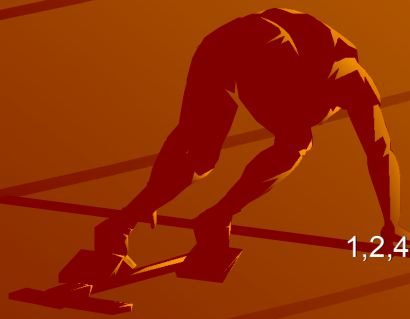
הערכת הסיכון לאובדנות



ד"ר בני פלדמן [1,2,4,5]

פרופ' גולן שחר [1,2,3]

1 השירות הפסיכולוגי מרכז רפואי קפלן
2 אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
3 אוניברסיטת "ייל", ארה"ב
4 מכללה אקדמית ת"א יפו
5 האוניברסיטה העברית

תודות לרז לוי , הילה נובוטני ומירה לוינגסטון -מכללה אקדמית ת"א יפו

עובדה או שגיאה?

- אנשים שמדברים על התאבדות אינם מתאבדים
- ניסיון התאבדות אומר שלאדם תמיד יהיו מחשבות אובדניות
- לדבר על זה יכול לתת למישהו רעיונות
- יש דרכים חד משמעיות לצפות אובדנות

קצת סטטיסטיקה

- בשנים 2007 היו בישראל

  כ- 500 התאבדויות

  נרשמו כ 4550 ניסיונות אובדניים

  אומדן כולל של ניסיונות אובדניים כ 25,00000
- מרבית ההתאבדויות הם של גברים.
- התאבדות מהווה סיבת המוות השנייה בקרב בנים בגיל 15-24 (הראשונה תאונות),
- ובקרב בנות - סיבת המוות השלישית.

Adolescent Patients-Healthy or Hurting?

Frankenfield et al (2000), Arch Pediatr Adolesc Med, 54,162-168

- התאבדות הוא גורם המוות השלישי בשכיחותו אצל ילדים בני 10-19 (ארה"ב).
- 47% מכלל הרופאים טיפלו לפחות במקרה אחד של ניסיון התאבדות אצל מתבגרים.
- 74% דיווחו כי יש להם 1-2 מטופלים מתבגרים עם היסטוריה של ניסיון התאבדות.
- רק 23% דיווחו כי הם מבצעים הערכה של גורמי סיכון לאובדנות (!).

Craig & Rudd

Advances in the Assessment Of Suicide Risk.

Journal of Clinical Psychology (2006): 62(2), 185-200

הגדרות:

- **<u>התאבדות</u>**: מוות מפציעה, הרעלה, או חנק כשיש עדויות שהפציעה נגרמה באופן עצמי ושהנפטר התכוון להרוג את עצמו". (QCarroll, 1996).
- **<u>ניסיון התאבדות עם פציעות</u>** – פציעות שנגרמו עצמית ומתוך כוונה ברמה מסוימת של האדם להרוג את עצמו.
- **<u>ניסיון התאבדות ללא פציעות</u>** – התנהגות שיכולה לגרום לפציעה עצמית, ללא תוצאות פוגעות, כשיש עדויות שההתנהגות באה מתוך כוונה מסוימת של האדם להרוג את עצמו.

הגדרות המשך

- **ניסיון אובדני אינסטרומנטלי**
- (instrumental suicide-related behavior) – התנהגות שיכולה לגרום לפציעה עצמית, כשיש עדויות שהפציעה נגרמה כך שלא הייתה לאדם כוונה להרוג את עצמו, אלא האדם רצה להשתמש במיצג שווא של כוונה למות בכדי להשיג מטרה אחרת (קריאה לעזרה, הענשת אחרים, קבלת תשומת לב וכדומה). התנהגות זו יכולה להיות מלווה בפציעות, ללא פציעות ואף בתוצאה בלתי מכוונת של מוות (accidental death).

- **איום אובדני** – כל מעשה בין אישי, מילולי או לא מילולי, שאדם אחר יפרשו באופן הגיוני כמסר או כרמז למעשה של התאבדות או התנהגות אחרת הקשורה להתאבדות העלולה לקרות בעתיד הקרוב.
- **מחשבות אובדניות** – דיווח עצמי על מחשבות או מעשים הקשורים לאובדנות.

שלושה מרכיבים חשובים של אובדנות:

1. תוצאות ההתנהגות האובדנית
2. עדות לגרימה עצמית
3. עדות לכוונה למות בהתאבדות

מודל להערכת סיכון אובדנות

(הרחבת המודל של: Rudd and Joiner, 1998)

- המודל הוא מונחה ראיות (Evidence Based)
- המשימה אינה **לנבא אובדנות**

אלא להעריך את הסיכון

ולהגיב נכון

מודל להערכת סיכון אובדנות

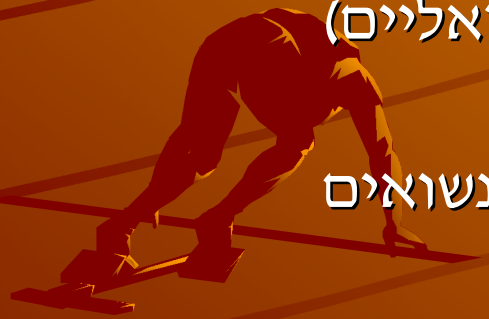
שמונה תחומים שיש לבדוק בהערכת אובדנות:

1. פרה-דיספוזיציה לאובדנות
2. גורמי דחק
3. הפרעות פסיכיאטריות (על ציר 1 ו-2 ב DSM)
4. העדר תקווה
5. טבען של המחשבות האובדניות
6. התנהגות אובדנית בעבר
7. אימפולסיביות ושליטה עצמית
8. גורמים מגנים

1. פרה-דיספוזיציה לאובדנות

- היסטוריה של אבחון פסיכיאטרי (: דיכאון מז'ורי)
- היסטוריה של התנהגות אובדנית (סיכון מוגבר: ניסיונות קודמים, קטלניות גבוהה, התנהגות כרונית)
- שחרור מאשפוז פסיכיאטרי שאירע לאחרונה (סיכון מוגבר: השנה הראשונה שלאחר השחרור)
- נטיות מיניות- GLBT (סיכון מוגבר: גברים הומוסקסואליים)
- היסטוריה של התעללות
- משתנים דמוגרפים: גברים- ניסיונות אובדניים בעבר/נשואים

  נשים – רווקות בגיל מתקדם



2. גורמי דחק

- אובדן או שינוי משמעותי (כלכלי, בין אישי, זהותי וכו').
- בעיות בריאות אקוטיות או כרוניות
- אי יציבות במערכות יחסים
- אי יציבות כלכלית ותעסוקתית
- סבל סובייקטיבי
- מצוקה אקזיסטנציאליסטית

3. הפרעות פסיכיאטריות
(על ציר 1 ו-2 ב DSM)

- סימפטומים של דיכאון (סיכון מוגבר: שילוב של סימפטומים של דיכאון יחד עם סימפטומים של חרדה ושימוש בסמים).
- הפרעה בי פולארית (סיכון מגובר: בתחילת מהלך ההפרעה)
- חרדה (סיכון מוגבר: בחרדה תכונתית לעומת מצבית)
- סכיזופרניה (סיכון מוגבר: בגרות מוקדמת, מיד לאחר שלבים פעילים של ההפרעה, במהלך השלב האקוטי).
- הפרעת אישיות גבולית ואנטי חברתית .

4. תחושת חוסר תקווה

אין להתייחס רק לקיומה של תחושת חוסר התקווה אלא ל:

- חומרתה של תחושת חוסר התקווה
- משכה של תחושת חוסר התקווה

5. טבען של המחשבות האובדניות

- **משכם** – מתי פעם ראשונה היו לך מחשבות אלו?

  תדירותם – באיזה תכיפות את/ה חושב/ת על אובדנות?

  עוצמתם –דרג נא את עוצמת המחשבות על סקאלה מ-1 עד 10
- **ספציפיות**: קיומה של תוכנית להתאבדות (סיכון מוגבר: ככל שהתוכנית יותר ספציפית)
- **נגישות** לאמצעים: יש לך גישה לאקדח/ תרופות/ רעלים?
- **קטלניות** של האמצעים
- קיומה של התנהגות אובדנית אקטיבית (צעדי הכנה: כתיבת מכתב, סידור עניינים כספיים)
- כוונה אובדנית גלויה
- גורמים מונעי התאבדות- מה עוצר בעדך מלהרוג עצמך?

6. התנהגות אובדנית בעבר

- הערכת התדירות וההקשר של ההתנהגות האובדניות
- תפיסה של רמת הקטלניות והתוצאות
- הזדמנות להצלה וחיפוש אחרי עזרה
- התנהגויות מכינות (לדוגי: אגירת תרופות, מכתב התאבדות)

7. אימפולסיביות ושליטה עצמית

אימפולסיביות- עלולה להיות משמעותית יותר מפעולה מתוכננת כיוון שניסיונות התאבדות רבים הן תגובות לאירועים סביבתיים

על כן יש להעריך:

- **שליטה עצמית סובייקטיבית** – האם אתה מעריך עצמך כאימפולסיבי? למה/למה לא? האם לאחרונה חשת חסר שליטה?
- **שליטה עצמית אובייקטיבית** – באיזה תדירות אתה מעשן או משתמש בסמים? האם אי פעם נעצרת? האם היו לך בעיות עם התנהגות אימפולסיבית? (סמים, אלכוהול, התנהגות אימפולסיבית, תאונות רבות, אגרסיה, הימנעות חברתית)

8. גורמים מגינים

- תמיכה חברתית (מווסתת)
- מיומנויות לפתרון בעיות והיסטוריה של התמודדות
- שיתוף פעיל בטיפול
- תחושת תקווה
- נוכחות של ילדים בבית
- הריון
- אמונה דתית
- סיפוק מהחיים
- בוחן מציאות תקין
- פחד מבקרת חברתית
- פחד מהתאבדות או מוות

טכניקות להערכה

סרגל מספרי 1-10 תורם בתשאול :

1. מאפשר כימות והבהרה של החוויה הרגשית
(האם אתה יכול להעריך את חומרת חוסר התקווה שלך מ1 מלא תקווה עד 10 חוסר תקווה מוחלט)
2. מאפשרת השוואות לאורך זמן. (עבור המטפל ועבור המטופל)
3. מאפשר שיח בין מספר גורמים מטפלים.
4. נוטה להגביר את תחושת השליטה העצמית של המטופל על ידי כימות מבנים מופשטים בתקופה של משבר.

גישה הדרגתית לתשאול

1. **שאלות המנסות לזהות את הטריגר למצב הנוכחי** ("איך הולך בזמן האחרון?", "האם קרו באחרונה דברים שהקשו עליך או הלחיצו אותך?")
2. **זיהוי הסימפטומים** ("ממה שסיפרת עד כה, נשמע שהיה לך קשה. האם הרגשת עצב, חרדה, פחד, או עצבנות לאחרונה?")
3. **בירור תחושת חוסר תקווה** ("כשמדוכאים, יכול מאוד להיות שישנה הרגשה פסימית שהמצב לא ישתפר, האם את/ה מרגיש/ה כך?")
4. **בירור טבע המחשבות האובדניות** ("אנשים שמרגישים חוסר תקווה, חושבים לפעמים על מוות, האם יש לך מחשבות על מוות? האם חשבת על התאבדות?")

רציונל הגישה ההדרגתית:

- התקדמות הדרגתית בעוצמת הראיון מורידה חרדה ומבססת רפורט.
- השאלות מנרמלות תחושת חוסר התקווה ומחשבות האובדניות.
- ירידה ברמת החרדה מגבירה כנות בדיווח ומאפשרת הערכת סיכון מדויקת יותר.

כוונה גלויה (explicit) וסמויה (implicit).

- **כוונה סמויה**: מוערכת באמצעות התנהגויות עכשוויות והתנהגויות בעבר של האדם (ניסיונות קודמים להתאבד, מחשבות עכשוויות על התאבדות).
- **כוונה גלויה**: הצהרת מפורשת של המרואיין

רמת סיכון	תיאור	טיפול
Nonexistent	אין מחשבות אובדניות שניתן לזהות	המשך הטיפול הרפואי הרגיל
Mild	מחשבות אובדניות בתדירות, עוצמה ומשך נמוכים יחסית; ללא תוכניות להתאבדות, או כוונה. דיספוריה/סימפטומים פסיכיאטריים ברמה מתונה, שליטה עצמית טובה, מעט גורמי סיכון, והימצאותם של גורמים מגנים.	הערכה של כל ביטוי למחשבות אובדנות כדי להשגיח על שינוי ברמת הסיכון
Moderate	מחשבות אובדניות בתדירות גבוהה יחסית, עם עוצמה ומשך נמוכים יחסית; מחשבות ספציפיות, אך ללא כוונת ביצוע מעשית. שליטה עצמית טובה, דיספוריה/סימפטומים פסיכיאטריים ברמה מוגבלת, מספר גורמי סיכון, והימצאותם של גורמים מגנים.	הערכה של הצורך באשפוז הגברת תדירותם ומשכם של הביקורים במרפאה ערוב פעיל של המשפחה הערכה מחדש תדירה של מטרות הטיפול זמינות למשך 24 שעות של שירותי חירום הערכה מחדש תדירה של הסיכון לאובדנות שקילת האפשרות לשימוש בתרופת אם ישנה החמרה שימוש בקשר טלפוני לשם השגחה שמירת קשר עם המשפחה לגבי אינדיקטורים רלוונטיים שימוש בייעוץ מקצועי
Severe	מחשבות אובדניות בתדירות, עוצמה ומשך גבוהים; תוכניות ספציפיות, ללא כוונה סובייקטיבית אך עם סימנים אובייקטיבים לכוונה (כמו קטלניות האמצעים, זמינות לאמצעים וכיו"ב). עדות לקושי בשליטה עצמית. דיספוריה/סימפטומים חמורים. גורמי סיכון רבים, ומעט אם בכלל גורמים מגנים.	הערכה מיידית של האפשרות לאשפוז פסיכיאטרי
Extreme	מחשבות אובדניות בתדירות, עוצמה ומשך גבוהים; תוכניות ספציפיות, כוונה ברורה סובייקטיבית ואובייקטיבית. עדות לקושי בשליטה עצמית. דיספוריה/סימפטומים חמורים. גורמי סיכון רבים, ומעט אם בכלל גורמים מגנים.	הערכה דחופה של האפשרות לאשפוז פסיכיאטרי

נקודות חשובות נוספות...

- איסוף מידע ממקורות שונים המקורבים למטופל כמו חברים משפחה, צוות רפואי ורשומה רפואית.
- ביצוע הערכה רחבה המשתפת מידע ממספר גורמים מאפשרת לקבוע את אופי התמיכה החברתית של המוערך.

מקומו של רופא המשפחה בהערכת סיכון לאובדנות

- רופאים ראשוניים הם המגע היחיד של יותר מ-50% מהחולים עם מחלות נפשיות (Tylee, A & Jonas, R. 2005. BMJ).
- 9 מתוך כל 10 אנשים בדיכאון יטופלו רק במרפאה הראשונית
- עד 2/3 מתוך קורבנות הניסיונות האובדניים היו בקשר עם רופא המשפחה/ רופא ראשוני בארבעת השבועות שקדמו למותם (Tylee, A & Jonas, R. 2005. BMJ).

לחיים ארוכים!!!