קורת גג אחת, גם אם לא עשו זאת לפני העלייה (מירסקי, 2009). במחקרים אשר עסקו בגורמי סיכון המאפיינים בני נוער עולים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות, נמצא כי אלה נחשפים לשני עולמות מנוגדים: בביתם הם מורגלים ליחס הורי סמכותני, ואילו בית הספר מאופיין באווירה חופשית

ופתוחה. מתח זה גורם לקונפליקטים בין הילדים להוריהם ולמעמד ההורים להתערער. הקשיים שבהתמודדות עם שתי תרבויות בתקופת ההתבגרות, הקשה בלאו הכי, הופכת למוקד לחץ גדול למתבגרים הנותרים ללא התמיכה הרגשית הנחוצה להם מצד הוריהם. למשל במחקר נמצא שמחשבות אובדניות בקרב בני נוער עולים היו קשורות במובהק לדיווח על בעיות עם ההורים, על מחסור בכסף ועל קשיים בקשר עם בני גילם שאינם עולים. מחקר זה לא מצא קשר בין אובדנות לוותק בארץ (הכנסת, 2011).

בפני העולים עומדים מחסומים תרבותיים ומבניים המצמצמים את יכולתם לקבל מענה ותמיכה הולמים בהתמודדות עם המצוקה הקשה. הם מתייחסים לשיחות ולתמיכה נפשית כאל טיפול שאינו "אמיתי" ומתקשים להיחשף. הקושי להשתמש בשירותים הקיימים מוסבר על ידי מחסום שפה ומחסור במידע ובנגישות למערכת. אך קיימים גם מחסומים אחרים, ואלה קשורים לבושה ולפחד מושרש ממוסדות רשמיים. למשל מחקרים מתחילת גל העלייה בשנות התשעים הצביעו על תפיסה שלילית של הפרעות נפש, שהובילה את העולים להימנע מפנייה לאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש. דפוסי חשיבה והתנהגות אלה מיוחסים להתנסות עם משטר טוטליטרי, שעשה שימוש לרעה בפסיכיאטריה לצרכיו הפוליטיים (Levay, Kohn, Flaherty, Lerner, & Aisenberg, 1990). ייתכן כי בעקבות זאת, עולים אלו מאופיינים בהימנעות מפנייה לגורמים רשמיים ובהעדפה להתמודדות עם קשיים ללא סיוע. לחלופין, הם עשויים לפנות לגורמים לא רשמיים ואנונימיים או להיעזר בחברים ובמשפחה.

מעניין לראות כי הפנייה לעזרה באוכלוסיית העולים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות נעשית לרוב לרופא המשפחה. פניות רבות מקורן בסומטיזציה הקשורה למתח ולמצוקה נפשית, תוך שמירה על הדפוס המאפיין של אי-דיבור על רגשות. הפנייה השכיחה יותר לרופאי המשפחה מאפיינת בעיקר מבוגרים וקשישים ונובעת גם מהימצאותם של רופאי משפחה דוברי רוסית, דבר המקל את הפנייה. ממצא מעודד הוא כי לאורך השנים קבוצת עולים זו מגלה פתיחות רבה יותר בכל הנוגע לפנייה לעזרה נפשית כפתרון למצוקה, בעיקר צעירים ועולים הנמצאים בארץ זמן רב יותר (מירסקי, 2009).

לצד גורמי הסיכון הרבים והקושי לקבל עזרה מגורמי בריאות הנפש, חשוב לציין כי הרשתות החברתיות של העולים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות הלכו והתעבו לאורך השנים; החברה הרוסית שנוצרה בתוך החברה הישראלית הכללית מהווה מערך תמיכה חשוב המשפיע לטובה על רווחת הנפש, וייתכן שהוא מגן גם מפני אובדנות (מירסקי, 2009).

סיכון אובדני בקרב העולים מאתיופיה

למרות נוכחותם הניכרת של עולים מאתיופיה ב-30 השנים האחרונות בישראל, קיימים מחקרים מעטים בלבד העוסקים בהתאבדות בקרב קבוצה זו. עם זאת, יונגמן ושוקד (2012) אספו מידע מקיף בנושא במסגרת הכנות לקראת הפעלת התוכנית

הלאומית למניעת התאבדויות בישראל. בתרבות המסורתית של עולי אתיופיה התאבדות אסורה ונחשבת עבירה דתית חמורה. בהתאם לכך, באתיופיה ניתן למצוא שיעורי התאבדות נמוכים למדי (אם כי אין נתוני מחקר רבים משם). השיעורים וגורמי הסיכון אינם חורגים מהמקובל בחברות מסורתיות אחרות בעולם, וכך גם השיטות השכיחות לביצוע ההתאבדות – תלייה אצל גברים והרעלה אצל נשים.

למרות האיסור התרבותי-דתי החמור, שיעורי ההתאבדות מטפסים עם ההגירה מאתיופיה לישראל. השיעורים נותרים גבוהים לאורך השנים מאלו של העולים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות ומאלו של אזרחי ישראל שאינם עולים; למשל בשנת 2014 היה שיעור ההתאבדות המתוקנן לגיל בקרב עולי אתיופיה 24.1 ל-100,000 איש (40.2 בקרב גברים ו-8.5 בקרב נשים); לעומת זאת, בקרב אזרחי ישראל שאינם עולים נמצא שיעור של 5.7 ל-100,000 (8.9 בקרב גברים ו-2.6 בקרב נשים).

הנתונים מטרידים ביותר בעיקר בקרב נערים וגברים עולים מאתיופיה, אשר יחסית לילידי הארץ מתאבדים בשיעורים גבוהים ביותר: בקרב צעירים בגילים 15–24 ניתן למצוא שיעור התאבדות גבוה פי 6.6 ובקרב גילאי 25–44 – פי 5.5 (משרד הבריאות, 2018). שיעור ההתאבדות בקרב עולי אתיופיה גדול גם בהשוואה לזה של קבוצת העולים החדשים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות, אשר החלו לזרום לישראל בהמוניהם כעשור לאחר העולים הראשונים מאתיופיה (פי 2.8 ו-2.2, בהתאמה); שיעור ההתאבדות של העולים ממדינות אלו אומנם גבוה יחסית לאוכלוסייה הכללית בישראל, אך נמוך במידה ניכרת מזה של קבוצת העולים מאתיופיה.

כמו באתיופיה, גם בישראל השיטה השכיחה ביותר להתאבדות בקרב גברים ונשים יוצאי מדינה זו היא תלייה; זמינותו של נשק במסגרת השירות הצבאי ותפקידי אבטחה הופכת שיטה זו לשנייה בשכיחותה בקרב גברים, ואילו קפיצה מגובה היא השכיחה בקרב נשים.

כמעט שלישי מההתאבדויות בקרב יוצאי אתיופיה הן של בני נוער וצעירים (15–24), לעומת כעשירית בקרב יוצאי מדינות שהשתייכו לברית המועצות, ומעט יותר מכך בקרב ילידי הארץ בני אותה קבוצת גיל (משרד הבריאות, 2018). מבדיקה של הנתונים הנוגעים לבני נוער יוצאי אתיופיה עולה כי חלקם של אלה באוכלוסיית המתאבדים גדול בהרבה מחלקם באוכלוסייה בישראל.

לעומת שיעורי ההתאבדות הגבוהים בקרב עולי אתיופיה, שיעורי ניסיונות ההתאבדות בכל קבוצות הגיל דומים יותר לאלה של תושבים ילידי הארץ, ואף נמוכים מאלה של העולים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות. בקרב צעירים מאתיופיה בני 15–24, השיעור דומה לזה שנמצא בקרב ילידי הארץ. דווקא בקרב גילאי 25–44 השיעור גבוה פי 1.5 מזה של ילידי הארץ. בשונה מעולי מדינות שהשתייכו לברית המועצות וליילידי הארץ, בקבוצת גיל זו נמצא בשנים 2014–2016 שיעור ניסיונות התאבדות גבוה יותר בקרב גברים מאשר בקרב נשים – פי 1.3 (משרד הבריאות, 2018).

כמו בקבוצת העולים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות, הזמן מרגע העלייה משפיע על דפוסי ההתאבדות. בשנים 1981–2005 נמצא ששיעור ההתאבדויות בקרב אלה שנמצאו בישראל מעל חמש שנים היה הגבוה ביותר בקרב צעירים בני 15–24 ומבוגרים מעל גיל 65 והנמוך ביותר בקרב בני 25–64. בקרב אלו ששהו בישראל פחות מחמש שנים התגלתה נטייה הפוכה, כלומר אחוז ההתאבדויות היה קטן יותר בקרב בני 15–24 ומבוגרים מעל גיל 65 והגבוה ביותר בקרב בני 25–64 (יונגמן ושיקד, 2012).

גורמי סיכון להתאבדות בקרב עולים מאתיופיה

ניתן לראות כי בקרב העולים מאתיופיה קיימים רבים מן התנאים העלולים ליצור סיכון גבוה למצב נפשי מעורער ולאובדנות. חלק מהעולים חוו בדרך לישראל טראומה שהייתה מלווה באובדן ובאלימות קשים. עם הגעתם, הם איבדו את מעמדם הכלכלי ומעמדם החברתי ונחשפו לפערים בין-תרבותיים גדולים ולגילויי שנאת זרים וגזענות בשל צבע עורם. תנאים אלה הגבירו את הדחק בהתערות העמידו אותם בסכנה לפתח פסיכופתולוגיה קשה. יונגמן ושיקד (2012) הוסיפו כי לפני הגעתם של יהודי אתיופיה לארץ, ייתכן שהם פיתחו רמת ציפיות גבוהה במיוחד, ואולי אף אוטופית, עובדה שהחריפה את השבר שבהיתקלות עם המציאות המאכזבת בחיי היום-יום בישראל והפכה אותם פגיעים יותר למשברים נפשיים. על אף השיעור הגבוה של מצוקות נפשיות בקרב העולים מאתיופיה, שיעורי השימוש בשירותי בריאות הנפש בקרבם נמוכים בהשוואה לעולים ממדינות אחרות.

המעבר ממדינה שבה מתקיימת תרבות פטריארכלית מסורתית למדינה שבה מקדמים שוויון מגדרי מערערת את מבנה המשפחה. בעוד שהמעבר משפר לעיתים קרובות את מעמדן החברתי של הנשים, עבור הגברים הוא כרוך בירידה משמעותית במעמד החברתי, שיכול להוביל לפגיעה בדימוי העצמי, תסכול, זעם ומצוקה נפשית. אלו עלולים להוביל לדיכאון ולהתאבדות, ביחוד אצל גברים מהגרים (Wilchek-Aviad, 2015). כך למשל תיאר עולה מאתיופיה את אובדן המעמד השולט של הגבר הנשוי: "עבור המבוגרים זו פגיעה ביסוד הפנימי של הגבר והאישה. באתיופיה היה לגבר הכבוד, האוטוריטה, והיה אדון בבית והאישה הייתה מוכנה לשרת אותו. בארץ האישה השתלבה, מפרנסת כמו הבעל, והגבר מרגיש שהאישה מדלגת עליו".

השינויים המגדריים בארגון המשפחה מלווים בהתגברות של קונפליקטים משפחתיים, שלעיתים אף מתבטאים באלימות ומביאים למעורבות הרווחה והמשטרה. העולים עצמם מתארים את מה שהם חווים כתמיכה מסיבית של שירותי הרווחה בגירושין, כסיבה נוספת למצוקה אשר עלולה להוביל בסופו של דבר לאובדנות (יונגמן ושיקד, 2012). בנוסף, כתוצאה מהעלייה לישראל, האישה האתיופית איבדה את ההגנה מפני אלימות במשפחה שזכתה לה מזקני העדה באתיופיה ונותרה חסרת אונים ופגיעה יותר. המעבר לישראל ומשבר ההגירה הביאו עימם גם פיחות במעמד המתווכים בין בני העדה לבין החברה הישראלית – המגשרים המסורתיים ומנהיגי הקהילה. העולה נותר בתחושה של מחסור

בהנהגה מכוונת ותומכת ונתק מן החברה הקולטת. נוסף על כך, קיימים קשיים בתקשורת (הן לשונית והן תרבותית) עם ספקי שירותים ומוסדות רשמיים, ולעיתים ילדים במשפחה הופכים למתורגמנים ולמתווכים של הוריהם אל מול המוסדות הישראליים. השינוי במערך החינוכי של הילדים והשינוי במעמד הסמכות ההורית גורמים דחק נוסף. כך תיארו עולים: "הילדים חושבים שהם יודעים יותר מההורים"; "זה מחליש את השפעת ההורים"; "מתאבדים כי לקחו מהאבות את הסמכות ההורית" (יונגמן ושוקד, 2012).

סיבה נוספת המכבידה על רבים מהעולים היא מחויבויות מתמשכות כלפי קרובי משפחה שנשארו בארץ. אחרים, המתמודדים עם מחלות זיהומיות קטלניות, כגון צהבת C ו-HIV/AIDS, עלולים אף הם לפתח נטיות אובדניות.

כל אלו נותנים את אותותיהם בקרב צעירי העדה האתיופית בישראל. במחקר גישוש שערך אדלשטיין (2005) בקרב 62 בני נוער יוצאי אתיופיה בגילים 12–18, טען כי הם נתונים במצבי סיכון יותר מבני מגזרים אחרים בחברה הישראלית, כולל עולים בני קהילות אחרות. המחקר מצא ייצוג יתר של בני העדה יחסית לחלקם באוכלוסייה בנשירה מבית הספר וכן בשימוש בסמים, ובעיקר באלכוהול. נוער מנותק זה הראה שיעור גבוה של מחשבות אובדניות ושל ניסיונות התאבדות. המחקר מצא גם קשר בין התנהגות אובדנית לעובדה שההורים אינם כתובת לפנייה לעזרה ונתפסים כחסרי יכולת לסייע ולתמוך בעת משבר.

גם הציפיות להישגים גבוהים – לימודיים ומקצועיים – וכישלון במימוש הציפיות מהשירות הצבאי מהווים גורמי דחק המעמידים את הצעירים בסכנה אובדנית. לצד אלה, הצעירים האתיופים סובלים מחוסר בתמיכה רגשית, שמקורה בקשיי תקשורת עם הוריהם ובהיעדר גישה למנהיגות מסורתית או בהיעדר תחליף לה. עם הגעתם למסגרת הצבא הם מוצאים עצמם במיעוט וללא חברים אתיופים ביחידה הצבאית.

גורמי הדחק המעמידים עולים מאתיופיה בסיכון להתאבדות הם רבים, אך כאמור, עולה מהם דפוס של מעבר חד יחסית לביצוע ההתאבדות ושל סימנים מקדימים מעטים המצביעים על כוונה זו (Arieli, Gilat, & Aycheh, 1996). שני גורמים מרכזיים תורמים ככל הנראה לקושי שבזיהוי המצוקה האובדנית ובטיפול בה: הגורם הראשון הוא "תרבות השתיקה" ביחסים שבין יוצאי אתיופיה לבין עצמם וגם בינם לבין מערכות תמיכה חיצוניות (כגון מוסדות רווחה וטיפול); למשל הם מדברים בפתגמים ואומרים: "הבטן שומרת; סופגת את הכול". בקרב הצעירים ניכרת העברה בין-דורית של "תרבות השתיקה"; הגורם השני קשור לקשיי הסתגלות במעבר ממערך של מרפאים מסורתיים לסוכנויות הריפוי המודרני, ובמיוחד מתחום בריאות הנפש. כפועל יוצא מכך, רק מעטים מיוצאי אתיופיה בישראל הסובלים ממצוקה נפשית פונים מיוזמתם לקבל טיפול במרפאות לבריאות הנפש, לעומת יוצאי מדינות שהשתייכו לברית המועצות וילידי ישראל. למעשה, רוב המטופלים יוצאי אתיופיה שטופלו במרפאות הופנו לטיפול על ידי גורמי הרווחה, בעוד אחוז גבוה יחסית מהם סובל מפסיכופתולוגיה קשה, והם מקבלים לעיתים קרובות יותר טיפול תרופתי.

ייתכן גם כי חלק מההפרעות הפסיכיאטריות בקרב יוצאי אתיופיה אינן מאובחנות בגלל ביטויים תרבותיים שונים של תסמינים אשר אינם מוכרים לאנשי בריאות הנפש בישראל (Shoval, Schoen, Vardi, & Zalsman, 2007); למשל, סומטיזציה מהווה ביטוי למצוקה נפשית בקרב עולים אתיופים, ולא פעם נמצאה כמרמזת על כוונה אובדנית. על כן, ריבוי ביקורים אצל רופא המשפחה וקבלת טיפולים גופניים יכולים להוות ביטוי לדיכאון, לסומטיזציה או להפרעת הסתגלות המלווה בדיכאון.

השימוש המועט שעושים העולים מאתיופיה במרפאות לבריאות הנפש בולט ומשקף המשגה שונה של בעיות נפש, התמודדות שונה עימן וחוסר התאמה של השירותים הקיימים למאפיינים התרבותיים הייחודיים של אוכלוסיית העולים הזו. ייתכן כי ההבדלים מצביעים גם על חוסר מודעות מצד ילידי אתיופיה לעצם קיומם של שירותי בריאות הנפש הקהילתיים, על אי-אמון בתועלת שאפשר להפיק מהשימוש בהם ועל חשש מנזק אפשרי ומתווית שלילית שקיימת בקהילה למי שנזקק לשירותים כאלה. כך מתבסס מצב שבו השימוש המועט שלהם בשירותי בריאות הנפש האמבולטוריים, בצירוף התסמונות הקליניות תלויות התרבות שהם מציגים (למשל תסמינים סומטיים המצביעים על מצוקה נפשית), לא תמיד מובנים למערך הטיפולי הישראלי ומקשים על נקיטת צעדים למניעת האובדנות (יונגמן ושוקד, 2012).

הן בקרב העולים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות והן בקרב העולים מאתיופיה מתגלה דפוס מדאיג של מעבר חד יחסית לביצוע מעשים אובדניים, ללא סימנים מקדימים. על כן, חשוב מאוד להכיר את גורמי הסיכון הייחודיים של קבוצות אלה, כדי לזהות את הסיכון הפוטנציאלי בזמן ולתת מענה הולם ככל הניתן למצוקה.

מניעת התאבדויות בקרב מהגרים בישראל

המודעות הגוברת בשנים האחרונות להתמודדויות של מהגרים ולסיכון האובדני המתלווה להגירה, הגביר את התמיכה הקהילתית והחברתית ואת פיתוחן של תוכניות ספציפיות המסייעות למהגרים להשתלב ולהשתקע בישראל. לצד פיתוחים אלה, ניתן לראות ירידה בשיעורי האובדנות, הן בקרב יוצאי אתיופיה והן בקרב יוצאי מדינות שהשתייכו לברית המועצות.

בעשורים האחרונים ניתן לראות שינוי בהתייחסותו של העולם המערבי לאובדנות וכן התפתחות של אסטרטגיות מניעה וחקירתן (ראו למשל Mann et al., 2005 וגם Zalsman et al., 2016). עם זאת, אף שברחבי העולם ישנם מיליוני מהגרים ומספרם הולך וגדל, המענה לסיכון האובדני המוגבר בקרבם עדיין אינו מספק. בישראל, התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות החלה לפעול בשנת 2014, תוך ניסיון לתת מענה רגיש תרבותית המותאם לעולים מאתיופיה וממדינות ברית המועצות. כמה מוקדים הדורשים פעולות מניעה משמעותיות תוארו לעיל. לצד אלה, קיימות המלצות על דגשים מרכזיים בנוגע למניעת אובדנות בקרב מהגרים (Kposowa, McElvain, & Breault, 2008) ונכתבו קווים מנחים לבניית אסטרטגיות

מניעה מותאמת תרבותית (Beautrais, 2005). מתוך המלצות כלליות הקיימות בעולם וכן מתוך הניסיון הייחודי בישראל, עולה כי תוכנית מניעה רגישה תרבותית צריכה לכלול שלוש רמות מניעה:

א. **מניעה אוניברסלית-ראשונית** המכוונת לכלל אוכלוסיית העולים, כגון תוכניות הסברה באמצעי התקשורת ובמסגרות קהילתיות. מטרותיהן של אלו הן להעלות את המודעות לכך שהגירה היא משבר נורמטיבי, לצמצם את התוויות השליליות הקשורות למחלות נפש ולאובדנות ואת החסמים המקשים על העולים לפנות לעזרה ולהקל את הגישה לעזרה מקצועית במקרים של מצוקה נפשית או מחשבות אובדניות. תוכניות ההסברה צריכות להתבסס על הבנה יסודית של התפיסות התרבותיות המאפיינות את קבוצות העולים המסוימות. כמו כן, יש מקום לפתח תוכניות חינוך קהילתיות שתחזקנה את המשאבים האישיים, את יכולות ההתמודדות ואת היכולות ההוריות של מהגרים מארצות מתפתחות.

פן נוסף של רמת מניעה זו מיועד לאוכלוסייה הקולטת וכולל תוכניות חינוך והסברה. מטרת התוכניות לפתח בקרב אוכלוסייה זו את המודעות לתהליך ההגירה ואתגריה ולאחריותה בהקשר של תהליך הקליטה ועל ידי כך לאפשר אינטגרציה חברתית טובה יותר של העולים. ישנו צורך לקדם הכרה וקבלה של תרבות המוצא של העולים, בתקווה שיתרמו להפחתת התוויות השליליות שדבקה להם. כך למשל ברשויות מקומיות ומוסדות החינוך בישראל חוגגים את חג הסיגד, ולאחרונה משרד החינוך הורה לגנות בגני הילדים להכניס בובות כהות עור לפינות הבובות בגנים. זאת במטרה לקדם מודעות וקבלה גבוהות יותר כלפי בני העדה האתיופית. התוכניות השונות צריכות לפנות לקהלים מגוונים באוכלוסייה, ובכללותם מעסיקים, נותני שירותי בריאות, אנשי חינוך, ילדים ועוד. בהקשר הספציפי של אובדנות, נדרשת העלאת המודעות בקרב האוכלוסייה הקולטת לדחק הכרוך בעלייה ולגורמי סיכון ייחודיים לאובדנות בקרב מהגרים.

ב. **מניעה סלקטיבית-שניונית** המכוונת לקבוצות בסיכון בקרב אוכלוסייה זו, כגון: שיפור האיתור של דיכאון, חרדות ובעיות הקשורות בדחק ההתערות ונמצאות בשכיחות גבוהה בקרב מהגרים, ושיפור הטיפול בהם; התערבויות לשם מיתון גורמי דחק, כגון בעיות תעסוקה וקשיים בלימודים, והגדלת גורמי חוסן, כגון תמיכה חברתית; התערבויות הממוקדות בבני נוער שמיועדות למנוע נשירה ממסגרת בית הספר; הפעלת "קווים חמים" ותמיכה מקוונת המותאמים לשפה ולתרבות; הכשרת "שומרי סף" בקהילה, שתפקידם לזהות את הפרט העלול להיות בסיכון אובדני ולתווך בינו לבין גורם הטיפול המתאים (למשל אנשי חינוך ועובדי רווחה, מתווכים ומנהיגים מתוך הקהילה).

מאחר שרבים מן העולים נעזרים בשירותי רפואה ראשונית, ושם באות לידי ביטוי תלונות הקשורות למצוקה אובדנית, יש מקום להכשיר גם רופאים כ"שומרי סף". חשוב במיוחד לצמצם נגישות לאמצעים קטלניים (נשק במסגרות צבא ועבודה בשמירה, חסימת מקומות גבוהים – הוספת סורגים על חלונות גבוהים במרכזי קליטה).

ג. **מניעה שלישונית** המכוונת לאלה הנמצאים בסיכון ממשי ברור, כגון עולים המדווחים על אובדנות או כאלה שביצעו ניסיון אובדני. במסגרת זו יש לפתח עבור המצוקות הנפשיות של העולים שירותי טיפול ומענים נגישים וזמינים, שיינתנו בשפה המובנת לעולים ויותאמו לתפיסות התרבותיות שלהם על ידי סגל מיומן של אנשי מקצוע, שעבר הכשרה מתאימה. בנוסף, יש לקדם הכשרה של מטפלים מיומנים בתחום מניעת אובדנות מקרב בני העדות המהגרות, אשר מבינים הבנה מעמיקה הן את השפה והן את המאפיינים התרבותיים והקונפליקטים שעומדים מאחורי המהגר בעת משבר. כמו כן, חשוב ליצור רצף בטיפול ומעקב אחר פרטים בסיכון בעת הטיפול, לאחריו ובמעבר בין מסגרות.

מעבר לאמור לעיל על אוכלוסיית העולים בכלל, מתוך מיעוט המחקרים בנושא עולות ההמלצות הבאות למניעה רגישת תרבות בקרב צעירים: הצעותיהם של גולדסטון ועמיתים (2008) מתמקדות בצמצום גורמי סיכון (למשל חוסר תקווה ברמת הקהילה), לצד חיזוק גורמי החוסן הרלוונטיים לתרבות (למשל חיזוק הקשרים עם זקני הקהילה או המסורות התרבותיות), כאמצעי לצמצום אובדנות בצעירים. כמו כן, החוקרים מציעים לשים דגש על חיזוק מקורות תמיכה מסורתיים או בלתי מקצועיים בקהילה ככתובת לשיח בנוגע למצוקה אובדנית, מתוך הנחה שעולים צעירים יעדיפו שיח איתם מאשר עם גורם מקצועי זר. כמו כן, מודגש כי את תוכניות המניעה רגישות התרבות בקרב צעירים יש לפתח בשיתוף פעולה והתייעצות עם גורמים מתוך הקהילה המהגרת או אף להבנות מתוך הקהילה עצמה. תוכניות כאלה בעלות סיכוי גבוה יותר להתקבל על ידי הקהילה (Goldston et al., 2008).

מחקרים עתידיים

עקב תהליכי גלובליזציה עולמיים ועלייה בשכיחות של תופעת ההגירה, חשוב להמשיך לחקור את ההשלכות הנפשיות הכרוכות בהגירה. אפיון הסיכון האובדני בקרב מהגרים מהווה סוגיה מורכבת ומצריך בחינה המשלבת משתנים גלובליים ומקומיים גם יחד; זו מתייחסת הן להגירה כתופעה כללית והן למאפיינים הספציפיים של הקהילה המהגרת והחברה הקולטת. מורכבות נוספת היא השילוב של גורמי סיכון חברתיים ותרבותיים הפועלים ביחסי גומלין עם גורמי סיכון אישיים לאובדנות. אף שנערכו בישראל מספר מחקרים שהתמקדו בסיכון אובדני בקרב עולים, נדרשים מחקרים נוספים. בשנים האחרונות ישנם גלי הגירה נוספים של יהודים לישראל, בעיקר מארצות הברית, צרפת, אוקראינה ורוסיה. ישנה גם עלייה מוגבלת של בני קהילת הפלשמורה מאתיופיה, אשר תהליך עלייתם לישראל מלווה בקשיים רבים בשל בירור יהדותם (זהר, 2018). בשנים הקרובות יהיה צורך ללוות את תהליכי הקליטה של אוכלוסיות אלו, ונדרשים מחקרים אשר מעריכים את הסיכון האובדני בקרבם. בנוסף, יש להמשיך ולחקור את ההשתלבות בחברה של מהגרים בני דור "וחצי" (מהגרים שהגיעו למדינת היעד לפני גיל 12) ובני דור שני לעולים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות ומאתיופיה, שתוארו לעיל. חוויית ההגירה מלווה את המהגר שנים רבות ויכולה אף לעבור מדור לדור, כך שלעיתים דור שני

להגירה מבטא קשיים נפשיים רבים יותר מאשר הדור הראשון. תופעה זו נחקרה בעיקר בארצות הברית ופחות במחקר האירופאי (Vazsonyi et al., 2017). בישראל, נחוץ מחקר השוואתי בין עולים לבין ילידי הארץ וגם בין עולים לבין ילדיהם אשר נולדו בישראל או הגיעו עימם בגיל צעיר, כדי להבין טוב יותר את ההשפעות הבן-דוריות של ההגירה על דפוסי האובדנות של הקבוצות השונות.

תיאור מקרה

על מנת להדגים חלק מהסוגיות שהועלו לסקירה מובא להלן תיאור מקרה, שבו דינה (שם בדוי), שהיגרה מגאורגיה, סיפרה את סיפורה. הריאיון עימה נערך בבית קפה בסמוך לביתה. דינה שיתפה בניסיון אובדני שביצעה בהיותה נערה, על רקע של נסיבות חיים מורכבות, שלהן תרמו באופן מובהק הקשיים המלווים להגירה של משפחתה לישראל. אומנם המקרה של דינה הוא מקרה יחיד, עם מאפיינים אישיים ייחודיים, אך אפשר להכיר דרכו מעט את המורכבות שבהתמודדות של בני נוער מהגרים שתוארה בפרק שלעיל.

בטרם נביא את סיפורה של דינה, להלן רקע קצר על העלייה מגאורגיה: יהדות גאורגיה היא קהילה יהודית עתיקת יומין, שחיה בבידול מהאוכלוסייה הלא-יהודית. הקהילה הגאורגית היא קהילה מסורתית, עם תפיסות מגדריות נוקשות. בסוף שנות השישים של המאה הקודמת, משפחות יהודיות מגאורגיה נאבקו על זכותן לעלות לישראל נגד האיסור הסובייטי דאז על הגירה. המאבק צלח, ובמהלך שנות השבעים היו גלי עלייה מגאורגיה לישראל. בשנת 1991 גאורגיה קיבלה את עצמאותה, ומאז עלו ממנה לישראל עוד כמה אלפי יהודים (ארבל, 1992).

סיפורה של דינה

דינה עלתה לישראל מגאורגיה עם אביה והוריו בהיותה בת 4. בהגיעה לישראל התגוררה המשפחה בעיר בצפון הארץ שלא היו בה מהגרים ולא קהילת יוצאי גאורגיה. בהיותה בכיתה ג עברה משפחתה להתגורר בעיר סמוכה, שבה הייתה קהילת מהגרים גדולה שכללה גם את בני העדה הגאורגית. היא זכרה את עצמה הולכת ברגל לבדה מרחק רב מהבית ועד לגן. כשהחלה ללמוד בבית ספר התקשתה לקרוא ולכתוב. דינה תיארה את חוויותיה בבית הספר:

אז לא הייתה רגישות כמו היום [במערכת החינוך]. לקח לי המון זמן לקרוא. לא למדתי לקרוא עד כיתה ג. היה ניסיון לעזור, אבל לא ממישהו שאכפת לו באמת. אז סחבתי את זה, ואת הזרות. בכיתה ג, כשעברנו, היה קיבוץ גלויות, הרגשתי יותר נוח. כשהגענו, רצו לשלוח אותי לבית ספר של מפגרים, כי לא תקשרתי. לא ידעתי מה מתבקש ומה צריך, רק התבוננתי באותם שנים. ואז היועצת אהובה שמואל [שם בדוי] לקחה אותי תחת חסותה, וחצי שנה אחרי זה זכיתי בתחרות החיבור הארצית. זה רק מראה שמספיק אחד שרואה אותך, וזה נס.

דינה סיפרה שבמקום מושבה החדש של המשפחה הדברים השתפרו מעט; למשפחתה רווח, "כי הם הרגישו בתוך עמם" בשל החיבור לקהילת יוצאי גאורגיה,

והיא הסתגלה טוב יותר לדרישות הלימודיות בבית הספר, אך חוויית הגר המשיכה ללוות אותה, לדבריה:

הזרות נשמרת לאורך שנים, מתקבעת ומתייצבת. אתה מבין שאתה לא חלק, חריג, שונה, זר. אתה משמר את הזרות. בשלב מסוים הבנתי שאפשר למנף את זה, זיהיתי שיש שם יותר חופש, אני לא חייבת להתנהל לפי תכתיבי החברה. אם יש שביל ראשי, אז יש גם שבילים צדדיים, שהם לא פחות מגניבים.

בנוסף, העיבו על ההתפתחות של דינה קונפליקטים משפחתיים על רקע של פערי תרבות. היא תיארה את הפער בין נוהגי העדה הגאורגית ויחסה לנשים לבין התרבות הישראלית:

זו עדה שמרנית, ששמרה על עצמה מהתבוללות עוד בגרוזיה. היו כללי צניעות נוקשים, נערה הייתה צריכה להתחתן עם מי שנאמר לה, זה היה מין סידור משפחות... אצל גרוזינים מחתנים בגיל צעיר כדי לשמור על תומתה של האישה. חברות בסביבה שלי החלו להתחתן בגיל 12, 14, ואני התנגדתי לזה... היה פער בין החופשיות שהילדים בארץ נהגו בה. אתה חי בשני עולמות מקבילים. בבית הספר אתה רואה דברים טריוויאליים כמו טיולים שנתיים, ללכת לבריכה, ובא לך גם, ואתה מסורב כדי שלא יראו אותך בבגד ים. וצורת הלבוש שונה, מה שהם אוכלים, הסנדוויצ'ים שהם מביאים מהבית, בצורת אירוח ששונה מהבית שלך. אבל אתה חסום, אין לך לאן ללכת, אתה ברשותם של אנשים מבוגרים שמחליטים עליך החלטות מאוד משמעותיות, לא תמיד אתה מקבל הבנה מבחון לגבי מה שקורה לך בבית.

דינה המשיכה לתאר כיצד הדברים הגיעו לכדי נקודת שיא של קונפליקט בינה לבין משפחתה, מה שהביא אותה לבצע ניסון אובדני בהיותה בת 14.5:

זה מלכוד, אתה לא שולט בחיים שלך. אף אחד לא מבין כמה המצב חמור. התחלתי לצאת עם מישהו, אימי החורגת גילתה את זה, היא איימה עליי שתספר לאבא. הרגשתי שגם עברתי על כל החוקים של העדה ואהיה מוקצה, והפחד שאחז בי באותו יום זה שהבן אדם היחיד [אבא] שהגן עליי... אאבד את האהבה שלו, אז זה היה מלחיץ מאוד. ואז לקחתי איתי תפילת הדרך, והסתכלתי במראה לראות שאני נראית טוב, וקפצתי מהחלון [בקומה שלישית]. זה היה דרך יציאה החוצה מהסיטואציה והצהרת כוונות שהמצב חמור – מהחלון הזה או לחיים אחרים או... [לסוף]. אחרי משהו כל כך קיצוני החיים לא יכולים לחזור להיות כשהיו, אי-אפשר יהיה להתעלם. לא יוכלו לשים אותי בבית, לקשור אותי, להגיד לי שזה הערכים שאני צריכה לגדול עליהם. זה כל כך מזעזע את המערכת, שהם מאבדים את הביטחון שהם עושים משהו טוב, אז זה גם סוג של נקמה – לערער להם את הביטחון. הניסיון התאבדות היה כרטיס יציאה משם...

דינה המשיכה לספר כי המקום היחיד שהרגישה שרק לה יש שליטה עליו בחייה היה היותה בחיים ויכולתה לבחור לא להמשיך לחיות, וכי הניסיון האובדני היווה עבורה מקור לחוזק ותעוזה בהמשך חייה:

מה שהבנתי מהניסיון התאבדות, זה שמוות הוא כרטיס יציאה מצוין, ושתמיד יש לך בקנה את האופציה הזאת. אם אסבול מאוד, תמיד יש לי את האופציה הזאת, אף אחד לא יכול לקחת לי אותו. סוף סוף משהו היה בשליטתי. אז אמרתי לעצמי: 'תנסי תנסי [דברים אחרים], כי תמיד יש לך את הכרטיס הזה', אז זה נתן לי "בוסט" של תעוזה ויכולת להתמודד. בלי זה לא הייתי יושבת כאן. זה הכלי היחיד שיכולתי לשלוט איתו על משהו אז.

דינה עזבה את בית אביה לחיים עצמאיים בגיל 16.5. בהדרגה היא בנתה עסק עצמאי מצליח, נישאה והפכה אם לשתי בנות. מאז אותו ניסיון אובדני בנעוריה לא היו בחייה עוד נקודות של משבר נפשי שבו שקלה ליטול את חייה. היא סיפרה שלאחר תהליך ממושך של התחזקות, שכלל גם טיפול פסיכולוגי משמעותי, יכלה להתחבר מחדש למקורות הגאורגיים בזוהרה. מהמקום המועצם כאישה עצמאית בבגרותה יכלה לראות גם את היופי שבתרבות הגאורגית, להתחבר למקצב הדיבור (ריתמוס) של השפה הגאורגית, לאוכל, לתרבות האירוח השמחה ולנופים היפים של מדינה זו, אשר מהדהדים בתוכה.

דין

משתנים תרבותיים הייחודיים לקהילה הגאורגית משחקים תפקיד בסיפורה של דינה. מתוך סיפורה ניכר כי הרווחה של ההורים המהגרים חשובה לרווחת המשפחה והילדים. כך, בעיר הראשונה שבה השתקעה משפחתה של דינה, לא הייתה קהילת מהגרים תומכת, אך המשפחה השכילה לעבור לעיר אחרת, שם הייתה קהילה גאורגית שהיוותה גורם תמיכה משמעותי עבור ההורים, והדבר הורגש בבית. גורם תרבותי נוסף הוא התפיסות המסורתיות ביחס לתפקידי מגדר ויחסי הורים-ילדים של הקהילה הגאורגית, אשר הפער בינם לבין התרבות הצברית הוא גדול. דינה חוותה בעוצמה את הפערים הבין-תרבותיים בין המוסכמות של הוריה המסורתיים, שלא התירו לה לצאת לטיול, ללכת לבריכה, להתלבש לא צנוע ולהיפגש עצמאית עם בנים, לבין המוסכמות המתירניות ביחס למתבגרים בני גילה שנולדו בארץ. פערים אלו הגבירו את הקונפליקטים בין דינה לבין הוריה, שהתעצמו עד שהגיעו למצב שבו דינה הרגישה כלואה. קונפליקטים בין-דוריים מסוג זה בנוגע לערכים, ובייחוד סביב תפקידי מגדר המשנים את מעמדי הכוח במשפחה, אופייניים למהגרים מחברות מסורתיות העוברים למדינות שוויוניות יותר. המשבר הזה הוביל את דינה לביצוע ניסיון אובדני, שחלק מהמוטיבציה שלה לביצועו היה להיחלץ מהסיטואציה, לזעזע את הוריה ולנסות לייצר נתיבי התמודדות ופתרון אחרים. בספרו, "זעקה של כאב", התייחס ויליאמס (Williams, 1997) לניסיונות אובדניים ופגיעה עצמית כניסיון לייצר נתיבי פתרון חדשים.

ראוי לציין כי במקרה המובא ישנם גם משתנים פסיכולוגיים ומשפחתיים ייחודיים שאינם קשורים להגירה, אך מהווים גורמי פגיעות נוספים למשבר ההגירה, בעיקר העובדה שאימה של דינה נפטרה, ויחסיה של דינה עם אימה החורגת היו מסובכים עוד קודם להגירה.

מקורות

אדלשטיין א' (2005). **אובדנות בקרב בני נוער יוצאי אתיופיה: מחקר גישוש**. ירושלים: המשרד לקליטת עלייה.

ארבל, ר' (1992) **בארץ גיזת הזהב – תולדות יהודי גרוזיה ותרבותם**. ירושלים: משרד הביטחון. זהר, ג' (2018). **מי הם בני קהילת הפלשמורה ומדוע עלייתם לישראל הפכה לסאגה?** זמין באתר

- יונגמן ר' ושוקד מ' (2012). אובדנות בקרב עולים מאתיופיה בישראל. **עיונים בתקומת ישראל**, 22, 179–203.
- הכנסת (2011). **אובדנות בקרב ילדים ובני נוער עולים**. ירושלים: הכנסת.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2018). **נתוני הגירה לישראל**. זמין באתר <https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/pages/2018/%D7%94%D7%A2%D7%9C%D7%99%D7%99%D7%94-%D7%9C%D7%99%D7%A9%D7%A8%D7%90%D7%9C-2017.aspx>
- מירסקי י' (2009). **אובדנות בקרב עולי חבר המדינות בישראל: מסמך רקע**. ירושלים: המשרד לקליטת עלייה.
- משרד הבריאות (2018). **אובדנות בישראל**. ירושלים: משרד הבריאות.
- Aichberger, M. C., Heredia Montesinos, A., Bromand, Z., Yesil, R., Temur-Erman, S., Rapp, M.A., et al. (2015). Suicide attempt rates and intervention effects in women of Turkish origin in Berlin. *Journal of European Psychiatry*, 30(4), 480–485.
- Akhtar, S. (1994). A third individuation: Immigration, identity and the psychoanalytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43(4), 1051–1084.
- Akram-Pall, S., & Moodley, R. (2016). “Loss and Fear”: Acculturation stresses leading to depression in South Asian Muslim immigrants in Toronto. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 50(3s), 137–155.
- Albertini, M., Mantovani, D., & Gasperoni, G. (2019) Intergenerational relations among immigrants in Europe: The role of ethnic differences, migration and acculturation. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 45(10), 1693–1706.
- Arieli, A., Gilat, I., & Aycheh, S. (1996). Suicide among Ethiopian Jews: A survey conducted by means of a psychological autopsy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(5), 317–319.
- Beautrais, A. L. (2005). National strategies for the reduction and prevention of suicide. *Crisis*, 26(1), 1–3.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46, 5–34.
- Berry, J. W., Phinney, J. S., Sam, D. L., & Vedder, P. (2006). Immigrant youth: Acculturation, identity, and adaptation. *Applied Psychology*, 55(3), 303–332.
- Bhugra, D. (2005). Cultural identities and cultural congruency: A new model for evaluating mental distress in immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 84–93.
- Bursztein Lipsicas, C., & Makinen, I. H. (2010). *Immigration and suicidality in the young*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5), 274–281.
- Cardoso, J. B., & Thompson, S. J. (2010). Common themes of resilience among Latino immigrant families: A systematic review of the literature. *Families in Society*, 91(3), 257–265.
- EU (2019). *Migration and migrant population statistics*. Available at https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics
- Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D., Cardamone, G., Giallonardo, V., et al. (2018). Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: A

- literature overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1438.
- Goldston, D. B., Molock, S. D., Whitbeck, L. B., Murakami, J. L., Zayas, L. H., & Hall, G. C. N. (2008). Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *American Psychologist*, 63(1), 14–31.
- Hovey, J. D. (2000). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation in Mexican immigrants. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 6(2), 134.
- Juang, L. P., Simpson, J. A., Lee, R. M., Rothman, A. J., Titzmann, P. F., Schachner, et al. (2018). Using attachment and relational perspectives to understand adaptation and resilience among immigrant and refugee youth. *American Psychologist*, 73(6), 797–811.
- Kposowa, A. J., McElvain, J. P., & Breault, K. D. (2008). Immigration and suicide: The role of marital status, duration of residence, and social integration. *Archives of Suicide Research*, 12(1), 82–92.
- Lai, D. W. L., Li, L., & Daoust, G. D. (2017). Actors influencing suicide behaviours in immigrant and ethno-cultural minority groups: A systematic review. *Journal of Immigrant Minority Health*, 19, 755.
- Levav, I., Kohn, R., Flaherty, J. A., Lerner, Y., & Aisenberg, E. (1990). Mental health attitudes and practices of Soviet immigrants. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 27(3), 131–144.
- Levinson, D., Haklai, Z., Stein, N., Polakiewicz, J., & Levav, I. (2007). Suicide ideation, planning and attempts: results from the Israel National Health Survey. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 44(2), 136.
- 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.
- Marks, A. K., Ejesi, K., & García Coll, C. (2014). Understanding the US immigrant paradox in childhood and adolescence. *Child Development Perspectives*, 8(2), 59–64.
- Masten, A. S. (2014). Invited commentary: Resilience and positive youth development frameworks in developmental science. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(6), 1018–1024. Available at <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0118-7>
- Mirsky, J., & Kaushinsky, F. (1988). Psychological processes in immigration and absorption: The case of immigrant students in Israel. *Journal of American College Health*, 36(6), 329–334.
- Mirsky, J., Kohn, R., Dolberg, P., & Levav, I. (2011). Suicidal behavior among immigrants. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(11), 1133–1141.
- Pumariega, A. J., Rothe, E., & Pumariega, J. B. (2005). *Journal of Community Mental Health*, 41, 581.
- Puzo, Q., Mehlum, L., & Qin, P. (2018). Rates and characteristics of suicide by immigration background in Norway. *PLoS One*, 3(9), e0205035.
- Ratkowska, K. A., & De Leo, D. (2013). Suicide in immigrants: An overview. *Open Journal of Medical Psychology*, 2(3), 124.
- Schneidman, E. (1993). *Suicide psychache*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

- Sher, L. (2010). A model of suicidal behavior among depressed immigrants. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(1), 5–7.
- Shoval, G., Schoen, G., Vardi, N., & Zalsman, G. (2007). Suicide in Ethiopian immigrants in Israel: A case for study of the genetic-environmental relation in suicide. *Archives of Suicide Research*, 11(3), 247–253.
- Spallek, J., Reeske, A., Norredam, M., Nielsen, S. S., Lehnhardt, J., & Razum, O. (2015). Suicide among immigrants in Europe: A systematic literature review. *The European Journal of Public Health*, 25(1), 63–71.
- Suárez-Orozco, C., Motti, F., Marks, A., & Katsiaficas, D. (2018). An integrative risk and resilience model for understanding the adaptation of immigrant-origin children and youth. *American Psychologist*, 73, 781–796.
- Takeuchi, D. T., Hong, S., Gile, K., & Alegría, M. (2007). Developmental contexts and mental disorders among Asian Americans. *Research in Human Development*, 4(1–2), 49–69.
- United Nations (1998). *Recommendations on statistics of international migration, revision 1*. Available at <https://refugeesmigrants.un.org/definitions>
- Vazsonyi, A. T., Mikuška, J., & Gaššová, Z. (2017). Revisiting the immigrant paradox: Suicidal ideations and suicide attempts among immigrant and non-immigrant adolescents. *Journal of Adolescence*, 59, 67–78.
- Wasserman, D., & Värnik, A. (1998). Suicide-preventive effects of perestroika in the former USSR: The role of alcohol restriction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 1–4.
- WHO (2015). *Mortality database*. Available at <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms>
- Wilchek-Aviad, Y. (2015). Meaning in life and suicidal tendency among immigrant (Ethiopian) youth and native-born Israeli youth. *Journal of Immigration and Minority Health*, 17(4), 1041–1048.
- Williams, J. M. G. (1997). *Cry of pain: Understanding suicide and self-harm*. London: Penguin Books.
- Yakhnich, L. (2016). “This is my responsibility”: Parental experience of former Soviet Union immigrant parents in Israel. *International Journal of Child, Youth & Family Studies*, 7(1), 1–26.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659.

מחשבות אובדניות בשלב הבגרות הצומחת: המקרה של דור שני לבני העדה האתיופית

משה ישראלשוילי ודני מגיסטו

תקציר

הידע הקיים כיום על אובדנות בקרב יוצאי אתיופיה ממוקד במי שנולדו באתיופיה והיגרו לישראל. אולם הידע הקיים בספרות על פרדוקס המהגר (immigrant paradox) ועל תקופת הבגרות הצומחת (emerging adulthood) מעלה את האפשרות שדווקא צעירים (גילאי 18–30) בני העדה האתיופית אשר נולדו בישראל מהווים קבוצת סיכון להתנהגות אובדנית. במסגרת המחקר הנוכחי הושוּו תפיסות של 80 בני העדה האתיופית שנולדו באתיופיה (דור ראשון להגירה) או בישראל (דור שני להגירה), ביחס לנושאים הבאים: תפיסת עוצמת קשיי הקליטה בישראל, עמדות כלפי ערך החיים, ההסבר המיוחס למי שמחליט להתאבד, ייחוס רגשות שליליים למי שהחליט להתאבד ותחושה כללית של הסתגלות לחיים. ההשערה הכללית הייתה שצעירים השייכים לדור השני להגירה יבטאו תפיסות שליליות כלפי ערך החיים, ייחסו רגשות שליליים יותר למי שהחליט להתאבד ויבטאו תחושה נמוכה יותר של הסתגלות לחיים כיום. ממצאי המחקר לא תמכו באופן מובהק ושיטתי באפשרות קיומו של אפקט המהגר, הגם שנמצאו מספר אינטראקציות מובהקות בין ארץ הלידה לבין משתני רקע אחרים. ככלל, רוב הנשאלים לא קישרו את ההחלטה האובדנית לקשיי ההסתגלות לישראל, אלא ראו במתאבד אדם שאינו יודע איך להתמודד עם קשיי האישיים; דהיינו תחושת אי-הסתגלות לחיים בהווה היא המהווה גורם עיקרי לתפיסה שלילית של ערך החיים, ולא תולדת קשיי ההסתגלות בעבר. ממצאים אלה מזמינים התייחסות לתופעת האובדנות בקרב הדור השני ליוצאי אתיופיה על פי מודלים אוניברסליים להסברת אובדנות, ולא כתופעה ייחודית. מוצע לפעול לקידום תפיסה ציבורית ערנית יותר לביטוי מצוקה, בלי קשר להיות האדם מהגר, ולקידום תפיסה פרטנית של דור צעירי העדה ביחס לדרכי ההתמודדות עם מצוקות בתחום המשפחתי ובתחום האישי.

מילות מפתח: יוצאי אתיופיה, אובדנות, פרדוקס המהגר, הסתגלות, בגרות צומחת

מחקרים על התנהגות אובדנית בקרב יוצאי אתיופיה בישראל התמקדו בקבוצת ילידי אתיופיה שהגיעו לישראל. המחקר הנוכחי בחן את היחס לאובדנות, תפיסת ערך החיים ותחושת ההסתגלות בקרב צעירים בני 18–30 שמוצאם בעדה האתיופית, אך נולדו בישראל (דור שני לעלייה), וזאת תוך השוואתם למי שנולדו באתיופיה (דור ראשון לעלייה). ההשערה הכללית שנבדקה הייתה שקבוצה הצעירים ילידי ישראל עלולה להיות בסיכון גבוה יחסית לאובדנות, וזאת עקב אפשרות קיומו של פרדוקס הנקרא "פרדוקס המהגר" ובשל היותם בשלב ההתפתחותי המכונה "בגרות צומחת".

רקע

על פי נתוני ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization, 2019), בכל שנה מתים ברחבי העולם כ-800,000 איש כתוצאה מהתאבדות. נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות (חקלאי, גולדברגר ואבורבה, 2019) מלמדים שבשיראל יש מגמת עלייה בהיקף התופעה, המוערכת בכ-390 התאבדויות בשנה. מספר הניסיונות האובדניים בישראל, כפי שמתברר מנתונים הנאספים בחדרי המיון של בתי החולים הכלליים, גדול פי עשרה, אולם שיעורו בשנים האחרונות יציב יחסית. עם זאת, באופן כללי, שיעור ההתאבדות בישראל נמוך בהשוואה למוצע של מדינות האיחוד האירופי (EU).

התאבדות והגירה: המקרה של יהודי אתיופיה

ההגירה האתיופית לישראל החלה ב-1973 והתרחשה במספר גלים מרכזיים¹. מחקרים שבוצעו בקרב העולים מאתיופיה העלו שמקורות הקושי העיקריים בתהליך הקליטה בישראל היו שלושה: (א) הקריסה של מנגנונים קהילתיים, משפחתיים וחינוכיים ששימשו את בני הקהילה בעבר (לדוגמה בן עזר, 1992; זכי ודרוז'ינין, 2010); (ב) צבע העור של יוצאי אתיופיה כמקור לאפליה על רקע גזעי. אפליה זו מתקיימת בקרב מגזרים מסוימים בחברה הישראלית ומהווה גורם משמעותי של קושי (Ringel, Ronell, & Getahun, 2005; Shuval & Leshem, 1998); (ג) הבדלים תרבותיים, בכללם אלה הנוגעים לדרכי הביטוי והריפוי של מצוקות גופניות ונפשיות. כך לדוגמה ממצאי מחקרים מעידים כי בקרב בני העדה האתיופית בעיות נפשיות מובעות לרוב דרך תסמינים פיזיים, אשר אינם מפוענחים תמיד נכונה על ידי הסביבה הישראלית (יונגמן, מינוצין-איציקסון, זרה וזילבר, 2008).

במכלול הדיון על קשיי הקליטה של העולים מאתיופיה, קיימת דאגה מיוחדת מהיקף תופעת האובדנות בקרב בני העדה (אדלשטיין, 2006; וייסבלאי, 2011; יונגמן ושוקד, 2009). אומנם מסקרים השוואתיים שנערכו בישראל מתברר ששיעור המחשבות האובדניות וביצוע ניסיונות אובדניים נמוך בקרב יוצאי אתיופיה, בהשוואה לשיעור תופעות אלה בקרב ילידי ישראל ובקרב ילידי מדינות שהשתייכו לברית המועצות (אורי, בורשטיין ואפטר, 2010), אולם תמונה זו מתהפכת כשעוברים לבדוק את שיעור ההתנהגות האובדנית שהסתיימה במוות; בקרב עולי אתיופיה שיעור ההתאבדויות (נכון ל-2016) גבוה פי שניים וחצי משיעורו בקרב עולים ממדינות שהשתייכו לברית המועצות ופי ארבעה מהאוכלוסיות האחרות בישראל (חקלאי ועמיתים, 2019).

במהלך השנים הוצעו הסברים אחדים להיקף הרב יחסית של אובדנות בקרב בני העדה האתיופית בישראל (לדוגמה: בן עזר, 2007; הלל, והיימן, 1999; רואר-סטריאר וסטריאר, 2006; Ringel et al., 2005; Ben-David & Ben-Ari, 1997).

1 לצורך נוחות לא ניכנס להבחנה בין המונחים "עולים" ו"מהגרים", ונשתמש לצורך התייחסות למי שעלו מאתיופיה לישראל במונחים "הגירה" ו"מהגרים".

הקשורים לקשיי ההסתגלות הכלליים שצוינו לעיל; בהם קשיי המעבר והפער הבוטה בין מציאות החיים בשתי המדינות, הקושי להתמודד עם ביטויים של גזענות גלויה וסמויה, שינויים מרחיקי לכת במבנה הקהילה ובערכיה וההבדל המהותי במעמד האישה בתוך המשפחה האתיופית, מה שהוביל להתפרקות המבנה המשפחתי המורחב המסורתי. יש לציין כי ההסברים האלה כמו גם הסברים נוספים לתופעת האובדנות (ראו סקירה אצל Orbach, 1997) אינם גורסים שהמציאות האובייקטיבית היא שאילצה את האדם לנקוט פעולה אובדנית, אלא שהייתה זו הפרשנות הסובייקטיבית שהפרט נתן לאירוע שהתרחש או נטייתו להתחמק כליל מהתמודדות (Gysin-Maillart, Soravia, & Schwab, 2019) או להשתמש בדרכי התמודדות לא פרודוקטיביות (Gauvin, Labelle, Daigle, Breton, & Houle, 2019).²

חיזוק להסברים הגורסים שתופעת האובדנות מתרחשת על רקע של קשיי הקליטה בישראל ניתן למצוא במחקרים שונים. לדוגמה יונגמן ושוקד (2012) פנו למדגם של בני העדה האתיופית וביירו מה ההסברים שהם נותנים לתופעת האובדנות בקרב בני העדה בישראל. לדבריהם, הסיבות לאובדנות בקרב מבוגרים בני העדה, על פי סדר יורד של השכיחות והעוצמה הרגשית בעיני משתתפי המחקר, הן: דרדר במעמד של הגברים במערך הכלכלי, החברתי והמשפחתי, השינוי במעמד הנשים במערך הכלכלי, החברתי והמשפחתי, ארגון מחדש של הסדרי הזוגיות, תמיכה מסיבית של שירותי הרווחה בגירושים, השינוי במסגרות החינוך של ילדים ובני נוער, השינוי במעמד הסמכות ההורית ובמעמד ילדים ובני נוער במשפחה, הפיחות במעמד המגשרים המסורתיים ומנהיגי הקהילה, קשיי ההסתגלות במעבר מרפואה מסורתית לרפואה מערבית, תרבות ה"שתיקה" ביחסי פנים וחוץ, קשיי תקשורת עם ספקי שירותים ועם סוכנויות מנהליות ומצוקות בעקבות מחויבויות מתמשכות כלפי קרובי משפחה שנותרו באתיופיה. מסקנתם הכללית של יונגמן ושוקד הייתה ש"המצב הקיומי המעיק של יוצאי אתיופיה מייצר קרקע זמינה להתפתחות של נטיות המובילות לעלייה בשיעורי האובדנות הגבוהים" (עמ' 196). בהתאם להסבר זה, ניתן לצפות שלאורך השנים, עם הירידה בקשיי הקליטה בחברה הישראלית (דיין, 2014), תהיה ירידה בשיעור האובדנות בקרב בני העדה האתיופית. אכן תמיכה מסוימת לציפייה זו קיימת בממצאי משרד הבריאות, שלפיהם השיעור המתוקנן לגיל בקרב עולי אתיופיה דומה לשיעורו בקרב יהודים ואחרים שאינם עולים (חקלאי, 2016). אולם מיקוד ההסברים לאובדנות בתחום קשיי ההגירה וההתאקלמות בישראל מחייב התייחסות גם לצדדים נוספים של תהליך ההגירה, כגון אפשרות קיומו של פרדוקס המהגר.

פרדוקס המהגר בהקשר של מחשבות אובדניות

המונח "פרדוקס המהגר" (immigrant paradox) מתייחס לתופעה שלפיה ילדי הדור הראשון להגירה מפגינים בעיות בריאות **פחותות** מאשר דור מאוחר יותר של צאצאי

2 הביטוי "התמודדות לא פרודוקטיבית" כולל מספר דרכי תגובה. חלקן יעילות בנסיבות מסוימות. אובדנות תהיה תמיד לא יעילה.

מהגרים (לדוגמה; Caplan, 2007; Cote & Yuen, 2013; Crosnoe & Fuligni, 2012; Speciale & Regidor, 2011). פרדוקס המהגר תועד במגוון הקשרים, בכללם הישגים לימודיים (May & Witherspoon, 2019), התנהגות מינית (Schwartz et al., 2011), אלימות (Wright & Benson, 2010), צריכת אלכוהול (Greene & Maggs, 2018), שימוש בחומרים ממכרים (Bacio, Mays, & Lau, 2013) ובעיות בתחום בריאות הנפש (Katsiaficas, Suárez-Orozco, Sirin, & Gupta, 2013). קרי בקרב ילדי הדור הראשון להגירה (שנולדו לפני ההגירה) יש שכיחות נמוכה של בעיות בכל התחומים האלה, בהשוואה לבני גילם שמשפחתם עברה תהליך הגירה זהה, אך הם עצמם כבר נולדו בארץ הקולטת. מחקרי אורך העלו ששיעורי הבעיות מתעצמים ומשתווים לשיעורן בקרב ילדי המקום רק בדור השלישי של ההגירה (Greene & Maggs, 2018; Guarini, Marks, Patton, & Coll, 2011).

יש לציין כי החוקרים של פרדוקס המהגר חלוקים בדעותיהם בשאלה, האם מדובר בתופעה שייחודית למהגרים ממדינות מסוימות או שמדובר בתופעה אוניברסלית? בעוד ממצאי מחקרים ראשוניים נטו למקד את התופעה רק במהגרים לארצות הברית ממוצא היספני (Reynaga-Abiko, 2012), מחקרים מאוחרים יותר מצאו שהתופעה קיימת גם בקרב מהגרים לארצות הברית ממוצא אתני שאינו היספני (Alamilla et al., 2019), ובמידת-מה גם בקרב מהגרים למדינות אחרות, כגון: הולנד (van Geel & Vedder, 2010), קנדה (Urquia, O'Campo, & Heaman, 2012) וספרד (Speciale & Regidor, 2011). אולם ויכוח זה עדיין לא הוכרע (ראו Rolland et al., 2017; Tang, 2019).

הסבר שכיח לפרדוקס המהגר מתמקד בהשתנות עוצמת התמיכה החברתית שלה זוכים בני הדורות השונים להגירה. הטענה היא שבקרב הדור הראשון להגירה קיימת תחושה חזקה יותר של לכידות קבוצתית עם מהגרים אחרים מארץ מוצאם, המחזקת אותם ומעודדת אותם להתמודד עם מצבי קושי ואתגרים שאליהם הם נחשפים בתהליך הקליטה בארץ החדשה. מנגד, ילדי הדור השני להגירה, ובעיקר ילדי הדור השלישי, כבר אינם מזוהים כשייכים לקבוצה תרבותית זו, אינם מקושרים לקבוצה חברתית המתמודדת עם מצבים דומים ואינם זוכים לאותה מידה של תמיכה ושותפות שלה זכו ילדי הדור הראשון להגירה (Suárez-Orozco, Rhodes, & Wright & Benson, 2010; Milburn, 2009; van Geel & Vedder, 2011). כך, העלייה בשכיחות הבעיות נובעת מירידה בתחושת התמיכה החברתית שלה זוכים צאצאים מאוחרים יותר של אנשי הקבוצה המהגרת.

כאמור, אחד ממקורות הקושי העיקריים שצוינו ביחס לעולים מאתיופיה הוא ההתפרקות של מוסדות התמיכה הקהילתית. לכן, אם פרדוקס המהגר מתרחש גם בקרב מהגרים לישראל, ניתן היה לצפות שהדור השני או הדור השלישי של מהגרים מאתיופיה יפגינו התנהגות אוברדנית רבה יותר, כתולדה של התרופפות התמיכה המצוינת לעיל. אולם הרלוונטיות של פרדוקס המהגר להקשר של ההתנהגות האוברדנית בקרב ילדי הדורות השני והשלישי של מהגרים בני העדה האתיופית לא נבחנה עד כה ואף אינה ברורה מאליה: ראשית, נושא פרדוקס המהגר כמעט שלא נחקר ביחס

עולים לישראל, וייתכן שכלל אינו רלוונטי להקשר הסביבתי-תרבותי של המציאות בישראל, המאופיינת ב"גלים" של לכידות חברתית כללית (Kulik, 2017); שנית, עצם הרלוונטיות של פרדוקס המהגר להסברת מגמות ומוקדים של התנהגות אובדנית אינו ברור דיו. אומנם קיימות טענות ראשוניות באשר לקיום פרדוקס המהגר גם ביחס להתנהגות האובדנית של בני נוער (Kene, Brabeck, Kelly, & DiCicco, 2017); אך טענות אלה אינן מבוססות על מחקרים בקנה מידה רחב דיו; שלישי, לא ברור אם בקרב הדור הראשון של המהגרים מאתיופיה לישראל אכן היו קיימות לכידות ותמיכה קהילתית, ואם כן – עד כמה. אומנם מחקרים מוקדמים הצביעו על מידה רבה של הסתגרות קהילתית בתוך קבוצת בני הדור הראשון של עולים מאתיופיה (למשל שבתאי, 2001), כך שהסתגרות חברתית זו יכולה הייתה לייצג מידה רבה של תמיכה חברתית פנימית, והתרופפותה בקרב הדור השני והשלישי הייתה עלולה להזין את פרדוקס המהגר. אולם לא ידוע אם במסגרת אותה הסתגרות קהילתית שאפיינה את הדור הראשון לעלייה מאתיופיה אכן הייתה תמיכה חברתית, שהרי אפשר שכל אחד מהמהגרים היה עסוק בעצמו, בעיבוד חוויית המסע הקשה מאתיופיה לישראל, חוויה שלא נחקרה כהלכה (ראו ביקורתם של Ben Ezer & Zetter, 2015). יתרה מזו, אפשר שדווקא על רקע חוויות משותפות של ניכור וגזענות, בקרב הדורות השני והשלישי התעוררה מחדש תמיכה קהילתית הדדית, שבפועל מונעת את התעוררות פרדוקס המהגר. אך חשוב לציין שחשיפה לחוויות של גזענות וקושי בהגדרה העצמית אינה מובילה בהכרח להתלכדות חברתית; נהפוך הוא, לעיתים חשיפה זו היא עצמה יכולה להוות גורם המשפיע על התעוררות התנהגות אובדנית (Arshanapally, Werner, Sartor, & Bucholz, 2018).

שאלת ההשפעה של חוויות חברתיות שליליות צריכה להתברר לא רק על רקע המאפיינים של בני העדה האתיופית, אלא גם על רקע העדויות שלפיהן החשיפה לחוויות אלה של גזענות ודחייה חברתית מתעצמת דווקא כאשר צעירי העדה מגיעים לשלב ההתפתחותי המכונה "בגרות צומחת" (emerging adulthood) (Walsh & Tuval-Mashiach, 2017).

אובדנות בתקופת הבגרות הצומחת

תקופת הבגרות הצומחת מוגדרת כתקופה שלאחר גיל ההתבגרות ולפני תקופת הבגרות הצעירה. בדרך כלל הכוונה לגילאי 18 (מועד סיום הלימודים בבית הספר) עד 28 (להלן "צעירים"). בעוד מתבגרים עסוקים בניסיון להגדיר את עצמם ואת מאפייניהם הייחודיים, צעירים מתוארים כמי שעסוקים בבחינה חווייתית של המשמעויות התעסוקתיות, הרומנטיות, הערכיות והאחרות הנגזרות מהגדרות הראשוניות שאליהן הגיעו בתקופת ההתבגרות (Arnett, 2000). לכן, אחד המאפיינים המרכזיים של צעירים הוא החיפוש אחר התנסויות מגוונות שתאפשרנה בחינת התוקף של ההגדרות שבהן הם אוחזים. אם התנסויות אלה תהיינה מוצלחות, הן תתרומנה לביסוס ההגדרות האישיות ולקבלת החלטות ביחס לחיים הבוגרים; אם הן תהיינה מאכזבות, עלולה להיות להן השפעה מעכבת ואף שלילית על הדרך שבה הצעירים תופסים את חייהם ותוכניותיהם לעתיד.

הספרות המחקרית מדווחת על כך שהתנהגות אובדנית לסוגיה ופגיעה עצמית ללא כוונה אובדנית (NSSI – Non Suicidal Self Injury) הן הסיבה השנייה בעוצמתה למוות של צעירים (Kim & Burlaka, 2018) ומופיעה אצל כ-6% ממי שנמצאים בשלב התפתחותי זה (Han et al., 2018; Thompson & Swartout, 2018). ממצאי מחקרים מראים שהצעירים המפגינים התנהגות אובדנית (6% נחלקים לשתי קבוצות: קבוצה אחת (כ-80% מהם) כוללת את מי שיש להם היסטוריה של פגיעות עצמיות בעבר, בגיל ההתבגרות (Horwitz, Czyz, & King, 2015; Kiekens et al., 2017); הקבוצה האחרת (20% הנוותרים) היא של צעירים שאין בעברם היסטוריה של התנהגות אובדנית. באופן דומה, בספרות מדווח גם על שני גלי התעוררות של פגיעה עצמית ללא כוונה אובדנית (NSSI) (כגון Goldberg & Israellashvili, 2017): האחת באמצע גיל ההתבגרות, והשנייה זמן-מה לאחר תחילת תקופת הבגרות הצומחת (Gandhi et al., 2018).

מחקרים על מאפייני הצעירים שפוגעים בעצמם מצביעים על כמה גורמי סיכון, ובכללם דימוי עצמי שלילי (Duprey, Osri, & Liu, 2019), קושי להביע רגשות, ובמיוחד רגשות חיוביים (Polanco-Roman, Moore, Tsypes, Jacobson, & Miranda, 2018), קושי בפתרון בעיות (Gonzalez & Neander, 2018), למשל בהקשר של אהבה נכזבת (Emanuele, 2009), קושי ביחסים עם ההורים (Duprey et al., 2019), אימפולסיביות (Chesin & Cascardi, 2018) וקשיים בוויסות עצמי (Miranda, 2013), למותר לציין שחלק מגורמי סיכון אלה רלוונטיים במיוחד לאוכלוסיית הצעירים בני הקהילה האתיופית. לדוגמה, כורם והורנציק (2013) ציינו את הקושי בהבעת רגשות ואת המורכבות ביחסים בין ילדים להורים שקיימים בקרב צעירי העדה.

אך לגורמים אלו יש להוסיף עוד גורם שעלול להאיץ מחשבות אובדניות בקרב צעירים יוצאי אתיופיה הנמצאים בשלב הבגרות הצומחת, והוא העלייה בחשיפה לחוויות של אפליה על רקע גזעי. לפי וולש ותובל-משיח (Walsh & Tuval-Mashiach, 2017), דווקא במהלך השירות הצבאי או השירות הלאומי יש עלייה משמעותית במידת החשיפה של יוצאי אתיופיה לביטויים של גזענות. חשיפה זו מעמידה אותם יותר מבעבר במצב של דילמה מהותית ביחס להגדרה הסופית של זהותם האישית ולהזדהותם עם החברה הישראלית. דילמה זו אופיינית ממילא למי שנמצאים בשלב הבגרות הצומחת, ולכן התעוררותה עלולה להאיץ ביטויים של אי-הסתגלות ומצוקה אישית, ובכללם התנהגות אובדנית.

נתוני משרד הבריאות על תופעת האובדנות בקרב בני העדה האתיופית אינם מספקים מידע המאפשר לבדוק את קיומו של פרדוקס המהגר, מכיוון שהנתונים מתמקדים במי שנולדו באתיופיה, ולא ברור מה שיעור האובדנות בקרב ילידי ישראל מבין בני העדה האתיופית. זאת ועוד, נתוני משרד הבריאות מתייחסים למוות (מדווח) וניסיונות אובדנות, אך אין בהם מידע על תופעות רלוונטיות נוספות, קרי מחשבות אובדניות ופגיעה עצמית ללא כוונה אובדנית (NSSI). כאמור, המחקרים הבודדים שעסקו בקבוצת הצעירים בני העדה האתיופית מחזקים את הצורך בבירור מצבם ותחושותיהם. למשל, במחקר של כורם והורנציק (2013) התקבלה עדות

לאמביוולנטיות שבה הם נמצאים, בין הבנתם את ערכי דור העולים לישראל וקוד ההתנהגות העדתית לבין ידיעתם שהמציאות בישראל מחייבת אותם לפעול באופן אחר ומסתגל (ראו גם Ben-Eliezer, 2008).

המחקר הנוכחי

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון את ההתייחסות של בני העדה האתיופית להתנהגות אובדנית ואת עמדתם האישית כלפי אובדנות, כפי שנמדדו במונחים של תפיסת ערך החיים ותחושות של אי-הסתגלות. בחינה זו נעשתה תוך השוואה בין ילידי אתיופיה וילידי ישראל, גברים ונשים, ותוך בחינת התרומה היחסית של משתנים שונים להסברת התפיסות הנ"ל, בכללם גיל, מצב משפחתי, תפיסת קשיי הקליטה בישראל ותפיסת קושי עכשווי.

לאור הספרות הקיימת ביחס למאפייני שלב הבגרות הצומחת ועקב אפשרות קיומו של פרדוקס המהגר, ההשערה הכללית של המחקר הייתה שילידי ישראל – שהם גם בני הדור השני להגירה וגם נמצאים בשלב הבגרות הצומחת – יביעו תחושה נמוכה יותר של הסתגלות לחיים כיום, ובהתאם לכך ישללו פחות התנהגות אובדנית של האחר וגם יבטאו עמדות חיוביות פחות כלפי ערך החיים.

שיטה

משתתפים

המחקר כלל 80 משתתפים, שנחלקו לשתי קבוצות: (א) 37 מבני העדה האתיופית בני 18 ומעלה שנולדו בישראל להורים שעלו מאתיופיה בעליות הראשונות (טווח גילים – 18–28; ממוצע – 21.8; סטיית תקן – 2.9); (ב) 43 מבני העדה בני 20 ומעלה שנולדו באתיופיה ועלו לישראל, ובעת ניהול המחקר שהו בארץ חמש שנים לפחות (טווח גילים – 20–59; ממוצע – 38.1; סטיית תקן – 7.6). כפי שניתן לצפות, מבחן t להשוואה בין מאפייני הרקע של המשתתפים בשתי קבוצות המחקר הצביע על הבדל מובהק בממוצע הגיל של המשתתפים ($T(78)=12.33, p<.01$), שלפיו ילידי אתיופיה מבוגרים יותר. כמו כן, התקבל הבדל מובהק בשיעור המינים בכל אחת מהקבוצות, באופן שבקבוצת ילידי אתיופיה שיעור הנשים היה מחצית משיעור הגברים, ובקרב ילידי ישראל המצב היה הפוך ($\chi^2(1)=7.33, p<.01$). מתוך כלל המשיבים, 53% ציינו כי הם מכירים מישהו שהתאבד, שיעור שהיה גבוה יותר בקרב ילידי אתיופיה (67%) מזה שבקרב ילידי ישראל (32%).

שיטת הדגימה

מדגם המשתתפים במחקר הכמותי נבחרו כמדגם נוחות, אשר התבסס על פנייה לריכוזים שבהם גרים בני העדה האתיופית: בערים שונות (אריאל, תל אביב, חולון, בת ים, ראשון לציון, אשדוד ובאר שבע), בשכונות מגורים המוכרות כמאוכלסות על ידי בני העדה, במעונות סטודנטים באוניברסיטאות ובמתנ"סים המוכרים כמשרתים אוכלוסייה זו.

הפנייה נעשתה על ידי חוקר השייך בעצמו לקהילת יוצאי אתיופיה ודובר אמהרית. בעת הפנייה בבקשה להשתתף במחקר הוצגה מטרת השאלון כ"עבודת מחקר אקדמית העוסקת בחיי בני העדה האתיופית בארץ". למשתתפים הובהר כי מילוי השאלון הוא אנונימי ואינו מאפשר זיהוי, וכי הנתונים שייאספו במסגרת המחקר יוצגו באופן סטטיסטי בלבד. עוד הוסבר כי מילוי השאלון הוא וולונטרי, וכי המשיב יכול לחזור מהסכמתו בכל שלב שירצה בכך. למשתתפים לא הובטח תגמול כלשהו, למעט "תרומה להבנת הצרכים של העדה האתיופית". השאלון הועבר באופן פרטני על ידי החוקר, שהסביר או תירגם שאלות שונות לשפה האמהרית לפי בקשות המשיבים. במקרים בודדים הנשאלים (ילידי ישראל) הביעו רצונם לקבל את השאלון ולענות עליו באמצעות האינטרנט, והוא נשלח אליהם בדואר אלקטרוני. אחוז ההיענות למילוי השאלון היה כ-50% מהאנשים שאליהם נעשתה הפנייה. מקרב מי שנענו לפנייה ומילאו את השאלון, אחוז הפסילה של שאלונים לא תקינים (נזנחו באמצע, מולאו בחלקם, מולאו ללא קריאת השאלות או ענו באופן שנראה אקראי או חסר שונות), עמד על 28% (22 מתוך 104 שאלונים). כמו כן, במהלך עיבוד הנתונים נפסלו שני שאלונים נוספים, שבהם התגלה היעדר עקביות בולטת, מה שהעיד על מילוי אקראי של תשובות בשאלון. אי-לכך, בסופו של דבר העיבודים נערכו על 40% מתוך האנשים שאליהם פנינו (שהם 78% מכלל אלה שמילאו את השאלון). שיעור זה של השתתפות עולה בקנה אחד עם שיעור ההשתתפות של מהגרים במחקרים מקבילים בעולם (ראו לדוגמה (Moradi, Sidorchuk, & Hallqvist, 2010)).

כלי המחקר

הערכת הקושי של הקליטה בישראל

שאלון זה חובר לצורך המחקר הנוכחי, על בסיס תהליך מקדים, שכלל ראיונות עם עשרה מבני העדה אשר דיווחו כי הם מכירים אישית אדם מבני העדה (לרוב קרוב משפחה) שביצע ניסיון התאבדות או התאבד. המרואיינים נאספו בשיטת "כדור שלג", שישה מהם היו גברים וארבע – נשים, בגילים 40–50, מחציתם ילידי אתיופיה ומחציתם ילידי ישראל. מבין אלה שנולדו באתיופיה, כל המרואיינים היו אנשים שעלו ארצה לאחר גיל 18 ושהו בישראל שמונה שנים לפחות. הראיונות בוצעו על ידי עובד סוציאלי יוצא העדה האתיופית, דובר אמהרית, שבחיי היום-יום עובד עם בני נוער בני העדה. המרואיינים היו חופשיים לענות בעברית או באמהרית או לסירוגין בשתי השפות, על פי בחירתם. מרבית הראיונות נערכו בשעות הערב, בחדר הישיבות של מרכז לקידום נוער, כך שהמרואיינים היו יכולים לדבר בגילוי לב, ללא נוכחות של אנשים אחרים. בכל זאת, כל המרואיינים סירבו שדבריהם יוקלטו. לכן תמלולי הראיונות בוצעו תוך כדי הראיונות, ובסופם ניתן למרואיינים לעיין בתמלילים ולאשר או לתקן את מה שכתוב בהם. הריאיון התחיל בשאלות כלליות על החיים של בני העדה בארץ, תפיסת ערך החיים ואובדנות בקרב בני העדה. בהמשך נדונו היבטים שונים של תהליך המעבר והקליטה בישראל. בחלק האחרון התבקשו

המרואיינים להתייחס ישירות להתנהגות אובדנית של ילידי אתיופיה וילידי הארץ מבני העדה, באמצעות השאלות הבאות:

- א. מה דעתך על אובדנות של אנשים מהעדה שמחליטים לשים קץ לחייהם?
- ב. מה לדעתך גורם לאנשים (ככלל) להתנהג בצורה אובדנית? אילו סיבות גורמות לאנשים מהעדה (שלך) לבחור בדרך של אובדנות?
- ג. כיצד אנשים מהעדה מתמודדים עם הקשיים מבלי לבחור בדרך של אובדנות? מה עוזר להם?
- ד. האם לדעתך לאנשים שבחרים בדרך של אובדנות יש סיבה לבחור בדרך זו? מה הקשיים שאתה יכול להצביע עליהם?
- ה. מה חסר לאנשים שבחרו בדרך של אובדנות?
- ו. לדעתך, מה יכול למנוע מחשבות אובדניות או לעזור לאנשים שחושבים על דרך של אובדנות?
- ז. מה אתה יכול ליעץ לאדם שחושב על אובדנות?
- ח. האם, לדעתך, גם באתיופיה מתאבדים אנשים? האם זה בגלל אותן סיבות? אם לא – מה הסיבות שבגללן אנשים באתיופיה מתאבדים?
- ט. האם לדעתך ראשי העדה (הקייסים) יכולים למנוע התאבדויות של בני העדה?
- י. האם יש משהו בישראל שיכול למנוע התאבדויות של בני העדה?

ניתוח תמליל הראיון ועיבוי התמות נעשה על ידי שני שופטים – אחד מעורכי המחקר ושופטת נוספת חיצונית, עובדת סוציאלית עמיתה הבקאה בסוגיות הקשורות לבני העדה האתיופית. סיווג התמות המרכזיות בסוגיית ההתאבדות ועיבוי נעשו בעיקר דרך ניתוח תאורטי מסדר ראשון (שקדי 2003). להבדיל מניתוח מסדר שני, שבו זיהוי הקטגוריות הרלוונטיות נעשה באופן מגשש, בניתוח מסדר ראשון הוצג למנתחי הראיונות מודל עיוני, במקרה הנוכחי – מיפוי הסיבות להתאבדות, שהתבסס על הסקירה של אורבך (Orbach, 1997) – וכל אחד מהשופטים התבקש (בנפרד) לשבץ את האמירות שעלו מהראיונות לאחת מהתמות האפשריות. בדיעבד, ההשוואה בין השופטים העידה על אחוז גבוה של הסכמה. על בסיס תהליך זה נבנה שאלון בן 22 פריטים, המציגים סוגים שונים של תחושות מצוקה בקרב בני העדה שהגיעו לישראל. לצד כל פריט הוצג סולם תשובות בן חמש דרגות, שעליו התבקש המשיב לסמן את מידת הסכמתו עם הפריט, מ-1 ("מאוד לא מסכים") ועד ל-5 ("מסכים מאוד").

השאלון הועבר במסגרת המחקר הנוכחי, ולאחר העברתו בוצע עליו ניתוח גורמים אקספלורטיבי ובעקבותיו ניתוחי מהימנויות אלפא קרונובך, שמהם התברר קיומם של שלושה סולמות הניתנים לקיבוץ ברמת מהימנות סבירה: (א) **קשיי ההסתגלות עקב פער בין המציאות באתיופיה ובישראל** – מדובר בקשיים שמקורם בתפיסת הבדלים משמעותיים בין המציאות בעבר (באתיופיה) והמציאות בהווה, שנובעים מאורח החיים בכל מדינה (ארבעה פריטים). דוגמה לפריט: "בישראל החיים קשים כי הם תחרותיים יותר מאשר באתיופיה". ציון גבוה בסולם זה מייצג קשיים שמקורם באי-הערכה מתאימה של קושי ההסתגלות לצורת החיים בישראל ($\alpha=.76$);

(ב) **קשיי הסתגלות בתוך המשפחה** – קשיים במעבר לישראל שמקורם בשינויים שחלו בתוך המשפחה (שלושה פריטים). דוגמה לפריט: "המשפחה באתיופיה מלוכדת ותומכת יותר מאשר בישראל". בסולם זה ציון גבוה מייצג מידה רבה יותר של קשיים שהתעוררו עקב שינויים שחלו בתוך המשפחה בעקבות המעבר לישראל ($\alpha=.68$); (ג) **קשיי הסתגלות במשפחה עקב גורמים חיצוניים** – קשיים במשפחה בעקבות המעבר לישראל שמקורם בהתערבות של גורמים שמחוץ למשפחה, ובהם התייחסות יתר של הילדים לסביבה שמחוץ למשפחה, הכנסה כספית עצמאית של האישה ומעורבות לא רלוונטית של גורמי רווחה (שלושה פריטים). דוגמה לפריט: "בישראל קשה לפתור בעיות של סכסוך בתוך המשפחה, כי יש גורמים שמתערבים ואינם תורמים ליציבות המשפחה". ציון גבוה מייצג מידה רבה יותר של קשיים שמקורם בחדירה של גורמים זרים לתוך התהליכים המשפחתיים ($\alpha=.78$).

מאפייני מי שמנסה להתאבד

במסגרת השאלון שחובר לצורך מחקר זה (ראו לעיל), למשתתפי המחקר הוצגו חמישה היגדים המייצגים סיבות להתאבדות, והם התבקשו לחוות את דעתם, אם כל אחד מההיגדים נכון ביחס למי שמתאבד מבין בני העדה האתיופית. ההיגדים היו: "מי שמתאבד עושה זאת בגלל הבעיות בישראל", "מי שמתאבד אמיץ", "מי שמתאבד בורח מהתמודדות", "מי שמתאבד עושה זאת כי אין לו מה להפסיד" ו"מי שמתאבד עושה זאת כדרך להענשת המשפחה". היגדים אלה נבחרו על בסיס הראיונות ומייצגים את חמשת ההסברים הבולטים יותר בדברי המרואיינים. הם לא קובצו לסולם אחד, וכל אחד מהם עומד בפני עצמו.

עמדות כלפי ערך החיים (Rohde, Seeley, Langhinrichsen-Rohling, & Rohling, 2003)

שאלון זה כולל 23 פריטים שבהם נבדקות תפיסת חיים חיובית, התנהגויות הכרוכות בסיכון אישי ומחשבות על המוות. השאלון המקורי מורכב מ-96 פריטים. בגרסה המקוצרת שבה נעשה שימוש בעבודה זו (ראו קאקונדה-מועלם וישראלשווילי, 2012) יש 23 פריטים: 13 פריטים שבהם הסכמה גבוהה מבטאת התייחסות חיובית לערך החיים, לדוגמה, "אני נמנע מסיכונים מיותרים", ועשרה פריטים שבהם הסכמה גבוהה מבטאת יחס שלילי, התנהגויות סיכון או מחשבות על המוות, לדוגמה, "אם הייתי הורג את עצמי, זה היה פותר הרבה בעיות". השאלון תורגם לעברית בעבר ושימש במחקרים שונים. במחקר הנוכחי, לאחר היפוך הפריטים הרלוונטיים והסרת שלושה פריטים (6, 11 ו-18), התקבלה מהימנות $\alpha=.85$. ציון גבוה בסולם זה מייצג תפיסה חיובית פחות כלפי החיים, שמשמעותה פתיחות רבה יותר כלפי אפשרות הפנייה להתנהגות אובדנית (Lewinsohn et al., 1996; Rohde et al., 2003).

ייחוס רגשות (שליליים) למי שהחליט להתאבד (Israelashvili & Ishiyama, 2008)

שאלון זה, שנבנה במקור להבנת הנכונות לבקש עזרה, כולל שישה תיאורי תחושות ורגשות, מהם שלושה שליליים ושלושה חיוביים. דוגמה לפריט חיובי: "מרגיש הקלה"; דוגמה לפריט רגש שלילי: "מלא בושה". המשיב מתבקש לציין מה לדעתו

עוצמת ההרגשה שחש מי שהחליט להתאבד, עבור כל אחד מהרגשות המתוארים. התשובות ניתנות על פני סולם בן שבע דרגות, מ-1 ("בהחלט לא") ועד 7 ("בהחלט כן"). במחקר הנוכחי, לאחר היפוך סולם התשובות של פריטי הרגש החיוביים, נערך ניתוח גורמים מאשש, שבו התברר שהרגשות השליליים מתקבצים לסולם אחד ($\alpha=.71$); מנגד, הרגשות החיוביים לא התקבצו לגורם אחד וגם לא התקבצו לסולם אחד עם הרגשות השליליים (כאמור, לאחר היפוך הסולמות). לכן, חושב רק סולם אחד, "ייחוס רגשות שליליים", שלפיו ציון גבוה מייצג ייחוס עוצמה גבוהה יותר של רגשות שליליים למי שמתאבד.

תחושת הסתגלות לחיים (Freedman & Israelashvili, 2009)

השאלון כולל 18 פריטים שבאמצעותם נבדקת התפיסה האישית הכוללת של המשיבים את מידת הסתגלותם לחיים בהווה. השאלון כולל 16 פריטים שבהם הסכמה רבה מבטאת תחושה חיובית של יכולת הסתגלות, חוללות עצמית, התייחסות חיובית לאתגרים ויכולת להבין אירועי חיים, לשלוט בהם ולכוונם, ובנוסף להם עוד שני פריטים שבהם הסכמה רבה מבטאת יחס לא מתמודד ותחושת היעדר שליטה. פריטי השאלון בנויים כהיגדים, למשל: "המאמץ לנסות ולעמוד בכל מה שמצופה ממני מתיש אותי". לצד כל פריט מוצג סולם תשובות בן חמש דרגות שעליו המשיב צריך לסמן את מידת הסכמתו עם הנאמר בפריט, מ-1 – "מאוד לא מסכים", ועד 5 – "מסכים מאוד". במקור השאלון תוקף בקרב עולים שהגיעו לישראל ממדינות שונות (ארצות הברית, אנגליה, צרפת ומדינות שהשתייכו לברית המועצות) (Freedman & Israelashvili, 2009). במחקר הנוכחי, לאחר היפוך שני הפריטים הנ"ל, התקבלה מהימנות $\alpha=.84$. ציון גבוה בסולם זה מייצג תחושה סובייקטיבית חזקה יותר של הסתגלות לחיים.

שאלון פרטים אישיים

שאלון רקע בן מספר פריטים לבירור משתנים סוציו-דמוגרפיים ואישיים שונים, דוגמת גיל הנבדק, מינו והשכלתו.

ממצאים

שאלת המחקר – קרי האפשרות שבקרב בני העדה האתיופית ילידי ישראל הנמצאים בשלב הבגרות הצומחת, תפיסת ערך החיים חיובית פחות ותחושת אי-ההסתגלות גבוהה יותר מאשר בקרב כל האחרים, נבחנה באמצעות ניתוחי שונות (מרובה או בניכוי משתנים או שתיהן גם יחד), שבהם נערכה השוואה (ארץ לידה X מין) בין מי שנולדו בישראל לבין מי שנולדו באתיופיה. בנוסף, בוצעו ניתוחי רגרסיה מרובה, במטרה לברר מה התרומה היחסית של משתני המחקר, ובכללם קשיי הסתגלות בהווה, תפיסת קשיי ההסתגלות לישראל, מצב משפחתי וגיל (פעם אחת גיל רציף ופעם שנייה גיל המחולק לשתי הקבוצות הנ"ל; קרי מעל 30 ומתחת ל-30) – להסברת השונות בתפיסת ערך החיים. יש לציין כי בשל גודל המדגם ומאפייניו, השתמשנו לצורך קביעת רמת המובהקות של כל ההבדלים בשיטת bootstrap שכללה 1000 איטרציות (Efron & Tibshirani, 1994).

תפיסת קושי הקליטה בישראל

לוח 1 מציג את התפלגות תשובות המשתתפים לשאלות העוסקות בקושי הקליטה בישראל, כשהן מקובצות לפי שלושת הסולמות שהתקבלו בניתוח הגורמים (ראו פרק השיטה).

לוח 1: התפלגות מרוכזת של תשובות כלל המשתתפים במענה לשאלות על קשיי קליטה בישראל ובמשפחה

כלל לא ובמידה מעטה	במידה בינונית	במידה רבה ורבה מאוד	
קשיי הסתגלות בתוך המשפחה			
5	8.8	86.3	המשפחה תומכת ומלוכדת באתיופיה יותר מאשר בישראל.
3.8	6.3	90	המעמד של הבעל כלפי אשתו וילדיו חשוב מאוד ליציבות המשפחה.
5	11.3	83.8	בישראל יש בעיות במשפחות משום שהמעמד של הגבר (האב) ירד.
קשיי הסתגלות במשפחה עקב גורמים חיצוניים			
15	16.3	69.8	בישראל קשה לפתור בעיות של סכסוך במשפחה, כי יש גורמים שמתערבים ואינם תורמים ליציבות המשפחה.
3.8	11.3	85.1	אחת הבעיות במשפחות האתיופית היא שההורים מרגישים חסרי משמעות ביחס לילדיהם.
21.3	17.5	61.3	קשה לפתור בעיות שמתעוררות בין בני הזוג, כי האישה יכולה להתפרנס בעצמה, גם ללא הבעל.
קשיי ההסתגלות עקב פער בין המציאות באתיופיה ובישראל			
16.3	21.3	62.5	החיים באתיופיה היו קלים יותר מאשר בישראל.
13.8	28.8	57.5	החיים באתיופיה היו משמעותיים ויפים יותר, כי לכל אחד היה בשביל מה לקום בבוקר.
10.1	12.7	77.2	בישראל החיים קשים, כי הם תחרותיים יותר מאשר באתיופיה.
8.8	16.3	75	בישראל יש בעיות מורכבות, וקשה לדעת איך להתמודד איתן ולפתור אותן.
11.3	26.3	62.5	למי שידוע ומבין כיצד להתנהל, החיים בישראל טובים ויפים יותר מאשר באתיופיה.

כפי שניתן לצפות, המשיבים ציינו קשיים מהותיים באופן התנהלות המשפחה האתיופית במציאות הישראלית. בהקשר זה הם הצביעו על כך שמקור קשיי הסתגלות המשפחה עם העלייה לישראל נבע מהתערערות מכלול היחסים בתוך המשפחה האתיופית – הן בין בני הזוג והן בין ההורים לילדים. זאת ועוד, מתשובות המשיבים עולה כי חלקם מעריכים שהתערערות המבנה המשפחתי נוצרה כתוצאה מחדירה של "גופים זרים", ובהם ההכנסה הכספית של הנשים ובצידה גם ההתערבות של גורמים חיצוניים, שכוחם המערכתי והרעיונות המודרניים שהם מייצגים סדקו (שלא במתכוון) את המבנה של המערכת המשפחתית המסורתית. לתחושת ההתערערות של המבנה המשפחתי מתווספת תחושת המשיבים שהחיים בישראל אינם קלים, אלא מורכבים ותחרותיים יותר מאשר באתיופיה. עם זאת, חשוב לציין כי המשיבים לא עשו אידיאליזציה של המציאות באתיופיה, שכן 89% מהם הסכימו במידה "בינונית" (26%) עד "רבה" ו"רבה מאוד" (63%) עם האמירה שלפיה, "למי שידוע ומבין כיצד להתנהל, החיים בישראל טובים ויפים יותר מאשר באתיופיה".

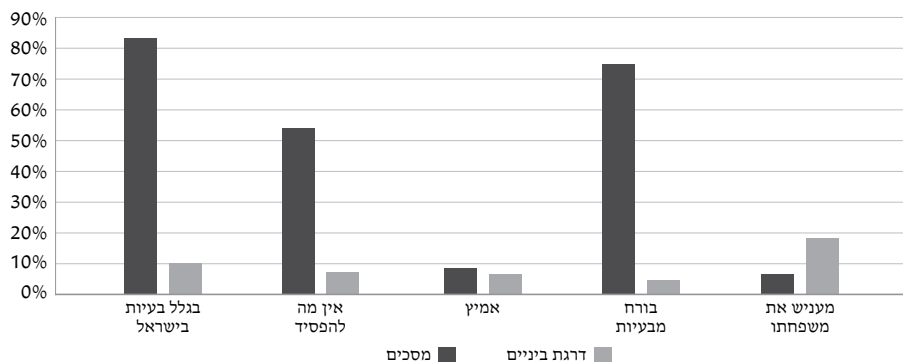
לצורך בחינת האפשרות של הבדל בין בני העדה האתיופית שנולדו בישראל ובין מי שנולדו באתיופיה וכן בין גברים לנשים, באופן שבו הם תופסים את קשיי המעבר ואת תחושותיו של מי שמחליט להתאבד, בוצע ניתוח שונות דו-כיווני מרובה (MANOVA), שבו ממוצעי שלושת הגורמים שימשו כמשתנים תלויים. תוצאות ניתוח השונות לא הצביעו על אפקט אינטראקציה מובהק של מין X ארץ לידה. אולם התקבלו אפקטים פשוטים כדלקמן:

< **מין המשיב:** התקבל כי גברים ביקורתיים יותר מנשים בהערכת הקשיים בתוך המשפחה (F(4,73)=4.65, p<.03, η^2 =.06).

< **ארץ הלידה:** לכאורה, ניתוח השונות הצביע על הבדל מובהק בין ילידי ישראל לילידי אתיופיה, שלפיו ילידי אתיופיה ביקורתיים יותר כלפי החדירה של גורמים זרים למשפחה וכלפי ההשוואה בין החיים באתיופיה לישראל (Wilks's lambda) (F(4,73)=4.06, p<.005, η^2 =.18). אולם בניתוח נוסף מסוג MANCOVA, שבו נוכחה השונות המוסברת על ידי המצב המשפחתי של המשיב, ההבדל על פי ארץ לידה הפך ללא משמעותי, דהיינו מקור ההבדל היה על פי מצב משפחתי של המשיב: לנשואים הייתה ביקורת רבה יותר כלפי החדירה של גורמים חיצוניים לתוך תהליכים משפחתיים (t(69)=5.38, p<.000), והם תפסו את החיים בישראל כטובים פחות מהחיים שבאתיופיה (t(69)=2.97, p<.004).

ייחוס סיבות להתנהגות אובדנית

איור 1 ממחיש את התפלגות תשובות המשתתפים ביחס להיגדים המתארים סיבות להתנהגות אובדנית. מאיור זה עולה שבאופן כללי הנשאלים לא האדירו את הפתרון האובדני ולא ראו באדם הנוקט דרך זו אדם אמיץ ומתמודד (בדרך אובדנית), אלא אדם שאינו רואה דרך להתמודד עם קשייו ולמעשה בורח מהתמודדות עימם. בהשוואה בין המינים ועל פי ארץ לידה התברר כי תיוג התאבדות כביטוי של בריחה שכיח יותר בקרב בני העדה האתיופית ילידי ישראל מאשר בקרב ילידי אתיופיה, וכי בקרב בני העדה שנולדו בישראל הוא שכיח יותר בקרב הנשים (χ²(3)=14.5, p<.006).



איור 1: מידת ההסכמה של כלל הנשאלים עם היגדים המתארים מניעים אפשריים להתאבדות

עמדה אישית של המשיבים כלפי התנהגות אובדנית

השאלה המרכזית במחקר נגעה לאפשרות קיומו של פרדוקס המהגר בהקשר של מחשבות אובדניות. בפועל נושא זה נבדק באמצעות בחינת עמדות המשתתפים כלפי ערך החיים, תחושות אי-הסתגלות ורגשות שמיוחסים למי שמתאבד, תוך הבחנה בין משתתפי המחקר על פי ארץ לידתם וגילם.

התרומה של ארץ הלידה להסברת מחשבות אובדניות

לוח 2 מציג את הממוצעים וסטיות התקן של מדדי הסתגלות אישית של המשיבים, ייחוס רגשות שליליים למתאבד ועמדות כלפי ערך החיים, תוך הבחנה על פי ארץ לידה ומין של המשיבים, ולוח 3 מציג את תוצאות ניתוחי השונות שבוצעו ביחס למשתנים אלה ואשר נדונים להלן.

לוח 2: ממוצעים וסטיות התקן של מדדי הסתגלות אישית, ייחוס רגשות שליליים למתאבד ועמדות כלפי ערך החיים, תוך הבחנה על פי ארץ לידה ומין (N=80)

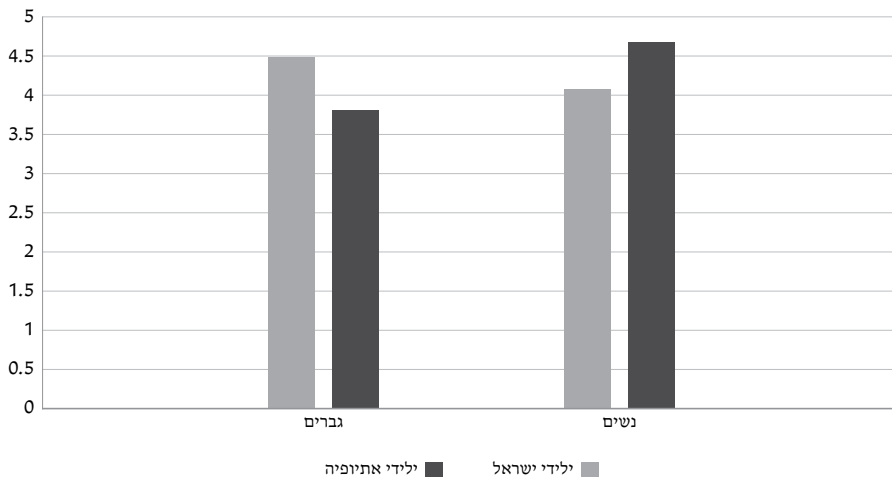
מין	ארץ לידה			יליד אתיופיה			יליד ישראל			סך הכול		
	N	ממוצע ס"ת	סטיות התקן	N	ממוצע ס"ת	סטיות התקן	N	ממוצע ס"ת	סטיות התקן	N	ממוצע ס"ת	סטיות התקן
הסתגלות אישית												
גברים	27	3.92	0.46	12	4.13	0.45	39	3.98	0.46	27	3.92	0.46
נשים	16	3.84	0.52	25	3.73	0.52	40	3.77	0.52	16	3.84	0.52
סך הכול	43	3.89	0.48	37	3.86	0.53	80	3.88	0.50	43	3.89	0.48
ייחוס רגשות שליליים למתאבדים												
גברים	27	4.79	1.52	12	5.14	1.68	39	4.89	1.55	27	4.79	1.52
נשים	16	5.66	0.89	25	4.45	1.63	40	4.93	1.50	16	5.66	0.89
סך הכול	43	5.12	1.38	37	4.67	1.65	80	4.91	1.52	43	5.12	1.38
עמדות שליליות כלפי ערך החיים												
גברים	27	1.87	0.53	12	2.14	0.54	27	1.95	0.54	27	1.87	0.53
נשים	16	2.42	0.65	25	2.27	0.57	16	2.33	0.60	16	2.42	0.65
סך הכול	43	2.08	0.63	37	2.23	0.56	43	2.15	0.60	43	2.08	0.63

לוח 3: תוצאות ניתוח שונות רב-משתני דו-כיווני לבחינת האפקט של מין וארץ לידה (N=80)

משתנה	אפקט	F(1,76)
הסתגלות אישית	ארץ לידה	0.25
	מין	4.26*
ייחוס רגשות שליליים למתאבדים	אינטראקציה (מין X ארץ לידה)	1.87
	ארץ לידה	1.53
	מין	0.08
	אינטראקציה (מין X ארץ לידה)	5.00*
עמדות כלפי ערך החיים	ארץ לידה	0.19
	מין	6.48*
	אינטראקציה (מין X ארץ לידה)	2.44

*p<.05

תוצאות ניתוח השונות המרובה בניכוי גיל המשיב (MANCOVA) לא הצביעו על אפקט עיקרי של ארץ הלידה. אולם נמצא אפקט עיקרי של המין ביחס לתחושת ההסתגלות האישית של המשיב וביחס לעמדה כלפי התנהגות אובדנית, שלפיו נשים ביטאו תחושה נמוכה יותר של הסתגלות אישית לחיים (כיום) ותפיסה חיובית פחות של ערך החיים. כמו כן נמצא אפקט אינטראקציה בין מין X ארץ לידה ביחס להערכת הרגשות השלילים בקרב מי שמתאבדים, ולפיו גברים ילידי ישראל ונשים ילידות אתיופיה מייחסים למתאבד רגשות שליליים יותר מאשר המשיבים האחרים ($F(1,1)=6.17, p<0.1, \eta^2=.076$), כלומר רואים אותו כמי שנקלעו להתנהגות האובדנית עקב מצב נפשי קשה יותר. אינטראקציה זו מומחשת באיור 2.



איור 2: ייחוס רגשות שליליים למתאבדים – השוואה על פי מין וארץ לידה

תרומת הגיל להסברת מחשבות אובדניות

לצורך בחינת התרומה של גיל הנחקר להסברת מחשבות אובדניות, ראשית חושב המתאם הפשוט בין גיל הנחקר לבין השכיחות של מחשבות אובדניות. החישוב הניב מתאם מובהק בגובה $p < .02$, המעיד על כך שככל ש גיל המשיב עולה, שכיחות המחשבות האובדניות נמוכה יותר. אולם יש לציין כי ממצא זה מייצג את מי שנולדו באתיופיה בלבד, מכיוון שכל הנחקרים הצעירים היו ילידי ישראל. לכן, כדי למקד את ההשוואה בין צעירים לבין מבוגרים, וכיוון שממוצע הגיל של כלל משתתפי המחקר היה 30 (49% היו בני 18–29; $S^2 = 10.09$), נערכה השוואה נוספת וממוקדת בין שתי קבוצות גיל – עד גיל 30 ומעל גיל 30. ההשוואה בוצעה באמצעות ניתוח שונות דו-כיווני (גיל X מין) עם ניכוי שונות משותפת (MANCOVA), שבו המשתנים התלויים היו עוצמת מחשבות אובדניות, תחושת ההסתגלות הכללית כיום והתפיסה השלילית של מי שמתאבדים, ואילו המשתנים המנוכים היו ארץ לידה, מצב משפחתי ורמת דתיות. בניתוח זה לא התקבל אפקט עיקרי כללי של אחד מהמשתנים שנבדקו. עם זאת, התברר שלגיל הנחקר יש אפקט מובהק (יחיד) על תפיסת ערכיות החיים ($F(1,73) = 6.09, p = .016; \eta^2 = .077$), כך שזו הייתה חיובית יותר בקרב צעירים ($M = 2.20; SD = 0.15$) מאשר בקרב מבוגרים ($M = 2.08; SD = 0.19$).

כדי להמשיך ולבחון את ההשפעה הכללית של גיל האדם (מעבר להבחנה בין צעירים למבוגרים) על הנוכחות של מחשבות אובדניות, בוצע ניתוח רגרסיה מרובה (בשיטת stepwise). במסגרת ניתוח זה נבחנה התרומה של משתני רקע – מין, גיל ומצב משפחתי – במשולב עם משתנים המייצגים את מצבו הפסיכולוגי של המשיב – מידת הסתגלות לחיים כיום וייחוס תחושות שליליות למתאבדים – להסברת הנטייה של המשיב למחשבות אובדניות. הניתוח הצביע על תרומה מובהקת של שני משתנים: מידת הסתגלות כיום וגיל, כפי שמפורט בלוח 3 להלן.

לוח 3: תוצאות ניתוח רגרסיה מרובה בשיטת STEPWISE לניבוי העמדה כלפי ערך החיים ($N = 80$)³

משתנה	מתאם פשוט	B	תוספת לתאם	מובהקות תוספת מתאם	מתאם מרובה
הסתגלות אישית לחיים	-.57	-.56	.57**	.00	.57
גיל	-.25	-.23	.05*	.01	.61

* $p < .05$, ** $p < .01$

התוצאות המובאות בלוח מצביעות על כך שעוצמת המחשבות האובדניות (במובן של ירידת ערך החיים) בקרב מי שחשים כיום שיש להם קשיי הסתגלות לחיים, שגילם גבוה יותר ושאינם נשואים, גבוהה יותר מאשר בקרב האחרים. בניתוח נוסף (MANCOVA) הושוו רמת המחשבות האובדניות, רמת קשיי ההסתגלות לחיים

3 מודל הרגרסיה עמד בשלוש הנחות היסוד של המודל: (א) התפלגות נורמלית של ה-residuals; (ב) התפלגות אקראית של ה-residuals לאורך כל ערכי המשתנה המנובא; (ג) היעדר קולינריות.

כיום ומידת הייחוס של רגשות שליליים למי שמבצע פעולה אובדנית בקרב מי שנולדו בישראל, לעומת מי שלא נולדו בישראל, ועל פי המינים, תוך ניכוי השפעת המצב המשפחתי ומידת הדתיות. ניתוח זה הצביע על הבדל מובהק בין המינים ועל פי רמת דתיות, כך שנשים ייחסו לחיים ערך נמוך ($M=3.66$; $SD=0.60$), בהשוואה לגברים ($F(1,74)=4.78$, $p=.03$, $\eta^2=.06$); $(M=4.04$; $SD=0.58$); כך גם חילוניים ייחסו לחיים ערך נמוך יותר ממסורתיים ודתיים ($F(1,74)=5.61$, $p=.02$, $\eta^2=.076$).

משמעות הממצאים שתוארו היא שתפיסת ערכיות החיים כמייצגת עמדה כלפי התנהגות אובדנית קשורה לתפיסת מצוקה אישית עכשווית (ולא לקשיי ההסתגלות לישראל), והיא משתנה במידת-מה על פי גיל האדם ומינו, כך שבקרב נשים ובקרב מבוגרים תחושת המצוקה האישית העכשווית גבוהה יותר מאשר בקרב גברים וצעירים.

דין

עקב הטענות על קיומו של פרדוקס המהגר, מטרת המחקר הנוכחי הייתה לברר, מה התפיסות והנטייות של צעירים בני דור שני למהגרים מאתיופיה ביחס להתנהגות אובדנית. ממצאי המחקר אינם מצביעים על צעירים (גילאי 18–20) שהם דור שני למהגרים מאתיופיה כעל קבוצת סיכון, ואינם תומכים ברלוונטיות של פרדוקס המהגר בהקשר הנוכחי. עם זאת, התגלה כי לגיל הנחקר, במקרה שלנו – הימצאותו בשלב הבגרות הצומחת – יכולה להיות תרומה עקיפה להסברת פערים בתפיסת ערכיות החיים. אך עיקר השונות בתשובות המשתתפים הייתה מוסברת על פי הבדל בין המינים.

בבירור תפיסת קושי העלייה לישראל וקושי החיים בישראל התברר כי המשיבים לא עשו אידיאליזציה של המציאות באתיופיה, אך ציינו קשיים מהותיים באופן התנהלות המשפחה האתיופית במציאות הישראלית. ההשוואות שבוצעו העלו שגברים ביקורתיים יותר מנשים בהערכת הקשיים בתוך המשפחה, והנשואים שבהם – בלי קשר לארץ לידה – הביעו ביקורת רבה יותר כלפי החדירה של גורמים חיצוניים לתוך תהליכים משפחתיים ותפסו את החיים בישראל כטובים פחות מאלה שבאתיופיה. ממצא זה, שלפיו חלק מהגורמים החיצוניים נתפסים כגורמים מקשים, ולא כמסייעים, ראוי לתשומת לב מחקרית נוספת; זאת מכיוון שאפשר שתחושה זו היא שמסבירה את הצריכה הנמוכה יחסית של יוצאי אתיופיה של הסיוע המוצע להם בהקשרים שונים, כמו למשל בשירותי הבריאות (ראו בנדרלי וקלטר ליבוביץ', 2017; Shtarkshall, Baynesan, & Feldman, 2009). ממצא נוסף שהתקבל בנושא קשיי הקליטה בישראל נגע לתחושה של המשתתפים שלפיה החיים בישראל קשים בין היתר כי הם מורכבים ותחרותיים. ממצא זה נמצא בהלימה עם הדיווח של וולש ותובל-משיח (Walsh & Tuval-Mashiach, 2017), שלפיו אחד הקשיים המרכזיים שחשים צעירים בני העדה האתיופית נובע מהקושי לגשר על הפער המהותי שהם חשים בין הערכים המנחים של המשפחה והתרבות האתיופית לבין אופן ההתנהלות הנדרש כדי להשתלב ולהצליח בחברה הישראלית.

אשר להתנהגות אובדנית, רוב המשיבים ראו בהתנהגות אובדנית מעין בריחה מהתמודדות עם קשיים; רק מיעוטם היחסי ראה בה דרך להענשת המשפחה או ביטוי של אומץ. זאת ועוד, נמצא שילידי ישראל נוטים ליחס את הדינמיקה להתנהגות אובדנית כמעוגנת יותר במצוקות אישיות של הפרט (בהקשר אישי-משפחתי) ופחות במצוקות קבוצתיות הנוגעות לתהליך ההשתלבות בחברה בישראל. כמו כן, גם כשהבדיקה נגעה ישירות למשתתפי המחקר, התברר שתפיסתם את ערך החיים מוסברת בעיקר על ידי מידת הסתגלותם האישית לחיים באופן כללי, בלי קשר לשאלת ההגירה. נתונים אלה מלמדים שבני העדה האתיופית שהם ילידי ישראל מקשרים התנהגות אובדנית למצוקות כלליות של הפרט ולפסיכופתולוגיה (Jacob, Haro, & Koyanagi, 2018; Witte, Gauthier, Huang, Ribeiro, & Franklin, 2018); קרי ברוח ממצאים נוספים המופיעים בספרות (למשל Mayorga et al., 2018), בתודעתם, קושי ההגירה אינו מהווה גורם מהותי בגלישה להתנהגות אובדנית, אלא רק כאשר הוא מופיע על רקע של קשיים רגשיים-אישיים, כגון קושי בוויסות רגשות ודיכאון.

ככלל, ממצאי המחקר לא הצביעו על אפקט עיקרי ושיטתי של ארץ הלידה על התפיסות של נושאים הקשורים להתנהגות אובדנית. אם כן, בהתייחס לשאלת רלוונטיות פרדוקס המהגר להבנת התפיסה של עמדות בני העדה האתיופית כלפי התנהגות אובדנית, מתברר כי אין בממצאי המחקר הנוכחי משום הצבעה על פרדוקס זה כעל משתנה הרלוונטי להבנת ההתייחסות של המשיבים להתנהגות אובדנית. לצד אמירה זו, חשוב לציין כי הממצאים על התרומה של גיל האדם לתפיסת ערכיות החיים אינם חד-משמעיים. מחד גיסא, התקבלו אפקט עיקרי של גיל המשיב (בניתוח השונוות) ואינדיקציה ביחס לתרומת הגיל להסברת השונוות (ברגרסיה מרובה) בשליליות המיוחסת לחיים. אפקט הגיל בא לידי ביטוי גם במתאם המובהק שהתקבל בין גיל לבין תפיסת החיים. עם זאת, כאמור, מדובר בחפיפה חלקית בין משתנה הגיל למשתנה ארץ הלידה. על כן אין לראות בממצאים שהתקבלו משום עדות ברורה לרלוונטיות של גיל המשיב, ובמיוחד בכל הקשור להבחנה בין צעירים למבוגרים. אולם הממצאים שהתקבלו אינם שוללים את האפשרות שגיל האדם משמעותי להבנת תפיסת ערכיות החיים. על כן נראה כי יש מקום לבצע מחקרים נוספים שישוו בין מתבגרים, צעירים ומבוגרים בני העדה האתיופית, מן הבחינות של תפיסת ערכיות החיים ונטייה להתנהגות אובדנית.

חוסר התמיכה של ממצאי המחקר באפשרות קיומו של פרדוקס המהגר והממצאים האחרים שהתקבלו, מזמינים התבוננות מעמיקה יותר במאפייניהם של בני הדור השני לעולי אתיופיה. מחד גיסא, מדובר בשאלה כללית, שמעניינת ביחס לכל גלי העלייה לישראל וילדי המהגרים בעולם. מאידך גיסא, במקרה של בני העדה האתיופית מדובר בסוגיה ייחודית, הקשורה בין היתר למובחנות החיצונית שלהם עקב צבע העור, כפי שצינו וולש ותובל-משיח (Walsh & Tuval-Mashiach, 2017), ולדימוי הכללי של הקהילה האתיופית בעיני הציבור בישראל, ובמיוחד בעיני בני קבוצות מהגרים אחרות בחברה הישראלית. אפשרות אחת לתיאור מצבם, הזוכה

לתמיכה ממחקרים אחרים שבוצעו בקרב ילדי מהגרים בעולם (Caneva, 2017; Erentaité et al., 2018), נוגעת לשאלת ההבניה המחדשת של זהותם האישית; ייתכן שבקרב בני הדור השני של בני העדה האתיופית קיימת קבוצה, אולי אף גדולה, של צעירים המתנערים (לא בהכרח במודע) מזהות המהגר, אך עדיין נמצאים בדרכם לגיבוש זהות אישית חלופית אחרת. מבחינת ממצאי המחקר הנוכחי, אפשרות זו גורסת שפרדוקס המהגר לא זכה לתמיכה מכיוון שהמנגנון המניע התעוררות פרדוקס זה – דהיינו התרופפות התמיכה החברתית בקרב קבוצת המהגרים – מהווה תהליך רצוי בעיני צעירים אלה, שכן הוא מאפשר להם להתנתק ביתר קלות ובאופן מוחשי מזהותם האישית ומזהותם הקבוצתית הקודמות. כיוון אחר להסבר נוגע לאפשרות שפרדוקס המהגר מתקיים רק בקרב נשים יוצאות העדה האתיופית, ולא בקרב גברים. כאמור לעיל, ממצאי המחקר העלו כי בלי קשר לארץ הלידה, נשים ביטאו תחושה של הסתגלות אישית פחותה לחיים (כיום) ועמדה מקבלת יותר של התנהגות אובדנית. אפשרות אחת להסבר ממצא זה, הנתמכת במחקרים קודמים, היא שנשים יוצאות העדה חשות עוצמה קיצונית יחסית של קושי עקב המשימות התפקודיות המורכבות שניצבות בפניהן, כמי שצריכות לעמוד בו-זמנית גם בציפיות המשפחה האתיופית וגם בציפיות החברה הישראלית (Levy & Itzhaky, 2016; Yassour-Borochowitz & Wasserman, 2018). אך קיימת גם האפשרות שתחושת הקושי של נשים יוצאות העדה האתיופית נובעת מהיעדר מעגל התמיכה החברתית או התרופפותו, שהם כאמור המזינים את פרדוקס המהגר.

לסיכום, ממצאי המחקר אינם תומכים באפשרות קיומו של פרדוקס המהגר. לחלופין, הם תומכים בטענה שהתאבדות של יוצא העדה האתיופית צריכה להיות מומשגת לא כאירוע תרבותי ייחודי, אלא כאירוע השייך לקטגוריה הכללית של תופעת ההתאבדות. טענה זו חשובה כיוון שנובע ממנה הצורך בחידוד המסר לגורמים בקהילה ולגורמי סיוע שונים הבאים במגע עם בני העדה האתיופית (ותיקים וחדשים), שלפיו אומנם חוויית הקושי הייתה משותפת לכל העולים לישראל אך רק מיעוטם פנו להתנהגות אובדנית, ולרוב עקב נסיבות אישיות ומשפחתיות מיוחדות. מטרת מסר זה תהיה לעודד את הגורמים השונים (כגון מורים בבתי הספר) להיזהר מגלישה מיידית ולא מבוססת דייה להסברים פשטניים מסוג "קשיי הסתגלות בישראל" או "נורמות תרבותיות אחרות", לנוכח ביטויים של מצוקה אישית בקרב בני העדה האתיופית. עם זאת, התייחסות לתופעה נתונה במונחים אוניברסליים אינה צריכה להקהות את הערנות לצורך ביישום לקחים המתאימים לנסיבות ולתרבות של הקבוצה שבקרבה רוצים לבצע התערבות (Romano & Israelshili, 2019); למשל כל התערבות מעצימה שתכליתה מניעת גלישה לפתרון אובדני, צריכה להתבסס על עקרונות אוניברסליים של טיפוח תחושת מסוגלות; אך בעת יישומם של עקרונות אלו יש לקחת בחשבון את המציאות המורכבת שבה נמצאים צעירי העדה האתיופית, הנדרשים לעיסוק אינטנסיבי בגיבוש זהות ובניסוח פתרונות יצירתיים וקשים בדרך להקמת "משפחה ישראלית של בני העדה האתיופית".

מקורות

- אדלשטיין, א' (2006). אובדנות בקרב בני נוער יוצאי אתיופיה – חקר מקרה. **מניתוק לשילוב, 13**, 105–79.
- אורי, א', בורשטיין, ס' ואפטר, א' (2010). **האפידמיולוגיה של אובדנות בישראל**. זמין באתר <http://www.themedical.co.il/Article.aspx?itemID=2782>
- בן עזר, ג' (1992) **כמו אור בכד: עלייתם וקליטתם של יהודי אתיופיה**. ירושלים: ראובן מס.
- בן עזר, ג' (2007). **המסע: סיפורי המסע של יהודי אתיופיה לישראל, 1977–1985**. בן שמן: מודן.
- בנדרלי, מ' וקלטר ליבוביץ, ע' (2017). **בריאות מבוגרים יוצאי אתיופיה בישראל: סקירת מידע**. ירושלים: מכון גרטנר.
- דיין, נ' (2014). **השתלבות יוצאי אתיופיה בישראל: תמונת מצב**. מכללת רופין: המכון להגירה ולשילוב חברתי.
- הלל, נ' והיימן, א' (1999). **לדבר על הטרומות**. ירושלים: ג'וינט ישראל.
- וייסבלאי, א' (2011). **אובדנות בקרב ילדים ובני נוער**. ירושלים: מרכז המחקר והמידע של הכנסת. זמין באתר <http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m02779.pdf>
- זכי, מ' ודרוז'נין, ל' (2010). **עולים בסיכון לנוכח סטרסור ההגירה: תופעת ההתאבדות בקרב עולים מברית המועצות לשעבר ומאתיופיה**. זמין באתר <http://www.psychology.org.il/article/146>
- חקלאי, צ' (2016). **אובדנות בישראל: התאבדויות 1981–2013, ניסיונות התאבדות 2004–2014**. ירושלים: משרד הבריאות. זמין באתר https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/loss_2016.pdf
- חקלאי, צ', גולדברג, נ' ואבורבה, מ' (2019). **אובדנות בישראל, עידכון יוני 2019**. ירושלים: משרד הבריאות. זמין באתר https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/loss_2019.pdf
- יונגמן, ר', מינוצ'ין-איציקסון, ש', זרה, מ' וזילבר, נ' (2008). **ביטויים של מצוקות נפשיות בקרב יהודי אתיופיה בישראל. חברה ורווחה, יח, 75–95**.
- יונגמן, ר' ושוקד, מ' (2009). **אובדנות בקרב עולי אתיופיה בישראל**. ירושלים: המשרד לקליטת העלייה, משרד הבריאות, ג'וינט ישראל והמרכז האקדמי רופין.
- יונגמן ר' ושוקד מ' (2012). **עיון בתופעת האובדנות בקרב עולי אתיופיה. עיונים בתקומת ישראל, 22**, 179–203.
- כורם, ע' והורנצ'יק, ג' (2013). **תפיסות של צעירים יוצאי אתיופיה את הסתגלותם הסוציו-תרבותית בישראל. הגירה, 2**, 55–73.
- משרד הבריאות (2011). **אובדנות בישראל: התאבדויות 1981–2009, ניסיונות התאבדות 2004–2010**. זמין באתר http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/loss_2011.pdf
- קאקונדה-מועלם, ה' וישראלשוילי, מ' (2012). **דת, דתיות ומאפיינים אישיים כגורמי סיכון לעמדות שליליות כלפי החיים. היעוץ החינוכי, יז**, 120–146.
- רואר-סטריאר, ד' וסטריאר, ר' (2006). **אבות מהגרים בישראל: מתיאוריית הגירעון לתיאוריית האבהות המכוננת. חברה ורווחה, כו**, 405–431.
- שבתאי, מ' (2001). **לחיות עם זהות מאוימת: חוויות החיים עם שוני בצבע עור בקרב צעירים ומתבגרים יוצאי אתיופיה בישראל. מגמות, מא**, 97–112.
- Alamilla, S. G., Barney, B. J., Small, R., Wang, S. C., Schwartz, S. J., Donovan, R. A., & Lewis, C. (2019). Explaining the immigrant paradox: The influence of acculturation, enculturation, and acculturative stress on problematic alcohol consumption. *Behavioral Medicine*. Available at <https://doi.org/10.1080/08964289.2018.1539945>

- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, *55*, 469–480. Available at <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arshanapally, S., Werner, K. B., Sartor, C. E., & Bucholz, K. K. (2018). The association between racial discrimination and suicidality among AfricanAmerican adolescents and young adults. *Archives of Suicide Research*, *22*, 584–595. Available at <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1387207>
- Bacio, G. A., Mays, V. M., & Lau, A. S. (2013). Drinking initiation and problematic drinking among Latino adolescents: Explanations of the immigrant paradox. *Psychology of Addictive Behaviors*, *27*, 14–22. Available at <http://dx.doi.org/10.1037/a0029996>
- Ben-David, A., & Ben-Ari, A. (1997). The experience of being different: Black Jewish in Israel. *Journal of Black Studies*, *27*, 510–27. Available at www.jstor.org/stable/2784728
- Ben-Eliezer, U. (2008). Multicultural society and everyday cultural racism: Second generation of Ethiopian Jews in Israel's "crisis of modernization". *Ethnic and Racial Studies*, *31*, 935–961. DOI: 10.1080/01419870701568866
- Ben Ezer, G., & Zetter, R. (2015). Searching for directions: Conceptual and methodological challenges in researching refugee journeys. *Journal of Refugee Studies*, *283*, 297–318. Available at <https://doi.org/10.1093/jrs/feu022>
- Caneva, E. (2017). Identity processes in the global era: The case of young immigrants living in Italy. *Journal of Youth Studies*, *20*, 79–93. Available at <http://dx.doi.org/10.1080/13676261.2016.1184240>
- Caplan, S. (2007). Latinos, acculturation, and acculturative stress: A dimensional concept analysis. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, *8*, 93–106. Available at <http://dx.doi.org/10.1177/1527154407301751>
- Chesin, M. S., & Cascardi, M. (2018). Cognitive-affective correlates of suicide ideation and attempt: Mindfulness is negatively associated with suicide attempt history but not state suicidality. *Archives of Suicide Research*, *23*, 428–439. Available at <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2018.1480984>
- Cote, L. R., & Yuen, C. X. (2013). Children abroad: Immigrant children's development in worldwide perspective. *Human Development*, *56*, 76–81. Available at <http://dx.doi.org/10.1159/000342934>
- Crosnoe, R., & Fuligni, A. J. (2012). Children from immigrant families: Introduction to the special section. *Child Development*, *83*, 1471–1476. Available at <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01785.x>
- Duprey, E. B., Osri, A., & Liu, S. (2019). Childhood maltreatment, self-esteem, and suicidal ideation in a low-ses emerging adult sample: The moderating role of heart rate variability. *Archives of Suicide Research*, *23*, 333–352. Available at <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2018.1430640>
- Efron, B., & Tibshirani, R. J. (1994). *An introduction to the bootstrap*. Boca Raton, FL: CRC press.

- Emanuele, E. (2009). Of love and death: The emerging role of romantic disruption in suicidal behavior. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39, 240. Available at <https://search.proquest.com/docview/224867035?accountid=14765>
- Erentaitė, R., Lannegrand-Willems, L., Negru-Subtirica, O., Vosylis, R., Sondaitė, J., & Ražienė, S. (2018). Identity development among ethnic minority youth: Integrating findings from studies in Europe. *European Psychologist*, 23, 324–335. Available at <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040/a000338>
- Freedman, S., & Israelashvili, M. (July 16, 2009). *Stress, adjustment, and post traumatic growth in immigration*. Paper presented at the Stress and Anxiety Research Society (STAR) Conference, Budapest, Hungary. Available at <http://dx.doi.org/10.1037/e538952013-110>
- Gandhi, A., Luyckx, K., Baetens, I., Kiekens, G., Sleuwaegen, E., Berens, A., et al. (2018). Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 170–178. Available at <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.007>
- Gavin, G., Labelle, R., Daigle, M., Breton, J.-J., & Houle, J. (2019). Coping, social support, and suicide attempts among homeless adolescents. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 40, 390–399. Available at <https://doi-org.rproxy.tau.ac.il/10.1027/0227-5910/a000579>
- Goldberg, S., & Israelashvili, M. (2017). The distinction between exclusivity and comorbidity within NSSI. *School Psychology Quarterly*, 32, 156–172. Available at <http://dx.doi.org/10.1037/spq0000188>
- Gonzalez, V., & Neander, L. L. (2018). Impulsivity as a mediator in the relationship between problem solving and suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1626–1640. Available at <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22618>
- Greene, K. M., & Maggs, J. L. (2018). Immigrant paradox? Generational status, alcohol use, and negative consequences across college. *Addictive Behaviors*, 87, 138–143. Available at <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.06.030>
- Guarini, T., Marks, A., Patton, F., & Coll, C. (2011). The immigrant paradox in sexual risk behavior among Latino adolescents: Impact of immigrant generation and gender. *Applied Developmental Science*, 15, 201–209. Available at <http://dx.doi.org/10.1080/10888691.2011.618100>
- Gysin-Maillart, A., Soravia, L., & Schwab, S. (2019). Attempted suicide short intervention program influences coping among patients with a history of attempted suicide. *Journal of Affective Disorders*. Available at <https://doi-org.rproxy.tau.ac.il/10.1016/j.jad.2019.11.059>
- Han, B., Compton, W. M., Blanco, C., Colpe, L., Huang, L., & McKeon, R. (2018). National trends in the prevalence of suicidal ideation and behavior among young adults and receipt of mental health care among suicidal young adults. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57, 20–27. Available at <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2017.10.013>

- Horwitz, A. G., Czyz, E. K., & King, C. A. (2015). Predicting future suicide attempts among adolescent and emerging adult psychiatric emergency patients. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 44*, 751–761. Available at <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2014.910789>
- Israelashvili, M., & Ishiyama, I. F. (2008). Positive and negative emotions related to seeking help from a school counselor. *Advances in School Mental Health Promotion, 1*, 5–13. Available at <https://doi.org/10.1080/1754730X.2008.9715735>
- Jacob, L., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2018). The association between pain and suicidal behavior in an English national sample: The role of psychopathology. *Journal of Psychiatric Research, 98*, 39–46. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2017.12.007
- Katsiaficas, D., Suárez-Orozco, C., Sirin, S. R., & Gupta, T. (2013). Mediators of the relationship between acculturative stress and internalization symptoms for immigrant origin youth. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 19*, 27–37. Available at <http://dx.doi.org/10.1037/a0031094>
- Kene, P., Brabeck, K. M., Kelly, C., & DiCicco, B. (2017). Suicidality among immigrants: Application of the interpersonal-psychological theory. *Death Studies, 40*, 373–382. Available at <https://doi-org.rproxy.tau.ac.il/10.1080/07481187.2016.1155675>
- Kiekens, G., Hasking, P., Bruffaerts, R., Claes, L., Baetens, I., Boyes, M., et al. (2017). What predicts ongoing nonsuicidal self-injury? A comparison between persistent and ceased self-injury in emerging adults. *Journal of Nervous and Mental Disease, 205*, 762–770. Available at <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000726>
- Kim, Y. J., & Burlaka, V. (2018). Gender differences in suicidal behaviors: Mediation role of psychological distress between alcohol abuse/dependence and suicidal behaviors. *Archives of Suicide Research, 22*, 405–419. Available at <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2017.1355284>
- Kulik, L. (2017). Volunteering during an emergency: A life stage perspective. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, 46*, 419–441. Available at <https://doi.org/10.1177/0899764016655621>
- Levy, D., & Itzhaky, H. (2016). Adjustment of women immigrants from Ethiopia: The contributing factors. *Social Development Issues, 38*, 1–16.
- Lewinsohn, P. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Langford, R. A., Rohde, P., Seeley, J. R., & Chapman, J. (1996). The Life Attitudes Schedule: A scale to assess adolescent life-enhancing and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 25*, 458–488. Available at <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1995.tb00239.x>
- May, E. M., & Witherspoon, D. P. (2019). Maintaining and attaining educational expectations: A two-cohort longitudinal study of Hispanic youth. *Developmental Psychology, 55*, 2649–2664. Available at <https://doi.org/10.1037/dev0000820>
- Mayorga, N. A., Jardin, C., Bakhshaie, J., Garey, L., Viana, A. G., Cardoso, J. B., & Zvolensky, M. (2018). Acculturative stress, emotion regulation, and affective

- symptomology among Latino/a college students. *Journal of Counseling Psychology*, 65, 247–258. Available at <https://doi-org.rproxy.tau.ac.il/10.1037/cou0000263>
- Miranda, R., Tsypes, A., Gallagher, M., & Rajappa, K. (2013). Rumination and hopelessness as mediators of the relation between perceived emotion dysregulation and suicidal ideation. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 786–795. Available at <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-013-9524-5>
- Moradi, T., Sidorchuk, A., & Hallqvist, J. (2010). Translation of questionnaire increases the response rate in immigrants: Filling the language gap or feeling of inclusion? *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 889–892. Available at <https://doi-org.rproxy.tau.ac.il/10.1177/1403494810374220>
- Orbach, I. (1997). A taxonomy of factors related to suicidal behavior. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 208–224. Available at <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00110.x>
- Polanco-Roman, L., Moore, A., Tsypes, A., Jacobson, C., & Miranda, R. (2018). Emotion reactivity, comfort expressing emotions, and future suicidal ideation in emerging adults. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 123–135. Available at <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22486>
- Reynaga-Abiko, G. (2012). Review of the book, *The immigrant paradox in children and adolescents: Is becoming american a developmental risk?* by C. G. Coll & A. K. Marks (Eds.). *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 18, 429–430. Available at <https://doi.org/10.1037/a0028424>
- Ringel, R., Ronell, N., & Getahun, S. (2005). Factors in the integration process of adolescent immigrants: The case of Ethiopian Jews in Israel. *International Social Work*, 48, 63–76. Available at <https://doi.org/10.1177/0020872805048709>
- Rohde P., Seeley J. R., Langhinrichsen-Rohling J., & Rohling M. L. (2003). The Life Attitudes Schedule-Short Form: Psychometric properties and correlates of adolescent suicide proneness. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 33, 249–260. Available at <http://dx.doi.org/10.1521/suli.33.3.249.23216>
- Rolland, B., Geoffroy, P.-A., Pignon, B., Benradia, I., Font, H., Roelandt, J.-L., & Amad, A. (2017). Alcohol use disorders and immigration up to the third generation in France: Findings from a 39,617-subject survey in the general population. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41, 1137–1143. Available at <https://doi.org/10.1111/acer.13387>
- Romano, J. L., & Israelashvili, M. (2019). Introduction to the special section on “Prevention science: From generic rules to differential adaptations”. *International Journal of Psychology*, 55, 1–3. Available at https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/ijop.12634?casa_token=DLuNs1jeBKwAAA:924ddVh68GYdvyOCNwehZePg3cntEmV8xmtRenF3Yia8S-5mam9moGMqc0YzSjc5Sm3PKw-log_S1c0
- Schwartz, S. J., Weisskirch, R. S., Zamboanga, B. L., Castillo, L. G., Ham, L. S., Huynh, Q.-L., et al. (2011). Dimensions of acculturation: Associations with health risk behaviors among college students from immigrant families.

- Journal of Counseling Psychology*, 58, 27–41. Available at <http://dx.doi.org/10.1037/a0021356>
- Shtarkshall, R. A., Baynesan, F., & Feldman, B. S. (2009). A socio-ecological analysis of Ethiopian immigrants' interactions with the Israeli healthcare system and its policy and service implications. *Ethnicity & Health*, 14, 459–478. Available at <https://doi.org/10.1080/13557850902890522>
- Shuval, J. T., & Leshem, E. L. (1998). The sociology of migration in Israel: A critical view. In E. L. Leshem and J. T. Shuval (Eds.), *Immigration to Israel: Sociological perspectives* (pp.3–50). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Speciale, A. M., & Regidor, E. (2011). Understanding the universality of the immigrant health paradox: The Spanish perspective. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13, 518–525. Available at <https://doi-org.rproxy.tau.ac.il/10.1007/s10903-010-9365-1>
- Suárez-Orozco, C., Rhodes, J., & Milburn, M. (2009). Unraveling the immigrant paradox: Academic engagement and disengagement among recently arrived immigrant youth. *Youth & Society*, 41, 151–185. Available at <http://dx.doi.org/10.1177/0044118X09333647>
- Tang, Y. (2019). Immigration status and adolescent life satisfaction: An international comparative analysis based on PISA 2015. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 205, 1499–1518. Available at <https://doi.org/10.1007/s10902-018-0010-3>
- Thompson, M. P., & Swartout, K. (2018). Epidemiology of suicide attempts among youth transitioning to adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 47, 807–817. Available at <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-017-0674-8>
- Urquia, M. L., O'Campo, P. J., & Heaman, M. I. (2012). Revisiting the immigrant paradox in reproductive health: The roles of duration of residence and ethnicity. *Social Science & Medicine*, 74, 1610–1621. Available at <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.013>
- van Geel, M., & Vedder, P. (2010). The adaptation of non-western and Muslim immigrant adolescents in the Netherlands: An immigrant paradox? *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 398–402. Available at <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00831.x>
- van Geel, M., & Vedder, P. (2011). The role of family obligations and school adjustment in explaining the immigrant paradox. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 187–196. Available at <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-009-9468-y>
- Vazsonyi, A. T., Mikuška, J., & Gaššová, Z. (2017). Revisiting the immigrant paradox: Suicidal ideations and suicide attempts among immigrant and non-immigrant adolescents. *Journal of Adolescence*, 59, 67–78. Available at <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.05.008>
- Walsh, S. D., & Tuval-Mashiach, R. (2017). Ethiopian emerging adult immigrants in Israel: Coping with discrimination and racism. *Youth & Society*, 44, 49–75. DOI: 10.1177/0044118X10393484

- Witte, T. K., Gauthier, J. M., Huang, X., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2018). Is externalizing psychopathology a robust risk factor for suicidal thoughts and behaviors? A meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Clinical Psychology, 74*, 1607-1625. Available at <https://doi.org/10.1002/jclp.22625>
- World Health Organization (WHO) (2019). *Suicide in the world: Global health estimates*. Available at <https://www.who.int/publications-detail/suicide-in-the-world>
- Wright, E. M., & Benson, M. L. (2010). Immigration and intimate partner violence: Exploring the immigrant paradox. *Social Problems, 57*, 480-503. Available at <http://dx.doi.org/10.1525/sp.2010.57.3.480>
- Yassour-Borochowitz, D., & Wasserman, V. (2018). Between a western career and traditional community: Narratives of successful Ethiopian immigrant women. *Journal of Career Development, 45*, 1-15. Available at <https://doi.org/10.1177/0894845318802098>

תהליכי שינוי באנורקסייה נרבוזה במחלקה אשפוזית: תפקידם של דיכאון ואובדנות

אביגל שניר, איריס שחר-לביא וסילבנה פניג

תקציר

קיים קשר הדוק בין הפרעות אכילה, דיכאון ואובדנות. בגיל ההתבגרות, תקופה המתאפיינת בחוסר יציבות ובקשיי ויסות, השילוב בין השלושה מהווה אתגר טיפולי וכתוצאה מכך בסכנת חיים ממשית. המחקר הנוכחי בחן את תהליכי השינוי המתרחשים במהלך אשפוז במחלקה פסיכיאטרית פתוחה לנוער ובוגרות צעירות. מטרת המחקר הייתה לאפיין את תהליכי השינוי, כפי שהללו מתבטאים במדדי דיכאון ואובדנות ביום הקבלה, אל מול יום השחרור מהאשפוז, ואת הקשר ביניהם לבין שינוי בתסמינים של הפרעת האכילה. המדגם כלל 77 מטופלים מאובחנים עם אנורקסייה נרבוזה (מתוכם 72 נשים), גיל ממוצע – 15.34 (סטטיית תקן 2.08), טווח – 11.50–24.80. משך האשפוז נע בין 12–274 ימים, והממוצע עמד על 116.08 ימי אשפוז (סטטיית תקן – 46.48).

במהלך האשפוז התוצאות הדגימו שיפור במדדים גופניים (כגון מדד מסת גוף – BMI) ופסיכולוגיים הנוגעים להפרעת האכילה ולדיכאון, ללא שינוי במדד האובדנות. עם זאת, כאשר הדיכאון היה קבוע, נמצאה עלייה במחשבות אובדניות בעת השחרור. בהמשך נבחנו תהליכי השינוי בתסמינים של הפרעת אכילה, בדיכאון ובאובדנות, באמצעות מודל רגרסיה. השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה בין מועד הקבלה למועד שחרור היה המשתנה המנובא. דיכאון ואובדנות בזמן הקבלה וכן השינוי בדיכאון ואובדנות בין מועד הקבלה למועד השחרור היו המשתנים המנובאים. נמצא כי מדדי הדיכאון והאובדנות בעת הקבלה לאשפוז אינם מנובאים את השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה. עם זאת, מדד שינוי בדיכאון ובאובדנות בין מועד הקבלה למועד השחרור מנובאים בקשר חיובי את השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה.

בעוד מתקיימים באשפוז תהליכים של שיקום הגוף, שינוי דפוסי אכילה לקויים ושיפור תפקודי, ההחמרה בחשיבה האובדנית עשויה לייצג את הייאוש והאובדן הכרוכים בתהליך ה"תיקון הגופני" והטיפול הרגשי באנורקסייה. הממצאים הנוגעים להשתנות המשותפת של דיכאון, אובדנות ותסמינים של הפרעת האכילה מחדדים את הצורך בהתייחסות למדדי שינוי בניבוי הפרוגנוזה ובהערכתה. ניתן לשער כי מאפיינים, כמו: פתיחות לשינוי, גמישות מחשבתית ומוטיבציה לטיפול, מהווים נדבך משמעותי בתהליך שינוי זה.

מילות מפתח: אנורקסייה נרבוזה, אובדנות, דיכאון, מחקר אורך, בני נוער

מבוא

הפרעות אכילה כללל ואנורקסייה נרבוזה בפרט תוארו בספרות המחקרית כקשורות בעלייה משמעותית בסיכון האובדני. הסובלים מהפרעות אכילה מדווחים על התנהגות אובדנית ברמה גבוהה יותר מהפרעות פסיכיאטריות אחרות (Patton, 1988),

והתאבדות היא סיבת המוות השנייה בקבוצת אוכלוסייה זו (Smith, Zuromski, & Dodd, 2018). כמו כן, דיכאון נמצא כקשור בקשר חיובי משמעותי עם הפרעות אכילה (Brand-Gothelf, Leor, Apter, & Fennig, 2014). מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון את השינוי בדיכאון, באובדנות ובתסמינים של הפרעת האכילה במסגרת אשפוז במחלקה פסיכיאטרית פתוחה. מטרה שנייה הייתה לבחון את ההשתנות המשותפת של משתנים אלו, ובעיקר לבדוק אם רמת הבסיס של הדיכאון והאובדנות או השינוי במדדים אלה במהלך האשפוז מנבאים את השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה.

אובדנות, דיכאון והפרעות אכילה: ביאור המשתנים והקשר ביניהם

בין הפרעות אכילה ואובדנות קיים קשר הדוק, אשר תואר רבות בספרות המחקרית. בקרב מבוגרות הסובלות מהפרעות אכילה, אחוז המדווחות על ניסיון אובדני אחד לפחות נע מ-5.7% באנורקסייה ועד 28% בבולימיה (Corcos et al., 2003; Favaro & Santonastaso, 1995). מחשבות אובדניות נמצאו שכיחות גם הן (Milos, Spindler, Hepp, & Schnyder, 2004) – כשליש מהסובלות מהפרעות אכילה דיווחו על מחשבות אובדניות (Anderson, Murray, & Kaye, 2017).

ניתן לתאר מספר מאפיינים של מטופלות עם הפרעת אכילה אשר מצויות בסיכון גבוה למעשה אובדני. ראשית, סוג הפרעת האכילה מהווה גורם סיכון, ומטופלות הסובלות מהפרעת אכילה הכוללת התנהגות מטהרת (דהיינו בולימיה נרבוזה או אנורקסייה נרבוזה (purging type)), נמצאות בסיכון גבוה יותר להתנהגות אובדנית (Favaro & Santonastaso, 1995; Fennig & Hadas, 2010). משך מחלה ארוך יותר מהווה גורם סיכון נוסף; יתרה מזאת, ככל שגיל התפרצות המחלה צעיר יותר וגיל האבחנה מבוגר יותר ישנה נטייה גבוהה יותר להתנהגות אובדנית (Corcos et al., 2003; Favaro & Santonastaso, 1995).

אחת הדרכים להבנת הקשר בין אובדנות והפרעות אכילה היא באמצעות התאוריה הבין-אישית לאובדנות שהוצעה על ידי ג'וינר ועמיתיו (Joiner, Van Orden, Witte, & Rudd, 2009). אלו הגדירו שלושה מרכיבים משמעותיים בהתהוותה של חשיבה והתנהגות אובדנית: (א) תחושת עול – חוויה של האדם שהוא נטל לסביבתו, וכי תהיה הקלה והטבה במצבם של הסובבים אותו אם הוא "לא יהיה"; (ב) קושי בשייכות – היעדר זיקה לקבוצה או למערכת יחסים משמעותית, המובילה לחוויה חדה של בדידות וחוסר בקשר; (ג) "יכולת" לאובדנות – "יכולת" הקשורה הן בהיעדר פחד ממוות והן בסבילות האדם לכאב גופני.

מחקר אשר בחן מודל זה מצא כי קושי בשייכות ותחושת עול על הסביבה נמצאו ברמה גבוהה יותר בקרב הסובלות מהפרעות אכילה מאשר בקבוצת ביקורת (Smith et al., 2016). מחקר אחר מצא כי בקרב הסובלות מהפרעות אכילה, שני הגורמים הראשונים – תחושת עול וקושי בשייכות – מצויים בקשר עם מחשבות

אובדניות, וה"יכולת לאובדנות" קשורה בניסיונות אובדניים (Pisetsky, Crow, & Peterson, 2017).

באמצעות התאוריה הבין-אישית של אובדנות ניתן לשרטט מצע פסיכולוגי משותף להפרעות אכילה ולאובדנות; הפרעת אכילה, על מאפייניה, מהווה לעיתים זרז להתנתקות מהסביבה ולקושי בשימור קשר משמעותי, ובכך היא מגבירה חוויה של בדידות. בהמשך, העומס שהפרעת אכילה מטילה על משפחתה של הסובלת מהפרעה זו מוביל לא פעם לחוויית עול ונטל. לבסוף, ייתכן שהפעולות השונות הנכפות על הגוף עקב הפרעת האכילה (צום, הקאות, ספורט אינטנסיבי וכו'), קשורות לסבילות האדם לכאב גופני. כיום אף מתגבשת בקרב חוקרים מסוימים טענה כי יש לראות בהפרעת אכילה אחת מההתנהגויות של פגיעה עצמית, בשל מאפייניה הפוגעים בגוף וגורמים לכאב (Brausch & Muehlenkamp, 2014). בנוסף, נמצא כי הקשר בין אובדנות והפרעות אכילה מתווך על ידי ליקויים אינטרוספטיביים (Smith, Forrest, & Velkoff, 2018), דהיינו הקושי בתרגום והבנה של חוויות ותחושות המגיעות מן הגוף. ניתן לפרש ממצא זה כקהות חושים של הסובלות מהפרעות אכילה כלפי המתרחש בגופן, באופן המתקשר ליכולת להתנתק מכאב ומהפחד ממוות.

הפרעות אכילה ואובדנות מציבות אתגרים ייחודיים בתהליכי טיפול. בשיתוף הדרמה הנפשית מתבטאת פיזית ומביאה לכדי סכנה ממשית לחיים. במחקר הנוכחי נבחנו שינויים בתסמינים של הפרעת אכילה ובחשיבה אובדנית במסגרת טיפול במחלקה אשפוזית. בעוד מטרת הטיפול המרכזית במחלקה ייעודית להפרעות אכילה היא הטבה בתסמינים בהקשר זה, הטיפול מחייב לעיתים קרובות התייחסות ומענה לתכנים אובדניים. המחקר הנוכחי ניסה לעמוד על ההשתנות המשותפת של הפרעת האכילה והחשיבה האובדנית, במטרה לשפוך אור על הדינמיקה ביניהן בתהליך הטיפול.

בחינה זו מחייבת התייחסות גם למשתנה הדיכאון, אשר קשור באופן הדוק הן להפרעות אכילה והן לאובדנות. הופעה בו-זמנית של הפרעת אכילה ודיכאון נמצאה שכיחה ביותר ועמדה על כ-50%–75% לאורך החיים (American Psychological Association, 2013). יתר על כן, נמצא כי הימצאותם בו-זמנית העידה על דרגת חומרה גבוהה יותר של הפרעת האכילה (Brand-Gothelf et al., 2014). הימצאותו של דיכאון טרם הופעת הפרעת האכילה ניבאה את הפיכת הפרעת האכילה לכרונית (Keski-Rahkonen et al., 2014).

הקשר בין אובדנות ודיכאון הוא שכיח ומתועד בספרות המחקרית והקלינית. נמצא כי 15% מקרב המטופלים שאובחנו עם הפרעת דיכאון מז'ורית (MDD) במהלך חייהם, דיווחו על התנהגות אובדנית (שכללה תוכניות וניסיונות למעשה האובדני). כמו כן, נמצא כי דיווח על תחושת מלנכוליה ניבא ניסיון אובדני במידה גבוהה יותר מקיומה של הפרעה דיכאונית מז'ורית (Oquendo, Currier, & Mann, 2006). מחקר אחר דיווח שהמנבא המשמעותי ביותר למעשה אובדני היה אבחנה של

דיכאון מז'ורי עם התקפים חוזרים (recurring), אך לא דיסתימיה או דיכאון מז'ורי עם התקף יחיד (Witte, Timmons, Fink, Smith, & Joiner, 2009). לצד זאת, במחקר רחב היקף בקרב אוכלוסייה בוגרת, כ-47% מהסובלים ממחשבות אובדניות לא סבלו מדיכאון (Rhodes & Bethell, 2008). הספרות המחקרית מראה שדיכאון הוא גורם סיכון להתנהגות אובדנית, אך אינו מהווה תנאי מספיק או הכרחי לקיומה. אובדנות יכולה להתקיים בהיעדר דיכאון, וקיומו של דיכאון אינו מוביל בהכרח לאובדנות או למחשבות אובדניות.

שינוי במדדים של הפרעת אכילה, אובדנות ודיכאון במהלך התערבות אשפוזית

הפרעת אכילה ברמת חומרה גבוהה מהווה סיכון ממשי לגוף ומחייבת לעיתים טיפול במסגרת אשפוזית. הטיפול במסגרת אשפוזית נדרש לתת מענה למאפיינים רפואיים, רגשיים והתנהגותיים, לצורך חזרה למשקל תקין ויציאה מכלל סכנה. הטיפול במחלקה ייעודית להפרעות אכילה הוא קצר טווח (כשלושה חודשי אשפוז במוצע), ומטרתו הראשונית היא הגעה למשקל גוף תקין ונרמול הרגלי אכילה. מטרה מרכזית נוספת היא חזרה הדרגתית של המטופלת לתפקוד מלא בקהילה. במחקרים קודמים נמצא כי בתקופת האשפוז במסגרת שבה נערך המחקר הנוכחי, המטופלות עלו במשקל (שינוי במדד מסת גוף) וחל שיפור בתסמינים התנהגותיים של הפרעת האכילה (למשל צמצום הקאות ובולמוסים). לצד זאת, לא נמצאו שינויים מובהקים בתסמיני הליבה הקוגניטיביים של הפרעת האכילה (למשל השאיפה לרזון, עיוות בתפיסת הגוף והעיסוק המוגבר במשקל ובמראה) (Fennig, Brunstein Klomek, & Hadas, 2017). ניתן להתרשם כי תהליכי הבראת הגוף והשיפור ההתנהגותי מקדימים את השינויים הרגשי והמחשבתי.

כפי שתואר לעיל, הפרעת אכילה ברמת חומרה גבוהה קשורה בסבירות גבוהה לנוכחותם של דיכאון ואובדנות. אי-לכך, הבנת השינוי המתרחש בשלושת המרכיבים הנ"ל והקשר ביניהם במהלך הטיפול היא משמעותית. יתרה מזאת, ייתכן שהשימוש באמצעי שליטה על הגוף (הרעבה, ספורט אינטנסיבי) מהווה לעיתים אמצעי שליטה על חוויה רגשית בלתי ניתנת לעיבוד והכלה. ניתן לשער כי תהליך הטיפול בהפרעת האכילה, ובכללו העלייה במשקל והפחתת התסמינים ההתנהגותיים של הפרעת האכילה, יהיה כרוך בשינויים במצב הרגשי, ובמצבים מסוימים הוא אף עלול להביא להחמרה בדיכאון ובאובדנות.

במחקר קודם אשר נערך בקרב מטופלות עם הפרעות אכילה באשפוז לא נמצאו ממצאים אחידים בדבר השינוי ברמות הדיכאון בעקבות השיפור במדדי הפרעות האכילה (Hughes, 2012). לצד זאת, מחקר עדכני מצא כי שיפור במצב הדיכאון בחודש הראשון לשהות באשפוז ניבא סיכוי נמוך יותר לאשפוז חוזר תוך פרק זמן של שנה (Kahn, Brunstein-Klomek, Hadas, Snir, & Fennig, 2019).

נראה כי קיימת לקונה בספרות ביחס להשתנות המשותפת של דיכאון, אובדנות והפרעת אכילה במסגרת הטיפול. במחקר הנוכחי ביקשנו לבחון את הקשר בין השינוי במחשבות אובדניות ודיכאון ובין השינויים בתסמינים של הפרעות אכילה במהלך אשפוז במחלקה ייעודית לטיפול בהפרעות אכילה של בני נוער. השערות המחקר נוגעות לשינוי בתסמינים בין מועד הקבלה לאשפוז לבין מועד השחרור. מאחר שמטרת הטיפול הראשונית היא בעיקר טיפול בהפרעת אכילה, רצינו לבחון כיצד תסמינים של דיכאון וחשיבה אובדנית משפיעים על השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה, ובכך קשורים ליעילות הטיפול ולפרוגנוזה.

השערות המחקר

השערות המחקר היו:

- א. תסמינים של הפרעת אכילה, של דיכאון ושל חשיבה אובדנית יפחתו בין מועד הקבלה לאשפוז ובין מועד השחרור.
- ב. דיכאון וחשיבה אובדנית בעת הכניסה לאשפוז (ברמת הבסיס) ינבאו את מידת השיפור בתסמינים של הפרעת האכילה.
- ג. השינוי בדיכאון ובחשיבה האובדנית ינבא באופן חיובי את השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה.

שיטה

משתתפים

במחקר הנוכחי השתתפו 77 משתתפים (בנים – 6.5%, בנות – 93.5%). גילם הממוצע היה 15.34 (בטווח שבין 11–24).¹ כל המשתתפים אובחנו עם אנורקסיה נרבוזה; משתתפים עם אבחנה של בולימיה ושל הפרעת אכילה לא ספציפית הוסרו מהמדגם. המשתתפים למחקר גויסו מתוך יחידה פסיכיאטרית לטיפול בילדים ובני נוער בבית חולים כללי, בין אפריל 2013 לדצמבר 2018. המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של בית החולים. המשתתפים והוריהם חתמו על טפסים של הסכמה מדעת להשתתפות במחקר בעת הקבלה לאשפוז במחלקה. תהליך ההערכה כלל ריאיון פסיכיאטרי עם המשתתף ועם הוריו כמו גם תצפית על התנהגות המשתתף ביום הערכה במחלקה. האבחנה הקלינית ניתנה בהסתמך על תהליך ההערכה ובהתאם לקריטריונים של ה-DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.). משך האשפוז הממוצע במחלקה היה 105.19 ימים (בטווח שבין 6–310 ימים). **בלוח 1** מוצגים מאפייני המדגם.

1 אף שהמחלקה המתוארת מיועדת לילדים ולנוער, בשל מאפייניה ושיקולים של בית החולים, לעיתים מתאשפזות במחלקה בוגרות צעירות עד גיל 25.

לוח 1: מאפיינים של אוכלוסיית המחקר

מדגם (N=77)	
מין	
בנים	5 (6.5%)
בנות	72 (93.5%)
גיל	
טווח	24.80–11.50
ממוצע	15.34 (ס"ת – 2.08)
ארץ הלידה	
ישראל	72 (94.7%)
אחר	4 (5.3%)
משקל בעת הקבלה	
טווח	71.90–25.0
ממוצע	42.08 (ס"ת – 7.36)
BMI בקבלה	
טווח	39.65–13.11
ממוצע	16.87 (ס"ת – 2.89)
משך זמן המחלה (בשנים)	
טווח	13.50–0
ממוצע	1.96 (ס"ת – 3.03)
מספר ימי אשפוז	
טווח	274–12
ממוצע	116.08 (ס"ת – 46.48)
עלייה במשקל בתקופת האשפוז (בק"ג)	
טווח	16.3–0.4
ממוצע	8.60 (ס"ת – 4.01)
מצב סוציו-אקונומי	
גבוה	5 (8.6%)
בינוני	49 (63.7%)
נמוך	4 (6.9%)

תוכנית הטיפול

הטיפול נערך במסגרת מחלקה פסיכיאטרית פתוחה, אשר מטפלת בפתולוגיות גוף-נפש שונות. הוא מבוסס על מעורבות קהילתית אינטנסיבית ונעזר בהורים כסוכני המודל הטיפולי מחוץ למחלקה. התוכנית הטיפולית מושתתת על מרכיב מוטיבציוני, קרי המטופלים צריכים להסכים לתוכנית ולפרוטוקול הטיפול. בהתאם, לא נעשה שימוש בכלים של הזנה בכפייה.

השלב הראשון של הטיפול באשפוז נמשך כשלושה חודשים במוצע, מתוכם כשישה שבועות במסגרת אשפוז מלא ושישה שבועות במסגרת אשפוז יום. מטרתו המרכזית של האשפוז היא להביא לירידה בתסמינים הגופניים וההתנהגותיים של הפרעת האכילה: ראשית, עלייה במשקל והגעה למשקל יעד אשר נקבע על ידי הצוות המטפל; שנית, נרמול הרגלי אכילה וביסוס שליטה בתסמינים התנהגותיים נוספים, דוגמת הקאות, עיסוק מופרז בספורט ובולמוסים. האשפוז כולל פסיכותרפיה, ובמסגרתה נעשה מאמץ להתמודד עם תחושות החרדה, הדיכאון

והריקנות, האובססיה לרזון והחשש מאיבוד שליטה, העולים במהלך תהליך ההחלמה. הטיפול ביחידה משלב שיקום גופני ושיקום תזונתי, תוכנית התנהגותית, מסגרת בית ספרית, טיפול פסיכולוגי פרטני (פעמיים בשבוע) והדרכת הורית (שבועית), טיפול באומנות וכן טיפולים קבוצתיים. הטיפול הפסיכולוגי מבוסס על הגישה הפסיכו-דינמית, ויש בו שילוב של מרכיבים קוגניטיביים, התנהגותיים ותמיכתיים, בהתאם לתוכנית הטיפולית.

מדדים

(Reynolds, 1987) The Suicide Ideation Questionnaire, Junior (SIQ-JR)
שאלון דיווח עצמי זה נועד להעריך את מידת החומרה של מחשבות אובדניות עכשוויות בקרב מתבגרים ומבוגרים צעירים. ממלא השאלון מתבקש לדרג את מחשבותיו על גבי סולם בן שבע דרגות, המסמל את תכיפותן של המחשבות. הנוסח העברי של השאלון נמצא בעל מהימנות פנימית של 0.94. ותוקף גבוה (אפטר ופריודנשטיין, 2001). במדגם הנוכחי אלפא קרונבך של הציון הכללי היה 0.93. בקבלה ו-0.95. בשחרור.

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

שאלון דיווח עצמי זה מודד ארבעה היבטים אופייניים בקרב הסובלים מהפרעות אכילה – דאגה הקשורה למשקל, דאגה הקשורה לצורה, דאגה הקשורה לאכילה והגבלת האכילה. כל פריט מדורג על גבי סולם בן שש דרגות, וככל שהציון גבוה יותר הוא משקף חומרה ושכיחות גבוהות יותר. תת-הסולמות מסוכמים לציון כללי. השאלון נמצא כבעל תוקף ומהימנות גבוהים (Fairburn & Beglin, 1994) המאפיינים הפסיכומטריים של שאלון זה נבחנו במספר רב של מחקרים, לרבות מחקרים בקרב מתבגרים הסובלים מאמורקסיה (Berg, Peterson, Frazier, & Crow, 2012). במדגם הנוכחי אלפא קרונבך של הציון הכללי הייתה 0.92. בקבלה ו-0.94. בשחרור.

(Beck, Steer, & Brown, 1996) Beck Depression Inventory (BDI)

שאלון דיווח-עצמי זה כולל 21 פריטים, המתייחסים לתסמינים אפקטיביים, קוגניטיביים, מוטיבציוניים ופיזיולוגיים של דיכאון. לכל פריט ארבע תשובות אפשריות, המשקפות דרגות חומרה שונות של התסמין. בבסיס השאלון עומדות שתי הנחות: האחת, שככל שחומרת הדיכאון גדלה, עולה מספר התסמינים, והשנייה, שככל שהנבדק מדוכא יותר, התסמין יופיע בעוצמה חזקה יותר. הציון הכללי מושג על ידי סיכום הציונים של כל קטגוריות התסמינים (0-9 – נורמלי, 10-18 – דיכאון מתון, 19-25 – בינוני, 26 ומעלה – חמור). בבדיקת מהימנות נמצאה אלפא קרונבך 0.86. במדגמים פסיכיאטריים (Beck, Steer, & Carbin, 1988) ובגרסה העברית – 0.67. כן נמצאו תוקף ומתאמים טובים עם דירוג חומרת הדיכאון (Beck, 1967). במדגם הנוכחי אלפא קרונבך של הציון הכללי הייתה 0.92. בקבלה ו-0.93. בשחרור.

המשתנים נבדקו פעמים אחדות לאורך תקופת האשפוז (תחילת האשפוז, חודש וחודשיים מתחילתו ובסיומו) וכן במהלך שנת המעקב – שלושה חודשים ושישה חודשים לאחר השחרור וכן שנה לאחריו. בעבודה זו התמקדנו בשתי נקודות זמן – מועד הקבלה לאשפוז (T1) ומועד השחרור (T2). המחקר בחן שורת משתנים נוספים – דמוגרפיים, פסיכולוגיים ומשפחתיים, אשר אינם מוצגים בעבודה זו.

ניתוחים סטטיסטיים

בשלב ראשון, לצורך בדיקת ההבדלים במדדים גופניים ופסיכולוגיים בין מועד הקבלה לאשפוז לבין מועד השחרור, נערכו סדרה של מבחני t למדגמים מזווגים (paired-samples t -tests). בשלב שני נערך ניתוח שונות למדידות חוזרות (repeated measures ANOVA) עם משתנה קבוע (covariate), לבדיקת השינוי במחשבות האובדניות בין מועד הקבלה לאשפוז לבין מועד השחרור, תוך שליטה במדד הדיכאון. באופן דומה, נערך ניתוח שונות למדידות חוזרות עם משתנה קבוע, לבדיקת השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה בין מועד הקבלה לאשפוז לבין מועד השחרור, תוך שליטה במדד הדיכאון. בשלב שלישי, לבדיקת הקשר המשולב בין השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה, השינוי בדיכאון והשינוי במחשבות האובדניות, נערך ניתוח רגרסיה לינארית-מדרגית בשלושה צעדים. כל הניתוחים הסטטיסטיים בעבודה זו נעשו באמצעות תוכנת SPSS גרסה 25.0.

תוצאות

השוואה בין המשתנים הגופניים והפסיכולוגיים במועד הקבלה ובמועד השחרור

בניתוח נבדקו השינויים שחלו בכמה משתנים בין מועד הקבלה לאשפוז (T1) ובין מועד השחרור (T2). בהשוואה בין מועדים אלו נמצאו הבדלים מובהקים ב-BMI, בתסמינים של הפרעות אכילה ובדיכאון. לא נמצאו הבדלים מובהקים במדד המחשבות האובדניות (**בלוח 2** מוצגים הממוצעים ותוצאות המבחנים).

נמצא כי ערכי ה-BMI היו גבוהים יותר במועד השחרור (ממוצע – 19.89, ס"ת – 1.55) מאשר במועד הקבלה (ממוצע – 16.87, ס"ת – 2.89; $t=-13.48$, $p<.001$). בנוסף, תסמינים של הפרעת אכילה – איפוק לגבי אכילה, דאגות בנוגע לאכילה ודאגות באשר לצורת הגוף, כמו גם המדד הכללי (EDE Total) – נמצאו נמוכים במועד השחרור (ממוצע – 2.90, ס"ת – 1.64) בהשוואה למועד הקבלה (ממוצע – 3.56, ס"ת – 1.61; $t=3.53$, $p<.001$). בתת-הסולם "דאגות בנוגע למשקל" לא נמצאו הבדלים מובהקים בין מועד הקבלה למועד השחרור ($t=0.96$, $p=ns$). במדד הדיכאון נמצאו גם כן הבדלים מובהקים, כך שערכי הדיכאון במועד השחרור נמצאו נמוכים יותר (ממוצע – 18.93, ס"ת – 13.47) מאשר במועד הקבלה (ממוצע – 22.83, ס"ת – 12.99; $t=3.32$, $p<.001$). עם זאת, חשוב לציין כי ערכי הדיכאון הממוצעים

בעת השחרור עדיין היו גבוהים מהסף הקליני לאבחון דיכאון (BDI>18, moderate/severe depression). לא נמצא הבדל מובהק בין מועד הקבלה לאשפוז לבין מועד השחרור במדד המחשבות האובדניות ($t=-1.53, p=ns$).

לוח 2: שינויים במאפיינים רפואיים ופסיכולוגיים של מתבגרים עם אנורקסייה בקבלה ובשחרור

שינוי – קבלה מול שחרור	שחרור		קבלה		
	t-test	ס"ת	ממוצע	ס"ת	
-13.48***	1.55	19.89	2.89	16.87	אינדקס מסת גוף (BMI)
3.32***	13.47	18.93	12.99	22.83	דיכאון (BDI)
-1.53	21.16	37.68	21.93	34.79	מחשבות אובדניות (SIQ)
3.53***	1.64	2.90	1.61	3.56	תסמינים של הפרעת אכילה (EDE total)
					תת-סולמות (EDE)
5.25***	1.84	2.61	2.02	3.78	איפוק באכילה
3.04**	1.68	2.28	1.57	2.87	דאגות בנוגע לאכילה
0.759	2.11	4.37	1.866	4.54	דאגות בנוגע למשקל
2.07*	2.31	4.08	2.024	4.59	דאגות בנוגע לצורת הגוף

BMI – body mass index, BDI – Beck Depression Inventory, SIQ – Suicide Ideation Questionnaire, EDE-Q – Eating Disorder Examination Questionnaire

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

שינוי במחשבות אובדניות במהלך האשפוז

בניתוח המשך נבחן השינוי במחשבות אובדניות בין מועד הקבלה לאשפוז לבין מועד השחרור, תוך שליטה במשתנה הדיכאון (בקבלה ובשחרור). בעוד שבניתוח הראשוני (t -test analysis) לא נמצאו הבדלים מובהקים במחשבות אובדניות בהשוואה בין מועד הקבלה ומועד השחרור, בניתוח הנוכחי נמצא כי מחשבות אובדניות בעת הקבלה (ממוצע – 35.38, ס"ת – 22.47) היו נמוכות באופן מובהק מהמחשבות האובדניות בעת השחרור (ממוצע – 38.30, ס"ת – 21.69, $F=4.61, p<.05, \text{partial } \eta^2=0.06$); זאת במצב שבו משתנה הדיכאון (בעת הקבלה ובעת השחרור) הוכנס לניתוח כמשתנה משותף (covariate).

שינוי בתסמינים של הפרעת אכילה במהלך האשפוז

מאחר שהממצאים בניתוחים הראשוניים הראו על כיוון של שינוי משותף בתת-הסולמות השונים של מדד ה-EDE, ניתוחי ההמשך נעשו למדד הכולל של התסמינים של הפרעות אכילה (EDE total), ולא לכל תת-סולם בנפרד, במטרה לפשט את הצגת התוצאות. בהתאם, נבחן השינוי בתסמינים של הפרעות אכילה בין מועד הקבלה לאשפוז לבין מועד השחרור, באמצעות ניתוח שונות למדידות חוזרות (repeated measures ANOVA) ותוך שליטה במשתנה הדיכאון (בקבלה ובשחרור). בניתוח זה נמצא כי ההבדל בין התסמינים של הפרעות אכילה בעת הקבלה (ממוצע – 3.52, ס"ת – 1.63) לבין התסמינים בעת השחרור (ממוצע – 3.01, ס"ת – 1.67) לא היו מובהקים ($F=0.375, p=.54, ns$).

מודל רגרסיה לניבוי השינוי בתסמינים של הפרעת אכילה באמצעות השינוי במחשבות אובדניות ודיכאון

לבדיקת הקשר המשולב בין השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה, השינוי בדיכאון והשינוי במחשבות האובדניות, נערך ניתוח רגרסיה לינארית-היררכית בשלושה צעדים. בניתוח הרגרסיה נבחן השינוי בתסמינים של הפרעות אכילה כתלוי בשינוי במחשבות אובדניות ובדיכאון לאורך האשפוז. המשתנה התלוי היה תסמינים של הפרעות אכילה בעת השחרור (EDE T2), אשר נובא על ידי שלושת הגורמים הבאים:

- א. תסמינים של הפרעות אכילה (EDE T1) ודיכאון (BDI T1) בכניסה לאשפוז
- ב. מחשבות אובדניות בכניסה לאשפוז (SIQ T1)
- ג. דיכאון (BDI T2) ומחשבות אובדניות (SIQ T2) בשחרור

בלוח 3 מוצגות תוצאות מודל הרגרסיה. המשתנים הבלתי תלויים במודל הרגרסיה הסבירו 57% מהשונות במשתנה התלוי ($R^2=.57$). **בצעד הראשון**, תסמינים של הפרעות אכילה בעת הקבלה נמצאו בקשר חיובי מובהק עם תסמינים של הפרעות אכילה בעת השחרור. לצד זאת, דיכאון בעת הקבלה לא נמצא בקשר מובהק עם תסמינים של הפרעות אכילה בעת השחרור. **בצעד השני**, מחשבות אובדניות בעת הקבלה לא נמצאו בקשר מובהק עם תסמינים של הפרעות אכילה בעת השחרור. **בצעד השלישי והאחרון**, דיכאון ומחשבות אובדניות בעת השחרור נמצאו בקשר מובהק עם תסמינים של הפרעות אכילה בעת השחרור.

הכנסת המשתנים המנבאים בעת הכניסה לאשפוז (T1, צעדים א–ב) מאפשרת הערכה של הקשר בין השינוי במחשבות אובדניות ובדיכאון (המיוצגים על ידי המשתנים ב-T2) לבין השינוי בתסמינים של הפרעות אכילה; זאת מעבר להשפעה של ערכי הבסיס (T1). בנוסף, הממצא ביחס למחשבות אובדניות, בהתחשב במדדי הדיכאון במודל הרגרסיה, מעיד על השפעה ייחודית של השינוי במחשבות אובדניות על השינוי בתסמינים של הפרעת אכילה, וזאת מעל ומעבר להשפעה שנמצאה לשינוי בדיכאון.

לוח 3: מודל רגרסיה לניבוי השינוי בתסמינים של הפרעות אכילה בין מועד האשפוז למועד השחרור, על ידי השינוי במחשבות אובדניות והשינוי בדיכאון בין מועדים אלו

T	טעות תקן	B		
2.77**	0.45	1.24	(קבוע)	צעד 1
2.95**	0.14	0.40	EDE (זמן 1)	
0.85	0.02	0.01	BDI (זמן 1)	
2.86**	0.35	1.01	(קבוע)	צעד 2
2.93**	0.11	0.32	EDE (זמן 1)	
-1.92	0.02	-0.03	BDI (זמן 1)	
-0.69	0.01	-0.01	SIQ (זמן 1)	
2.30*	0.35	0.81	(קבוע)	צעד 3
2.53*	0.11	0.27	EDE (זמן 1)	
-1.08	0.02	-0.02	BDI (זמן 1)	
-1.99	0.01	-0.02	SIQ (זמן 1)	
4.23***	0.02	0.07	BDI (זמן 2)	
2.43*	0.01	0.03	SIQ (זמן 2)	

BDI – Beck Depression Inventory, SIQ – Suicide Ideation Questionnaire, EDE-Q – Eating Disorder Examination Questionnaire.

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

דין

במחקר הנוכחי נבדק הקשר בין הפרעת אכילה, אובדנות ודיכאון, כפי שעלה ממדגם של בני נוער שאושפזו במחלקה פסיכיאטרית וסבלו מהפרעת אכילה מסוג אמורקסייה נרבוזה. במחקר ניסינו לשפוך אור על הקשר המשולב בין שלושת הגורמים, ובעיקר לעמוד על השפעתן הייחודית של מחשבות אובדניות על הפרעת האכילה ועל מהלך הטיפול בה. מחקרים קודמים התייחסו לדיכאון ולשינוי בו כגורם פרוגנוסטי בטיפול בהפרעת אכילה (Fewell, Levinson, & Stark, 2017). להבדיל, מחשבות והתנהגות אובדניות נחקרו לרוב בהקשר של הערכה וניבוי של סיכון אובדני, ולא כמשתנה פסיכולוגי בעל השפעה ייחודית על פסיכופתולוגיה ועל תהליכי טיפול.

ממצאי המחקר מעידים על שיפור במצב הגופני, בתסמינים הקשורים להפרעת האכילה (כפי שהם נמדדים בשאלון תסמינים) ובדיכאון במהלך תקופת האשפוז במחלקה. ממצאים אלה נמצאים בהלימה עם ממצאים ממחקרים נוספים, אשר הראו על שיפור בתסמינים של הפרעת האכילה (Schlegl et al., 2016) ובדיכאון (Meehan, Loeb, Roberto, & Attia, 2006) במסגרת טיפול באשפוז של בני נוער

ומבוגרים. עם זאת, בהשוואה שבין הקבלה לאשפוז לבין השחרור, מדד המחשבות האובדניות בניתוחים ראשוניים נמצא ללא שינוי. ממצא מעניין זה הוביל אותנו לערוך ניתוחי המשך. בבדיקת השינוי במחשבות אובדניות בין הקבלה לאשפוז לשחרור, כאשר משתנה הדיכאון בעת הקבלה ובעת השחרור הוחזק כקבוע, נמצא כי בשחרור הייתה עלייה במחשבות האובדניות. בעוד הדיכאון נמצא במגמת שיפור בתקופת הטיפול במחלקה אשפוזית, נדמה כי המחשבות האובדניות, כאשר הן נבדקות במזוקק מהשפעת הדיכאון, מתמידות, ואף מצויות במגמת החמרה. אנו משערים כי ממצא זה משקף את השיפור התפקודי שמתרחש במהלך הטיפול במסגרת אשפוזית, הנובע בין השאר מתוכנית התנהגותית מוקפדת המחייבת את הנבדק לחשיפה ולתפקוד לימודיים וחברתיים יום-יומיים. בנוסף, תחושת השייכות בתוך קבוצת המטופלים, ההקלה והשחרור מדאגה מתמדת לאוכל והראייה המחודשת של המטופל בסביבה החברתית הטיפולית תורמים גם הם לשיפור הנראה במדד הדיכאון. כמו כן, סביר כי העלייה במשקל בתקופת האשפוז והיציאה ממצב תת-תזונה קיצוני בחלק מהמקרים קשורים לשיפור במצב הרוח, מה שמשקף במדד הדיכאון.

ייתכן שההתמדה העיקשת של המחשבות האובדניות מסמנת את הגרעין הקשה אשר נמצא בליבת הפרעת האכילה ולכן עמיד יותר לשינוי. הסובלים מהפרעת אכילה מתאפיינים בתחושות של ייאוש, חוסר תקווה ותחושת אין מוצא, בעיקר במצב שבו הם נאלצים להתמודד עם שינוי מהיר בגוף ולקיים הרגלי אכילה שמטרתם עלייה משמעותית במשקל. ניתן לשער כי בסמוך לשחרור מהאשפוז, חוויה זו בולטת במיוחד. מועד השחרור מסמן לרוב גם את ההגעה למשקל היעד, אשר הופך בתהליך הטיפולי למושא החרדה, שכן הוא מייצג את ההגעה למשקל גוף תקין, שממנו רצו לברוח. כמו כן, השחרור מן האשפוז עשוי להביא עמו עלייה בעוצמות החרדה בשל חשש מאיבוד שליטה בתיאבון ובמשקל, לצד עלייה בתחושות של חוסר אונים בשל היציאה ממסגרת מובנית ומחזיקה ודרישה לחזור לתפקוד במסגרת הבית, בית הספר והחברה.

אנו משערים כי ההבחנה בין דיכאון וחשיבה אובדנית שעולה ממחקרנו מייצגת מרכיב חשוב בתהליך הטיפול במחלקה. בתהליך תיקון הגוף, מטרת התוכנית הטיפולית היא לחזק את התפקוד ולבנות הערכה עצמית וחויית מסוגלות, תחושה של שייכות לקבוצה וראייה חיובית לעתיד. נראה כי כל אלה משתקפים בשיפור שנמצא ברמת הדיכאון. לצד אלה, בתהליך תיקון הגוף נלקח מהמטופל או מהמטופלת מרכיב שהפך במקרים רבים מרכזי במשמעות חייהם – הרזון והיכולת להתמודד עם הרעב ולשלוט בדחפים.

לפי תאוריית העצמי (self-psychology), אצל נערות עם הפרעות אכילה יש פגיעה ביצירת מבנים נרקסיסטיים. בכר (2001) הדגיש את אכזבתן של נערות עם הפרעות אכילה מאובייקטים אנושיים למילוי צורכי זולת-עצמי ואת פנייתן לאכילה או לאי-אכילה לשם מילוי צרכים אלה. במקביל הוא תיאר את הפחד של הנערה הסובלת מאנורקסיה "לתפוס מקום", אשר קשור גם בתחושה של היעדר זכות להתקיים ולחיות. בתהליך הטיפול בהפרעת האכילה, דרך נרמול הרגלי

האכילה והעלייה במשקל, הנערה מאבדת את השליטה באכילה כאובייקט למילוי צורכי זולת-עצמי לא מסופקים. כמו כן, תהליך העלייה במשקל עשוי לעורר ביתר שאת את הפחד "לתפוס מקום" ואת האשמה הנלווית אליו. מאפיינים אלה עשויים להסביר את העלייה בחשיבה האובדנית ומהווים כר לעבודה טיפולית, במקביל לתהליך השיקום הגופני.

מושג המשמעות לחיים (life meaning) נחקר רבות בשנים האחרונות כגורם מנבא של פסיכופתולוגיה ושל איכות חיים (well being). משמעות לחיים מוגדרת כתחושה של האדם כי הוא ממלא (או נמצא בתהליך של מילוי) מטרות אשר מספקות לו חוויית ערך ומשמעות בחייו (Battista & Almond, 1973). כך למשל, היעדר משמעות לחיים נמצא בקשר חיובי עם מחשבות אובדניות בקרב חיילים הסובלים מדיכאון (Braden, Overholser, Fisher, & Ridley, 2015). הפרעת האכילה, על אף היותה אסטרטגיית התמודדות פתולוגית, מקנה לעיתים למטופל חוויה של משמעות לחיים. אובדן מהיר שלה, ללא תחליף מספק, עשוי להסביר את החשיבה האובדנית המתגברת ככל שמתקדם הטיפול. בנוסף, אנו משערים כי תחושת שייכות אשר נבנית בהדרגה במסגרת הטיפול במחלקה עשויה להשפיע על דפוס של החמרה בחשיבה האובדנית לקראת השחרור, בשל אובדנה הצפוי. לפי ג'וינר ועמיתים (Joiner et al., 2009), קושי בשייכות הוא אחד הגורמים המרכזיים להתהוות של אובדנות. ייתכן כי שחרור מהמחלקה מהווה פגיעה בתחושת השייכות, מה שעשוי להסביר את העלייה שנצפתה בחשיבה האובדנית.

אפשר שהירידה בדיכאון וההטבה בתסמינים בהקשר של הפרעת האכילה לקראת שחרור מסתירים מצוקה פנימית משמעותית שנותרה בעינה. ממצאים אלה מעלים את הצורך בניטור החשיבה האובדנית לאורך הטיפול במחלקה, ובעיקר לקראת מועד השחרור. בנוסף, מחקרים קודמים הדגישו את החשיבות של רצף טיפולי לאחר אשפוז במניעה של נסיגה (relapse) ובשימור הישגי הטיפול (Fennig, Fennig, & Roe, 2002). כפי שתואר קודם לכן, חשוב יהיה לבדוק במחקרי המשך את דפוס השינוי במחשבות אובדניות לאחר השחרור מהאשפוז וכן עם סיום טיפולי מרפאה ארוכי טווח. ניתן לקוות כי בטיפול ארוך טווח מתאפשר תהליך הדרגתי של קבלת מגבלות הגוף וחוסר השלמות שלו והשלמה עמם, ועקב כך מתאפשרת גם הקלה בתחושת הייאוש ובחשיבה האובדנית.

ממצא מעניין נוסף נוגע לקשר בין השינוי במחשבות אובדניות לבין השינוי בתסמינים של הפרעת האכילה לאורך האשפוז. מחקרים קודמים העלו ממצאים מעורבים ביחס לגורמים המנבאים את תוצאות הטיפול בהפרעת אכילה. כך למשל, במחקר שנערך בקרב מבוגרים באשפוז נמצא כי חומרת הדיכאון לא ניבאה את מידת השיפור בהפרעת האכילה (Calugi, El Ghoch, Conti, & Dalle Grave, 2014). מחקר אחר הראה כי דיכאון, דאגות ותפקודים פרו-סוציאליים ניבאו את השיפור בהפרעת האכילה בשחרור מאשפוז וכן במעקב לאחר שנה (Fewell et al., 2017). במחקר נוסף נמצא כי השינוי בדיכאון בחודש הראשון לטיפול באשפוז הוא מנבא של הפרוגנוזה לאחר השחרור מאשפוז (Kahan et al., 2019). למיטב ידיעתנו, לא נבדק בעבודות

קודמות הקשר שבין השינוי במחשבות אובדניות לבין השיפור בהפרעת האכילה במהלך אשפוז. ניתן לשער כי עלייה במחשבות האובדניות כרוכה בחוויה של מיעוט כוחות וקושי להילחם בהפרעת האכילה ולעמוד בדרישות הטיפול הגבוהות. כמו כן, ייתכן כי תחושת ייאוש קשורה בצורך להיאחז בתסמינים של הפרעת האכילה כדרך לשמור על חיות וחיוניות. מחקרים קודמים התייחסו להתנהגויות של הפרעת אכילה כאל דרך לוויסות רגשות שליליים, כמו חרדה (Giner-Bartolome et al., 2017). אפשר שמהלך דומה קורה בהקשר של מחשבות אובדניות. מנגד, ניתן לשער כי ירידה בחשיבה האובדנית תייצג יכולת גוברת לקבלה התהליך הטיפולי והשלמה עמו ותלווה בהתאם בשיפור בתסמינים של הפרעת האכילה.

בשלב ראשון, נראה כי חשוב לבצע בתחילת התהליך הטיפולי הערכת אובדנות מקיפה; זאת עקב ההשפעה של ממד זה על הפרוגנוזה והחשיבות הטמונה בשכלול בתוכנית הטיפולית. חשוב לציין שבמחקר הנוכחי מצאנו כי האפקט של מחשבות אובדניות וגם האפקט של הדיכאון הם במדד השינוי, ולא ברמת הבסיס. ממצא זה מהווה המשך למחקר קודם שנערך בקרב מדגם זה, ואשר התמקד בשינוי בדיכאון בחודש הראשון לאשפוז כמנבא פרוגנוסטי לתוצאות הטיפול. לפיכך, בדיקת האובדנות או הדיכאון בראשית הטיפול היא הכרחית, אך אינה מספקת. מדד השינוי במחשבות אובדניות ובדיכאון משקף את ההתמודדות של המטופל ואת כוחות הנפש הדרושים לו כדי להתמודד עם הכאב של שינוי הגוף וחזרה לאכילה הנורמטיבית.

למחקר הנוכחי כמה מגבלות הנוגעות לכלי המדידה ולאוכלוסיית המחקר. רכיב האובדנות נמדד על ידי שאלון דיווח עצמי להערכת חשיבה אובדנית בלבד. לא נעשתה הערכה מקיפה של אובדנות, לרבות התנהגות אובדנית, פציעה עצמית וניסיונות אובדניים. המחקר התבסס על מדדי דיווח עצמי (למעט ה-BMI). לא נעשה שימוש במדדים עוקפי דיווח עצמי להערכה של חומרת הפרעת האכילה ושל מידת השינוי בה. קיים צורך במחקרי המשך, שיבחנו את הקשר המורכב בין דיכאון, אובדנות והפרעת אכילה, תוך שימוש בכלים נוספים. כמו כן, המדגם כלל משתתפות הסובלות מהפרעת אכילה מסוג אנורקסייה נרבוזה בלבד. מחקרי המשך נחוצים בכדי לאפיין גם את הקשרים שתוארו בקרב האוכלוסייה של הסובלות מהפרעות אכילה אחרות, דוגמת בולימיה. מעבר לצורך המחקרי, ביצוע הערכות חוזרות עשוי להיות כלי טיפולי חזק ולשמש כהסבר פסיכולוגי (פסיכואדוקציה) ולהתוויה וחיזוק של התוכנית הטיפולית. למשל, במקרים מסוימים ניתן יהיה לשקף למטופל באמצעות שאלוני הדיווח את ההדרגתיות של תהליך ההחלמה מאנורקסייה – החל מתיקון הגוף, דרך השיפור בתסמינים ההתנהגותיים ועד לשיפור בתסמינים הקוגניטיביים. שאלון האובדנות עשוי להיות פתח לעיסוק בחוויות הרגשיות הכואבות שכרוכות בתהליך ההחלמה. כמו כן, ניתן לשקף למטופלים את ההשפעה המעכבת שיש לחשיבה האובדנית על ההתקדמות בטיפול ועל ההתמודדות עם הפרעת האכילה.

לצד המאבק בהפרעת האכילה, קיים צורך בבנייה של משמעות חדשה לחיים, שהיא מסתגלת וגמישה יותר. "מודל יצירה המשמעות" (The Meaning Making Model) מתייחס לתהליך ההסתגלות הפסיכולוגי לאחר אירועי חיים קשים או

טראומטיים (Park, 2010). לפי תאוריה זו, היכולת למצוא סיבה לאירועי חיים קשים ולמצוא בהם היגיון עשויה להוביל לחוויה שהחיים הם בעלי משמעות. מנגד, חוסר יכולת למצוא סיבה לאירועים כאלה עלול להביא לדיכאון ולעלייה במצוקה הנפשית. תוכניות אשר מקדמות בניית משמעות לחיים פותחו לטיפול באוכלוסיות שונות: מטופלים הסובלים מדיכאון (Seligman, Rashid, & Parks, 2006), חולי סרטן (Greenstein & Breitbart, 2000) ועוד. אפילו בקרב אוכלוסייה כללית המטופלת בפסיכותרפיה נמצא כי חוויות של קידום המשמעות לחיים היו קשורות בהטבה תסמינית משמעותית (sudden gains) בטיפול (Adler, Harmeling, & Walder-Biesanz, 2013). למיטב ידיעתנו, תחום זה לא נחקר בעבר בהקשר של טיפול בהפרעות אכילה, והוא עשוי להוות כיוון מעניין לפיתוח ומחקר בהמשך.

מאמר זה עסק בתהליך הטיפול באנורקסיה נרבוזה, הפרעת אכילה קשה ועיקשת. הטיפול בה הוא מורכב, דורש מהמטופל גיוס כוחות רבים וכרוך גם בכאב ובאובדן. המטופל או המטופלת נאלצים לוותר בהדרגה על המשאלה לחוות את הגוף כ"מושלם" ועל חוויית השליטה המוחלטת בגוף ובאכילה. אנו מעריכים כי החשיבה האובדנית הנוכחת במהלך הטיפול ואף בסופו מייצגת את הקושי העצום שכרוך בו. במקביל, נראה כי השיקום הגופני והמסגרת המובנית והמחזיקה מאפשרים גם תהליכי שיפור וצמיחה – הטבה תסמינית ותפקודית. התנועה בין הקטבים, בין הייאוש לבין השאיפה לחיים נורמטיביים ומלאים, היא בליבת הטיפול בסובלים ובסובלות מהפרעת אכילה. בכדי לוותר על התסמינים של הפרעת האכילה ולשמור על משקל גוף תקין ועל הרגלי אכילה נורמטיביים, נדרש תהליך של השלמה עם הגוף ועם העצמי וקבלה שלהם, על אף חוויה של כאב וחוסר שלמות. ניתן לקוות שלאורך זמן גם החשיבה האובדנית דועכת, כך שמתאפשרת גם השלמה עם חוסר השלמות והכאב שבחיים, לצד רצון לחיות וקיומה של תקווה לעתיד.

מקורות

- בכר, איתן (2001). **הפחד לתפוס מקום: אנורקסיה ובולימיה – טיפול לפי גישת הפסיכולוגיה של העצמי**. ירושלים: מאגנס.
- Adler, J. M., Harmeling, L. H., & Walder-Biesanz, I. (2013). Narrative meaning making is associated with sudden gains in psychotherapy clients' mental health under routine clinical conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(5), 839–845. Available at <https://doi.org/10.1037/a0033774>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub. Available at <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Anderson, L. K., Murray, S. B., & Kaye, W. H. (2017). *Clinical handbook of complex and atypical eating disorders* (Vol. 1). Available at <https://global.oup.com/?cc=us>
- Battista, J., & Almond, R. (1973). The development of meaning in life. *Psychiatry, 36*, 409–427.

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division, Harper & Row. Available at <https://doi.org/10.1080/00332747.1973.11023774>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490–498. Available at <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.83>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988) Psychometric properties of the beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. Available at [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier P., & Crow, S. J. (2012) Psychometric evaluation of the eating disorder examination and eating disorder examination-questionnaire: Systematic review of the literature. *International Journal Eating Disorder*, 45(3), 428–438. Available at <https://doi.org/10.1002/eat.20931>
- Braden, A., Overholser, J., Fisher, L., & Ridley, J. (2015). Life meaning is associated with suicidal ideation among depressed veterans. *Death Studies*, 39(1), 24–29. Available at <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.871604>
- Brand-Gothelf, A., Leor, S., Apter, A., & Fennig, S. (2014). The impact of comorbid depressive and anxiety disorders on severity of anorexia nervosa in adolescent girls. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(10), 759–762. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000194
- Brausch, A. M., & Muehlenkamp, J. J. (2014). Experience of the body. In L. Claes & J. J. Muehlenkamp (Eds.), *Non-suicidal self-injury in eating disorders* (pp. 237–253). Berlin & Heidelberg: Springer. Available at <https://doi.org/10.1007/978-3-642-401077>
- Calugi S., El Ghoch, M., Conti, M., & Dalle Grave, R. (2014) Depression and treatment outcome in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 218(1–2), 195–200. Available at <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.024>
- Corcus, M., Taieb, O., Benoit-Lamy, S., Paterniti, S., Jeammet, P., & Flament, M. F. (2003). Suicide attempts in women with bulimia nervosa: Frequency and characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(5), 381–386. Available at <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02318.x>
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363–370. Available at [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4<363:AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4<363:AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23)
- Favaro, A., & Santonastaso, P. (1995). Purging behaviors, suicide attempts, and psychiatric symptoms of 398 eating disordered subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 20(1), 99–103. Available at [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199607\)20:1<99:AID-EAT11>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199607)20:1<99:AID-EAT11>3.0.CO;2-E)
- Fennig, S., Brunstein Klomek, A., Shahar, B., Sarel-Michnik, Z., & Hadas, A. (2017). Inpatient treatment has no impact on the core thoughts and perceptions in adolescents with anorexia nervosa. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(3), 200–207. Available at <https://doi.org/10.1111/eip.12234>

- Fennig, S., Fennig, S., & Roe, D. (2002). Physical recovery in Anorexia nervosa: Is this the sole purpose of a child and adolescent medical-psychiatric unit? *General Hospital Psychiatry, 24*(2), 87–92. Available at [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(01\)00185-2](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(01)00185-2)
- Fennig, S., & Hadas, A. (2010). Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry, 64*(1), 32–39. Available at <https://doi.org/10.3109/08039480903265751>
- Fewell, L. K., Levinson, C. A., & Stark, L. (2017). Depression, worry, and psychosocial functioning predict eating disorder treatment outcomes in a residential and partial hospitalization setting. *Eating and Weight Disorders, 22*(2), 291–301. Available at <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0357-6>
- Giner-Bartolome, C., Mallorquí-Bagué, N., Tolosa-Sola, I., Steward, T., Jimenez-Murcia, S., Granero, R., & Fernandez-Aranda, F. (2017). Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: associations with heart rate variability and state-trait anxiety. *Frontiers in Psychology, 8*, 1163. Available at <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01163>
- Greenstein, M., & Breitbart, W. (2000). Cancer and the experience of meaning: A group psychotherapy program for people with cancer. *American Journal of Psychotherapy, 54*, 486–500. Available at <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2000.54.4.486>
- Hughes, E. K. (2012). Comorbid depression and anxiety in childhood and adolescent anorexia nervosa: Prevalence and implications for outcome. *Clinical Psychologist, 16*(1), 15–24. Available at <https://doi.org/10.1111/j.1742-9552.2011.00034.x>
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. Washington, DC: American Psychological Association. Available at <https://doi.org/10.1037/11869-000>
- Kahn, M., Brunstein-Klomek, A., Hadas, A., Snir, A., & Fennig, S. (2019). Early changes in depression predict outcomes of inpatient adolescent anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 1-9*, 7–785. Available at <https://link.springer.com/journal/40519>
- Keski-Rahkonen, A., Raevuori, A., Bulik, C. M., Hoek, H. W., Rissanen, A., & Kaprio, J. (2014). Factors associated with recovery from anorexia nervosa: A population-based study. *International Journal of Eating Disorders, 47*(2), 117–123. Available at <https://doi.org/10.1002/eat.22168>
- Meehan, K. G., Loeb, K. L., Roberto, C. A., & Attia, E. (2006). Mood change during weight restoration in patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 39*(7), 587–589. Available at <https://doi.org/10.1002/eat.20337>
- Milos, G., Spindler, A., Hepp, U., & Schnyder, U. (2004). Suicide attempts and suicidal ideation: Links with psychiatric comorbidity in eating disorder

- subjects. *General Hospital Psychiatry*, 26(2), 129–135. Available at <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2003.10.005>
- Oquendo, M. A., Currier, D., & Mann, J. J. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(3), 151–158. Available at <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x>
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136, 257–301. Available at <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Patton, G. C. (1988). Mortality in eating disorders. *Psychological Medicine*, 18(4), 947–951. Available at <https://doi.org/10.1017/S0033291700009879>
- Pisetsky, E. M., Crow, S. J., & Peterson, C. B. (2017). An empirical test of the interpersonal theory of suicide in a heterogeneous eating disorder sample. *International Journal of Eating Disorders*, 50(2), 162–165. Available at <https://doi.org/10.1002/eat.22645>
- Reynolds, W. M. (1987). *Suicidal ideation questionnaire (SIQ)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rhodes, A. E., & Bethell, J. (2008). Suicidal ideators without major depression – whom are we not reaching? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(2), 125–130. Available at <https://doi.org/10.1177/070674370805300209>
- Schlegl, S., Diedrich, A., Neumayr, C., Fumi, M., Naab, S., & Voderholzer, U. (2016). Inpatient treatment for adolescents with anorexia nervosa: Clinical significance and predictors of treatment outcome. *European Eating Disorders Review*, 24(3), 214–222. Available at <https://doi.org/10.1002/erv.2416>
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774–778.
- Smith, A., Forrest, L., & Velkoff, E. (2018). Out of touch: Interoceptive deficits are elevated in suicide attempters with eating disorders. *Eating Disorders*, 26(1), 52–65. DOI: 10.1080/10640266.2018.1418243
- Smith, A. R., Dodd, D. R., Forrest, L. N., Witte, T. K., Bodell, L., Ribeiro, J. D., et al. (2016). Does the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide provide a useful framework for understanding suicide risk among eating disorder patients? A test of the validity of the IPTS. *International Journal of Eating Disorders*, 49(12), 1082–1086. Available at <https://doi.org/10.1002/eat.22588>
- Smith, A. R., Zuromski, K. L., & Dodd, D. R. (2018). Eating disorders and suicidality: What we know, what we don't know, and suggestions for future research. *Current Opinion in Psychology*, 22, 63–67. Available at <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.023>
- Witte, T. K., Timmons, K. A., Fink, E., Smith, A. R., & Joiner, T. E. (2009). Do major depressive disorder and dysthymic disorder confer differential risk for suicide? *Journal of Affective Disorders*, 115(1–2), 69–78. Available at <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.09.003>

טיפול בחשיפה ממושכת במתבגרים הסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית ואובדנות

לילך רחמים

תקציר

שיעור גבוה של חשיפה לאירועים טראומטיים בגיל ההתבגרות מהווה גורם סיכון להתפתחות של פסיכופתולוגיה, לרבות דיכאון מזויר, הפרעת דחק פוסט-טראומטית, אבל טראומטי, שימוש בחומרים ממכרים, חשיבה אובדנית ופגיעה עצמית. הספרות מצביעה על קשר בין הפרעת דחק פוסט-טראומטית לאובדנות במתבגרים. בחלקו הראשון של מאמר זה, מוצגת סקירת ספרות על הפרעת דחק פוסט-טראומטית במתבגרים והקשר שלה עם חשיבה והתנהגות אובדניות ופגיעה עצמית ללא כוונה אובדנית. בחלקו השני של המאמר, מוצגת סקירה על טיפול מבוסס ראיות במתבגרים ובחייילים בשירות סדיר שעלולים לפתח הפרעת דחק פוסט-טראומטית בעקבות חשיפה לקרב, טרור ואובדן טראומטי. כיום, אין התוויה לטיפול במתבגרים הסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית ואובדנות. משום כך, בחלקו השלישי של המאמר, מוצג מודל קליני שפותח להתערבות במתבגרים הסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית ואובדנות. מודל זה משלב טיפול בחשיפה ממושכת והתערבויות מבוססות ראיות למניעת אובדנות.

מילות מפתח: אובדנות, פגיעה עצמית, מתבגרים, חיילים, הפרעת דחק פוסט-טראומטית, תוכנית ביטחון

הקדמה

בשנים 2013–2015 עשירית מכלל מקרי ההתאבדויות במדינת ישראל היו נערים ונערות עד גיל 24, 14% בקרב בנים ו-10% בקרב בנות. שיעור ההתאבדויות נמצא במגמת ירידה ממחצית שנות התשעים, והירידה הגבוהה ביותר בשיעור ההתאבדות בעשור האחרון נרשמה בקרב מתבגרים ובוגרים צעירים (גילאי 15–24) (משרד הבריאות, 2018). הערכת גורמי הסיכון וטיפול באוכלוסייה זו יכולו לתרום להפחתת שיעורי האובדנות.

אחד מגורמי הסיכון לאובדנות ולדיכאון במתבגרים היא הפרעת דחק פוסט-טראומטית (Panagioti, Gooding, Triantafyllou, & Tarrier, 2015). הספרות המחקרית מצביעה על שכיחות גבוהה מאוד של חשיפה לאירועים טראומטיים בקרב מתבגרים ועל שכיחות משמעותית של הפרעת דחק פוסט-טראומטית בעקבות חשיפה לאירועים טראומטיים (13% בקרב מתבגרים, לעומת 7% בקרב בוגרים) (Nooner et al., 2012). בישראל, המחקר מצביע על שיעור גבוה של חשיפה לאירועים טראומטיים במתבגרים ובוגרים צעירים; לדוגמה, 67% מהסטודנטים

באוניברסיטה דיווחו שהם נחשפו במהלך החיים למספר אירועים טראומטיים, לרבות מלחמה, טרור, תאונת דרכים, אלימות, אובדן אדם קרוב בנסיבות טראומטיות ותקיפה מינית (Amir & Sol, 1999); 46% מבני הנוער בישראל נחשפו לאירועי טרור (Chemtob, et al., 2011). בסקר שנערך בקרב 4,859 מבוגרים מעל גיל 21 (משרד הבריאות, 2012) נמצא ש-95% מהמשתתפים שסבלו מהפרעות דיכאון, חרדה והפרעת דחק פוסט-טראומטית, עברו אירועים שליליים בילדות או בגיל ההתבגרות, בכלל זה חשיפה להתעללות גופנית או להתעללות מינית. זאת ועוד, דווח שמחציתם של הפצועים הנזקקים לטיפול במרכזי רפואה דחופה בעקבות אלימות ותאונות דרכים הם צעירים בגילים 15–24, וקרוב ל-60% מנפגעי כוונה הם ילדים עד גיל 14 (המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, 2016).

הפרעת דחק פוסט-טראומטית, הפרעות נלוות ואובדנות בקרב מתבגרים

הפרעת דחק פוסט-טראומטית עלולה להתפתח בתגובה לחשיפה ממשית למוות, לפגיעה חמורה ולפגיעה מינית או לאיום שלהם, המתרחש עקב עדות או גילוי שאדם קרוב נחשף לאירוע טראומטי. ההפרעה כוללת את התסמינים הבאים: (א) תסמינים חודרניים (זיכרונות לא רצויים מעוררי מצוקה רגשית או גופנית, ביעותי לילה, פלשבקים); (ב) תסמינים של הימנעות ממזכירי טראומה, לרבות מחשבות, רגשות, מצבים ואנשים; (ג) שינויים שליליים ברגשות ובחשיבה (ירידה במצב רוח חיובי ואובדן הנאה, חרדה, אשמה, כעס ובושה); האשמה מעוותת ובלתי פוסקת באחריות לאירוע; אמונות שליליות על העולם והעצמי ("אני אדם חסר מסוגלות", "העולם מסוכן מאוד"); (ד) תסמינים של עוררות יתר ותגובתיות (חוסר שקט ותוקפנות, התנהגות מסכנת או הרסנית, תגובות בהלה ודריכות יתר, קשיי ריכוז וקשיי שינה) (American Psychiatric Association, 2013). גורמי הסיכון להתפתחות ההפרעה הם: (א) סוג הטראומה – ככל שהאירוע הטראומטי חריף יותר, כגון תקיפה אלימה, אובדן אדם משמעותי בנסיבות טראומטיות ופגיעה חמורה, אשר גורמים לרגשות בושה או אשמה, כך הסיכון גדל (57% בעקבות פגיעה מינית, לעומת 10% בעקבות אסונות טבע); (ב) מגדר – הסיכון כפול בקרב נערות; (ג) אירועים טראומטיים חוזרים, כגון אלימות חוזרת, חשיפה חוזרת לאירועי טרור; (ד) הימצאותה של רשת תמיכה חברתית ומשפחתית. פסיכופתולוגיה של אחד ההורים ותפקוד משפחתי לקוי מהווים גורמי סיכון להתאוששות והחלמה (Nooner et al., 2012).

מתבגרים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית מדווחים על שינויים בתפיסת העולם והעצמי, לרבות תחושת פגיעות מול עולם מסוכן, ועל חוויית שינוי בלתי הפיך בעצמם (Meiser-Stedman, Glucksman, Dalgleish, Yule, & Smith, 2009). להפרעה דחק זו השלכות משמעותיות על ההתפתחות הנורמטיבית בתחומים הבין-אישי, המשפחתי, האקדמי והתעסוקתי, והיא עשויה לחולל שינויים משמעותיים בתפיסת העולם (Meiser-Stedman et al., 2009). אירוע טראומטי עשוי להפריע לחוויית

הרצף של העצמי ולתהליך גיבוש זהות ועצמאות, שמהווים משימה התפתחותית מרכזית בגיל ההתבגרות. אלו עשויים להתבטא באמונות פוסט-טראומטיות שכיחות בקרב מתבגרים, כגון: "מאז האירוע אני מרגיש שאני ילד אחר"; "הייתי ילד שמח, אבל מאז האירוע אני עצוב כל הזמן"; "ההתנהגות שלי והתגובות שלי מאז האירוע מעידים על כך שהשתנתי לרעה" (רחמים, 2016). ערעור על חוויית הרצף ועל האמון בעצמי ובעולם עשויים לשמר ואף להעצים מצוקה פוסט-טראומטית, תפיסת היעדר מסוגלות וחוסר אונים. הסובלים מתסמינים פוסט-טראומטיים ינסו להתגונן מפני פגיעה והצפה רגשית ולגונן על אחרים על ידי הימנעות, בריחה והתבודדות. להימנעות רגשית ולהימנעות קוגניטיבית יש תפקיד מרכזי באי-החלמה לאחר טראומה במבוגרים (Foa & Kozak, 1986) ובלידים ומתבגרים (Meiser-Stedman et al., 2009), שכן הן משמרות ומחזקות תפיסות שליליות על העצמי ועל העולם (פגיעות וחוסר מסוגלות, העולם הוא מקום בלתי צפוי ומסוכן), תגובות התנהגותיות וגופניות, לרבות דריכות יתר ועמידה על המשמר, ורגשות חרדה, כעס ואשמה.

הפרעת דחק פוסט-טראומטית מאופיינת על פי רוב בתחלואה נלווית: במחקר מטה-אנליטי נמצא ש-30%–80% ממתבגרים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית דיווחו על חשיבה אובדנית ו-15%–50% דיווחו על ניסיונות אובדניים (Panagioti et al., 2015); בקרב 41% מהם נמצא דיכאון, לעומת 8% מבני הנוער ללא אבחנה, וכן נמצאה גם פגיעה עצמית ללא כוונה אובדנית. בקרב מתבגרים שעברו התעללות גופנית ומינית שכיחים קשיים בין-אישיים וביטחון עצמי נמוך, בעיות התנהגות והישגים אקדמיים נמוכים (Cohen et al., 2010). התעללות מינית בילדות נמצאה כגורם מנבא של פגיעה עצמית ללא כוונה אובדנית אצל מתבגרים. כמו כן, בקרב מתבגרים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית, תסמינים חודרניים, הימנעות וקהות רגשית ניבאו פגיעה עצמית (Weierich & Nock, 2008). קשר גבוה נמצא בין הפרעת דחק פוסט-טראומטית לשימוש בחומרים ממכרים (80% מהסובלים מהפרעה זו סובלים מתחלואה כפולה שהחלה בגיל ההתבגרות) לקשיים בוויסות הרגשי ולבעיות בריאותיות (Nooner et al., 2012); זאת ועוד, ההפרעה עשויה להפריע בהגשמה עצמית ובשגשוג. במחקר אורך נמצא שרק 22% מבין הבוגרים שחווי אירועי התעללות והזנחה בילדות הגשימו את עצמם כבוגרים בתחומי חיים משפחתיים, חברתיים, אקדמיים ומקצועיים (McGloin & Widom, 2001).

חיילים הם תת-קבוצה של בוגרים צעירים שמתגייסים לצבא בעודם מתבגרים, ואשר במהלך שירותם הצבאי עלולים להיחשף לאירועים טראומטיים שונים, בפרט טרור ולחימה. הספרות מצביעה על כך שאובדנות בקרב חיילים בשירות ובקרב חיילים משוחררים גבוהה משמעותית משיעורי האובדנות באוכלוסייה בעלת מאפיינים דומים שלא שירתה בצבא (Rudd, 2012). שכיחות החשיבה האובדנית בקרב חיילים משוחררים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית גבוהה משמעותית משכיחותה בקרב חיילים משוחררים ללא אבחנה (Jakupcak & Varra, 2011). קיימים מאפיינים ותנאים ייחודיים לאוכלוסייה זו, ובכלל זה שכיחות גבוהה של הפרעת דחק פוסט-טראומטית בעקבות לחימה, גישה ישירה לנשק וצורך בהתערבויות טיפול קצרות מועד, זאת

בשל התנאים הדינמיים בשירות הצבאי (Rudd, 2012). בהמשך מאמר זה תיסקרנה התערבויות טיפול להפרעת דחק פוסט-טראומטית ואובדנות.

גורמי סיכון וגורמים מתווכים בין הפרעת דחק פוסט-טראומטית לאובדנות

הספרות מצביעה על קשר בין אובדנות והפרעת דחק פוסט-טראומטית (מחקר בנושא הראה כי 6% מהמתבגרים עם אבחנה של הפרעת דחק פוסט-טראומטית ביצעו ניסיון אובדני, לעומת 2% מאוכלוסיית מתבגרים ללא אבחנה) (Nooner et al., 2012). נוכח הנתונים עולה שאלה בדבר הגורמים המתווכים לאובדנות. הספרות מדווחת על גורמים שכיחים, לרבות: סוג הטראומה, מגדר, רגשות בושה ואשמה, רמות גבוהות של אימפולסיביות ותוקפנות, אירועי חיים טראומטיים קודמים, היסטוריה של אובדנות במשפחה וניסיונות אובדניים קודמים של המטופל וכן חומרת התסמינים הפוסט-טראומטיים והדיכאוניים (Bryan, 2016). זיהוי גורמים אלו חשוב בין היתר גם לתכנון התערבויות מניעה וטיפול.

מחקרים תומכים בכך שפגיעה עצמית מהווה אמצעי לוויסות רגשי באנשים שסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית ואובדנות מהווה דרך אפשרית להפסקת הכאב והמצוקה הנפשית הנגרמת מהתסמינים שהם חווים: (א) הפרעת דחק פוסט-טראומטית קשורה לסיכון אובדני, בפרט תסמינים חודרניים וקהות רגשית (Bryan, 2016), ולפגיעה עצמית ללא כוונה אובדנית (Weierich et al., 2008); אפשר שתסמינים פוסט-טראומטיים מהווים טריגרים מעוררי מצוקה, ושהתנהגות אובדנית ופגיעה עצמית הן דרך להקל על כאב ומצוקה מחד גיסא, ולעורר רגשות בקרב החווים תסמינים של קהות רגשית מאידך גיסא; (ב) פגיעה מינית והתעללות גופנית מנבאות חשיבה אובדנית. במחקר שכלל 4,023 מתבגרים (Waldrop et al., 2007), נמצא שמתבגרים שנחשפו לאלימות דיווחו על חשיבה אובדנית באופן מובהק יותר מאשר מתבגרים שלא נחשפו לאלימות. עוד נמצא שמתבגרים שנחשפו לאלימות ופגיעה מינית דיווחו באופן מובהק על חשיבה אובדנית, ללא קשר להפרעת דיכאון, ושהסיכון לחשיבה וניסיונות אובדניים היה כפול בקרב מתבגרים עם אבחנה של הפרעת דחק פוסט-טראומטית; (ג) תהליכי עיבוד קוגניטיביים-רגשיים מהווים מתווכים ישירים או עקיפים בין הפרעת דחק פוסט-טראומטית לאובדנות. לדוגמה, במחקר בקרב 147 נערות שנפגעו פגיעה מינית, נמצא שבושה מתווכת בין האשמה עצמית לתסמינים פוסט-טראומטיים, ובושה ודיכאון מתווכים בין האשמה עצמית לחשיבה אובדנית (Alix, Cossette Héber, Cyr, & Frappie, 2017); (ד) תחלואה נלווית להפרעת דחק פוסט-טראומטית, בפרט דיכאון, בעיות שינה, התמכרות לאלכוהול ופגיעה בתפקוד, מהווים גורמי סיכון לאובדנות. במחקר שכלל 108,664 נבדקים מעל גיל 18 מ-21 מדינות, נמצא שהפרעת דחק פוסט-טראומטית, דיכאון ושימוש בסמים היוו גורמי סיכון הקשורים קשר מובהק לחשיבה והתנהגות אובדניות (Nock et al., 2009). במחקר אחר נמצא שהפרעת דחק פוסט-טראומטית, פגיעה מינית ושימוש בחומרים ממכרים שכיחים יותר במטופלים שביצעו ניסיונות

אובדניים מאשר באלו עם חשיבה אובדנית שלא ביצעו ניסיון אובדני (May & Klonsky, 2016). משתמע מכך שאפשר שטיפול בהפרעת דחק פוסט-טראומטית יפחית אובדנות, פגיעה עצמית ותחלואה נלווית (van Minnen, Zoellner, Harned, & Mills, 2015). סקירת הספרות מבהירה את מורכבותה של התמונה הקלינית באבחון, המשגה ותכנון של התערבויות טיפוליות למתבגרים עם תסמינים פוסט-טראומטיים ותחלואה נלווית, בפרט אובדנות ופגיעה עצמית.

טיפול בהפרעת דחק פוסט-טראומטית עם תחלואה נלווית של דיכאון ואובדנות

הקווים המנחים לטיפול בהפרעת דחק פוסט-טראומטיות ממליצים שלא לטפל בטיפול ממוקד טראומה במטופלים בסיכון אובדני אקוטי, ועל פי רוב מטופלים ברמת מסוכנות גבוהה מודרים ממחקרים שבוחנים את יעילות הטיפול בהפרעת דחק פוסט-טראומטית. (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009). מסקירת הספרות עולה שמטופלים בוגרים ברמת סיכון נמוכה לאובדנות נכללים במחקרים, וקיימת תמיכה לכך שטיפול ממוקד בהפרעת דחק פוסט-טראומטית הוא יעיל ובטוח למדי (Bryan et al., 2016; Gradus, Suvak, Wisco, Marx, & Resick, 2013). כאשר למטופל יש תוכנית אובדנית, כוונה למות והיסטוריה של ניסיונות אובדניים במהלך שלושת החודשים החולפים, מומלץ להתמקד בטיפול באובדנות באמצעות פרוטוקול טיפול דיאלקטי-התנהגותי וטיפול קוגניטיבי-התנהגותי. במטופלים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית ברמת סיכון נמוכה (ללא חשיבה אובדנית או עם כוונה אובדנית נמוכה), טיפול בחשיפה אפשרי, והפרוטוקולים המומלצים הם טיפול בחשיפה ממושכת וטיפול בעיבוד קוגניטיבי (CPT – Cognitive processing therapy) (Bryan, 2016). הספרות מצביעה על כך שהטיפול בחשיפה ממושכת והטיפול בעיבוד קוגניטיבי יעילים בהפחתת מצוקה פוסט-טראומטית, וכי בעקבות הטיפול בשתי השיטות ירדה חשיבה אובדנית בקרב נשים שעברו פגיעה מינית (Gradus et al., 2013) ובקרב חיילים משוחררים (Bryan et al., 2016). במטופלים עם כוונה אובדנית ברמת חומרה בינונית ובמטופלים עם תוכנית אובדנית לא ספציפית, אפשר לשלב טיפול ממוקד טראומה עם תוכנית ביטחון (Stanley & Brown, 2012), למניעת פגיעה עצמית. לבסוף, במטופלים ברמת מסוכנות גבוהה (תוכנית אובדנית ספציפית, חשיבה אובדנית עם כוונה ברורה, ניסיונות אובדניים במהלך שלושת החודשים האחרונים, הכנות וחזרות לקראת ביצוע מעשה אובדני), מומלץ טיפול ממוקד במניעת אובדנות, ורק לאחריו – טיפול ממוקד טראומה (Bryan, 2016). שני מחקרי פיילוט הראו שבקרב נשים עם הפרעת אישיות גבולית והפרעת דחק פוסט-טראומטית עם סיכון אובדני שקיבלו טיפול דיאלקטי-התנהגותי משולב בטיפול בחשיפה ממושכת, חל שיפור משמעותי בתסמינים פוסט-טראומטיים, פגיעה עצמית ואובדנות, לעומת השיפור שחל בטיפול דיאלקטי-התנהגותי בלבד. השיפור שהושג היה יציב לאורך זמן, לא גרם לנשירה ולא הגביר אובדנות או פגיעה עצמית (Harned, Korslund, Foa, & Linehan, 2014). עד היום לא נערכו מחקרים

דומים במתבגרים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית בסיכון אובדני, כך שלא ברור אם ניתן להכליל את הממצאים גם לאוכלוסייה זו.

טיפול בהפרעת דחק פוסט-טראומטית ואובדנות במתבגרים וחיילים

הפרמטרים לטיפול בהפרעת דחק פוסט-טראומטית בילדים ומתבגרים כוללים טיפולים ממוקדי טראומה, בפרט טיפול קוגניטיבי-התנהגותי הכולל חשיפה (Cohen et al., 2010). הפרמטרים מזכירים גם את שיטת הטיפול בהקפיה ועיבוד מחדש באמצעות תנועות עיניים (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) therapy [EMDR], אך מדווחים על בעיות מתודולוגיות במחקר בקרב ילדים ומתבגרים.

טיפול בעיבוד קוגניטיבי במתבגרים מתמקד בשינוי אמונות לא מסתגלות בעזרת אתגור קוגניטיבי ובחשיפה בכתיבה של סיפור זיכרון הטראומה (Matulis, Resick, & Rosner, 2014). יעילות הטיפול בעיבוד קוגניטיבי בקרב מתבגרים נבדקה בשני מחקרים בלבד: הראשון כלל מתבגרים שהורשעו בפלילים, בעיקר עבירות תקיפה, סחר בסמים ושוד, לעומת קבוצת ביקורת (קבוצה בהמתנה לטיפול) (Ahrens & Rexford, 2002). בסיום הטיפול דווח על ירידה של 50% בתסמינים פוסט-טראומטיים ושיפור בתסמינים של דיכאון. מחקר נוסף, ללא קבוצת ביקורת, כלל 12 נערות שסבלו מהפרעת דחק פוסט-טראומטית, בעקבות התעללות מינית וגופנית. הטיפול הותאם למאפיינים ההתפתחותיים של גיל ההתבגרות. בעקבות הטיפול, 75% אחוז מהנערות חוו שיפור קליני מובהק בתסמינים פוסט-טראומטיים ושיפור בתסמינים דיכאוניים (Matulis et al., 2014). נגזר מכך שאפשר שלשיטה זו פוטנציאל לשיפור תסמינים של הפרעת דחק פוסט-טראומטית במתבגרים. עם זאת, נדרש מחקר רחב היקף ומבוקר, שיסייע להגיע למסקנות ברורות יותר בנוגע ליעילות של הטיפול בעיבוד קוגניטיבי במתבגרים.

הטיפול בחשיפה ממושכת במתבגרים (Foa, Chrestman, & Gilboa, 2009) מתמקד בעיבוד רגשי של זיכרון הטראומה בעזרת ידע על תגובות שכוחות לטראומה, חשיפה בדמיון לזיכרון הטראומה וחשיפה הדרגתית במציאות לטריגרים חיצוניים מעוררי מצוקה. הפרוטוקול לטיפול בחשיפה ממושכת במתבגרים (Foa, Chrestman et al., 2009) נחקר בשלושה מחקרים מבוקרים בקרב מתבגרים, ומחקרים אלו הראו את יעילותו בהפחתת תסמינים פוסט-טראומטיים ותסמינים של דיכאון, לעומת טיפול תמיכתי או טיפול דינמי קצר מועד (Foa, McLean, Capaldi, & Rosenfield, 2013; Gilboa-Schechtman et al., 2011; Rossouw, Yadin, Alexander, & Seedat, 2018). שלושת המחקרים כללו מתבגרים ומתבגרות עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית וכן מתבגרים עם תחלואה נלווית וכאלו שעברו למעלה מאירוע טראומטי אחד. המחקר הראשון נערך בישראל בקרב 38 מתבגרים ומתבגרות ישראלים שנחשפו למגוון אירועים טראומטיים, לרבות טרור, תאונות דרכים, אובדן קרוב בנסיבות טראומטיות, תקיפה אלימה

ופגיעה מינית (Gilboa-Schechtman et al., 2011). במחקר השני השתתפו 61 נערות נפגעות תקיפה מינית (Foa et al., 2013). המחקר השלישי נערך בדרום אפריקה וכלל 63 מתבגרים ומתבגרות שנחשפו לאירועים טראומטיים שונים, בכלל זה תקיפה מינית ואלימות (Rossouw et al., 2018). בשלושת המחקרים הטיפול היה פרטני וחד-שבועי ונמשך עשר עד 18 פגישות. המחקרים דיווחו על כך שלאחר הטיפול בחשיפה ממושכת, בין 70% ל-80% אחוז מהמטופלים לא קיבלו אבחנה של הפרעת דחק פוסט-טראומטית. בנוסף, מתבגרים שטופלו בחשיפה ממושכת דיווחו על ירידה גבוהה יותר בתסמיני דיכאון ועל שיפור מובהק בתפקודי חיים, לעומת מתבגרים בקבוצות הביקורת. הישגים אלו נשמרו שנה לאחר סיום הטיפול.

סקירת הספרות בתחום הטיפול בחיילים מצביעה על יעילותן של שיטת הטיפול בחשיפה ממושכת וטיפול בעיבוד קוגניטיבי (Steenkamp, Litz, Hoge, & Marmar, 2015). בעוד ששתי השיטות הללו נחקרו במספר מחקרים רחבי היקף בקרב חיילים בשירות סדיר וחיילים משוחררים, הטיפול בהקפיה ועיבוד מחדש באמצעות תנועות עיניים לא בוסס מחקרית באוכלוסייה זו. טיפול בחשיפה ממושכת וטיפול בעיבוד קוגניטיבי נחשבים כיום לטיפולי הבחירה במשרד הביטחון האמריקני ובצבא האמריקני. המחקר בקרב אוכלוסייה זו מצביע על 49%–70% שיפור קליני משמעותי בעקבות טיפול בשיטות אלו. עם זאת, 60%–72% מהחיילים והחיילות המשוחררים שטופלו באחת משתי השיטות אובחנו בכל זאת עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית. נראה שמטופלים שפיתחו הפרעת דחק פוסט-טראומטית בתגובה לקרב משתפרים פחות מאשר אוכלוסייה אחרת. סיבות אפשריות לכך כוללות חשיפה חוזרת לטראומה, טראומה מתמשכת, אובדן חברים, שיעור גבוה של תחלואה נלווית, שימוש בחומרים ממכרים, אובדנות ודיווח של חיילים על מעורבות באירועים המנוגדים למצפון (Steenkamp et al., 2015). משום כך, הגורמים הייחודיים צריכים להילקח בחשבון בהתערבויות טיפול באוכלוסייה זו.

בחלקו הבא של המאמר אציע מודל להתערבות במתבגרים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית, תחלואה נלווית של אובדנות ודיכאון. המודל כולל את שיטת הטיפול בחשיפה ממושכת, מאחר שכיום רק לשיטה זו ישנם מחקרים מבוקרים בקרב מתבגרים ובקרב אוכלוסיות ישראליות נוספות – חיילים משוחררים (Nacasch et al., 2011) ופעוטות וילדים בגיל הרך (Rachamim et al., in press). זאת ועוד, שיטת הטיפול בחשיפה ממושכת נחקרת זה שני עשורים באוכלוסיות הטרוגניות, כולל חיילים ונפגעי טרור, נפגעות פגיעה מינית, ילדים ומתבגרים, והיא הוטמעה ברחבי העולם ובתרבויות שונות (Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan, & Foa, 2010). נכון להיום, היא שיטת הטיפול בעלת מספר המחקרים האקראיים הגדול ביותר. משרד הביטחון האמריקני בחר בה להטמעה בבתי החולים והמרפאות לחיילים משוחררים הסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית, ומשרד הבריאות האמריקני בחר בה כשיטה להפצה לאומית. במחקרים שבדקו יעילות של טיפול בחשיפה ממושכת נמצא שיפור מובהק בדיכאון (Nemeroff et al., 2006). הטיפול בחשיפה ממושכת הוא טיפול פרוטוקולי, מובנה, המבוסס על תאוריית העיבוד הרגשי

(Foa & Kozak, 1986). על פי תאוריה זו הזיכרון של אנשים הסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית כולל רשת אסוציאטיבית (מבנה פחד) של מחשבות ואמונות (למשל העולם הוא מקום מסוכן מאוד; אני אדם חסר יכולת וחלש), רגשות (חרדה, אשמה, כעס, בושה) והתנהגויות (על פי רוב הימנעות ומילוט) שנקשרו לטריגרים מעוררי חרדה, איום ומצוקה רגשית וגופנית. הטריגרים במבנה הפחד כוללים מצבים, אנשים, אובייקטים ומקומות שבעבר נחו ניטרליים ואף בטוחים למדי, אך משמעותם והיחס אליהם השתנו בעקבות האירוע הטראומטי. למשל תפיסת העולם כמקום מסוכן תגרום להימנעות מהליכה לבד ברחוב, שינה עם ההורים, פחד והימנעות מחושך. מבנה הפחד כולל גם גירויים אשר אינם מהווים סכנה כלל, אך הם מזכירים לנער או לנערה את האירוע ומעוררים מצוקה והתגוננות בעזרת הימנעות, למשל הימנעות של נערה מלבוש את הבגד אשר לבשה בזמן תקיפה. נפגעי טראומה רבים מנסים להימנע מזיכרונות טראומטיים על ידי הימנעות מחשיבה, שיחה ורגשות הקשורים לזיכרונות טראומטיים. בעקבות שחזור של זיכרון הטראומה וחשיפה למזכירי טראומה חל שינוי במבנה הפחד הפתולוגי. בסביבה בטוחה, המטופל מתבקש להזמין את זיכרון הטראומה שוב ושוב ולהיחשף בהדרגה לטריגרים מעוררי מצוקה. בעקבות חשיפות יזומות והדרגתיות שנעשות בצורה רגישה, המעניקה למטופלים חוויית שליטה, מתחוללים שינויים ברגש ובחשיבה, ותסמינים פוסט-טראומטיים פוחתים ואף נעלמים. הטיפול יתחיל אך ורק לאחר שהנער או הנערה קיבלו אבחנה של הפרעת דחק פוסט-טראומטית, ולאחר שהמטפל וידא בביטחון מלא כי האיום הוסר, ושהנער או הנערה נמצאים בסביבה בטוחה (למשל במצבים של פגיעה מינית חובה להרחיק את המתעלל מהנער או הנערה ולשמור על שלומם וביטחונם). אומנם במהלך החשיפה בדמיון עשויים להופיע מצוקה רגשית וחוסר נוחות זמנית, המאפשרים עיבוד יעיל של החוויה הטראומטית, אך חוויה זו הולכת ופוחתת באמצעות תהליך העיבוד הרגשי, מבלי לגרום נזק למטופל. לצד זאת, המחקר בטיפול בחשיפה ממושכת באוכלוסייה עם פגיעה עצמית ואובדנות אקוטית אינו מספק. כיום, הטיפול בחשיפה ממושכת מומלץ רק לאחר שחלפו חודשיים לפחות מאז הפגיעה העצמית או הניסיון האובדני האחרון (van Minnen et al., 2015). בקרב מטופלים עם פגיעה עצמית ואובדנות פעילה, המחקר מצביע על יעילות של טיפול בחשיפה ממושכת בשילוב טיפול דיאלקטי-התנהגותי. משך הטיפול כשנה (Harned et al., 2014).

מודל משולב לטיפול במתבגרים וחיילים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית ואובדנות

בחלק זה של המאמר יוצג מודל המתבסס על המלצות העולות מסקירת הספרות (Bryan, 2016; Jakupcak & Varra, 2011). כאמור, אין כיום מחקר המשלב טיפול בתסמינים פוסט-טראומטיים, אובדנות ופגיעה עצמית במתבגרים וחיילים. עם זאת, המחקר מצביע על יעילות של התערבות ממוקדת באובדנות בעזרת תוכנית ביטחון במניעת אובדנות בבוגרים (Stanley et al., 2018) וחיילים (Bryan et al.,

טיפוליים לטיפול באובדנות ופגיעה עצמית, ואילו השלב השני מתבסס על שיטת הטיפול בחשיפה ממושכת. במחקר אחד' חיילים שהשתתפו בהתערבות קצרה (12 פגישות) שבמרכזה תוכנית ביטחון (Stanley & Brown, 2012), דיווחו על ירידה מובהקת בחשיבה אובדנית, לעומת חיילים בקבוצת הביקורת, שחתמו על חוזה לא לפגוע בעצמם (Bryan et al., 2017). במחקר שני (Rudd et al., 2015), הושווה טיפול אישי ממוקד שבבסיסו תוכנית ביטחון וכלים התנהגותיים וקוגניטיביים שפותח על ידי רוד לטיפול בחיילים בשירות (Rudd, 2012), ל"טיפול רגיל" (קבוצת תמיכה, טיפול תרופתי, טיפול אישי, טיפול לגמילה מחומרים ממכרים). הממצאים הראו שהסיכוי למעשה אובדני ירד ב-60% בקרב חיילים בשירות שקיבלו טיפול קוגניטיבי-תנהגותי קצר. עם זאת, הטיפול לא הביא לירידה מובהקת בדיכאון ובתסמינים פוסט-טראומטיים.

המודל הדו-שלבי שיוצג כעת לא נחקר באופן מבוקר; זאת ועוד, לעומת הטיפול הקצר המוצע בפרוטוקול (בממוצע 15 פגישות), הטיפול בחשיפה ממושכת ששולב עם טיפול דיאלקטי-התנהגותי בנשים עם אבחנה של הפרעת אישיות גבולית, פגיעה עצמית והפרעת דחק פוסט-טראומטית, נמשך כשנה (Harned et al., 2014). לפיכך, נראה כי גם במתבגרים וחיילים הסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית ותחלואה נלווית של דיכאון, פגיעה עצמית ואובדנות, יידרש טיפול ממושך יותר.

שלב ראשון – טיפול ממוקד באובדנות ודיכאון

בשלב הראשון במודל המשולב (רחמים, 2016) הדגש מושם על תוכנית ביטחון למניעת אובדנות (Stanley & Brown, 2012) ועל למידה ותרגול של מיומנויות ויסות רגשי ופתרון בעיות. חוזה הביטחון הוא תוכנית למניעת פגיעה עצמית. הוא מתוכנן ונחתם כבר בפגישה הראשונה, במטרה לשמור על הנער או הנערה ולמנוע פגיעה עצמית. חוזה הביטחון כולל רשימה כתובה של צעדים מוסכמים של אסטרטגיות שמטרתן להפחית את עוצמת הדחפים האובדניים. המרכיבים הבסיסיים של תוכנית הביטחון הם: (א) זיהוי סימני אזהרה של משבר אובדני מתקרב (מצבים, רגשות, מחשבות והתנהגות). במטופלים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית, סימני אזהרה כוללים גם תסמינים פוסט-טראומטיים, פלשבקים, האשמה עצמית, דיכאון או עוררות גופנית (Bryan, 2016); (ב) שימוש באסטרטגיות פנימיות להפחתת מצוקה אובדנית באמצעות הסחת דעת; (ג) שימוש בקשרים חברתיים ומקומות חברתיים לשם הסחה מחשיבה, רגשות ודחפים אובדניים; (ד) היעזרות בחברי משפחה וחברים לפתרון המשבר; (ה) יצירת קשר עם מטפלים וסוכנויות לעזרה נפשית; (ו) הגבלת הנגישות לאמצעים קטלניים שבאמצעותם יכולים לבצע ניסיון אובדני. מומלץ על קיום פגישות אינטנסיביות (לפחות פעמיים בשבוע) וקשר טלפוני עם המטופל והוריו בין הפגישות. בשלב זה נלמדות ומתורגלות שיטות לוויסות רגשי, ובמרכזן שיטות טיפול דיאלקטי-התנהגותי.

בדומה למודל של רוד (Rudd, 2012), התערבויות בשלב זה כוללות: (א) הכוונה: חינוך פסיכולוגי להבנת אובדנות, זיהוי רגשות ומחשבות הקשורות לפגיעה עצמית, הבנת הקשר בין ההיסטוריה ההתפתחותית של המטופל (גורמים ביולוגיים, סביבה, היסטוריה של טראומה והזנחה) לאובדנות, שימוש בחומרים ממכרים ופגיעה עצמית כדרך להתמודדות עם אובדן, טראומה ותסמינים פוסט-טראומטיים; (ב) פיתוח מיומנויות ויסות רגשי וניהול עצמי: למידת מיומנויות לויסות רגשי באמצעות הסחת דעת ולניהול כעסים, שיום רגשות ותיקוף רגשי, פתרון בעיות, אתגור אמונות הקשורות לרגשות אשמה, חוסר אונים, מועקה ובושה, עבודה על קשרים בין-אישיים ושיפור מיומנויות תקשורת לפתרון בעיות בין-אישיות, גישה לא שיפוטית לרגשות, הרפיה באמצעות נשימה מרגיעה, אקטיבציה (הגברת מצבים מעוררי הנאה ופעילות גופנית, משחק, אינטראקציות בין-אישיות). הידע הנרכש, הלקחים המופקים והמיומנויות הנלמדות נרשמים על ידי המטופל בכל פגישה ב"מחברת חכמה". המחברת מסייעת לו לזכור ולשנן ידע ומיומנויות, ובדרך זו לפצות על קשייו בתהליכי עיבוד קוגניטיבי. חזרה על ידע ומיומנויות הנלמדות ומתורגלות בפגישה וסיכום בכתב מאפשרים שינון והפנמה של מיומנויות לניהול עצמי, שבהדרגה יעברו הכללה לתחומי חיים נוספים ויוכלו לשמש את המטופל בעתיד הקרוב והרחוק; (ג) מניעת הישנות: המטופל מתבקש לשחזר בדמיון את המשבר האובדני האחרון, כולל רגשות, מחשבות ותחושות, ולדמיון שימוש במיומנויות שלמד ותרגל להתמודדות יעילה עם המשבר. תוכנית מניעת הישנות מסוכמת גם כן ב"מחברת החכמה", והמטפל מעודד את המטופל להשתמש במחברת זו ככלי זכירה לניהול מצוקה רגשית ופתרון בעיות בעתיד.

שלב שני – טיפול ממוקד בטרואמה בחשיפה ממושכת

לאחר שהושג שיפור בטיפול בחשיבה האובדנית ובפגיעה עצמית, הטיפול יתמקד בעיבוד רגשי של הטרואמה, בעזרת הפרוטוקול לטיפול בחשיפה ממושכת. הפרוטוקול לטיפול בחשיפה ממושכת במתבגרים מורכב מיחידות טיפוליות הניתנות ליישום בצורה גמישה ומתחלק לשני שלבים: טרום-טיפול וטיפול. **טרום-הטיפול** כולל הערכת כוחות ומוטיבציה, הערכת מסוכנות והתערבות במסגרות לימודיות, משפחתיות וחברתיות. למשל תוכנית משותפת עם צוות בית הספר להתאמות והקלות זמניות ולעזרה בהשלמת חומר לימוד. **שלב הטיפול** כולל שלושה תת-שלבים: (א) **חינוך פסיכולוגי**, ובו ניתנים הסבר על המודל הטיפולי ומידע על טראומה והשלכותיה על תחושות גופניות, מחשבות, רגשות והתנהגות. המטפל והמטופל משוחחים על תגובות שכיחות לטרואמה והשלכותיהן על חיי היום-יום, לימודים וקשרים עם חברים ובני משפחה. דגש מושם על המשגת התסמינים כתגובה נורמלית למצב לא נורמלי. המשגה זו מאפשרת התבוננות שונה על העצמי ועל החוויות הרגשיות, הגופניות והקוגניטיביות שהתפתחו בזמן הטרואמה ובעקבותיה. למשל מתבגרים עלולים לתפוס את התסמינים הפוסט-טראומטיים כסימן לשינוי שלילי קבוע בעצמי. מידע, נורמליזציה

ומתן תקווה עוזרים לתקן את הפירוש שניתן לתסמינים; (ב) **שלב החשיפות**, שבו נערכות חשיפות בחיים לטריגרים וחשיפות בדמיון לזיכרון הטראומה. חשיפות בחיים מהוות דרך התמודדות הדרגתית עם טריגרים, עד לאלו המתגרים ביותר. חשיפות חוזרות וממושכות בדמיון עוזרות לעבד רגשית את זיכרון הטראומה, בעזרת שחזור מפורט של פרטים, רגשות ומחשבות שעלו בעת האירוע הטראומטי. לאחר כל חשיפה בדמיון ובמציאות מעובדת החוויה יחד עם הנער או הנערה. בעיבוד מושם דגש על הירידה ברמת המצוקה הנחווית בין החשיפות החוזרות ועל בחינה מחדש של אמונות ומחשבות. לאחר חשיפה ממושכת וחוזרת בדמיון לסיפור הטראומה במלואו משוחזרים ומעובדים הרגעים הקשים ביותר מהזיכרון. החשיפות בחיים ובדמיון מתורגלות בין הפגישות הטיפוליות בעזרתם של ההורים, מורים וחונכים, לרבות המטפל או המטפלת; (ג) **שלב הסיום** כולל עבודה על מניעת הישנות, סיכום התהליך הטיפולי ופרידה.

עם מטופלים שאיבדו אדם יקר בנסיבות טראומטיות, מומלץ להתמקד בשלב החשיפות בחיים בחשיפה למקומות, חברים ותמונות אשר מזכירים את הנפטר, ולעבד רגשות אשמה וכעס הקשורים ליחסים עימו או לנסיבות מותו (רחמים, 2010, 2016).

גם בשלב זה מומלץ לשמור על מסגרת אינטנסיבית (מפגשים דו-שבועיים), תוך שמירה על קשר טלפוני יום-יומי (רחמים, 2016). ייתכן שבמהלך הטיפול בחשיפה ממושכת במטופלים עם פגיעה עצמית וחשיבה אובדנית, החשיבה האובדנית והדחף לפגיעה עצמית יתגברו במהלך החשיפות וההתמקדות בטראומה, ועל כן יש להמשיך לנטר בכל פגישה ובין הפגישות את חומרת הדיכאון ורמת המסוכנות ולהמשיך לבדוק אם הנער או הנערה מסוגלים להיעזר בתוכנית הביטחון. כמו כן, על המטפל להדגיש בפני המטופל וההורים מראש שהחשיפה למזכירי טראומה ולזיכרון הטראומה עלולה לעורר מחדש או להגביר חשיבה אובדנית ופגיעה עצמית, ולכן יש להקפיד שבעתיים על ביטחונן של המטופל, עד לשיפור משמעותי בתסמינים הפוסט-טראומטיים. המטפל צריך לחזור ולרענן את תוכנית הביטחון עם המטופל והאחראים עליו, על פי רוב ההורים.

כפי שהומלץ בפרוטוקול לטיפול דיאלקטי-התנהגותי עם טיפול בחשיפה ממושכת, אם פגיעה עצמית חזרה על עצמה או אם החשיבה האובדנית התגברה, יש לעצור את הטיפול בחשיפה, לרענן את חוזה הביטחון ולשוב ולתרגל מיומנויות שתורגלו בשלב הראשון של הטיפול: שיטות ויסות רגשי, אקטיבציה התנהגותית, פתרון בעיות, הרפיה באמצעות נשימה ומיומנויות תקשורת (Harned & Linhan, 2008). ייתכן כי התנהלות גמישה הנעה באופן הדרגתי בין התמקדות בתסמינים הפוסט-טראומטיים לבין התמקדות במניעת אובדנות, תאפשר שיפור בתסמינים הפוסט-טראומטיים והאובדניים. כמו כן, אפשר שלאחר ירידה במצוקה הפוסט-טראומטית ועיבוד רגשי של זיכרון הטראומה, רגשות ואמונות פוסט-טראומטיות, תפחת החשיבה האובדנית והתנהגות של פגיעה עצמית (Harned et al., 2014).

סיכום

במאמר זה הוצגה הספרות העוסקת בקשר בין הפרעת דחק, פגיעה עצמית ללא כוונה אובדנית, אובדנות וטיפול במתבגרים ובחיילים הסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית ונטיות אובדניות. מהסקירה עולה כי קיים חסך משמעותי הן במודלים טיפוליים והן במחקר טיפולי במבוגרים ובמתבגרים.

הוצע מודל לטיפול דו-שלבי (רחמים, 2016), המתבסס על המחקר לטיפול באובדנות והמחקר לטיפול בחשיפה ממושכת ועל שילוב בין טיפול דיאלקטי-התנהגותי ותוכנית ביטחון לטיפול בחשיפה ממושכת. המודל הדו-שלבי מדגיש את הצעדים הבאים בטיפול בחשיפה ממושכת במתבגרים עם נטיות אובדניות:

- א. תוכנית ביטחון ולמידה ותרגול שיטות לוויסות רגשי (בכלל זה זיהוי ושיום רגשות, הרפיה באמצעות נשימה, שיטות ויסות רגשי באמצעות הסחת דעת ופתרון בעיות בין-אישיות, הבניה קוגניטיבית ואקטיבציה התנהגותית). רק לאחר שהמטופל מסוגל להשתמש בשיטות ולשמור על תוכנית הביטחון, ניתן להתחיל בטיפול בחשיפה ממושכת בהפרעת דחק פוסט-טראומטית.
- ב. פגישות אינטנסיביות כולל קשר טלפוני.
- ג. ניטור חשיבה אובדנית והתנהגות פגיעה עצמית לאורך הטיפול.
- ד. התרעה מראש על האפשרות שחשיבה אובדנית ופגיעה עצמית יתגברו במהלך החשיפות.
- ה. פיקוח על הנער או הנערה במשך הטיפול כולו, ובפרט במהלך הטיפול בחשיפה, והקפדה יתרה על תוכנית הביטחון בשלב זה.
- ו. בכל שלב בטיפול שבו התנהגות פגיעה עצמית או חשיבה אובדנית מתגברות, יש לעצור ולרענן את תוכנית הביטחון ולתרגל מיומנויות ויסות רגשי, תוך הצמדתן לתסמינים ומצבים שמעוררים פגיעה עצמית ומגבירים את חומרת החשיבה והכוונה האובדנית, כולל תסמינים פוסט-טראומטיים.

מקורות

- המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות (2016). **פגיעות טראומה בישראל 2010–2015**. דו"ח לאומה 2016: נתונים מרישום הטרואומה ב-19 מרכזים רפואיים בישראל. זמין באתר http://www.gertnerinst.org.il/sites/gertner/_media_static/files/report_2010_2015.pdf
- משרד הבריאות (2012). **הפרעות דיכאון וחרדה בישראל: ממצאים עיקריים מסקר בריאות הנפש בעולם: The World Mental Health Survey Initiative**. זמין באתר https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Depression_anxiety_Israel.pdf
- משרד הבריאות (2018). **אובדנות בישראל. התאבדות 1981–2015**. ניסיונות התאבדות 2004–2016. זמין באתר https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/loss_2016.pdf
- רחמים, ל' (2010). טיפול באבל טראומטי במתבגרים. **שיחות, כד(3)**, 256–264.
- רחמים, ל' (2016). **לגלות את הגן הנעלם: ילדים בטיפול**. תל אביב: דינון.

- Ahrens, J., & Rexford, L. (2002). Cognitive processing therapy for incarcerated adolescents with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 201–216. DOI: 10.1300/J146v06n01_10
- Alix, S., Cossette, L., Hébert, M., Cyr, M., & Frappier, J. Y. (2017). Posttraumatic stress disorder and suicidal ideation among sexually abused adolescent girls: The mediating role of shame. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(2), 158–174. DOI: 10.1080/10538712.2017.1280577
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Amir, M., & Sol, O. (1999). Psychological impact and prevalence of traumatic events in a student sample in Israel: The effect of multiple traumatic events and physical injury. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 139–154. DOI: org/10.1023/A:1024754618063
- Bryan, C. J. (2016). Treating PTSD within the context of heightened suicide risk. *Current Psychiatry Reports*, 18(8), 73. DOI: 10.1007/s11920-016-0708-z
- Bryan, C. J., Clemans, T. A., Hernandez, A. M., Mintz, J., Peterson, A. L., Yarvis, J. S., et al. (2016). Evaluating potential iatrogenic suicide risk in trauma-focused group cognitive behavioral therapy for the treatment of PTSD in active duty military personnel. *Depression and Anxiety*, 33(6), 549–557. DOI: 10.1002/da.22456
- Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., et al. (2017). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 212, 64–72. DOI: 10.1016/j.jad.2017.01.028
- Chemtob, C. M., Pat-Horenczyk, R., Madan, A., Pitman, S. R., Wang, Y., Doppelt, O., et al. (2011). Israeli adolescents with ongoing exposure to terrorism: Suicidal ideation, posttraumatic stress disorder, and functional impairment. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 756–759. DOI: 10.1002/jts.20708
- Cohen, A. C. (primary author), the work group on quality issues and the AACAP work group on quality issues (WGQI) (2010). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414–430. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.12.020
- Foa, E. B., Chrestman, K. R., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). *Prolonged exposure therapy for adolescents with PTSD emotional processing of traumatic experiences, therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35. DOI: org/10.1037/0033-2909.99.1.20

- Foa, E. B., McLean, C. P., Capaldi, S., & Rosenfield, D. (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *Jama*, *310*(24), 2650–2657. DOI: 10.1001/jama.2013.282829
- Gradus, J. L., Suvak, M. K., Wisco, B. E., Marx, B. P., & Resick, P. A. (2013). Treatment of posttraumatic stress disorder reduces suicidal ideation. *Depression and Anxiety*, *30*(10), 1046–1053. DOI: 10.1002/da.22117
- Gilboa-Schechtman, E., Foa, E. B., Shafran, N., Aderka, I. M., Powers, M. B., Rachamim, L., et al. (2010). Prolonged exposure vs dynamic therapy for adolescent PTSD: A pilot randomized controlled trial. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*(10), 103–1042. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.07.014
- Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(6), 381–386. DOI: 10.1016/j.brat.2012.02.011
- Harned, M. S., Korslund, K. E., & Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, *55*, 7–17. DOI: 10.1016/j.brat.2014.01.008
- Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2008). Integrating dialectical behavior therapy and prolonged exposure to treat co-occurring borderline personality disorder and PTSD: Two case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*, *15*(3), 263–276. Available at doi.org/10.1016/j.cbpra.2007.08.006
- Jakupcak, M., & Varra, E. M. (2011). Treating Iraq and Afghanistan war veterans with PTSD who are at high risk for suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, *18*(1), 85–97. DOI: org/10.1016/j.cbpra.2009.08.007
- Matulis, S., Resick, P. A., Rosner, R., & Steil, R. (2014). Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents suffering from posttraumatic stress disorder after childhood sexual or physical abuse: A pilot study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *17*(2), 173–190. DOI: 10.1007/s10567-013-0156-9
- May, A. M., & Klonsky, E. D. (2016). What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors. *Clinical Psychology Science and Practice*, *23*(1), 5–20. DOI: 10.1111/cpsp.12136
- McGloin, J. M., & Widom, C. S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology*, *13*(4), 1021–1038. Available at doi.org/10.1017/S095457940100414X
- Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Nixon, R. Glucksman, E., Yule, W., & Smith, P. (2009). Maladaptive cognitive appraisals mediate the evolution of

- posttraumatic stress reactions: A 6-month follow-up of child and adolescent assault and motor vehicle accident survivors. *Journal of Abnormal Psychiatry*, 118(4), 778–787. DOI: 10.1037/a0016945
- Nacasch, N., Foa, E. B., Huppert, J. D., Tzur, D., Fostick, L., Dinstein, Y., et al. (2011). Prolonged exposure therapy for combat- and terror-related posttraumatic stress disorder: A randomized control comparison with treatment as usual. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(9), 1174–1180. DOI: 10.4088/JCP.09m05682blu
- Nemeroff, C. B., Bremner, J. D., Foa, E. B., Mayberg, H. S., North, C. S., & Stein, M. B. (2006). Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research*, 40(1), 1–21. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2005.07.005
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., et al. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000123. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000123.
- Nooner, K. B., Linare, L. O., Batinjane, J., Kramer, R. A., Silva, R., & Cloitre, M. (2012) Factors related to Posttraumatic Stress Disorder in adolescence. *Trauma, Violence and Abuse*, 13(3), 153–166. DOI: 10.1177/1524838012447698
- Panagioti, M., Gooding, P. A., Triantafyllou, K., & Tarrier, N. (2015). Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiol*, 50(4), 525–537. DOI: 10.1007/s00127-014-0978-x
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635–641. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.04.007
- Rachamim, L., Mirochnick, I., Elazar, M., Yadin, E., Nacasch, N., & Cohen, I. (In press). A pilot and feasibility randomized controlled trial of dyadic prolonged exposure and client-centered therapy for PTSD in toddlers and preschoolers. *International Journal of Cognitive Therapy*.
- Rossouw, J., Yadin, E., Alexander, D., & Seedat, S. (2018). Prolonged exposure therapy and supportive counselling for post-traumatic stress disorder in adolescents: Task-shifting randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 213(4), 587–594. Available at doi.org/10.1192/bjp.2018.130
- Rudd, M. D. (2012). Brief cognitive behavioral therapy for military populations. *Military Psychology*, 24(6), 1–12. DOI: 10.1080/08995605.2012.736325
- Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberg, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., et al. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: Results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 172(5), 441–449. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.14070843

- Stanley, B., & Brown, K. B. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 256–264. Available at doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galvalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., et al. (2018). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry, 75*(9), 894–900. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1776
- Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W., & Marmar, C. R. (2015). Psychotherapy for military-related PTSD: A review of randomized clinical trials. *JAMA, 314*(5), 489–500. DOI: 10.1001/jama.2015.8370
- van Minnen, A., Zoellner, L. A., Harned, M. S., & Mils, K. (2015). Changes in comorbid after prolonged exposure for PTSD: A literature review. *Current Psychiatry Report, 17*(3), 1–16. DOI: 10.1007/s11920-015-0549-1
- Waldrop, A. E., Hanson, R. F., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Naugle, A. E., & Saunders, B. E. (2007). Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: Implications for prevention. *Journal of Traumatic Stress, 20*(5), 869–879. DOI: 10.1002/jts.20291
- Weierich, M. R., & Nock, M. K. (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 39–44. DOI: 10.1037/0022-006X.76.1.39

טיפול דיאלקטי-התנהגותי (DBT) במתבגרים עם התנהגות אובדנית ופגיעה עצמית

יפעת כהן ונחמה פרסלר

תקציר

מוות מהתאבדות ניתן למניעה, והתייחסות להתנהגות אובדנית אצל מתבגרים מהווה הזדמנות למניעה, שתוצאתה הישגית פוטנציאל של שנות חיים רבות. צעירים שמדווחים על כל סוג של מחשבות אובדניות או התנהגות של פגיעה עצמית נמצאים בסיכון גבוה למוות בהתאבדות. פגיעה עצמית ואובדנות בגיל ההתבגרות מקושרות פעמים רבות לאבחנה של הפרעת אישיות גבולית. למרבית המתבגרים בסיכון, מרובי האבחנות והתסמינים, יש סיכוי גבוה יחסית לנשור מטיפול ולהמשיך לחיות בסכנה של פגיעה עצמית והתאבדות. גם המטפלים באנשים הסובלים מהפרעות מורכבות וממשברים אובדניים חוזרים, מתקשים מאוד להתמיד במאמצים המתמשכים הדרושים בטיפול. הנטייה המוצדקת כיום היא להימנע מאשפוז או להסתפק באשפוזים קצרים ולהפנות לטיפול בקהילה, מאחר שבמחקרים מבוקרים בודדים שנעשו במבוגרים ובמתבגרים לא נמצא יתרון בטיפול באשפוז.

מאמר זה סוקר בקצרה את גורמי הסיכון להתנהגות אובדנית בבני נוער ואת דרכי הטיפול מבוססות המחקר הקיימות עבור צעירים המראים התנהגות אובדנית. החלק העיקרי של המאמר מציג את עקרונות הטיפול הדיאלקטי-התנהגותי (DBT – Dialectical Behavior Therapy), עם פירוט ההתאמות לטיפול בבני נוער. הטיפול הדיאלקטי-התנהגותי, שפותח על ידי מרשה לינה בשנות השמונים, הוא כיום הטיפול בעל הביסוס המחקרי הרב ביותר ליעילות בטיפול במטופלים מבוגרים אובדניים ומרובי תסמינים, הכוללים בדרך כלל גם התנהגות דיספונקציונלית חמורה, כמו פגיעה עצמית. בעשרות מחקרים מבוקרים בקרב מבוגרים, הטיפול נמצא כבעל יעילות מוכחת בהפחתת התנהגות אובדנית אצל הסובלים מהפרעת אישיות גבולית. נמצא שלא רק שהטיפול מביא לירידה ברורה ומשמעותית בתדירות ההתנהגות האובדנית ובחומרתה, אלא שגם מספר ימי האשפוז, אחוז הנשירה מטיפול, עוצמת הכעס, שיתוף הפעולה בטיפול וההסתגלות החברתית השתפרו בעקבות טיפול זה. בסוף שנות התשעים, מילר, רתוס ולינה התאימו את מערך הטיפול המקורי למתבגרים (DBT-A), ובשנים האחרונות הוכחה יעילותו גם בקבוצת גיל זאת. המאמר סוקר עבודות אלה, שמספרן הולך ועולה.

DBT הוא אינטגרטיבי, מובנה ומערכתי. המרכיבים העיקריים בו הם עקרונות מתוך הפילוסופיה הדיאלקטית, מיינדפולנס ועקרונות קוגניטיביים התנהגותיים. הפחתת ההתנהגות האובדנית נמצאת במוקד הטיפול. בסקירה זאת מתוארים עיקרי הטיפול, עקרונותיו, המערך הטיפולי וההתאמות שנעשו עבור מתבגרים, כמו שיתוף הורים בטיפול. למרות מגבלות מתודולוגיות, ניתן להסיק ששיטה זו יעילה לטיפול במתבגרים במדדים שונים (הפחתת אובדנות, פגיעה עצמית, נשירה מטיפול, דיכאון וחרדה) ובמסגרות טיפוליות שונות. ב-DBT אשפוז אינו מומלץ, ובמצבים שבהם הוא הכרחי, נמצא שהתאמתו למערך אשפוז קצר אפשרה הפחתה של התסמינים.

מילות מפתח: פגיעה עצמית, DBT-A, DBT, מתבגרים, התנהגות אובדנית, DBT בישראל

התנהגות אובדנית בקרב בני נוער

התאבדות היא בעיה חמורה בבריאות הציבור שמשפיעה על אנשים צעירים רבים. היא הסיבה השלישית למוות של צעירים בני 10–24, ובארצות הברית, היא גורמת לאובדן חיים של כ-4600 צעירים כל שנה (CDC, 2017).

התאבדות כסיבה למוות שכיחה יותר בגיל ההתבגרות מאשר בכל קבוצת גיל אחרת. בנוסף, אנשים רבים שהתכוונו או ניסו להתאבד במהלך חייהם, עשו זאת לראשונה בגיל צעיר (Kessler, Borges, & Walters, 1999). שיעור מוות כתוצאה מהתאבדות הוא 8.5% מכלל מקרי המוות בגילים 15–29 בעולם. שיעורי מוות כתוצאה מהתאבדות גבוהים במיוחד במדינות שהשתייכו בעבר לברית המועצות, כמו: ליטא, לטביה ואחזבקיסטון, שם השיעורים נעים בין 14.5 ל-24.3 ל-100,000 בקרב מתבגרים ומבוגרים צעירים. מדינות נוספות שבהן שיעורי ההתאבדות של צעירים גבוהים במיוחד הן ניו זילנד, פינלנד ויפן. בישראל השיעור המדווח של מקרי המוות כתוצאה מהתאבדות אצל צעירים היה ב-2014 4.2 ל-100,000 (Cha et al., 2018).

מסקר של תלמידי תיכון בארצות הברית עלה ש-16% מהתלמידים דיווחו ששקלו באופן רציני להתאבד, 13% דיווחו שהייתה להם תוכנית כזו, ו-8% עשו ניסיון אובדני ב-12 החודשים שקדמו לסקר. בכל שנה, 157,000 צעירים בגילים 10–24 מטופלים בחדרי מיון בגלל פציעה עצמית (CDC, 2017).

על פי אגף המידע של משרד הבריאות בישראל (משרד הבריאות, 2016), בשנת 2014 נרשמו 2821 ניסיונות התאבדות בקרב בני נוער בגילים 10–24, בהשוואה ל-2092 ב-2005. בשנת 2014, ניסיונות ההתאבדות של בני נוער בגילים אלו היו כמחצית מכלל ניסיונות של נשים ו-41% מניסיונות הגברים. במהלך השנים 2005–2014, שיעור ניסיונות ההתאבדות הגבוה ביותר של גברים ונשים היה בקרב גילאי 18–21.

התנהגויות אובדניות כוללות התאבדויות שמסתיימות במוות, ניסיונות התאבדות ומחשבות אובדניות. קיום מחשבות אובדניות נדיר לפני גיל 10, וההיארעות עולה באופן חד בין גיל 12 לגיל 17 (Nock et al., 2013). בגלל הקושי להעריך את מידת הכוונה האובדנית הנלווית לפציעה עצמית מכוונת, וכן משום שפגיעה עצמית אצל צעירים מהווה גורם סיכון ברור להתאבדות, רבים מאנשי המקצוע העוסקים באובדנות, ובתוכם כאלה העוסקים ב-DBT, מתייחסים גם לפגיעה עצמית לא אובדנית כחלק מטווח ההתנהגויות האובדניות בקרב מתבגרים, גם אם בהגדרתה, פגיעה עצמית לא אובדנית (NSSI – Nonsuicidal Self-Injury) אינה כוללת כוונה אובדנית (Miller, Rathus, & Linehan, 2007). פגיעה כזו קיימת בשיעורים גבוהים מאוד. סקירה שיטתית של 52 עבודות אמפיריות על היארעות של NSSI בעולם מצאה שההיארעות הממוצעת במהלך החיים היא 18% (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012).

מטה-אנליזה של 29 מחקרים שבדקו קשר בין מחשבות והתנהגות של פגיעה עצמית לבין התנהגות אובדנית עתידית במתבגרים ומבוגרים צעירים, העלתה שמחשבות והתנהגות של פגיעה עצמית מהוות אחד מגורמי הסיכון החזקים ביותר למוות בהתאבדות באוכלוסייה זו, והן גורם מרכזי ב-26% מניסיונות אובדניים עתידיים בקרבם (Castellvi et al., 2017).

גורמי סיכון להתנהגות אובדנית אצל מתבגרים

אף שנערכו מחקרים רבים ב-150 השנים האחרונות, הבנת הגורמים להתאבדות נותרה חלקית. אובדנות היא מההתנהגויות האנושיות המורכבות ביותר, ויש לה גורמי סיכון ביולוגיים, פסיכולוגיים וסביבתיים. גורמי הסיכון הידועים זה שנים כוללים מגדר, מוצא אתני, גורמי מתח במשפחה, מחלות נפש וגורמים ביולוגיים. התנהגות אובדנית כגורם התמודדות לגיטימי בסביבה המשפחתית או בסביבה החברתית תורמת גם היא לעלייה בסיכון אובדני, כך גם ניסיונות התאבדות ופגיעה עצמית. הפרעות נפשיות שקשורות בבירור להתנהגות אובדנית במתבגרים כוללות דיכאון מגורי, תלות בחומרים, הפרעת התנהגות והפרעות אישיות (Cohen, Spirito, & Brown, 1996). הפרעת האישיות המקושרת ביותר להתנהגות אובדנית היא הפרעת אישיות גבולית, והתנהגות אובדנית אף מהווה את אחד הקריטריונים לאבחנה על פי ה-DSM-V (2013). שכיחות האבחנה במתבגרים דומה לזו שנמצאה בקרב מבוגרים. מספר עבודות הראו שביטויים ספציפיים של הפרעת אישיות גבולית, כמו: פגיעה עצמית, אימפולסיביות וחוסר ויסות רגשי המופיעים כבר בילדות או בגיל ההתבגרות, יכולים לנבא אבחנה של הפרעת אישיות גבולית בבגרות (Chanen & Kaess, 2012).

בנוסף לגורמים אלה, בשנים האחרונות נמצאו גורמים נוספים רלוונטיים מאוד להתנהגות אובדנית בצעירים. גורם סיכון עיקרי הוא צורות שונות של התעללות בילדים; ניצול מיני, אלימות פיזית וניצול רגשי מנבאים מחשבות וניסיונות אובדניים עתידיים בקרב צעירים (Fergusson, Boden, & Horwood, 2008). נמצא קשר בין נידוי חברתי והתעללות פיזית או התעללות מילולית על ידי בני אותו גיל במהלך הילדות וההתבגרות המוקדמת לבין מחשבות התאבדות, ניסיונות התאבדות ומוות מהתאבדות בגיל מאוחר יותר. יש לציין שהסיכון האובדני עולה גם בקרב הקורבנות לבריונות וגם בקרב התוקפים (Klomek et al., 2009). בריונות כוללת כיום גם בריונות ברשת, וניכר שהשפעתה מסיבית ומסוכנת במיוחד. גם ביקורתיות הורית מהווה גורם סיכון לפגיעה עצמית במתבגרים (Wedig & Nock, 2007). מילר ועמיתיו (Miller et al., 2007) התייחסו לגורמי סיכון שכללו פרידות בעקבות סיום יחסים רומנטיים, משבר סביב משמעת, בעיות עם החוק, השפלה ומריבות. צעירים להט"בים מראים שכיחות גבוהה יותר של מחשבות וניסיונות התאבדות מאשר צעירים הטרוסקסואלים (Haas et al., 2010).

במתבגרים, פגיעה עצמית והתנהגות אובדנית הם מהקריטריונים השכיחים ביותר להפרעת אישיות גבולית. זאת בשונה ממבוגרים, שאצלם קיימת ירידה

בתסמינים אלה (Zanarini et al., 2008). נמצא ש-32.8% מהסובלים מהפרעת אישיות גבולית התחילו לפגוע בעצמם לפני גיל 12, 30.2% התחילו בגיל ההתבגרות, ו-37% התחילו כמבוגרים (Zanarini et al., 2006). ין ועמיתיו (Yen, Gagnon, & Spirito, 2013) מצאו שמתבגרים הסובלים מהפרעת אישיות גבולית ביצעו ניסיונות התאבדות רבים יותר בעברם ואושפזו עקב כך. קיימות עדויות להשפעה "מידבת" של מקרי התאבדות על הסביבה הקרובה סמוך לאירוע מבחינת זמן ומקום. השפעה זאת שכחה הרבה יותר בקרב מתבגרים ונדירה למדי אצל בני 24 ומעלה. הסיבות האפשריות להשפעה זו כוללות למידה חברתית, אבל מורכב, אינטגרציה חברתית ואפשרות שצעירים רגישים מתחברים ביניהם וביחד מגיבים ביתר שאת ללחצים סביבתיים (Haw, Hawton, Niedzwiedz, & Platt, 2013). קיימת מחלוקת בנוגע להשפעת התקשורת על התנהגות אובדנית. במחקר אורך שבדק מקורות שונים של מידע הקשור לאובדנות, התייחסו לדיונים בפורומים באינטרנט כגורם המגביר מחשבות התאבדות, גם כאשר מנטרלים היסטוריה של מחשבות התאבדות ודיכאון והשפעה חברתית (Dunlop, More, & Romer, 2011). חשוב לציין שנמצאו גם השפעות חיוביות של שיתוף באינטרנט דרך הצעת עזרה ותמיכה (Mars et al., 2015).

נמצא קשר חזק בין תחושת חוסר ערך ודימוי עצמי נמוך וכן חוסר תקווה ואנהדוניה (אי-מסוגלות לחוש הנאה) לבין מחשבות והתנהגויות אובדניות בצעירים (Burke et al., 2016; Cha et al., 2018). קושי בזיהוי רגשות וקושי בוויסות רגשי ניבאו ניסיונות אובדניים גם כאשר נטרלו את המרכיב הדיכאוני הבסיסי (Pisani et al., 2013). אף שההשפעה של תסמינים דיכאוניים על ניסיונות אובדניים חזקה וקבועה, הגורמים שצוינו משפיעים גם מעבר להשפעת התסמינים הדיכאוניים. קיימות עדויות המקשרות בין תוקפנות אימפולסיבית ובין בדידות לבין סיכון אובדני במתבגרים (Brent et al., 2002, Gallagher, Prinstein, Simon, & Spirito, 2014). עדויות אלה אינן עקביות וקשורות כנראה לגורמים אחרים, כמו פסיכופתולוגיה (Cha et al., 2018). אצל אנשים עם הפרעת אישיות גבולית קיים קשר ברור בין אימפולסיביות ותוקפנות לבין התנהגות אובדנית (Gvion & Apter, 2011).

בניסיון לנבא סיכון אובדני קרוב, גלינקר ועמיתיו (Galynker, Yaseen, & Briggs, 2014) פיתחו גישה להערכת סכנה אובדנית בטווח הקצר. הם הציעו לבדוק אם הנבדקים תופסים התאבדות כפתרון לגיטימי, וכן הציעו שימוש בכלי להערכת המצב המנטלי זמן קצר לפני הניסיון האובדני, תוך התייחסות לשני גורמים עיקריים: חוסר תקווה קיצוני (frantic hopelessness) ותחושת הצפה רומיניטיבית (ruminative flooding). מסקנתם היא שניתן לזהות ולהעריך מצב מנטלי מקדים לניסיון האובדני. במצב מקדים זה אנשים אובדניים מרגישים עלייה בחרדה, אי-שקט, כאב נפשי ותחושת פניקה – שמתוארים כמתווכים בין מחשבות אובדניות לניסיון אובדני. חוסר תקווה קיצוני מתייחס לתחושות תבוסה וחוסר מוצא. תחושת הצפה ברומיניציות מתייחסת לתחושות של חוסר שליטה על המחשבות, בלבול ועומס

מחשבות עד כדי כאב ראש או תחושה ש"הראש מתפוצץ". במחקר מתוארת קבוצת אנשים אובדניים אחרת, שאינה מתארת את התחושות לעיל, אלא דווקא תחושת רוגע מוזרה, ואף מפחידה, שמופיעה לאחר שהרגישו חרדה, דיכאון ואובדנות. בנוסף לגורמים אלה, לדעת המחקרים יש להתייחס גם להעברת הנגד של הבודק. אם המטפל מרגיש תחושת פחד, חוסר אונים והימנעות, לעיתים יחד עם תקווה פרדוקסלית לשיפור, הנבדקים הם בסיכון מוגבר להתאבדות קרובה.

עבודות חדשות מתייחסות לדרכים יעילות לזיהוי סכנה אובדנית, ללא צורך בהערכה קלינית ישירה, אלא בעזרת למידה חישובית (machine learning) של תיקים רפואיים אלקטרוניים (Walsh, Ribeiro, & Franklin, 2018). החוקרים מצאו אלגוריתמים של למידה חישובית שיכולים לנבא במדויק סכנה אובדנית במתבגרים, לעומת יכולת הניבוי בדרכים המקובלות. גישת הלמידה החישובית יצרה צירופים של מעל 600 גורמי סיכון מתוך תיקים רפואיים אלקטרוניים והגיעה לניבוי מדויק בכל נקודות הזמן שנבדקו (עד שנתיים לפני הניסיון האובדני), מול כל קבוצות הביקורת (קבוצת ביקורת של אוכלוסיית מתבגרים רגילה ושל אוכלוסיית מתבגרים דיכאוניים).

טיפולים מבוססי מחקר בהתנהגות אובדנית בבני נוער

שיעור המתבגרים המראים התנהגות אובדנית, פגיעה עצמית וריבוי בעיות רגשיות והתנהגותיות עולה. למרות חשיבות הנושא, ובהשוואה למספר המחקרים המבוקרים שנעשו בקרב מבוגרים, מספר המחקרים המבוקרים על התערבויות טיפוליות בבני נוער אובדניים קטן (Hawton et al., 2015). קיימות מגבלות מחקריות רבות; אחת מהן היא הגדרת התנהגות אובדנית והחלטה אם לכלול בה את הפגיעה העצמית הלא אובדנית. מרבית העבודות התייחסו בעיקר למטופלים שלקחו מינון יתר של תרופות, ואף אחת מהעבודות שנסקרו לא בדקה ספציפית את הקבוצה הגדולה של בני נוער שפצעו את עצמם, אם כי חלק מהעבודות כללו גם קבוצה זאת. בארצות הברית נוהגים להפריד בין ניסיונות אובדניים לבין פגיעה עצמית שאין מאחוריה רצון למות, בעוד באירופה משתמשים במונח "פגיעה עצמית" גם להרעלה עצמית וגם לפציעה עצמית לא אובדנית (Ougrin, Tranah, Moran, & Rosenbaum, 2015). בכל מקרה, גם ניסיונות התאבדות וגם פגיעה עצמית במונח הרחב של המילה מהווים גורמי סיכון להתאבדות ומעלים את הסיכון למוות בהתאבדות בקרב מתבגרים פי עשרה בערך (Brent et al., 2013).

במאמר סקירה ומטה-אנליזה על התערבויות טיפוליות בהפחתת התנהגות אובדנית ופגיעה עצמית במתבגרים (Ougrin et al., 2015) נבדקו 19 מחקרים מבוקרים, שבהם המשתנה הראשוני שנבדק היה פגיעה עצמית. נבדקו התערבויות תרופתיות, סביבתיות ופסיכולוגיות. סך כל הצעירים במחקרים הגיע ל-2176. נמצאה ירידה בפגיעה עצמית בקבוצות הטיפול, לעומת קבוצות הביקורת. גודל האפקט (effect size) הגדול ביותר נמצא עבור CBT, DBT, ו-MBT. לא נמצאו מחקרים מבוקרים על טיפול תרופתי במתבגרים הפוגעים בעצמם, כמו גם מחקרים שבדקו

טיפולים משולבים תרופתיים ופסיכולוגיים. מרבית המחקרים שנכללו בסקירה זו בדקו מדגמים קטנים מאוד, שלא היו מאופיינים בצורה סבירה, ואשר הטיפול המקובל שאליו הושוו לא היה מוגדר. המחקרים לא מצאו עדיפות של אחד משלושת סוגי הטיפול היעילים על האחרים, עקב היעדר הבדלים משמעותיים ביניהם. שילוב של טיפול פרטני ומשפחתי נמצא יעיל בטיפול בצעירים אובדניים. טיפול CBT המשלב טכניקות פרטניות ומשפחתיות כמו גם טיפול משפחתי המבוסס על התקשרות נמצאו יעילים מיידית ובטווח הקצר, בהשוואה לקבוצת ביקורת (Diamond et al., 2010; Esposito-Smythers, Spirito, Kahler, Hunt, & Monti, 2011). נחקרו גם תוכניות התערבות בזמן משבר ולאחר שחרור מחדר מיון בעקבות התנהגות אובדנית. ההתערבויות כללו מרכיבים של ניהול משבר, כמו: תכנון עזרה ראשונה, התערבויות פסיכו-חינוכיות לצעירים ולהוריהם ולימוד מיומנויות, וכן הבטחת המשך מעקב טיפולי (Asarnow, Hughes, Babeva, & Sugar, 2017). בהתערבויות אלה הייתה נשירה גבוהה בקבוצות הביקורת, ולכן קשה להסיק מסקנות.

גישות מסוימות של טיפול פרטני, הכוללות לימוד מיומנויות פסיכולוגיות ובין-אישיות, נמצאו כמפחיתות סכנה של התנהגות אובדנית בצעירים. DBT – טיפול דיאלקטי-התנהגותי, שיפורט בהמשך, שפותח על ידי פרופ' מרשה לינהן (Linehan, 1993a, b), הותאם למתבגרים וכלל בנוסף לטיפול המקורי שפותח על ידיה, גם טיפול משפחתי ולימוד מיומנויות בקבוצת משפחות (Miller et al., 2007). IPT – פסיכותרפיה אינטר-פרסונלית אינטנסיבית במסגרת בית ספר לצעירים הסובלים מדיכאון, מכוונת להקשרים החברתי והבין-איש של תסמינים. שני טיפולים אלה נמצאו יעילים בהפחתת חומרת מחשבות אובדניות במתבגרים יותר מאשר בקבוצת ביקורת (Tang, Jou, Ko, Huang, & Yen, 2009).

כפי שצוין כבר, אחת האבחנות המקושרות להתנהגות אובדנית בבני נוער, ובמיוחד לפגיעה עצמית, היא הפרעת אישיות גבולית. הנטייה לא לאבחן הפרעות אישיות לפני גיל 18 היא בעייתית ומעכבת את ההבנה של הפרעה זאת, ולכן – גם את הטיפול בה. בשנים האחרונות ניתן מקום רב יותר לאבחנה ולטיפול מוקדמים בהפרעת אישיות גבולית, ללא קשר ישיר לפגיעה עצמית. בפרסומים על עבודות מבוקרות בטיפול בבני נוער הסובלים מהפרעה זו, הוצגו ארבעה טיפולים פסיכו-סוציאליים ומחקר אחד על תרופות. שניים מהטיפולים מיועדים למתבגרים שהראו פגיעה עצמית, ושניים מיועדים להתערבות מוקדמת בהפרעת אישיות גבולית. במאמר המתאר את חמשת המחקרים המבוקרים מצוין שבכל הטיפולים, המתבגרים הראו מוטיבציה נמוכה ושיעור נשירה גבוה (Chanen & Thompson, 2014). נמצא שכל הטיפולים עדיפים על אי-טיפול. ארבעת סוגי הטיפולים שהוצגו הם: MBT ו-DBT, MBT נמצאים בשימוש, ופורסמו עבודות בודדות גם על שימוש בהם בילדים (Perepletchikova & Goodman, 2014). CAT (Cognitive Analytic Therapy), ERT (Emotion Regulation Training),

הטיפול הדיאלקטי-התנהגותי (DBT)

הטיפול הדיאלקטי-התנהגותי – DBT – פותח כאמור על ידי פרופ' לינהן. מדובר בטיפול מבוסס מחקר שנועד בבסיסו לנשים בוגרות המראות התנהגות אובדנית כרונית והמאובחנות כסובלות מהפרעת אישיות גבולית. ההתנהגות האובדנית הכרונית מתייחסת בעיקר לפגיעה או פגיעה עצמיות מכוונות ולא קטלניות. הטיפול החל כפיתוח של הטיפול ההתנהגותי הסטנדרטי, לאחר שלינהן מצאה כי טיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי סטנדרטי אינו יעיל בטיפול באוכלוסייה זו.

לינהן הציעה את התאוריה הביו-סוציאלית כבסיס להתפתחות הפרעת אישיות גבולית. על פי תאוריה זו, ההפרעה מושתתת על תפקוד לקוי של מערכת הוויסות הרגשית. ההנחה היא שמטופלות גבוליות הן בעלות פגיעות רגשית גבוהה ועוצמות רגשיות גבוהות יחד עם חסרים בכלים לוויסות רגשי, ושקשיים אלה נובעים מנטייה ביולוגית מוקדמת (פרדיספוזיציה), המוחמרת על ידי אי-תיקוף (אינוולידציה) של הסביבה. הפגיעות הרגשית באה לידי ביטוי בחוסר יציבות במצב הרוח, הגורם גם לחוסר יציבות בהתנהגות, בקשרים בין-אישיים ובתפיסת העצמי, וכן בחוסר יציבות קוגניטיבית. הגורם הסביבתי הוא כישלון הסביבה במתן תיקוף (ולידציה) החל משנות החיים המוקדמות של הילד. במהלך השנים הילד מפנים את הסביבה הלא מתקפת (invalidating environment), כלומר הוא נוטה לעשות אי-תיקוף של רגשותיו הוא. ראוי לציין כאן שמרבית המטופלות הגבוליות מדווחות לפחות על אירוע אחד של התעללות מינית, התעללות פיזית, הזנחה רגשית, מות הורים, נטישה, דחייה חוזרת או נסיבות חיים כאוטיות. כולן חוו סביבה לא מתקפת נרחבת (Linehan, 1993a) (pervasive invalidating environment).

עיקרי הטיפול

(Linehan, 1993a; Brodsky & Stanley, 2013)

הטיפול הדיאלקטי מציע הולזם וסינתזה. מדובר בגישה טיפולית אינטגרטיבית המאגדת גישות טיפוליות שונות ומאפשרת שימוש בהן על פי ארגון משמעותי וידוע מראש. העמדה של המטפל ב-DBT היא עמדה הנשענת על הפילוסופיה הדיאלקטית במשמעות של היעדר אמת מוחלטת וניסיון להגיע לאיזונים, שיווי משקל וחיבור, על מנת להתקדם. האיזון הדיאלקטי העיקרי והמרכזי בטיפול הוא בין קבלה של המטופלת כמו שהיא לבין ניסיון בלתי נלאה לשינוי. החיבור הדיאלקטי משמעו שהקבלה עצמה מהווה שינוי משמעותי גדול. הביטוי של חיבור זה באסטרטגיות הטיפוליות הוא שימוש בתיקוף בשילוב שימוש בפתרון בעיות. משמעות התיקוף בטיפול היא שהמטפל מוצא היגיון, אמת וערך בתגובות הרגשיות, הקוגניטיביות וההתנהגותיות של המטופלת, וכן שהמטפל מאמין ביכולתה של המטופלת לבנות חיים ששווה לחיותם. הוא מאמין למטופלת וגם מאמין בה. עליו להיות עקבי וסבלני ולהאמין ביעילות גישה טיפולית זאת, אמונה שיוכל להעביר גם למטופלת. בטיפול זה יש צורך בהגדרות מדויקות ומעשיות של מטרות הטיפול, קשר חזק וחיובי בין

מטפל למטופלת, הסבר מקיף על תוכנית הטיפול והתחייבות הדדית למטרותיו ולדרכי העבודה בו. כמו כן יש בו הנחות יסוד ברורות: המטופלת משתדלת ככל יכולתה; המטופלת רוצה להשתפר; המטופלת צריכה להשתדל יותר; המטופלת אינה אשמה בבעיותיה, אך זאת אחריותה לטפל בהן; החיים של המטופלים הגבוליים הם בלתי נסבלים; המטופלת צריכה ללמוד התנהגויות חדשות; המטופלת אינה יכולה להיכשל בטיפול; המטפלים במטופלים גבוליים צריכים תמיכה.

מערך הטיפול

DBT הוא טיפול כוללני, הכולל טיפול פרטני, לימוד מיומנויות בקבוצה, קשר טלפוני בין הפגישות וקבוצת מטפלים. בנוסף, יש מקום לטיפול תרופתי או אשפוז במידת הצורך. לכל מטופלת יש מטפל פרטני, שהוא גם המטפל הראשוני שלה. **היררכיית המטרות** בטיפול הפרטני היא:

- א. הפחתת התנהגות אובדנית
- ב. הפחתת התנהגויות המפריעות לטיפול
- ג. הפחתת התנהגות הפוגמת באיכות חיים

הפחתת התנהגות אובדנית

ההבנה הדיאלקטית היא שרצון המטופלת הגבולית למות הוא לעיתים קרובות הגיוני, מכיוון שהוא קשור לחיים בלתי נסבלים, המלאים במשברים, לחצים סביבתיים, יחסים בין-אישיים בעייתיים, בעיות בלימודים או בעבודה או בעיות פיזיות. בתוך הבנה זאת יש לפעול לשינוי הנסיבות, כך שאיכות החיים של המטופלת תשתפר. הרצון להתאבד מושתת בעצם על אמונה שהחיים לא יכולים להשתפר, ויש לעבוד על טעות קוגניטיבית זו. אין להתעלם מהתנהגות אובדנית כלשהי, ויש לנתח ביסודיות כל פעם שהיא מופיעה. יש לדון עם המטופלת על פתרונות חלופיים, להתייחס להשפעות השליליות של ההתנהגות האובדנית, לתת חיזוקים לתגובות שאינן אובדניות ולתת תיקוף לכאב של המטופלת שהביא להתנהגות האובדנית ולקשר בין ההתנהגות האובדנית הנוכחית לבין הדפוסים הכלליים של המטופלת. יש להדגיש את העובדה שבכל מקרה, ולו הקשה ביותר, יש יותר מפתרון אחד. במסגרת ההתייחסות יש לכלול גם אסטרטגיות של תובנה. המטרה היא לעזור למטופלת לשים לב לדפוס התנהגותה ולהבין את הקשרים הפונקציונליים בין המרכיבים השונים. יש מקום גם לפירושים, אם הם בעלי פוטנציאל מתקף, ואם הם מוצגים כהיפותזות שאותן יש לבחון. בהמשך, יש לעבוד עם המטופלת על השפעות התנהגותה על אחרים, כולל על המטפל, על השפעת התנהגותה האובדנית על הדימוי העצמי שלה וכן על העובדה שהתנהגות זו מסיחה את דעתה ממציות פתרונות טובים יותר. ההתייחסות היסודית להתנהגות האובדנית אינה תלויה בחומרת התנהגות זאת, בשיתוף הפעולה או במצב הרוח של המטופלת או בקיום משברים אחרים בחייה, חדשים יותר, או כאלו הנראים לכאורה קשים יותר מהתנהגות האובדנית.

התנהגויות המפריעות לטיפול

התנהגויות המפריעות לטיפול מתחלקות לארבע קטגוריות:

- א. התנהגויות המפריעות לטיפול, כמו: אי-הגעה לפגישות, איחורים, שתיות והתנהגויות אחרות שנכללות ב"התנגדות" במובנה הפסיכואנליטי.
- ב. התנהגויות המפריעות למטופלים אחרים לקבל טיפול, כמו הבעת עוינות כלפיהם והטרדתם. רכיב זה רלוונטי בעיקר בטיפול הקבוצתי או במחלקות אשפוז.
- ג. התנהגויות המפריעות למטפל לתת טיפול, כמו התשתו או חדירה לפרטיותו. יש לאתגר את הרעיון הלא הגיוני שהעזרה שהמטופלת מקבלת מהמטפל אינה קשורה לדרך שבה היא מתנהגת אל המטפל.
- ד. התנהגויות של המטפל המפריעות למטופל לקבל טיפול, כמו: איחורים וביטולי פגישות, שכחה של פרטי מידע, היעדר זמינות טלפונית, גישה פטרונית או התנהגויות אחרות המראות חוסר כבוד למטופל.

הפחתת התנהגויות המורידות את איכות החיים

ההתנהגויות המורידות את איכות החיים כוללות שימוש בסמים ואלכוהול, הפרעת אכילה וכל תסמין פסיכיאטרי אחר, התנהגות מינית לא בריאה, הימורים, היעדרות מבית ספר או מעבודה, בעיות בקשרים וכל בעיה אחרת שהמטופלת מעוניינת להביא לטיפול.

ב-DBT יש אפשרות לקיום קשר בין הפגישות. המטופלת מתקשרת במצבי מצוקה, אך אינה צריכה להיות אובדנית על מנת לקבל תשומת לב מהמטפל. שיחות הטלפון עוזרות לחיזוק דרכי התמודדות יעילות, בהתאם לכלים הנלמדים במסגרת הקבוצה ללימוד מיומנויות. השיחות מאפשרות למטופלות זמן טיפול נוסף ואימון בבקשת עזרה וקבלתה. ישנו שימוש גם בשיחות טלפון יזומות על ידי המטפל. במקביל לטיפול הפרטני, כל מטופלת משתתפת גם בקבוצה ללימוד מיומנויות. המיומנויות הנלמדות בקבוצה הן: קשיבות (mindfulness) כמיומנות ליבה, יעילות בין-אישית, ויסות רגשי ועמידות במצוקה. המיומנויות מבוססות על פרוטוקול שכתבה לינהן (Linehan, 1993b, 2015).

קשיבות כמיומנות ליבה (Core mindfulness skills). מיומנות זו היא המיומנות המרכזית, ועליה נשענות גם המיומנויות האחרות הנלמדות בקבוצה. המטופלות לומדות להיות מודעות למה שהן עושות, חושבות ומרגישות, להיות בלתי שיפוטיות כלפי עצמן ולהיות יעילות.

יעילות בין-אישית (interpersonal effectiveness). מיומנויות יעילות לבקש, לסרב, להשיג את המטרה, לשמור על קשר ולשמור על ערכים בתוך קשר. המטופלות לומדות לזהות מה באמת חשוב מאלה ובאיזה הקשר או סיטואציה.

ויסות רגשי (emotion regulation). מיומנויות להתמודדות עם רגשות עוצמתיים ותנודתיים. התנהגויות דיספונקציונליות הן לעיתים קרובות פתרונות התנהגותיים בלתי מוצלחים לרגשות עוצמתיים בלתי נסבלים. נלמדות מיומנויות לוויסות רגשי, בדומה למודל המקובל בטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי. אלו כוללות זיהוי רגשות

ושיומם, זיהוי הפרשנות לסיטואציה מסוימת והקשר בין פרשנות לרגש. כמו כן לומדים דרכים להפחתת פגיעות ולהגברת רגשות חיוביים.

עמידות במצוקה (distress tolerance). זוהי קבוצת המיומנויות האחרונה, ובה לומדות המטופלות להתמודד עם מצב של דחק חריף. נלמדות מיומנויות רבות ושונות לשרוד משברים (מיומנויות להסחת דעת, לשיפור הרגע, להרגעה עצמית דרך החושים) ומיומנויות לקבלה רדיקלית: לקבל את הכאב כחלק בלתי נפרד מהחיים. לחלק זה יש קשר טבעי ישיר עם מיומנות הקשיבות.

הטיפול בנוי ממספר שלבים. מטרת השלב הראשון, שנמשך כשנה, היא להגיע מחוסר שליטה התנהגותית לשליטה התנהגותית, כך שעצם החיים לא יהיו עוד בסכנה, והקשר הטיפולי והמוטיבציה לטיפול יהיו יציבים וחיוביים; השלב השני בטיפול יתמקד בעבודה על טראומה ונגזרותיה; השלב השלישי בטיפול יהיה פסיכותרפיה "רגילה" ויתמקד בעבודה על נושאים אינדיווידואליים.

DBT בנוער עם התנהגות אובדנית

DBT הותאם לנוער על ידי מילר, רתוס ולינהן (Miller, Rathus & Linehan, 2007; Rathus & Miller, 2015). הטיפול מיועד למתבגרים המתמודדים עם בעיה קשה בוויסות רגשי. מילר ועמיתיו הסתמכו על המודל הביו-סוציאלי של לינהן. מרכיבי הטיפול במתבגרים הם אותם מרכיבים הקיימים בטיפול במבוגרים: טיפול פרטני אחת לשבוע, קבוצה ללימוד מיומנויות אחת לשבוע, קשר טלפוני עם המטפל בין הפגישות וקבוצת עמיתים למטפלים. השינויים הראשונים שהבדילו בין מערך הטיפול הדיאלקטי-התנהגותי במבוגרים על פי לינהן לבין מערך הטיפול במתבגרים על פי מילר ורתוס היו: (א) שיתוף בני משפחה בטיפול – לימוד המיומנויות נעשה בקבוצה משותפת של מתבגרים ואחד מהוריהם; (ב) קיצור משך העבודה של קבוצת המיומנויות משנה ל-12 שבועות. משמעות הדבר שבקבוצה נלמד מספר קטן יותר של מיומנויות; (ג) שינויים בשפה בדפי ההדרכה והתרגול בקבוצת המיומנויות, כך שתתאים למתבגרים (Miller, Rathus, Linehan, Wetzler, & Leigh, 1997).

DBT-A כולל היום כמה התאמות נוספות: בנוסף למיומנויות הקשיבות, העמידות במצוקה, היעילות בין-אישית והוויסות הרגשי, נלמדת מיומנות המותאמת לנוער – "שביל הזהב" (walking the middle path). קבוצת מיומנויות זו מתייחסת באופן ספציפי ליחסים הורה-ילד וכוללת בעיקר מיומנויות תיקוף, עקרונות התנהגותיים וזיהוי שלוש דילמות דיאלקטיות ספציפיות של מתבגרים ובני משפחתם (Miller et al., 2007; Rathus & Miller, 2002).

עדות מחקרית ליעילות DBT בטיפול במתבגרים עם הפרעת אישיות גבולית והתנהגות אובדנית

במאמר מרכזי שנכתב על ידי מילר, רתוס ועמיתיהם ב-1997, מצוין שלמרות חומרת התסמינים האובדניים בתקופת גיל מיוחדת ומאתגרת כגיל ההתבגרות, אין אף פסיכותרפיה מוכחת אמפירית עבור מתבגרים אובדניים ועם פגיעה עצמית. עד שנה

זאת, DBT היה הטיפול המוכח אמפירית היחיד שהיה יעיל במטופלים מבוגרים עם התנהגות אובדנית כרונית והפרעת אישיות גבולית. עובדה נוספת חשובה שמצוינת במאמר זה היא שעד 77% ממתבגרים שניסו להתאבד לא הגיעו לטיפול פסיכולוגי או נשרו ממנו (Miller et al., 1997). מחברי המאמר הדגישו שהתנהגות של פגיעה עצמית והתנהגות אובדנית הן בעלות תפקיד חשוב בוויסות רגשי, כמו גם בקבלת עזרה מסביבה שבדרך כלל אינה מתקפת. מנקודת מבט זאת, התנהגות אובדנית נחשבת כפתרון לא יעיל לרגשות כואבים, עוצמתיים ומציפים. זאת, בניגוד לעמדה מקובלת אצל מטפלים, הגורסים שהתנהגות אובדנית אצל צעירים הסובלים מהפרעת אישיות גבולית היא "מניפולטיבית", "דמונסטרטיבית" ו"מיועדת להשגת רווח משני ולשליטה בסביבה" (Nehls, 1998).

מחקר ראשוני על DBT-A נראה מבטיח (Rathus & Miller, 2002), ועבודות נוספות הראו תוצאות משמעותיות סטטיסטית בהפחתת חרדה (Lenz & Del Mehlum et al., 2015; Conte, 2018; Ritschel, Lim, & Stewart, 2015; James, Taylor, Winmill, & Rathus & Miller, 2002), הפחתת דיכאון (James, Taylor, Winmill, & Rathus & Miller, 2002), הפחתת פגיעה עצמית (James, Taylor, Winmill, & Rathus & Miller, 2002), והפחתת סיכון אובדני (Alfoadari, 2008; Fleischhaker et al., 2011).

בעבודת פיילוט שכללה 12 מתבגרים שמרביתם ענו על קריטריונים של הפרעת אישיות גבולית, 75% נשארו בטיפול עד סיומו. במהלך הטיפול הייתה ירידה משמעותית בפגיעה עצמית לא אובדנית. לא היה אף ניסיון אובדני במהלך הטיפול ובמעקב לאחר שנה. זאת למרות ששמונה מתוך ה-12 ניסו להתאבד לפחות פעם אחת לפני תחילת הטיפול. המחברים ציינו שהעובדה שתוכנית טיפולית שנמשכת 16–24 שבועות וכוללת שתי פגישות שבועיות יכולה לגרום לשינויים חיוביים בהתנהגות, בהסתגלות פסיכו-סוציאלית וברמת המצוקה הנלווית לתסמינים של המתבגרים, ולעורר תקווה ומוטיבציה. כך גם העובדה שמרבית המתבגרים מסוגלים להשלים את התוכנית הטיפולית. בעוד שבתחילת התוכנית 83% מהמטופלים אובחנו כסובלים מהפרעת אישיות גבולית על פי הקריטריונים של ה-DSM, שנה לאחר סיום הטיפול רק 17% אובחנו כסובלים מהפרעה זו. איכות החיים של המתבגרים השתפרה באופן ברור מתחילת הטיפול ועד שנה לאחר סיום הטיפול (Fleischhaker et al., 2011). עבודה נוספת, שנערכה באוקספורד, בדקה 16 מתבגרות שפגעו בעצמן פגיעה חמורה וממושכת. נערכו בדיקות לפני הטיפול ואחריו ומעקב אחרי שמונה חודשים. בממוצע, הנערות השתתפו ביותר מ-78% מהפגישות. נמצאה ירידה ניכרת בדיכאון, בחוסר תקווה ובפגיעה עצמית. במקביל, נמצאה עלייה בתפקוד כללי. יש לציין שרמת הפגיעה העצמית אצל הנערות שנכללו במחקר הייתה יציבה 12–18 חודשים לפני הטיפול, ולא דווח על שיפור בסוגי טיפול אחרים (James et al., 2008). רתוס ומילר (Rathus & Miller, 2002) הישוו טיפול DBT ב-29 מתבגרים אובדניים עם מאפיינים של הפרעת אישיות גבולית עם 82 מתבגרים שקיבלו טיפול מקובל. הטיפול בשני המקרים נמשך 12 שבועות. DBT כלל פגישת טיפול פרטנית וקבוצת מיומנויות משותפת עם בני משפחה. הטיפול המקובל כלל שתי פגישות פרטניות שבועיות בגישה פסיכודינמית וכן טיפול משפחתי אחת לשבוע.

אף שקבוצת המתבגרים שהופנו ל-DBT הראו סימפטומטולוגיה חמורה יותר לפני הטיפול, נמצא שבמהלכו היה מספר קטן יותר של אשפוזים, וכי **שיעור המטופלים בקבוצה זו שהשלימו את הטיפול היה גבוה משמעותית מזה של הקבוצה השנייה**. לא נמצאו הבדלים משמעותיים במספר הניסיונות האובדניים שבוצעו בזמן הטיפול. בהשוואה בין תחילת הטיפול לסופו, נמצאה בקבוצת ה-DBT ירידה במחשבות אובדניות, בתסמינים פסיכיאטריים אחרים ובתסמינים של הפרעת אישיות גבולית. במחקר מבוקר, מהלום ועמיתיו (Mehlum et al., 2014) הישוו בין DBT-A לבין טיפול מקובל מוגבר (EUC – enhanced usual care) בקבוצה של 77 מתבגרים. בוצעו הערכות של פגיעה עצמית, מחשבות אובדניות, דיכאון, חוסר תקווה, תסמינים של הפרעת אישיות גבולית ותדירות אשפוזים וביקורים בחדר מיון. ההערכות לטיפול, שנמשך 19 שבועות, בוצעו אחרי תשעה שבועות ו-15 שבועות מתחילתו ובסופו. במחקר המשך בוצעו ההערכות אחרי 52 שבועות מתום הטיפול (Mehlum et al., 2016). במחקר המבוקר הבסיסי נמצא שההתמדה בטיפול הייתה טובה, אך לא שונה בין שני סוגי הטיפול. DBT-A היה עדיף על EUC בהפחתת שכיחות של פגיעה עצמית, של מחשבות אובדניות ושל תסמינים דיכאוניים. נמצא כי בשיטת DBT-A מספר מדדים השתפרו במהלך הזמן שנבדק, ולעומת זאת, ב-EUC לא נצפה שיפור כזה. בעקבות שני סוגי הטיפול לא היה דיווח על מקרי התאבדות, והיה מספר קטן של אשפוזים וביקורים בחדר מיון, עם עדיפות קלה ל-DBT. עבודה חשובה זו הראתה לראשונה שניתן לטפל במתבגרים המראים התנהגות אובדנית למרות התנגדותם לטיפול ולמרות התסמינים הקשים וקשיי הטיפול בגיל מורכב זה.

מילר ועמיתיו (Miller, Wyman, Huppert, Glassman, & Rathus, 2000) בדקו יעילות של המיומנויות הנלמדות בקבוצה (כפי שתואר, הקבוצה ללימוד מיומנויות היא חלק מרכזי בטיפול ונערכת במקביל לטיפול הפרטני), על פי דיווח עצמי של המתבגרים לפני הטיפול ואחריו. במחקר זה, כמו גם באחרים, נמצאה ירידה משמעותית בתסמינים של הפרעת אישיות גבולית בכל ארבעת השטחים של בעיות, בהתאם לארבעת הנושאים שנלמדו בקבוצה. ארבע המיומנויות, שדורגו כ"יעילות מאוד" וכ"יעילות מאוד מאוד", כללו מיומנות אחת מתוך "עמידות במצוקה" ושלוש מיומנויות של מיינדפולנס. כל ארבע המיומנויות האלה כללו סבילות למחשבות ורגשות לא נעימים, מבלי לנסות לשנות אותם באופן אקטיבי. למרבה הפלא מתבגרים דיווחו על מיומנויות אלה כיעילות יותר מאשר על מיומנויות שמכוונות לשינוי, כמו מיומנויות של ויסות רגשי ושל יעילות בין-אישית. ייתכן שמיומנויות אלה של מיינדפולנס, עמידות במצוקה וקבלה הן חדשות ובלתי מוכרות ברפרטואר של המתבגרים, ולכן נחוות כיעילות יותר. יש לציין שגם דירוגן של המיומנויות שדורגו כבעלות יעילות נמוכה יחסית נע בין "יעילות לפעמים" לבין "יעילות מאוד".

בעבודה שבדקה הטמעה של DBT בקרב מתבגרים ומשפחותיהם במרפאה קהילתית בארצות הברית (Woodberry & Popenoe, 2008) דווח לראשונה על שינוי לא רק בדיווח של המתבגרים עצמם, אלא גם בדיווח של הוריהם. העבודה בדקה תסמינים דיכאוניים, כעס, תסמינים דיסוציאטיביים, תסמינים כלליים

וקשיים תפקודיים ותסמינים הקשורים למחשבות ודחפים לפגיעה עצמית ולאובדנות לפני טיפול DBT ואת השינוי אחרי הטיפול. ההורים דיווחו על שינויים בתסמינים מופנמים (internalizing) ומוחצנים (externalizing) והתנהגויות בעייתיות באופן כללי, בדומה לדיווח של המתבגרים. כמו כן, הם דיווחו על שינוי גדול בתסמינים הדיכאוניים שלהם עצמם. בדיווחי המתבגרים הייתה עדות לירידה גדולה ומשמעותית בשכיחות הרצון לפגיעה עצמית, מ-32% ל-5%, ולעלייה בשיעור התשובות של היעדר כל רצון להתאבד, מ-32% ל-63%. באשר לפגיעה עצמית, נמצאו בסוף הטיפול ירידה מ-50% ל-21% בתשובות של רצון תדיר לפגיעה עצמית, ועלייה של 20% בהיעדר מוחלט של רצון לפגיעה עצמית. מתוך 46 מתבגרים שהסכימו להשתתף במחקר, 29 (63%) השלימו את התוכנית. 86% מההורים שהשלימו את התוכנית היו ב-11 מתוך 15 פגישות קבוצתיות. עבודה זו תומכת באפשרות לשימוש בגישת ה-DBT במרפאות ציבוריות קהילתיות וכן ביעילותה של הגישה, לא רק אצל המתבגרים המטופלים, אלא גם בשינוי תסמינים דיכאוניים אצל הוריהם.

עבודה מבוקרת שנערכה בניו זילנד וכללה מדגם קטן של מתבגרים (n=29) בדקה את הישגות של ביצוע מחקר אקראי מבוקר בקרב מטופלים, בני נוער והוריהם. כלומר, איך אלו קיבלו את העובדה שהבחירה להפנות לטיפול DBT או לטיפול רגיל הייתה אקראית. נמצא ש-13 מתוך 14 המתבגרים שטופלו ב-DBT השלימו את הטיפול (93%). המשפחות היו מרוצות מהטיפול, ובמיוחד מהאפשרות להשתתף בקבוצת מיומנויות למשפחות. המטפלים הרגישו שהטיפול יעיל, שהקשר בין הפגישות חיוני לאוכלוסייה זו ושקבוצת ההתייעצות חיונית לצורך מניעת שחיקה של המטפלים. נראה שהשחיקה אצל מטפלי DBT לא הייתה גבוהה מן הצפוי אצל מטפלים בבריאות הנפש. כשליש מהפונים למרכז הטיפולי אשר הוצע להם DBT, סירבו לטיפול עקב הזמן שהיה צורך להשקיע בו והאינטנסיביות שלו. ממצא זה מעלה את השאלה, עד כמה הטיפול מתאים למשפחות עם משאבים ומוטיבציה נמוכים. למרות קושי של המטפלים להציג את הטיפול הדיאלקטי-התנהגותי ואת הטיפול הרגיל באותה מידה של סיכוי לתועלת, המתבגרים עצמם לא התלוננו על ההפניה האקראית. כשנשאלו איזה טיפול הם מעדיפים, ענו שלא אכפת להם או העדיפו DBT (Cooney, Davis, Thompson, Whaewera-Mika, & Stewart, 2010).

מאמרי סקירה

במטה-אנליזה ראשונית על DBT במתבגרים המראים פגיעה עצמית לא אובדנית ודיכאון, נבדקו 12 עבודות שדיווחו על מדדים של דיכאון ושל פגיעה עצמית לא אובדנית לפני טיפול ואחריו. נמצא שלטיפול דיאלקטי-התנהגותי מותאם למתבגרים הייתה השפעה חיובית גדולה על התנהגות של פגיעה עצמית לא אובדנית והשפעה חיובית קטנה על דיכאון (Cook & Gorraiz, 2016). ממצאים אלה דומים לממצאים שעלו בקרב מבוגרים. יש לציין שקיימת בעייתיות בהשוואה בין טיפולי DBT שונים, בגלל השוני במערך הטיפול ובמשך הטיפול.

מטה-אנליזה אחרת על יעילות DBT-A הראתה בין השאר חוסר אחידות בדרכי יישום הטיפול, כאשר במקרים רבים היה מדובר בהתערבות שכללה קבוצות ללימוד מיומנויות בלבד, ללא המרכיבים הנוספים. עובדה זו הקשתה על הסקת מסקנות ברורות. עם זאת, נמצא שהתערבות שכללה קבוצות ללימוד מיומנויות בלבד הביאה להפחתת תסמינים דיכאוניים במתבגרים (Hunnicuttt Hollenbaugh & Lenz, 2018). ממצאים אלה תומכים בממצאים אחרים שהראו שלימוד מיומנויות DBT בקבוצת מבוגרים יכול להיות יעיל בהפחתת תסמינים נפשיים שונים (Soler et al., 2009; Valentine, Bankoff, Poulin, Reidler, & Pantalone, 2015).

במטה-אנליזה הנ"ל צוין שהיו עבודות מועטות מכדי להסיק מסקנות בנוגע להשפעת DBT-A על פגיעה עצמית (Hunnicuttt Hollenbaugh & Lenz, 2018). בכל מקרה, המסקנה הייתה ש-DBT-A יעיל בהפחתת סיכון אובדני במתבגרים יותר מאשר בקבוצות ביקורת.

במאמר סקירה של גרובס ועמיתיה (Groves, Backer, van den Bosch, & Miller, 2012) סוכם 12 מחקרים שפורסמו בין 1997 ל-2008 ועסקו ביעילות תוצאות טיפול DBT במתבגרים. גם חוקרים אלה ציינו את הקושי להשוות בין המחקרים, עקב השוני בסוגי האוכלוסייה, במבנה הטיפול ובמערך. שוני רב היה גם במערך המחקרים שפורסמו, שרובם ככולם בדקו תוצאות לפני הטיפול ואחריו, ולא השוּוּ באופן אקראי מבוקר לסוגי טיפול אחרים. בנוסף, לא הייתה אחידות במידת ההיצמדות לפרוטוקול המקורי של DBT או שלא הייתה התייחסות למרכיב זה. החוקרים סייגו וצינו שבבדיקת טיפול מורכב כמו DBT נדרשת גמישות. הם סברו כי למרות כל המגבלות, ניתן להסיק שטיפול דיאלקטי-התנהגותי במתבגרים הוא יעיל במסגרות טיפוליות מגוונות ובמדדים תפקודיים שונים. במתבגרים העונים על קריטריונים של הפרעת אישיות גבולית נמצאה למשל ירידה משמעותית בהתנהגויות, כמו: אימפולסיביות, קושי בוויסות רגשי, בלבול בנוגע לעצמי וקשיים בין-אישיים, לאחר 12 שבועות של טיפול אמבולטורי (Rathus & Miller, 2002). כך גם נמצאה ירידה במחשבות אובדניות, NSSI, קושי בוויסות רגשי ותסמינים דיכאוניים במתבגרים שאובחנו כבי-פולריים לפי דיווחם הם ודיווח הוריהם (Goldstein et al., 2015). במאמרים אחרים נמצאה ירידה בתסמינים של הפרעות אכילה, אלימות ופגיעה עצמית בנוער עבריין ועוד.

בדומה למחקרים במבוגרים, גם בנוער הייתה נשירה קטנה יותר מאשר בטיפולים "רגילים", ולמטופלים ומשפחותיהם היו דעה חיובית יותר על הטיפול וכוונה להפנות אחרים לטיפול זה (Goldstein et al., 2015; Rathus & Miller, 2002; Woodberry & Popenoe, 2008).

בסקירה נוספת, שבדקה גורמים מושגיים ומתודולוגיים במחקרים על שימוש ב-DBT בקרב מתבגרים הפוגעים בעצמם, ציינו החוקרים שלמרות עדויות שהולכות ונאספות על יעילות DBT-A, יש חוסר אחידות במספר גורמים, כמו הגדרת פגיעה עצמית, מערך טיפולי לא אחיד, משך טיפול לא אחיד ומידת היצמדות לא ברורה לגישה הטיפולית המקורית. מרבית העבודות לא בדקו את השפעת הטיפול לאורך

החיים, אלא בוצע מעקב של עד שנה בלבד (Freeman, James, Klein, Mayo, & Montgomery, 2016).

יישום הטיפול

בעבודה מעניינת מקנדה הציגו המחברים חומר שאספו במשך שנים אחדות במרפאת חוץ למתבגרים הנמצאת בבית חולים פסיכיאטרי. במרפאה נערך טיפול DBT שהותאם למשאבים, ולכן הוא לא כלל קשר טלפוני בין הפגישות וקבוצה ללימוד מיומנויות למשפחות (A-DBT-A – Adapted form of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents). נבדקו מדדים של טיפול פרטני וקבוצת מיומנויות בקרב 61 מתבגרים שהגיעו עם מחשבות והתנהגות של פגיעה עצמית ותסמינים נלווים של הפרעת אישיות גבולית, ועברו טיפול שארך 15 שבועות. הוצג חומר שנאסף במהלך חמש שנים (2007–2012) כחלק מבדיקה שגרתית של יעילות העבודה במרפאה. נמצאה ירידה משמעותית בדיווח עצמי על פגיעה עצמית (על פי השאלון המתוקף היטב Suicidal Ideas Questionnaire (SIQ). נמצאה ירידה משמעותית גם בפגיעה עצמית על פי כלי הערכה מבוסס ריאיון. בנוסף, נמצאה ירידה גם בתסמינים של הפרעת אישיות גבולית. ספציפית נמצאה ירידה משמעותית בתסמינים של ויסות רגשי, אך ללא שינוי משמעותי בקשיים בין-אישיים. מדדים של יכולת השתקמות (resiliency) הראו שיפור משמעותי. ראוי לציין ש-62% מהמתבגרים שהחלו את הטיפול לא סיימו אותו. הגורמים שנמצאו כמנבאים נשירה מטיפול היו דיווח עצמי על רמה גבוהה של אימפולסיביות ושימוש קבוע בסמים (Courtney et al., 2015). עבודה זו מצביעה על כך שגם טיפול קצר מועד במתבגרים המראים פסיכופתולוגיה חמורה של התנהגות אובדנית ושימוש בסמים הוא יעיל, גם אם מערך הטיפול הוא חלקי.

טורמון ועמיתיו (Tormoen et al., 2014) בדקו את האפשרות להשתמש ב-DBT-A בסקנדינביה. התוצאות הראו שניתן ליישם את הגישה הטיפולית בהקשרים של השפה, התרבות ומערכת הבריאות הסקנדינבית, למרות השוני של גורמים אלה מאותם גורמים בארצות הברית, שם פותחה הגישה. נמצא גם שמטפלים הגיעו לרמת שליטה טובה בטיפול, אף על פי שהרקע שלהם לא היה התנהגותי. הם עברו הכשרה בסיסית והצליחו ללמוד להשתמש ולשלוט בטיפול בתוך זמן קצר.

אשפוז

בגישת ה-DBT אשפוז בדרך כלל אינו מומלץ (Katz, Gunasekara, & Miller, 2002). משברים מאפשרים הזדמנות לעבודה אמבולטורית במקום להוות סיבה לאשפוז. בטיפול האמבולטורי יעבדו על חיזוק כוחות הנפש, שיפור הוויסות הרגשי והכללת המיומנויות, וכך תתאפשר התמודדות יעילה יותר עם המצב המשברי. לעומת זאת, אשפוז יביא לכך שהמטופל יימנע מהסביבה הבעייתית, יעצור את הטיפול ולעיתים אף תהיה נסיגה במצבו. האשפוז עלול לחזק את ההתנהגות האובדנית, התנהגות

שהטיפול מבקש להביא להפסקתה, מאחר שבאשפוז קיים גם גורם "הדבקה", ואין התייחסות טיפולית ספציפית להתנהגות אובדנית, אלא אם כן משתמשים בעקרונות ה-DBT. אף אם מלמדים מיומנויות DBT באשפוז, יהיה קשה מאוד להכלילן בחיי היום-יום (Linehan, 1993a). למרות כל הנאמר, יש מצבים שבהם אשפוז הוא הכרחי. במצבים אלה הספרות תומכת בשימוש ב-DBT במחלקות האשפוז. בוהוס ועמיתיו (Bohus et al., 2000) היו מהחוקרים המרכזיים שבדקו יעילות DBT במבוגרים באשפוז, במחקר שהציג תוצאות שלושה חודשי DBT באשפוז בקבוצה של 24 נשים. הטיפול כלל שימוש באנליזה פונקציונלית של ההתנהגויות הבעייתיות, התנהלות לפי העקרונות הבסיסיים של DBT, לימוד מיומנויות עם דגש על כאלו שימנעו אשפוזים חוזרים והתייחסות מרכזית לפגיעה עצמית. בהשוואה בין חומרת התסמינים חודש לפני האשפוז לבין חומרתם חודש לאחריו, נמצאו שיפור משמעותי בערכים של דיכאון, חרדה ותחושת דחק כללית וכן ירידה משמעותית ביותר במספר האירועים של פגיעה עצמית.

במאמר שסקר שיטתית 11 עבודות אשר בדקו יעילות של טיפול בהפרעת אישיות גבולית באשפוז, נמצא שהתאמות שונות של DBT לתוכניות אשפוז שונות הפחיתו תסמינים של הפרעת אישיות גבולית, כולל פגיעה עצמית, תסמינים דיכאוניים וחרדתיים ומצבים דיסוציאטיביים; זאת בנוסף לשיפור בתפקוד הכללי (Bloom, Woodward, Susmaras, & Pantalone, 2012).

להלן מקרה אופייני שבו יש מקום להמליץ על DBT באשפוז, על פי כץ ועמיתים (Katz et al., 2002): דונה בת 15 התקבלה לתוכנית DBT באשפוז אחרי שלקחה מינון יתר של אקמול, והוא הגיע לרמות מסוכנות בדמה. לפני בליעת הכדורים רבה עם אחיה, ריב שהיה "הקש ששבר את גב הגמל". לדונה היו שני אשפוזים קודמים מסיבות דומות, והיא הייתה מאושפזת בסך הכול חמישה חודשים, שבמהלכם פגעה בעצמה פעמים רבות בתוך המחלקה. לאחר סיום האשפוזים היא לא המשיכה בטיפול אמבולטורי וכן הפסיקה את הטיפול התרופתי האנטי-דיכאוני שקיבלה. בזמן שלא הייתה בטיפול ביצעה שני ניסיונות אובדניים חמורים ופגעה בעצמה פעמים רבות. היא אובחנה כסובלת מהפרעה דיכאונית מג'ורית ומקווים של הפרעת אישיות גבולית.

תוכנית DBT באשפוז (Katz et al., 2002): צוות המחלקה עובר כולו הכשרה ב-DBT, ואנשי הצוות זמינים לעזור למטופלים להשתמש במיומנויות DBT ולעשות הכללה למצבים שונים. חלק חשוב מתפקידם של אנשי הצוות הוא להתערב לפני שמטופלים פוגעים בעצמם או בוחרים בהתנהגויות בעייתיות אחרות. התוכנית כוללת קבוצת מיומנויות יומית. בניגוד לטיפול האמבולטורי, ההורים אינם משתתפים בקבוצה. המטופלים מקבלים פסיכותרפיה פרטנית פעמיים בשבוע. בנוסף מתקיים קשר של המטופל עם האחיות לפי הצורך (למשל אם המטופל במחלקה מגיע לרמה גבוהה של אי-ויסות). קשר זה מתנהל גם הוא על פי ההיררכייה הטיפולית והמטרות הטיפוליות שנקבעו. הצוות במחלקה משתתף בקבוצת התייעצות פעמיים בשבוע כדי לחזק את היכולות והמוטיבציה של המטפל

לקיים טיפול יעיל. מטרת הטיפול הן הפחתת התנהגויות מסכנות חיים שהובילו לאשפוז או שמעכבות שחרור מהאשפוז, הפחתת התנהגויות שמפריעות לטיפול אמבולטורי או לטיפול באשפוז הנוכחי, הפחתת התנהגויות שמפריעות למחלקה וחיזוק מיומנויות של קשיבות ועמידות במצוקה, שהן חיוניות לצורך טיפול אמבולטורי. האשפוז נמשך בין ימים אחדים לשלושה שבועות.

DBT-A – עלות-תועלת הטיפול (cost effectiveness)

במחקר מבוקר שנערך בנורווגיה וכלל 77 מתבגרים עם פגיעה עצמית חוזרת שטופלו במשך 19 שבועות בטיפול אמבולטורי (Mehlum et al., 2014), נבדקה עלות-תועלת של גישת ה-DBT מול גישת הטיפול המקובל המוגבר (EUC) (Haga, Aas, Groholt, Tormoen, & Mehlum, 2018). בתום 19 שבועות של הטיפול נמצא ש-DBT-A היה יעיל יותר בהפחתת פגיעה עצמית. עלות DBT-A הייתה גבוהה יותר במהלך 19 השבועות של המחקר, בעוד עלות EUC הייתה גבוהה יותר לך תקופת המעקב. זהו ממצא חשוב שמדגים את יעילות ה-DBT-A, כך שאחרי תום הטיפול הצורך בהמשך טיפול ומעקב הוא קטן יותר. הממצא ש-DBT-A הביא לשיפור אחרי 19 שבועות, ושלא היה הבדל סטטיסטי בין הקבוצות בעלויות הטיפול לאחר 71 שבועות, משמעו שהשימוש במשאבים רבים יותר במהלך ה-DBT-A היה בעל ערך כלכלי. ממצאים אלה תומכים בבחירת DBT-A כטיפול הבחירה במתבגרים עם פגיעה חוזרת.

לא היה הבדל בין הקבוצות בעלות הביקורים בחדר מיון, אך נמצאה עלות גבוהה יותר ל-EUC עקב שני מטופלים שאושפזו לתקופות ארוכות. כאשר מכלילים את עלויות האשפוז, עלויות הטיפול הכלליות של EUC גבוהות יותר עבור כל התקופה.

DBT בישראל

בארץ התחילו ליישם את הגישה הטיפולית בשנים 2000–2001 בשתי מרפאות ציבוריות לבריאות הנפש לילדים ונוער. בשנת 2007 הוקם מכון פרטי ללימוד DBT וטיפול באמצעותו. צוות המכון אחראי להעברת חלק גדול מן ההכשרות בשירות הציבורי והפרטי בישראל. כיום יש כ-25 יחידות בריאות נפש ציבוריות שבהן ניתן לקבל טיפול דיאלקטי-התנהגותי, בדרך כלל טיפול חלקי. טיפול DBT מתקיים גם בפנימיות ובמרכזים טיפוליים השייכים למשרד הרווחה.

הטמעת DBT בשירות הציבורי: בארץ, כמו במקומות אחרים בעולם, הטמעת ה-DBT אינה פשוטה ואינה עונה על הצורך הרב בגישה טיפולית יעילה זו. בבריטניה, בשנת 2009, DBT נכלל בהנחיות של ה-NICE (National Institute of Health and Care Excellence) כטיפול מומלץ לנשים עם אבחנה של הפרעת אישיות גבולית והיסטוריה של פגיעה עצמית חוזרת (NICE, 2009). יש גם עבודות המראות של-DBT יש פוטנציאל להיות טיפול בעל יחס עלות-תועלת גבוה לאנשים עם התנהגות של פגיעה עצמית (Priebe et al., 2012; van den Bosch, Sinnaeve, Hakkaart-van Roijen, & van Furth, 2014). נראה שעודת ליעילות של גישה

טיפולית אינה מבטיחה הטמעה טובה יותר. כך גם הכשרת מטפלים בגישה חדשה אינה מבטיחה שינוי התנהגותי. עדיין אין תשובה ברורה לדרך היעילה שבה ניתן לתרגם גישה טיפולית מבוססת ראיות לגישה הנמצאת בשימוש שגרתני בשדה הטיפולי (King, Hibbs, Saville, & Swales, 2018). חלק מהצוותים שעברו הכשרה אינטנסיבית באנגליה לא הצליחו להתמיד לאורך זמן בשימוש בשיטה. נמצא שסיכוי להיכשל היה גדול יותר בשנה השנייה ובשנה החמישית לאחר ההכשרה. הגורם העיקרי שאפיינ צוותים שלא החזיקו מעמד היה היעדר תמיכה מוסדית, אם כי יחסית לתוכניות השתלמות אחרות, שיעור ה"הישרדות" בתוכנית היה מרשים – 88% שנתיים לאחר סיום ההכשרה, ו-69% לאחר שמונה שנים. הנטייה הגוברת היא לליווי של הארגון על ידי מומחה חיצוני לצורך הטמעת הגישה במערכת. נמצא שצוותים שהוכשרו מחוץ למקום עבודתם שרדו יותר. מכשולים מרכזיים להטמעת DBT שאותרו היו תחלופה גבוהה של אנשי צוות ובעיות מימון להכשרת אנשי צוות חדשים, להמשך הכשרה של צוות עובד ולהדרכה על ידי מומחים. גורמים שנמצא כי אפשרו התגברות על המכשולים והטמעה של תוכנית DBT שתצליח להישאר לאורך זמן היו גורמים אישיים, כמו: אנשי טיפול בעלי מוטיבציה גבוהה, הובלה יעילה של צוות ה-DBT ונוכחות של "אלוף" DBT (DBT champion). נמצא שבחלק מהמקומות, הצגת עדות מחקרית ליעילות היוותה גורם מרכזי בהשגת מחויבות ההנהלה להכשרה (King et al., 2018).

בעבודות אחרות נמצא שמטפלים שבאו מתחום הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי הראו גישה פתוחה וחיובית יותר ללימוד DBT בפרט וגישות מבוססות ראיות בכלל (Stewart, Chambless, & Baron, 2011). צוותים עם לכידות גבוהה יותר ותקשורת ואווירה טובות יותר הטמיעו מספר גדול יותר של מרכיבים מתוך ה-DBT; כך גם הימצאות מטפלים בעלי תואר שני ומעלה רבים יותר, תחושה של תמיכה בצוות וניסיון קודם ב-DBT יבטיחו הטמעה טובה יותר (van den Harned et al., 2016; Bosch & Sinnaveve, 2015). גם אם ההטמעה מייד לאחר ההכשרה היא טובה, המשך הטמעה דורש תמיכת הנהלת הארגון. בעיות נוספות שנמצאו בשירות הציבורי היו היעדר מספר מטפלים פרטניים מספיק, דרישה לטיפול במטופלים רבים יותר אף ש-DBT דורש השקעת זמן רבה יותר, אי-מתן זמן להדרכה והתייעצות צוות וחוסר רצון לאפשר שיחות טלפון מעבר לשעות העבודה הרגילות עם תגמול כספי (DuBose, Botanov, Navarro-Haro, & Linehan, 2018). הערכת החוקרים האחרונים היא שקיימים כ-135 מיליון איש בעולם הסובלים מרמה גבוהה של מצוקה עקב קשיים בוויסות רגשי. אומנם לא ניתן להעריך במדויק את מספר האנשים שקיבלו DBT, אבל הרושם הוא שמספרם נופל בהרבה מהביקוש ומהצורך הגלובלי לטיפול זה.

בארץ לא נערך מחקר על המשכיות המערך הנדרש, על היצמדות אליו ואל עקרונות הטיפול ועל יעילות הטיפול, לאחר הכשרות במערכות ציבוריות שונות. עם זאת, בחלק ניכר מהמקומות שבהם המחברות והצוות הבכיר במכון אופק העבירו הכשרות ב-DBT, הקשר עם הצוות שעבר הכשרה נמשך באמצעות

הדרכה במשך שנה עד ארבע שנים, גם לאחר ההכשרה. מהתרחשותנו, הגורמים המפריעים להטמעה של DBT והגורמים המחזקים אותו שתוארו לעיל תקפים גם בארץ. הגורמים העיקריים המכשילים הטמעה יעילה במערכת בריאות הנפש הציבורית הם היעדר תמיכת ההנהלה, תחלופה גבוהה של צוות המטפלים הפרטניים (בעיקר מתמחים בפסיכולוגיה ועובדות סוציאליות צעירות), היעדר מימון מספיק, אי-התחשבות בצרכים המיוחדים של מטפלי DBT (זמן, הדרכה, קשר בין הפגישות), נטייה להטמעה חלקית מאוד של מרכיבים מתוך ה-DBT (בעיקר קבוצה ללימוד מיומנויות) ואוריינטציה טיפולית פסיכודינמית, שמקשה על עמדה חיובית ופתוחה ללימוד גישה טיפולית מבוססת ראיות.

דיון

DBT הוא טיפול מבוסס ראיות להפרעות בוויסות רגשי, שנמצא בשימוש גלובלי עם הטמעה יעילה בכ-30 מדינות ושש יבשות. הוא יעיל גם בטיפול במתבגרים הסובלים מקשיים בוויסות רגשי, התנהגות אובדנית והתנהגות של פגיעה עצמית. התאבדות כסיבה למוות בגיל ההתבגרות נמצאת במקום גבוה יותר מאשר בכל קבוצת גיל אחרת. בגיל ההתבגרות מדווח גם השיעור הגבוה ביותר של פגיעה עצמית לא אובדנית (Nock, 2010).

למרות חשיבות הנושא ובהשוואה למספר המחקרים המבוקרים שנעשו בקרב מבוגרים, מספר המחקרים המבוקרים על התערבויות טיפוליות בגישות שונות בבני נוער אובדניים קטן (Hawton et al., 2015).

הנטייה המוצדקת כיום היא להימנע מאשפוז או להסתפק באשפוזים קצרים ולהפנות לטיפול בקהילה, מאחר שבמחקרים מבוקרים בודדים שנעשו במבוגרים ובמתבגרים לא נמצא יתרון בטיפול באשפוז (Huey et al., 2004; Waterhouse & Platt, 1990).

הפרעת האישיות המקושרת ביותר להתנהגות אובדנית היא הפרעת אישיות גבולית, והתנהגות אובדנית אף מהווה את אחד הקריטריונים לאבחנה על פי ה-DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). שכיחות האבחנה במתבגרים דומה לזו במבוגרים. במתבגרים, פגיעה עצמית והתנהגות אובדנית הן מהקריטריונים השכיחים ביותר להפרעת אישיות גבולית (Zanarini et al., 2008). קושי בזיהוי רגשות וקושי בוויסות רגשי ניבאו ניסיונות אובדניים, גם כאשר נטרלו את המרכיב הדיכאוני הבסיסי (Pisani et al., 2013). אצל חלק גדול ממתבגרים אלה ניתן למצוא גורמי סיכון רבים להתאבדות, ולמרבה הצער, דווקא הם מרבים לנשור מהטיפול ה"רגיל" הניתן במרפאות וממשיכים לחיות בסכנה של פגיעה עצמית והתאבדות. גם המטפלים באנשים הסובלים מהפרעות מורכבות ומשברים אובדניים חוזרים מתקשים מאוד להתמיד במאמצים המתמשכים הדרושים בטיפול.

לינהן (Linehan, 1993a) הציעה את התאוריה הביו-סוציאלית כבסיס להתהוות הפרעת אישיות גבולית. ההנחה היא שההפרעה מושתתת על דיספונקציה של מערכת הוויסות הרגשי, ושמתפלות גבוליות הן בעלות פגיעות רגשית ועוצמות

רגשיות גבוהות בשילוב חסרים בכלים לוויסות רגשי. קשיים אלה נובעים מנטייה ביולוגית (פרדיספוזיציה) מוקדמת המוחמרת על ידי חוסר תיקוף של הסביבה. בהמשך לתאוריה זו, לינהן פיתחה את הטיפול הדיאלקטי-התנהגותי – DBT (Linehan, 1993a, b). DBT הוא טיפול כוללני, הכולל טיפול פרטני, לימוד מיומנויות בקבוצה, קשר טלפוני בין הפגישות וקבוצת מטפלים. היררכיית המטרות בטיפול הפרטני הוא הפחתת התנהגות אובדנית, הפחתת התנהגויות המפריעות לטיפול והפחתת התנהגות הפוגמות באיכות חיים. במקביל לטיפול הפרטני, מתקיימת גם קבוצה ללימוד מיומנויות. DBT מתייחס ישירות לחוסר מוטיבציה לטיפול ומתמקד בעבודה על התמדה בטיפול כמטרה בפני עצמה. מטרה זו חשובה, בהתחשב בשיעור הנשירה הגבוה מטיפול של אוכלוסייה זאת. בקבוצה ללימוד מיומנויות נלמדות ארבע מיומנויות עיקריות: מיינדפולנס, יעילות בין-אישית, ויסות רגשי ועמידות במצוקה.

הגישה המובנית והמערכתית של DBT מספקת תחלופה יעילה לאשפוז, שבו ייצוב המטופל הוא המטרה הראשונית, וגם חלופה לטיפול מרפאתי רגיל, שבו אינטנסיביות הטיפול יכולה להיות נמוכה מדי. אף על פי שגישות טיפוליות רבות מדגישות את החשיבות של שיתוף פעולה בין מטפלים שעובדים עם מתבגרים, מעטים יצרו תוכנית טיפול ספציפית שתומכת בכך.

DBT הוא הטיפול הראשון שתוקף אמפירית עבור מטופלים מבוגרים הסובלים מהפרעת אישיות גבולית ומראים התנהגות אובדנית כרונית (דוגמאות לניסויים מבוקרים אקראיים [RCT's]: Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Linehan et al., 2006; Linehan, Heard, & Armeulstrong, 1993; Priebe et al., 2012; van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul, & van den Brink, 2005). נמצא שלא רק שהטיפול הביא לירידה ברורה ומשמעותית בתדירות וחומרת ההתנהגות האובדנית, אלא שהייתה גם הפחתה במספר ימי האשפוז, באחוז הנשירה מטיפול ובעוצמת הכעס וכן שיפור שיתוף הפעולה בטיפול וההסתגלות החברתית. רתוס ומילר (Rathus & Miller, 2015) התאימו את מערך הטיפול המקורי למתבגרים. בעשור האחרון פורסמו מספר מחקרים המצביעים על DBT כטיפול מבטיח במתבגרים עם הפרעות פסיכולוגיות שונות, כולל הפרעת אישיות גבולית, הפרעות אכילה והפרעות התנהגות וכן התנהגות אובדנית והתנהגות של פגיעה עצמית (Cook & Gorraiz, 2016; Groves et al., 2012).

עבודות על DBT-A הראו תוצאות משמעותיות סטטיסטית בהפחתת חרדה, הפחתת דיכאון, הפחתת פגיעה עצמית והפחתת סיכון אובדני. ממחקר מרכזי מבוקר שנעשה על ידי מהלום ועמיתיו (Mehlum et al., 2014, 2016) החוקרים הסיקו שניתן לטפל במתבגרים המראים התנהגות אובדנית למרות התנגדותם לטיפול ולמרות התסמינים הקשים לטיפול בגיל מורכב זה. נמצא שקיימת אפשרות לשימוש בגישת ה-DBT במרפאות ציבוריות קהילתיות, ושהגישה יעילה לא רק אצל המתבגרים המטופלים, אלא גם בתסמינים דיכאוניים אצל הוריהם (Woodberry & Popenoe, 2008). בדומה למחקרים בקרב מבוגרים, גם בקרב נוער יש נשירה

פחותה מאשר בטיפולים "רגילים", ולמטופלים ומשפחותיהם יש דעה חיובית יותר על הטיפול (Woodberry & Popenoe, 2008). במחקר שבדק עמדות הוריות לפני השתתפות בקבוצת מיומנויות להורים של צעירים המטופלים ב-DBT בישראל ואחריה, נמצא שינוי בעל מובהקות סטטיסטית בהבנת ההורים את ילדיהם ואת הסימפטומטולוגיה שלהם, ובתחושת הקומפלטנטיות שלהם (Cohen et al., 2018). במחקר בניו זילנד נמצא שהמשפחות היו מרוצות מהטיפול, ובמיוחד מהאפשרות להשתתף בקבוצת מיומנויות למשפחות. המטופלים הרגישו שהטיפול יעיל, שהקשר בין הפגישות חיוני לאוכלוסייה זו ושקבוצת ההתייעצות חיונית לצורך מניעת שחיקה של המטופלים (Cooney et al., 2010).

נמצא שניתן ליישם את גישת ה-DBT-A גם בהקשרים של שפה, תרבות ומערכת בריאות אירופאית, למרות השוני שלהם מאלו של ארצות הברית, שם פותחה הגישה. כך גם נמצא שמטופלים יכולים להגיע לרמת שליטה טובה בטיפול, גם כשהרקע שלהם אינו התנהגותי (Tormoen et al., 2014).

רוב המחקרים מציינים מגבלות רבות שמקשות על הסקת מסקנות ברורות וחד-משמעיות: אחת הבעיות היא הגדרת התנהגות אובדנית והחלטה אם לכלול בה את הפגיעה העצמית הלא אובדנית. קיימת בעייתיות בהשוואה בין טיפולי DBT שונים בגלל השוני במערך הטיפול ובמשך הטיפול (Cook & Gorraiz, 2016). כמו כן קיים חוסר אחידות בנוגע לדרכי יישום הטיפול, כאשר במקרים רבים מדובר בהתערבות שכוללת קבוצות ללימוד מיומנויות בלבד, ללא המרכיבים הנוספים. כך גם אין אחידות במידת ההיצמדות לפרוטוקול המקורי של DBT. החוקרים מסייגים ומציינים שבבדיקת טיפול מורכב כמו DBT נדרשת גמישות. בעבודה חדשה מצוין שמספר העבודות מועט מכדי שניתן יהיה להסיק מסקנות באשר להשפעת DBT-A על פגיעה עצמית (Hunnicut Hollenbaugh & Lenz, 2018). נמצא גם שחלק מהפונים למרכז טיפולי המציע DBT מסרבים לטיפול עקב השקעת הזמן והאינטנסיביות של הטיפול. ממצא זה מעלה את השאלה, עד כמה הטיפול מתאים למשפחות עם משאבים ומוטיבציה נמוכים (Cooney et al. 2010). המסקנות של מרבית החוקרים היו שלמרות כל המגבלות, טיפול DBT במתבגרים המראים פסיכופתולוגיה חמורה שכוללת התנהגות אובדנית הוא יעיל למדי.

בארץ התחילו ליישם את גישה ה-DBT בתחילת שנות ה-2000. נערכו עד כה עשרות רבות של תוכניות השתלמויות לצוותים של בריאות הנפש, לצוותי טיפול בנפגעות תקיפה מינית, צוותי רווחה, צוותי פנימיות טיפוליות ועוד. בארץ, כמו במקומות אחרים בעולם, הטמעת ה-DBT אינה פשוטה ואינה עונה על הצורך הרב בגישה טיפולית יעילה זו. בניגוד למקומות שונים בעולם, בארץ לא נערך מחקר על הישרדות תוכניות, היצמדות למערך הנדרש ב-DBT ועקרונותיו ויעילות הטיפול במסגרות הציבוריות. ההתרשמות היא שהגורמים העיקריים המכשילים הטמעה יעילה במערכות הציבוריות הם היעדר תמיכת ההנהלה, תחלופה גבוהה של צוות המטופלים, היעדר מימון מספיק, נטייה להטמעה חלקית מאוד של מרכיבים טיפוליים וכן אוריינטציה טיפולית פסיכודינמית שמקשה על עמדה חיובית ופתוחה ללימוד

גישה טיפולית מבוססת ראיות. עם זאת, ניכרת עלייה בהתעניינות בגישה ובפנייה להכשרות.

מקורות

- משרד הבריאות (2016). **אובדנות בישראל: התאבדויות 1981–2013: ניסיונות התאבדות 2004–2014**. זמין באתר משרד הבריאות: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/loss_2016.pdf
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, 5th Ed). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Asarnow, J., Hughes, J., Babeva, K., & Sugar, C. (2017). Cognitive-behavioral family treatment for suicide attempt prevention: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56, 506–514.
- Bloom, J. M., Woodward, E. N., Susmaras, T., & Pantalone, D. W. (2012). *Psychiatric Services*, 63(9), 881–888.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R., & Linehan, M., (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder—a prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 38(9), 875–887.
- Brent, D. A., McMakin, D. I., Kennard, B. D., Goldstein, T. R., Mayes, M. S., & Douaihy, A. B. (2013). Protecting adolescents from self-harm: A critical review of intervention studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 1260–1271.
- Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., et al. (2002). Familial pathways to early-onset suicide attempt: Risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Archives of General Psychiatry*, 59, 801–807.
- Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2013). *The dialectical behavior therapy primer: How can DBT inform clinical practice*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Burke, T. A., Connolly, S. L., Hamilton, J. L., Strange, J. P., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B., (2016). Cognitive risk and protective factors for suicidal ideation: A 2-year longitudinal study in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44, 1145–1160.
- Castellvi, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizabal, A. Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, J., et al. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 215, 37–48.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2017). *Suicide among youth: Gateway to health communication and social marketing practice: Tip sheets s-u*. Atlanta, GA: Author.
- Cha, C. B., Franz, P. J., Guzman, E. M., Glenn, C. R., Kleiman, E. M., & Nock, M. K. (2018). Annual research review: Suicide among youth – epidemiology,

- (potential) etiology, and treatment. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(4), 460–482.
- Chanen, A. M., & Kaess, M., (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(1), 45–53.
- Cohen, Y., Presler, N., Halevi, Y., Levi, N., Vered, D., & Goldzweig, G. (2018). *Efficacy of skills group for parents as part of DBT program*. Unpublished manuscript.
- Cohen, Y., Spirito, A., & Brown, L. K. (1996). Suicide and suicidal behavior. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen, & L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behavior* (pp. 193–224). New York: Springer.
- Cook, N., E., & Gorraiz, M. (2016). Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: Preliminary meta-analytic evidence. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(2), 81–89.
- Cooney, E., Davis, K., Thompson, P., Whaewera-Mika, J., & Stewart, J. (2010). *Feasibility of evaluating DBT for self-harming adolescents: A small randomized controlled trial*. Auckland, New Zealand: The National Centre of mental Health Research, Information and Workforce Development.
- Courtney, D. B., & Flament, M. F. (2015). Adapted dialectical behavior therapy for adolescents with self-injurious thoughts and behaviors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(7), 537–544.
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 49, 122–131.
- DuBose, A. P., Botanov, Y., Navarro-Haro, M. V., & Linehan, M. M. (2018). Evidence-based Training: The Intensive Model of Training in dialectical Behaviour Therapy. In M. A Swales, (Ed.), *The Oxford handbook of dialectical behavior therapy*, Section VIII: Training in DBT (p. 42). New York: Oxford University Press.
- Dunlop, S.M., More, E., & Romer, D. (2011). Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 1073–1080.
- Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Kahler, C. W., Hunt, J., & Monti, P. (2011). Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 728–739.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 32, 607–619.
- Fleischhaker, C., Bohme, R., Sixt, B., Bruck, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with one-year follow-up. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 5(3), 1–10.

- Freeman, K. R., James, S., Klein, K. P., Mayo, D., & Montgomery, S. (2016). Outpatient Dialectical Behavior Therapy for adolescents engaged in deliberate self-harm: Conceptual and methodological considerations. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 33(2), 123–135.
- Gallagher, M., Prinstein, M. J., Simon, V., & Spirito, A. (2014). Social anxiety symptoms and suicidal ideation in a clinical sample of early adolescents: Examining loneliness and social support as longitudinal mediators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 871–883.
- Galynker, I., Yaseen, Z., & Briggs, J. (2014). Assessing risk for imminent suicide. *Psychiatric Annals*, 44(9), 431–436.
- Goldstein, T. R., Fersch-Podrat, R. K., Rivera, M., Axelson, D. A., Merranko, J., Yu, H., et al. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: Results from a pilot randomized trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(2), 140–149.
- Groves, S., Backer, H. S., van den Bosch, W., & Miller, A. (2012). Review: Dialectical behavior therapy with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 65–75.
- Gvion, Y., & Apter, A. (2011). Aggression, impulsivity and suicide behavior: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 15(2), 93–112.
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Aquila, A. R., et al. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51.
- Haga, E., Aas, E., Groholt, B., Tormoen, A. J., & Mehlum, L. (2018). Cost-effectiveness of dialectical behavior therapy vs. enhanced usual care in the treatment of adolescents with self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12, 22. Available at <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0227-2>
- Harned, M. S., Navarro-Haro, M. V., Korlund, K. E., Chen, T., DuBose, A. P., Ivanoff, A., & Linehan, M. M. (2016). Rates and predictors of implementation after Dialectical Behavior Therapy intensive training. Proceedings of the 3rd Biennial Conference of the Society for Implementation Research Collaboration (SIRC) 2015: Advancing efficient methodologies through community partnership and team science. *Implementation Science*, 11(Suppl. 1), A57.
- Haw, C., Hawton, K., Niedzwiedz, C., & Platt, S. (2013). Suicide clusters: A review of risk factors and mechanisms. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43, 97–108.
- Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Townsend, E., et al. (2015). Interventions for self-harm in children and adolescents (review). *Cochrane Database of Systemic Reviews*, 12, 1–108.
- Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., et al. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(8), 740–750.

- Huey, S. J., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G. & Edwards, J. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 183–190.
- Hunnicutt Hollenbaugh, K. M., & Lenz, S. (2018). Preliminary evidence for the effectiveness of dialectical behavior therapy for adolescents. *Journal of counseling & Development*, 96, 119–131.
- James, A. C., Taylor, A., Winmill, L., & Alfoadari, K. (2008). A preliminary community study of Dialectical Behaviour (DBT) with adolescent females demonstrating persistent, Deliberate Self-Harm (DSH). *Child and Adolescent mental Health*, 13(3), 148–152.
- Katz, L. Y., Gunasekara, S., & Miller, A. (2002). Dialectical behavior therapy for inpatient and outpatient parasuicidal adolescents. *Adolescent Psychiatry*, 26, 161–178.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56(7), 617–626.
- King, J. C., Hibbs, R., Saville, C. W. N., & Swales, M. A. (2018). The survivability of dialectical behavior therapy programmes: A mixed methods analysis of barriers within UK healthcare settings. *BMC Psychiatry*, 18, 302–312.
- Klomek, A. B., Sourander, A., Niemela, S., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., 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.
- Lentz, S. A., & Del Conte, G. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for adolescents in a partial hospitalization program. *Journal of Counseling and Development*, 96, 15–26.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060–1064.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–766.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971–974.

- Mars, B., Heron, J., Biddle, L., Donovan, J. L., Holley, R., Piper, M., et al. (2015). Exposure to, and searching for, information about suicide and self-harm on the internet: Prevalence and predictors in a population-based cohort of young adults. *Journal of Affective Disorders*, 185, 239–245.
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tormoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., et al. (2016). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295–300.
- Mehlum, L., Tormoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., laberg, S., et al. (2014). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with suicidal adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M., Wetzler, S., & Leigh, E. (1997). Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practical Psychiatry & Behavioral Health*, 3(2), 78–86.
- Miller, A. L., Wyman, S. E., Huppert, J. D., Glassman, S. L., & Rathus, J. H. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 183–187.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 1–9.
- Nehls, N. (1998). Borderline personality disorder: Gender stereotypes, stigma and limited system of care. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(2), 97–112.
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2009). *Borderline Personality Disorder: Recognition and management: Clinical guideline [CG78]*. Available at <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/evidence/bpd-full-guideline-242147197>
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363.
- Nock, M. K., Greif Green, J., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300–310.
- Ougrin, D., Tranah, T., Moran, P., & Rosenbaum Asarnow, J. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97–107.
- Perepletchikova, F., & Goodman, G. (2014). Two approaches to treating preadolescent children with severe emotional and behavioral problems: Dialectical behavior therapy adapted for children and mentalization-based child therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(4), 298–312.

- Pisani, A. R., Wyman, P. A., Petrova, M., Schmeelk-Cone, K., Goldston, D. B., Xia, Y., & Gould, M. S. (2013). Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. *Journal of Youth and Adolescence*, *42*, 807–820.
- Priebe, S., Bhatti, N., Barnicot, K., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C., et al. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: A pragmatic randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *81*, 356–365.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical Behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *32*(2), 146–157.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2015). *DBT skills manual for adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Ritschel, A., Lim, E., & Stewart, M. (2015). Trans diagnostic applications of DBT for adolescents and adults. *American Journal of Psychotherapy*, *69*, 111–128.
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*, 1304–1313.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebria, A., Barrachina, J., Campins, M. J. & Gich, I. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(5), 353–358.
- Stewart, R. E., Chambless, D. L., & Baron, J. (2011). Theoretical and practical barriers to practitioners' willingness to seek training in empirically supported treatments. *Journal of Clinical Psychology*, *68*, 8–23.
- Tang, T. C., Jou, S. H., Ko, C.-H., Huang, S. Y., & Yen, C. F. (2009). Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *63*, 463–470.
- Tormoen, A. J., Groholt, B., Haga, E., Brager-Larsen, A., Miller, A., Walby, F., et al. (2014). Feasibility of dialectical behavior therapy with suicidal and self-harming adolescents with multi-problems: Training, adherence, and retention. *Archives of Suicidal Research*, *18*, 432–444.
- Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D. W. (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: A systematic review of the treatment outcome literature. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(1), 1–20.
- Van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., Stijnen, T., Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1231–1241.
- Van den Bosch, L. M., & Sinnaeve, R. (2015). Dialectische gedragstherapie in Nederland: Implementatie en consolidatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *57*(10), 719–727.

- Van den Bosch, L. M., Sinnaeve, R., Hakkaart-van Roijen, L., & van Furth, E. F. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *15*, 152.
- Walsh, C. G., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2018). Predicting suicide attempts in adolescents with longitudinal clinical data and machine learning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *59*(12), 1261–1270.
- Waterhouse, J., & Platt, S. (1990). General hospital admission in the management of parasuicide: A randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *156*, 236–242.
- Wedig, M. M., & Nock, M. K. (2007). Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(9), 1171–1178.
- Woodberry, K. A., & Popenoe, E. J. (2008). Implementing Dialectical Behavior Therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*, *15*, 277–286.
- Yen, S., Gagnon, K., & Spirito, A. (2013). Borderline personality disorder in suicidal adolescents. *Personal Mental Health*, *7*(2), 89–101.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., Weinberg, I., & Gunderson, J. G. (2008). The ten-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *117*(3), 177–184.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Ridolfi, M. E., Jager-Hyman, S., Hennen, J., & Gunderson, J. G. (2006). Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, *20*(1), 9–15.

סקירת ספר

The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk

By: Igor Galynker

New York: Oxford University Press, 2017 (328 pages)

שירה ברזילי

הקדמה

האם אנו, אנשי מקצועות הטיפול העומדים לקרוא סקירה זו, חשים ביטחון בבואנו להעריך מה מידת הסיכון האובדני של המטופלים היושבים לפנינו? האם אנו יכולים להעריך מה מידת הסיכון שלהם בטווח המידי – עד הפגישה הבאה שנקבעה עימם או עד למימוש הפניה בעקבות בדיקה או אשפוז או הפניה לגורם מטפל אחר? הספר, *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk*, (המשבר האובדני: מדריך קליני להערכת סיכון לאובדנות), מאת פרופ' איגור גלינקר, פסיכיאטר ומקים המרכז לחקר האובדנות בבית החולים "הר סיני" בניו יורק, נכתב כדי לענות לצורך של אנשי מקצוע בידע ובכלים מעשיים לביצוע הערכת סיכון לאובדנות בטווח הקרוב.

מחקרים מראים כי בין 20%–50% ממי שמתו מהתאבדות פגשו באיש מקצוע בריאות הנפש במהלך החודש לפני מותם (Chang, Gitlin, & Patel, 2011) וכ-50% פגשו באיש מקצוע רפואי כלשהו (Luoma, Martin, & Pearson, 2002). ממצאים אלו מחזקים את ראיית המפגש הקליני כהזדמנות להצלת חיים ומדגישים את חשיבותה של הכשרת אנשי מקצועות הבריאות, ובריאות הנפש בפרט, לביצוע הערכה מקיפה ויעילה של סיכון לאובדנות. הידע הקיים כיום מצביע כי הערכת סיכון לאובדנות היא מוגבלת ממספר סיבות: ראשית, ההערכה המקובלת והמתוקפת ביותר כיום מבוססת על תשאול של מחשבות, כוונות אובדניות והיסטוריה של התנהגות אובדנית. לא ניתן להמעיט בחשיבותו של תשאול זה, אך עם זאת, הוא מוגבל, מפני שמחשבות אובדניות מטבען באות והולכות ומשתנות בעוצמתן ותדירותן (Kleiman et al., 2017). כוונה אובדנית במקרים רבים מתפרצת בסמוך מאוד למעשה האובדני, בין דקות לשעות לפניו (Deisenhammer et al., 2009).

על כן המחשבה או הכוונה האובדניות אינן בהכרח מצויות בעת התשאול, אף שישנו סיכון ניכר להתפתחותן בהמשך. בנוסף, לעיתים אנשים מסתירים או מכחישים מחשבות אובדניות, אם בשל חשש מפני אובדן אוטונומיה או השלכות אחרות של חשיפת כוונתם; שנית, מרבית הידע המחקרי על גורמי הסיכון לאובדנות משקפים גורמי סיכון ארוכי טווח. הגורמים המבוססים ביותר בספרות כוללים קיומה של הפרעה נפשית (בעיקר דיכאון והתמכרות לחומרים), ניסיון אובדני קודם והיסטוריה משפחתית של הפרעות נפשיות, התמכרות, התאבדות, אלימות וטראומה (Brent & Mann, 2006; Oquendo, Currier, & Mann, 2006); אך כאשר עוסקים בהערכת סיכון בטווח הקרוב, בקרב אוכלוסייה קלינית אשר שכחות גורמי הסיכון האלו בה היא גבוהה, היעילות האבחנתית של גורמים אלו מוגבלת ביותר.

המודל התאורטי והגישה הקלינית הנגזרת ממנו להערכת סיכון לאובדנות מיועדים לספק מענה למגבלות אלו על ידי הסתכלות מקיפה, המבוססת על שילוב של גורמי רקע וגורמי סיכון נוכחיים. הספר מפרט את תאוריית ההתאבדות הנרטיבית-משברית, שפותחה על ידי המחבר, ומשרטט בפרקו מפת דרכים מקיפה להערכת סיכון מיידי לאובדנות, הערכה המבוססת על תאוריה זו. הגישה התאורטית מלווה בתיאורי מקרה, הכוללים תמלול ראיונות קליניים ומקרי מבחן, להקניית כלים מעשיים בהערכת גורמי הסיכון לאובדנות שהם מעבר לתשאול על מחשבות, כוונות והתנהגויות אובדניות. סקירה זו תעסוק במרכיבי הגישה כפי שהם מופיעים בספר, תוך התייחסות לממצאים מחקרניים עדכניים.

מודל הנרטיב-משבר האובדני (Narrative-Crisis Model of Suicide)

בבסיס המודל התאורטי עומדת הנחת היסוד כי אובדנות היא תופעה דינמית ומתהווה, שצומחת כתוצאה ממערכת מורכבת של קשרים בין גורמי סיכון רבים, ארוכי טווח וקצרי טווח, המופיעים בעת ובעונה אחת. הרכבת תמונה מקיפה של מערכת קשרים כזו עשויה לסייע לאיש מקצוע בריאות הנפש לפתח המשגה רחבה להבנת התהליך שבו מתפתחות בתנאי דחק מחשבות והתנהגויות אובדניות, על רקע נטייה הנובעת מההיסטוריה האישית או מההיסטוריה המשפחתית ומתכונות אישיות. המשגה זו תסייע באמצעות הערכה משולבת של גורמי סיכון כרוניים ואישיותיים עם גורמים מצביים אקוטיים, לקביעת רמת הסיכון האובדני של הפרט בטווח הקרוב ובטווח הרחוק. הערכה זו תנחה את קביעת מטרות התוכנית הטיפולית וצעדיה בהתאם לגורמים השונים הפועלים להגברת הסיכון לאובדנות, במידת דחיפות משתנה. מודל זה נתון בתוך מסגרת תאורטית רחבה, הרואה את האובדנות כמתרחשת באינטראקציה בין גורמי תכונות אישיות וגורמי רקע ללחץ אקוטי (diathesis-stress). למודל מספר שלבים מובחנים והדרגתיים בהתפתחות של אובדנות, והוא מלכד בין גורמי סיכון ארוכי טווח וקצרי טווח, המבוססים בספרות הן במודלים תאורטיים אחרים והן בממצאים אמפיריים. כך, המודל משלב באופן ייחודי בין השאלה השכיחה בתאוריה: "מי בסיכון לאובדנות?" לשאלה ממוקדת בזמן: "מתי הסיכון לאובדנות הוא החמור ביותר?"



איור 1: מודל הנרטיב-משבר

מודל הנרטיב-משבר המוצג באיור 1 גורס בתמציתו כי בעת היתקלות באירוע דחק, כגון: פרידה, פיטורים, משבר כלכלי, אובדן או קונפליקט בין-אישי, נשים ואנשים בעלי מאפייני סיכון (הכוללים היסטוריה אישית והיסטוריה משפחתית בעלות גורמי סיכון ידועים, כגון טראומה והפרעות נפשיות), תכונות אישיותיות הכוללות אימפולסיביות, פרפקציוניזם, חוסר פחד מכאב וממוות ותחושת חוסר אונים, לצד תפיסות תרבותיות-מוסריות מתירניות כלפי אובדנות (בניגוד למשל לצו דתי האוסר על התאבדות), עשויים לפתח תפיסות מסוימות על עצמם ועל החברה, תפיסות אשר תהווה **נרטיב אובדני**. בנרטיב זה האדם נאחז במטרה שאינה ניתנת להשגה (לתפיסתו או לתפיסת האחר), הוא עלול להיווכח בכך בעתיד הנראה לעין, מה שגורם לו לחוש מובס, מושפל, נטל על אחרים וחוסר יכולת להשתייך, באופן שיוצר בקרבו תחושת היעדר עתיד. הנרטיב האובדני הוא סינתזה של גורמים שבוססו על ידי תאוריות מובילות לאובדנות, ובהן התאוריה הבין-אישית לאובדנות (Van Orden et al., 2010), תאוריית שלושת השלבים (Klonsky & May, 2015) והמודל המוטיבציוני-רצוני (O'Connor, 2011).

הנרטיב האובדני גורם לכך שהאדם יהיה מועד להתפתחות שלב אקוטי של המודל המאופיין **כתסמונת המשבר האובדני** – מצב מנטלי ניתן לאבחנה הכולל מרכיבים קוגניטיביים ואפקטיביים אשר מהווים סיכון לביצוע התנהגות אובדנית בטווח הקצר (בתוך שעות, ימים או שבועות). תסמונת המשבר האובדני חולקת את הנחת היסוד עם תאוריות הגורסות כי התאבדות נובעת מבריחה מכאב נפשי בלתי נסבל (Baumeister, 1990; Klonsky & May, 2015; O'Connor, 2011). בנוסף היא מבוססת על גורמים שנמצאו במחקרים עדכניים כגורמי סיכון אובדני בטווח הקצר (Bagge, Littlefield, & Glenn, 2017; Glen & Nock, 2014; Kleiman et al., 2017). גורמי הסיכון הללו כוללים התפתחות מהירה של התופעות הבאות: (א) חוסר ויסות רגשי; (ב) מצוקה חברתית או נסיגה חברתית; (ג) הפרעות בעוררות, בעיקר חוסר שינה. תסמונת המשבר האובדני פותחה כך שהיא מאגדת בתוכה קבוצת מאפיינים המבוססים בספרות המחקרית ובתצפיות קליניות על מצבו המנטלי של אדם המועד לנקוט מעשה אובדני בטווח הקצר. מאפיין ייחודי ומשמעותי של תסמונת המשבר האובדני הוא שקיומן של מחשבה או כוונה אובדניות אינו מהווה מרכיב חיוני במופע הקליני שלה. אין להניח מכך שבהמשגה זו כוונה אובדנית נתפסת כבלתי נחוצה

כחלק מהמעשה האובדני (שכן מעשה קטלני של פגיעה עצמית שאינו מלווה בכוונה אובדנית כלשהי הוא למעשה תאונה); אך מתוך התפיסה כי כוונה אובדנית יכולה להתפתח רק בסמוך מאוד למעשה האובדני, וכי זו עשויה להיות מוסווית במענה לשאלה ישירה, תסמונת המשבר האובדני מאגדת קשת של גורמי סיכון מיידיים שהם בלתי תלויים בקיומה של חשיבה אובדנית או דיווח על חשיבה כזו בעת ההערכה.

תסמונת המשבר האובדני מאופיינת בעיקרה על ידי חוויה קשה של מלכוד (entrapment), המלווה במאפיינים קוגניטיביים, רגשיים והתנהגותיים. על פי ההמשגה של גלינקר, חוויית המלכוד (הקרובה במודל גם "חוסר תקווה תזזיתית") מובחנת מחוסר תקווה (hopelessness) בכך שהיא כרוכה בתחושת דחיפות (urgency). יחד עם תחושת המלכוד, ארבעה מרכיבים נוספים כלולים בתסמונת המשבר האובדני: הפרעת אפקטיביות, אובדן שליטה קוגניטיבית, עוררות יתר ונסיגה בין-אישית. הפרעות אפקטיביות עשויות לכלול כאב נפשי, תנודות עוצמתיות וחדות של אפקט שלילי או שינויי מצב רוח מהירים, חרדה קיצונית המלווה בתסמינים סומטיים ואנהדוניה אקוטית (לעומת כרונית). אובדן שליטה קוגניטיבי עשוי להתבטא ברומינציה אינטנסיבית, נוקשות קוגניטיבית, הצפה רומינטיבית (חדירה של מחשבות שליליות באופן המשפיע על מהלך החשיבה) וחוסר יכולת לדכא מחשבות בעלות תוכן שלילי או להסיח מהן את הדעת. עוררות יתר עשויה להתבטא בתסיסה פסיכומטורית (אגיטציה), דריכות יתר, רגזנות (איריטביליות) וקשיי שינה (אינסומניה). נסיגה בין-אישית מאופיינת בהימנעות מאינטראקציות בין-אישיות או בתגובות מילוליות מתחמקות (בפרט בעת שיחה עם גורם מטפל). תסמונת המשבר האובדני הוצעה כקריטריון אבחנתי לספר האבחנות הפסיכיאטרי *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth edition (DSM-5)* בהצעה זו חוויית המלכוד מהווה קריטריון ראשון לאבחנה, וארבעת המאפיינים הנלווים מהווים יחד קריטריון נוסף. שני הקריטריונים הכרחיים לקבלת האבחנה. העונים לאבחנה זו מצויים בסיכון גבוה להתנהגות אובדנית בטווח המיידי. הביסוס המחקרי לאבחנה זו ומרכיביה נמצא בצמיחה.

סקירה ספרותית של ממצאים התומכים בכל אחד ממרכיבי תסמונת המשבר האובדני ניתן למצוא במאמרם של שוק ועמיתיה (Schuck, Calati, Barzilay, Bloch-, Elkouby, & Galynker, 2019). מחקר עדכני בחן באמצעות אנליזת רשת (network analysis) את הקשרים שבין מרכיבי התסמונת בקרב 723 מטופלי מרפאות ומחלקות אשפוז ברשת בתי החולים "הר סיני". ממצאי המחקר העידו על קשרים חזקים בין התסמינים המוצעים באבחנה ותמכו במרכזיותה של חוויית המלכוד. כמו כן עלה כי ישנם כמה תהליכים פסיכולוגיים עצמאיים הקשורים במופע של תסמונת המשבר האובדני (Bloch-Elkouby et al., 2020). מחקרי רוחב אשר בחנו את מודל הנרטיב-משבר מצאו כי תסמינים הכלולים בתסמונת המשבר האובדני מתווכים בין הנרטיב האובדני להתנהגות אובדנית (Cohen, Ardan, Yaseen, & Galynker, 2018; Cohen et al., 2019).

אציין כמה מבין החזקות והיתרונות של מודל הנרטיב-משבר: ראשית, מודל זה מאגד היבטים מבוססים היטב בספרות התאורטית והמחקרית של הגורמים המשפיעים על התפתחותן של מחשבות והתנהגויות אובדניות. שנית, זהו מודל מקיף, הכולל בתוכו גורמי רקע וגורמים מצביים אשר תואמים לתפיסה רחבה ומורכבת של התנהגות אובדנית, והוא משתלב היטב בגישות עכשוויות במסגרת "מחשבה אובדנית למעשה אובדני". גישות אלו קוראות להבחנה בין גורמים התורמים לחשיבה אובדנית לבין גורמים המאיצים מעבר ממחשבה אובדנית אל עבר מעשה אובדני. מגבלתו העיקרית של המודל היא שמרכיביו נתמכו עד כה בנפרד, ונדרשים מחקרים הבוחנים אותו בכללותו. בפרט דרושים מחקרי אורך, על מנת לתאר את התהליך כמתפתח ומתהווה משלב לשלב על פני רצף זמן; למשל, ייתכן כי הנרטיב האובדני מתפתח כתסריט בתודעתו של אדם אשר סובל מכאב נפשי וכבר מעלה על דעתו משאלה אובדנית. מבחינת יכולת ההכללה, המודל פותח ונחקר בקרב אוכלוסייה קלינית של מבוגרים בארצות הברית, ויש צורך לבחון את התאמתו בקרב אוכלוסיות אחרות. בימים אלו המודל נבחן בקרב אוכלוסיות נוספות ברחבי העולם, והערכת תסמונת המשבר האובדני בקרב בני נוער ומבוגרים בישראל נבחנת על ידי. מגבלה נוספת היא כי המודל המוצע, ובפרט הנרטיב האובדני, מתארים תהליך אחד מני רבים הקשורים בהתפתחות מחשבות והתנהגויות אובדניות. אובדנות היא תופעה מורכבת ורב-ממדית, ועשויים להיות תהליכים שונים הגורמים להופעתה.

ישנם שני טיעונים מרכזיים התומכים בחשיבות הקלינית של אבחנה פסיכיאטרית ספציפית לאובדנות, כדוגמת זו המוצעת בתסמונת המשבר האובדני: ראשית, אובדנות היא תופעה אשר חוצה אבחנות פסיכיאטריות ועד כה נכללה ב-DSM רק כתסמין של הפרעות אחרות (למשל: דיכאון מג'ורי, הפרעה דו-קוטבית והפרעת אישיות גבולית). המלצות טיפוליות לאלו המציגים מחשבות אובדניות אומנם כוללות טיפול בהפרעת הרקע, אך ישנן עדויות גוברות לחשיבות ולתרומה של טיפול הממוקד ספציפית באובדנות. טיפול זה יכול להיגזר מקיום אבחנה ספציפית למשבר האובדני על מאפייניו. שנית, ישנם מטופלים אשר אינם מתאימים לסף אבחנה מסוימת, ולמרות זאת מציגים מחשבות והתנהגויות אובדניות. נתון זה רלוונטי במיוחד לילדים ומתבגרים צעירים, המגיעים בשכיחות הולכת וגדלה לחדרי מיון בישראל ובעולם עקב מחשבות והתנהגויות אובדניות, ורובם אינם מתאימים לסף אבחנה פסיכיאטרית כלשהי. אבחנה ספציפית להתנהגות אובדנית עשויה לסייע לאנשי מקצועות בריאות הנפש למקד את הטיפול באובדנות ולהפחית את המחירים האישיים והחברתיים הכבדים שלה.

העברה נגדית (countertransference) ככלי אבחנתי בהערכת סיכון

מרכיב ייחודי נוסף של הספר כמדריך קליני להערכה וניהול של סיכון אובדני טמון בכך שהגישות התאורטיות והמעשיות אינן מסתכמות בהבנת נפשו (או מצבו המנטלי) של המטופל האובדני. המחבר עושה צעד נוסף ומתייחס לאדם השני שבחדר

הריאיון או חדר הטיפול בעת הערכת מטופל אובדני או טיפול בו – המטפל. יתרה מזו, הרגשות העולים במטפל מוצגים כרלוונטיים ומשמעותיים להערכת הסיכון. התייחסות זו היא חדשנית בהקשר זה וחיונית על פי הניסיון הקליני המצטבר. רבים אנשי המקצוע הבכירים אשר מדווחים כי הערכת הסיכון האובדני שלהם מתבססת, לצד הערכת גורמי הסיכון וגורמי החוסן, על תחושה אינטואיטיבית הנובעת מניסיונם הקליני. הפרק העוסק בתגובות הרגשיות של המטפל מנסה לענות על השאלות הבאות: מהי תחושה זו? כיצד ניתן לפרוט אותה ולהשתמש בה לצורך הערכת סיכון אובדני?

במפגש עם מטופלים אשר מצויים בסיכון לאובדנות, אנשי מקצועות הטיפול נדרשים לבצע הערכות סיכון והחלטות טיפוליות מכריעות, בעודם מתחזקים קשר טיפולי תחת איום. אין פלא אם כך שמפגשים אלו מדווחים על ידי מטפלים כמעוררים דחק רב. על פי התיעוד, תגובות רגשיות שכיחות כלפי מטופלים אובדניים כוללות תחושות חרדה, חוסר אונים, חוסר מסוגלות, תסכול, כעס, עצב ואשמה (Ellis, Schwartz, & Rufino, 2018; Soulié, Bell, Jenkin, Sim, & Collings, 2018). נמצא כי תגובות רגשיות אלו מופיעות במקרים רבים כבר במפגש הראשוני עם מטופל אובדני, והן מובחנות מהתגובות כלפי בעלי הפרעות אישיות (Michaud et al., 2020). הפרק העוסק בתגובות רגשיות של המטפל גורס כי תגובות אלו קשורות לרמת הסיכון האובדני של המטופל ואף מנבאות אותו. המשגה זו מתבססת על הספרות הרואה בהעברה הנגדית מקור מידע משמעותי להבנת הדינמיקה הפנימית של המטופל. גלינקר ממשיג שתי תגובות טיפוסיות של אנשי מקצוע כלפי מטופלים אובדניים: **דחייה – הימנעות, ומעורבות יתר – חרדה**. התגובה הראשונה עשויה להיות מאופיינת ברגשות של חוסר אונים, עוינות וכעס כלפי המטופל. התגובה השנייה עשויה להיות מאופיינת על ידי חרדה מעורבת בתקווה, ציפיות לא ריאליות ומאמצי יתר להציל את המטופל מסיטואציית חיי הכואבת (ניתן לראות בכך גם "פנטזיית הצלה"). תגובות אלו, מובנות וטבעיות ככל שתהיינה, עשויות לשמש כאינדיקציה לחומרת הסיכון האובדני שבו מצוי המטופל. היתרון של מקור מידע זה הוא בכך שהוא מצוי במטפל עצמו. בפרק העוסק בתגובות הללו גלינקר מציע מערכת שאלות שהמטפל או איש המקצוע יכולים להעריך באמצעותן את תגובותיהם הרגשיות הקשורות למפגש עם מטופל בסיכון אובדני; זאת על מנת להגביר את המודעות אליהן ולארגן את הערכת הסיכון האובדני וניהול הסיכון בהתאם (לדוגמה: "הרגשתי שידיי קשורות או ששמו אותי במצב בלתי אפשרי"; "הייתי צריך להכריח את עצמי כדי ליצור אתו קשר"). כמו כן מוצעים כמה ביטויים התנהגותיים העשויים לאותת על קיומם של רגשות מסוג דחייה – הימנעות או מעורבות יתר, כגון הימנעות מקיום שיחות עם המטופל או דחיית השיחות או לחלופין ציפיה מוגזמת למפגשים וקיום קשר תכוף מהרגיל עם המטופל או עם גורמים המעורבים במקרה. תוספת העולה מהניסיון הקליני שלי ושל עמיתיי המטפלים בילדים ובני נוער אובדניים היא כי ייתכן שתגובות המטפלים יכללו רגשות כלפי ההורים או אחד מהם ואף כלפי המסגרת החינוכית שבה המטופלים נמצאים.

בסדרת מאמרים שפורסמו בשנים האחרונות, פיתחתי ותיקפתי יחד עם עמיתי למרכז לחקר האובדנות בבית החולים "הר-סיני" את הכלי להערכת תגובותיו הרגשיות של המטפל במטופלים ברמת סיכון אובדני משתנה. במחקרי עוקבה (מחקרים פרוספקטיביים) נמצא במעקב שבוצע לאחר חודש כי תגובותיהם הרגשיות של אנשי מקצועות בריאות הנפש שכללו מצוקה, אהדה פחותה וחוסר תקווה, ניבאו את חומרת המחשבות וההתנהגויות האובדניות של המטופל (Barzilay et al., 2018; Hawes, Yaseen, Briggs, & Galynker, 2017; Yaseen, Galynker, Cohen, & Briggs, 2017). כמו כן נמצא כי ככל שהתגובות הרגשיות היו שליליות יותר, כך המטפל העריך את רמת הסיכון של המטופל לבצע התנהגות אובדנית כגבוהה יותר (Barzilay et al., 2019), והמטופל העריך את איכות הברית הטיפולית כנמוכה יותר (Barzilay et al., 2020). מתוך כך עולה כי ההעברה הנגדית בטיפול במטופלים אובדניים היא חשובה ומשמעותית, הן בהיבט האבחנתי להערכת הסיכון והן כתגובה שיש להגביר את המודעות אליה בכדי לעודד תמיכה במטופלים ולאפשר קשר מיטיב למטופלים.

סיכום

הספר הוא מדריך יישומי לאנשי מקצוע הפוגשים בנשים ואנשים העשויים להיות בסיכון אובדני. לאחר הקדמה וסקירה ספרותית של מודלים פסיכולוגיים לאובדנות (פרק 1), פרקי הספר מקיפים את מרכיבי המודל התאורטי המוצע ואת שיטת היישום המעשי של העקרונות התאורטיים. ראשית מוצג מודל הנרטיב-משבר האובדני במלואו (פרק 2), ולאחר מכן פרקים עוקבים מוקדשים להרחבת היריעה על כל שלב במודל: הערכה של תכונות וגורמי רקע אשר תורמים לנטייה לאובדנות (פרק 3), אירועי דחק (פרק 4), הנרטיב האובדני (פרק 5) ותסמונת המשבר האובדני (פרק 6). לאחר מכן מתוארת הגישה בנוגע למשקל התגובות הרגשיות של המטפל (העברה נגדית) בהערכת אובדנות וטיפול בה (פרק 7). לצורכי מחקר ושימוש קליני ניתנים כלים ושאלונים להערכת סיכון מידי לאובדנות, על פי עקרונות המודל (פרק 8), ולבסוף ניתן סיכום תמציתי של התערבויות מבוססות ראיות בטיפול באובדנות (פרק 9). הפרקים מלווים בתיאורי מקרה, תמלול ראיונות ומקרים לתרגול הערכת סיכון מקיפה, הכוללת את מודל הנרטיב-משבר, מחשבות והתנהגויות אובדניות ותגובות המטפל. זהו מדריך ייחודי המתייחס למשימה הקלינית של הערכת סיכון בכללותה. הוא משלב בין מודל תאורטי חדש ומקיף להבנת אובדנות והאינטראקציה הבין-אישית שבה מתקיימים הערכה וטיפול באדם אשר מצוי בסיכון אובדני. במהותו, המדריך משרת את אנשי המקצוע במתן כלים יישומיים להערכה קלינית הלכה למעשה.

גילוי נאות: בשנים האחרונות השתלמתי כעמיתת מחקר במרכז לחקר האובדנות של פרופ' גלינקר בניו יורק, ואני שותפה לקידום הידע המחקרי וביסוס כלי הערכה חדשים המבוססים על המודל המוצע בספר זה, ובעיקר להתאמתם לאוכלוסיית בני נוער בסיכון אובדני. אני סבורה כי כלים אלו עשויים לשרת אנשי מקצוע הנדרשים להעריך סיכון לאובדנות בקרב מטופליהם.

מקורות

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth edition (DSM-5)*. Arlington, VA: APA.
- Bagge, C. L., Littlefield, A. K., & Glenn, C. R. (2017). Trajectories of affective response as warning signs for suicide attempts: An examination of the 48 hours prior to a recent suicide attempt. *Clinical Psychological Science, 5*(2), 259–271.
- Barzilay, S., Schuck, A., Bloch-Elkouby, S., Yaseen, Z. S., Hawes, M., Rosenfield, P., et al. (2020). Associations between clinicians' emotional responses, therapeutic alliance, and patient suicidal ideation. *Depression and Anxiety, 37*(3), 214–223.
- Barzilay, S., Yaseen, Z. S., Hawes, M., Gorman, B., Altman, R., Foster, A., et al. (2018). Emotional responses to suicidal patients: Factor structure, construct, and predictive validity of the Therapist Response Questionnaire-Suicide Form. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 104.
- Barzilay, S., Yaseen, Z. S., Hawes, M., Kopeykina, I., Ardalán, F., Rosenfield, P., et al. (2019). Determinants and predictive value of clinician assessment of short-term suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 49*(2), 614–626.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review, 97*(1), 90.
- Bloch-Elkouby, S., Gorman, B., Schuck, A., Barzilay, S., Calati, R., Cohen, L. J., et al. (2020). The suicide crisis syndrome: A network analysis. *Journal of Counseling Psychology* (advanced online publication).
- Brent, D. A., & Mann, J. J. (2006). Familial pathways to suicidal behavior—understanding and preventing suicide among adolescents. *New England Journal of Medicine, 355*(26), 2719.
- Chang, B., Gitlin, D., & Patel, R. (2011). The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: Evidence-based management and treatment strategies. *Emergency Medicine Practice, 13*(9), 1–23.
- Cohen, L. J., Ardalán, F., Yaseen, Z., & Galynker, I. (2018). Suicide crisis syndrome mediates the relationship between long-term risk factors and lifetime suicidal phenomena. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 48*(5), 613–623.
- Cohen, L. J., Gorman, B., Briggs, J., Jeon, M. E., Ginsburg, T., & Galynker, I. (2019). The suicidal narrative and its relationship to the suicide crisis syndrome and recent suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 49*(2), 413–422.
- Deisenhammer, E. A., Ing, C. M., Strauss, R., Kemmler, G., Hinterhuber, H., & Weiss, E. M. (2009). The duration of the suicidal process: How much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *Journal of Clinical Psychiatry, 70*(1), 19.
- Ellis, T. E., Schwartz, J. A., & Rufino, K. A. (2018). Negative reactions of therapists working with suicidal patients: A CBT/Mindfulness perspective on “countertransference”. *International Journal of Cognitive Therapy, 11*(1), 80–99.

- Glen, C., & Nock, M. (2014). Improving the short-term prediction of suicidal behaviour. *American Journal of Preventative Medicine*, 47(3S2), S176–S180.
- Hawes, M., Yaseen, Z., Briggs, J., & Galynker, I. (2017). The Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide (MARIS): A proof of concept for a multi-informant tool for evaluation of short-term suicide risk. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 88–96.
- Kleiman, E. M., Turner, B. J., Fedor, S., Beale, E. E., Huffman, J. C., & Nock, M. K. (2017). Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(6), 726.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129.
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909–916.
- Michaud, L., Ligier, F., Bourquin, C., Corbeil, S., Saraga, M., Stiefel, F., et al. (2020). Differences and similarities in instant countertransference towards patients with suicidal ideation and personality disorders. *Journal of Affective Disorders*, 265, 669–678.
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*, 1, 181–198.
- Oquendo, M. A., Currier, D., & Mann, J. J. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(3), 151–158.
- Schuck, A., Calati, R., Barzilay, S., Bloch-Elkouby, S., & Galynker, I. (2019). Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behavioral Sciences & the Law*, 37(3), 223–239.
- Soulié, T., Bell, E., Jenkin, G., Sim, D., & Collings, S. (2018). Systematic exploration of countertransference phenomena in the treatment of patients at risk for suicide. *Archives of Suicide Research*, 24(1), 96–118.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600.
- Yaseen, Z. S., Galynker, I. I., Cohen, L. J., & Briggs, J. (2017). Clinicians' conflicting emotional responses to high suicide-risk patients-association with short-term suicide behaviors: A prospective pilot study. *Comprehensive Psychiatry*, 76, 69–78.



בשביל החיים

עמותה למען משפחות שיקריהן התאבדו ולצימצום תופעת ההתאבדות

עמותת "בשביל החיים" לתמיכה במשפחות שיקריהם התאבדו ולמניעת התאבדויות

עמותת "בשביל החיים" הוקמה בשנת 2000 על ידי משפחות שיקריהן התאבדו ואנשי ונשות מקצוע מתחום בריאות הנפש, במטרה להתמודד עם תופעת ההתאבדות בישראל – למנוע אותה ברמה הלאומית ולתמוך במשפחות שיקריהן התאבדו.

תחום המניעה

המטרה העיקרית בתחום המניעה היא העלאת המודעות לנושא ויצירת תשתית לפעילות ממשלתית ואזרחית רחבת היקף לצמצום מספר המתאבדים. בפעילויות מרכזיות אלו:

- ◀ יצירה והתנעה של "התוכנית הלאומית למניעת אובדנות" בישראל שהביאו להחלטת ממשלה ב-2013 להקמת יחידה במשרד הבריאות למניעת אובדנות, הקצאת משאבים לתוכנית לאומית בנושא והקמת מועצה לאומית למניעת אובדנות.
- ◀ חשיפה של היקף תופעת האובדנות, קבוצות הסיכון, המיתוסים בנושא והסימנים המוקדמים להתאבדות בפני קהלים רבים ומגוונים, באמצעות "הרצאות חשיפה" המועברות על ידי בני משפחה שיקריהם התאבדו ועברו הכשרה מיוחדת לכך.
- ◀ העלאת המודעות לנושא באמצעות "שבוע מניעת אובדנות" בישראל, במסגרתו מתקיימת צעדה ארצית שנתית וכנס בכנסת בנושא "מניעת אובדנות" לצד דיון בוועדות מרכזיות בכנסת.

תמיכה במשפחות שיקריהן התאבדו

המטרה העיקרית בתחום התמיכה במשפחות היא סיוע ועזרה למשפחות שאסון ההתאבדות פקד אותן, כדי להתמודד עם רגשות האשם, הכעס והבושה ועם הסטיגמה המתלווה לשכול מהתאבדות.

בעמותה פועלים/ות עובדים/ות סוציאליים אשר מנהלים ארבעה מרכזי סיוע – בתל אביב, בטירה, באשקלון ובבאר שבע. מרכזי הסיוע נותנים מענה טיפולי לבני ובנות משפחה שכולים במגוון דרכים:

א. עזרה ראשונה מאפשרת תמיכה אישית וליווי לבן/בת המשפחה בשלבים הראשונים של ההתמודדות עם האסון והשכול, עד לכניסה לקבוצת התמיכה או לקבלת טיפול פרטני.

ג. אינטייק – בטווח של מספר ימים מרגע קבלת ההודעה על אודות התאבדות בן/בת המשפחה, מגיעה עובדת סוציאלית מטעם העמותה למפגש "אינטייק" עם בני ובנות המשפחה.

ג. קבוצות תמיכה – בקבוצת התמיכה פוגשים בני המשפחה אנשים חווים כאב דומה ונעזרים בסביבה תומכת ולא מאיימת שמאפשרת לשתף ללא צורך בהסברים ארוכים.

קו פתוח לפניות: 03-7487771

דוא"ל: www.path-to-life.org | rakezet@bishvil-hahayim.com

Editorial Board

Prof. Rivka Eisikovits

Editor-in-Chief, Emerita University of Haifa

Dr. Hezi Aharoni

Efshar Association

Prof. Alean Al-Krenawi

Ben-Gurion University

Prof. Rami Benbenishty

Emeritus The Hebrew University
and Bar-Ilan University

Prof. Emmanuel Grupper

Ono Academic College

Dr. Amitai Hamenachem

Formerly of Beit Berl Academic College

Dr. Eitan Israeli

Emeritus The Hebrew University

Prof. Shlomo Kaniel

The College for Academic Studies, Or-Yehuda; Orot Israel College

Prof. Yitzhak Kashti

Emeritus Tel Aviv University

Dr. Nurit Levi

Formerly of Beit Berl Academic College

Prof. Amiram Raviv

Emeritus Tel Aviv University; The College for Academic Studies, Or-Yehuda

Dr. Rivka Reichenberg

Mofet Institute

Prof. Gidi Rubinstein

Formerly of Netanya Academic College

Dr. Avihu Shoshana

University of Haifa

Prof. Vered Slonim-Nevo

Ben-Gurion University

Prof. Meir Teichman

Emeritus Tel Aviv University; Beit Berl Academic College

Miriam Gilat

Coordinator

Address of Editorial Board:

EFSHAR Association

P.O. Box 10643

Ramat Gan

5200502

Tel: +972-3-7481280

mgilat@efshar.org.il

www.efshar.org.il

MIFGASH

JOURNAL OF SOCIAL-EDUCATIONAL WORK

Special Issue

Suicide prevention among adolescents and young adults

- > Suicide prevention among adolescents
- > Suicide Prevention Unit, Ministry of Health
- > Suicide prevention among vocational education and training high school students
- > Military suicide prevention programs
- > Well-being and stressful events as risk factors of negative attitudes towards life
- > The contribution of psychological and interpersonal characteristics to suicide ideation
- > Suicide and suicide risks in LGBT youth
- > Suicidality in immigrant youth worldwide and in Israel
- > Suicidal ideation among emerging adults: The case of 2nd generation Ethiopian immigrants
- > Anorexia nervosa: The role of depression and suicidality
- > Prolonged exposure therapy for adolescents
- > Dialectical behavior therapy (DBT) for adolescents



Vol. 28, No. 51–52 • June–December 2020