

## נייר עמדה בנושא אובדנות

### חברי הועדה לנייר עמדה:

פרופ' גיל זלצמן-גהה-יו"ר, פרופ' חרמש-גהה, פרופ' אפטר-שניידר, נגה שילוח-עמותת סה"ר, ד"ר חנה בר יוסף-מעניני הישועה, וימימה גולדברג- משרד הבריאות ויו"ר הועדה הבין-משרדית.

### נייר העמדה נסמך על:

ניירות עמדה של האיגודים הישראלי, האירופי והאמריקאי לפסיכיאטריה ולפסיכיאטריה של הילד, האיגוד האמריקאי למניעת התאבדויות, למאמרי מטה-אנליזה בספרות המקצועית ולניסיון המצטבר של חברי הועדה שכולם קלינאים בתחומם, שלושה סבבי הערות של חברי הועדה הבין-משרדית למניעת אובדנות, המועצה הלאומית לבריאות הנפש, ויעוץ משפטי של היועמ"ש של משרד הבריאות.

### הגדרות מוסכמות:

\*\*ההגדרות הבאות הוסכמו ע"י הקהילייה המחקרית והקלינית הבינלאומית וממשות בסיס לשאלון ה CSSRS שהפך לסטנדרט במחקרי ה- FDA, וכן בהנחיות הקליניות של ה APA:

**התאבדות** = גרימת מוות עצמית עם עדות (ישירה או מוסקת) של כוונה למוות.

**ניסיון התאבדות** = התנהגות של פגיעה עצמית לא פטאלית המלווה בעדות (ישירה או מוסקת) של כוונה (גם חלקית) למוות.

נסיון אובדני יכול להיות **מופסק (aborted)** ע"י האדם עצמו או ע"י אחר (**disrupted**).

**קטלניות lethality** = מידת הסכנה לחיים בשל הניסיון האובדני. לטליות עשויה להיות פוטנציאלית גם ללא נזק רפואי ממש.

**פגיעה עצמית מכוונת** (פג"ע) = נקרא גם Para suicide, DSH=deliberate self-harm וב- DSM V תקרא non-suicidal self-harm =NSSI פגיעה עצמית מכוונת ללא כל כוונה למוות.

**כוונה intent** = משאלה סובייקטיבית שפגיעה עצמית תביא למוות.

### עקרונות נייר העמדה:

1. באוכלוסייה הכללית: התאבדות אינה ניתנת לניבוי ברמת האוכלוסייה. הסיבה: שכוחות גורמי הסיכון היא גבוהה באוכלוסייה בעוד התאבדות היא נדירה. רק מיעוט מבעלי הסיכון יתאבדו לבסוף. חלק מהמתאבדים אינם בקבוצות הסיכון. חלק מגורמי הסיכון אינם ספציפיים.

2. באוכלוסייה קלינית: התנהגות אובדנית אינה נדירה באוכלוסייה קלינית אולם התאבדות ממש היא אירוע נדיר. השכיחות בישראל למחשבות אובדניות במהלך החיים היא 5.5% מהאוכלוסייה בגיל 25 ומעלה. בשנת 2008 שיעור ההתאבדויות בישראל מגיל 15 ומעלה היה 354 שזה שיעור של 6.7:100,000. בשנת 2010 היו בארץ כ 5600 ניסיונות אובדניים מדווחים שהגיעו לחדרי המיון, שיעור של 90:100,000. בשנת 2016 היו 390 התאבדויות מתוכם, 321 גברים ו- 69 נשים. שיעור מתוקן לגיל הינו 6.2 ל- 100,000 נפשות, 10.6 בגברים ו- 2.1 בנשים. המספרים בנייר העמדה מתעדכנים כל שנה ע"ס מידע סטטיסטי משנים קודמות ממשרד הבריאות. קיים תת דיווח בארץ ובעולם לגבי התאבדויות (חלק מדווח כתאונות או פטירה טבעית) ותת דיווח משמעותי בניסיונות אובדניים שלא מגיעים לטיפול רפואי.

3. הערכת סיכון על ידי איש מקצוע מבריאות הנפש יעילה באיתור גורמי סיכון וגורמים מגנים וזיהוי מצבי משבר במקרה הבודד. הערכה כזו חשובה ביותר ומסייעת בקבלת החלטות לגבי המטופל היחיד בעיתוי מסוים. עם זאת, אף לא אחד מכלי האבחון וההערכה הקיימים כיום נמצא בעל תקפות מנבאת (predictive validity) להתאבדות בהמשך.
4. נבדקים שכבר ביצעו ניסיון אובדני הינם בסיכון גבוה יותר להתאבדות, בנוכחות גורמי הסיכון הבאים או שילוב שלהם כגון: מגדר זכר, ניסיון אובדני קודם, הימשכות הכוונה האובדנית, חי לבד, הפרעה פסיכיאטרית אחת או יותר בשני הצירים, שימוש בסמים ואלכוהול, מצב אי שקט, אלימות, מצב פסיכוטי.
5. חרדה ואי שקט (אגיטציה) נמצאים בקורלציה לסיכון אובדני אקוטי.
6. התאבדות ניתנת למניעה בחלק מהמקרים. שני הגורמים שנמצאו יעילים באופן מובהק סטטיסטית למניעה ברמה לאומית בעולם הם: חינוך שומרי סף והגבלת נגישות לאמצעים קטלניים. שומרי הסף הם דמויות בעלות יכולת השפעה נקודתית או מתמשכת על האדם האובדני (קרובי משפחה, חברים, דמויות סמכות כמו הורה מורה ומפקד, אנשי רווחה, חינוך וטיפול, מתנדבים שונים, מטפלים בבתי אבות וכדומה) ויכולים להוות גם מקור תמיכה או החמרה. יתכן ששאר הגורמים יעילים אך יעילותם עדיין לא הוכחה דיה. חשוב להשקיע שני הגורמים המוכחים ברמה המערכתית.
7. 60% מהמתאבדים היו בקשר עם רופא ראשוני בקהילה, בחודש טרם התאבדותם.
8. הפרעה נפשית, מאובחנת או שאובחנה בדיעבד, מהווה גורם סיכון משמעותי מאד להתאבדות.
9. במקרים נדירים ישנם אנשים שמתאבדים ללא כל אבחנה פסיכיאטרית ידועה עקב נסיבות חיים קשות וכאב נפשי בלתי נסבל.
10. למידה הכתובה והאלקטרונית תפקיד חשוב במניעת אובדנות ע"י הסברה מאוזנת. עם זאת, סיקור ואופן דיווח בלתי אחראים, האזרה ורומנטיזציה של מקרה אובדנות בתקשורת עלול להביא למקבץ מקרי התאבדות והוא מסוכן. חשוב לא לקשור בין אירוע חיצוני, אף אם אינו שיגרת, להתאבדות בצורה היוצרת הטעיה כאילו כל מי שנחשף לאירוע כזה עלול להתאבד. גם סיקור של שיטות התאבדות והדגמתן נמצא מסוכן בחלק מהמחקרים.
11. האינטרנט הוא כלי למידע ותקשורת והשימוש בו הולך ומתפשט במיוחד אצל צעירים. תקשור דחף אובדני בכלי זה מהווה סיכון להדבקה אולם גם נקודת התערבות פוטנציאלית למניעה.
12. על הקלינאי לפעול באופן סביר למניעת התאבדות בחולה האובדני. ברור שאין לראות בכל מעשה אובדני כמשקף כשל בזיהוי, בהערכה או בהתערבות טיפולית, על רקע תוצאותיו הקשות. במידה והקלינאי נקט

בצעדים המקובלים שהיה נוקט מטפל סביר, בנסיבות דומות, יש לראות בכך פעולה מספקת. התאבדות החולה אינה בהכרח עדות לרשלנות או טעות רפואית, כפי שתמותה בניתוח או ממחלה, אינן בהכרח עדות לטיפול רשלני. חובת הקלינאי לנהל רשומה טיפולית הכוללת לכל הפחות (מלבד פרטי המטופל ומועדי המפגשים) את מהלך הטיפול, המידע הרלוונטי לטיפול שהתקבל מהמטופל ובכלל זה עברו הטיפול, גורמי סיכון, גורמי תמך וכו'. רשומה מסודרת ומפורטת מסייעת לא רק לטיפול עצמו, אלא גם משמשת בדיעבד כלי חשוב להערכת איכות הטיפול שניתן.

13. לכל אדם גם אם הוא סובל מבעיה נפשית, כל עוד לא הוכח שהוא לא אחראי למעשיו, יש אחריות על חייו ומטפל, מיומן ככל שיהיה, אינו יכול לקחת אחריות זו במקום המטופל. מצופה מהחולה לשתף פעולה עם הטיפול הפסיכולוגי והתרופתי. כמו בתחומי טיפול אחרים אחריות המטפל להמליץ על תוכנית טיפולית מתאימה אולם הוא אינו יכול להיות אחראי על מימושה מחוץ לכותלי חדר הטיפול, אלא אם מדובר במטופל שניתן לפי חוק לכפות עליו הטיפול. כאשר ישנה אפשרות לכפיית טיפול לפי חוק, באחריות המטפל לנקוט בפעולות הנדרשות על מנת שתבחן אפשרות כפיית הטיפול על ידי הגורמים המוסמכים לכך בחוק. בכל מקרה, העדר יכולת לכפות טיפול אינה פוטרת את המטפל מנקיטת אמצעים סבירים על מנת להעלות את הסבירות שהמטופל אכן ישתף פעולה.

14. השגחה היא חלק חשוב בטיפול בחולה אובדני פעיל.

15. גם אשפוז פסיכיאטרי במחלקה סגורה וגם השגחה צמודה אינם ערובה מוחלטת למניעת התאבדות.

16. במקום בו מטפלים באוכלוסייה בסיכון אובדני יש לשאוף לסביבה טיפולית בטוחה ככל האפשר, ע"י נקיטת אמצעים סבירים למניעת התאבדות, תוך שמירה על פרטיות וכבוד המטופל.

17. הזמן המסוכן ביותר להתאבדות הוא הזמן הסמוך לשחרור מאשפוז ועל כן יש חשיבות רבה לרצף הטיפול בין גורמי הטיפול, החינוך והרווחה השונים בקהילה.

18. אין טיפול ספציפי בודד להתנהגות אובדנית. הטיפול מכוון להשגחה והרחקת אמצעים, טיפול נפשי ותרופתי בהפרעה הנפשית אם קיימת, טיפול אגרסיבי בדיכאון, טיפול להקלת חרדה בדידות ומצוקה, לשיפור מנגנוני התמודדות, ולריסון של האימפולסיביות. גישה פסיכו-חינוכית חשובה על מנת לשתף את המשפחה והקהילה. בחירת האסטרטגיה הטיפולית קשורה גם לקבוצת הגיל וההשתייכות התרבותית של המטופל.

19. קשר אישי וברית טיפולית יציבה עם החולה האובדני ועם קרוביו ומכריו היא גורם חשוב ביותר בטיפול באדם האובדני.

20. שיתוף המשפחה ו/או הקרובים האחרים היא חשובה ביותר אולם היא מצריכה הסכמת המטופל. עם זאת, במקרה של סכנה אובדנית מידית, אזהרת קרוביו של המטופל בדבר הסיכון הגדול לחיים עומדת מעל חובת הסודיות הרפואית ובלבד שישתכנע המטפל כי יש בדיווח למשפחה בכדי להפחית את הסכנה.
21. כשנודע לאדם על סכנה אובדנית מידית באדם אחר מן הראוי שיפעל באופן סביר למנוע את המעשה.
22. במרבית המקרים של בני נוער אובדניים, המבוגרים בחייהם, כולל הוריהם, אינם מודעים מספיק לסכנה. החברים בני קבוצת הגיל יודעים יותר ויכולים להוות גורם מסייע. דיווח של קטין על חברו האובדני אינה הלשנה ויכולה להציל חיים.
23. התנהגות אובדנית בבני נוער אינה מבושרת בהכרח על תחלואה נפשית קשה בעתיד. אחוז גבוה מבני הנוער עסקו בשאלה של הרצון לחיות במהלך גיל ההתבגרות גם ללא הפרעה נפשית.
24. בילדים ובבני נוער עם דחפים אובדניים צריך לטפל אדם שהוכשר ומתמחה בטיפול באוכלוסייה בגילאים אלו.
25. בריונות בבי"ס וברשתות החברתיות מהווים גורם מזרז להתנהגות אובדנית בבני נוער הפגיעים לכך.
26. והיה והתרחשה התאבדות, סיוע נפשי בדיעבד לבני המשפחה השאירים - survivors נדרש הן להקטנת הסיכון להישנות התאבדות באותה משפחה והן להקלת מצוקת הנפש האישית. גם תלמידים בכיתה, חברים קרובים, עמיתים לעבודה, חיילים ביחידה וקרובים אחרים זקוקים וזכאים לתמיכה ויעוץ אירוע התאבדות בסביבתם.
27. מניעת אובדנות ברמה לאומית מצריכה תכנית לאומית רב משרדית המושתתת על עקרונות מקצועיים ואיגום משאבים ראויים. כל משרדי הממשלה הקשורים לנושא צריכים לשתף פעולה ביישום תכנית זו.