



רבעון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

פסיכואקטואליה

אובדנות: מניעה והתערבות

בתוך הצינורות: אובדנות,
קהילה ותקווה
עמוד 6

התוכנית הלאומית
למניעת אובדנות,
משרד הבריאות
עמוד 15

סיכון אובדני אצל
ילדים עד גיל 12
עמוד 21

אובדנות בחברה הערבית
בישראל: בין סיכוי לסיכון
עמוד 29

התוכנית למניעת
אובדנות בצה"ל -
העשור השני - אבני דרך
מרכזיות על ציר הזמן
עמוד 35

חמישים האחוזים המורכבים:
התאבדויות
אֶפֶסיכיאטריות
וחשיבותם של סוגי
פילוח נוספים בדוח
האובדנות למניעת
התאבדויות
עמוד 45

משמעות בחיים
ונטיות אובדניות
עמוד 51

בלעדי
לחברי
הפ"י

למען הביטחון התעסוקתי והשקט הנפשי שלך!

תוכנית ביטוח אחריות מקצועית לשנת 2023

סוכנות הביטוח טיב קפיטל, מקבוצת אורן מזרח, שמחה להציע את תוכנית ביטוח אחריות מקצועית הקבוצתית של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל! הביטוח כולל שיפורים, הרחבות ותנאים ייחודיים **ומוצע במחיר וכיסוי ללא תחרות!**

תוכנית ביטוח שגובשה והותאמה במיוחד לצרכים שלכם - להלן עיקרי

- גבול ביטוח בסיסי הגבוה והזול בשוק ע"ס 4.5 מיליון ₪. ניתן להגדיל את סכום הביטוח ל-10 מיליון ₪.
- צד ג' ע"ס 1.5 מיליון ₪ לכיסוי בכל קליניקה בה ניתן הטיפול.
- ניתן להרחיב את הכיסוי ל-4 מיליון ₪.
- ראן אופ' ללא עלות למשך 7 שנים כולל מחברות ביטוח אחרות בהן היית מבטחת.
- כיסוי ליעוץ משפטי במקרה של תלונות לוועדת המשמעת של משרד הבריאות ו/או ועדת האתיקה של הפ"י. ייעוץ משפטי במקרה של "איומים" ע"י מטופלים, הורי מטופלים ועו"ד. הייעוץ ניתן ע"י משרד עו"ד גדול ומומחה בתביעות של פסיכולוגים.
- אחריות שילוחית מובנית בפוליסה.
- פיצוי במקרה של התליית רישיון ע"י משרד הבריאות.
- כיסוי לטיפול מרחוק באמצעים דיגיטליים.
- ללא השתתפות עצמית גם אם מקור התביעה בחו"ל ובתנאי שתגוש בישראל עפ"י הדין הישראלי.
- במקרה של מחלוקת בתביעת אחריות מקצועית לוועדת האתיקה של הפ"י ניתנה זכות הכרעה.
- אין השתתפות עצמית בתביעות אחריות מקצועיות.
- השתתפות עצמית בצד ג' בסך 500 ₪.
- כיסוי רטרואקטיבי כולל מחברות ביטוח אחרות בהן היית מבטח ובתנאי לרצף ביטוחי אישי.
- חתימה על נספח ביטוח בהתאם לדרישת משרדי ממשלה, רשויות מקומיות, קופ"ח, מכונים וכדומה.
- הכרה ברצף ביטוחי גם במקרה בו לא נרכש ביטוח עקב מחלה קשה המונעת מהפסיכולוגית לקבל מטופלים וכן עקב חופשת לידה וכדומה.
- במקרה ותגוש תביעה כנגדך עקב עבודתך כשכירה ולמקום העבודה אין כיסוי ביטוחי עבורך, הפוליסה שלנו תכסה אותך. גם אם יש ביטוח למעסיק שלך אך גובה הכיסוי איננו גבוה מספיק לתביעה, הפוליסה שלנו תשמש כרובד שני ותשלם עד גבול האחריות בפוליסה.
- הרחבת לביטוח סייבר כלפי צד ג' עד לסך של 200,000 ₪ כלולה במחיר הבסיסי.

**2023 כבר נפתחה! הצטרפו עכשיו לאתר
הרכישה והירשמו**

טל' 03-9181014

מקבוצת
אורן מזרח

טיב קפיטל

*הפנייה מיועדת לנשים וגברים כאחד.

תוכן העניינים

4	משולחן הוועד המרכזי ויו"ר הפ"י יורם שליאר
5	דבר המערכת שרונה מיטל
6	בתוך הצינורות: אובדנות, קהילה ותקווה יוסי לוי בלז וסמי חמדאן
8	מה חדש בחטיבה? חדשות החטיבות
12	משולחנה של יו"ר מועצת הפסיכולוגים אילה בלך
13	משולחנו של הפסיכולוג הארצי גבי פרץ
14	משולחנה של הפסיכולוגית הראשית במשרד החינוך חוה פרידמן
15	התוכנית הלאומית למניעת אובדנות, משרד הבריאות יעל פומרנץ, אורית מועלם ושיראל הרוש-עזרן
21	סיכון אובדני אצל ילדים עד גיל 12 דבי כהן, ענת ברונשטיין קלומק וליאת יצחקי
29	אובדנות בחברה הערבית בישראל: בין סיכוי לסיכון ד"ר סמי חמדאן, יעל פומרנץ ושיראל הרוש-עזרן
35	התוכנית למניעת אובדנות בצה"ל - העשור השני - אבני דרך מרכזיות על ציר הזמן לאה שלף ולוסיאן טצה-לאור
45	חמישים האחוזים המורכבים: התאבדויות אפסיכיאטריות וחשיבותם של סוגי פילוח נוספים בדוח האובדנות למניעת התאבדויות יותם קומן
51	משמעות בחיים ונטיות אובדניות צחי ארנון וצליל גור-אש
59	פינת ההורות אבשלום אדרת בני מת מהתאבדות
63	משולחנה של ועדת האתיקה יונת בורנשטיין בריוסף סוגיות מקצועיות-אתיות במצבי סיכון אובדני של מטופלים
67	פרופיל אישי נחמה רפאלי פרופ' יוסי לוי בלז, פסיכולוג קליני מומחה
70	מהפסיכולוגיה בעולם עורכת: ליאת הלפמן סקירת מאמרים עדכניים בפסיכולוגיה
72	עמדת קריאה שבתאי מג'ר סקירת ספרים חדשים
75	הפינה המשפטית אדר גרין, צ'רלי בוזגלו רצונו של אדם
76	ייעוץ מס אריה דן קיצוץ הפסדים לצורכי מס
77	ברכות למקבלי התארים
78	תקצירים באנגלית

חברי וחברות המערכת

ד"ר שרונה מיטל - יו"ר טלפון: 054-4251567 דוא"ל: psychoactuallya@gmail.com	
נחמה רפאלי טלפון: 054-3976394 דוא"ל: nechamaraph@gmail.com	
ד"ר מירי נהרי טלפון: 054-6298888 דוא"ל: miri.nehari@gmail.com	
ד"ר נועה אליאס טלפון: 052-2971130 דוא"ל: nenoaelias80@gmail.com	
מיכל שמש טלפון: 052-3393975 דוא"ל: michal5126@gmail.com	
טלי סמני טלפון: 050-8785995 דוא"ל: semani.tali@gmail.com	
ד"ר ליאת הלפמן טלפון: 054-4913329 דוא"ל: liat.helpman@gmail.com	
שבתאי מג'ר טלפון: 054-4505470 דוא"ל: majarsabi@gmail.com	
ד"ר סמי חמדאן טלפון: 052-8863468 דוא"ל: samihamd@mta.ac.il	

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל:

יו"ר הפ"י - מר יורם שליאר | מנכ"לית הפ"י - גב' מריאל הוברמן
טל' 03-5239393, ת"ד 3361 רמת גן, מיקוד 5213601
פקס: 03-5230763 | דוא"ל: office@psych.org.il
עיצוב ועריכה גרפית: יעלצ'יק - עיצוב גרפי 050-8537244
פרסום: ניו יורק ניו יורק (ישראל) בע"מ
יהודה הלוי 92, תל אביב www.newyork-newyork.co.il
הפקה: הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

סרקו אותי



מקורות המאמרים בגיליון
יופיעו באתר הפ"י
psychology.org.il



יורם שליאר, יו"ר הפ"י

חברות וחברי הפ"י שלום רב,

קטנים ובינוניים. לשמחתנו הייתה היענות עצומה, וההשתלמות התמלאה ונסגרה כהרף עין. לפיכך כוונתנו לפתוח הכשרה נוספת בעתיד. זו הזדמנות להודות לאפרת, רכזת עצמאיים, ולמריאל, המנכ"לית שלנו, על קידום המיזם המבורך הזה.

ועדה מיוחדת של משרד הבריאות לבחינת נושא מבחני התמיכה לעניין מלגות המתמחים בקופות החולים, בעמותות ובארגונים מחוץ למשרד הבריאות יצאה לדרכה. בראש הוועדה עומד גבי פרץ, הפסיכולוג הארצי. לוועדה צורפו, בכתבי מינוי מיוחדים, נציגי קופות החולים השונות, נציגי עמותות ונציגי שלושת ארגוני הפסיכולוגים - אליה מרדו מהתנועה למען הפסיכולוגיה הציבורית, ד"ר יובל הירש, יו"ר חטיבת הפסיכולוגים במח"ר, ואנוכי, נציג הסתדרות הפסיכולוגים בישראל. כמן כן חברים בוועדה נציגי משרד הבריאות והמחלקה המשפטית שלו. בישיבת הוועדה הראשונה עסקנו בהבנת הבעיה והמחלוקת ובהגדרת המימון של המתמחים כ"שירות" או כ"תמיכה". זהו הבדל מהותי, והוא עשוי להיות מכריע במסקנות הוועדה. בשלב זה סוכם ללמוד לעומק את הסוגיה ולחזור ולדון בה בפגישתנו הבאה.

ולעניינים אחרים - הפסיכולוג הראשי מר גבי פרץ ניהל משא ומתן ארוך עם נציגי המתמחים ועם הפ"י בנושא אבחונים וטיפולים שנותנים מתמחים מחוץ למסגרות ההתמחות ואף פרסם טיוטות אחדות בנושא. בימים אלה הוא פרסם את הטיוטה הסופית מבחינתו. בנוסח זה עדיין ניכרים פער ומחלוקת עמוקים מצד המתמחים בנוגע לרבות מהדרישות המופנות אליהם, ובעיקר דרישות ההדרכה. הפ"י מלווה את התהליך מתוך רצון למצוא את האיזון בין שמירה על אחריות מקצועית ובין הבטחת יכולתם של המתמחים להשלים את הכנסתם הדלה מהשירות הציבורי בעבודה פרטית. לאחרונה קיימנו פגישה עם נציגי המתמחים כדי לנסות ולקדם את הנושא. המתמחים קיבלו עליהם לקדם את הנושא מול מועצת הפסיכולוגים, ואנו התחייבנו להמשיך ללוות את התהליך ותת למתמחים את כל העזרה הנדרשת לפתרון המשבר.

לצערנו הרב, חברתנו צילה טנא, מוותיקות ומבכירות הפסיכולוגיות החינוכיות בארץ והעורכת הראשית המסורה של הרבעון המקצועי שלנו פסיכואקטואליה במשך שנים רבות, הלכה לעולמה. צילה תחסר לנו מאוד כקולגה, ולי אישית כחברה. אנו מחבקים את משפחתה ואת השירות הפסיכולוגי-חינוכי של תל אביב שבו שימשה צילה מנהלת תחנת שלם שנים רבות ולאחר מכן סגנית מנהלת שפ"ח תל אביב.

זהו גיליון החורף של פסיכואקטואליה. לאחר שכמעט התייאשנו מכך שאינו מגיע הגיעה הסופה ברברה ונתנה לנו מעט נחמה. נקווה שיימשכו גשמי ברכה רבים וימלאו את הנחלים ואת מאגרי המים לפני בוא האביב והקיץ.

בימים אלה אנו מצויים בתקופה סוערת כמעט בכל מישורי חיינו - במישור הלאומי, במישור הביטחוני ובמישור המקצועי. מעשי פיגוע נוראים התרחשו לאחרונה בירושלים, ואני מקווה מאוד שעד שיגיע הגיליון הזה אליכם לא יתרחשו פיגועים נוספים והמצב בשטח יירגע. במישור המקצועי התבשרנו בתחילת ינואר כי הנהלת המח"ר החליטה לפרק את חטיבת הפסיכולוגים בהסתדרות המח"ר. לא לגמרי ברור מה הביא להחלטה הזאת מלבד רצונה של הנהלת המח"ר בשליטה אומנם יו"ר המח"ר הגברת אלכסנדרה קרושינסקי פרסמה מכתב לפסיכולוגים חברי המח"ר ובו ניסתה להרגיע את הרוחות ולהבטיח להם שהאינטרסים של הפסיכולוגים בהסכמי השכר הנפתחים כעת לא ייפגעו, אך אנו למודי ניסיון. אנו זוכרים את מה שקרה לאינטרסים שלנו שנים רבות לפני הקמתה של חטיבת הפסיכולוגים ואת התרומה האדירה שיש לעמידה של הפסיכולוגים, ולא של בעלי תפקידים בהסתדרות, בראש מאבק השכר. הקמת חטיבת הפסיכולוגים היא מהלך חשוב שלא נוכל לוותר עליו. כך או כך הדבר מחזק את ההבנה כי הפסיכולוגים בהסתדרות זקוקים לאיגוד עצמאי מחוץ לאיגוד המח"ר. על כן מתקיים משא ומתן בנושא עם יו"ר ההסתדרות מר ארנון בר-דוד בעקבות פנייתנו הישירה אליו בימים אלה. יו"ר ההסתדרות השיב על פניית הפ"י ואמר שהוא מטפל אישית בדברים. הפ"י סומכת על פעילי החטיבה שיובילו את המהלך וישגו את המטרה. אנו צופים בדריכות בתהליך ונושית את כל העזרה והתמיכה שיידרשו לשם כך.

כידוע לכם, במסגרת ההסכמים הקואליציוניים עם יהדות התורה ישנה כוונה לאפשר טיפול ללא ההכשרה האקדמית הבסיסית וההתנסות המפוקחת הנדרשות כדי לעשות זאת. בשלב זה הדברים נוגעים לתחומי הטיפול בהבעה ויצירה ובקלינאות תקשורת. כמי שאמונים על בריאות הנפש, ומתוך דאגה קודם כול ולפני הכול לציבור המטופלים, אסור לנו להסכים בשום אופן להפקדת הטיפול הנפשי בידיים לא מקצועיות. בעניין זה, כמו בעניין האמירות המפלות של ח"כ רוטמן וח"כ סטרק, שלחנו מכתב דחוף לראש הממשלה. בד בבד אנו פועלים בהפ"י עם ארגונים אחרים מתחום הטיפול - עם איגוד העו"סים, עם איגוד קלינאות התקשורת ועם איגוד המטפלים בהבעה ויצירה - כדי להקים קואליציה שתיאבק בכוחות משותפים בנושא זילות ההכשרות. ב־5 בפברואר התקיים בתל אביב כינוס חירום ראשון של קלינאות תקשורת ומרפאות בעיסוק. השתתפתי בו והבעתי תמיכה במאבק הזה והתנגדות לשינוי המסוכן המוצע.

אני שמח לבשר כי גדלנו בשנה האחרונה. כעת יש לנו 3,700 חברים וחברות בקירוב, והגידול נמשך. עם תחילת שנת הפעילות החדשה ניכרת עלייה גדולה גם בפעילות החטיבות בקיום השתלמויות וימי עיון לחבריהן וחברותיהן, וידי המשרד של הפ"י עמוסות עבודה בסיוע לוועדי החטיבות להפעיל את תוכניותיהם.

כחלק מפעילות על-חטיבתית, ובמסגרת הטיפול שלנו בפסיכולוגים ובפסיכולוגיות עצמאיים, פתחנו לפני זמן לא רב השתלמות לפתיחת קליניקה פרטית. זהו מיזם משותף להפ"י ול"מעוף" - הסוכנות לעסקים

שלכם,

יורם

שלום רב לכל קוראינו,

לאחר שפרשה ואף המשיכה לכתוב את המדור פסיכולוגים יוצרים עד גיליון סתיו האחרון. בשיחה איתה לקראת פרסום הכתבה לפני חודשים אחדים הייתה חלשה, אך עדיין הביעה תקווה להביא ולכתוב עוד טור אחד, טור פְּרָדָה, לפני שתפרוש מהאחריות למדור זה. כעת לא נותר אלא להוסיף ולכבד את זכרה בכתבה ולהרחיב את מה שנכתב עליה בפינת הפרופיל בגיליון אפריל 2020. יהיה זכרה ברוך.

כדי להמשיך את דרכה ולחזק את פסיכואקטואליה אני מבקשת לעודד את כלל הקוראים לכתוב מאמרים שעוסקים בתאוריה, במחקר ובעבודה מעשית ולתרום לכתב העת. נשמח להמשיך ולשמוע מקוראינו ולעזור בשאלות שונות שעשויות לעלות.

ואלה נושאי הגיליונות הבאים והמועד הסופי להגשת המאמרים לשנה זאת:

אביב: 15 בפרואר 2023. גיליון בנושא שחיקה, פסיכולוגיה ועבודה.

קיץ: 30 באפריל 2023. גיליון בנושא מוטיבציה.

סתיו: 31 ביולי 2023. גיליון בנושא סוגיות אתיות.

לכל המעוניינים בכתבה לפסיכואקטואליה, אנא שימו לב להנחיות הכתיבה המופיעות באתר הפ"י:

<https://www.psychology.org.il>

אני כותבת שורות אלו בלב כבד. כשתכננתי לכתוב את דברי המערכת לגיליון מיוחד זה הבנתי שאומנם הנושא שבחרנו הוא רציני וכבד, אבל חשבתי שמישמייתי תהיה פשוטה יחסית. התכוונתי לכתוב שורות אחדות שמציגות את ד"ר סמי חמדאן, העורך האורח של הגיליון שהוא גם חבר צוות קבוע במערכת, ואת עמיתו, פרופ' יוסי לוי בלז, שסייע לו בכתבת ההקדמה לנושא אובדנות - מניעה והתערבות. אני מודה להם על תרומתם האישית, על גיוס מאמרים מאנשי מקצוע מובילים בתחום ועל ההתייחסות הרגישה שמעודדת אותנו לפעול ככל האפשר כדי למנוע את מקרי האובדנות ולמגר את התופעה. המערכת מודה גם לכל מי שכתב לגיליון זה מיוזמתו.

ועם זה כאמור אני כותבת בלב כבד, ולא בגלל נושא הגיליון. זמן קצר לפני כתיבת דברי יו"ר המערכת קיבלתי את הבשורה המרה והלא צפויה על פטירתה של צילה טנא. אי אפשר לפתוח את דברי מערכת פסיכואקטואליה בלי להתייחס לאובדן זה, וקשה לבטא את צערו של כל צוות המערכת. אומנם לא נוכל לסקור את כל פועלה המקצועי והאישי של צילה ז"ל בדבריי כאן, אבל נחלוק לה כבוד ונקדיש לה כתבה מורחבת בגיליון הבא. בינתיים אציין שצילה ז"ל הייתה דמות מרכזית בפסיכואקטואליה. היא הייתה ממייסדי כתב העת ועד השנה שעברה בקירוב הייתה יו"ר המערכת. היא ליוותה אותי בכניסתי לתפקיד גם

מטפלים, מתמחים, מומחים ומדריכים,

מוזמנים לרענן, להעמיק ולחדש את התשתית התאורטית

בקורס ייחודי, מקיף ומעמיק בנושא:

"מפסיכואנליזה להתייחסותיות"

◀ 22 שעות למידה.

◀ 10 גישות תאורטיות מרכזיות.

◀ 20 תאורטיקנים נבחרים.

◀ מושגים מרכזיים בתאוריה, בהתפתחות האישיות, פסיכופתולוגיה וטיפול.

◀ קורס מוקלט וזמין ללמידה מיידי, מאפשר צפייה בהרצאות המלוות במצגות וכן האזנה כפודקאסט.

◀ מתאים כהכנה לבחינת ההתמחות, לכתיבת עבודת סיום בבית ספר לפסיכותרפיה, כבסיס ידע לטיפול ולהדרכה.

כל התורה
מפריד ועד ימינו

גלית אבן-חיים אברהם
פסיכולוגית קלינית מדריכה

לנרשמים באמצעות
פרסום זה תינתן הנחה של 100 ₪

לקבלת פרטים - סילבוס, רישום, עלויות ופרטים נוספים

לחצו על הקישור: <https://lp.vp4.me/pkxx>

ehgalit@gmail.com | 052-9247430



בתוך הצינורות: אובדנות, קהילה ותקווה

יוסי לוי בלז¹ וסמי חמדאן²

דברי פתיחה

בשיר "בתוך הצינורות", שירה יוצא הדופן של להקת אלג'יר, כתב גבריאל בלחסן ז"ל כך: "אני בתוך הצינורות, כבר כמה ימים, כמה שבועות, כמה שנים טובות [...] מזיע תחת שמיכת כותנה שחורה בין ההריסות". בשיר זה הוא מגולל את הרגשות הקשים שחווה בשגרה הכואבת במסדרונות המחלקות הפסיכיאטריות, בהתמודדות עם הכאב הנפשי הבלתי נסבל, זה שגורם לאובדנות. לפני עשר שנים מת גבריאל בלחסן מדום לב בצריפו שבתלמי אליהו בנגב. ומילותיו, בלחן המזוהה כל כך עם אלג'יר, עדיין מהדהדות באוזנינו ומזכירות לנו איך סבל נפשי יכול להישמע, איך בדידות יכולה לכאוב.

רבות כבר נכתב על אובדנות ועל הדרכים למניעתה, על דיכאון, חרדה, חוסר תקווה והקשר שלהם לאובדנות. ובכל זאת מילותיו המהדהדות של השיר הזה מזכירות לנו כי האדם האובדני, זה שנתון במשבר ונמצא על הגג, הוא בודד יותר מכול. הוא בודד בחוויותיו הקשות, בודד בימיו ובלילותיו הבלתי נגמרים, בודד בהתמודדותו עם הכאב הלא נסבל.

ואיך תגיע התקווה מבדידות כזאת? האם נושא כואב כל כך, מצב שמגלם את הרגשת האין מוצא, יכול להיות קשור לתקווה? מתברר שהוא בהחלט יכול. המחקר המדעי והניסיון הקליני שלנו מעידים שוב ושוב על גורם אשר יכול להציל חיים ולהעניק לכולנו - אנשי טיפול, מחקר ועשייה - תקווה בעשייתנו היום-יומית. הגורם הזה הוא הפגת הבדידות. לפני אלפיים שנה ויותר אמר ארכימדס, מתמטיקאי, פילוסוף ומהנדס יווני: "תנו לי נקודת משען ומנוף ארוך מספיק ואוכל להניף את העולם". בזכות אמירה זאת אנחנו מכירים את הנקודה הארכימדית, נקודת משען שאפשר לבסס עליה את הכול. הפגת הבדידות היא אותה נקודה ארכימדית שעשויה לשנות את התמונה, לעזור לאדם להשהות את החלטתו ולשוב ולבדוק את מצבו, לטעת בו את התקווה כי יש עוד דרכים לפתרון המצוקה מלבד ההתאבדות, נקודה שבה אפשר להושיט אל עבר האדם האובדני ידיים מדומיינות וחומלות ולהציל את חייו ממש.

מחקרים רבים, ובהם מחקריהם של כותבי מאמר זה,

מדגישים את החשיבות של תהליכים בין-אישיים כגון קשר עמוק, הרגשת נראות, תמיכה חברתית ושייכות ורואים בהם כלים יעילים במניעת אובדנות. כלים אלה עשויים לאפשר לאדם הנתון במשבר להרגיש מובן, ועקב זאת להרגיש שייך. הפסיכואנליטיקאי דונלד ויניקוט אמר זה כבר כי "זהו עונג להתחבא, אך אסון לא להימצא" (ויניקוט, 1971, עמ' 243). ואכן, כמו בהתפתחות הראשונית של התינוק, גם האדם האובדני מבקש להימצא, מבקש להיראות, מבקש שיבינו אותו. זה אפשרי, וזה בהישג ידינו.

ועם זה תהליכים אלה של הגברת הנראות אינם מתרחשים בחלל ריק. במילותיו החדות והבלתי מתפשרות עשה גבריאל את מה שכולנו מחויבים לו - להוציא את האובדנות מהחושך אל האור, לדבר על כאב נפשי בלתי נסבל ולא לוותר על העיסוק בנושא הכה כואב הזה שמקפל בתוכו גם לא מעט תקווה. האפשרות להפיג את הבדידות ולהגביר את הרגשת השייכות בקרב אנשים ונשים שנתונים במשבר אובדני עוברת דרך העיסוק בתחום, דרך עשייה קלינית ומחקר אינטנסיבי. כאשר מדברים על הדברים, כשחוקרים אותם, כשמנסים להפוך כל אבן כדי להבין איך אפשר לסייע נוצר שינוי, נוצר מפגש, ובעקבותיהם מתעוררת גם התקווה.

שיח פתוח על כאב נפשי ועל אובדנות מחייב אותנו בראש ובראשונה לאסוף מידע, שכן ידע הוא כוח מובהק. עלינו לצבור ידע על גורמי הסיכון, על התהליכים המוליכים אדם לתהליכי התמלכדות (Entrapment), לנוקשות הקוגניטיביות, להרגשתו שהוא הפך להיות נטל על הסביבה, לחוסר האונים, המכלה שלו; עלינו לצבור ידע על דרכי תשאל והתערבות, על טיפולים מתאימים. אנחנו מאמינים כי ידע כזה הולך ונצבר בכל המובנים, הרמות וההקשרים בעולם ובישראל.

בשנים האחרונות נעשה מחקר אינטנסיבי בנושא אובדנות ומניעתה. בהדרגה מצטברות עדויות להצלחות רבות של פעולות למניעת אובדנות. תוכניות מניעה, תוכניות התערבות, דרכי איתור חדשות ושיטות טיפול ממוקדות מפחיתות את שיעורי ההתאבדות במקומות שונים עולם. אומנם אנחנו עדיין רחוקים מההגעה אל היעד, אבל כל הפעולות הללו מדגישות ביתר שאת כי התאבדות אינה גזרת גורל. אפשר

¹ פרופ' יוסי לוי בלז הוא פסיכולוג קליני מומחה, ראש המרכז לחקר האובדנות והכאב הנפשי על שם ליאור צפתי במרכז האקדמי רופין.

² ד"ר סמי חמדאן הוא פסיכולוג חינוכי מומחה, ראש המגמה לתואר שני בפסיכולוגיה חינוכית במכללה האקדמית תל אביב-יפו.

כדי להפיג את הבדידות, להוציא את האובדנות אל האור, לדבר עליה, להמשיג אותה, לראות בה תופעה נוכחת וקיימת, עשוי להיות צעד בעל חשיבות רבה לאותו אדם, צעיר או מבוגר, שמתמודד כעת עם מחשבות אובדניות.

אני צריך אותך
יפה כמו מלאך
וזאת הפעם האחרונה
שאני הולך לישון עם בטן חתוכה וגוף שבור
אני צריך אותך
עכשיו, לקראת הסוף
הכול נראה לבן
וזה לא משנה לאף אחד, בכלל
אני צריך אותך
(אביב גדג', מתוך "אני צריך אותך", להקת אלג'יר)

אנחנו תקווה כי הגיליון הזה של פסיכואקטואליה, גיליון שמוקדש כולו למניעת אובדנות, יהיה עוד צעד צנוע ואופטימי בדרך לבניית הקהילה המקצועית בנושא אובדנות. בזכות קהילה זאת יהיה אפשר להעלות את המודעות לנושא, להעמיק בדרכי האיתור, האבחון, הטיפול והמניעה של אובדנות; ובייחוד תשמש הקהילה מקור מידע מהימן, נגיש ובעל ערך מעשי. אנחנו מאמינים כי כל כתיבה בנושא, ובייחוד בעברית ובאופן נגיש לכול, עשויה להעניק תמיכה לכל אותם ארגונים ואנשים ונשים יקרים שעוסקים בוקר וערב בהצלת חיים ובהתמודדות עם מי שנתון במשבר וזקוק ליד מושטת ולסיוע כדי להתמודד עם המציאות שהוא חי בה. אומנם ייתכן שהחווים משבר אובדני מרגישים ש"זה לא משנה לאף אחד", אבל בזכות המחקר, הידע הקליני והעשייה הבלתי מתפשרת יהיה אפשר להעניק להם פתחי יציאה "מתוך הצינורות". אם נגרום להם להרגיש נראים, נוכחים ושייכים, נגרום להתמודדים עם משבר אובדני להרגיש שהם אינם לבד, שאנחנו עומדים לימנים ותומכים בהם. ואין זמן מתאים יותר לעשות זאת מעכשיו.

וצריך למנוע התאבדויות. מטרה זאת אינה חלום רחוק אלא שאיפה שאפשר להגשימה. השינוי המתרחש בעולם בנוגע לאובדנות מחלחל בעשור האחרון גם לישראל. עד לפני זמן לא רב היה נושא ההתאבדות טאבו שאסור לדבר עליו. ועתה, לאחר שנים רבות של שתירה, הוא נעשה בהדרגה נושא שנוכח בתודעת הציבור, בקהילה האקדמית, הקלינית ובתקשורת. המועצה הלאומית למניעת התאבדויות פועלת במשנה תוקף; היחידה למניעת אובדנות במשרד הבריאות מפעילה תוכניות והכשרות רבות; זרועות ומשנה את סדר היום הציבורי; התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות יצאה לדרך לפני שנים מספר, ובמסגרתה הוקמו במשרדי הממשלה גופים שונים שעוסקים בנושא; ובכל יום מוסיפים מתנדבי עמותת "בשביל החיים" לנתב את הטרגדיה האישית שלהם למפעל הצלת חיים. בכל שנה נערכות בישראל עשרות סדנאות והכשרות לשומרי סף פוטנציאליים ובכללם אנשי טיפול ממגוון מקצועות; כינוסים לאומיים ובין-לאומיים מתמקדים בחקר האובדנות ובמניעתה; סטודנטים ממסגרות שונות לומדים לזהות גורמי סיכון ולשאול בנוגע למחשבות אובדניות כאשר עולה חשש כזה בקשר לאיש או לאישה בסביבתם. אלה צעדים משמעותיים ליצירת קהילה רחבת ידיים ולב שמטרתה צמצום היקף ההתאבדויות בישראל. אלה צעדים דרמטיים לאדם הבודד על הגג. זהו חזון שמתגשם.

ברור לכולנו כי אין הסבר אחד ויחיד להתאבדות, ואין גורם אחד מוגדר שאחראי לה. זהו צעד סופי וטראגי שנתפס כפתרון לבעיות אנושיות רבות, והוא מושפע מגורמים רבים. זהו מעין תצרף רב-ממדי שמערב סיבות ומשתנים שונים, מרכיבים גנטיים וביולוגיים, מאפייני אישיות שונים שנלמדו מהסביבה, סגנון חשיבה בסיסי, תהליכים ארוכים ואירועים זמניים שבאים ועשויים לחלוף במהרה. לעיתים נדמה שאי אפשר להרכיב את התצרף הזה לתמונה שלמה. במקרים אחרים נראה שיש הסבר, אם כי חמקמק, מורכב ולא תמיד ברור. כך או כך, אפשר למנוע התאבדויות. המשבר האובדני מתאפיין יותר מכול בבדידות כאמור. ולכן כל צעד שננקוט

מקורות

אלג'יר (2004). "בתוך הצינורות" [שיר]. מנועים קדימה. בארבי רקורדס.
ויניקוט, ד"ר (1971). משחק ומציאות. עם עובד.



דבר החטיבה החינוכית

לציבור הפסיכולוגים והחינוכיים שלום,

הכנס השנתי של הפסיכולוגיה החינוכית 2022 מאחורינו. יצרנו בעבורכם אתר ובו הרצאות הקדם (ובכללן המצגות), טקס הענקת פרס מפעל חיים למר ישי שליף, תמונות וקישורים לאתרי הכנס מהשנים הקודמות. באתר מופיעים גם סיכומי המשובים שמילאתם. אנחנו מודים לכם על התגובות ועל המשובים ומעבדים אותם ומפיקים מהם לקחים. תוכלו להיכנס לאתר בכתובת הזאת: <https://edupsyhappy.wixsite.com/happycon22> בימים אלה אנחנו שוקדים על הפקת השתלמויות מקצועיות וימי עיון למענכם, קהל הפסיכולוגים והחינוכיים. ואלה

שני הקורסים הראשונים שנציע בהשתלמויות:

1. "אל תספר לי, הראה לי" - מפגשים פסיכולוגיים עם הפסיכודרמה הקלאסית בהנחיית ד"ר אבישי זאבי.
 2. משוב ביולוגי (ביופידבק) - שלב א', בהנחיית ד"ר יובל עודד.
- קישור להרשמה אפשר למצוא במייל שנשלח אליכם או בעמוד הפייסבוק של ועד החטיבה החינוכית בפייסבוק ("החטיבה החינוכית בהסתדרות הפסיכולוגים בישראל").

שלכם,

ועד החטיבה החינוכית בהפ"י

דבר החטיבה החברתית-תעסוקתית-ארגונית

חברי חטיבה יקרים,

ועד החטיבה פעיל במתכונתו המחודשת כבר חצי שנה בקירוב והציב לעצמו מטרה - להמשיך ולעסוק בפעילות מטעמה של הפ"י בשני אופנים עיקריים, קהילתי ויצוגי. בפן הקהילתי אנחנו מתכננות ימי עיון מקוונים ופרונטליים כדי לאפשר למידה משותפת ומפגשי עמיתים. השנה החלטנו שלא לערוך כנס שנתי גדול אלא חמישה ימי עיון. הראשון שבהם, בנושא שימוש בקלפים בתהליכי ייעוץ, נערך ב־19 בינואר 2023 והיה מרגש וחגיגי. השתתפו בו 80 פסיכולוגים/ות בקירוב. יחד למדנו מניסיונם המקצועי של חנה גורדון, של אירה לפרדין ושל שלמה נדלר. כל אחד מהם הציג פריזמה אחרת לשימוש בקלפים שונים בתהליכים מגוונים, באופן פרטני וקבוצתי, בהקשר ארגוני ותעסוקתי. את יום העיון הפיקו וניהלו חברות הוועד אלה ביגר דרור ואורית כהן שגם הנחתה את המפגש המרתק. אין ספק שזה היה זה יום עיון מעשיר ומגוון, וגם מכאן שלוחה לכם תודה בשם הוועד ובשם כל הפסיכולוגים/ות מהחטיבה. ב־19 במרץ 2023 צפוי לנו ערב עיון מקוון נוסף בהובלת חברת הוועד אפרת אגמון ובשיתוף ד"ר ענת גרטי. ערב זה יעסוק בממשק עבודה-משפחה ובפיילוט שנערך בחיל האוויר בימים אלה - מעבר לשבוע עבודה מקוצר של ארבעה ימים: כיצד שינוי זה משפיע על היכולת של העובד לאזן בין תפקידיו השונים? ב־10 במאי 2023 צפוי יום עיון פרונטלי בהובלת ד"ר דנה פרג מאוניברסיטת רייכמן. אחר

כך ייערכו ימי עיון בחסות המכללה האקדמית תל אביב-יפו ואוניברסיטת אריאל. פרטים נוספים יימסרו בקרוב. בהחלט יש למה לצפות.

בפן הייצוגי עסקנו בהתנגדות הנחרצת למרכז שפרסם ביטוח לאומי בתחום שירותי אבחון תעסוקתי-שיקומי. מכרז זה היה עלול לפגוע קשות בשירות שמקבלים המשתקמים ובפרנסתם של פסיכולוגים עצמאיים רבים וסיכן את תהליך ההתמחות. שלחנו לביטוח לאומי מכתב התנגדות מטעמנו, בשיתוף היועמ"ש של הפ"י, וכן מכתב שמתנגד למכרז מטעם הוועדה המקצועית. אנחנו שמחות לבשר כי מאמצים אלה נשאו פרי - המכרז בוטל!

כן פעלנו במסגרת ועדת ההשתלמויות של הפ"י שאנחנו שותפים בה. ועדה זאת קובעת באיזה השתלמות תכיר הפ"י כהשתלמות מובהקת לפסיכולוגים מכלל החטיבות. מלבד זאת אנחנו עמלות, בשיתוף הוועדה המקצועית, על כתיבת נייר עמדה בנושא עמדתה האתית של החטיבה בנוגע להפליה במתן שירותים פסיכולוגיים.

בתקופה הזאת מתרחשים שינויים רבים, ואנחנו סבורות כי בייחוד עתה חשוב מאוד להתלכד ולהתמודד יחדיו עם האתגרים הרבים המלווים את החטיבה שלנו בפרט ואת מקצוע הפסיכולוגיה בכלל. רק כך נוכל לייצג את האינטרסים שלנו ולוודא את המשך קיומו של המקצוע ואת התפתחותו. שלכם,

ועד החטיבה

דבר החטיבה הרפואית

לפסיכולוגיות ולפסיכולוגים שלום רב,

השנה החדשה שהחלה בינואר 2023 מביאה עימה רוחות של שינוי וחששות בנוגע לעתיד הקרב. אנחנו מרגישים זאת בהיבטים רבים בחיינו, למשל בפוליטיקה, באווירה הפוליטית השוררת במדינה, ובהסתדרות, בשינויים המתרחשים בתוך ההסתדרות ובעקבות החלטות מדיניות גם בעניינים שנוגעים למקצוע שלנו.

הפסיכולוגיה בכלל, והפסיכולוגיה הרפואית בפרט, נשענת על העבודה במערכת הציבורית וגדלה מתוך הצרכים שעולים ממערכת הבריאות הכללית. פסיכולוגים רפואיים עובדים עם מטופלים שמאושפזים ומטופלים במחלקות, במרפאות, במכונים בבתי חולים כלליים ובמרפאות ציבוריות של קופות החולים. הם עובדים גם עם צוותי הרפואה ועם בני המשפחה או עם המטופלים העיקריים של מטופלים אלה. הבסיס המקצועי שלנו נשען על עבודה במערכות רפואיות מורכבות, ולשמחתנו, הן ציבוריות במדינתנו. משמעותה של הישענות כה רבה על עבודה ציבורית היא שבכל פעם שהרוח נושבת לכיוון אחר הספינה שלנו

מיטלטלת או מרגישה שמטלטלים אותה. עם זאת בגלל הצורך ההולך וגובר בפסיכולוגיות ובפסיכולוגים רפואיים ממשיך התחום להתפתח ולהתרחב, ואנחנו עדים לפתיחת המגמות החדשות לפסיכולוגיה רפואית בצפון ובדרום. אנחנו מקווים שלמרות הטלטלות המורגשות האחרונות תמשיך הפסיכולוגיה הציבורית, ובכללה הפסיכולוגיה הרפואית, להתפתח ולא תצטמצם.

במסגרת קידום ההתפתחות אנחנו נמצאים בעיצומו של הרישום לכינוס הרביעי של החטיבה הרפואית שיתקיים בחודש הבא. אנחנו נרגשים ממספר הנרשמים העולה ומחכים בקוצר רוח למפגש מקצועי, מעמיק ומגוון וגם להזדמנות להיפגש ולהתגבש. אנחנו ממליצים למי שעדיין לא נרשמו לכינוס להירשם אליו בהקדם. בהזדמנות זאת אנחנו מברכים את נועה חלבובסקי אוחנה שהצטרפה לשורות הוועד כדי להרחיב את פעילותו.

ועד החטיבה הרפואית

**בין מסורת
להדשנות
במציאות משתנה**

19-21.03.23

במלון סי הוטל נווה אילן

הרשמה ופרטים נוספים בקרוב...



הכנס השנתי ה-4

החטיבה הרפואית

דבר החטיבה ההתפתחותית

חברי וחברות החטיבה היקרים,

גיליון זה עוסק בתחום שנוגע לכאורה אך מעט לעולם הפסיכולוגיה ההתפתחותית: אובדנות. ועם זאת, כמו בתחומים רבים אחרים, גם נושא זה רלוונטי מאוד לעבודתנו. הממצאים הסטטיסטיים שיש בידינו היום מעידים שאובדנות אצל ילדים אינה רווחת, אבל ישנה הערכת חסר בשל דיווח על מקרי אובדנות כעל תאונות או מוות לא מכוון. ממחקרים שונים עולה שכבר בהיותם בני תשע מבינים ילדים רבים מושגים של מוות בכלל ושל התאבדות בפרט. אפשר לראות הבנה כזאת גם בגילים צעירים יותר, אם ניחנו ילדים אלה ביכולות קוגניטיביות גבוהות והם מתפתחים במהירות. מלבד זאת, וגם ללא הבנה מלאה של מושגים אלה, ילדים עשויים לשקול מוות כפתרון לחווית כאב נפשי מתמשך בלי להבין את סופיותו במלואה. ואכן, בשנים האחרונות אנחנו עדים לירידה ניכרת בגיל שמופיע בו דיכאון, שהילדים חווים בו משברים נפשיים, אומרים אמירות אובדניות, מנסים להתאבד ומתאבדים ממש. לעיתים נהיה עדים לאמירות, למחשבות ולהתנהגויות בעלות סיכון אובדני גם בקרב ילדי הגן. ומלבד הילדים עצמם נמצא שגם בריאות נפשם של הורים לילדים עם צרכים מיוחדים ולקויות מורכבות נפגעת לא פעם בגלל ההתמודדויות ההוריות המורכבות. למשל, הורים לילדים עם אוטיזם סובלים משיעורי דיכאון גבוהים, ודיכאון ידוע כגורם סיכון לאובדנות. בהיותנו אנשי ונשות מקצוע אסור

לנו להתעלם מהממצאים הללו. חשוב לאתר את אותם ילדים בסיכון ולטפל בהם מוקדם ככל האפשר. עלינו לזהות גורמי סיכון ו"נורות אדומות" בקרב ילדים והורים כאחד ולטפל בהם. עלינו לעשות זאת מתוך ההבנה שמוכחת גם בשטח בכל יום - אפשר למנוע אובדנות.

ועתה לעדכונים שוטפים אחדים. החטיבה עמלה על ארגון השתלמות למתמחים ולמתמחות. השנה היא תתמקד בהתערבות מערכתית במעונות היום באוריינטציה התפתחותית. עד שיתפרסם הגיליון כבר יפורסמו פרטים על ההשתלמות, ואנחנו מזמינים אתכם ואתכן להירשם לה. מלבד זאת החטיבה פועלת לארגון ימי חשיפה לתחום הפסיכולוגיה ההתפתחותית בקרב סטודנטים וסטודנטיות במוסדות האקדמיים השונים וכן משתתפת בתכנון הכינוס השנתי של החטיבה.

וכמה מילים לסיום. בימים אלה נלחמת התנועה לפסיכולוגיה ציבורית למען המשך פעילותה ופנתה לגיוס המונים. זאת הזדמנות לבקש ממי שטרם הצטרפו אל שורותיה לעשות זאת כדי שנמשיך לשפר את מערך הפסיכולוגיה הציבורית לכלל התושבים והתושבות בישראל. רק אם נפעל יחד נוכל ליצור שינוי.

שלכם ושלכן,

ועד החטיבה לפסיכולוגיה ההתפתחותית

הכנס השנתי של החטיבה לפסיכולוגיה ההתפתחותית

"להאמין. לראות שטוב": כוחות מקדמי גדילה
וצמיחה בשיח הפסיכולוגי ההתפתחותי

מלון נווה אילן 16-18.05.23



דבר החטיבה השיקומית

שלום לכל החברות והחברים,

בחודש האחרון מאז כינוס החטיבה עסקו חברי הוועד בקידום הקשר עם קופות החולים, ביצירת זום פתוח לתואר השני, בפרסום כתבות וראיונות, בעיתונים וברדיו, על מצב הפסיכולוגיה השיקומית ובקידום המאבק בחברות הביטוח. להלן פעילותנו בנושאים אלה:

הקשר עם קופות החולים - נערכו שיחות אחדות עם פסיכולוגים שיקומיים בתפקידים בכירים בקופות החולים (למשל עם נעמי אדמון, הפסיכולוגית הממונה על מחוז דרום

בקופת החולים מכבי). מהשיח נראה שיש כוונה להעסיק יותר פסיכולוגים שיקומיים ואף לפתוח התמחויות חדשות באחדות מקופות החולים. בזכות השינוי הזה יהיה אפשר לתת מענה לאוכלוסייה רחבה מזאת שמקבלת אותו היום. בחודש הקרוב נקדם זום קופות חולים כדי לשמוע מכם מהם הצרכים מהשטח. בכוונתנו לשוחח גם עם גבי פרץ, עם פסיכולוגים ועם רופאי שיקום ארציים מקופות החולים השונות על הנושא הזה. זום פתוח לתואר שני בפסיכולוגיה שיקומית - בהמשך

למסורת הנהוגה משנים קודמות קיים ועד החטיבה גם השנה, בינואר, זום פתוח כדי לחשוף מועמדים לתואר שני בפסיכולוגיה שיקומית. ביום הפתוח ניתנו הרצאות לפני 112 סטודנטים, ובתהליך ההכשרה והעבודה בפסיכולוגיה השיקומית התקיים פאנל בתחומים השונים. תודה לכל המעורבים בפעילות זאת.

הפסיכולוגיה השיקומית בכותרות - שנים ניסינו להגיע לכותרות של עיתון מוביל בארץ. עתה, בזכות הניסיון הזה ובזכות המאמץ של פורום הארגונים וצוות היח"ץ, פורסמה כתבה בעיתון ידיעות אחרונות ובאינטרנט על מצב הפסיכולוגיה השיקומית בישראל. בכתבה מוצגות תוצאות הסקר שמילאו פסיכולוגים שיקומיים במגזר הפרטי והציבורי. נתוני הסקר משקפים לציבור ולממשלה היטב את הצורך

החריף בפסיכולוגיה שיקומית במגזר הציבורי. ראיונות המשך התקיימו בתחנות הרדיו - ב"לב המדינה", ב"גלי ישראל" וב"מכאן", תחנת רדיו בשפה הערבית מטעם "כאן". בעקבות פירוק חטיבת הפסיכולוגים בהסתדרות המח"ר נראה שחשוב להוסיף ולהנכיח את הפסיכולוגיה הציבורית בתקשורת. לפני סיום נרצה לברך את חברתנו החדשה בוועד, ד"ר יאסמין אבו פול, מומחית טרייה שהצטרפה אלינו לעבודתנו. המעוניינים להצטרף לפעילות ועד החטיבה השיקומית מוזמנים לכתוב למייל הזה: ipa.rehab@gmail.com

בברכה,

ועד החטיבה השיקומית

דבר פורום הוותיקים והגמלאים

חברות וחברי הפ"י, שלום,

הפורום מחדש את פעילותו השנה: התחלנו את 2023 בהרצאה על "הטבות מס לבני 60 ומעלה" שאורגנה בשיתוף רכזת העצמאים בהפ"י, ובעתיד מתוכננות השתלמויות נוספות. אנו שמחים מאוד לבשר על קורס חווייתי מיוחד - **"מיינדפולנס וכתיבה - סיפור החיים בהיבט אישי ובין-אישי"**. מנחות הקורס הן פרופסור **עמיה ליבליך**, פסיכולוגית וסופרת, מתמחה בהנחיית קבוצות כתיבה אוטוביוגרפיות ומלווה תהליכי יצירה אישית ברחבי העולם; ו**מתי ליבליך**, ממרכזי התוכנית לפסיכותרפיה מבוססת מיינדפולנס, ממקימי העמותה לחינוך קשוב ואכפתי, עמותה שעוסקת ביישומים מבוססי מחקר של התערבויות מיינדפולנס וחמלה בשדה החינוך, וכן עורכת ושותפה בכתיבת שלושה ספרים בנושאי מיינדפולנס. יחד הן ילמדו את החיבור המיוחד בין תרגול מיינדפולנס ובין כתיבה ביוגרפית. הקורס צפוי להתחיל ב-13 בפברואר 2023, ויהיו בו שמונה מפגשי זום. במפגש הראשון יוצג הרקע התאורטי לשני התחומים, אחר כך תהיה חלוקה לקבוצות שיתקיימו בהן תרגול מונחה, שיתופים ולמידה מתוך התרגול, יינתנו הנחיות לכתיבה ביוגרפית ויהיה סיכום במליאה. אתם מוזמנים להירשם דרך המשרד של הפ"י ולהשתתף בקורס.

השתלמות נוספת שתוצע בקרוב עוסקת בתוכנות מחשב שימושיות כגון קנווה, תוכנה לעיצוב גרפי, מצגות, תמונות נושא, פוסטים, הזמנות ואלבומים. בקורס יהיו ארבעה מפגשים בזום. כמו כן יוצע לקיים עוד מחזור של השתלמות

במבחן וודקוק ג'ונסון (המחזור הקודם היה בשנה שעברה) ובמפגשי הדרכת עמיתים על השימוש בו. השנה הפורום מתכנן גם מפגשי דיון בנושאים מקצועיים אקטואליים. במפגש הראשון החלטנו לבחון את הסוגיה של סגירת קליניקות של פסיכולוגים עצמאיים בעקבות פרישה, מחלה, או פטירה כדי להעלות את המודעות לנושא בקרב ציבור הפסיכולוגים ולהציע פתרונות מעשיים. חברים מהפורום יציגו את ההנחיות הקיימות בארץ בשירות הציבורי, יוצג הנוהל הקיים בארצות הברית ויועלו לדיון שאלות שנוגעות לטיפול במסמכים ובמבחנים פסיכולוגיים לאחר סגירת קליניקה.

מלבד זאת אנו מבקשים להרחיב את שורות הצוות העומד בראש הפורום כדי שנוכל להגדיל את פעילויותינו. כמו כן אנו ממשיכים לחשוב על דרכים שבהן נוכל לסייע במתן מענה למבוגרים ולמבוגרים מאוד בכל הקשור לצורכיהם, ובייחוד לצורכיהם הטיפולים, ולבריאות הנפש שלהם.

חשוב לנו לציין שאנו פורום על-חטיבתי, ועל כן כל חברי הפ"י, מכל החטיבות, מוזמנים/ות להצטרף לפעילויות שלנו. נשמח לשמוע גם ממי שמעוניין להצטרף אלינו ולפעול כדי לקדם את התחום למען החברים הוותיקים. כתבו לנו למייל הזה:

mobileiformvatikim@googlegroups.com

צוות מובילי פורום ותיקים וגמלאים



ד"ר איילה בלון, יו"ר מועצת הפסיכולוגים

פסיכולוגים יקרים,

בשנים האחרונות עמדתי כמה פעמים בתוך בור האובדנות והתאמצתי להשאיר את אפי מחוץ למים העכורים הממלאים אותו ולהמשיך לנשום.

בבוקר חורפי אחד, לפני זמן לא רב, פתחתי את דלת חדרו של בני המתבגר ומצאתי על מיטתו הסדורה פתק בכתב ידו ובו מילה אחת: "מצטער". ניסיונו להפסיק את כאבו ואת סבלו לא צלח באותו היום. אחרי כמה שעות שנדמו כנצח מצאנו אותו בריא ושלם מבחינה פיזית, אך לא בריא ולא שלם מבחינה נפשית. המשכנו איתו יחד, כמשפחה, את המסע שהתחיל כמה חודשים קודם. לא אפרט כאן את קורות המסע; הוא ייחודי לילד המיוחד והמוכשר כל כך הזה, אבל גם דומה למסעם של ילדים אחרים. בזכות החיות שלו, שהכריעה בסופו של דבר, בזכות בחירתו בחיים, בזכות אנשי מקצוע טובים שסייעו לו ולנו ובזכות בורא העולם אני יכולה לספר היום על האירועים הללו בלשון עבר. מילים אלה מתפרסמות באישורו של בני שגדל קצת מאז ופועל בכל מקום שהוא נמצא בו למנוע אובדנות של אחרים.

מותה של בת אחותי חוי לא נמנע והתרחש באביב. אחרי שנים ארוכות של מאבק סיזיפי היא נפטרה באובדנות והיא בת 38 שנים. לפעמים קל לפטור מוות מיותר כזה ביהירות: לו רק פנתה לטיפול פסיכולוגי, לו רק נענתה לטיפול התרופתי שהוצע לה. ובכן, חוי נאבקה עשרים שנים ויותר במחלת נפש קשה מאוד שלא ענתה על הקריטריונים המלאים של שום אבחנה בספר האבחנות הפסיכיאטרי. והיא נאבקה! ניסתה כל טיפול פסיכולוגי בשיחה וטיפולים אחרים כגון אשפוז יום פסיכיאטרי ואשפוזי בית; היא

נטלה תרופות שרשמו לה פסיכיאטרים; נטלה תרופות שפסיכיאטרים סירבו לרשום לה; וידעה לסקור ספרות רלוונטית ועכשווית בחיפושיה אחרי מזור לסבל הגדול והקיומי שלה. בסופו של דבר היא מתה באובדנות בגלל מחלתה הקשה. ואין שום דבר יפה או מעודד או מיוחד במוות הסתמי הזה, רק כאב רב וגעגועיהם של אנשים ונשים שאהבו אותה מאוד-מאוד וגם של אלה שהיו זקוקים לה מאוד. ומי כמוני יודע כמה קשה להם להתמודד מאז.

חולשה אוחזת בי בעת כתיבת שורות אלה, ומימי הבור מאיימים להציף את קיומי. הפסיכולוגיה אינה יכולה לרפא את הכאב האנושי ולשקם את הרווחה הנפשית של כל בני האדם. ועם זה כל הפסיכולוגים, בכל תחומי העיסוק שלנו, עשויים לפגוש בני אדם שמתמודדים עם מחשבות על אובדנות. וכל הפסיכולוגים, בכל תחומי העיסוק שלנו, זקוקים להכשרה בתחום - עליהם ללמוד לזהות את בני האדם בסיכון, למנוע את מעשי האובדנות שלהם ולטפל בהם.

לא עלה בידי ובידי הפסיכולוגיה להציל את אחיינית האהובה, אף שהייתה אהובה כל כך ואף שרצתה להחלים. ועם זה לא אוכל להניח את המשימה למנוע, במידת האפשר, מקרים כאלה ולהתחמק ממנה. "לא עליך המלאכה לגמור ואין אתה בן חורין להיבטל ממנה" (משנה, מסכת אבות, כ"א).

איתכם יחד, בעשייה האנושית, המסורה והמקצועית, נסיף חיים וטוב!

איילה

גבי פרץ, הפסיכולוג הארצי והממונה על רישוי פסיכולוגים

שלום לכולם,

מדוח של ארגון הבריאות העולמי עולה כי מיליון בני אדם בקירוב מתים ממעשי התאבדות ברחבי העולם בכל שנה. השיעור העולמי הוא 10.7:100,000 מקרי אובדנות בשנה, שהם 1.4 אחוזים מכלל מקרי המוות. שיעור זה גבוה מאוד לדעתי, וצריך להתמיד בפעילות לצמצום מספר המתאבדים. העיסוק בדרכים למניעת אובדנות ובניית הכלים והמנגנונים למניעתה מביאים לידי ירידה בשיעורי ההתאבדות. גורמים רבים נחשבים כגורמי סיכון לאובדנות ובהם כאלה שנוגעים לאדם (למשל מחלת נפש), לסביבתו הקרובה (למשל היסטוריה משפחתית) או לנסיבות חייו (למשל הימצאות כלי נשק בקרבתו וחשיפה להתנהגות אובדנית). ברור לי שבזכות המאמצים המפורסמים בגיליון זה נקבל מידע רב הן על גורמי הסיכון הן על דרכי המניעה. לכן בדבריי הקצרים אני מבקש להתמקד במעגלי הבדידות השונים הקשורים להתאבדות - המתמודד, בני המשפחה והמטפלים. חשוב להיכנס למעגלים אלה ולהשפיע בהם.

בספרו כאב עד כלות כתב פרופ' ישראל אורבך שכאב נפשי בלתי נסבל שגורם להרגשת ייאוש וחוסר תקווה הוא הסיבה העיקרית להתאבדות. חוויית בדידות קשה היא עוד מרכיב שנכלל בייאוש הזה, שבעטיו האדם חושב על התאבדות ועל הדרך לממשה. להבנת הסיבות האלה שותפים רבים בקרב העוסקים במניעת אובדנות. הם עושים מאמצים רבים למתן, ככל האפשר, את הרגשת הבדידות כדי לקיים מפגש עם הכאב ובאמצעותו למנוע את מעשה ההתאבדות. עיקר המאמצים הציבוריים מתמקד בניסיון מתמשך למתן את הרגשת ה"לבדיות" של המתמודד, ולפיה רק מחשבותיו האובדניות אורחות לו לחברה, ולסייע לו להגיע למרחב שבו יוכל להתמודד עם כאבו. פעילויות רבות נעשות כדי ליצור את ה"אנחנו" המתגייס למניעת אובדנות, ואלה אחדות מהן: המועצה הלאומית למניעת אובדנות בונה מדיניות מניעה ומאירה בזרקור על האתגרים המורכבים בתהליך המניעה; היחידה למניעת אובדנות ברשויות המקומיות, במוסדות הציבוריים בכלל ובמוסדות הרפואיים בפרט, פועלת כדי להגביר מודעות לפעולות ולתהליכים שנדרשים למניעת אובדנות ושמירת רצף טיפולי; מערך הפסיכולוגיה החינוכית פועל ברובד המערכתי, האבחוני והטיפולי באמצעות תהליכים ארגוניים, פעולות הכשרה ומיסוד, הבניה של תהליך הערכת מסוכנות ובניית מתווה התערבות; עמותת "בשביל החיים" מעלה את מודעות הציבור לנושא כדי שסייע בהקצאת משאבים לתמיכה; ומוקדים טלפוניים עומדים לרשותו של

מי שזקוק לייעוץ או לתמיכה. כשמצליחים לחדור את חומות הבדידות וה"לבדיות" נוצר מפגש, והוא מאפשר מגע עם כאב בלתי נסבל. למפגש הזה יש פוטנציאל להזמין את המתמודד עם הכאב והייאוש אל המרחב הטיפולי, ובעזרתו לנסות ולצמוח ממנו.

במרחב הזה אנחנו נפגשים גם עם בדידותו של המטפל. ברובד זה של בדידות עוסקים פחות, אף שהוא נושא חשוב מאוד לטעמי לכל מי שאזור אומץ ונכנס אל מרחב הייאוש של הפונה הנתון בסכנת אובדנות, וכמובן, גם למטפלים ובייחוד למתמודדים. לכן חשוב ליצור תשתית טיפול ראויה שבה יוכלו המטפלים להתמודד עם הנושא הזה במרחב שהאובדנות נוכחת בו. מאחר שהן ההתמודדות הן הנושא עצמו מורכבים, נכללים בתשתית הזאת כלי אבחון וטיפול, רצף טיפולי וקשר של שפה משותפת בין מערכות טיפול ששייכות לארגונים שונים (כגון חינוך, רווחה, בריאות וביטחון הפנים) וגם מתן הרגשת ביטחון ותמיכה במטפל באמצעות הנחיות רשמיות מסייעות.

כדי לצמצם עוד יותר את בדידותם של המטפלים צריך לבנות למטפלים אשר חוו אובדן של מטופל/ת עקב התאבדות מסגרת תומכת לטיפול ממוקד. בימים אלה מפתחת היחידה למניעת אובדנות מסגרת טיפולית קבוצתית כזאת, והיא עשויה לסייע מאוד הן בהתמודדות עם האובדן הן עם תהליכי הבדיקה שנעשים לעיתים לאחר אירוע אובדני.

פריצת חומת הבדידות של המטפלים קשורה במעגל סיוע נוסף שנוגע לטיפול במטפלים - הצורך לתת לגיטימציה למטפלים לפנות לטיפול כדי להתמודד עם מצוקה נפשית. השתתפתי בוועדה ציבורית שהוקמה בעקבות אירועי התאבדות אחדים במוסד רפואי. בלט בה מאוד קושיים של המטפלים לפנות לקבלת טיפול כזה, והימנעותם מהפנייה העצימה את כאבם ואת הרגשת הבדידות שלהם.

מעגל בדידות שלישי, אף הוא קשה מנשוא, הוא מעגל הבדידות של בני המשפחה. נדרשת השקעה מרובה מזאת הנהוגה היום כדי לטפל בבני המשפחה שנותרו בחיים. במעגל הזה מטפלות כיום בעיקר עמותות, ואני מקווה שנמצא את הדרך לשלבו גם בערוצי הטיפול הציבוריים.

אסיים את דבריי בציטוט מדברי הרב יונתן זקס. בהרצאה שנשא בשנת 2017 בנושא היכולת להביט בעתיד בלי פחד הוא אמר שכדי שנוכל להתבונן קדימה באומץ, ואני מוסיף גם בלי להתייאש, חשוב שנרגיש שאיננו לבדנו. הוא סיכם באומרו את הדברים האלה:

המשך בעמוד 49

ד"ר חוה פרידמן, הפסיכולוגית הארצית במשרד החינוך מראה פרופסיונלית

תוכניות ביטחון לילדים בסיכון וטיפול בתלמידים בסיכון (נמוך או בינוני). ברמה המערכת יבצעו הפסיכולוגים התערבויות למניעת התאבדויות, יעניקו תמיכה לצוותי החינוך ולהורים במסגרת החינוך ובקהילה. היקף הפעולות הללו כפוף כמובן למצב כוח האדם בשפ"ח. פירוש הדבר הוא יצירת מערך ארגוני חדש: הגדרת סטנדרטים מקצועיים, גיבוש שותפויות בין מקצועיות, ובכלל זה רצפים טיפוליים, יצירת מערך ריכוז ארצי ומחוזי, הפעלת מערך הכשרות לפסיכולוגים ולמדריכים והגדרת תוכנית הפעלה ברמת המטה, המחוז והשפ"ח. התוכנית הופעלה בפעילות, ועד כה השתתפו 3,000 פסיכולוגים חינוכיים בקירוב בהכשרות לביצוע הערכות סיכון ולתוכניות ביטחון.

השינוי הגדול ביותר, ולב ליבה של הפרקטיקה בהיבט המקצועי, נעוץ בהתחייבות המקצועית של הפסיכולוגים להעמיד לרשות ילדים בסכנה אובדנית שירות פסיכולוגי מקצועי בקהילה. מדובר בקבלת אחריות מקצועית לטיפול בתלמידים בקצה רצף הסיכון, תלמידים שמבקשים לשים קץ לחייהם בגלל כאב נפשי עמוק. פעילותם של הפסיכולוגים החינוכיים משלבת אחריות כבדה עם שליחות חברתית מהמעלה הראשונה. פסיכולוגים אלה מביאים לידי ביטוי היבטים של התפתחותם המקצועית, את מימוש מסוגלותם ואת הרחבת הרפרטואר המקצועי שלהם. התחייבותם לתת מענה לילדים ולמשפחות בקצה רף הסיכון הנפשי היא בבחינת ציון דרך בהתפתחות הפסיכולוגיה החינוכית. השינוי הזה התאפשר בזכות שותפים יקרים מקרב הפסיכולוגים החינוכיים, שותפים יקרים ממשרד הבריאות ובזכות מורי דרך מהאקדמיה. כיום אנחנו נמצאים בשלב פיצוח האתגרים: התמודדות עם הרחבת התוכנית עד השלמת השתתפות כל הרשויות המקומיות בארץ, במגבלות התקציב; סוגיות של הכשרה מקצועית לעומת שחיקת העוסקים במלאכה; איסוף ושימור עושר הידע מהפרקטיקה לצד הצורך בפיתוח ידע חדש; והתאמות תרבות והתאמות גיל.

לסיכום ראוי לשוב ולהדגיש את השותפויות בין המשרדים ואת השותפויות הבין-מקצועיות שבלעדיהן לא היה ביכולתנו ליישם את יסודותיה של התוכנית למניעת התאבדויות. שותפויות אלה בעצמן הפכו לרשת הביטחון של המקבלים והנותנים שירות, לרשת הביטחון של כולנו. בברכת חוסן ושלומות,

חוה

גיבושה של התוכנית הלאומית למניעת התאבדות יצא לדרך לפני שש שנים בקירוב והיה מהלך חברתי מרכזי בתחום בריאות הנפש בישראל. התוכנית הייתה הצהרה נחושה לציבור הישראלי בדבר הצורך להתמודד עם הסיכון להתאבדות ולפעול בכל הנוגע למניעתה. אפשר להתבונן בתוכנית מנקודות מבט רבות ושונות. למשל, התוכנית מביאה לידי ביטוי מדיניות ממשלה שארוזה בתוכנית לאומית; היא יוצרת שותפות בין משרדים בנוגע למניעת התאבדויות; היא מחוללת שינוי בקרב מקבלי השירות ושינוי שנוגע לאחריותם ולהתחייבותם של נותני השירות; והיא מאפשרת רצפים טיפוליים. בדבריי כאן בחרתי להפנות זרקור למפגש הפסיכולוגיה החינוכית עם התוכנית הלאומית למניעת התאבדות. מנקודת מבטי מפגש זה משמש ויניטה משמעותית מאוד בסיפור התפתחותה של הפרופסיה.

בדיונים הרבים שהתקיימו בזמן גיבוש התוכנית בוועדה הבין-משרדית למניעת התאבדות העלינו שאלת יסוד: מה יהיה תפקידם של הפסיכולוגים החינוכיים בתוכנית? לשאלה זאת השפעות מרחיקות לכת על על הכשרת הפסיכולוגים, על הפרקטיקה של המקצוע, על אחריותם המקצועית של הפסיכולוגים ועל התחייבותם כלפי מקבלי השירות. שאלת יסוד זאת התעוררה בזמן שסבלו השירותים הפסיכולוגיים חינוכיים מחסר גדול בכוח אדם. כיצד אפוא אפשר לחשוב על התחייבות מוחלטת ורחבה כל כך במציאות של חסר? התשובה נמצאת במילים האלה: זהות מקצועית.

יעודה של הפסיכולוגיה החינוכית נתן לנו תשובה חד-משמעית: הפסיכולוגיה החינוכית נועדה להעניק שירות פסיכולוגי ציבורי לילדים במצוקה נפשית ובסיכון נפשי במקצועיות, להיות זמינה ולגיטימית ולהשפיע על המבוגרים המשמעותיים להם במשפחה, במסגרת החינוך ובקהילה. על כן היה ברור שהעוסקים בתחום זה יאמצו אל ליבם את האתגרים המורכבים הקשורים בשותפות עם התוכנית הלאומית למניעת התאבדות. היום אפשר לטעון שלפסיכולוגיה החינוכית יש תפקיד מרכזי בתוכנית ושהיא צמחה והתפתחה מבחינה מקצועית בזכות ההשתתפות בתוכנית. על פי החזון שהוגדר לתוכנית, יעניקו 256 השירותים הפסיכולוגיים חינוכיים שירות פסיכולוגי חינוכי בתחום הטיפול בילדים בסכנת אובדנות ויפעלו בשותפות בין מקצועית לשם מניעת התאבדויות בכל רחבי הארץ ובכל מגזרי האוכלוסייה. בפועל, ברמת הפרט, יעריכו הפסיכולוגים בשפ"חים את סכנת ההתאבדות, יציעו

התוכנית הלאומית למניעת אובדנות, משרד הבריאות

יעל פומרנץ,¹ אורית מועלם² ושיראל הרוש-עזרן³

תקציר

מנתוני משרד הבריאות עולה כי 400 איש ואישה בקירוב מתאבדים בישראל בכל שנה, ו־6,000 בני אדם בקירוב מבצעים ניסיון אובדני. כמו כן מעריכים כי קיים תת־דיווח של 30 אחוזים ויותר בנוגע לנתונים אלה. כל מקרה התאבדות מותיר את סביבתו הקרובה של המתאבד שרויה בכאב עמוק, ולעיתים קרובות נלוות אליו הרגשות בושה ואשמה, והן נמשכות שנים רבות. בכל מקרה ומקרה מעגלי הפגיעה רחבים, ולעיתים קשה לאומדם. בדצמבר 2013 הכריזה ממשלת ישראל כי מניעת התאבדות היא אינטרס לאומי, ויש להתמודד עם תופעת ההתאבדות בעבודה משותפת של משרדי הממשלה והרשויות ובהנהגת משרד הבריאות. בעקבות החלטת הממשלה הוקמה התוכנית הלאומית למניעת אובדנות. במסמך זה נציג את רציונל החלטת הממשלה, את מתווה התוכנית הלאומית למניעת אובדנות ואת האסטרטגיות למניעת אובדנות שעומדות בבסיס העשייה. כן נפרט על הפעילות המתבצעת בפועל. התוכנית הלאומית למניעת אובדנות פועלת בקרב כל האוכלוסייה - מילדים בגיל הרך ועד קשישים - ומתוך מתן תשומת לב מיוחדת לאוכלוסיות בסיכון גבוה וליצירת הנגשה מבחינת התרבות והשפה של האוכלוסיות השונות שבסיכון.

רקע להקמת התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות בישראל

בישראל מתאבדים 400 בני אדם בקירוב בכל שנה, ו־6,000 בני אדם בקירוב מבצעים ניסיון התאבדות (משרד הבריאות, 2021). מאחר שיש תת־דיווח בנתוני האובדנות, ההערכה היא כי נתוני האובדנות בפועל גבוהים ב־30 אחוזים ויותר (Bakst et al., 2016) מהנתונים הרשמיים. התאבדות היא סיבת המוות השנייה בקרב צעירים בני 15-24 וסיבת המוות השלישית בקרב צעירות בגיל הזה (משרד הבריאות, 2019). כל אדם שמתאבד מותיר הרגשה של "אדמה חרוכה"

בסביבתו הקרובה, והיא משפיעה על חייהם ועל רווחתם של אלפי בני אדם לפרקי זמן ארוכים. במשך השנים החלו מדינות רבות בעולם (למשל, בריטניה, יפן, סקוטלנד, גרמניה ופינלנד) ליישם תוכניות למניעת אובדנות והצליחו להפחית את שיעורי ההתאבדות במידה ניכרת. לאחר שנים של פיתוח, מחקר ולמידה מתוכניות מניעת אובדנות בעולם בוצע בישראל פיילוט ראשוני מצומצם לתוכנית כזאת, ואחריו, בדצמבר 2013, עברה החלטת ממשלה (משרד ראש הממשלה, 2013) בנושא. נקבע בה שמניעת התאבדות היא אינטרס לאומי, ויש להתמודד עם תופעת ההתאבדות בעבודה משותפת של משרדי הממשלה ובהם משרד החינוך, משרד הרווחה, המשרד לעלייה וקליטה, המשרד לשוויון חברתי, המשרד לביטחון הפנים ומשרד הפנים וכן עם שותפים אחרים כגון הרשויות המקומיות, בתי החולים, קופות החולים, המשטרה, שב"ס, עמותות שונות, תנועות נוער, חוקרים ואנשי אקדמיה. כן הוחלט להפעיל תוכנית לאומית למניעת התאבדות כדי לצמצם את מקרי ההתאבדות ואת ניסיונות ההתאבדות ולסייע למשפחות אשר יקריהן התאבדו. כאמור, על פי החלטת הממשלה, משרד הבריאות הוא המשרד שעומד בראש התוכנית ומתכלל את הפעילות עם שותפי התוכנית.

מבנה ארגוני

על פי החלטת הממשלה מונו ארבעה גופים לעמוד בראש התוכנית ולנהל לצד הובלת הפעילות ותכלולה במשרד הבריאות:

ועדת היגוי מצומצמת. חבריה הם שרי הממשלה של המשרדים השותפים, והם אמורים להתוות מדיניות ולאשר תוכניות עבודה ותהליכי בקרה.

ועדת היגוי בין־משרדית מורחבת. חבריה הם נציגי הנהלות המשרדים השותפים, ומטרתם לגבש תוכניות עבודה ולקבוע תהליכי עבודה.

מועצה לאומית למניעת אובדנות. חבריה הם נציגים של

¹ יעל פומרנץ היא מנהלת (בפועל) של היחידה למניעת אובדנות, בעלת תואר שני בתחום ארגונים ושינוי חברתי.

² אורית מועלם היא עובדת סוציאלית קהילתית ובעלת תואר שני בניהול מלכ"רים.

³ שיראל הרוש-עזרן היא יועצת ארגונית בשלטון המקומי ובעלת תואר שני בתחום.

שלוש הכותבות הן צוות היחידה למניעת אובדנות במשרד הבריאות.

משרדי הממשלה, של רשויות, עמותות, קופות החולים, איגודים מקצועיים, צה"ל, המשטרה ושב"ס, ומטרתם לייעץ למנכ"ל המשרד ולגופי התוכנית.

יחידה למניעת אובדנות במשרד הבריאות. תפקידה לנהל, לתפעל ולתכלל את יישום התוכנית הלאומית במגעים עם המשרדים ועם כל השותפים המעורבים בתוכנית.

מתווה התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות

כדי להטמיע את אסטרטגיות התוכנית ברשויות בדרך מיטבית הוחלט ליישמה בכל הארץ בהדרגה ובמשך שנים מספר. עד מועד כתיבת המאמר, דצמבר 2022, התוכנית כבר פועלת ב־155 רשויות מקומיות ובארגונים רבים נוספים. כניסת התוכנית לרשויות המקומיות מתבצעת בשלבים רבים ובהם בדיקת נתוני אובדנות, ביצוע אפיון של צורכי היישוב, הקמת ועדות היגוי יישוביות, בניית תוכנית עבודה משותפת, הבניית רצפים טיפוליים, הכשרת שומרי סף ואיתור "נקודות חמות" (במקומות שיש בהם ריבוי מקרי התאבדות). מוסדות העיר השונים - בתי הספר, לשכות הרווחה, קופות החולים ומסגרות לא רשמיות אחרות - משתתפים בפעילויות האלה ומתמקדים באוכלוסיות בסיכון גבוה לאובדנות. במתווה יישום התוכנית הלאומית למניעת אובדנות נכללות אסטרטגיות אחדות אשר יעילותן הוכחה במחקרים מהעולם ועל בסיס מסקנות והמלצות מהפילוט שנערך בארץ. במשך השנים נלמד המידע העדכני, המבוסס על מחקרים ועל ניסיון מהעולם, ונערכים התאמות ופיתוחים שונים בתוכנית הלאומית בישראל.

האסטרטגיות, האתגרים והפעילות הנעשית בשטח

אפידמיולוגיה וטיוב נתונים

הידע על תופעת האובדנות בישראל אינו מלא. נתוני האובדנות חסרים, ויש תת־דיווח על מקרי אובדנות. עדיין לא קיימת מערכת תומכת למעקב אחר הרצפים הטיפוליים, והיעדרה מקשה עלינו לאתר נשירה במעבר בין מערכות ולהתמקד באיתור אוכלוסיות בסיכון. במסגרת התוכנית הלאומית נעשית פעילות לחיזוק ממשקי העבודה עם שירותי בריאות הנפש בקופות החולים ועם בתי החולים בפריסה ארצית. אחת הדרכים לעשות זאת היא בניית רצפים טיפוליים, אסטרטגיה אשר תפורט בהמשך המאמר. בגלל הקושי לאסוף נתונים באופן יזום מבתי החולים ומשירותי

בריאות הנפש בקהילה, בגלל חובת החיסיון החלה על מטפלים והצורך בהסכמת האפוסטרופוס להעברת המידע, מקודמת בימים אלה יצירת תקן בקר נתוני מניעת אובדנות. תקן זה יוכל לסייע בהפקת נתונים מלאים ועדכניים.

"קווים חמים"

היחידה למניעת אובדנות במשרד הבריאות מתקצבת עמותות אחדות שנותנות מענה ב"קווים חמים" - מענה טלפוני ואינטרנטי לאנשים ולנשים במצוקה נפשית ובסיכון אובדני. צוותי "הקווים החמים" מוכשרים לתת מענה קשוב, אמפתי ומציל חיים ומטפלים בעשרות אלפי פניות בנושא מדי שנה בשנה.

הכשרות "שומרי סף"

אחדים מיעדי התוכנית הלאומית למניעת אובדנות הם העלאת המודעות לנושא, הפחתת החרדה מעיסוק בנושא, נרמול הסטיגמה השלילית וצמצום הימנעותם של אנשי המקצוע מטיפול בנושא. התוכנית מבקשת להעניק ידע וכלים שיאפשרו ל"שומרי הסף" לאתר בני אדם בסיכון אובדני, לנהל איתם שיח ראשוני ולהפנותם לטיפול מקצועי מתאים. במסגרת התוכנית הוכשרו 50 אלף "שומרי סף" בקירוב ברשויות ובארגונים שונים, ובכלל זה יועצות חינוך וצוותי בתי ספר, רכזים של תנועות נוער ומסגרות חינוך בלתי פורמלי, הורים, עובדים סוציאליים, אחיות, רופאים, אנשי דת, עובדי עמותות שונות ובעלי תפקידים שעובדים עם אוכלוסיות שונות בסיכון כגון להט"ב, עולים וזקנים. התוכנית היא רגישת־תרבות ומתאימה לקהל היעד, למשל בני העדה האתיופית, בני החברה הערבית והחברה החרדית. כשמתעורר הצורך מוצעים מפגשי התערבות אחרי אירוע התאבדות כדי לתת מענה מותאם לרשות או לארגון אשר מתמודד עם מעגלי פגיעה שונים ועם המורכבות הרבה שעולה לאחר אירוע כזה.

הכשרת אנשי מקצוע לטיפול באובדנות

מתן מענה בנושאי בריאות הנפש הוא אחד האתגרים הגדולים של התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות. לצד אמירות כי יש הפניית יתר של בני נוער לחדרי מיון ולמרפאות בריאות הנפש מתברר שיש מחסור במטפלים ובפסיכיאטרים. מצב זה גורם להמתנה ארוכה למענה טיפולי מותאם. מלבד זאת יש מחסור רב במענה בריאות נפש מותאם ורגיש־תרבות, בייחוד ליוצאי אתיופיה ולחברה הערבית. כדי להתמודד עם אתגרים אלה פועלת התוכנית הלאומית בדרכים האלה: א. היא מכשירה מטפלים בבריאות הנפש בבתי החולים,

בקופות החולים ובמרכזי טיפול שונים. ההכשרה ממקצעת את המטפלים ומעשירה את הידע הטיפולי בתחום מניעת האובדנות. בהכשרות נכללות הרצאות מקוונות בנושא הערכת סיכון וכן גישות טיפול שמותאמות לסיכון אובדני: פסיכותרפיה בין-אישית (IPT) וטיפול קוגניטיבי התנהגותי ממוקד אובדנות (CBT-SP) וכן מערך הרצאות משלים לפי האוכלוסיות בסיכון לאובדנות. עם הזמן ההכשרה מתעדכנת, וממשיכות להתווסף לה הרצאות על פי צורכי אנשי המקצוע ואפיוני האוכלוסיות שבסיכון.

ב. היא מכשירה פסיכולוגים חינוכיים בשירות הפסיכולוגי החינוכי ברשויות המקומיות ומאפשרת להם לבצע הערכות סיכון אובדני, לבנות תוכנית ביטחון ולהציע טיפולים רגשיים ייעודיים קצרי מועד למניעת אובדנות בקרב ילדים ובני נוער בסיכון נמוך עד בינוני.

ג. במסגרת שיתוף פעולה עם משרד העלייה והקליטה שולבו עובדים סוציאליים דוברי אמהרית במחלקות לבריאות הנפש בבתי החולים הממשלתיים כדי לתת טיפול מותאם ורגיש-תרבות לבני העדה האתיופית הנתונה בסיכון אובדני גבוה.

רצף טיפולי

על פי תפיסות העבודה המקצועיות, בני אדם אובדניים או דיכאוניים אינם נוטים לבקש ולקבל עזרה או טיפול. על כן אחד האתגרים החשובים של התוכנית הוא ליצור רצפים טיפוליים למי שנתן בסיכון אובדני. התוכנית מבקשת לאתר את אותם בני אדם בדיכאון או בסיכון אובדני, להעריך את רמת המסוכנות וליצור רצף טיפולי אשר יאפשר שיפור במצבם, באיכות חייהם ובסביבתם. רצף טיפולי הוא נוהל עבודה שנועד לטייב את הממשקים בתהליך ההפניה של אדם בסיכון אובדני לטיפול מותאם. הנוהל מהדק את הקשר ואת שיתוף הפעולה בין הגופים השונים הפועלים בתהליך - מהאיתור דרך ההפניה ועד הגעתו של האדם לטיפול. לדוגמה, בהבניית רצף טיפולי לנוער בסיכון אובדני ברשות מקומית ישתתפו נציגים של משרד החינוך, של משרד הבריאות, נציגים מאגפי הנוער, מטעם החינוך והרווחה ברשות ונציגי תנועות נוער ומסגרות לא רשמיות אחרות לילדים ולנוער. מתכנני התוכנית שואפים ליצור נוהל עבודה אחיד וברור לגופים השונים המטפלים בבני אדם בסיכון אובדני - מרפאות ראשוניות, בתי החולים, קופות החולים, מרפאות בריאות הנפש, מערכות החינוך ומערכות הרווחה - כדי למנוע נשירה במעבר בין השירותים השונים ולשפר את תהליך הטיפול המוצע. במשך השנים נבנו, במסגרת התוכנית

הלאומית, מאות רצפים טיפוליים במשרדי הממשלה, ברשויות ובארגונים שנותנים מענה הן לבגירים הן לילדים ולבני נוער במסגרות החינוך הפורמלי והבלתי פורמלי, וגם היום יש תהליך מתמשך לשיפור איכותם. הרצפים מותאמים למבנה הארגוני, למאפיינים ולצרכים של הרשות המקומית, ולכן משתמשים בתוכנית הלאומית במודלים אחדים ולא במודל אחד בלבד.

סיוע לבני משפחות אשר יקיריהן התאבדו

המענה הטיפולי לבני משפחה אשר יקיריהם התאבדו משמש גם אסטרטגיית מניעה בשל המצוקה הקשה שבה נתונה המשפחה השכולה לאחר מעשה ההתאבדות. מעגלי הפגיעה שנוצרו עקב מעשה האובדנות קשורים לאדם השכול, למשפחה השכולה, לחברים, לשכנים, למקומות העבודה והלימודים ולמעגלי קהילה אחרים. קשה לאמוד את מספר המושפעים מכל מקרה אובדני ואת מספר הזקוקים לסיוע. אנשי המקצוע מעריכים כי ישנם שישה מעגלים כאלה בכל מקרה, אך יש הטוענים כי זאת הערכת חסר, ובפועל המספרים גבוהים הרבה יותר (Platt et al., 2011).

במסגרת התוכנית הלאומית הקים משרד הרווחה והביטחון החברתי שמונה מרכזי תמיכה מרחביים, בהפעלת שתי עמותות אשר זכו במכרז ייעודי, לצד 130 תחנות לטיפול זוגי ומשפחתי. מרכזים אלה מאוישים במטפלים שהוכשרו בתחום אובדן ושכול ובכלל זה טיפול באובדן שנובע מהתאבדות. במסגרת מרכזי התמיכה ניתנים טיפולים אישיים, זוגיים ומשפחתיים לבני המשפחה וכן מוצעות קבוצות תמיכה טיפוליות. קבוצות אלה מאפשרות לעבד את השכול הייחודי במקרה של התאבדות, שכול שכרוך פעמים רבות באשמה, בבושה ובהשתקה.

תוכנית "בוחרים בחיים" - שיחות ישירות עם תלמידים על מניעת אובדנות

במסגרת פעילות משרד החינוך בתוכנית הלאומית למניעת אובדנות מעניקה "היחידה למניעה ולהתמודדות במצבי משבר חירום ואובדנות" מענה ותמיכה לצוותים, למשפחות ולתלמידים ומציעה בין השאר הכשרות ותוכניות מניעה והתערבות. אחד הפרויקטים המרכזיים בפעילות הוא תוכנית "בוחרים בחיים". בשל הבנת חשיבותו של מעגל החברים באיתור בני נוער בסיכון אובדני נבנתה תוכנית התערבות לבני נוער שנועדה ליצור איתם שיח ישיר בנושא מצוקה ואובדנות. בתוכנית מתקיימים מפגשים עם התלמידים כדי

כדורים לחפיסה כדי להגביל את האפשרות לצבור כדורים. כמו כן ישנו שיתוף פעולה לקידום מהלכי הסברה והכשרות לרוקחים בשיתוף פעולה עם אגף הרוקחות והמועצה הלאומית לרוקחות.

הגבלת הנגישות לכלי נשק. בוצע עדכון לשאלון בדיקת הכשירות לנשיאת נשק, וכעת יידרשו מבקשי נשק לענות על שתי שאלות שנוגעות לרמת סיכון אובדני (מחשבות אובדנות וניסיון אובדני). כמו כן, פסיכולוגים אשר חותמים על כשירות לשאת נשק במשרד לביטחון לאומי עברו הכשרה בנושא מניעת אובדנות.

הגבלת הנגישות ל"נקודות חמות". נקודות חמות הן אתרים במרחב הציבורי אשר התרחשו בהם כמה מקרי התאבדות, למשל בניינים גבוהים, צוקים, מסילות רכבת ומקומות מבודדים. בזמן האחרון פועלת התוכנית הלאומית לאיתור ולמיפוי נקודות חמות להתאבדות ברחבי הארץ. המיפוי נעשה באמצעות הרשויות המקומיות, קציני הביטחון וארגונים שונים. אנשי המקצוע מאתרים מקומות שנחשדים כנקודות חמות, עורכים בדיקה מעמיקה בנוגע לכל מקום, מאפיינים מענים ומקדמים התערבות מותאמת אשר תסייע להגביל את הנגישות אל כל מקום כזה באופן מעשי.

סיכום

בשנים האחרונות הולכים ומתקדמים תהליכי ההטמעה של התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות במדינת ישראל. על פי המתווה הנוכחי מעריכים כי היא תופעל בכל הרשויות המקומיות בארץ עד שנת 2025, אם אכן יוקצו המשאבים הנדרשים ליישומה במלואם. מהניסיון המעשי ביישום התוכנית הלאומית בשטח עולה כי לא פעם קיים פער בין המתווה התאורטי שתכננה היחידה למניעת אובדנות ובין יכולות היישום והביצוע בפועל. פער זה הוא תוצאה של אתגרים שקשורים לארגון ולתקציבים וכן של חסמים, של חששות ושל התנגדויות שעולים בעקבות העיסוק בנושא. החששות עשויים לעלות הן בקרב אנשי ניהול ברשויות ובארגונים שאמורים לשאת פעולה הן בקרב אנשי המקצוע שצריכים לבצע את ההתערבויות הטיפוליות בפועל בקרב אוכלוסיות בסיכון אובדני בכלל ובקרב ילדים ובני נוער כאלה בפרט. מפעילות התוכנית עולה כי הכשרת הלבבות בקרב הגופים השונים והירתמותם לנושא הולכות וגדלות, והמודעות ליכולות למנוע אובדנות ולנרמל את השיח בנושא מניבה פירות.

לאפשר שיח פתוח, מכבד וב"גובה העיניים" עימם. התוכנית עוסקת בנושאים המרכזיים האלה: הטעם לחיים, משאבי התמודדות פנימיים וחיצוניים, שיתוף ברגשות ובמחשבות ופנייה לבקשת עזרה וקבלת עזרה. במסגרת התוכנית מקבלים המורים הכשרה בנושאים שקשורים לחיזוק גורמי הגנה ומשאבי התמודדות ולהיכרות עם כיוונים למניעת אובדנות. התוכנית עוסקת גם בזיהוי גורמי סיכון וחוסן, בהתנסות בשיח פרטני וכיתתי, בלימוד דרכים להגשת עזרה ראשונה נפשית וכלימוד תפקידם של המורים במערך הכולל בבית הספר ובקהילה. כמו כן נחשפים המורים לפעילויות מהתוכנית עצמה כמו שמעבירים אותן לתלמידים איש צוות ממוסד החינוך ומדריכה מלווה מהיחידה להתמודדות במצבי לחץ וחירום בשפ"י. בדרך הזאת הם זוכים להיכרות בסיסית עם התכנים כדי לבנות תשתית לשותפות של כלל המורים בתהליך בעתיד הקרוב והרחוק.

מניעת אובדנות קטינים ברשת - מוקד 105

מוקד 105 משמש מוקד לאומי לדיווח, לקבלת מידע ולהגשת סיוע ראשוני בנושאי אלימות ופשעים נגד ילדים ובני נוער ברשת. המוקד הוא גוף אזרחי ומשטרי שפועל בשותפות בין משרדית ומסייע באירועי פגיעה שונים ובכללם אירועי חירום של אובדנות וסיכון חיים. נציגי היחידה למניעת אובדנות ממשרד הבריאות, בשיתוף נציגים מהמשרד לביטחון הפנים, ממשרד החינוך, הרווחה והביטחון החברתי וממשטרת ישראל במוקד מיישמים בתגובתם את תפיסת ההתערבות הראשונית של התוכנית הלאומית למניעת אובדנות. הם עושים זאת באמצעות שמירת רצף הטיפול בקהילה ובמתן מענה מותאם אישית לכל ילד ונערה כדי לחזק את שיתופי הפעולה בין ההורים והילדים הנתונים במצוקה אובדנית ובין נותני הטיפול בקהילה.

צמצום הנגישות לאמצעים מסוכנים

דרך פעולה זאת קיימת בעולם כבר שנים והוכחה כיעילה ביותר במניעת התאבדויות. מן הניסיון שהצטבר בעולם עד היום עולה שאפשר לצמצם התאבדויות בשיעורים ניכרים באמצעים פשוטים למדי כגון הגבלת הנגישות למקומות מסוכנים ("נקודות חמות"), הקטנת כמות התרופות הנמכרות באריזה וצמצום הנגישות לכלי נשק. גם בישראל ישנם תהליכים שונים ליישום אסטרטגיה זאת:

הגבלת הנגישות לתרופות. ישנם מהלכים לקידום הנחיות להגבלת מכירת התרופה פארצטמול לכמות של 15-20

- בלייך, א' (1990). המפגש הייחודי שבין הצעיר/ה והמסגרת הצבאית: משברי הסתגלות נורמטיביים, אפיונים פסיכופתולוגיים וביטוי מצוקה. ביטאון חיל הרפואה, 32, 10-12.
- מבקר המדינה (דוח שנתי 2020). היבטים ביישום התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות - פעולות משרדי הממשלה. <https://www.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2020/70b/2020-70b-104-Suicide.pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1>
- מור אופק, ה' (2002). סיפור חיים של מתאבדים: ניתוח סיפורי חיים של חיילים וחילות שהתאבדו במהלך שירותם הצבאי (עבודת תזה שלא פורסמה). אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן, ישראל.
- פרוכטר, א' ושלף, ל' (2015). מניעת התאבדות בצה"ל - מתקופת קום המדינה ועד לתוכנית המניעה הנוכחית. בתוך י' לוי בלז (עורך), להאיר את הרי החושך: התנהגות אובדנית בקרב בני נוער (עמ' 277-286). דיונון.
- קציר, י' (2004). הקשר בין מידת גיבוש זהות האני לבין נטיות אובדניות והתנהגות אובדנית בקרב חיילים בחודשי השירות הראשונים בצה"ל. אוניברסיטת בר-אילן.
- שלף, ל' (2011). לחץ, משאבים אישיים, מגדר, חוויה סובייקטיבית ותהליכים מאפשרי התאבדות אצל חיילים אובדניים. אוניברסיטת בר-אילן.
- שלף, ל', לוי בלז, י' ופרוכטר, א' (2017). תפיסת הלחץ הצבאי ותורמתו לקיומם של מחשבות אובדניות בקרב חיילים שביצעו ניסיונות אובדניים. חברה ורווחה, 160-143, 1(1).
- Apter, A., Bleich, A., King, R. A., Kron, S., Fluch, A., Kotler, M., & Cohen, D. J. (1993). Death without warning?: A clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males. *Archives of General Psychiatry*, 50(2), 138-142. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820140064007
- Apter, A., King, R. A., Bleich, A., Fluck, A., Kotler, M., & Kron, S. (2008). Fatal and non-fatal suicidal behavior in Israeli adolescent males. *Archives of Suicide Research*, 12(1), 20-29. doi:10.1080/13811110701798679
- Bodner, E., Ben-Artzi, E., & Kaplan, Z. (2006). Soldiers who kill themselves: The contribution of dispositional and situational factors. *Archives of Suicide Research*, 10(1), 29-43. doi:10.1080/13811110500318299
- Bodner, E., Iancu, I., Sarel, A., & Einat, H. (2007). Innovations: Accommodations: efforts to support special-needs soldiers serving in the Israeli Defense Forces. *Psychiatric Services*, 58(11), 1396-1398. doi:10.1176/appi.ps.58.11.1396
- Chiurliza, B., Gutierrez, P. M., Joiner, T., Hanson, J., Ben Yehuda, A., Tatsa-Lauer, L., Chu, C., Schneider, M. E., Stanley, I. H., & Rogers, M. L. (2018). Evaluation of suicide risk assessment measures in an Israel Defense Forces military sample. *Military Behavioral Health*, 6(4), 317-325. doi:10.1080/21635781.2018.1470585
- Dycian, A., Fishman, G., & Bleich, A. (1994). Suicide and self-inflicted injuries. *Aggressive Behavior*, 20(1), 9-16. doi:10.1002/1098-2337(1994)20:1<9::AID-AB2480200103>3.0.CO;2-K
- Fishman, G., Morris-Dycian, A., & Kotler, M. (1990). Suicide in the Israeli army. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(3), 225-239.
- Hochman, E., Shelef, L., Mann, J. J., Portugese, S., Krivoy, A., Shoval, G., Weiser, M., & Fruchter, E. (2014). Primary health care utilization prior to suicide: a retrospective case-control study among active-duty military personnel. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(8), e817-e823.
- 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
- Orbach, I., Gilboa-Schechtman, E., Ofek, H., Lubin, G., Mark, M., Bodner, E., Cohen, D., & King, R. (2007). A chronological perspective on suicide - the last days of life. *Death Studies*, 31(10), 909-932. doi:10.1080/07481180701603394
- Paz Yunik, N., Schiff, M., Barzilay, S., Yavnai, N., Ben Yehuda, A., & Shelef, L. (2022). Military mental health professionals' suicide risk assessment and management before and after experiencing a patient's suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. doi:10.1111/sltb.12829
- Shakarchy, N., Tatsa-Laur, L., Kedem, R., Ben Yehuda, A., & Shelef, L. (2022). Risk factors associated with various severities of suicidal and non-suicidal self-harm among Israel Defense Forces Soldiers - A nested case-control study. *Military Medicine*. doi:10.1093/milmed/usab541

- Shelef, L., Ayzen, E., Yavnai, N., Fruchter, E., & Sarid, O. (2016). The contribution of the socio-demographic characteristics on suicidal ideation among Israeli soldiers. *Disaster and Military Medicine*, 2(1), 1–10. doi:10.1186/s40696-016-0014-7
- Shelef, L., Essami, N., Birani, A., Hartal, M., & Yavnai, N. (2019). Personal and psychiatric characteristics among Druze soldiers attempting suicide during military service. *Journal of Affective Disorders*, 256, 486–494. doi:10.1016/j.jad.2019.06.011
- Shelef, L., Fruchter, E., Spiegel, D. O., Shoval, G., Mann, J. J., & Zalsman, G. (2014). Characteristics of soldiers with self-harm in the Israeli Defense Forces. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 410–418. doi:10.1080/13811118.2013.845121
- Shelef, L., Garber, E., Yavnai, N., Ben Yehuda, A., & Levi Belz, Y. (2020). Suicide among Ethiopian origin soldiers in the IDF – A qualitative view of risk factors, triggers, and life circumstances. *Journal of Affective Disorders*, 269, 125–133. doi:10.1016/j.jad.2020.03.034
- Shelef, L., Kaminsky, D., Carmon, M., Kedem, R., Bonne, O., Mann, J. J., & Fruchter, E. (2015). Risk factors for suicide attempt among Israeli Defense Forces soldiers: A retrospective case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 186, 232–240. doi:10.1016/j.jad.2015.07.016
- Shelef, L., Laur, L., Raviv, G., & Fruchter, E. (2015). A military suicide prevention program in the Israeli Defense Force: A review of an important military medical procedure. *Disaster and Military Medicine*, 1(1), 1–5.
- Shelef, L., Levi Belz, Y., & Fruchter, E. (2014). Dissociation and acquired capability as facilitators of suicide ideation among soldiers. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(6), 388–397. doi:10.1027/0227-5910/a000278
- Shelef, L., Levi Belz, Y., Fruchter, E., Santo, Y., & Dahan, E. (2016). No way out: Entrapment as a moderator of suicide ideation among military personnel. *Journal of Clinical Psychology*, 72(10), 1049–1063. doi:10.1002/jclp.22304
- 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 Methods in Psychiatric Research*, 28(3), e1796. doi:10.1002/mp.1796
- 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 implementation. *European Psychiatry*, 62, 74–81.
- Shelef, L., Rabbany, J. M., Gutierrez, P. M., Kedem, R., Ben Yehuda, A., Mann, J. J., & Yacobi, A. (2021). The role of past suicidal behavior on current suicidality: a retrospective Study in the Israeli Military. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 649. doi: 10.3390/ijerph18020649
- Shelef, L., Tatsa-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., 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. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.08.005
- Schneider, M., Werner, S., Yavnai, N., Ben Yehuda, A., & Shelef, L. (2022). Israeli soldiers' intentions and actions toward seeking mental health help: Barriers and facilitators. *Journal of Clinical Psychology*. doi:10.1002/jclp.23431
- Weinberg, I., Lubin, G., Shmushkevich, M., & Kaplan, Z. (2002). Elevated suicide rates on the first workday: A replication in Israel. *Death Studies*, 26(8), 681–688. doi:10.1080/07481180290088374
- Weiser, M., Goldberg, S., Werbeloff, N., Fenchel, D., Reichenberg, A., Shelef, L., Large, M., Davidson, M., & Fruchter, E. (2016). Risk of completed suicide in 89,049 young males assessed by a mental health professional. *European Neuropsychopharmacology*, 26(2), 341–349.
- WHO (2005). Mental health declaration for Europe: Facing the challenges, building solution.
- Yacobi, A., Fruchter, E., Mann, J., & Shelef, L. (2013). Differentiating army suicide attempters from psychologically treated and untreated soldiers: A demographic, psychological and stress-reaction characterization. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 300–305. doi:10.1016/j.jad.2013.04.009
- Zohar, A. H., Shen, G., Dycian, A., & Pauls, D. (2004). The military life scale: A measure of perceived stress and support in the Israeli Defense Force. *Israel Journal of Psychiatry*, 41(1), 33–44.

סיכון אובדני אצל ילדים עד גיל 12

דבי כהן,¹ ענת ברונשטיין קלומק² וליאת יצחקי³

תקציר

אובדנות של ילדים בגיל בית הספר היסודי וגיל הגן היא אחת התופעות הטרגיות והלא נחקרות מספיק בתחום הפסיכיאטריה של הילד היום. אומנם בעבר רווחה התפיסה שילדים אינם מתאבדים, אבל צבר הראיות הקיים היום מעיד כי גם ילדים מסוגלים לרצות למוות, לתכנן התאבדות ואף להוציאה לפועל. במאמר זה מוצגת סקירה עדכנית של פרסומים מהארץ ומהעולם בתחום סיכון אובדני אצל ילדים עד גיל 12, וכן מוצגים ממצאים ראשוניים ממדגם פיילוט שנאסף במשרד החינוך בארץ בשנת 2021. המאמר עוסק בממצאים שקשורים לעלייה במספר הילדים שנתונים בסיכון אובדני בארץ ובעולם ובמאפיינים הייחודיים של קבוצה זאת. יוצג בו הסבר התפתחותי לתופעה ויפורטו גורמי סיכון וחוסן תוך-אישיים, משפחתיים, תרבותיים וכלל עולמיים. המודעות לקיום תופעת האובדנות בקרב ילדים, ובכלל זה להיקפה ולמאפייניה, קריטית לכל המבוגרים המטפלים בילדים ובפרט לאנשי טיפול שמטפלים בילדים ובנוער במסגרת בית הספר, בקהילה ובמרפאה ואמונים בין השאר על איתור ילדים בסיכון אובדני וטיפול בהם.

מבוא

התוכנית הלאומית למניעת אובדנות בישראל הוקמה בשנת 2013 בעקבות הכרזת הממשלה כי מניעת אובדנות היא יעד לאומי. תוכנית זאת החלה לפעול ברשויות המקומיות בשנת 2016, ונכללה בה בין השאר הכשרה מקיפה לכלל הפסיכולוגים החינוכיים בארץ בתחום מניעת אובדנות בקרב ילדים ונוער. כניסת השירותים הפסיכולוגיים החינוכיים (להלן שפ"ח) כגוף מקצועי מוביל בתוכנית אפשרה לפסיכולוגים החינוכיים לעסוק גם בתחום הערכת סיכון אובדני וטיפול בילדים ובנוער בסיכון אובדני, נוסף על עבודתם המערכתית בתחום מניעת אובדנות. מענה פרטני זה ניתן ברובו לילדים ולבני נוער שהופנו לשפ"ח בעקבות מחשבות אובדניות. אוכלוסייה זאת לא הגיעה לטיפול בבריאות הנפש בדרך

כלל, ולכן עד כה לא נכללה בסטטיסטיקות הרשמיות של משרד הבריאות. מאז הפעלת התוכנית מתקבלים דיווחים מגורמי טיפול בשטח ולפיהם כמחצית מהפניות הן של ילדים בני פחות מ-12 שנים. דפוס פניות זה הדגיש את הצורך של ילדים והוריהם במענה מקצועי בתחום מניעת אובדנות המותאם לגילם אלה. עם זאת הספרות המקצועית וההנחיות המעשיות למניעת אובדנות בגיל זה, בעולם בכלל ובארץ בפרט, דלים מאוד ואינם עונים על הצורך הרב של השטח במידע ובהנחיות מבוססות מחקר. במאמר זה נתמקד בילדים עד גיל 12. בנושאים שבהם אין מחקר על גיל זה ננסה להקיש לגיל צעיר מהידוע על גיל מבוגר מזה. בחירת הגיל נעשתה על פי החלוקה בין בתי ספר יסודיים ובין בתי ספר על-יסודיים בארץ.

היקף התופעה בארץ ובעולם

בעשור האחרון מתרבים הסימנים המעידים על גידול ניכר בארץ ובעולם במחשבות ובהתנהגויות אובדניות בגילים צעירים ואף במספר הילדים המתים בהתאבדות. משנת 2007 נמצאה בבדיקה של נתוני התאבדות בארצות הברית עלייה בשיעור ההתאבדות של ילדים בני 10-14, בעיקר בקרב קבוצות שהיו נתונות בסיכון נמוך עד כה כגון בנות בכלל ובנים אפרו-אמריקנים בפרט (Bridge et al., 2015; Ruch et al., 2019). גם מנתוני משרד הבריאות בישראל עולה שמספר הילדים בני 14 ומטה שמתו בהתאבדות מ-2012-2016 כפול ממספר הילדים שמתו בהתאבדות מ-2002-2006 (חקלאי אחרים, 2019). אשר לניסיונות אובדניים בארץ, בתוך עשור נמצא גידול של 62% במספר הילדים בני פחות מ-14 שהגיעו לחדרי מיון לאחר ניסיון אובדני, ועם זה בשנה הראשונה של מגפת הקורונה נרשמה ירידה במספרם (211 ניסיונות ב-2008 לעומת 342 ניסיונות ב-2018 ו-300 ניסיונות ב-2020, על פי נתוני המועצה הלאומית לשלום הילד, לקטי נתונים מ-2018 ומ-2020). על אף הגידול במספר הניסיונות האובדניים בגיל צעיר לא נרשם גידול של ממש במספר הקטינים (עד גיל 17) שביצעו ניסיונות אובדניים נכון ל-2018

¹ד"ר דבי כהן היא פסיכולוגית חינוכית בכירה, רכזת מחוז ירושלים בתחום מניעת אובדנות, שפ"ח, משרד החינוך.

טלפון: 050-8756795; מייל: dcohen05@gmail.com

²פרופ' ענת ברונשטיין קלומק, אוניברסיטת רייכמן.

³ד"ר ליאת יצחקי, אוניברסיטת קולומביה, ניו יורק.

קיימת גם בקרב ילדים, ויש צורך להבין את התופעה ולטפל בה. ממצאים אלה מאששים את טענתו של אור־בך (1987) ולפיה עיסוק במוות מתחיל כבר בגיל שנתיים-שלוש, ורוב הילדים בני חמש עד שבע, וכמעט כל הילדים המבוגרים מהם, מבינים דיים שהמוות סופי, ופעולה שמכוונת להתאבדות תגרום למוות. כמו כן מציאות זאת שוללת את הטענה שילדים אינם מפותחים דיים לחוות רגשות קשים בעוצמה רבה כל כך, או לחלופין אינם מסוגלים לעבור משלב המצוקה הרגשית לתוכניות ואחר כך להוציאן אל הפועל. לצערנו, הניסיון המצטבר בשטח מעיד שבניגוד לרצון הטבעי שלנו, המבוגרים, לראות בילדים יצורים שמחים שנושא המוות אינו מעסיק אותם, בפועל ישנם ילדים שרוצים למות, ומיעוטם אף מנסים להוציא מחשבות אלה לפועל. הימנעות מהנושא או הכחשתו עלולות לפגוע ביכולת שלנו, כאנשי מקצוע האמונים על תחום בריאות הנפש של ילדים, לספק מענה מקצועי מותאם גם בתחום זה.

תהליך הערכת סיכון אובדני ומאפייני הילד האובדני

האתגר הראשון העומד לפני אנשי בריאות הנפש השואפים למנוע אובדנות אצל ילדים הוא זיהוי הילדים שנתונים בסיכון מסוג זה. הערכת סיכון אובדני בגילים צעירים, כמו שנעשה בגילים בוגרים, צריכה להביא בחשבון את האיזון בין גורמי סיכון ובין גורמי חוסן תוך־אישיים ובין־אישיים. סביר שגם גורמים ביולוגיים וגנטיים מעורבים בהתפתחות התנהגות אובדנית, אם כי מודל ההשפעה אינו דטרמיניסטי (אפטר, 2015). זיהוי גורמים אלה מסתמך על שיחה ישירה עם הילד והוריו, בדרך כלל באמצעות שימוש בשאלונים מובנים דוגמת (Columbia Suicide Severity Rating Scale) מובנים דוגמת (CSSRS), שאלוני דיכאון (כדוגמת MFQ ו־CDI) וכן שאלון מצבי דחק, כולם בתרגומם לעברית ובהתאמה לגיל צעיר. בשיחה עם הילד נכללות שאלות ישירות על מחשבות, שיטה, כוונה ותוכנית בתחום האובדני וכן שאלות שמוודאות שהילד מבין את מושג המוות, ובכלל זה את סופיות המוות. מלבד זאת נכללת בתהליך ההערכה קבלת מידע ממבוגרים משמעותיים נוספים ובו מידע על התנהגויות שמהן אפשר להסיק על מצב הרוח של הילד (לדוגמה, הרגלי אכילה, שינה, משחק וחברות). בתהליך הערכתו של ילד חשוב לזכור שלעיתים יתקשו ילדים לבטא את הרגשתם במדויק. הקושי בשיום עשוי לנבוע מקושי שפתי (הילד אינו מכיר את המילה להתאבד), מקושי בזיהוי רגשות (יאמר "משעמם לי" במקום "עצוב לי") או מקושי בין־אישי (חשש מפני חשיפה בפני

(ברמן, ילדים בישראל שנתון 2018). נתונים אלה עשויים להצביע על מגמה של ירידה בגיל ביצוע ניסיון האובדנות. חשוב לציין שמספרים אלה ככל הנראה חסרים, מאחר שהם מתבססים על דיווחי משרד הבריאות ונכללים בהם רישומי פניות לחדרי מיון בלבד. בדיווחים אלה לא נכללים ניסיונות אובדנות שלא הגיעו לאשפוז, או שהגיעו למיון וסווגו כתאונה. במקרים רבים מעשה אובדני של ילד צעיר יסווג כתאונה בשל הטיה בגלל גיל הילדים, אופי האירוע או קושי של הילדים לדווח רטרוספקטיבית על כוונת מעשיהם (אור־בך, 1987; Rosenthal & Crepeau-Hobson, 2010). אשר למחשבות אובדניות אצל ילדים, מחקרים מעידים של 6%-14% מהילדים באוכלוסייה הכללית היו מחשבות אובדניות, ו־1% מהם מדווח שביצע ניסיון אובדני (Giannetta et al., 2012; Janiri et al., 2020; Lin et al., 2014).

במדגם פיילוט ראשון מסוגו בארץ אסף משרד החינוך דיווחים של פסיכולוגים חינוכיים על ילדים ונוער שהתעורר כלפיהם חשד לסיכון אובדני. הדיווחים נאספו מ־38 שירותים פסיכולוגיים ברחבי הארץ שנכללו בתוכנית הלאומית. התקבלו דיווחים מיישובים שמייצגים את כלל האוכלוסייה בישראל מבחינת מגזר (יהודי/ערבי, חרדי/דתי/חילוני), רמה סוציאקונומית, גודל היישוב ומיקומו הגאוגרפי. הפסיכולוגים בשפ"חים התבקשו למלא דיווח מקוון על כלל הפניות שטיפלו בהם ועלה חשד לסיכון אובדני. בדיווחים נכללו פרטים אישיים (גיל, כיתה, מגזר, מגדר) וכן נתונים שנוגעים לחשד האובדני (אופי האירוע - מחשבות/כוונות/ניסיון) ורמת הסיכון המוערכת (נמדד על סולם של חמש רמות - לא קיים סיכון עד סיכון גבוה מאוד). התקבלו 547 דיווחים על ילדים ובני נוער בני 5-19 שעלה חשד להיותם בסיכון אובדני. מניתוח הנתונים הראשוניים עלה ש־54% מהדיווחים היו על ילדים בני 5-12. עוד נמצא שככל שעולה גיל הילדים כך עולה שכיחות התופעה. כמו כן, הדפוס המגדרי היה שונה בקבוצות הגיל השונות. בגיל צעיר, מגן חובה ועד כיתה ג', היה מספר הבנים בסיכון אובדני גדול ממספר הבנות; מכיתה ד' ועד ו' הייתה השכיחות בין המגדרים דומה; ומחטיבת הביניים והלאה המאזן מתהפך, ומספר הבנות שעלולות להיות בסיכון אובדני עולה לעומת הבנים. נוסף על כך נמצא שרמת הסיכון האובדני המוערכת אצל מרבית הילדים והנוער המגיעים לבירור בקהילה היא קלה עד בינונית, ומיעוטם ברמות הסיכון הגבוהות. רמת הסיכון המוערכת עולה במתאם עם גיל הילד - ככל שהילד מבוגר יותר כך עולה רמת הסיכון.

מהממצאים מהעולם ומהארץ המתוארים לעיל עולה שאף שמוות מהתאבדות בקרב ילדים הוא אירוע נדיר, אובדנות

בקרב ילדים (Jackson & Nuttall, 2001; Liu et al., 2006; Nock & Kazdin, 2002; Viñas et al., 2002; Weinstein et al., 2015). מחקר שבדק את נתוניהם של 693 ילדים ונוער שהתאבדו בארצות הברית מ־2003 ועד 2012 מצא ש־59.3% מהילדים שסבלו מבעיות נפשיות ידועות אובחנו עם הפרעת קשב וריכוז, ורק אצל 33.3% מהם אובחנו דיכאון או דיסטמיה. לעומתם, בקרב מתבגרים שהתאבדו סבלו 65.6% מדיכאון (Sheftall et al., 2016). מחקרים נוספים מצאו קשר בין אובדנות ובין מרכיבי אישיות אחרים כגון אימפולסיביות, תוקפנות, כעס ורגזנות (Giannetta et al., 2012; Jackson & Mayes et al., 2015; Nuttall, 2001). אומנם תוקפנות פרו־אקטיבית (יזומה מצד הילד ולא בתגובה מיידית על גירוי חיצוני) לא נמצאה קשורה לאובדנות בילדים, אבל תוקפנות תגובתית ותוקפנות בין־אישית נמצאו קשורות לאובדנות בתיווך דיכאון (Greening et al., 2010; Puig-Antich et al., 1989). ממצאים אלה תומכים בהשערה שלפיה לפעולה האובדנית אצל ילדים יש מרכיב אימפולסיבי או תוקפני־דומיננטי במקרים רבים, מלבד המרכיב הדיכאוני. האופי האימפולסיבי של המעשה מקשה את תהליך הערכת הסיכון, משום שבעת ביצוע ההערכה, לאחר זמן מה, לא פעם הילד אינו מרגיש את הדחף האובדני שהרגיש זמן קצר קודם לכן.



מאפיינים משפחתיים והקשר ביניהם ובין אובדנות ילדים

ככל שהילד צעיר יותר כך ההשפעה המיטיבה, או לחלופין המזיקה, של הסביבה המשפחתית, ובעיקר של הוריו, דומיננטית יותר בחייו. הדבר נובע מתלותו הרבה של הילד בסביבה זאת לסיפוק הצרכים הראשוניים, מהשפעת מרכיב

אדם לא מוכר). קשיים אלה שכיחים אצל ילדים, ובגללם יש חשיבות רבה לערנותם של המבוגרים בסביבתו של הילד (הורים, מורים, גננות) לסימנים מדאיגים אצל הילד ולסיועם בהפניית הילד והוריו לגורמי מקצוע להמשך בירור החשד לסיכון אובדני.

בסקירה שלהלן נכללים מאפיינים תוך־אישיים ובין־אישיים שתורמים לסיכון אובדני אצל ילדים. מאפיינים אלה יתוארו מסיבות טכניות כגורמים משפיעים נפרדים, אף שבפועל מדובר בהשפעות מצטברות מורכבות שנמצאות באינטראקציה הדדית ותורמות יחד את חלקן בהגברה או בהפחתה של הסיכון האובדני (אור־בך, 1987). מודל שמתאר את ההשפעה המצטברת של מאפיינים תוך־אישיים ובין־אישיים הוא מודל ה־Diathesis-Stress (פגיעות דחק) הטוען שהסיכון לאובדנות נקבע בין השאר באמצעות מגוון גורמי סיכון מקדימים (פגיעות) ש"מתעוררים" בעקבות אירועי חיים שגורמים לתחושת דחק אצל הילדים (Mann & Arango, 1992).

מאפיינים תוך אישיים - דיכאון, אימפולסיביות, תוקפנות, כעס ורגזנות

אפשר להניח שילדים בסיכון אובדני, כמו מתבגרים ובוגרים בסיכון אובדני, אינם קבוצה הומוגנית אלא יש קבוצה שבה תתי־קבוצות ובהן דפוסים שונים של מחשבות אובדניות ומאפיינים נוירוביולוגיים ונוירוקוגנטיביים מגוונים. ההבחנה בין תפקיד המאפיינים התוך־אישיים השונים בנפשו של הילד האובדני, ובראשם ההבחנה בין המאפיין הדיכאוני ובין המאפיין התוקפני או האימפולסיבי, מורכבת שכן לעיתים דיכאון מתבטא אצל ילדים לא דווקא בהתנהגויות מופנמות של עצב אלא בהתנהגויות מוחצנות כגון רגזנות, אי־שקט פסיכו־מוטורי, חוסר ריכוז, שינוי בדפוסי אכילה, שינה ומשחק, ירידה בתפקוד בלימודים ומיחושי גוף שונים ללא הסבר רפואי (ארז ואחרים, 2005; Giannetta et al., 2012; Jackson & Nuttall, 2001; Mayes et al., 2015).

מחקרים מצאו קשר בין דיכאון ובין אובדנות אצל ילדים, אם כי בעוצמה נמוכה בהשוואה לקשר שנמצא אצל מתבגרים ומבוגרים (Anderson et al., 2016; Giannetta et al., 2012; Sheftall et al., 2016). באחד המחקרים אף נמצא שאצל 87% מהילדים שדיווחו על אובדנות היו הסימפטומים הדיכאוניים מתחת לסף הקליני (Cowell et al., 2005). עם זאת מחקרים מדווחים שקיים קשר בין תהליכי החשיבה המאפיינים דיכאון ובין אובדנות. לדוגמה, נמצא מתאם בין הרגשת חוסר ערך וחשיבה אוטומטית שלילית וחוסר תקווה ובין סיכון אובדני

מצבי דחק משפחתיים שנמצאו קשורים לסיכון אובדני אצל ילדים

רמות גבוהות של קונפליקט, חשדנות, עוינות. אווירה במשפחה נמצאה קשורה לחשיבה ולהתנהגות אובדנית בילדים במדגמים גדולים. וכחנות וקונפליקטים במשפחה נמצאו קשורים באופן הדוק לאובדנות בילדים (Janiri et al., 2020; Lin et al., 2014; Sakar et al., 2010). לעיתים נמצא קשר בין אובדנות ילדים ובין תהליכים משפחתיים סמויים, שאינם דרמטיים דווקא, כגון סימביוזה ללא אמפתיה ומערכת משפחתית שסגורה מפני העולם החיצוני בחומות של חשדנות ועוינות, וגם אלה גורמות להרגשת בידוד, מלכוד וחוסר תקווה. במקרים אלה הילד עלול להרגיש שהאובדנות היא המוצא היחיד מקשרי המשפחה הסבוכים (אורי־בך, 1987).

פסיכופתולוגיה של הורה, ובייחוד דיכאון. ממצאי מחקרים בנוגע לקשר בין פסיכופתולוגיה של הורה ובין אובדנות של הילד אינם אחידים. נמצא שאצל 36.8% מהילדים בני 12 ומטה שפנו לחדר מיון בשל התנהגות אובדנית היה בן משפחה שאבחנו אצלו דיכאון (Sarker et al., 2010). במחקר שהתמקד בילדים אובדניים בני שלוש עד שבע נמצא שפסיכופתולוגיה אצל אימהות מנבאת מחשבות אובדניות בהווה וגם ארבע שנים וחצי לאחר מכן (Whalen et al., 2015). ממחקר רטרוספקטיבי בקרב מטופלים מבוגרים שסובלים מדיכאון ובעלי היסטוריה של ניסיון התאבדות אחד לפחות, עולה כי בקרב אלה שעשו את ניסיון ההתאבדות הראשון שלהם בגיל הילדות הייתה שכיחות גבוהה באופן מובהק של דיכאון של האם או אלוהולזם של אחד ההורים, לעומת מי שעשה את ניסיון ההתאבדות הראשון שלו בגיל ההתבגרות או כמבוגר (Itzhaky et al., 2020). לעומת זאת, במדגמים קליניים הקשר בין פסיכופתולוגיה של ההורה ובין אובדנות הילד אינו מובהק סטטיסטית (Puig-Antich et al., 1989). כמו כן נמצא במדגמים לא קליניים שהשפעת הפסיכופתולוגיה של ההורים על אובדנות בילדים נעלמת כאשר מביאים בחשבון את הפסיכופתולוגיה של הילד (Sheftal et al., 2016; Whalen et al., 2015). ממצאים אלה אפשר להסיק שהקשר בין פסיכופתולוגיה של ההורה ובין אובדנות הילד עובר דרך הפסיכופתולוגיה של הילד והשפעה גנטית (אפטר, 2015).

אובדן (מוות, גירוש, פְּרֵדָה). נמצא קשר בין אובדן בגיל צעיר עקב מוות, גירוש ופְּרֵדָה ובין התנהגות אובדנית לפני גיל ההתבגרות (Agerbo et al., 2002; Itzhaky et al., 2020). ההשפעה הרבה ביותר הייתה למוות בכלל ולמוות של שני

זה, בין השאר, על איכות הקשר האמיתי והמופנם בינו ובין ההורה, קשר שמשפיע על התפתחות הילד בכלל ועל דפוס ההתקשרות המתפתח בפרט. בהתאם, מחקרים רבים (להלן) מצאו קשר בין מצבי דחק משפחתיים שנובעים ממאפייני הסביבה המשפחתית (לדוגמה, פסיכופתולוגיה של הורה), מאירועי דחק משפחתיים (לדוגמה, מוות של הורה) או מאירועי דחק ברמת כלל האוכלוסייה (לדוגמה, מגפת הקורונה, להלן) ובין סיכון אובדני אצל ילדים. נמצא שקשר זה אינו ישיר אלא מתווך באמצעות גורמים נוספים ובהם מאפייני הילד וחווית הילד שקשורה למאפייניו ולדפוס ההתקשרות שלו. על פי תאוריית ההתקשרות יופיע סיכון אובדני כאשר צורכי ההתקשרות נמצאים בסכנה או נגדעים מסיבות אישיותיות או סביבתיות. במציאות זאת הילד נותר, סובייקטיבית או אובייקטיבית, ללא דמות התקשרות חיצונית להישען עליה וללא אמונה במילוי צרכיו בעתיד (Shneidman, 1969).

לצד ההשפעה המזיקה האפשרית של מצבי דחק משפחתיים, מאפיינים משפחתיים הקשורים להתקשרות בטוחה הם מרכזיים בהגנה על ילדים שנחשפים לגורמי סיכון בחיי היום־יום ומונעים מהם להגיע למצבי סיכון אובדניים. למשל, הורות רגישה, זמינה ועקבית תסייע לילד לפתח הרגשה של ערך עצמי ודימוי עצמי חיובי, להרגיש ביטחון ביחסיו עם מבוגרים ובני גילו ולווסת רגשות ביעילות. אלה יסייעו לילד להתמודד עם רגשות קשים של תסכול, אכזבה ודחייה בעיתות משבר, לא לאבד תקווה ולחפש מקורות תמיכה פנימיים וחיצוניים מבלי להיקלע לסיכון אובדני. בתהליך ההתערבות עם ילד בסיכון אובדני ממלאת סביבתו המיידית של הילד, בדרך כלל הוריו, תפקיד מרכזי במניעת הסיכון האובדני. סביבה זאת הכרחית לקבלת הסכמה להתערבות (הערכה וטיפול) ובעלת תפקיד פעיל ומרכזי בתהליך ההערכה והטיפול. מסיבה זאת יכללו תמיד התערבויות טיפוליות שנועדו להפחית את הסיכון האובדני את הוריו של הילד כדי ליצור שינוי בדפוס ההתקשרות בין ההורה ובין הילד, וההורה ייתפס כסוכן השינוי העיקרי (כהן, 2017; Diamond et al., 2014) ואלה הדוגמאות להתערבויות טיפוליות משפחתיות מבוססות פרוטוקול למניעת אובדנות אצל ילדים: ABFT (Attachment Based Family Therapy) - טיפול משפחתי מבוסס התקשרות אשר במרכזו עבודה על קשר הורה־ילד (Diamond et al., 2014); IPTFB (Family Based Interpersonal Treatment) - טיפול שיש בו מפגשים דיאדיים והדרכות הורים והוא מתמקד בפתרון קונפליקטים בקשר הורה־ילד ועבודה על הקשרים של הילד עם קבוצת השווים (Dietz et al., 2018).

ההורים בפרט. מלבד זאת נמצאה רמת סיכון גבוהה במיוחד כאשר נגרם מותו של בן המשפחה מהתאבדות (Rosenthal & Rosenthal, 1984). כאשר עוסקים במוות של בן משפחה מודגש מקומו של אָבֵל פתלוגי שיוצר מצב שכול מתמשך ומקרב את האָבֵל אל רעיון ההתאבדות. תהליכי אובדן הרסניים נוספים הם כאמור תהליכי גירושים ותהליכי פְּרָדָה קונפליקטואליים. בתהליכים אלה הילד מוצא את עצמו מוצף בהרגשות של חרדה, תסכול, אשמה ומלכוד, בין השאר בשל סביבה דוחה ותובענית וניסיון הסביבה להאיץ תהליכים שנדרש להם זמן (אוריֶבך, 1987).

טראומה (הזנחה, התעללות רגשית, פיזית או מינית). מחקר בילדים בגיל בית ספר יסודי מצא קשר בין התעללות פיזית, סימפטומים של דיכאון ובין אובדנות (Finzi et al., 2001). מחקר בילדים בגיל טרום בית ספר מצא חוויות של התעללות או הזנחה בקרב 80% מהילדים שביצעו התנהגויות אובדניות (Rosenthal & Rosenthal, 1984). במחקר רטרוספקטיבי שנערך בקרב 418 מבוגרים שביצעו ניסיון אובדני בעבר נמצא ש־75% מהמבוגרים שהניסיון האובדני הראשון שלהם היה בגיל הילדות (5-12) דיווחו על התעללות פיזית (16.7%), על התעללות מינית (40%) או על שתיהן (43.3%). כן נמצא ששיעור הפגיעה המינית או הפיזית בקרב מי שהניסיון האובדני הראשון שלו היה בגיל הילדות היה גבוה במידה ניכרת לעומת מי שביצע ניסיון אובדני ראשון בגיל ההתבגרות (1913) או בבגרות (20+) (Itzhaky et al., 2020). במחקר הוצע שילדים שחווים אלימות, בדרך כלל מהוריהם, נלכדים בין רגשות תלות ואהבה ובין רגשות כעס כלפי הוריהם, ולכן מנסים לרסן את כעסם ומפנים אותו כלפי עצמם (Crittenden & Ainsworth, 1989; Pfeffer, 1981).

אירוע דחק בסביבה החברתית (בדידות ובריונות)

נמצא קשר בין מאפיינים חברתיים כגון בריונות, התעללות וקונפליקט חברתי ובין סיכון אובדני אצל ילדים בני 12 ומטה ובני שש עד תשע בהתאמה (Sarkar et al., 2010; Whyman et al., 2009). נמצא שהקשר בין בריונות ובין מחשבות אובדניות מתווך באמצעות אסטרטגיות ההתמודדות של הקורבן. ממצאים אלה, הדומים לממצאים שנמצאו אצל מתבגרים וצעירים (לוי בלז, 2015; Klomek et al., 2007), תואמים את התאוריה הבין-אישית של ג'וינר ואחרים (Joiner et al., 2005) המתבוננת בתופעת האובדנות כולה מבעד לפריזמה של התקשרות האדם עם סביבתו החברתית. בתאוריה זאת ניתן מקום מרכזי להרגשת השייכות ולבדידות כגורמי חוסן וסיכון לאובדנות. לעומת זאת, באחדים מהמחקרים לא נמצא קשר בין איכות הקשרים החברתיים ובין מחשבות אובדניות

בגיל צעיר (Crocker & Hakim-Larson, 1997; Whalen et al., 2015). ישנה סבירות שנמצא שונות בין תרבויות על פי תשומת הלב הניתנת בתרבות לחיים החברתיים של הילד בגילים שונים. סביר שההשפעה של אירועי דחק בסביבה החברתית תהיה רבה יותר בתרבות שמייחסת חשיבות רבה יותר למרכיב החברתי בגיל צעיר ובכלל.

הקשר בין מאפייני תרבות והתערבות רגישת תרבות ובין סיכון אובדני אצל ילדים

התרבות שגדל בה הילד מגדירה את ההתנהגות הנורמטיבית שלו, את סף המצוקה שלו ואת צורות הביטוי המקובלות של המצוקה. כמו כן, לכל תרבות שיטות הערכה וטיפול מקובלות. לפיכך, גם התרבות שהילד משתייך אליה עשויה לפעול כגורם סיכון או חוסן בתהליך ההתקרבות אל הרעיון האובדני או ההתרחקות ממנו וכן להשפיע על תהליך האיתור והטיפול בילד שנתון בסיכון אובדני. מלבד זאת קיים מתאם בין שייכות לתרבות ספציפית ובין תנאי חיים דומים שמשפיעים אף הם על שיעורי האובדנות. המחקר ואיסוף הנתונים בתחום זה התמקדו בבוגרים ובנוער עולים (בעיקר עולים מאתיופיה ומברית המועצות לשעבר) וכן במגזר הערבי, וכמעט לא בדק את הקשר בין מאפייני תרבות ובין אובדנות אצל ילדים מתחת לגיל 15. סביר שאפשר להקיש מהממצאים שנוגעים למתבגרים לגבי גיל צעיר יותר, אם כי יש לבחון הנחה זאת, ובייחוד בתרבויות שבהן ישנם פערי דורות גדולים מאוד. בהתחשב במרכזיות של הסביבה המשפחתית בחייו של הילד סביר שההשפעה התרבותית על הילד מתווכת במידה רבה באמצעות הוריו.

מחקרים שבוצעו במקומות שונים בעולם מצאו קשר בין אובדנות אצל ילדים ובין חיים רווי דחק שנגרמים ממצבי חיים כגון הגירה ועוני בתיווך מצוקה פסיכולוגית ודיכאון (Cowell et al., 2005). בארץ, כמו במקומות רבים בעולם, קיים מתאם בין שייכות לאוכלוסיות מיעוט (עולים, ערבים, חרדים) ובין חיים רווי דחק (המועצה הלאומית לשלום הילד, 2019). מתאם זה מסביר את נתוני משרד הבריאות (חקלאי ואחרים, 2019) ולפיהם עולים מאתיופיה ומברית המועצות לשעבר משתייכים לקבוצת סיכון לאובדנות. ילדים, כמו נוער ומבוגרים, מקבוצות אלה נדרשים להתמודד עם פערי תרבות, עם קושי בתפקוד בלימודים, עם קשיים כלכליים ועם קשיי הסתגלות לתרבות. בד בבד הם נוטים להיעזר פחות מאחרים בשירותי בריאות הנפש בזמן מצוקה נפשית (בורשטיין ליפסיקס, 2015; יונגמן ושוקד, 2009). כן קיימת בארץ אוכלוסייה הולכת וגדלה של ילדים במגזר החרדי והערבי שמתמודדים עם עוני. באוכלוסיות אלה ישנו דיווח

אף שייתכן שיש סיביות הפוכה. כלומר ילדים בסיכון אובדני יעדיפו חשיפה למסכים מאחר שמדובר בפעילות מסיחה ללא שותפים שדורשת רמת פעילות נמוכה. עם זאת על פי ההסבר הנפוץ לקשר בין חשיפה מוגברת למסכים ובין דיכאון ומחשבות אובדניות, חשיפה מוגברת למסכים גורמת לעיתים לביטול פעילויות חיוביות כגון תקשורת ישירה עם בני משפחה וחברים, פעילות ספורטיבית, למידה, קריאה ושינה. ביטול פעילויות אלה גורם בין השאר לירידה במיומנויות חברתיות, לבדידות, להשמנת יתר ולנסיגה בלימודים. שינויים אלה יוצרים סימפטומים של דיכאון, ואלה עלולים לגרום לסיכון אובדני (Twenge & Campbell, 2018; Twenge et al., 2018). נוסף על כך, במסגרת האינטרנט ילדים עלולים להיחשף לתכנים שליליים כגון דרכי פגיעה עצמית, סרטוני פגיעה עצמית, בריונות ובייש (שיימינג), ואלה עלולים להיות זרז לאירוע אובדני (לוי בלז, 2015). כיוון מחקר אחר התמקד בהשפעה של חשיפה מוגברת למסכים על איכות ההורות כגורם מתווך שעלול לגרום לסיכון אובדני אצל ילדים בסופו של דבר. נמצא קשר בין הורות מוסחת באמצעות טכנולוגיה ובין קושי נפשי של ילדים (דולב'כהן וריקון, 2021). בניגוד למחקרים לעיל, שמדגישים את השפעתם השלילית של מסכים, ישנם מחקרים אחרים שמצביעים על ההשפעה החיובית של האינטרנט על מצבם הנפשי של ילדים ובכלל זה גם על סיכון אובדני אצל ילדים (למשל, אופיר ואחרים, 2020). גם בשאלת הקשר בין חשיפה למסכים ובין הבריאות הנפשית התמקדו מרבית המחקרים בבני נוער ולא בילדים. מאחר שהגיל הממוצע לקבלת טלפון חכם בישראל הוא עשר (אנגלמן, דוח מבקר המדינה, על סמך נתוני 2016-2021), יש מקום למחקר עדכני שמתמקד בקבוצת גיל זאת.

השפעת מגפת הקורונה על אובדנות של ילדים

בשנת 2021 החלו להתפרסם מחקרים רבים שבדקו את השפעת מגפת הקורונה על המצב הנפשי של האוכלוסייה בכלל ועל אובדנות ילדים בפרט. המחקרים הצביעו על ירידה באובדנות בגל הראשון, ומהגל השני ואילך נמצאו מגמות סותרות. מטא-אנליזה שבדקה את השפעת המגפה על אובדנות בחודשי הראשונים (1 באפריל 2020 עד 1 ביולי 2020) ב-21 מדינות מפותחות (צפון אמריקה, דרום אמריקה, אוסטרליה ואירופה) מצאה שאומנם לא היה שינוי רב, אבל הייתה ירידה באובדנות בחודשים אלה (Pirkis et al., 2021). לעומת זאת, מטא-אנליזה של 54 מחקרים שנערכו ב-52 מדינות ברחבי העולם (צפון אמריקה, דרום אמריקה,

על שיעור התאבדות נמוך יותר לעומת האוכלוסייה הכללית (זלניק, 2015; חקלאי, 2019), אם כי ייתכן שנתונים אלה מושפעים מתת-דיווח שנובע אף הוא מסיבות תרבותיות. גם אוכלוסיות אלה זקוקות למענה מותאם תרבותית בתחומי המצוקה הנפשית ובהם מניעת אובדנות. עבודה מתוך רגישות תרבותית באוכלוסיות אלה תקל את תהליכי האבחון והטיפול ותקיימם באווירה חיובית של קבלה הדדית ואמון.

לצד גורמי הסיכון לאובדנות יש בתרבויות מסורתיות גורמי חוסן שחשוב לרתום לתהליך ההתערבות עם ילד שנמצא בסיכון אובדני. בתרבויות מסורתיות ההתאבדות אסורה בדרך כלל ונחשבת עבירה דתית חמורה. כמו כן יש בהן בדרך כלל מידה רבה של לכידות משפחתית וקהילתית. בקהילות אלה יש מתווכים, מגשרים ומנהיגים דתיים שעשויים לסייע למשפחה או לפרט השרויים במצב משבר. יתרה מכך, בתרבויות רבות יש פרקטיקות של ריפוי מסורתי ומרפאים מסורתיים שפועלים לצד שירותי הרפואה המערבית המודרנית. במקרים רבים הכרה בפרקטיקות אלה עשויה להביא לידי נכונות לשתף פעולה עם פרקטיקות מערביות.

השפעה אפשרית של מגמות עולמיות על סיכון אובדני בקרב ילדים



המהפכה הטכנולוגית: השפעת האינטרנט והטלפון החכם על סיכון אובדני בקרב ילדים

מטא-אנליזה של 35 מחקרי אורך שבוצעו ברחבי העולם בילדים, בנוער ובצעירים (גיל 10-24) מצא מתאם בין שימוש בטלפון ובאינטרנט ובין דיכאון (Tang et al., 2021). מחקר נרחב אחר בדק חצי מיליון קטינים בארצות הברית ומצא מתאם בין צפיית קטינים במסך חמש שעות ויותר ובין עלייה בשכיחות הדיכאון ובמחשבות אובדניות (Twenge & Campbell, 2018). מתאם זה מתורגם בדרך כלל לקשר סיבתי בין חשיפה למסכים ובין דיכאון ומחשבות אובדניות,

אסיה, אירופה) מצאה גידול במספר המחשבות האובדניות, בניסיונות אובדניים ובפגיעה עצמית בעיקר אצל אנשים צעירים, בקרב נשים ובאוכלוסייה בכלל במדינות דמוקרטיות (Dubé et al., 2021). מחקרים אלה התמקדו בדרך כלל באוכלוסייה בגירה. ייתכן שהפער בין שתי המטא-אנליזות קשור לפער בהשפעה של הגל הראשון לעומת הגלים שבאו אחריו. הגל הראשון התאפיין בשיתוק של גורמי הפנייה והטיפול (ובכלל זה מסגרות חינוך) ובהתגייסות האוכלוסייה - התגייסות שמוכרת מאסונות טבע וממלחמות ומאופיינת בירידה בנטייה לאובדנות. לצערנו, נטייה זאת שבה ועולה לאחר מכן (Bonanno, 2004).

במחקרים שונים בעולם נמצא שהפגיעה הרבה ביותר הייתה בקרב ילדים באוכלוסיות מוחלשות כגון ילדים ממשפחות בדירוג סוציאקונומי נמוך, מהגרים, ילדים שחיים במרחב מחיה מצומצם וילדים שיש להם קשיים בתחום בריאות הנפש (לדוגמה, Ravens-Siebere et al., 2021). בלקט נתונים של המועצה הלאומית לשלום הילד שעסקו בנתונים מ־2019-2021 נמצא שבשנת 2020 הייתה ירידה בפניות של ילדים ונוער לחדרי מיון לאחר ניסיון אובדני, בהשוואה לשנת 2019, ועם זה הייתה עלייה במספר הדיווחים של עובדים סוציאליים על ניסיונות אובדניים של קטינים. כמו כן, בשנת 2021 דווח על עלייה במספר הייעוצים לצוותי חינוך ובהערכות ובטיפולים בילדים ובנוער בסיכון אובדני במסגרת השפ"חים בהשוואה לשנת 2020. חשוב לציין שבדיווחים על ילדים בסיכון ובמצבי מצוקה דווח על עלייה ברורה במספר הילדים הנתונים בסיכון ישיר או משפחתי בשנת 2020 לעומת שנת 2019. חלה עלייה במספר הילדים השוהים במקלטים לנשים נפגעות אלימות וחשופים לאלימות בין ההורים ולאלימות מצד אחיהם וכן עלייה במספר הילדים ובני הנוער שקיבלו טיפול בפגיעות מיניות. כל מצבי הדחק האלה נמצאו בעבר קשורים באופן הדוק לסיכון אובדני. בהתאם, על פי סקר של מנהלי מרפאות בריאות הנפש לילדים ולנוער, בשנת 2020, ובייחוד בימי הגל השני, חלה עלייה ניכרת בפניות של ילדים ונוער לקבלת טיפול נפשי וכן בפניות בעלות תכנים אובדניים

(המועצה הלאומית לשלום הילד, לקט נתונים מהשנתון לילדים בישראל 2021).

סיכום והמלצות

מסקירת מחקרים בתחום אובדנות בקרב ילדים בעולם ובארץ עולה שמאז 2007 יש עלייה במחשבות ובהתנהגויות אובדניות של ילדים בגיל בית ספר יסודי (5-12), ואף עלייה במספר הילדים המתים בהתאבדות. מסקירת הממצאים בשלוש השנים האחרונות משתקפת ירידה בתופעה בגל הראשון של הקורונה ומגמת עלייה לאחר מכן. התרחבות התופעה ניכרת גם במחקר פיילוט שתואר - מחצית מהדיווחים על חשד לסיכון אובדני היו של ילדים בגיל בית ספר יסודי (5-12). במאמר זה התמקדנו במאפיינים תוך-אישיים של הילד האובדני ובמרכזם הקשר שבין דיכאון, אימפולסיביות ותוקפנות ובין אובדנות; ובמאפיינים הבין-אישיים ובמרכזם מצבי דחק ואירועי דחק בסביבה המשפחתית והחברתית וכן השפעות תרבותיות וכלל עולמיות על סיכון אובדני אצל ילדים.

ההכרה בהיקף תופעת האובדנות בילדים בני 12 ומטה בישראל מדגישה את הצורך בהעלאת המודעות בקרב מבוגרים שמטפלים בילדים בכלל ובקרב אנשי בריאות הנפש בפרט כדי לאפשר איתור, הערכה וטיפול בסיכון אובדני שמותאמים לילדים. העמקת ההבנה של התופעה היא תנאי מקדים הכרחי לפיתוח מענה מותאם, מבוסס מחקר, לאוכלוסייה זאת. אנחנו רואות חשיבות גבוהה בהמשך איסוף שיטתי של כלל הדיווחים המגיעים להתייעצות בשפ"חים ובמרפאות הציבוריות ויצירת מאגר מידע לאומי ושיטתי. בזכות המאגר תתאפשר הבנה מקיפה של היקף התופעה ושל מאפייני הילדים בסיכון אובדני בישראל, בדיקת יעילות תהליכי ההערכה והטיפול הניתנים במסגרות השונות ופיתוח מענים מותאמים חדשים כדי להפחית סיכון אובדני אצל ילדים.

משרד הבריאות, אגף המידע (יולי 2020). אובדנות בישראל. https://www.health.gov.il/publicationsfiles/loss_2020.pdf

משרד הבריאות, אגף המידע (אפריל 2021). אובדנות בישראל. <https://www.gov.il/he/departments/publications/reports/suicides>

Hamdan, S., Apter, A., & Levi-Belz, Y. (2022). Non-suicidal self-injury among adolescents from diverse ethnocultural groups in Israel: the association with sleep problems and internet addiction. *Frontiers in Psychiatry*, 13, e899956. doi:10.3389/fpsy.2022.899956

Katz-Sheiban, B., & Eshet, Y. (2008). Facts and myths about suicide: A study of Jewish and Arab students in Israel. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 57(3), 279–298. doi:10.2190/OM.57.3.d

Kral, M. J., & Kidd, S. (2018). Community-based participatory research and community empowerment for suicide prevention. In *A positive psychological approach to suicide* (pp. 285–299). Cham. doi:10.1007/978-3-030-03225-8_12

LaFromboise, T. D., & Lewis, H. A. (2008). The Zuni life skills development program: A school/community-based suicide prevention intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(3), 343–353. doi:10.1521/suli.2008.38.3.343

Nastasi, B. K., Moore, R. B., & Varjas, K. M. (2004). School-based mental health services: Creating comprehensive and culturally specific programs. *American Psychological Association*. doi:10.1037/10724-000

Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B. D., Wagner, A., Cwik, M. F., & Klomek, A. B. (2009). Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 48, 1005–1013. doi:10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe

אובדנות בחברה הערבית בישראל: בין סיכוי לסיכון

ד"ר סמי חמדאן,¹ יעל פומרנץ² ושיראל הרוש עזרן³

תקציר

אובדנות היא בעיית הציבור כולו הן בעולם הן בישראל. השפעותיה השליליות רבות וחוצות קבוצות תרבות וקבוצות חברתיות שונות. מאמר זה נועד להציג תמונה רחבה של תופעת ההתאבדות בחברה הערבית בישראל, ובתוך כך להעלות למודעות את גורמי הסיכון. בסוף המאמר מוצעות המלצות להתערבות במקרי סיכון ודרכי מניעה של התאבדויות. מאמר זה מבוסס על דיונים שהתקיימו בין מומחים בתחום בריאות הנפש בחברה הערבית בהנחיית היחידה למניעת אובדנות בישראל.⁴

מבוא

אובדנות פוגעת במעגל המשפחתי, הקהילתי והחברתי ומניחה פצועי נפש רבים. מלבד זאת היא מציבה אתגר חברתי, רפואי וכלכלי גדול לפני העוסקים בבריאות הציבור בעולם ובישראל. היא פוגעת בכל שכבות הגיל ובקבוצות החברתיות בישראל, ובכללן האזרחים הערבים שהם 20 אחוזים בקירוב מכלל אזרחי המדינה. מספרם המדויק של מקרי ההתאבדות בחברה הערבית אינו ידוע. בנתונים הרשמיים של משרד הבריאות מדווח על שיעור של 2.2 מקרי התאבדות לכל 100 אלף תושבים (בהשוואה ל־6.8 בחברה היהודית) (משרד הבריאות, 2021), אבל זה מידע חלקי בלבד. על פי ההערכות, נתונים אלה אינם משקפים את התמונה הקלינית, כמו שנסיביר בהמשך המאמר. הקושי לאמוד את שיעור ההתאבדות בארץ נובע מכמה סיבות. אחדות מהן משותפות לכלל הקבוצות החברתיות בישראל, ואחרות קשורות למבנה התרבות של החברה הערבית במדינה.

הקושי הראשון בקביעת שיעור האובדנות בישראל קשור להיעדר מאגר נתונים מרכזי ומעודכן לזמן אמת. הנתונים המעודכנים ביותר שיש בידנו על האובדנות בישראל (משרד הבריאות, 2021) רלוונטיים למצב שהיה בארץ לפני שנתיים ואף לפני שלוש שנים. מצב עניינים זה אינו מאפשר לתכנן מהלכים למניעת התאבדויות ואינו מסייע כלל לבניית תוכניות התערבות יעילות לצמצום התופעה. יתרה מכך, הוא חמור עוד יותר בחברה הערבית בישראל. בחברה זאת בולט גם המחסור באנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש וגם מספרם המצומצם של מרכזי הסיוע הנפשי.

הקושי השני באומדן שיעור ההתאבדות בחברה הערבית קשור לסטיגמה החברתית האופפת את תופעת ההתאבדות (Katz-Sheiban & Eshet, 2008). סטיגמה זאת נובעת מגורמים חברתיים ודתיים וגם מהיעדר מודעות לגורמי הסיכון ולסיבות שבגינן מתפתחות מצוקות נפשיות שגורמות להתאבדות. היעדר המודעות לגורמים אלה מושפע ישירות ממיעוט מרכזי הסיוע הנפשיים בישראל וממספרם הנמוך של אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש בחברה הערבית, כאמור. מחסור זה גורם לשלוש בעיות עיקריות: (1) הוא מונע ממי שנתון במצוקה נפשית לפנות לסיוע מקצועי, ועקב זאת תורם להחמרת מצבו; (2) הוא אינו מאפשר לפתח תוכניות לאיתור בני אדם שנתונים בסיכון, למניעת התאבדות ולהתערבות במקרי אובדנות; (3) הוא מעצים את הסטיגמה הקשורה למצוקות נפשיות ולהתנהגות אובדנית. סטיגמה זאת אינה פוסחת גם על אנשי המקצוע (רופאים, עובדים סוציאליים ופסיכולוגים), ולעיתים קרובות הם עלולים להימנע מדיווח על ניסיונות התאבדות.

כאמור, הנתונים הרשמיים על מצב ההתאבדות בקרב החברה הערבית בישראל אינם משקפים דיים את המציאות, ולא

¹ ד"ר סמי חמדאן הוא פסיכולוג חינוכי מומחה, חבר המועצה הלאומית למניעת התאבדות וראש המגמה לתואר שני בפסיכולוגיה חינוכית במכללה האקדמית תל אביב-יפו.

² יעל פומרנץ היא מנהלת היחידה למניעת אובדנות במשרד הבריאות.

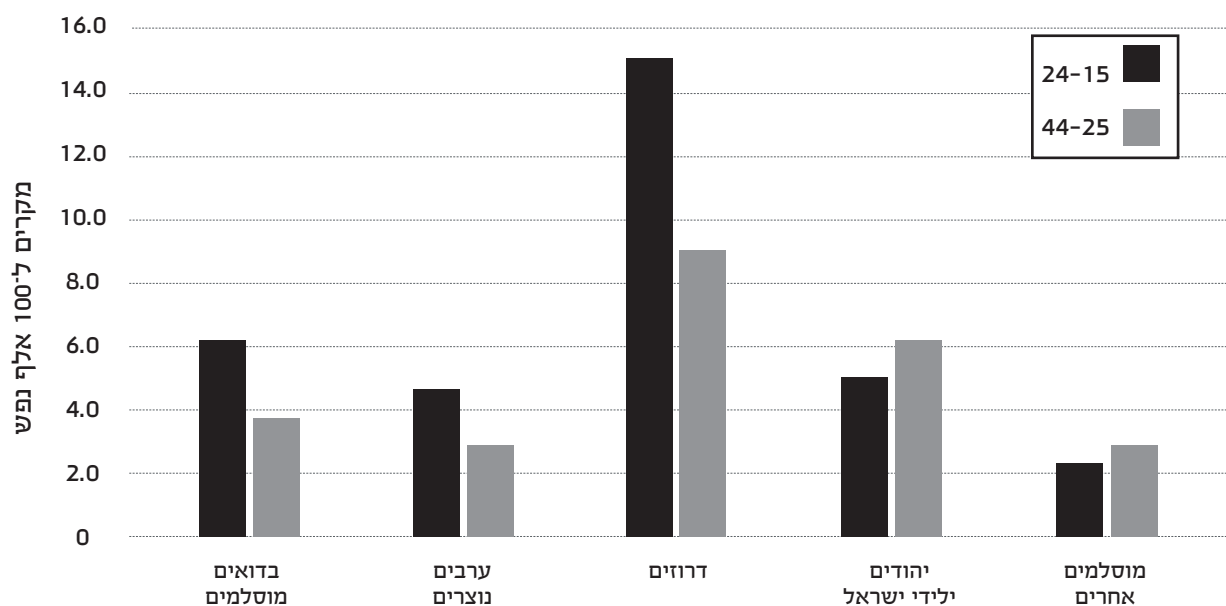
³ שיראל הרוש עזרן היא יועצת ארגונית בשלטון המקומי ומנהלת אזור בתוכנית הלאומית למניעת אובדנות במשרד הבריאות.

⁴ מאמר זה מבוסס על פעילותו של פורום חשיבה בהנהגתו של ד"ר חמדאן ובהשתתפותם של פרופ' סארה אבו כף מאוניברסיטת בן-גוריון; ד"ר ראידה דעים, מנהלת המרפאה לילד ולמתבגר במג'אר, שלוחה של מרפאת ילד ונוער של בית החולים זיו; עאידה חניף בושנאק, פסיכולוגית חינוכית בכירה במחוז צפון של השירות הפסיכולוגי הייעוצי (שפ"י); ד"ר אמג'ד מוסא, מנכ"ל במסגרת פסיכולוגיה חינוכית; יעל פומרנץ, מנהלת היחידה למניעת אובדנות במשרד הבריאות; ושיראל הרוש עזרן, יועצת ארגונית בשלטון המקומי ומנהלת אזור בתוכנית הלאומית למניעת אובדנות במשרד הבריאות.

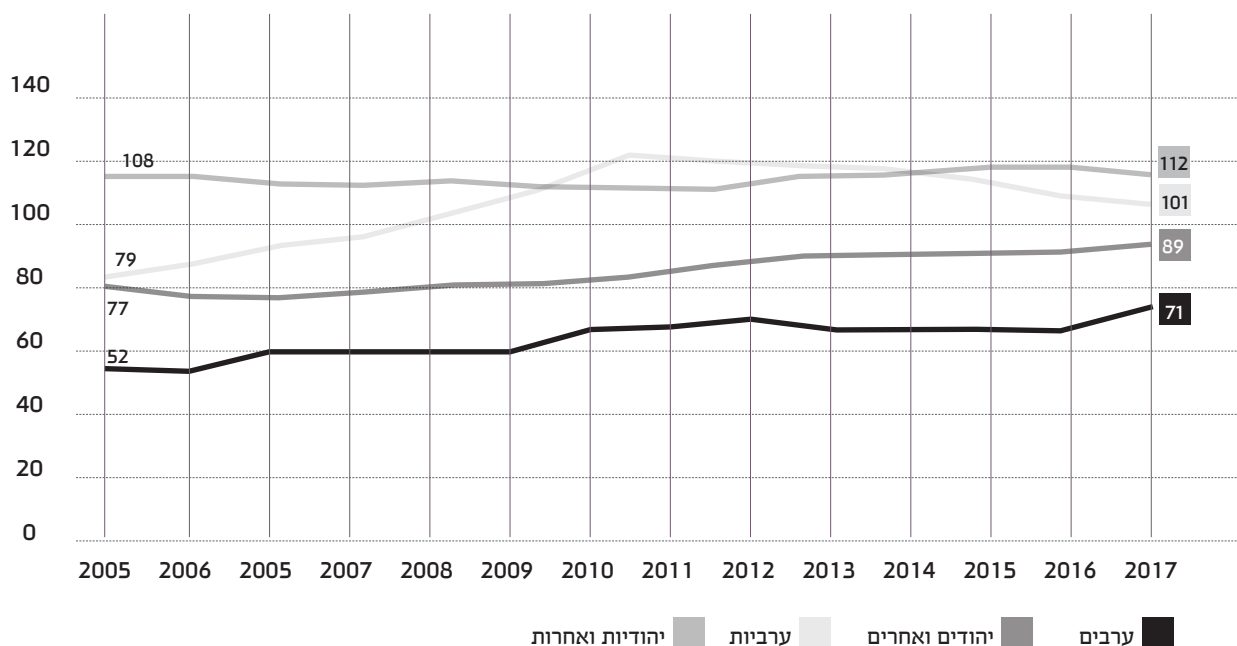
בקרב הדרוזים, הבדואים והנוצרים. שליש ויותר מכל מקרי ההתאבדות בחברה הערבית מתרחשים בקבוצות אלה, לעומת 11 אחוזים בחברה היהודית כולה. מלבד זאת, במעקב של שנים רבות נמצא ששיעור ניסיונות ההתאבדות של צעירות ערביות דומה לזה של צעירות יהודיות, ובשנים מסוימות אף גבוה מזה (ראו תרשים 2) (משרד הבריאות, 2020). גם שכיחות הפציעה העצמית ללא כוונה אובדנית בקרב

מעט מחקרים וסקרים שנערכו בחברה זאת מציגים תמונה מורכבת יותר. קבוצת הגיל הצעירה, עד 24, היא הגדולה ביותר בחברה הערבית, ובה גם נמצאים רוב גורמי הסיכון להתנהגות אובדנית. לדוגמה, שיעור מקרי ההתאבדות בקרב צעירים ערבים עד גיל 24 גבוה יותר לעומת קבוצות הגיל האחרות ועומד על שליש ויותר מסך מקרי ההתאבדות בחברה הערבית כולה (ראו תרשים 1). המצב בולט במיוחד

תרשים 1: שיעור ההתאבדות בישראל לפי קבוצות 1999-2011 (משרד הבריאות, 2021)



תרשים 2 (משרד הבריאות, 2020)



הצעירים הערבים גבוהה יותר במובהק מזאת של הצעירים היהודים, וגם תסמיני הדיכאון, קשיי השינה והשימוש באלכוהול ובסמים רבים יותר בקרבם (Hamdan et al., 2022). נוסף על כך, שיעור הנשירה מבתי הספר התיכוניים הערביים גבוה מאוד בהשוואה לנשירה בחברה היהודית בישראל. נתון זה חשוב בגלל ממצאי המחקר העקביים הקושרים בין נשירה מבית הספר ובין ניסיון התאבדות, ואף להתאבדות ממש, הן בישראל הן בעולם. אפשר להסיק אפוא שבחברה הערבית יש לא מעט גורמי סיכון, והם מעמידים את הנשים והאנשים בה בסכנת אובדנות.

התוכנית הלאומית למניעת התאבדות מנסה להטמיע את פעילותה ביישובים הערביים כל הזמן. אחדים מהיישובים כבר החלו בתהליך ההטמעה, אבל זאת רק תחילת הדרך. הפער בין החברה היהודית ובין החברה הערבית בנושא זה בא לידי ביטוי גם בפעילות השירות הפסיכולוגי הייעוצי (שפ"י). אומנם שפ"י מוביל בהצלחה רבה את תהליך האיתור, את הערכת הסיכון ואת הטיפול באוכלוסייה בסיכון בבתי הספר בישראל, אך מעטים הם בתי הספר ביישובים הערביים שהתוכנית מוטמעת בהם.

המלצות כלליות



בעקבות פגישות שקיימתי עם כותבות המאמר, עם אנשי אקדמיה ועם אנשי מחקר וטיפול מהחברה הערבית מוצגות כאן המלצות לדרכי התאמתה של התוכנית הלאומית למניעת אובדנות לחברה הערבית בישראל על כל גווניה ולהטמעתה בחברה זאת. ואלה ההמלצות:

1. יש לאמץ את התוכנית הלאומית למניעת אובדנות בישראל ולהתאימה מבחינת ההיבטים שיפורטו להלן.
2. מאחר שבחברה הערבית יש קבוצות רבות שונות (אזרחים בדואים שחיים בנגב, אזרחים ערבים שחיים בערים מעורבות מבחינה אתנית, אזרחים דרוזים, צ'רקסים, ערבים שחיים בכפרים ערביים באזור המשולש ובצפון ותושבים ערבים במזרח ירושלים),

מומלץ להתאים ולהנגיש את תוכני התוכנית למניעת אובדנות לכל מגזר ומגזר באוכלוסייה. מומלץ לעשות את ההתאמה באמצעות אנשי מקצוע שעובדים עם אוכלוסיות אלה יום יום והם בעלי ידע ייחודי לשונות שהצגתי. תוכניות מניעה והתערבות רגישות תרבותיות ומבוססות מחקר שנחקרו בעולם עשויות לסייע רבות בהטמעת תוכנית מותאמת גם בישראל. תפיסה זאת משתקפת בזהות חברי הפורום שגיבש את ההמלצות הללו (Kral & Kidd, 2018; LaFromboise & Lewis, 2008; Nastasi et al., 2004).

3. כדי להגדיל את הסיכוי להטמעת התוכנית ביישובים הערביים מומלץ לרתום לנושא חברי כנסת מהמפלגות השונות וגם את חברי ועדת המעקב העליונה לערבים בישראל. השתתפותם בתהליך זה תסייע רבות בגיוס ראשי יישובים וברתימתם לתהליך הטמעת התוכנית ביישוביהם. בהקשר הזה מומלץ לקיים ימי למידה וכינוסים מדעיים בשיתוף ראשי רשויות וחברי כנסת רלוונטיים.

4. מומלץ להכשיר אנשי מקצוע מהחברה הערבית כדי שישתתפו בהטמעת התוכנית המותאמת. לשם כך כדאי לגייס את אנשי המקצוע מתחומים שונים - רפואת המשפחה והילדים, פסיכיאטריה, פסיכולוגיה קלינית וחינוכית ועבודה סוציאלית.

4.1 מומלץ להכשיר את אנשי המקצוע האלה להתערבות בפעילויותיה השונות של התוכנית הלאומית למניעת אובדנות כגון מניעה ראשונית, שניונית ושלישונית. 4.2 מומלץ לכלול בתוכניות המניעה וההתערבות ידע שיתרום להתפתחותה של אוריינות בריאות הנפש בחברה הערבית. הפורום רואה חשיבות רבה בהרחבת האוריינות, שכן היא עשויה לסייע רבות לקידום הפנייה לקבלת סיוע נפשי ולצמצום הסטיגמה בתחום בריאות הנפש בכלל ובאובדנות בפרט.

5. רצפים טיפוליים: להצלחתן של תוכניות מניעה והתערבות בכלל, ובנושא האובדנות בפרט, יש חשיבות מכרעת. היעדר רצפים טיפוליים הוא עקב אכילס של תוכניות התערבות (בין שמדובר ברצפים טיפוליים בתוך מערכת או ארגון ובין שמדובר במערכות השונות). ביישובים הערביים בולט קושי זה במיוחד בגלל ארבע סיבות עיקריות: (1) היעדר מנגנונים שמתכללים את הפעילות ואת המאמץ המשותף של הגופים השונים במועצות המקומיות ובמשרדי ממשלה שונים; (2) היעדר תקשורת פנים ארגונית ובין-ארגונית; (3) היעדר אנשי מקצוע שהוכשרו לעשייה הזאת; (4) מספר קטן

של מרכזי סיוע נפשי מותאמים וזמינים לאוכלוסייה. מומלץ לטפל בחוסרים ובקשיים האלה באמצעות הקמת צוות רב-תחומי שיותאם לכל יישוב ויוכל לבנות מודל לרצפים טיפוליים.

6. יש להנגיש את המרכזים לטיפולים נפשיים (עורף ברה"ן). הנגשה זאת חיונית להטמעה מיטבית של התוכנית הלאומית למניעת אובדנות בחברה הערבית בישראל. ההנגשה מאפשרת מתן מענה מקצועי מיידי במקרי סיכון אובדני; מצמצמת את גורמי הסיכון המיידיים לאובדנות; מעניקה כלים להתמודדות יעילה יותר עם משברי חיים; ומקטינה את הסטיגמה על מצוקות נפשיות.

7. ליצור מניעה ראשונית שנוגעת להגברת החוסן באמצעות הגדלת הידע והאמצעים להתמודד עם משברים נפשיים וסיכון אובדני:

7.1 מומלץ להתאים את המידע ואת התכנים לתרבות ולשפה של האוכלוסייה הנזקקת לסיוע. חברי פורום החשיבה כבר התאימו אחדים מהנושאים ומהתכנים המיועדים לכל סוג קהל. מומלץ מאוד להמשיך בהתאמה על פי המשובים שיתקבלו בזמן הטמעתה של התוכנית ביישובים הערביים.

7.2 זיהוי קבוצות ייחודיות ביישובים או בקבוצות יעד מוגדרות עשוי לתרום רבות להנגשת הידע ולקידום הפנייה לקבלת סיוע נפשי. לדוגמה, איתור וגיוס אנשי דת (מבוגרים וצעירים) או מנהיגים צעירים עשויים לתרום רבות להטמעת חלקים מהתוכנית הלאומית למניעת אובדנות ביישוב כלשהו. מומלץ למפות את בעלי ההשפעה באמצעות שיח שוטף עם ראשי המחלקות השונות ביישוב ובבתי הספר ביישוב.

7.3 יש להקדיש תשומת לב מיוחדת לעצם הפנייה לבקשת עזרה נפשית בעת הצורך ולשפר את התהליך באמצעות הכשרת "שומרי סף" למניעת אובדנות. שומרי הסף האלה יוכשרו מקרב אנשי החינוך והייעוץ בבתי הספר ובמוסדות האקדמיים; מקרב רופאי/ות המשפחה, רופאי/ות הילדים, האחים והאחיות; מקרב מדריכים/ות בחינוך הלא פורמלי; מקרב ההורים; ומהסטודנטים/ות.

7.4 מומלץ להרחיב את פעילותן של תוכניות למניעת אובדנות בבתי הספר, למשל תוכנית "בוחרים בחיים", לכלל בתי הספר דוברי השפה הערבית. לתוכניות אלה יש חשיבות רבה בייחוד ביישובים שאין בהם מרכזים לסיוע וטיפול נפשי. בזכותן יהיה אפשר למפות מיפוי ראשוני את מעגלי הפגיעות ולהגביר את הרגשת

הביטחון בקרב אנשי החינוך מבחינת יכולתם לעסוק באובדנות ובגורמי הסיכון. בדרך זאת יהיה אפשר לצמצם את חוסר האונים שלהם הן ברמה המערכתית הן ברמה הפרטנית.

8. מניעה שניונית ושלישונית: מתן טיפול מבוסס ראיות לאוכלוסייה שנתונה בסיכון אובדני הוא כלי חשוב נוסף. לצד מתן התרופות לטיפול בדיכאון יש פרוטוקולים לטיפול פסיכולוגי מבוסס ראיות שעשויים להקטין את סכנת האובדנות, לדוגמה: מודל CBT-SP שפיתחו מומחים בארצות הברית והותאם לישראל (Stanley et al., 2009). מומלץ להכשיר אנשי מקצוע דוברי השפה הערבית לטיפול באמצעות פרוטוקולים אלה. חשוב לכלול בהכשרות אלה אנשי מקצוע כגון פסיכולוגים, פסיכיאטרים ועובדים סוציאליים קליניים.

9. הנגשת "קווים חמים" לחברה הערבית בישראל. מומלץ להרחיב את פעילות "הקווים החמים" הקיימים היום (ער"ן וסה"ר), להתאימם לאוכלוסייה הערבית ולשקול הקמת "קווים חמים" ייעודיים אחרים לקבוצות הגיל השונות בחברה הערבית. על אף הניסיון להנגיש שירות זה לחברה הערבית עדיין יש מחסור בשירותים אלה. על כן מומלץ להכשיר מתנדבים מהחברה הערבית לתת מענה לאנשים ולנשים במצוקה. חשוב לזכור שלא תמיד השפה העברית שגורה בפי הפונים והפונות הנתונים במצוקה, ועם זה שיח בשפת האם במצב כזה חיוני הן לפונה הן לנותני השירות.

סיכום

נראה שמורכבות התמונה הקלינית בחברה הערבית מחייבת המשך מחקר מעמיק לצד התאמת תוכניות לאיתור מוקדם של קבוצות בסיכון, התאמת תוכניות למניעת התאבדות, הגדלת המודעות לגורמי הסיכון ובניית תוכניות טיפול מותאמות לחברה. מלבד זאת יש צורך במחקר לשם קביעת אומדן לשכיחות ההתנהגות האובדנית, על כל סוגיה, לצד איתור וזיהוי גורמי סיכון ייחודיים בקרב קבוצות גיל ותרבות שונות בחברה הזאת. אין ספק שהכשרת אנשי מקצוע גם מתוך החברה הערבית תסייע רבות באיתור אוכלוסייה בסיכון, בהתערבות מותאמת תרבות במקרי סיכון אובדני ובמניעת המעשה.

- בלייך, א' (1990). המפגש הייחודי שבין הצעיר/ה והמסגרת הצבאית: משברי הסתגלות נורמטיביים, אפיונים פסיכופתולוגיים וביטויי מצוקה. ביטאון חיל הרפואה, 32, 12-10.
- מבקר המדינה (דוח שנתי 2020). היבטים ביישום התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות - פעולות משרדי הממשלה. <https://www.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2020/70b/2020-70b-104-Suicide.pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1>
- מור אופק, ה' (2002). סיפור חיים של מתאבדים: ניתוח סיפורי חיים של חיילים וחילות שהתאבדו במהלך שירותם הצבאי (עבודת תזה שלא פורסמה). אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן, ישראל.
- פרוכטר, א' ושלף, ל' (2015). מניעת התאבדות בצה"ל - מתקופת קום המדינה ועד לתוכנית המניעה הנוכחית. בתוך י' לוי בלז (עורך), להאיר את הרי החושך: התנהגות אובדנית בקרב בני נוער (עמ' 277-286). דיונון.
- קציר, י' (2004). הקשר בין מידת גיבוש זהות האני לבין נטיות אובדניות והתנהגות אובדנית בקרב חיילים בחודשי השירות הראשונים בצה"ל. אוניברסיטת בר-אילן.
- שלף, ל' (2011). לחץ, משאבים אישיים, מגדר, חוויה סובייקטיבית ותהליכים מאפשרי התאבדות אצל חיילים אובדניים. אוניברסיטת בר-אילן.
- שלף, ל', לוי בלז, י' ופרוכטר, א' (2017). תפיסת הלחץ הצבאי ותרומתו לקיומם של מחשבות אובדניות בקרב חיילים שביצעו ניסיונות אובדניים. חברה ורווחה, 1(1), 143-160.
- Apter, A., Bleich, A., King, R. A., Kron, S., Fluch, A., Kotler, M., & Cohen, D. J. (1993). Death without warning?: A clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males. *Archives of General Psychiatry*, 50(2), 138-142. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820140064007
- Apter, A., King, R. A., Bleich, A., Fluck, A., Kotler, M., & Kron, S. (2008). Fatal and non-fatal suicidal behavior in Israeli adolescent males. *Archives of Suicide Research*, 12(1), 20-29. doi:10.1080/13811110701798679
- Bodner, E., Ben-Artzi, E., & Kaplan, Z. (2006). Soldiers who kill themselves: The contribution of dispositional and situational factors. *Archives of Suicide Research*, 10(1), 29-43. doi:10.1080/13811110500318299
- Bodner, E., Iancu, I., Sarel, A., & Einat, H. (2007). Innovations: Accommodations: efforts to support special-needs soldiers serving in the Israeli Defense Forces. *Psychiatric Services*, 58(11), 1396-1398. doi:10.1176/appi.ps.58.11.1396
- Chiurliza, B., Gutierrez, P. M., Joiner, T., Hanson, J., Ben Yehuda, A., Tatsa-Lauer, L., Chu, C., Schneider, M. E., Stanley, I. H., & Rogers, M. L. (2018). Evaluation of suicide risk assessment measures in an Israel Defense Forces military sample. *Military Behavioral Health*, 6(4), 317-325. doi:10.1080/21635781.2018.1470585
- Dycian, A., Fishman, G., & Bleich, A. (1994). Suicide and self-inflicted injuries. *Aggressive Behavior*, 20(1), 9-16. doi:10.1002/1098-2337(1994)20:1<9::AID-AB2480200103>3.0.CO;2-K
- Fishman, G., Morris-Dycian, A., & Kotler, M. (1990). Suicide in the Israeli army. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(3), 225-239.
- Hochman, E., Shelef, L., Mann, J. J., Portugese, S., Krivoy, A., Shoval, G., Weiser, M., & Fruchter, E. (2014). Primary health care utilization prior to suicide: a retrospective case-control study among active-duty military personnel. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(8), e817-e823.
- 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
- Orbach, I., Gilboa-Schechtman, E., Ofek, H., Lubin, G., Mark, M., Bodner, E., Cohen, D., & King, R. (2007). A chronological perspective on suicide - the last days of life. *Death Studies*, 31(10), 909-932. doi:10.1080/07481180701603394
- Paz Yunik, N., Schiff, M., Barzilay, S., Yavnai, N., Ben Yehuda, A., & Shelef, L. (2022). Military mental health professionals' suicide risk assessment and management before and after experiencing a patient's suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. doi:10.1111/sltb.12829
- Shakarchy, N., Tatsa-Laur, L., Kedem, R., Ben Yehuda, A., & Shelef, L. (2022). Risk factors associated with various severities of suicidal and non-suicidal self-harm among Israel Defense Forces Soldiers - A nested case-control study. *Military Medicine*. doi:10.1093/milmed/usab541

- Shelef, L., Ayzen, E., Yavnai, N., Fruchter, E., & Sarid, O. (2016). The contribution of the socio-demographic characteristics on suicidal ideation among Israeli soldiers. *Disaster and Military Medicine*, 2(1), 1–10. doi:10.1186/s40696-016-0014-7
- Shelef, L., Essami, N., Birani, A., Hartal, M., & Yavnai, N. (2019). Personal and psychiatric characteristics among Druze soldiers attempting suicide during military service. *Journal of Affective Disorders*, 256, 486–494. doi:10.1016/j.jad.2019.06.011
- Shelef, L., Fruchter, E., Spiegel, D. O., Shoal, G., Mann, J. J., & Zalsman, G. (2014). Characteristics of soldiers with self-harm in the Israeli Defense Forces. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 410–418. doi:10.1080/13811118.2013.845121
- Shelef, L., Garber, E., Yavnai, N., Ben Yehuda, A., & Levi Belz, Y. (2020). Suicide among Ethiopian origin soldiers in the IDF – A qualitative view of risk factors, triggers, and life circumstances. *Journal of Affective Disorders*, 269, 125–133. doi:10.1016/j.jad.2020.03.034
- Shelef, L., Kaminsky, D., Carmon, M., Kedem, R., Bonne, O., Mann, J. J., & Fruchter, E. (2015). Risk factors for suicide attempt among Israeli Defense Forces soldiers: A retrospective case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 186, 232–240. doi:10.1016/j.jad.2015.07.016
- Shelef, L., Laur, L., Raviv, G., & Fruchter, E. (2015). A military suicide prevention program in the Israeli Defense Force: A review of an important military medical procedure. *Disaster and Military Medicine*, 1(1), 1–5.
- Shelef, L., Levi Belz, Y., & Fruchter, E. (2014). Dissociation and acquired capability as facilitators of suicide ideation among soldiers. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(6), 388–397. doi:10.1027/0227-5910/a000278
- Shelef, L., Levi Belz, Y., Fruchter, E., Santo, Y., & Dahan, E. (2016). No way out: Entrapment as a moderator of suicide ideation among military personnel. *Journal of Clinical Psychology*, 72(10), 1049–1063. doi:10.1002/jclp.22304
- 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 Methods in Psychiatric Research*, 28(3), e1796. doi:10.1002/mpr.1796
- 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 implementation. *European Psychiatry*, 62, 74–81.
- Shelef, L., Rabbany, J. M., Gutierrez, P. M., Kedem, R., Ben Yehuda, A., Mann, J. J., & Yacobi, A. (2021). The role of past suicidal behavior on current suicidality: a retrospective study in the Israeli Military. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 649. doi: 10.3390/ijerph18020649
- Shelef, L., Tatsa-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., 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. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.08.005
- Schneider, M., Werner, S., Yavnai, N., Ben Yehuda, A., & Shelef, L. (2022). Israeli soldiers' intentions and actions toward seeking mental health help: Barriers and facilitators. *Journal of Clinical Psychology*. doi:10.1002/jclp.23431
- Weinberg, I., Lubin, G., Shmushkevich, M., & Kaplan, Z. (2002). Elevated suicide rates on the first workday: A replication in Israel. *Death Studies*, 26(8), 681–688. doi:10.1080/07481180290088374
- Weiser, M., Goldberg, S., Werbeloff, N., Fenchel, D., Reichenberg, A., Shelef, L., Large, M., Davidson, M., & Fruchter, E. (2016). Risk of completed suicide in 89,049 young males assessed by a mental health professional. *European Neuropsychopharmacology*, 26(2), 341–349.
- WHO (2005). Mental health declaration for Europe: Facing the challenges, building solution.
- Yacobi, A., Fruchter, E., Mann, J., & Shelef, L. (2013). Differentiating army suicide attempters from psychologically treated and untreated soldiers: A demographic, psychological and stress-reaction characterization. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 300–305. doi:10.1016/j.jad.2013.04.009
- Zohar, A. H., Shen, G., Dycian, A., & Pauls, D. (2004). The military life scale: A measure of perceived stress and support in the Israeli Defense Force. *Israel Journal of Psychiatry*, 41(1), 33–44.

התוכנית למניעת אובדנות בצה"ל - העשור השני - אבני דרך מרכזיות על ציר הזמן

לאה שלף¹ ולוסיאן טצה-לאור²

תקציר

מערך בריאות הנפש בצה"ל קיים מאז מלחמת השחרור, אך העיסוק במניעת אובדנות בנושא מרכזי בייעודו של המערך התפתח במשך השנים, ושיאו בהפעלת תוכנית צה"לית למניעת התאבדויות בשנת 2006. מתחילת יישומה השתנו דברים רבים בדרך הפעלתה, במיקודה ובאוכלוסיות שהיא משרתת. מטרת מסמך זה להאיר על השינויים שחלו בתוכנית המניעה ועל המחקר שליווה אותה במשך השנים. לשם כך מוצגת כאן סקירה של אבני הדרך המרכזיות בהתפתחות המחקר על תופעת האובדנות בצה"ל. הסקירה תשקף את ההתפתחות הכרונולוגית של המחקר למניעת אובדנות ובתוך כך תסרטט את מפת הגורמים הקריטיים, הנסיבות, המניעים והמשתנים המציגים קווים לדמותן המורכבת של קבוצות הסיכון לאובדנות בצה"ל. מפה זאת שימשה את התוכנית למניעת התאבדויות שפותחה במחלקה לבריאות הגוף והנפש בעשור האחרון. התוכנית מניבה תוצאות איכותיות ומשתפרת תדיר. הידע שהצטבר על אודות חיילי צה"ל במחקרים שנסקרו במאמר זה פורסם רובו ככולו בספרות המקצועית הבין-לאומית.

מבוא

על פי נתוני ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2005) מתאבדים בעולם בכל שנה 800 אלף איש ואישה בקירוב, שהם 10.5 מתאבדים לכל מאה אלף נפש. בשנת 2005 חתם מנכ"ל משרד הבריאות, בשם שר הבריאות ובשיתוף שרי הבריאות של מדינות אחרות באירופה שחברות בארגון הבריאות העולמי, על הצהרה שעניינה בריאות הנפש. ההצהרה עסקה בין השאר בנקיטת אמצעים למניעת התאבדות ובצורך לעגנם בתוכנית לאומית בכל מדינה. עם מטרות התוכנית נמנו פיתוח אמצעים להפחתת הגורמים להתאבדויות ויישוםם; פעילות לצמצום הסטיגמה הנוגעת לעיסוק בנושא האובדנות ובהגברת

המודעות הציבורית לנושא; פיתוח מיומנויות להתמודדות של בני משפחה ושל מטפלים עם התאבדות והבאתם לידי מעורבות פעילה בתוכניות טיפול. מהניסיון שנצבר בארץ ובעולם עולה ששיעור המתאבדים ירד כאשר גורם ממשלתי או גורם מקצועי מטעמו קיבל עליו אחריות להתמודדות עם התופעה ויזם פעילות מערכתית, שיטתית ועקבית. דוגמאות מן העולם אפשר למצוא בדוח שהפיץ מבקר המדינה בשנת 2020 (מבקר המדינה, 2020) ועסק בהיבטים ביישום התוכנית הלאומית למניעת התאבדות. בצה"ל התחלנו להפעיל תוכנית ייעודית למניעת התאבדויות בשנת 2006. אומנם אנחנו מעדכנים אותה מפעם לפעם, אבל משמרים את מרכיבי הבסיס בה. מאז הפעלת התוכנית חלה ירידה של 75 אחוזים בקירוב במספר ההתאבדויות בקרב חיילים וחיילות בשירות החובה.³ הירידה הגדולה ביותר הייתה בקרב חיילים, לעומת חיילות, אם כי הם עדיין הקבוצה העיקרית של המתאבדים בצה"ל (Shelef et al., 2019). בתוכנית זאת נכללים מרכיבים שונים ובהם קביעת מחלקת בריאות הנפש (ברה"ן) בצה"ל כגוף שעומד בראש התחום מבחינת המטה והשטח (כלומר החיילים והמפקדים עצמם); התוויית תהליכים ותוכניות פיקוד למניעת אובדנות ובתוך כך מעורבות רבה של המפקדים בשטח בהנהגת אכ"א במטות; הכשרת קב"נים ורופאים להערכת מסוכנות וטיפול בדיכאון; צמצום הסטיגמה בדבר העיסוק באובדנות והגברת הנגישות באמצעות פריסה רחבה יותר של קציני בריאות הנפש (קב"נים) בפיקודים ובזרועות: הקב"נים הם חלק בלתי נפרד מהיחידה ונעים במדים, ולכן הם נגישים יותר, והסטיגמה שבפנייה לקבלת עזרה בעת הצורך פוחתת; הבלטת ההסברה בנושא ושיתוף פעולה בין משרד הביטחון ובין משרד החינוך; הצהרה ברורה של מפקדים ולפיה יש להילחם בתופעה. הצהרתם מקבלת תימוכין בפקודות הצבא; פיתוח כלים לסקירה של סיכון אובדני ולמניעה של התאבדויות בשלבים הראשונים של הכניסה לשירות - טירונות והכשרה מקצועית; הכשרת מפקדים לתפקיד

¹ ד"ר לאה שלף היא עובדת סוציאלית, ראש בית הספר לעבודה סוציאלית במכללה האקדמית ספיר ולשעבר ראש ענף פסיכולוגיה בחיל האוויר.

² אל"מ ד"ר לוסיאן טצה-לאור הוא פסיכיאטר, ראש מחלקת בריאות הגוף והנפש בחיל הרפואה בצה"ל.

³ רוב משתתפי המחקר היו גברים, ולכן נקטנו לשון זכר. כשהשתתפו נשים במחקר ציינו זאת במפורש.

של ממש בתפיסת תפקיד הקב"ן. התפקיד התפתח והתרחב לעשייה רחבת היקף לא רק בחירום אלא גם בשגרה. ומלבד השינויים בארגון לווה השינוי הקונספטואלי הזה גם בעלייה בכמות ובאיכות המחקר שנעשה על אוכלוסייה ייחודית זאת.

המחקר על התקופות הקריטיות בשירות הצבאי

כבר לפני ארבעה עשורים בקירוב הוכרו תחילת השירות הצבאי, הטירונות וההכשרה הראשונה כתקופות קריטיות להסתגלות לשירות הצבאי. במאמרו של בלייך (1990) נטען כי המפגש הייחודי של הצעיר או הצעירה עם המסגרת הצבאית עלול להתאפיין במשברי הסתגלות. בלייך ביסס את הטענה ולפיה לא תמיד נתפס הגיוס לצבא כתהליך התפתחותי-טבעי בקרב הצעירים הישראלים, ולפיכך מבחינת אחדים מהמתגייסים מפגש זה טומן בחובו משבר לעיתים. ממצאים בעבודתם של פישמן ואחרים (Fishman et al., 1990) תמכו בטיעונו של בלייך והראו כי שליש ויותר ממקרי ההתאבדות ומהניסיונות האובדניים בצה"ל אכן מתרחשים בששת החודשים הראשונים לשירות החובה, בעיקר בתקופת הטירונות ובזמן ההכשרה הראשונית.

בשנת 1993 פרסמו אפרט ואחרים (Apter et al., 1993) את המסמך "התאבדות ללא אזהרה" המשתייך את ראשית הידע על אפיוני החייל האובדני בזמן שירותו הצבאי. מחקר זה הראה כי חיילים שהתאבדו אופיינו כבעלי קשיים וכתוננים בלחץ. ואולם בשני שלישים מהמקרים נמצא כי מקורם של אותם גורמי לחץ שקשורים ישירות להתאבדות הוא במישור האישי, למשל בבעיות מתחומי הזוגיות וכן בבעיות כלכליות ומשפחתיות, ורק בקרב שליש מהמתאבדים בקירוב נמצא כי מקור הלחץ הוא בשירות הצבאי.

במחקר עדכני נמצא כי מתוך קבוצה של 250 אלף חיילים בקירוב ששירתו בצה"ל מ'2008-2018 היה שיעור החיילים הגברים המתאבדים 80.8 אחוזים. עם זה רק 46.7 אחוזים מניסיונות ההתאבדות שהתרחשו באותן שנים נעשו על ידי גברים. באותו מחקר נמצאו הבדלים בין חיילים ובין חיילות גם בנוגע למועד ניסיונות ההתאבדות וההתאבדות. נראה כי חיילות נטו להתאבד לקראת סיום שירות החובה, ואילו חיילים נטו לבצע ניסיונות התאבדות ולהתאבד בתדירות גבוהה יותר בשנת השירות הראשונה שלהם. במחקר נמצא גם ההבדל הזה בין חיילים ובין חיילות: מספר החיילים שהפגינו התנהגות אובדנית היה גבוה מזה של החיילות, אבל ניסיונות אובדניים חמורים רבים יותר היו דווקא בקרב החיילות (Shakarchy et al., 2022).

"שומרי סף", כלומר פיתוח יכולתם לאתר סימני מצוקה אצל פקודיהם, וכן הכשרת חיילים עמיתים לשמש מקור תמיכה ("ערבות הדדית"); הבטחת רציפות הטיפול וסגירת מעגל בכל מקרה של דיווח על חשש למסוכנות בתחום האובדנות; הגבלה ניכרת של נגישות החיילים לכלי נשק; וביצוע קפדני של תהליכי חקירה והפקת לקחים בכל אירוע שהסתיים במוות ובאירועים של ניסיון אובדני חמור.

מאז הפעלת התוכנית חלה ירידה של 75 אחוזים בקירוב במספר ההתאבדויות בקרב חיילים וחיילות בשירות החובה. הירידה הגדולה ביותר הייתה בקרב חיילים, לעומת חיילות, אם כי הם עדיין הקבוצה העיקרית של המתאבדים בצה"ל

מערך בריאות הנפש של צה"ל החל לפעול עוד בימי מלחמת השחרור, אך בתחילת הדרך, כשאך החלו לגבש את תפקידיו, לא היו ייעודו ופריסתו של המערך עיקר פעילותו. למרות התפתחויות שונות בתחום תורת הטיפול בלחימה, בתגובות קרב ובתסמונת בתר-חבלתית (PTSD) נסב עיקר העיסוק של מערך ברה"ן עד שנת 2005 בעיקר במיון ובמניעת תחלואת נפש עם הגיוס לצבא, בהכשרת מפקדים להתמודדות עם קשיי החיילים, באיתור סימני מצוקה ובמידה מועטה גם בטיפול פרטני בחייל המתקשה. הקב"נים באותן שנים פעלו בייחוד במרפאות המרחביות ולא היו חלק בלתי נפרד מהיחידה עצמה. פעולות המניעה התמקדו בעיקר בתחום המודעות לתופעה ובמתן כלים בסיסיים למפקדים שהיו צריכים להחליט בנוגע להתערבות טיפולית. לאופי המפקד ול"רוח היחידה" הייתה השפעה ניכרת על החלטתו של חייל שהתקשה לפנות לקבלת טיפול נפשי לעשות זאת. בשל החשש מסטיגמה שתפגע בשירותו הצבאי של החייל הפונה, ואולי תפגע בו גם אחריו, מעטים למדי החיילים שפנו לקב"ן בעבר, אבל עם השנים השתנה המצב. מלבד זאת, בשנים אלה היה כלי תחקור ולמידה אחד בלבד - חקירת מצ"ח שנערכה בכל מקרה של "מוות שאינו בפעילות מבצעית" (משב"ם). ממצאי החקירה נבחנו בפרקליטות הצבאית. שיטה זאת תרמה מאוד לשינוי הנהלים, אך מטבע הדברים התמקדה עשייתם של שני הגופים בעיקר בחיפוש אשמים ולא בהטמעת תהליכי שיפור במערכת כולה.

העלייה במספר המתאבדים במשך השנים (עד שיעור של 32 מתאבדים למאה אלף נפש בשנת 2005), הגידול במספר החיילים ובסוגי האוכלוסיות שגויסו לצה"ל והפעילות המבצעית האינטנסיבית באותן שנים (ממלחמת השחרור דרך מלחמת ששת הימים ועד מלחמת לבנון) הביאו לידי שינוי

הזיקה למדדי האיכות

מחקר השוואתי של דיציאן ואחרים (Dycian et al., 1994) שנערך במשך שש שנים (1983-1988) מצא מתאם חיובי בין מדדי האיכות הצה"ליים - קבוצת איכות (קב"א) ודירוג פסיכוטכני ראשוני (דפ"ר) - ובין סכנת ההתאבדות: ככל שמדדי איכות אלה גבוהים יותר כך גוברת סכנת ההתאבדות. במחקר זה נמצא גם מתאם שלילי בין מדדי האיכות ובין ניסיונות אובדניים: ככל שהקב"א והדפ"ר נמוכים יותר כך גוברת הסכנה שיתרחש ניסיון אובדני. הבדלים אלה תומכים בהשערה כי המתאבדים והחיילים והחיילות שביצעו ניסיון אובדני בצבא הם אוכלוסיות בעלות מאפיינים שונים ואינם חלק מאותה אוכלוסייה על רצף החומרה. במאה ה-21 התעצם חלקו של מחקר זה והוא נעשה נדבך מרכזי בעשייה המחקרית של מחלקת בריאות הנפש. מלבדו היו מחקריה של שלף (Shelef et al., 2015) לאבני דרך מובהקות בהבנת התופעה ובבחינת יעילותה של תוכנית המניעה הצה"לית. בהמשך המאמר נסקור אחדים מהממצאים החשובים שעלו במסגרת גוף ידע זה.

חקר תופעת ההתאבדות בצה"ל - סוגיות נבחרות שעלו במאה ה-21

מגדר כקבוצת סיכון: מחקר עוקבה רטרוספקטיבי בחן את כלל מקרי ההתאבדות בצה"ל במשך 27 שנים (1974-2001) בקרב חיילים וחיילות בשירות חובה, משרתי קבע ואנשי מילואים אשר התאבדו בשירות פעיל. ממצאיו עולה כי שיעור המתאבדים בקרב חיילים גברים גבוה יותר משיעור המתאבדות בקרב החיילות (Weinberg et al., 2002). ממצא זה חזר על עצמו במחקרים אחדים מהשנים האחרונות (למשל, Shelef et al., 2017; Shelef et al., 2019).

משברי הסתגלות ואיפנייה לעזרה מקצועית: מחקר שמבוסס על נתונים מתיקיהם הרפואיים של מתאבדים בצה"ל מ'2000-2003 מצא כי 80 אחוזים מהמתאבדים לא פנו לעזרה מקצועית ולא דיווחו על מחשבות אובדניות. רק מיעוט מהמתאבדים אותנו על מצוקתם, וכשעשו זאת סיפרו לחבריהם בלבד. מחקירת התיקים בשיטת האוטופסייה הפסיכולוגית (ניתוח פסיכולוגי לאחר המוות) נמצא במחקר זה כי ההתאבדות התרחשה על רקע משברים נפשיים שנבעו בין השאר מקשיי הסתגלות למערכת הצבאית, מחיכוכים עם מפקדים, מהרגשת כישלון בתפקיד וכן מאכזבה מהשיבוץ ומהשירות. בחלוקה מגדרית של המתאבדים נמצא כי משברים אלה רווחו בקרב 42 אחוזים מהחיילים ובקרב 63 אחוזים מהחיילות (מור אופק, 2002).

מידת גורמי לחץ בנסיבות צבאיות: במחקר של קציר (2004) תוקף כלי למדידת רמת הלחץ בנסיבות השירות הצבאי כדי להתחקות אחר רמת הלחץ שהיו נתונים בה החיילים בתקופה שקדמה להתאבדותם. מחקר אחר הגדיר שישה גורמים מרכזיים להרגשת לחץ בעת השירות הצבאי הן ביחידות קרביות הן ביחידות תומכות לחימה: (1) עבודה פיזית קשה; (2) שעות עבודה ארוכות; (3) ריחוק מהבית; (4) אירועי חיים שליליים כמו מוות של בן משפחה, גירוש הורים או נטייה מינית; (5) חיכוך עם סמכות, בעיקר עם מפקדים שאינם הוגנים; (6) חוסר שביעות רצון מהשיבוץ (Zohar et al., 2004).

מחקרים השוואתיים

המתאם בין התאבדויות ובין נתוני איכות ומשתנים נוספים - השוואה בין קבוצות מחקר: בודנר ואחרים (Bodner et al., 2006) בדקו את נתוני האיכות של חיילים שהתאבדו ומצאו כי נתוני האיכות של לוחמים שהתאבדו היו גבוהים בממוצע לעומת נתוניהם של מתאבדים מיחידות לא קרביות, בין השאר בממד המוטיבציה לשירות והמעברים בין יחידות. אפטר ואחרים (Apter et al., 2008) מצאו שכיחות גבוהה למדי של התאבדויות בקרב חיילים גברים שהיו בני 19-20, בשנת שירותם הראשונה, בעלי נתוני אינטליגנציה גבוהים ומקבוצת איכות גבוהה (קב"א 51 ויותר), בעלי פרופיל רפואי תקין ושירתו ביחידה קרבית. שכיחות גבוהה למדי של התאבדויות נמצאה גם בקרב חיילים שלא סיימו את תקופת ההכשרה הראשונה שלהם או הודחו מקורסים ייחודיים ומיחידות מיוחדות. אפטר ואחרים (Apter et al., 1993) עמדו על השוני במבחר מדדים וקריטריונים שאפיינו חיילים שהתאבדו לעומת חיילים שביצעו ניסיונות אובדניים. מחקר השווה בין חיילים שביצעו ניסיון התאבדות ומצא קווי אפיון משותפים לחיילים שביצעו ניסיון אובדני חמור. מאפיינים אלה היו שונים ממאפייניהם של חיילים שביצעו ניסיונות אובדניים חמורים פחות או איימו באובדנות אך לא פגעו בעצמם גופנית. בקבוצת החיילים שביצעו ניסיון אובדני חמור בלטה השכיחות הגבוהה של תחלואה נפשית פסיכיאטרית, ובעיקר דיכאון מז'ורי, זמן קצר לפני האירוע האובדני. אומנם גם בקבוצות האחרות נמצאו עדויות לתסמיני דיכאון ולתחלואה נפשית פסיכיאטרית, אך האבחנה הפסיכיאטרית השכיחה מהם הייתה הפרעת הסתגלות, וניכרה הימצאות נמוכה למדי של אבחנת דיכאון מז'ורי.

איסכרון בין המצב הרגשי ובין התפקוד הצבאי: במחקר אוטופסייה פסיכולוגית (Orbach et al., 2007) שבדק את

כמו ויסות רגשי, נמוכים לעומת חיילים שלא ביצעו ניסיון אובדני. כן נמצא כי ככל שהייתה רמת המשאבים האישיים שלהם נמוכה והלחץ הכללי היה גבוה כך נתפסו בעיות רבות יותר כאיום עליהם. ולהפך, ככל שהייתה רמת המשאבים האישיים גבוהה כך הייתה החוויה הסובייקטיבית, למשל כאב נפשי או הרגשת בדידות, חיובית יותר. וכשהיו משאבים אלה גבוהים היה הסיכוי להתנהגות אובדנית נמוך יותר.



שני מושגים חדשים נבחנו בקרב החיילים והחיילות במחקר זה, לראשונה בצה"ל: דיסוציאציה והביטואציה. ייחודם נעוץ בעובדה שהם כשלעצמם אינם יכולים לגרום ישירות להתאבדות, ולכן הם שונים מהמושגים השייכים לקטגוריה "סיבות להתאבדות". ועם זה הם מגדילים את ההסתברות להתנהגות אובדנית מעצם נוכחותם. המושג דיסוציאציה נוגע למנגנון הגנה מפני רגשות קשים להכלה. מנגנון זה מאפשר ריחוק חווייתי מהאירוע, ובשימוש חוזר בפרקי זמן ארוכים עלול להפוך למכניזם לא יעיל של ניתוק ושל בריחה מהתמודדות. מכניזם זה בא לידי ביטוי, בין היתר, בהיעדר תחושת כאב פיזי ובאדישות כלפי הגוף וכלפי העצמי, והוא עלול להיות גורם שמאפשר את ביצוע ההתנהגות האובדנית במצבי לחץ. המושג הביטואציה קשור ליכולת הממשית להוציא לפועל את הרעיון האובדני בתהליך נפשי של תרגול ושל התמודדות עם כאב ועם פגיעה עצמית. כאשר נרכשת יכולת זאת גדלה הסכנה של ביצוע פגיעה גופנית ממשית. חשיבותם של ממצאים אלה קשורה לעיקרון שלפיו התרומה העיקרית לדיסוציאציה ולהביטואציה נובעת מהחוויה הסובייקטיבית: ככל שהיא שלילית יותר, למשל כאב נפשי או חוסר תקווה, כך רמתן של הדיסוציאציה ושל ההביטואציה תהיה גבוהה יותר. הנחת היסוד היא כי מצבי דיסוציאציה והביטואציה הם המאפשרים את המעשה האובדני. עוד נמצא כי ככל שהחיילים מתרגלים מנטלית (כלומר מתקדמים בתהליך ההביטואציה), כך יש להם מחשבות אובדניות רבות יותר. מחקר זה תורם להבנה שקיומם של גורמים שמאפשרים את ביצוע ההתנהגות האובדנית חשוב להערכת הסיכון

תיקיהם הרפואיים של חיילים שהתאבדו בשירותם הצבאי נמצא כי אצל רובם לא היה סנכרון בין מצבם הרגשי ובין תפקודם בצבא בשלושת השבועות שקדמו להתאבדותם; כלומר אף שהם הראו סימני מצוקה, לא נפגע כמעט תפקודם הצבאי.

חיילי מקא"מ (מרכז קידום אוכלוסיות מיוחדות): מחקר השוואתי שפורסם אף הוא ב-2007 בדק את סימולי הסיווגים הנפשיים בהקשרים של התאבדות בקרב שלוש קבוצות חיילים שנחלקו לפי מאפיינים אלה: (1) בעלי פרופיל נפשי; (2) קשיי הסתגלות (קה"ס); (3) מקא"מ - סיווג הנוגע לאוכלוסיות מיוחדות של חיילים, בעלי ציון קה"ס גבוה שמעיד על חומרת הקשיים בתפקוד בעת השירות הצבאי. במחקר זה נמצא כי בקרב חיילי מקא"מ ניכר שיעור אובדנות נמוך לעומת שתי הקבוצות האחרות, אף שלמחציתם ויותר הותאם גם פרופיל נפשי. על פי אחד ההסברים לממצא זה קיבלו החיילים הנמנים עם קבוצת מקא"מ תמיכה ויחס מיוחדים במשך השירות כולו, ולכן נטו פחות מאחרים למעשי אובדנות (Bodner et al., 2007).

אם כן, מממצאי המחקרים עד כה עלו שני גורמי סיכון קריטיים שנוגעים להתנהגות האובדנית בצה"ל: (1) תקופה של התבגרות, גיל של התפתחות מנטלית; (2) חוויית השירות הצבאי כגורם לחץ.

זמינות כלי הנשק: בשנת 2010 נוספה עדות מחקרית ולפיה יש גורם סיכון קריטי שלישי: זמינותם של כלי הנשק. מחקר חלוץ בדק את המתאם בין צמצום הנגישות לכלי הנשק בשירות הצבאי ובין צמצום שיעור המתאבדים בצה"ל (Lubin et al., 2010). ממצאי מחקר זה הניחו את התשתית המרכזית לאחד הרכיבים המשמעותיים בתוכנית למניעת התאבדויות בצה"ל. החוויה הסובייקטיבית, דיסוציאציה והביטואציה: כדי להבין מי מהחיילים והחיילות הנתונים בתנאי לחץ ובעלי מאפיינים נפשיים דומים יחשוב מחשבות אובדניות ואף ינסה להתאבד, הועמקה ההשוואה במבחר תחכים במחקרה של שלף משנת 2011. באוכלוסיית המחקר נכלל מדגם של 168 נבדקים, מאה מהם חיילים (59.5 אחוזים) ו-68 מהם חיילות (40.5 אחוזים). הם חולקו לשלוש תתי-קבוצות לפי מדד ההתנהגות האובדנית, הפרופיל הנפשי והטיפול: (1) חיילים וחיילות אשר ביצעו ניסיון אובדני בזמן שירותם; (2) חיילים וחיילות בעלי פרופיל נפשי שמטופלים במסגרת צה"ל; (3) חיילים וחיילות שאינם בעלי אבחנה נפשית כלשהי, אינם מטופלים ומעולם לא ביצעו ניסיון אובדני. מחקר זה הרחיב את רשימת המשתנים שנבדקו והוסיף להמדדי השוואה בתחום המשאבים המנטליים. ממצאי המחקר מראים כי בקבוצת החיילים והחיילות שביצעו ניסיון אובדני היו המשאבים האישיים,

האובדני, גם אם הם אינם הגורמים הישירים למעשה כמו האפשרות לרכוש את היכולת להוציא את הרעיון האובדני לפועל (שלף, 2011; Shelef et al., 2014). בשני המדדים הללו נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצת האובדניים ובין שתי הקבוצות האחרות, ואילו בין קבוצת המטופלים ובין קבוצת הביקורת לא נמצאו הבדלים מובהקים. בעקבות ממצא זה אפשר להסיק שמדדי הדיסוציאציה וההביטואציה ייחודיים למנסים להתאבד ואינם קשורים בהכרח לרמת הלחץ, לרמת המצוקה או לפתולוגיה הנפשית שיוצרות את גורמי הסיכון. בהקשר של המשאבים האישיים נמצא כי היכולת לווסת כאב נפשי היא משתנה שממתן את הקשר בין כאב נפשי ובין מחשבות אובדניות והתאבדות. חיילים וחילות שחוו רמת כאב נפשי גבוהה והתאפיינו ביכולת נמוכה לווסת כאב נפשי דיווחו על רמה גבוהה יותר של מחשבות אובדניות לעומת חיילים אחרים (Shelef et al., 2015). ממצאים אלה תרמו ליכולת להעריך את סכנת האובדנות.

הכוונה האובדנית ומדד הלחץ הצבאי והכללי: חוקרים מסוימים הניחו שהכוונה האובדנית היא אבחנה חשובה לחקר תופעת האובדנות. על כן בדקו מחקרים אחדים מ־2013-2015 מבחר מדדים בזיקה לאבחנת הכוונה האובדנית בעת המעשה האובדני. הכוונה האובדנית היא מידת נכונותו של המבצע לשים קץ לחייו בעת מימוש המעשה האובדני. המדדים שנבדקו היו חוויית הלחץ הצבאי בהשוואה לגורמי לחץ אחרים וכן ההיסטוריה האובדנית של החייל לפני גיוסו לצה"ל. לשם מדידת גורמי הלחץ השתמשו החוקרים, בין השאר, במדד הלחץ הצבאי כמו שהוא תוקף במחקר של זוהר ואחרים (Zohar et al., 2004). במחקר זה היו באוכלוסיית המחקר שלוש קבוצות חיילים: חיילים שביצעו ניסיון אובדני, מטופלים וקבוצת ביקורת ובה חיילים שאינם בעלי אבחנות קליניות ולא ביצעו כל התנהגות אובדנית. המחקר מצא כי רמת הלחץ הכללי הייתה גבוהה יותר בקרב קבוצת האובדניים לעומת שתי הקבוצות האחרות - מטופלים וקבוצת הביקורת שאינה קלינית. ואשר ללחץ הצבאי - הממצאים העידו על רמת לחץ גבוהה יותר הן בקרב קבוצת האובדניים הן בקבוצת המטופלים בהשוואה לקבוצת הביקורת שאינה קלינית (שלף ואחרים, 2017). בקבוצת האובדניים נמצא קשר מובהק בין הלחץ הכללי המוגבר ובין הכוונה האובדנית. מאחר שלא נמצא קשר כזה בין הלחץ הצבאי ובין הכוונה האובדנית, הסיקו החוקרים כי ללחץ הכללי יש השפעה רבה יותר על ניסיונות ההתאבדות לעומת הלחץ הצבאי. לפיכך יכולתם של אנשי הטיפול בצה"ל להבחין בין לחץ כללי ובין לחץ צבאי תסייע להם להפנות חיילים לקבלת עזרה, ולחיילים עצמם - לפנות לעזרה (שם).

במחקרם של יעקובי ואחרים (Yacobi et al., 2013) נמצא כי בקרב שליש ויותר מקבוצת האובדניים היה דיווח על ניסיון אובדני עוד טרם הגיוס לצבא. במחקר אחר לא נמצאו מאפיינים שהבדילו בין אוכלוסיית החיילים והחיילות שניסו להתאבד ובין חיילים והחיילות שביצעו פגיעה עצמית שאינה אובדנית (NSSI – Nonsuicidal Self-Injury) מלבד עצם הגדרת המניע - הכוונה האובדנית (Shelef et al., 2014). מחקר נוסף מצא כי שיעור ניסיונות ההתאבדות בקרב חיילים וחילות בעלי אבחנה פסיכיאטרית בעת גיוסם היה גבוה לעומת שיעורם בקרב כלל החיילים והחיילות שהתגייסו באותן שנים ולא היו בעלי אבחנה פסיכיאטרית בעת גיוסם (Shelef et al., 2015). מחקרם של הוכמן ואחרים (Hochman et al., 2014) בדק את שכילות הפנייה של חיילים וחילות לעזרה. נמצא בו כי הקשר של המתאבדים בצה"ל עם הרופא הראשוני (הרופא ביחידה, רופא שאינו רופא מומחה) בתקופה הסמוכה למותם לא היה הדוק במיוחד לעומת הקשר של המתאבדים באוכלוסייה האזרחית עם רופאם. ועם זה הוא היה גבוה לעומת עוצמת הקשר עם אנשי בריאות הנפש. ממצאים אלה מעידים כי יש לקדם פעולות הסברה לזיהוי דיכאון ולטיפול בו בקרב הרופאים הראשוניים כגישה מעשית למניעת התאבדות.

לממצאי המחקרים שהוצגו עד כה נודעה תרומה חשובה לגיבוש מרכיבי התוכנית למניעת התאבדויות בצה"ל ובכלל זה (1) הגבלת הנגישות לנשק; (2) שיפור הפעולות לאיתור אובדנות; (3) זיהוי אוכלוסיות סיכון ייחודיות והתערבות ממוקדת מבעבר; (4) זיהוי סימני מצוקה; (5) הקניית ידע ל"שומרי סף"; (6) צמצום התיוג הסטיגמתי בפנייה לגורמי בריאות הנפש; (7) העלאת זמינותם של שירותי בריאות הנפש לחיילי צה"ל (פרוכטר ושלף, 2015).

לסיכום, בחינת יעילותה של תוכנית המניעה, טרם יישומה ואחריו, הייתה שלב מתבקש בעבודתם של חוקרים בצה"ל. מחקרים אחדים בחנו את יעילות התוכנית בשיטה של ניתוח קובץ נתונים. ממצאיו של אחד החשובים שבמחקרים אלה (Shelef et al., 2016) מצוטטים ברבים מהמחקרים הבין לאומיים העוסקים בתוכניות מניעה בכלל ובקרב חיילים בפרט. מחקר עוקבה זה נערך על מיליון חיילים וחילות בקירוב, וממצאיו עלה שחלה ירידה של 50 אחוזים בשיעור המתאבדים בעקבות יישומה של תוכנית המניעה לצמצום מקרי האובדנות בצה"ל. יעילות התוכנית בקרב החיילים הודגמה בכל אחד מהמשתנים האלה: גברים ילידי ישראל (בעיקר), במצב סוציו־אקונומי גבוה, בעלי דפ"ר גבוה ומשרתים ביחידות קרביות (שם). מחקרים מ־2017-2019 הוסיפו להעמיק בשאלת יעילותה של התוכנית בצה"לית

למניעת אובדנות ובחנו מגמות של השתנות במאפייני המתאבדים בצה"ל מאז החלת התוכנית. לדוגמה, במחקר של שלף ואחרים (Shelef et al., 2019) נצפתה מגמת ירידה מסוימת בסיכון היחסי (the relative risk) לאובדנות בקרב חיילים גברים לעומת חיילות וכן ירידה בסיכון היחסי לאובדנות בקרב חיילים בתפקיד תומך לחימה ואף בקרב חיילים דרוזים. בתוך כך זוהתה מגמת עלייה בסיכון היחסי לאובדנות בקרב אוכלוסיית החיילים העולים, בקרב חיילים ממוצא אתיופי וכן אצל בעלי מחלה פסיכיאטרית מאובחנת. במחקר זה גם נמצא כי המשתנה "השנה הראשונה לשירות הצבאי" נותר גורם סכנה שנקשר לאובדנות. עם זה במחקר אחר של שלף ואחרים (Shelef et al., 2017) נמצא כי שיעור ההתאבדויות בקרב בעלי אבחנות פסיכיאטריות (סעיפי ליקויים נפשיים על פי ספר הפרופילים) כגון חרדה, דיכאון, הפרעות אכילה ומצבים פסיכויטיים, וכן קשיי הסתגלות חמורים, אינו גבוה יותר מבשאר אוכלוסיית המחקר. ואולם חיילים גברים ממוצא אתיופי שמגיעים משכבות סוציו-אקונומיות נמוכות ומתאפיינים בקשיי הסתגלות שכוללים בפגיעה קלה ברמת התפקוד נתונים בסכנה מוגברת להתאבדות.

במרוצת השנים, ולאחר ניתוח קובצי הנתונים, הצליחו מחקרים רבים יותר לבודד משתנים נוספים, להעמיק את הידע בנושא, בעיקר על אודות ניסיונות אובדניים, ולשכלל באמצעות שאלונים לדיווח עצמי. לדוגמה, במחקר של שלף ואחרים (Shelef et al., 2016) נמצא כי בקרב קבוצת חיילים שביצעו ניסיון אובדני הייתה רמת המוטיבציה לשירות נמוכה לעומת קבוצת השוואה (המידע על המוטיבציה לשירות ביחידה קרבית בשנים אלה נאסף מחיילים בלבד). השוואת המשתנים הפסיכולוגיים מעלה ממצא חשוב נוסף ולפיו רבע מהחיילים האובדניים דיווחו על שימוש מופרז באלכוהול, לעומת שיעורים נמוכים מאוד בשאר הקבוצות. לפיכך הסיקו החוקרים שיש מתאם חיובי בין מוטיבציה לשירות ובין השתלבות מוצלחת בשירות, ומתאם שלילי בין שני גורמים אלה ובין התפתחותן של מחשבות אובדניות.

במחקר שעסק בשאלה הנוגעת להתפתחותן של מחשבות אובדניות בתקופת השירות הצבאי נמצא כי הרגשת מלכוד היא גורם מרכזי בהתעוררות מחשבות אובדניות. ככל שגוברת הרגשת המלכוד כך גובר הלחץ הנפשי, והוא בתורו מעורר רמה גבוהה יותר של מחשבות אובדניות. ממצא זה זוהה הן בקרב מי שזכה לתמיכה מעטה מצד חברים ומשפחה הן בקרב מי שזכה לתמיכה חברתית רבה. ועם זה נמצא שתמיכה חברתית רבה עשויה למתן את הזיקה שבין הרגשת המלכוד ובין הצפה של מחשבות אובדניות (Shelef et al., 2016).

בעקבות ממצאי המחקרים שבחנו את יעילות תוכנית המניעה בצה"ל נבחרו שתי אוכלוסיות למיקוד במחקר: בני העדה הדרוזית וחיילים שמוצאם מאתיופיה. המחקר הראשון פורסם בשנת 2019. הוא בחן את מאפייני אוכלוסיית המבצעים ניסיונות אובדניים בצה"ל בהשוואה בין חיילים דרוזים ובין חיילים יהודים ובהשוואה בין חיילים דרוזים לוחמים ובין חיילים דרוזים שאינם לוחמים (Shelef et al., 2019). בין השאר נמצא בו כי (1) ניסיונות אובדניים בקרב חיילים דרוזים נעשים בשלב מוקדם של השירות בדרך כלל; (2) שיעור הלוחמים הדרוזים שמבצעים ניסיונות אובדניים גבוה לעומת החיילים היהודים; (3) יחסם של החיילים הדרוזים לשירות שלילי מזה של החיילים היהודים; (4) החיילים הדרוזים מוכרים לגורמי בריאות הנפש פחות מהחיילים היהודים.

המחקר השני פורסם בתחילת 2020. הוא התמקד במאפייני החיילים ממוצא אתיופי שסיימו את חייהם בהתאבדות (Shelef et al., 2020). מהמחקר עלה כי החייל המתאבד ממוצא אתיופי מתמודד עם לחצים מהסביבה כגון קשיים כלכליים ואובדן במשפחה. קשיים אלה עלולים להביא לידי קונפליקט עם שירותו הצבאי עד כדי היעדרות משירות וכליאה. חיילים אלה אינם נוטים לבטא את מצוקתם במילים או במעשים, והסביבה לא תזהה סימני משבר אצלם. הם לא יחפשו עזרה, לא יחשפו את הרגשתם ולא יעבירו כל מסר על תכנון פעולה אובדנית או על כוונה אובדנית. על כן תתקשה הסביבה המקצועית לסייע בזיהוי מצבים אלה.

במחקרם הייחודי ניסו וייזר ואחרים (Weiser et al., 2016) להתחקות אחר מתאם בין התנהגות אובדנית בקרב חיילים בשירות חובה ובין שיעור מתאבדים גבוה בקרב אותה אוכלוסייה בהמשך חייה. ייחודו של המחקר נעוץ במעקב שנעשה אחר חיילים משוחררים במשך שנתיים עד תשע שנים מיום שחרורם. במחקר לא נמצא קשר מובהק בין דיווחים על מחשבות אובדניות בזמן השירות, בעת בדיקת החיילים אצל קב"ן, ובין שיעור גבוה של אובדנות לאחר שחרורם. כן לא זוהה קשר מובהק בין דיווחים על היסטוריה של ניסיונות אובדניים שקדמו לבדיקה ובין אובדנות בשלבים מאוחרים יותר בחיים.

התקדמות נוספת בהרחבת השדה המחקרי בנוגע למניעת התאבדויות בצבא באה לידי ביטוי במחקר חתך אשר השתתפו בו 263 חיילים וחיילות קרביים ולא קרביים. במחקר זה נעשה ניסיון למפות את המשתנים הפוטנציאליים הקשורים להחלטה לפנות לעזרת גורם בריאות הנפש בצבא. ממצאי המחקר עלה כי הסטיגמה על הפנייה לטיפול, סטיגמה שקשורה למצב הצבאי, וחסמים בירוקרטיים

סיכום

תחילתה של תוכנית המניעה הצה"לית הפועלת כיום הייתה בשנת 2006. היא החלה בהצהרה פיקודית ערכית, ובעקבותיה החלו פעולות שונות כגון הגברת המודעות לנושא ההתאבדות, מתן כלי התערבות למפקדים ולעמיתים ליחידה, הגבלת הנגישות לכלי הנשק, שינוי ההוראות והנהלים הממוקדים בטיפול ושמירה על רצף טיפולי הדוק. מלבד הפעולות הוצבו קב"נים אורגניים ביחידות השונות ברחבי הארץ, ובזכותם ניתן לחיילים במצוקה טיפול מהיר ונגיש מבעבר.

בד בבד עם התבססותה של התוכנית הצה"לית החל להצטבר ידע מחקרי רב בנושא שנסקר במאמר זה. באחדים מהמחקרים השתתפו אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש אשר שירתו בצה"ל במגוון תפקידים ובכירות מקצועית; במחקרים מסוימים השתתפו קב"נים, ובעקבותיהם כתבו עבודות תזה ודוקטורט; ובמחקרים אחרים השתתפו סטודנטים לרפואה צבאית במסלול "צמרת" באוניברסיטה העברית בירושלים, ומחקרים אלה שימשו לעבודות גמר. פרסום המחקרים בספרות המקצועית הבין-לאומית התניע תהליכים של שיתופי פעולה עם חוקרים מאוניברסיטאות בישראל ומחוצה לה וייסד ערוץ לעבודות משותפות עם חוקרים מצבא ארצות הברית וערוץ למחקרים שאף הוצגו אחר כך במפגשי "שורש" (Shelef et al., 2021; Chiurliza et al., 2018). אומנם העיסוק במחקר בצה"ל הוא תולדה של סקרנות ונועד לבסס השערות ותובנות שעולות בזמן העבודה הקלינית, אך מחקר זה אינו המטרה עצמה אלא אמצעי להעמקת ההבנה של התופעה, על מאפייניה הייחודיים לחיילים בשירות חובה. מלבד זאת הוא משמש כלי מעשי לפיתוח תוכניות למניעת תופעת ההתאבדות כדי לשפר את איכות הטיפול שמקבלים המשרתים בצבא ואת חוויית שירותם.

מטבע הדברים אין בסוג אחד של מחקר כדי להקיף את מלוא מורכבותה של תופעת האובדנות. לכל אחת משיטות המחקר יתרונות וחסרונות, ויש לברור אותן בדרך מושכלת שמותאמת למטרות המחקר. לכל מחקר התרומה הייחודית לו בבניית בסיס הידע המקצועי, ולכל אחד מהם ערך בנדבך הנוסף לידע הנצבר. ידע זה תורם להערכת הסכנה, לזיהוי, לטיפול ולמניעה הקשורים לאובדנות. ולא זאת בלבד אלא שהוא תורם לפיתוח מערכות מעקב וניטור, לקביעת הוראות ונהלים ולהחלת מדיניות לצמצום נגע ההתאבדות ולמניעתו לפי פילוח מדויק של מאפייני אוכלוסיות היעד. מכאן גם החשיבות הגבוהה שבאיסוף שיטתי של נתונים והזנתם לקידום הבנתן של תופעות לעומקן.

שימוש חסמים בכוונה לפנות לטיפול ובפנייה לטיפול בפועל. ויותר מהחסמים הבירוקרטיים רווחו בקרב החיילים הקרביים בעיקר הסטיגמות הקשורות לחשש מפני פגיעה בקריירה הצבאית בעקבות הפנייה לטיפול, חשש מפני יחס שלילי מצד מפקדיהם וחבריהם ליחידה וחשש שמא ייתפסו בעיניהם כחלשים. עם זאת ממצאי המחקר מעידים שכדי שאכן תתבצע פנייה לטיפול בפועל, בייחוד במערכת צבאית, על המצוקה והפגיעה ברווחה הנפשית להיות גדולות עד כדי כך שיאפשרו לחיילים להתגבר על החסמים המונעים מהם לפנות לטיפול (Schneider et al., 2022).

כבר לפני ארבעה עשורים בקירוב הוכרו תחילת השירות הצבאי, הטיירות וההכשרה הראשונה כתקופות קריטיות להסתגלות לשירות הצבאי... המפגש הייחודי של הצעיר או הצעירה עם המסגרת הצבאית עלול להתאפיין במשברי הסתגלות

במחקר חדשני נוסף נבחן הקשר בין אירוע התאבדות של חייל שנמצא בטיפול לבריאות הנפש ובין התנהגות המטפל לאחר האירוע כמו שהיא משתקפת בהערכת סכנת האובדנות ובמידת זהירותו באופן ניהול סכנת האובדנות של מטופליו. מחקר זה בחן רשומות רפואיות מהמערכת הרפואית הממוחשבת (CPR) בצה"ל. נבדקו בו 50 קציני בריאות נפש בצה"ל שבדקו 30 חיילים וחיילות טרם התאבדותם או טיפלו בהם מ־2009-2017. נמצא בו כי דירוג הערכת הסכנה על ידי המטפל לאחר אירוע התאבדות של מטופל גבוה במובהק מדירוגו את הערכת הסכנה לפני האירוע. הרשומות הרפואיות נבדקו חצי שנה לפני ההתאבדות וחודשיים, שלושה ושישה חודשים לאחר התאבדות של חייל או חיילת בטיפולו של הקב"ן. אשר להבדלים על פי מגדר, נמצא כי בהשוואה למטפלות העריכו מטפלים גברים רמת סכנה אובדנית גבוהה יותר במובהק לאחר התאבדות מטופל שלהם. לא נמצאו הבדלים בין המגדרים בתחום ניהול הסיכון. כמו כן נמצא כי המשתנים "משך הקשר הטיפולי", "ותק" ו"מגדר" ממתנים את הקשר בין התאבדות של מטופל ובין הערכה של רמת הסכנה ושל מידת הזהירות בניהול סיכונים של מטופלים אחרים בטיפולו של המטפל. מחקר זה ראשון מסוגו ועוסק בהשפעותיה של האובדנות בצה"ל על התנהלותם של המטפלים בעת טיפולם במטופלים אחרים. הוא אינו מתבסס על דיווחים עצמיים באמצעות שאלוני מחקר על אופן התנהגותם אלא על נתונים שמציגים את התנהגותם בפועל. ממצאיו מעידים על החשיבות הרבה שבהמשך פיתוח תוכניות הכשרה ייעודיות להתמודדות עם מטופל הנתון בסכנת אובדנות ועם התאבדות מטופל (Paz et al., 2022).

- בלייך, א' (1990). המפגש הייחודי שבין הצעיר/ה והמסגרת הצבאית: משברי הסתגלות נורמטיביים, אפיונים פסיכופתולוגיים וביטויי מצוקה. ביטאון חיל הרפואה, 32, 10-12.
- מבקר המדינה (דוח שנתי 70ב, 2020). היבטים ביישום התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות - פעולות משרדי הממשלה. <https://www.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2020/70b/2020-70b-104-Suicide.pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1>
- מור אופק, ה' (2002). סיפור חיים של מתאבדים: ניתוח סיפורי חיים של חיילים וחיילות שהתאבדו במהלך שירותם הצבאי (עבודת תזה שלא פורסמה). אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן, ישראל.
- פרוכטר, א' ושלף, ל' (2015). מניעת התאבדות בצה"ל - מתקופת קום המדינה ועד לתוכנית המניעה הנוכחית. בתוך י' לוי בלז (עורך), להאיר את הרי החושך: התנהגות אובדנית בקרב בני נוער (עמ' 277-286). דיונון.
- קציר, י' (2004). הקשר בין מידת גיבוש זהות האני לבין נטיות אובדניות והתנהגות אובדנית בקרב חיילים בחודשי השירות הראשונים בצה"ל. אוניברסיטת בר-אילן.
- שלף, ל' (2011). לחץ, משאבים אישיים, מגדר, חוויה סובייקטיבית ותהליכים מאפשרי התאבדות אצל חיילים אובדניים. אוניברסיטת בר-אילן.
- שלף, ל', לוי בלז, י' ופרוכטר, א' (2017). תפיסת הלחץ הצבאי ותרומתו לקיומם של מחשבות אובדניות בקרב חיילים שביצעו ניסיונות אובדניים. חברה ורווחה, 160-143, 1(1).
- Apter, A., Bleich, A., King, R. A., Kron, S., Fluck, A., Kotler, M., & Cohen, D. J. (1993). Death without warning?: A clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males. *Archives of General Psychiatry*, 50(2), 138-142. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820140064007
- Apter, A., King, R. A., Bleich, A., Fluck, A., Kotler, M., & Kron, S. (2008). Fatal and non-fatal suicidal behavior in Israeli adolescent males. *Archives of Suicide Research*, 12(1), 20-29. doi:10.1080/13811110701798679
- Bodner, E., Ben-Artzi, E., & Kaplan, Z. (2006). Soldiers who kill themselves: The contribution of dispositional and situational factors. *Archives of Suicide Research*, 10(1), 29-43. doi:10.1080/13811110500318299
- Bodner, E., Iancu, I., Sarel, A., & Einat, H. (2007). Innovations: Accommodations: efforts to support special-needs soldiers serving in the Israeli Defense Forces. *Psychiatric Services*, 58(11), 1396-1398. doi:10.1176/appi.ps.58.11.1396
- Chiurliza, B., Gutierrez, P. M., Joiner, T., Hanson, J., Ben Yehuda, A., Tatsa-Lauer, L., Chu, C., Schneider, M. E., Stanley, I. H., & Rogers, M. L. (2018). Evaluation of suicide risk assessment measures in an Israel Defense Forces military sample. *Military Behavioral Health*, 6(4), 317-325. doi:10.1080/21635781.2018.1470585
- Dycian, A., Fishman, G., & Bleich, A. (1994). Suicide and self-inflicted injuries. *Aggressive Behavior*, 20(1), 9-16. doi:10.1002/1098-2337(1994)20:1<9::AID-AB2480200103>3.0.CO;2-K
- Fishman, G., Morris-Dycian, A., & Kotler, M. (1990). Suicide in the Israeli army. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(3), 225-239.
- Hochman, E., Shelef, L., Mann, J. J., Portugese, S., Krivoy, A., Shoval, G., Weiser, M., & Fruchter, E. (2014). Primary health care utilization prior to suicide: a retrospective case-control study among active-duty military personnel. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(8), e817-e823.
- 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
- Orbach, I., Gilboa-Schechtman, E., Ofek, H., Lubin, G., Mark, M., Bodner, E., Cohen, D., & King, R. (2007). A chronological perspective on suicide - the last days of life. *Death Studies*, 31(10), 909-932. doi:10.1080/07481180701603394

- Paz Yunik, N., Schiff, M., Barzilay, S., Yavnai, N., Ben Yehuda, A., & Shelef, L. (2022). Military mental health professionals' suicide risk assessment and management before and after experiencing a patient's suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. doi:10.1111/sltb.12829
- Shakarchy, N., Tatsa-Laur, L., Kedem, R., Ben Yehuda, A., & Shelef, L. (2022). Risk factors associated with various severities of suicidal and non-suicidal self-harm among Israel Defense Forces Soldiers – A nested case-control study. *Military Medicine*. doi:10.1093/milmed/usab541
- Shelef, L., Ayzen, E., Yavnai, N., Fruchter, E., & Sarid, O. (2016). The contribution of the socio-demographic characteristics on suicidal ideation among Israeli soldiers. *Disaster and Military Medicine*, 2(1), 1–10. doi:10.1186/s40696-016-0014-7
- Shelef, L., Essami, N., Birani, A., Hartal, M., & Yavnai, N. (2019). Personal and psychiatric characteristics among Druze soldiers attempting suicide during military service. *Journal of Affective Disorders*, 256, 486–494. doi:10.1016/j.jad.2019.06.011
- Shelef, L., Fruchter, E., Spiegel, D. O., Shoval, G., Mann, J. J., & Zalsman, G. (2014). Characteristics of soldiers with self-harm in the Israeli Defense Forces. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 410–418. doi:10.1080/13811118.2013.845121
- Shelef, L., Garber, E., Yavnai, N., Ben Yehuda, A., & Levi Belz, Y. (2020). Suicide among Ethiopian origin soldiers in the IDF – A qualitative view of risk factors, triggers, and life circumstances. *Journal of Affective Disorders*, 269, 125–133. doi:10.1016/j.jad.2020.03.034
- Shelef, L., Kaminsky, D., Carmon, M., Kedem, R., Bonne, O., Mann, J. J., & Fruchter, E. (2015). Risk factors for suicide attempt among Israeli Defense Forces soldiers: A retrospective case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 186, 232–240. doi:10.1016/j.jad.2015.07.016
- Shelef, L., Laur, L., Raviv, G., & Fruchter, E. (2015). A military suicide prevention program in the Israeli Defense Force: A review of an important military medical procedure. *Disaster and Military Medicine*, 1(1), 1–5.
- Shelef, L., Levi Belz, Y., & Fruchter, E. (2014). Dissociation and acquired capability as facilitators of suicide ideation among soldiers. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(6), 388–397. doi:10.1027/0227-5910/a000278
- Shelef, L., Levi Belz, Y., Fruchter, E., Santo, Y., & Dahan, E. (2016). No way out: Entrapment as a moderator of suicide ideation among military personnel. *Journal of Clinical Psychology*, 72(10), 1049–1063. doi:10.1002/jclp.22304
- 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 Methods in Psychiatric Research*, 28(3), e1796. doi:10.1002/mpr.1796
- 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 implementation. *European Psychiatry*, 62, 74–81.
- Shelef, L., Rabbany, J. M., Gutierrez, P. M., Kedem, R., Ben Yehuda, A., Mann, J. J., & Yacobi, A. (2021). The role of past suicidal behavior on current suicidality: a retrospective Study in the Israeli Military. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 649. doi: 10.3390/ijerph18020649
- Shelef, L., Tatsa-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., 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. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.08.005
- Schneider, M., Werner, S., Yavnai, N., Ben Yehuda, A., & Shelef, L. (2022). Israeli soldiers' intentions and actions toward seeking mental health help: Barriers and facilitators. *Journal of Clinical Psychology*. doi:10.1002/jclp.23431

- Weinberg, I., Lubin, G., Shmushkevich, M., & Kaplan, Z. (2002). Elevated suicide rates on the first workday: A replication in Israel. *Death Studies*, 26(8), 681–688. doi:10.1080/07481180290088374
- Weiser, M., Goldberg, S., Werbeloff, N., Fenchel, D., Reichenberg, A., Shelef, L., Large, M., Davidson, M., & Fruchter, E. (2016). Risk of completed suicide in 89,049 young males assessed by a mental health professional. *European Neuropsychopharmacology*, 26(2), 341–349.
- WHO (2005). Mental health declaration for Europe: Facing the challenges, building solution.
- Yacobi, A., Fruchter, E., Mann, J., & Shelef, L. (2013). Differentiating army suicide attempters from psychologically treated and untreated soldiers: A demographic, psychological and stress-reaction characterization. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 300–305. doi:10.1016/j.jad.2013.04.009
- Zohar, A. H., Shen, G., Dycian, A., & Pauls, D. (2004). The military life scale: A measure of perceived stress and support in the Israeli Defense Force. *Israel Journal of Psychiatry*, 41(1), 33–44.

חמישים האחוזים המורכבים: התאבדויות אֶפְסִיכִיאָטְרִיּוֹת וחשיבותם של סוגי פילוח נוספים בדוח האובדנות למניעת התאבדויות

יוֹתָם קוֹמָן¹

תקציר

עשרה עד 50 אחוזים ממקרי ההתאבדות בישראל ובארצות אחרות בעולם אינם מתרחשים על רקע פסיכיאטרי. עם הסיבות להתאבדות נמנים בין השאר משבר בחיים, מוות של אדם קרוב, בעיות בריאות ובעיות כלכליות. מניעת מקרים כאלה מורכבת יותר ממתן טיפול תרופתי רגיל. נדרשות לה התערבויות ייחודיות שנוגעות לכל מקרה ומקרה. בדוח התקופתי "אובדנות בישראל" מוצגים נתונים וממצאים שמסייעים לדרג המקצועי ולמקבלי ההחלטות להתוות תוכניות מתאימות לטיפול באוכלוסיות בסיכון כגון עולים חדשים וקשישים. ישנם גם פילוחי אוכלוסייה אחרים שעשויים לשפוך אור על אוכלוסיות סיכון נוספות. מאפיינים דתיים הם דוגמה לפילוחים כאלה, והם הופיעו בעבר בספרות המחקרית כבעלי חשיבות מעשית. צירוף של פילוח זה לדוח והרחבתו לקבוצות נוספות באוכלוסייה יסייעו לייעל את המאבק בתופעת ההתאבדות בישראל.

מבוא

בשנים האחרונות עלתה המודעות לאובדנות ולהתאבדויות, לקשר שלהן לשייכות הדתית ולמידת חוזק הקשר לדת בזכות מחקרים מדעיים וחשיפה לנושא בתקשורת (גל, 2012; פולק, 2012; Wilchek-Aviad & Malka, 2016). עדויות ראשוניות מהמחקר הסבו את תשומת הלב לשתי סוגיות עיקריות: אובדנות מוגברת בקרב "יוצאים בשאלה" (בלז ואחרים, 2014) ותת־דיווח בקרב הקהילה החרדית (בן דוד, 2020; פולק, 2012). בישראל, ובעולם בכלל, נובע נתח לא מבוטל ממקרי ההתאבדות מרקע אֶפְסִיכִיאָטְרִי. אוכלוסיות שונות נתונות לסיכון מוגבר למעשי אובדנות, בין השאר בגלל אובדן מסגרת משפחתית וחברתית, משבר רגשי ואינטלקטואלי וקשיים כלכליים (Elbogen et al., 2021; Petrosky, 2020). למשל, עולים חדשים מברית המועצות לשעבר ומאתיופיה והאוכלוסייה המבוגרת בישראל מוגדרים כקבוצות סיכון

(חקלאי, 2021; יונגמן ושוקד, 2009; כהן ואחרים, 2009; Wilchek-Aviad, 2015). הגדרתם כך מאפשרת ליצור מנגנונים ייחודיים להגשת טיפול ממוקד בהם ומתן פתרון לבעיות שורש שנוגעות לפרט.

מטרתו של מאמר זה להציג את הממצאים הקיימים כיום בנוגע לאוכלוסיות המוגדרות קבוצות בסיכון לצד מידע על אוכלוסיות אחרות אשר אינן מוגדרות כך. כמו כן הוא ידגיש את חשיבות המעקב אחר נתונים רלוונטיים לנושא בדוחות המדינה הרשמיים כדי לנסות ולמנוע אובדנות בקרב קבוצות אלה ולייעל את הטיפול בהן. החשיבות בהשקעת משאבים ובהעמקת החקר בנושא האובדנות והמסגרת הדתית באות לידי ביטוי בישראל ביתר שאת, שכן השיוך הדתי משפיע על היבטים רבים בחיי הפרט כגון מסגרת חברתית ומשפחתית, תפיסה ערכית ודרך חיים (בורשטיין ליפסיקס, 2013).

אובדנות אֶפְסִיכִיאָטְרִי וההתמודדות עימה

על פי נתונים מישראל ומהעולם מתרחש חלק נכבד ממקרי ההתאבדות על רקע פסיכיאטרי. שיעורם של מקרים אלה נע בין 50 ל־90 אחוזים מכלל המקרים (Borges et al., 2020; Petrosky et al., 2010). פסיכיאטרים, פסיכולוגים ובעלי תפקידים אחרים בקהילת בריאות הנפש מיומנים בהתמודדות עם גורם זה בזכות הספרות הענפה העוסקת בו. את הפתרונות המוצעים בה אפשר ליישם באמצעות מתן תרופות פסיכיאטריות וליווי המטופלים בזמן התאמת הסוג והמינון המתאימים של התרופה לכל מקרה ומקרה. מאחר שמקור סיבת ההתאבדות במקרים אלה הוא הפרעה פסיכיאטרית קודמת, הטיפול הפסיכיאטרי התרופתי הוא פתרון לגורם עצמו ולא לתסמינים לבדם.

מקורם של שאר מקרי ההתאבדות, עשרה עד 50 האחוזים האחרים, הוא בסיבות שאינן פסיכיאטריות טהורות (בורשטיין ליפסיקס, 2013; Petrosky et al., 2010; Borges et al., 2020). עם הגורמים הללו אפשר למנות משבר כלכלי או

¹ יוֹתָם קוֹמָן הוא פסיכולוג ודוקטורנט למדעי המוח במכון המחקר הבין־לאומי למדעים מתקדמים SISSA. הדוקטורט שלו עוסק במוטיבציה פנימית וחיצונית. מייל: yotam1coman@gmail.com; טלפון: 054-5856981

בעיות בריאות, בעיות עם בן או בת הזוג, שימוש בחומרים משני תודעה וקשיים משפטיים. במקרים אלה הסיבה הראשונית גורמת לאדם מועקה נפשית. אם תחמיר מועקה זאת, היא עלולה להסתיים במעשה אובדני. מלבד זאת, הואיל והסיבה המקורית שבגינה החל המשבר הרגשי אינה פסיכיאטרית, תהיה יעילות התרופות הפסיכיאטריות מוגבלת. ואף אם ניכרת השפעת התרופות, השימוש באמצעים פסיכיאטריים במקרים כאלה הוא בגדר טיפול בתסמינים ולא בבעיה עצמה. בנסיבות אלה נדרשים שינויים של דפוסי מחשבה שליליים, הרגעת הנפש ומתן עזרה בביצוע תהליכים שונים. כלומר נוסף על הטיפול הפסיכיאטרי נדרשים פתרונות מורכבים שתלויים בכל מקרה לגופו ובהם טיפול פסיכולוגי מעמיק ועקבי, סיוע סוציאלי ושילוב במסגרות חברתיות מתאימות. לעיתים נדרשת עזרה בנושאים טכניים כגון התמודדות עם בירוקרטיה, קידום תהליכים בהתנהלות עם הרשויות ומתן עזרה בביצוע מטלות יום-יומיות כגון קניות, ניקוי ובישול. טיפול בשורש הבעיה, מוגדרת ככל שתהיה, יהיה יעיל יותר מטיפול שטחי בתסמינים, שכן מקור הבעיה נעוץ במצב קיים בעולם ולא בחוסר איזון בפעילות המוח. כמובן, לעיתים אותן בעיות גורמות לתפיסת עולם מעוותת או לפעילות אנורמלית במוח, אבל במקרים אלה החתימה הביולוגית והקוגניטיבית היא תוצר לוואי של אירועים ושל מצבים במציאות.

דוח אובדנות בישראל - מבוגרים ועולים כאוכלוסיות בסיכון

מקבלי ההחלטות, האמונים על הקצאת משאבים לשם הוצאה לפועל של תוכניות להתמודדות עם הבעיה, נסמכים על ממצאים ועל נתונים שמניח על שולחנם הדרג המקצועי. לאחר הגשת התוכניות נדרש הדרג המקצועי להציע פתרונות יישומיים שנוגעים לבעיות שהוצגו. אחד האמצעים המסייעים לקידום דיאלוג רציף בין הדרג המקצועי ובין דרג מקבלי ההחלטות הוא המסמך "אובדנות בישראל" (חקלאי, 2018) שמתפרסם אחת לשנה עד אחת לשלוש שנים (מאז שנת 2008). מטרתו המוצהרת של המסמך היא להציג "מידע על היקף ההתאבדויות וניסיונות ההתאבדות של תושבי ישראל, כדי לסייע לקובעי המדיניות והמטפלים בהכנת תוכניות התערבות מתאימות (חקלאי, 2018, עמ' 3). וכדי שהתערבויות יהיו יעילות "הפרסום מציג מספר ושיעור התאבדות וניסיונות התאבדות תוך דגש על קבוצות אוכלוסייה בסיכון" (שם). בתוך כך הוא מציג "מגמות לפי שנה, גיל, מין, קבוצות אוכלוסייה, עולים, אופן ביצוע, מחוז, נפה ויישוב" (שם).

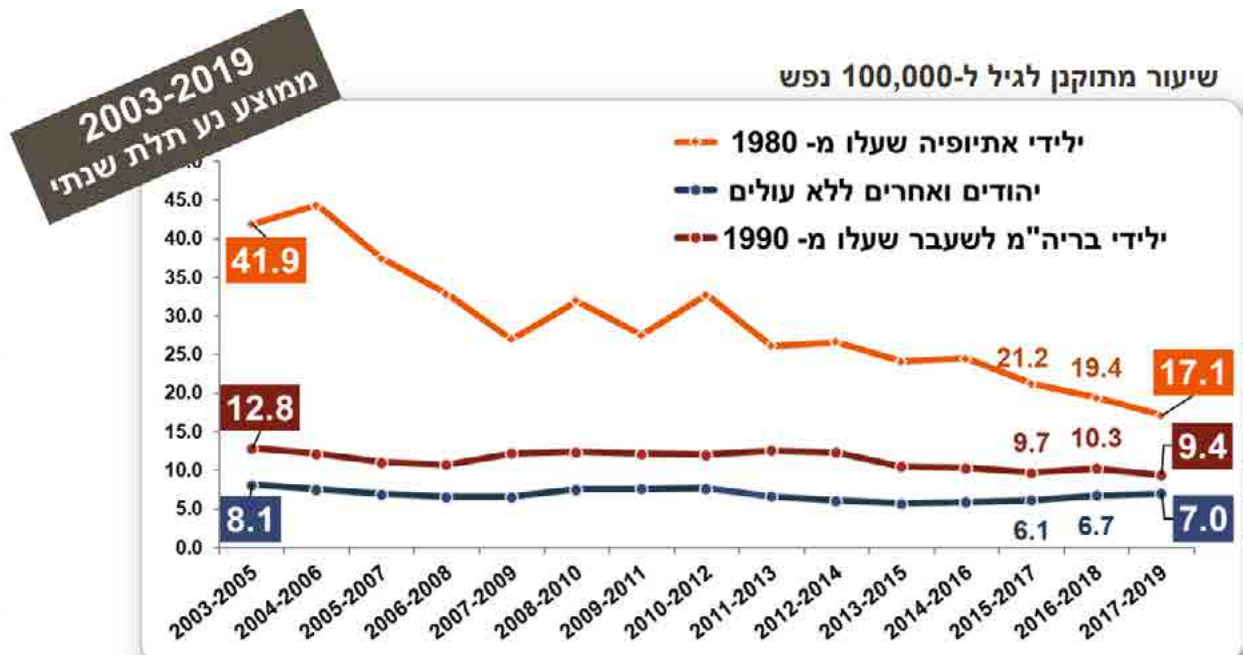
אחדים מן הנתונים המובאים בדוח (וגם בגיליונות הנתונים

המצורפים לו משנת 2021) מצביעים על מגמות בסוגיות מהותיות ומציגים הבדלים ניכרים בין קבוצות שונות (חקלאי, 2021). בזכותם אפשר להגדיר אוכלוסיות בסיכון ולטפל בהן. בדוח מוצגים חיתוכי נתונים שנוגעים לקבוצות גיל ולאוכלוסיות עולים חדשים. נתונים אלה מסייעים למקבלי ההחלטות להתמודד עם הבעיה המוגדרת שעל הפרק. לדוגמה, מהמסמך עולה שבממוצע תלת-שנתי לשנת 2018 היה שיעור ההתאבדויות (המתוקנן למאה אלף איש ואישה) בקרב עולים מאתיופיה גבוה פי 2.5 בקירוב לעומת יהודים ואחרים שלא היו עולים, ושיעור ההתאבדויות של עולים מברית המועצות לשעבר היה גבוה פי 41.3 מיהודים ואחרים שלא היו עולים (ראו תרשים 1). נתונים אלה נאספו במשך עשורים אחדים, ובעקבותיהם הזמין המשרד לקליטת עלייה שני מסמכים משלימים: "אובדנות בקרב עולי חבר המדינות בישראל" (כהן ואחרים, 2009) ו"אובדנות בקרב עולי אתיופיה בישראל" (יונגמן ושוקד, 2009). לדוחות אלה צורפו המלצות לטיפול באוכלוסיית העולים. בטיפול המומלץ נכללו הנגשת מידע ותמיכה בשפת העולים, יצירת מסגרות חברתיות מתאימות, איתור פרטני של עולים בסיכון מוגבר ומתן עזרה בתהליכים שונים. מלבד ההמלצות האלה, גם לעצם זיהוין של קבוצות סיכון יש השפעות יישומיות כמו שעולה מפיילוט לתוכנית הלאומית למניעת התאבדות שנערך בחולון וברמלה (בערים אלה חיים עולים חדשים וקשישים רבים), ובגליל התחתון (בשל העלייה בשיעורי ההתאבדות של בני נוער ערבים) (שלג מיינר, 2010). בפיילוט זה הוכשרו "שומרי סף", הוקם מסד נתונים אחיד ומופו "נקודות חמות". ואכן, אפשר לראות ירידה של ממש במספר ההתאבדויות בקרב אוכלוסיות אלה. למשל, מההשוואה של הממוצע התלת-שנתי בשנת 2018 לעומת שנת 2004 עולה שיש ירידה של 26 אחוזים ויותר במספר ההתאבדויות בקרב עולי ברית המועצות לשעבר וירידה של 60 אחוזים בקירוב בהתאבדויות בקרב עולים מאתיופיה, לעומת ירידה של 13 אחוזים בקירוב באוכלוסייה היהודית ללא עולים.

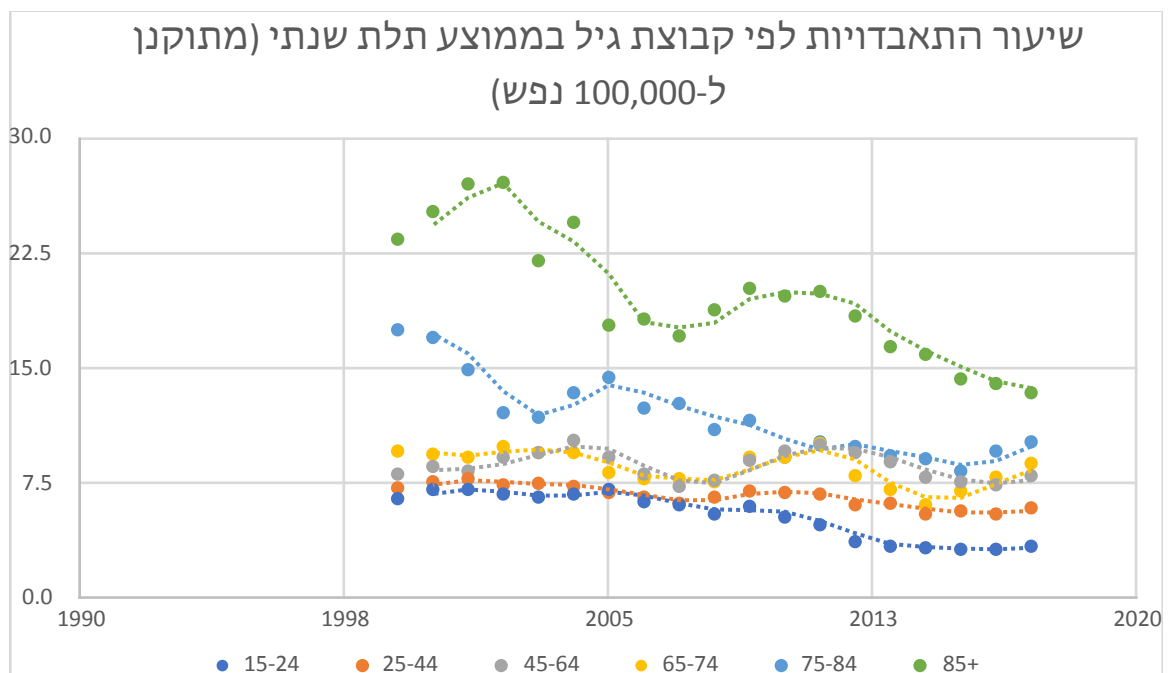
בנוגע לאובדנות בקרב מבוגרים וקשישים מתברר מהשוואת הממוצע התלת-שנתי בשנת 2017 לעומת שנת 1999 שחלה ירידה של 35 אחוזים בקירוב במקרי התאבדויות בקרב מבוגרים מעל גיל 65, לעומת ירידה של 20 אחוזים בקירוב בהתאבדויות של בני 15 עד 65. בקרב הקבוצה של בני 85 ומעלה נצפתה ירידה ניכרת של 42 אחוזים בקירוב (ראו תרשים 2). שנים אלה מצוינות מכיוון שהן מעידות על השינוי הגדול ביותר בדוח.

אם כן, מהאמור לעיל עולה שכאשר מקבלי ההחלטות מקבלים את המידע המתאים והנכון, ביכולתם להתאים

תרשים 1 - התאבדויות בקרב עולים חדשים (חקלאי, 2021)



תרשים 2 - התאבדויות על פי קבוצות גיל (על פי לוחות הנתונים המצורפים לדוח אובדנות בישראל: התאבדויות 2000-2018 וניסיונות התאבדות 2005-2019)



פתרונות מוגדרים לאוכלוסיות יעד. חשיבות זיהוי האוכלוסיות בסיכון באה לידי ביטוי בהמלצה לאסטרטגיית התערבות במסגרת המסמך "למידה מהצלחות: תוכניות לאומיות למניעת התאבדות" (בורשטיין ליפסיקס, 2013). עם זה קבוצות סיכון אחרות אינן באות לידי ביטוי בנתונים המובאים לידיעת משרד הבריאות. אם יתווספו פילוחי קבוצות נוספים כמו חיתוך על פי חוזק האמונה והפרקטיקה הדתית, יהיה אפשר לחשוף קבוצות נוספות בסיכון שראויות ליחס מיוחד. בנתוני משרד הבריאות מוצג פילוח לפי קבוצת אוכלוסייה, כלומר הפרדה בין ערבים ובין יהודים ובני דתות אחרות.² בשנת 2010 אף ביקש המשרד להכין מסמך בנושא כדי לזהות קבוצות סיכון על פי חלוקה זאת (שלג מי עמי, 2010). עם זה אין כל זכר (לא במסמך ולא בדוחות התקופתיים שצוינו) לרמת הדתיות או החילוניות של הפרטים בתוך כל קבוצה.

דת והתאבדות - מקורות וממצאים ראשוניים

מקורות לקשר בין התאבדות ובין דת אפשר למצוא בשלוש הדתות המונותאיסטיות (Gearing, 2009). ואכן, סוגיית הדתיות או החילוניות והקשר שלהן להתאבדויות נידונה בזירות שונות בארץ ובעולם במאמרים אקדמיים אמפיריים, בדיונים פילוסופיים וערכיים ואף בכתבות בתקשורת הפופולרית. ביהדות נוהגים לייחס לחז"ל את האמירה ולפיה דינו של מי שמאבד עצמו לדעת הוא איבוד חלקו בעולם הבא. הנצרות הרחיבה את הדיבר השישי, ובמאה החמישית לספירה אסר אוגוסטינוס הקדוש, בספרו עיר האלוהים, את ההתאבדויות והדגיש את הרעיון שהתאבדות היא רצח עצמי. גם באסלאם, בסורה הרביעית בקוראן (32), נאסרה ההתאבדות מפורשות. מלבד מקרים יוצאים מן הכלל כגון המתים על קידוש השם, מרטירים ושאהידים, ההתאבדות לשם המוות עצמו אסורה בתכלית האיסור בדתות אלה ונתפסת כטאבו.

ועם זה מסקירת מחקרים אקדמיים וכתבות שנכתבו בנושא בשני העשורים האחרונים עולה תמונה מורכבת. למשל, מדוח אוברונות בישראל (חקלאי, 2021) עולה כי ביישובים חרדיים נמוך שיעור מקרי ההתאבדות וניסיונות ההתאבדות לעומת האוכלוסייה החילונית. אינדיקציה לכך עולה מהדוח המציין כי בראש טבלת ההתאבדויות על פי יישוב (המתקנות למאה אלף נפש) מופיעות בת ים (11.3), תל אביב והרצליה (10.3) ופרדס חנה-כרכור (10.2). לעומתן צוין שם כי "מספר מקרים קטן ביחס לאוכלוסייה נרשם באלעד, מודיעין עילית, אום

אל פחם, טייבה, נצרת, רהט, שפרעם, מודיעין-מכבים-רעות, ביתר עילית, ירושלים, בני ברק ובית שמש" (עמ' 50). מאחר שלא מופיעים נתונים מוגדרים בדבר ההשתייכות למגזר מסוים ומידת הדתיות, ביכולתנו להסיק מסקנות על המגמות האלה אך ורק על פי אופיין הדמוגרפי של הערים המופיעות בטבלה. נראה אפוא שמספר מקרי ההתאבדות ביישובים החרדיים נמוך לעומת היישובים החילוניים, ועם זה מצטברות עדויות שבקהילות דתיות מסוימות יש דיווח חסר. ייתכן שהמתאבדים בקהילות אלה לא הוגדרו מתאבדים בסיבת המוות הרשמית אלא נפטרים ממוות טבעי או אחר. ההגדרה השונה נובעת מעוצמת הטאבו בקהילה ומהרצון להימנע מפגיעה במשפחה ובכבוד הנפטר.

אינדיקציה לקיומם של דפוסי אוברונות בקהילה באים לידי ביטוי במאמר עדכני של חמדאן ופטרסיל-יאול (Hamdan & Peterseil-Yaul, 2020) בנושא. הם ציינו שיעור גבוה של נטייה לאוברונות בקרב צעירים חרדים מודרניים והזהירו מפני דיווח חסר נוסף בקהילה. מהמאמר עולה כי מבחינה קלינית העידו 8.7 אחוזים מהנשאלים כי חשבו מחשבות אוברוניות ותכננו מעשה אוברוני בשנה שקדמה למחקר, ו-14.3 אחוזים ממשותפי המדגם נמצאו בסיכון להתאבדות. בין שמדובר בדיווח חסר מובהק ובין שזהו דיווח חסר זניח, אי אפשר להתעלם מהעובדה כי ישנם הבדלים חברתיים, כלכליים ופילוסופיים בין החרדים והמסורתיים ובין החילונים והשאר (ובינם לבין עצמם בכל הדתות). ייתכן שעצם ההשתייכות לקבוצה מסוימת - על הטאבו שבה ועל עוצמתו, על המסגרות הבינאישיות ועל אורח חיי היום-יום שבה - משפיעה על החלטתו של אדם ליטול את חייו. למשל, ממאמר אמריקני (Martin, 1984) עולה כי אמריקנים שפוקדים את הכנסייה בקביעות יתאבדו פי ארבעה פחות לעומת אמריקנים שלא ביקרו בה מעולם. ובסקר שנערך בישראל מטעם עמותת "בשביל החיים" נכתב ש-45 אחוזים מהנבדקים שהיו בתהליך עזיבת הדת הפגינו נטיות אוברוניות, וכמותם גם 40 אחוזים מאלה שעזבו את הדת לגמרי, לעומת שישה אחוזים בלבד מהנבדקים שמגדירים את עצמם דתיים (בלז ואחרים, 2014).

לנתונים אלה סיבות והסברים רבים ובהם "ערך החיים" הנתון במחלוקת (אבן-ישראל, 1959). לפי הסבר זה, חילונים מזלזלים לכאורה בערך החיים ועל כן נוטים להתאבד יותר מדתיים. הסבר אחר שהוצע הוא "משמעות החיים". הסבר זה מעלה את האפשרות כי היעדר משמעות לחיים משפיע על נטייה אוברנית בקרב נערות דתיות (אביעד ואחרים, 2012).

²הנוסח במקור: "יהודים ואחרים: כולל יהודים, נוצרים שאינם ערבים וללא סיווג דת. אוכלוסייה ערבית: כולל מוסלמים, נוצרים ערבים ודרוזים" (חקלאי, 2021, עמ' 31).

התקופתיים וליישומן של החלטות מושכלות, נועזות ויעילות על פיהם.

סיכום

מהאמור לעיל אפשר ללמוד כי לבחינה אמפירית של שאלת הדת והאובדנות יש חשיבות רבה. בזכות איסוף נתונים קבוע מטעם המוסדות יהיה אפשר להגדיר את קבוצות הסיכון - "יוצאים בשאלה", חרדים או כל קבוצה אחרת אשר תבוא לידי ביטוי בחיתוך האוכלוסייה - על פי נטייתן הדתית. תיעוד כזה חיוני לפעילות שנועדה למנוע התאבדויות, והיעדרו, או חוסר בו, מעכב הבהרה של הנתונים וטיפול יעיל בבעיה. הגדרת קבוצות סיכון נוספות תאפשר לדרג המקצועי והפוליטי לפנות אליהן ישירות ולאמץ אסטרטגיות טיפול ממוקדות לשם הצלת חיים בעתיד.

במחקר זה נמצא כי קיים מתאם שלילי בין הרגשה שיש משמעות לחיים ובין נטייה אובדנית ($r=-0.72, p<0.001$). אם נקבל את הסיבות האלה ואם נדחה אותן, הנתונים מחזקים את הצורך בפילוח מסוג זה; וצורך זה מהותי בייחוד בישראל, שכן ההבדלים הדתיים והחברתיים בה כרוכים אלה באלה ומשפיעים על חיי היום-יום של הפרט בסביבתו וקובעים במידה רבה את זהותו. מציאת פילוח רלוונטי על בסיס חילונית או דתיות עשויה להשפיע רבות על יחס האוכלוסייה לאובדנות באופן כללי ולהתאבדויות בפרט. למשל, נתונים רציפים ומשלימים על הקבוצות השונות יוכלו לאשש שאוכלוסיית "חוזרים בשאלה" עלולה להיות קבוצה בסיכון מוגבר להתאבדות, כמן שעולה ממאמרם של שלו וחמדאן (2018). לדבריהם, "יוצאים בשאלה מהציבור החרדי נמצאים בסיכון רב להתנהגות אובדנית" (עמ' 2). על כן קיימת חשיבות רבה לפירוט רב יותר בקבוצות האוכלוסייה בדוחות

המשך מעמוד 13

(תהילים כג, ד). אנחנו יכולים לעמוד בפני כל עתיד ללא פחד כל עוד אנחנו יודעים שלא נעמוד לפניו לבדנו. יחד נמשיך לפעול לצמצום בידותם של המתמודדים, של בני משפחותיהם, של המטפלים ושל כל המסייעים במניעת מעשי אובדנות. כולי תפילה שגם בדרך הזאת נוכל להפחית במידה ניכרת את מספר המתאבדים.

גבי

עשו פעולת החלף והדבק על הטקסט בראש שלכם, ובכל מקום שאתם נתקלים במילה "עצמי" החליפו אותה במילה "אחר". אז במקום עזרה עצמית, עזרה לאחר. במקום הערכה עצמית, הערכה לאחר. ואם אתם עושים זאת, תתחילו להרגיש את הכוח של מה שבשבילי הוא אחד המשפטים הכי מרגשים בכל הספרות הדתית: "גם אם אלך בגיא צלמוות, לא אירא רע, כי אתה עימדי"

טיב קפיטל
מלבנות
אורח

ראה.י עמ' 2

**למען הביטחון התעסוקתי
והשקט הנפשי שלך!
תוכנית ביטוח אחריות מקצועית לשנת 2023**

**בלעדו
לחברי
הפ"ו**

- אביעד, י', חסין, ש' ומלכא, מ' (2012). הקשר בין תחושת משמעות לחיים ואופן בילוי שעות פנאי לבין נטיות אובדניות. היעוץ החינוכי, י"ז, 104-119.
- אבן-ישראל (שטיינזלץ), ע' (1959). על רצח והתאבדות. מרכז שטיינזלץ.
<https://www.steinsaltz-center.org.il/document/69733,7498,69.aspx>
- אטינגר, י' (2014, 16 בינואר). יוצאים בשאלה בסיכון גבוה פי שלושה ויותר להתאבד לעומת השאר. הארץ.
<https://bit.ly/3W34Z36>
- בורשטיין ליפסיקס, ס' (2013). למידה מהצלחות: תכניות לאומיות למניעת התאבדות. מרכז המחקר והמידע של הכנסת.
<https://bit.ly/3ZGpaH8>
- בן דוד, ס' (2020, 23 בינואר). קשר השתיקה: על תופעת האובדנות בחברה החרדית הסגורה. מעריב.
<https://www.maariv.co.il/jewishism/Article-742835>
- גל, א' (2012, 24 באוקטובר). מחקר: דתיים בסיכון נמוך יותר לדיכאון ולאובדנות. YNET.
<https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4296337,00.html>
- הקוראן. פרויקט בן-יהודה. <https://benyehuda.org/read/1648>
- חקלאי, צ' (2018). אובדנות בישראל: התאבדויות 1981-2015, ניסיונות התאבדות 2004-2016. מרכז המחקר והמידע של הכנסת.
https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/loss_2018.pdf
- חקלאי, צ' (2021). אובדנות בישראל: התאבדויות 2000-2018, ניסיונות התאבדות 2005-2019. מרכז המחקר והמידע של הכנסת.
https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/loss_2021.pdf
- יונגמן, ר' ושוקד, מ' (2009). אובדנות בקרב עולי אתיופיה בישראל. המשרד לקליטת העלייה במסגרת התוכנית הלאומית למניעת התאבדות.
<https://in.bgu.ac.il/bgi/iyunim/22/rafi-youngmann-moshe-shokeid.pdf>
- כהן, ש', כהן, ר', דולברג, פ' ורובינשטיין, ל' (2009). אובדנות בקרב עולי חבר המדינות בישראל. המשרד לקליטת העלייה.
https://www.gov.il/BlobFolder/reports/mechkarim_2009_1/he/Uvdanut_HeverHanadinot_2009.pdf
- פולק, א' (2012, 4 בספטמבר). האחוז הגבוה ביותר של התאבדות - בקרב הומואים דתיים. אתר כיפה. <https://bit.ly/3GwFUrz>
- שלג מיעמי, נ' (2010). התאבדויות בישראל לפי מגזר: יהודים וערבים. מרכז המחקר והמידע של הכנסת. https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/12bf8d55-f7f7-e411-80c8-00155d010977/2_12bf8d55-f7f7-e411-80c8-00155d010977_11_6914.pdf
- שלו, א' וחמדאן, ס' (2018). גורמי חוסן וגורמי סיכון להתנהגות אובדנית בקרב יוצאים בשאלה מהציבור החרדית. תקציר הצגה בכינוס המדעי השנתי לחקר האובדנות בישראל 2018.
- Augustine, S. (2009). The city of God. Hendrickson Publishers.
- Borges, G., Nock, M. K., Medina-Mora, M. E., Hwang, I., & Kessler, R. C. (2010). Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 124(1-2), 98-107. doi:10.1016/j.jad.2009.10.022
- Elbogen, E. B., Lanier, M., Blakey, S. M., Wagner, H. R., & Tsai, J. (2021). Suicidal ideation and thoughts of self-harm during the COVID-19 pandemic: The role of COVID-19-related stress, social isolation, and financial strain. *Depression and Anxiety*, 38(7), 739-748. doi:10.1002/da.23162
- Gearing, R. E., & Lizardi, D. (2009). Religion and suicide. *Journal of Religion and Health*, 48(3), 332-341. doi:10.1007/s10943-008-9181-2
- Hamdan, S., & Peterseil-Yaul, T. (2020). Exploring the psychiatric and social risk factors contributing to suicidal behaviors in religious young adults. *Psychiatry Research*, 287, Article e112449. doi:10.1016/j.psychres.2019.06.024
- Martin, W. T. (1984). Religiosity and United States suicide rates, 1972-1978. *Journal of Clinical Psychology*, 40(5), 1166-1169. doi:10.1002/1097-4679(198409)40:5<1166::AID-JCLP2270400507>3.0.CO;2-T
- Petrosky, E., Ertl, A., Sheats, K. J., Wilson, R., Betz, C. J., & Blair, J. M. (2020). Surveillance for violent deaths - National violent death reporting system, 34 States, four California Counties, the District of Columbia, and Puerto Rico, 2017. *MMWR Surveillance Summaries*, 69(8) 1-37. doi:10.15585/mmwr.ss6908a1
- Wilchek-Aviad, Y. (2015). Meaning in life and suicidal tendency among immigrant (Ethiopian) youth and native-born Israeli youth. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(4), 1041-1048. doi:10.1007/s10903-014-0028-5
- Wilchek-Aviad, Y., & Malka, M. (2016). Religiosity, meaning in life and suicidal tendency among Jews. *Journal of Religion and Health*, 55(2), 480-494. doi:10.1007/s10943-014-9996-y

משמעות בחיים ונטיות אובדניות

צחי ארנון¹ וצליל גור־אש²

תקציר

לתופעת ההתאבדות יש רצף קליני שתחילתו במחשבות על מוות, המשכו במחשבות על התאבדות וניסיונות התאבדות וסופו בהתאבדות (אייזנברג וברק, 2005). מטרת המחקר הזה הייתה לבחון את הקשר בין משמעות בחיים ובין נטיות אובדניות בקרב צעירים בישראל. השערת המחקר הייתה כי ימצא קשר הפוך בין הרגשת המשמעות בחיים ובין נטייה אובדנית בקרב הצעירים; כלומר ככל שהמשמעות בחיים תהיה גבוהה יותר כך הנטייה האובדנית תהיה נמוכה יותר. במחקר השתתפו 149 סטודנטים שלומדים במוסדות הלימוד להשכלה גבוהה ברחבי ישראל, מתוכם 96 נשים ו-53 גברים. טווח גילי הנבדקים נע מ־18 עד 25 שנים. המשתתפים ענו על שלושה שאלונים: שאלון דמוגרפי, שאלון נטייה לאובדנות (SRS) ושאלון משמעות בחיים (PIL). כמשוער, נמצא קשר הפוך ומובהק בין המשמעות בחיים ובין הנטייה האובדנית. המחקר הזה מחזק את הטענה התאורטית בדבר הקשר הזה, ועקב זאת תורם לאפשרות לבנות תוכנית מניעה על בסיס ההבנה שככל שנסייע לצעירים להרגיש משמעות עצמית בחייהם כך נוכל להפחית את שיעור ההתאבדויות בקרבם.

משמעות בחיים ונטיות אובדניות

לתופעת ההתאבדות יש רצף קליני שמתחיל במחשבות על מוות, עובר דרך מחשבות על התאבדות וניסיונות התאבדות ומסתיים בהתאבדות (אייזנברג וברק, 2005). לדברי שניידמן (Shneidman, 1985), יש הרבה כאב וסבל נפשיים בעולם גם ללא התאבדות, אך אין התאבדות בלי כאב נפשי. הוא טען שהנוסחה הבסיסית של ההתאבדות היא פשוטה: סבל פנימי ורעיון המוות כשחרור. המפתח, לב ההתאבדות, הוא כאב נפשי חריף בנפש. לכן אובדנות אינה מחלה של המוח אלא סערה בנפש, היעדר סיפוק מדרך חייו של האדם.

משמעות בחיים

משמעות בחיים מוגדרת כהרגשתו הסובייקטיבית של אדם ולפיה יש מטרה לחייו, והוא משקיע זמן ואנרגייה כדי להגשים מטרה זאת (Ryff & Singer, 1998). ויקטור פרנקל (אצל King et al., 2009), מייסד הלוגותרפיה, טיפול באמצעות משמעות, גרס תחילה כי יצירת המשמעות מתרחשת באמצעות הישגים אישיים, במפגשים עם בני אדם או במפגשים עם אומנות וטבע. אחר כך הוא הוסיף כי מקורות המשמעות הם מה שהאדם נותן לעולם, מה שהאדם נוטל מן העולם והעמדה שהאדם נוקט כלפי עצמו וכלפי קשייו. להבנתו, האדם יכול לגלות את פשר החיים בשלוש דרכים: בעשיית מעשה בעל ערך, בהתנסות בחוויה של ערך כגון אומנות ואהבה וביחסו אל הסבל (פרנקל, 1981). לעומתו טען אורטגה אי גאסט (1985) כי תכלית החיים היא המאמץ להגיע לאינטנסיביות של החיים, לחיוניות גדולה יותר ממה שיש לאדם. באומייסטר (Baumeister, 1991) גרס כי הפעילות בהווה תקבל משמעות מתוך תוצאות אפשריות שיהיו לה בעתיד ומתוך ראייה עתידית שנובעת ממצבים ומאורעות שהתרחשו בעבר. כשר (2002) הוסיף על דבריו וטען כי האדם יכול ליצור לעצמו את סיפור חייו ולקיים חיים בעלי משמעות סובייקטיבית. משמעות החיים היא אישית וסובייקטיבית תמיד, ועניינה הוא החשיבות והערך אשר בני האדם מייחסים למאורעות החיים ולקיומם (Reker & Wong, 1988).

למרות הקושי בהגדרת תוכני המשמעות נראה כי יש הסכמה בנוגע למקורות העיקריים לגיבוש משמעות זאת. פסקה (Fiske, 1991) ציין שבעה יעדים בדרך להשגת משמעות: עבודה והישגים; יחסים אישיים טובים; יעדים דתיים ופילוסופיים; שירות לחברה; חיסיון מפני קשיי מחסור; חתירה להנאות; והתקדמות והתפתחות אישית. דבולגר ואברסול (Devogler & Ebersole, 1980) איתרו שמונה קטגוריות לקבלת משמעות בחיים: כושר הבנה; מאמץ לרכוש ידע;

¹ד"ר צחי ארנון הוא מומחה בפסיכולוגיה קלינית ורפואית ובהיפנוזה. הוא ראש החוג לתואר שני בפסיכולוגיה רפואית באקדמיית עמק יזרעאל וראש תחום גוף־נפש בצוות רפואה משלימה במרכז הרפואי בני ציון בחיפה.

²צליל גור־אש היא בעלת תואר שני ביעוץ חינוכי, בהוראה מתקנת ובפסיכותרפיה. היא מתרגלת במכללת עמק יזרעאל ומאמנת מנטלית של קבוצות ספורט.

ייחודיות. כאשר האדם מרגיש שאפשר למלא את מקומו בעולם מאבדים החיים את פשרם (אייזנברג, 1986).

אובדן פשר החיים בא לידי ביטוי בשיעמום, בריק קיומי, באדישות, בהרגשת חוסר משמעות בתחומים שונים של החוויה הקיומית, בהיעדר כיוון, בריקנות פנימית, בדיכאון, באפתיה ובהיעדר סיפוק מהחיים (לוקאס, 1988). הרגשה זאת עלולה להביא את האדם לידי איבוד הדעת (פרנקל, 1981; Edwards & Holden, 2001). בריאות הנפש היא מרכיב חשוב של הבריאות החיובית בכלל ובה מרכיבים ביולוגיים ופסיכוסוציאליים. בריאות חיובית באה לידי ביטוי במידת המעורבות של האדם בחיים: המעורבות האישית והעניין שמגלה האדם בעצמו, בסביבה ובאחרים משקפים את בריאות נפשו. ובריאות הנפש משמשת בסיס לאדם הבריא ומאפשרת לו לחפש ולקיים אפיקים חדשים, והם מאפשרים לו לקיים חיים בעלי משמעות, קשרים חברתיים ולהתפתח מבחינה אישית גם במצבי אובדן ושינויים בחיים (Ryff & Singer, 1998).

ואכן, גם משבר נפשי וגם משבר פיזי יוצרים הזדמנות לשינוי חיובי ולצמיחה (צמיחה פוסט-טראומטית), והיא באה לידי ביטוי בהערכה מחודשת של חשיבות החיים, בשיפור היחסים עם אנשים ונשים קרובים (חברים ומשפחה), בשינוי סדרי העדיפות בחיים ובחיים עשירים ורוחניים מבעבר (קניאל, 2015). הקשר בין מצב רוח ירוד ובין היעדר מעורבות רגשית בחיי אחרים או בחיי הסביבה מוכר (ברטור, 2005). כאשר האדם מתמודד עם משברים ואובדנים, כאשר הכאב הוא בלתי נמנע, מאפשרת לו מעורבותו בחיים ובחברה לשמור על בריאות הגוף והנפש ואף לצמוח ולהשיג אושר ונחת רוח (Baltes & Baltes, 1999; Ryff & Singer, 2000).

ועם זה יש לזכור כי הרווחה הנפשית האנושית היא תהליך דינמי ולא מצב סטטי. קיימת שונות רבה בין תרבויות וקהילות במהות הרווחה הזאת. ובכל זאת המשותף לכולן הוא המעורבות בחיים, שהיא הבסיס לבריאות חיובית (ברטור, 2005). מציאת משמעות בחיים היא תהליך מתפתח בעקבות רעיונות יסוד שבני האדם יוצרים, רעיונות שמשקפים את ערכיו האישיים ואת ערכי התרבות של האדם. דרכם ובעזרתם הוא מפרש ומעריך את חוויות חייו מתוך ניסיון לגבש מתוכם את תפיסת עצמו. הרגשת המשמעות משקפת מערכת של פעולת גומלין בין מישור המאקרו של מכלול הערכים הצומח ומתגבש באופן היסטורי ותרבותי ובין רעיונות היסוד של החיים במישור המיקרו, ערכים אשר על פיהם בני האדם מזהים את עצמם ומציגים את עצמם לאחר (פרגר, 1996; Bengtson, 1975; Rokeach, 1973). מקורות המשמעות בחיים מבוססים על יסוד משותף.

שירות (עזרה ונתינה לאחר); יחסים בין-אישיים; אמונה; מתן ביטוי באומנות (כתיבה, ספורט או מוזיקה); קבלה או רחיש של כבוד ואחריות; והתפתחות וקידום העצמי והתמקדות בהנאות החיים. ממצאים דומים עולים ממחקרים נוספים; למשל, (Hedlund & Birren, 1984; Klinger, 1977; Thurnher, 1975), ונראה כי יש הסכמה כללית שמצביעה על כמה מקורות ראשיים שמרכיבים את המשמעות בחיים. לדברי קאופמן (Kaufman, 1987), אם נצליח לגלות את מקורות תחומי המשמעות אשר המזדקנים מאמצים לעצמם ולבחון כיצד הם משלבים את הדברים ליחידה אחת, נוכל לומר שעשינו דרך ארוכה לקראת הבנת המורכבות של תופעת ההזדקנות האנושית והבנת המציאות העיקרית של השלמת האדם עם פרשת חייו.

משמעות בחיים נמצאה כמנבאת איכות חיים נפשית. במחקר שבחן את הניבוי של איכות חיים נפשית באמצעות קיומה של משמעות בחיים נעשתה הבחנה בין משמעות כללית ובין משמעות אישית שמיוחסת לגישות לחיים. משמעות כללית היא סך כל האמונות וההנחות שאדם מאמין בהן. תאורטיקנים אקזיסטנציאליסטים טענו שמודעותו של אדם לחוסר המשמעות בחייו, לחוסר השלמות ולטבעו הכאוטי של העולם מתבטאת בחרדה. כדי להפחית ממידת החרדה האדם פועל לחיפוש משמעות בחייו (ריבר, 1985). מחקרים בקרב אימהות ומזדקנים מצאו כי יש זיקה בין קיומה של משמעות בחיים ובין בריאות הנפש, וזיקה זאת עשויה להישאר עקבית או להשתנות במשך תקופת חייו של האדם (Zika & Chamberlain, 1992).

חוקרים אחרים גרסו כי משמעות בחיים מתקיימת כאשר הפרט מרגיש לכידות ועקביות בחייו (Reker & Wong, 2009; King et al., 2009), שכן משמעות אישית שנוגעת לגישות לחיים מורכבת משני היבטים אלה: לכידות ותכלית. בלכידות נכללים הרגשת סדר, זהות אישית ואירועי חיים עקביים. בתכלית נכללים הרגשת האדם שיש סיבה לקיומו, הגדרה ומימוש מטרות ראויות והרגשת כיוון כללי בחיים. הן המשמעות הכללית הן המשמעות המיוחסת לגישות לחיים נמצאו כמנבאות איכות חיים נפשית. משמעות כללית נמצאה כמנבאת שלילית לדיכאון ודהימורליזציה. ככל שאמונותיו והנחותיו של אדם חזקות כך תפחת הרגשת הדיכאון שלו, ומצבו הנפשי יהיה ירוד פחות. תפיסת עולם של חיפוש מטרות תורמת לניבוי כל ההיבטים של מצוקה פסיכולוגית (Vehling et al., 2011). ואולם כשהאדם אינו מוצא משמעות לחייו הוא עלול לסבול מתסכול קיומי, ותסכול זה עלול לגרום לו הרגשת ריק קיומי. מצב נפשי זה נוצר בעקבות הכישלון למצוא בחיים משמעות ומטרה שמעניקות הרגשת

באומייסטר (Baumeister, 1991) ציין שתחילה המשמעות מופיעה ברמות בסיסיות ומוחשיות, ובהדרגה היא עושה את דרכה אל המישורים הנרחבים והמופשטים. פרגר (1996) מצא במחקרו כי המשמעות בחיים מתפתחת עם עליית הגיל - ככל שהגיל עולה כך המשמעות בחיים מושרשת ועמוקה יותר. בקרב צעירים (18-29) נמצאים מקורות המשמעות בתחום גיבוש זהות עצמית יציבה, בקשירת יחסים קרובים ובפיתוח חיים יצרניים ויצירתיים.

נטיות אובדניות: התנהגות סיכון וניסיונות אובדניים

בנטייה אובדנית נכללת קשת רחבה של התנהגויות - ממחשבות אובדניות דרך איומי התאבדות וניסיונות התאבדות "קלים" ו"חמורים" ועד התאבדות ממש, כלומר מוות (אביעד ומלכא, 2013). התאבדות בעולם המערבי היא פעולה מודעת להשמדה עצמית. זאת הפרעה רב-ממדית אצל הפרט המגדיר התאבדות כפתרון הטוב ביותר לקושי שהוא חווה בחייו (Shneidman, 1985).

הגישה הפסיכואנליטית רואה בחשיבה ובהתנהגות האובדנית תגובה דיכאונית אמביוולנטית של היחיד על אובדן (ממשי או נפשי). תגובה זאת מושפעת מגורמים אישיים וממאורעות שונים בחיי האדם. התסכול המתלווה לאובדן מביא לידי חשיפת צד תוקפני של היחיד, אבל תוקפנות זאת מופנית כלפי עצמו ולא כלפי אחרים (אייזנברג וברק 2005; Freud, 1916). על פי הגישה הסוציולוגית של דורקהיים (1966), התאבדות מתרחשת במצב של אנומיה. במצב זה מתערפלת הבהירות הערכית בעולמם של בני האדם, היציבות בחייהם נחלשת ומשמעות חייהם נעלמת. שניידמן (Shneidman, 1985) התמקד במושג המרכזי "כאב נפשי" וראה בו גורם לאובדנות. בכאב נפשי נכללות בין היתר פגיעה, עוגמת נפש, בושה, השפלה ואשמה. החשיבה וההתנהגות האובדניות נוצרות כאשר הכאב הנפשי נחוה כמצב שאי אפשר לסבול עוד ואי אפשר למצוא לו פתרון. הכאב נוצר ומוזן מתסכולם של הצרכים הפסיכולוגיים, אותם צרכים שהאדם מממש או מנסה לממש והם המרכיבים את אישיותו. מכאן הקשר התאורטי למצוקה הנוצרת מהיעדר משמעות לחיים ומהרגשת ריק קיומי. ועם זה ההתאבדות היא תופעה רבת-ממדים ומושפעת גם משינויים חברתיים, מנגישות האמצעים להתאבדות, מהפרעות פסיכיאטריות, מדינמיקה משפחתית ותולוגית, ממשבר בזהות המינית, מהתעללות מינית, מקשיים בפתרון בעיות ומ"הדבקה". "ההדבקה" היא רצף התאבדויות וניסיונות התאבדות שמתרחשים בעקבות

התאבדות בקהילה, או בעידן התקשורת הדיגיטלית - לאחר דיווחים בתקשורת על התאבדות (וורגן, 2007). למרות ההבדל התאורטי והמעשי בין התאבדות שמסתיימת במוות ובין ניסיון אובדני שאינו מסתיים במוות, יש קשר חזק ביניהם. אחד הגורמים המנבאים התאבדות הוא ניסיון התאבדות בעבר (אייזנברג וברק, 2005). שניידמן (Shneidman, 1985) טען כי אפשר לנבא התאבדות לפי אירועים שהתרחשו אף 20 שנים קודם לכן. הוא האמין שאפשר למנוע אותה וגרס כי אם יהיה אפשר לזהות בני אדם במשבר אובדני ולפתח שיטות להתערבות, יהיה אפשר למנוע את ההתאבדות.

אובדנות בישראל

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בישראל היא האחראית לעדכון קובץ שוטף שכתובה בו סיבת המוות. המידע על ההתאבדות נרשם בקובץ סיבת המוות על פי הרישום בהודעת הפטירה ובעזרת מקורות מידע נוספים. משרד הבריאות מקבל דיווח על התאבדויות בעיקר מהמכון לרפואה משפטית, ועל ניסיונות אובדניים מחדרי המיון של בתי החולים (חקלאי, 2017). ועם זה יש לזכור כי לעיתים המידע חלקי, שכן פעמים רבות יש ניסיון להסתיר את סיבת המוות ולא לרשום התאבדות בהודעת הפטירה בגלל הרגשת הבושה של המשפחה (שם). בעיקר כשמדובר בילדים (אור-בר, 2001).

הקשר בין משמעות בחיים ובין נטיות אובדניות

מחקרים מעידים על קשר בין הערכה עצמית נמוכה ובין נטייה למחשבות אובדניות (Adams et al., 1994) והתנהגויות אובדניות (Pinto & Whishman, 1996). מחקרם של מרנין וגורדון (Marnin & Gordon, 2004) מצא קשר מתאמי הפוך בין מחשבות אובדניות ובין מטרה בחיים ושביעות רצון מהחיים. הקשר מקבל משנה תוקף מהסערה הנפשית של גיל ההתבגרות. תקופה זאת קריטית משום שהיא כרוכה בקונפליקטים רגשיים וחברתיים, במתחים, בלחצים ובקשיים בבית ובבית הספר. מתבגרים עשויים להתמודד עם קשיי ההתבגרות בדרכים שונות: תוקפנות, מרד, התכנסות בעצמם, התרחקות פיזית מהקושי (למשל בריחה מהבית), ביטוי הקושי בתסמין פסיכוסומטי או (במקרים קיצוניים) בניסיון התאבדות. מחשבות אובדניות, ניסיונות התאבדות והתנהגות מסוכנת שכיחים בגיל זה (וורגן, 2007).

למניעת התאבדויות. מסקירת הספרות במאמר הזה עולה האפשרות לאתר סכנה אובדנית באמצעות זיהוי משמעות בחיים, ומתוך כך לפעול למניעת האובדנות באמצעות העצמת המשמעות בחיים.

השערת המחקר

יימצא קשר הפוך בין הרגשת המשמעות בחיים ובין נטיות אובדניות בקרב הצעירים - ככל שתהיה המשמעות בחיים גבוהה יותר כך תהיה הנטייה האובדנית נמוכה יותר.

שיטת המחקר

משתתפים

במחקר השתתפו 149 סטודנטים שלומדים במוסדות הלימוד להשכלה גבוהה ברחבי הארץ, מתוכם 96 נשים ו-53 גברים. טווח גילי הנבדקים נע מ-18 ועד 25 שנים. השאלונים הועברו בדגימת נוחות באינטרנט. הנבדקים הסכימו להשתתף במחקר ויכלו להפסיקו בכל עת.

כלי המחקר

השאלונים נערכו בתוכנת Google-Forms והופצו ברשתות החברתיות. המידע נאסף בארבעה חודשים בקיץ 2016. הנבדקים מילאו שלושה שאלונים: (1) שאלון דמוגרפי לקבלת מידע על נתונים אישיים כגון גיל ומגדר. את השאלון חיברה מבצעת המחקר (גור'אש) לצורכי המחקר הזה בלבד; (2) שאלון Suicidal Risk Scale – SRS על נטייה לאובדנות. שאלון זה משקף את מחשבותיו של האדם על התאבדויות. את השאלון בנו פלוטצ'יק ואחרים (Plutchik, et al., 1989), והוא הועבר בגרסתו העברית כמו שנעשה במחקרים קודמים (רולניק, 1994). בשאלון היו 26 פריטים, והנבדקים סימנו תשובות של "כן" או "לא" בנוגע אליהם. פריטים אלה נוגעים להיסטוריה של ניסיונות אובדניים, לעוצמה הנוכחית של דחפים אובדניים, להרגשת חוסר תקווה ודיכאון ולמשתנים אחרים שנמצאו קשורים להתנהגות אובדנית. מקדם המהימנות של שאלון זה הוא $\alpha=0.84$; (3) שאלון Purpose In Life – PIL על משמעות בחיים. שאלון זה מדד את המידה שבה האדם חווה הרגשת משמעות ומטרה בחייו. את הסולם הזה פיתח קראמבה (Crumbough) בשנת 1968 כדי לבחון את התזה של ויקטור פרנקל ולפיה בהיעדר משמעות בחיים מתעורר תסכול שמאופיין בריק קיומי. בשאלון זה נכללו 20 פריטים, והנבדקים ענו עליהם בסולם של אחד עד שבע. אחד ציין את המצב השלילי ביותר, ושבע את המצב החיובי ביותר. הציון הכולל של הנבדק נע בין 20 ל-140. בשאלון היו שמונה שאלות על משמעות בחיים, שש שאלות שבדקו



המתבגר עלול לפתח נטיות של היעדר אותנטיות והרגשת ריקנות ודיכאון ולהיקלע למצב של אייכולת לשאת ולתת ביחסים בין-אישיים (Erikson, 1950). גם אור'בך (2001) הדגיש כי הגורמים העיקריים מצויים בתנאי חייהם של המתבגרים. אלה גורמים בעלי עוצמה שטמונים במערכת המשפחתית ובתהליכים משפחתיים הרסניים שעלולים לדחוף להתאבדות. ואכן, מחקרים מראים כי קיים קשר בין הערכה עצמית ובין הסתגלות של ילדים ומתבגרים. הערכה עצמית שלילית ונמוכה מלווה בהרגשת נחיתות, בחוסר ערך, בדיכאון, בבדידות, בחרדה, באשמה ובהפחתה בערך היכולת האישית ובהישגים. רגשות אלה מקשים על הפרט ומגבילים אותו בהסתגלותו לחברה ובהשתלבותו בה (Coopersmith, 1967).

אומנם מסקירת הספרות עולה כי קיים קשר הפוך בין משמעות בחיים ובין נטיות אובדניות (Marnin & Gordon, 2004), אלא שבישראל פורסמו שני מחקרים בלבד בנושא, ושניהם נעשו בקרב קבוצות הומוגניות של נערות בנות 15-18. האחד (אביעד ומלכא, 2013) נערך בקרב בנות דתיות בלבד ואישש את הקשר ההפוך המשוער. במחקר השני (Aviad-Wilchek & Ne'eman-Haviv, 2018) נערכה השוואה בין נערות "נורמטיביות" ובין נערות במצוקה (בפנימייה שיקומית), ונמצא קשר בין אחדים ממרכיבי השונים של האובדנות (דיכאון, חרדה, מצב נפשי). ועם זה לא נמצא קשר בין הציון הכולל בשאלון אובדנות ובין מציאת משמעות בחיים. המחקר שלנו נערך בקרב אוכלוסייה הטרוגנית יותר הן מבחינת המגדר הן מבחינת גיל הנבדקים, ובזאת תרומתו. הקושי להבין את המניע להתאבדות גרם לחוקרים (סימן טוב ואחרים, 2016) לנסות ולגבש פרופיל אישיות של צעירים מתאבדים, וניסיונם העלה בעיקר ממצאים שמתאימים לדוח משרד הבריאות (חקלאי, 2017). גם הם סיכמו את מחקרם בציינם את הצורך לשפר את היכולת לאתר מצוקות שבעקבותיהן עשוי הצעיר לבחור בהתאבדות ואת הדרכים

הבדלים במשמעות בחיים

נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין נשים ובין גברים ברמת המשמעות בחיים ($t(147)=0.97, p<0.05$) - ממוצע הגברים ($M=1.49, DS=1.76$) היה גבוה לעומת ממוצע הנשים ($M=1.73, SD=1.67$). כן נמצא הבדל מובהק סטטיסטית ברמת המשמעות לפי גיל [$F(7,140)=3.01, p<0.005$], ובמבחן המשך (Post hoc Tukey) נמצא כי רמת המשמעות עולה עם הגיל. עוד נמצא כי קיים הבדל מובהק סטטיסטית ברמת המשמעות לפי מצב משפחתי [$F(3,145)=0.73, p<0.05$], ובמבחן המשך (Post hoc Tukey) מצא כי רמת המשמעות גבוהה יותר בקרב נשואים לעומת רווקים וגרושים. לא נמצא הבדל מובהק ברמת המשמעות בהקשר של רמת הדתיות [$F(2,142)=1.45, n.s$] ובהקשר של המצב הכלכלי [$F(4,144)=1.46, n.s$].

בבדיקת ההבדלים בנטיית האובדניות על פי נתוני רקע דמוגרפיים נמצא כי יש הבדל מובהק סטטיסטית בין נשים ובין גברים ברמת הנטיית האובדניות [$t(147)=2.00, p<0.01$] - ממוצע הגברים ($M=5.25, SD=1.06$) היה נמוך לעומת ממוצע הנשים ($M=5.44, SD=0.89$). כן נמצא שיש הבדל מובהק סטטיסטית בנטיית האובדניות לפי גיל [$F(7,138)=2.70, p<0.05$], ובמבחן המשך (PostHoc Tukey) נמצא כי בגיל 20-22 רמת הנטיית האובדניות היא הנמוכה ביותר, ואילו בגיל 18-19 ו-23-25 היא גבוהה יותר. עוד נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בנטיית האובדניות לפי מצב משפחתי [$F(3,143)=1.69, p<0.05$], ובמבחן המשך (post hoc Tukey) מצא כי רמת הנטיית האובדניות הגבוהה ביותר היא בקרב הגרושים. לא נמצא הבדל מובהק ברמת הנטיית האובדניות בהקשר של רמת הדתיות [$F(4,142)=2.60, n.s$]. ובהקשר של המצב הכלכלי [$F(4,142)=2.60, n.s$].

דיון

המחקר הזה בדק את הקשר בין הימצאותה של משמעות בחיים ובין הנטייה לאובדנות בקרב אוכלוסייה הטרוגנית של 149 סטודנטים בני 18-25. השערת המחקר הייתה כי ימצא קשר הפוך בין משמעות בחיים ובין הנטייה לאובדנות, כלומר ככל שתהיה רמת המשמעות בחיים גבוהה יותר כך תהיה הנטייה לאובדנות נמוכה יותר. השערת המחקר אוששה: נמצא מתאם הפוך בין הימצאותה של משמעות בחיים ובין קיומה של נטייה אובדנית.

שיעמום וכאב בחיים, שלוש שאלות שבדקו חופש בחירה, ושאלה אחת מכל נושא: מוכנות למוות, יחס להתאבדות וכדאיות החיים. כל המרכיבים הללו יחדיו בדקו את המושג "משמעות בחיים" כמו שהגדירו פרנקל (1981). השאלון תורגם לעברית ותוקף בידי גוטמן בשנת 1999. המהימנות הפנימית היא $\alpha=0.89$.

הליך³

המחקר הוסב לתוכנת Google-Forms ופורסם ברשתות חברתיות כגון פייסבוק. משתתפים פוטנציאליים הוזמנו להיכנס לקישור אינטרנטי למחקר, והוא הפנה אותם לעמוד הסבר על המחקר. בטרם ענו הנבדקים על השאלונים, וכדי להבטיח סודיות ופרטיות, הוסבר להם כי מדובר בשאלונים אנונימיים שמיועדים למטרות המחקר בלבד וכי הם רשאים להפסיק את מילוי השאלונים בכל עת. בשלב הבא מילאו הנבדקים את השאלונים בסדר הזה: שאלון דמוגרפי, שאלון נטייה לאובדנות ושאלון משמעות בחיים. למשתתפים נאמר שאין הגבלת זמן למילוי השאלונים. כל נבדק נדרש למלא את השאלונים בעצמו, ללא התערבות אדם אחר. ניתוח הממצאים נעשה בתוכנת SPSS גרסה 19.

תוצאות

תיאור דמוגרפי של הנבדקים: הגיל הממוצע היה 22.97. מתוך כלל משתתפי המחקר היה אחוז ילידי הארץ 86.6 אחוזים. 93.8 אחוזים מהם היו יהודים: חילונים (53.1 אחוזים), מסורתיים (32.4 אחוזים) ודתיים (14.5 אחוזים). 83.2 אחוזים ממשתתפי המחקר היו רווקים. 42.3 אחוזים מהמשתתפים דיווחו שמצבם הכלכלי טוב, ו-40.9 אחוזים דיווחו שמצבם הכלכלי בינוני. הבריאות של כולם הייתה תקינה.

ניתוח הממצאים

לבדיקת השערת המחקר ולפיה ההרגשה שיש משמעות בחיים היא גורם מונע נטיות אובדניות בקרב צעירים נערך מבחן פירסון. נמצא קשר הפוך ומובהק סטטיסטית ($p r(149)=-0.540 <0.000$) בין הרגשת המשמעות בחיים (כמו שעולה משאלון PIL) ובין מחשבות אובדניות (כמו שעולה משאלון SRS). ככל שלנבדק הייתה הרגשת משמעות גבוהה וחזקה יותר, כך הנטייה למחשבות אובדניות הייתה נמוכה יותר. מלבד ממצא עיקרי זה נבדקו הבדלים בין חלקי המדגם על פי נתונים דמוגרפיים.

³המחקר הוא עבודת גמר לתואר שני ביעוץ חינוכי במכללת עמק יזרעאל. הוא נעשה לאחר קבלת אישורה של ועדת האתיקה המאשרת את עבודות הגמר של התואר השני. לנבדקים פוטנציאליים אשר הביעו עניין להשתתף במחקר הוסברה מהות המחקר. בעצם נכונותם של הנבדקים למלא את השאלונים באינטרנט הם הביעו את הסכמתם להשתתף במחקר.

משרד החינוך לקיים מחקר זה במסגרת בתי הספר לא התאפשרה גישה לאוכלוסייה זאת.

סיכום

מחקר זה מצביע על הקשר בין משמעות בחיים ובין נטייה לאובדנות. תרומתו נעוצה בהיותו אחד המחקרים היחידים שנערכו בישראל בנושא זה והציגו בדרך אמפירית את הקשר ההפוך בין שני משתנים: משמעות בחיים ונטייה אובדנית. ברמה היישומית אפשר להיעזר בממצאי המחקר בשני אופנים מרכזיים: האחד הוא שימוש בשאלון משמעות בחיים ככלי סוקר וממין את האוכלוסייה בעלת הנטייה לאובדנות בלי לשאול ישירות שאלות שנוגעות לאובדנות. השני הוא בניית תוכנית מניעה באמצעות הגברת הרגשת המשמעות בחיים בקרב האוכלוסייה הרלוונטית. מאחר שהספרות המקצועית מגדירה את מרכיבי המשמעות ואת דרכי ההתפתחות של משמעות זאת, נראה שאפשר לבנות תוכנית מניעה, ובאמצעות חיזוק המשמעות והרחבתה להפחית את הסכנה האובדנית באוכלוסיות ובגילים הרלוונטיים. ומאחר שבגיל ההתבגרות נמצאים רוב בני הנוער במסגרות חינוך, אפשר לחשוף אותם לסדנאות או לשיעורי כישורי חיים במסגרת בית הספר ולעזור להם לעבור בשלום פרק זמן סוער זה בחייהם.

מחקר זה אף ממליץ לפתח כלים שבעזרתם אפשר להעצים את הרגשת המשמעות בחיים ולהקטין את הסכנה לאובדנות. ואולם יש לזכור שהאובדנות היא דבר מורכב ורב־ממדי ואינה תלויה במשמעות לבדה. לכן יש מקום להמשיך ולעשות מחקרים שיבדקו מרכיבים נוספים שקשורים לנטייה האובדנית ולשלב את ממצאיהם בתהליך פיתוח כלי המניעה.

תימוכין לממצאים אלה אפשר למצוא הן במחקרים שנערכו באוכלוסיות מערביות (אם כי לא בישראל) (למשל, Adams et al., 1994; Pinto & Whisman, 1996), ונמצא בהם קשר בין הערכה עצמית נמוכה ובין נטייה לאובדנות והתנהגויות אובדניות, הן (חלקית) במחקרים שנערכו בישראל בקרב בנות דתיות או נערות בסיכון (אביעד ומלכא 2013). המחקר הזה הוסיף מידע חשוב על השינויים במשמעות החיים ובמחשבות האובדניות כתלות במגדר, במצב משפחתי ובגיל. בקרב גברים נמצאה רמת משמעות בחיים גבוהה יותר לעומת הנשים, ובהתאמה נמצא כי הנטייה לאובדנות נמוכה אצל הגברים בהשוואה לנשים. ממצא זה מתאים לדיווחים בארץ (חקלאי, 2017) ובעולם ולפיהם מספר הניסיונות האובדניים (שאינם מסתיימים במוות) גבוהה יותר בקרב נשים לעומת גברים. בקרב הנשואים נמצאה רמת משמעות גבוהה יותר, ובהתאמה בקרב הגרושים נמצאה נטייה אובדנית גבוהה יותר. גם נתון זה מתאים למתואר בספרות המחקר ולפיה שיעור ההתאבדות בקרב גרושים גבוה לעומת הנשואים והרווקים. עוד אפשר לראות כי שיעור ההתאבדות בקרב רווקים גבוה בהשוואה לנשואים (שם). חיזוק נוסף מהספרות לממצא זה הוא מחקרו של דורקהיים (1966). הוא מצא כי שיעור הרווקים המתאבדים גבוה יותר משיעורם בקרב הנשואים.

ועם זה אי אפשר להכליל את ממצאי המחקר על כלל האוכלוסייה בישראל בגלל טווח הגילים המצומצם (18-25) שנבדק ובגלל שיטת איסוף הנתונים באינטרנט, שיטה שאינה מאפשרת לוודא את זהותו של המשיב ולאמת את תשובותיו. המחקר בעולם המערבי, וגם פרסומי משרד הבריאות, מצביעים על גיל ההתבגרות כגיל שבו הסכנה האובדנית גבוהה לעומת גילים אחרים, אבל עקב התנגדות



ביטוח בריאות לחברי הפ"י

תוכנית הביטוח היא מהטובות והמתקדמות בישראל

בעלות נמוכה בהשוואה לתוכניות ביטוח פרטיות!

הרחבה לביטוח המשלים של קופות החולים • כיסוי למגוון רחב של אירועים רפואיים
כיסוי לתרופות שאינן בסל הבריאות • ניתוחים בישראל ובחו"ל
כיסוי לטכנולוגיות רפואיות מתקדמות

חידוש או הצטרפות באתר הפ"י www.psychology.org.il

- אביעד, י' ומלכא, מ' (2013). הקשר בין תחושת משמעות לחיים ואופן בילוי שעות פנאי לבין נטיות אובדניות. פסיכולוגיה עברית. <http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=2966>
- אור-בך, י' (2001). ילדים שאינם רוצים לחיות. אוניברסיטת בר-אילן.
- אורטגה אי גאסט, ח' (1985). מסות על אהבה. כתר.
- אייזנברג, מ' (1986). לוגותרפיה - ייעוץ ותיעוד. חברה ורווחה, ז', 56-49.
- אייזנברג, ד' וברק, י' (2005). התאבדות אצל זקנים. האגודה הישראלית לגרונטולוגיה, ל"ב(2), 47-41.
- בר-טור, ל' (2005). בריאות נפשית חיובית בהזדקנות ובזקנה. גרונטולוגיה, ל"ב(2), 127-113.
- גוטמן, ד' (1999). לוגותרפיה למטפל: עבודה סוציאלית משמעותית. דיונון.
- העמותה הישראלית לבריאות הנפש (2012). אנוש. <http://www.enosh.org.il>
- וורג, י' (2007). התאבדות וניסיונות התאבדות בקרב בני נוער. בתוך מסמך עדכון שהוגש לוועדת החינוך, התרבות והספורט. <https://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m01752.pdf>
- חקלאי, צ' (2017). אובדנות בישראל. בתוך דוח משרד הבריאות. https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Pages/07082017_2.aspx
- כשר, א' (2002). ספר קטן על משמעות החיים. הקיבוץ המאוחד; עמותת יהורז.
- לוקאס, א' (1988). חיים משמעותיים. דביר.
- סימן טוב, י', צוריאלי, ד' וזלצמן, ג' (2016). תופעת האובדנות, ההתמודדות עמה והמאמצים למניעתה במערכת החינוך בישראל. בתוך י' לוי בלז, ע' ברונשטיין-קלומק, י' גביעון וא' אפרט (עורכים), להאיר את הרי החושך: התנהגות אובדנית בקרב בני נוער (עמ' 263-276). דיונון.
- פרגר, א' (1996). מקורות משמעות בחיים עבור ישראלים וקנדים צעירים ומבוגרים. גרונטולוגיה, מ"ט(4), 15-3.
- פרנקל, ו' (1981). האדם מחפש משמעות. מבוא ללוגותרפיה. דביר.
- קניאל, ש' (2015). טראומה כהזדמנות: שליטה ומשמעות כמנועי צמיחה ממשבר. רמות.
- רולניק, צ' (1994). סכנה אובדנית: קשריה לכעס ואימפולסיביות ולסגנונות התמודדות. אוניברסיטת בר-אילן.
- ריבר, א"ס (1985). חרדה. לקסיקון למונחי הפסיכולוגיה, כרך א'. כתר.
- Adams, D. M., Overholser, J. C., & Si Lehnert, K. L. (1994). Perceived family functioning and adolescent suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 33, 498-507. doi:10.1097/00004583-199405000-00008
- Aviad-Wilchek, Y., & Ne'eman-Haviv, V. (2018). The relation between a sense of meaning in life and suicide potential among disadvantaged adolescent girls. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(6), 1-14. doi.org/10.1177/0306624X166845
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1999). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspective from the biological sciences* (1-34). Cambridge University Press.
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. The Guilford Press.
- Beck, A., & Lester, D. (1973). Components of depression in attempted suicides. *Journal of Psychology*, 85, 257-260.
- Bengston, V. L. (1975). Generational and family effects in value socialization. *American Sociological Review*, 40, 358-371.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. Freeman.
- De Mann, A. F., & Leduc, C. P. (1995). Suicidal ideation in high school students: Depression and other correlates. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 173-181.
- DeVogler, K. L., & Ebersole, P. (1980). Categorization of college students' meaning of life. *Psychological Reports*, 46(2), 387-390.

- Edwards, M. J., & Holden, R. R. (2001). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology*, 57(12), 1517–1534. doi:10/1002/jclp/1114
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. Paladin Books.
- Fiske, M., & Chiriboga, D. A. (1991). *Change and continuity in adult life*. Jossey-Bass Publishers.
- Freud, S. (1916). Mourning and melancholia. In J. E. London (Ed.), *Collected papers 4* (pp. 15–27). Hogarth.
- Hedlund, B., & Birren, J. E. (1984). Distribution of types of meaning in life across women. Paper presented at the Gerontological Society of America.
- Kaufman, S. R. (1987). *The Ageless self: Sources of meaning in late life*. University of Wisconsin.
- King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J. L., & Del Gaiso, A. K. (2009). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(1) 179–196. doi:10.1037/0022-3514.90.1.179
- Klinger, E. (1977). *Meaning and void*. University of Minnesota.
- Marnin, J. H., & Gordon, L. Flett. (2004). Purpose in life, satisfaction with life, and suicide ideation in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(2), 127–135.
- Pinto, A., & Whisman, M. A. (1996). Negative affect and cognitive biases in suicidal and non-suicidal hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 35, 158–165.
doi:10.1097/00004583-199602000-00008
- Reker, G. T., & Wong, P. T. P. (1988). Aging as an individual process, toward a theory of personal meaning. In J. Birren & V. L. Bengtson (eds.), *Emergent theories of aging* (pp. 214–246). Springer.
- Rokeach, M. (1973). *The Nature of Human Values*. The Free Press.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive health. *Psychological Inquiry*, 9, 1–28. doi:10.1207/s15327965pli0901_1
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2000). Biopsychosocial challenge of the new millennium. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 170–177.
- Shneidman, E. S. (1961). *Psycho-logic: A personality approach to patterns of thinking*. Contemporary issues in thematic apperception methods. Charles C. Thomas.
- Shneidman, E. (1985). *The definition of suicide*. John Wiley and Sons.
- Thurnher, M. (1975). Continuities and discontinuities in value orientation. In M. Lowenthal, M. Thurnher, & D. Chiriboga (eds.), *Four stages of life: A comparative study of women and men facing transitions* (176–200). Jossey-Bass.
- Vehling, S., Lehmann, C., Oechsle, K., Bokemeyer, C., Krüll, A., Koch, U., & Mehnert, A. (2011). Global meaning and meaning-related life attitudes: exploring their role in predicting depression, anxiety, and demoralization in cancer patients. *Support Care Cancer*, 19, 513–520.
doi:10.1007/s00520-010-0845-6
- Zika S., & Chamberlain, K. (1992). On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology*, 83, 133–145. doi:10.1111/j.2044-8295.1992.tb02429.x

הפעם אנחנו מביאים את סיפורו האישי של ד"ר אבשלום אדרת, אב שכול. אדרת הוא בעל תואר שלישי בחינוך ובפסיכולוגיה ועוסק ביזמות חברתית למניעת סכנות ברשת.

בני מת מהתאבדות

אבשלום אדרת

סיפור המקרה

עד יוני 1997 הייתי משתמש טיפוסי ורגיל באינטרנט. השתמשתי בו, כמו רבים אחרים, כדי לשלוח דואר אלקטרוני לחברים ולעמיתים, כדי לחפש מידע באתרים שונים, כדי להביע את דעתי בקבוצות דיון ובפורומים שונים. מפעם לפעם, מתוך סקרנות, אפילו הצצתי באתר סקס כלשהו, התלבטתי בנוגע למסירת פרטי כרטיס האשראי שלי כדי לקנות ספרים באינטרנט, נהייתי מהשפע הרב של מידע שלרוב לא נזקקתי ולא אזדקק והרגשתי קורת רוח מהיכולת להגיע לכל פינה ברחבי העולם בנקל ובמהירות.

יום אחד בחודש יוני 1997 השתנה עולמי והשתנתה כל גישתי כלפי האינטרנט. באותו היום קמתי כדרכי בשבע בבוקר ונסעתי לירושלים. באותו הזמן התקיימה בבנייני האומה תערוכת אינטרנט, והחברה הקטנה שלי הציגה באחד הדוכנים את מוצרי הלומדה שלנו - מוצרים שאפשרו לכל אדם להבין טוב יותר מה הוא האינטרנט ואיך משתמשים בו. הימים היו ימי תחילת התרחבות השימוש בו, ורבים מאוד הביעו עניין משום שלפני כן הייתה יכולת ההתקשרות שלהם דרך המחשב מוגבלת, בעיקר עקב חוסר ידע וחוסר מודעות לאפשרויות שהעניקה לנו מהפכת האינטרנט.

זה היה יומה השני של התערוכה. על סמך ההתעניינות במוצרים שלנו ביום הראשון של התערוכה נסעתי לירושלים אופטימי מאוד. בדרך הרהרתי באפשרויות העסקיות החדשות שנפתחו לנו כחברה בזכות האינטרנט; חשבתי על החופש ועל יכולות התקשורת הבלתי מוגבלות כמעט שיהיו למספר כה רב של בני אדם וארגונים בעולם בזכותו - היכולת לעשות עסקים בדרכים חדשות, יעילות ונרחבות מבעבר, ליצור קשרים חברתיים ולהקים קבוצות עניין בנושאים מגוונים, להגיע למידע בכל נושא בקלות ובמהירות. באותם רגעים נראה לי העולם חופשי, פתוח, מוגן, מזמין ומאתגר.

כשהגעתי לבנייני האומה עמדו כל הדוכנים מסודרים, מבריקים ונכונים לקבל את קהל האלפים שעמד להגיע בכל רגע. התמקמתי בדוכן עם שושי, מזכירתי הנאמנה, שהייתה אחראית לקשר עם הלקוחות, והייתי מלא ציפייה דרוכה, ואפילו התרגשות, לקראת פתיחת התערוכה.

מספר האורחים בשעות הבוקר המוקדמות היה מועט, כרגיל, ולכן יכולתי לשוחח זמן רב יותר עם כמה מבקרים שהתעכבו בדוכן שלנו וביקשו לדעת מעט יותר על המוצרים ועל החברה.

חצי שעה בערך לאחר פתיחת התערוכה, בעודי משוחח עם אחד המבקרים, אדם שלא ראיתי שנים מספר, התקרבו אליי שני אנשים במדי צבא. ביקשתי מהם להמתין מעט עד שאסיים את שיחתי עם אותו מבקר, אך הם התעקשו לדבר איתי מייד. ביקשתי את סליחתו של המבקר וחשבתי לעצמי שאולי טמונה כאן הזדמנות עסקית גדולה לפעילות משותפת עם הצבא. שני האנשים ביקשו ממני להתלוות אליהם מחוץ לאולם כדי שנוכל לדבר בנחת. כבר הייתי מתוח ונרגש וביקשתי משושי לנהל את הדוכן בכוחות עצמה. יצאתי אל הפרוזדור מחוץ לאולם ושם, בפינה, לאחר שהם ביקשו ממני לשבת, הודיעו לי אנשי הצבא בקול שקט כי בני, ערן, נמצא ללא רוח חיים בשדה ליד הבית, נשקו האישי לידו, וכדור אחד חסר במחסניתו. התגובה שלי הייתה סוערת מאוד. התפרצתי, בכיתי והתעלמתי לחלוטין מהקהל הגדול שהיה סביבי בתערוכה. באותו הרגע לא העליתי על דעתי שאותו אינטרנט, שאך שעה קלה לפני כן הצטייר בעיניי כמקום פתוח, חופשי ומוגן, היה גורם קריטי במותו של בני היקר.

עד שהתעמקנו בתכתובת הענפה שניהל ערן באינטרנט בימים ובחודשים שקדמו להתאבדותו לא העליתי כלל על דעתי שאותו אינטרנט ששימש אותי, ומשמש כה רבים מאיתנו, לקשר יום-יומי עם חברים, עם בני משפחה, עם עמיתים לעבודה ועם שותפים עסקיים הוא הוא שהפך ברגע אחד את חיי על פיהם והמיט עליי אסון כה נורא. מהתכתובת של ערן באינטרנט התברר לנו, לאחר מותו, שהוא שיתף את מצוקותיו ברשת (דבר שלא עשה מחוץ לרשת). הוא תיאר לפרטי פרטים כמה קשה לו בצבא - העבודה הפיזית הקשה שהוטלה עליו באפסנאות ומפח הנפש הגדול שהרגיש לאחר שלא נענו לבקשותיו לעסוק במחשבים, אפילו כפקיד. הוא תיאר את חוסר התקווה שלו ואת הייאוש שאחז בו בראותו את מה שהוא פירש כ"חוסר אור בקצה המנהרה". איש לא היה שם כדי לעודד את רוחו ולהראות לו שכל הקשיים האלה זמניים ויחלפו כעבור חודשים מספר, קל וחומר כעבור שנים אחדות.



ויותר שמתאבדים בכל שנה (פי 1.5 מהרוגי תאונות דרכים), הייתי המום. הבנתי מייד לשם מה עלי להמשיך ולחיות. חייבים להפסיק את ההרג הזה, חייבים לעצור את שיטפון המתים מהתאבדות. החלטתי לפעול בנושא. ניסיתי לבדוק אם רק אני לא ידעתי לזהות סימני אובדנות, אם רק אני לא העליתי על דעתי שהמצוקה הקשה של בני גוררת מחשבות אובדניות. למרבה הצער, התשובה על שתי השאלות האלה הייתה שלילית. גם מקבלי ההחלטות במדינה מעולם לא חשבו שהתאבדות היא תופעה כה נפוצה ויש דרכים למנוע אותה, או לכל הפחות לצמצם אותה, ולהציל חיים.

מניעת אובדנות

התחלתי לעבור מבסיס צבאי אחד לאחר כדי לספר את סיפורי האישי - כיצד ייתכן שאדם צעיר שרצה להיות יזם, כמוני, ושאל להמציא דברים ולשנות את העולם הגיע למצב נמוך כל כך, לדיכאון עמוק שהביא אותו לידי החלטה ש"טוב מותי מחיי". חשבתי שבאמצעות הסיפור האישי הזה יהיו המפקדים רגישים יותר לחיילים שלהם וישימו לב גם לחיילים המופנמים והשקטים. בהדרגה הבנתי שלעולם לא אגיע לכל המפקדים. נדרשת פעולה רחבת היקף ועמוקה הרבה יותר כדי לחולל שינוי בנושא. למרבה המזל, לפני 15 שנים בקירוב הגיע גם הצבא למסקנה זו והחל בפעילות אינטנסיבית למניעת אובדנות של חיילים. המספרים מדברים בעד עצמם: בשנות ה-90, בתקופה שבה התאבד בני, התאבדו עוד 30-40 חיילים בכל שנה. בשנים האחרונות מתאבדים עשרה עד 14 חיילים בשנה. זהו הישג שגם בצבאות אחרים בעולם לומדים אותו ומנסים לחקות אותו.

בזכות הפעילות למניעת אובדנות הגעתי לעמותת "בשביל החיים". את העמותה הקימו משפחות שיקיריהן התאבדו, ובתחילת דרכה היא עסקה במתן תמיכה וסיוע למשפחות שכבר חוו את אסון ההתאבדות. קיבלתי עלי לעמוד בראש העמותה, ובראש מעייני הצבתי את היעד להקים תוכנית לאומית למניעת אובדנות. הבנתי שחשוב מאוד שהממשלה והמדינה יקבלו עליהן אחריות לנושא הכאוב הזה. על כן דיברנו עם שרים, עם חברי כנסת ועם אנשי ציבור כדי להביא לידיעתם את היקף התופעה: 550 בני אדם בקירוב מתאבדים בכל שנה. 7,000 בני אדם בקירוב, מחציתם צעירים, מגיעים לחדרי המיון בכל שנה עקב ניסיון אובדני. בעקבות ניסיונות אלה נותרים רבים מהם נכים לכל חייהם.

אומנם מניעת אובדנות היא ללא ספק נושא סבוך ומורכב, אבל יישום מלא של אסטרטגיות שהוכחו במחקרים, אסטרטגיות שמצילות חיים, מביא לידי תוצאות מדהימות, כמו שהוכיח הצבא וכמו שהוכח במדינות אחרות שהקטינו

לאחר שהעלה ערן לרשת את משאלתו לשים קץ לחייו ואת חוסר הידע שלו איך לעשות זאת ביעילות תחקר אותו אחד האנשים בצ"ט בנוגע לתפקידו ולמעשיו בצבא. ערן השיב לו שיש ברשותו, כמו ברשות כל חייל אחר, נשק אישי, ואותו אדם נתן לו הוראות מדויקות לאופן שבו עליו לכוון את רובה ה-M16 לראשו כדי לפגוע ולא להחמיץ חלילה.

כשהלך ערן לשדה שליד הבית בבוקרו של יום שלישי, 17 ביוני 1997, הוא זכר היטב הוראות אלה וביצע אותן, לאסוננו, כמו שהוא ביצע כל דבר אחר בחייו - במדויק.

רבים אינם יודעים, אינם מודעים או אינם רוצים לדעת שהאינטרנט - על החופש האין-סופי שבו והיכולת לשוטט בו ולהתבטא בזהות בדויה - עלול להיות גם קטלני. יש המפרשים את היעדר הגבולות גם כחופש לפגוע, להסית, להעליב, לבזות אחרים ולפגוע בשמם הטוב או בכבודם. האם באינטרנט כזה אנחנו רוצים? האם יש לשים גבולות לחופש הזה? האם יועילו ההגבלות האלה?

ומה הלאה?

עשרים וחמש שנים עברו מאותו יום. היום האומלל ביותר בחיי. יום שטלטל אותי והוריד אותי לתחתית. לא ידעתי את נפשי: איך איבדתי את בני המוכשר והחכם? מדוע לא עמדה לו תבונתו בשעת המצוקה הקשה שחוה בתחילת השירות הצבאי? התחלתי להתאבל ולבכות את החיים שנגדעו ברגע. לא מאש האויב מת בני וגם לא ממחלה קשה. בני התאבד!

עבר זמן מה עד שהייתי מסוגל לומר את שתי המילים האלה. הסטיגמה, הבושה, התרחקות בני האדם ממני היו דברים שהיה קשה לשאתם. בחודשים הבאים התחלנו לקלוט שחינו עומדים להשתנות לבלי הכר. ייסרתי את עצמי על שלא העליתי על דעתי שמצוקתו של בני עלולה לגרום לו לעשות מעשה שאין ממנו חזרה. התאבדותו של ערן גרמה לי רגשות אשם נוראים. איך לא הבנתי את מצבו? איך לא ידעתי שמה שחוה ערן בכל ערב כשחזר מהצבא אינו קשיים טבעיים של תחילת השירות הצבאי אלא סימנים מובהקים למחשבות אובדניות? איך הנחתי לזה לקרות?

ממרומי ההצלחה של עולם הסטרטאפים והטכנולוגיה הושלכתי בבת אחת אל תחתית הבור. ההתמודדות עם השכול הפתאומי ועם ההחמצה האיומה היו קשים מנשוא. גם אני שאלתי את נפשי למות. אנשים ונשים טובים לא הניחו לי וסייעו לי לקום על רגליי ולחפש משמעות חדשה לחיי. אין-ספור טיפולים פסיכולוגיים, קבוצת תמיכה של הורים שכולים והחלטה להמשיך ויהי מה השאירו אותי בחיים.

כשמעתי שאיני משתייך לקבוצה קטנה של משפחות שיקירן התאבד למרבה הטרגדיה, אלא שיש 500 בני אדם

פעילות בכנסת ובממשלה

את תקצוב התוכניות למניעת התאבדויות יש להגדיל במידה ניכרת ולהכניסו לבסיס התקציב. ללא הקצאת משאבים רבים למניעת אובדנות אין סיכוי של ממש להתמודד עם התופעה המורכבת של ההתאבדות ולהקטין את מספר מקרי ההתאבדות. אני עצמי פועל בתחום מניעת אובדנות כבר שנים רבות. בשנים הראשונות אחרי התאבדותו של ערן הסתובבתי, כאמור, בעשרות בסיסים של הצבא ובבתי ספר כדי לספר את הסיפור האישי שלי ולהזהיר שהתאבדות עשויה לקרות בכל מקום, בכל מגזר, בכל מעמד, בכל גיל. ייתכן שתרמתי תרומה צנועה לכך שצה"ל התחיל להפעיל תוכנית משמעותית למניעת אובדנות של חיילים, ובעשור האחרון הפחית את מספר מקרי ההתאבדות ב־70 אחוזים. ייתכן שלפעילות הרציפה והמתמשכת בבתי הספר יש קשר לעובדה שבשנתיים האחרונות מפעיל משרד החינוך את תוכנית "בוחרים בחיים". כאמור, בתוכנית זו מדברים עם התלמידים ישירות על בריאות הנפש ועל מניעת התאבדויות של חבריהם.

עד לפני שנים אחדות הייתי יושב הראש של עמותת "בשביל החיים". במשך שבע שנים הובלתי את הפעילות בנושא זה בכנסת ובממשלה והנהגתי את המאבק המתמשך במשרדי הממשלה כדי להמשיך את פעילותה של התוכנית למניעת אובדנות, לתקצבה כראוי ולנהל אותה בדרך שתביא לידי תוצאות בשטח. עשו את זה במדינות אחרות, ואני מאמין שאפשר וצריך לעשות את זה גם בישראל.

סיכום

בעשור האחרון עברנו כברת דרך. עתה יש הרבה פחות בושע והרבה יותר שיח פתוח על מצוקות אובדניות, ושיח זה עשוי להציל חיים. התוכניות למניעת אובדנות קיימות, והן הוכחו במקומות רבים בעולם, וגם אצלנו בצבא, כמצילות חיים. כאב האובדן, הסטיגמה הקשה בנושא ההתאבדות ורגשות האשמה שחוזרים שוב ושוב אינם מרפים את ידי. אני וחבריי בעמותת "בשביל החיים" נחוישים להמשיך במאבק.

אני מקווה שהתאבדותו של בני והתאבדותם של 5,000 בני אדם ויותר בעשר השנים האחרונות לא הייתה לשווא. עלינו לעשות כל שאפשר כדי להכין את התשתית להתמודדות עם המצוקות הנפשיות ההולכות וגוברות במציאות חיים שמלווה בהרבה לחץ ושחיקה, מציאות שבה רבים זקוקים ליד המסייעת שנושית להם כדי להתמודד עימה. אסור לנו לעמוד מנגד. זו בפירוש הצלת חיים.

את ערן בני אי אפשר להחזיר, אבל אפשר להציל את חייהם של צעירים רבים כמו בני שנקלעו למצוקה אובדנית, את חייהם של מבוגרים שהחיים המרו להם והפכו אותם לבלתי נסבלים מבחינתם ואת חייהם של קשישים שאיבדו את משמעות החיים. יחד נציל חיים!

את מספר המתאבדים בעשרות אחוזים. ואכן, בזכותה של יעל גרמן, שרת הבריאות אז, הוקמה תוכנית לאומית למניעת אובדנות והחלה פעילות בתחומים שונים. ואולם כבר בשנים הראשונות החלו קשיים בהפעלת התוכנית: התקציבים לא הגיעו ליעדיהם במשרדי הממשלה האחרים העוסקים בנושא (בעיקר חינוך ורווחה); התיאום בין המשרדים היה לקוי מאוד ולא הייתה יד מכוונת; ורק אחדות מהפעילויות הצליחו להגיע לידי מימוש. האתגרים בתחום זה רבים. צריך:

- להקים מאגר מידע אמין ומעודכן בנושא באמצעות טיוב נתוני אובדנות - התאבדויות וניסיונות אובדניים, איתור הקבוצות בסיכון ושיטות מוכחות למניעת אובדנות בארץ ובעולם.
- לצמצם את הנגישות לאמצעים קטלניים כגון כלי נשק ותרופות ולצמצם את הנגישות למבנים מסוכנים (hot spots) שנעשים בהם ניסיונות אובדניים.
- לסייע למשפחות שיקיריהן התאבדו. בעקבות ההכרה במשפחות אלה כקבוצת סיכון להתאבדות נוספת נעשה הסיוע למשפחות חלק מתוכנית המניעה.
- לאתר אנשים ונשים שנמצאים בסכנת אובדנות באמצעות מוקדים של "קווים חמים" שנותנים מענה טלפוני ואינטרנטי לכל המדווחים על מצוקה אובדנית.
- יש להכשיר "שומרי סף" (מורים, עובדים סוציאליים, רופאי משפחה ואנשי סיעוד) לזיהוי מוקדם של מצוקה אובדנית וללימוד דרכי טיפול ומניעה.
- להטמיע את תוכנית "בוחרים בחיים" בכיתות ח'–ט' בכל בתי הספר בארץ. התוכנית פונה ישירות לבני הנוער בכיתות אלה, ובמסגרת של שבעה מפגשים מסבירה את נושא בריאות הנפש, ובכלל זה זיהוי הסימנים המוקדמים לאובדנות, ואת החשיבות של "ערבות הדדית" בין התלמידים.
- להבטיח רצף טיפולי, הפניה לטיפול ומעקב ובכלל זה הנגשה ללשון ולתרבות הרלוונטיות.
- להכשיר צוותי רפואה ופסיכולוגים בשיטות טיפול מתקדמות בנושא מניעת אובדנות.
- להגדיל את המודעות לתופעת ההתאבדות ואת ההכרה הציבורית בה ולהרחיב את הדרכים לצמצומה באמצעות הרצאות חשיפה, פרסום בכלי התקשורת, כינוסים ואירועים (למשל צעדות) אזוריים וארציים בנושא.
- לקיים מחקר ומעקב - ליווי התוכנית במחקר לקביעת מדדים ויעדים ולהערכת נקודות החוזקה והחולשה בהיבטים השונים של התוכנית.

כבר 25 שנה אבשלום אדרת, 2022 לזכרו של ערן אדרת ז"ל

החיים התהפכו, הכול השתנה,
היינו צעירים ב־25 שנה.
התגייסנו לצבא, בריא וחסון,
מלא בציפיות, נער גאון.

נקלעת לסביבת עבודה קשוחה,
לתפקיד שלא העלית בדעתך.
הדיכאון החל לכרסם בעוצמה,
זה היה כבר לפני 25 שנה.

וכשהמצוקה גברה והפכה בלתי נסבלת,
וההישארות בחיים נהייתה מאמללת,
שמת קץ לחייך הכה קצרים,
אנחנו נותרנו לחיים אחרים.

עם הרבה שאלות ותהיות של איך ולמה,
נעלמת מחיינו, נשמתך נדמה.
היכן טעינו, מה אפשר היה לעשות,
אנחנו נותרנו, נפשות נרמסות.

איזו משמעות נמצא עתה לחיינו,
עד כמה נוכל לסלוח לעצמנו.
הלכת למותך, לבד ומדוכא,
עד מתי ליבנו יבכה.

למדנו, לאט, את מותך להפנים,
קלטנו שלעולם נחיה את יום הדמים,
את ההודעה שבאחת שינתה את הכול,
ועימתה גם אותנו אם להיות או לחדול.

הבנו שכלום לא יחזור למה שהיה,
נפשנו לתמיד תישאר הומייה.
לכתך צבע את עולמנו בשחור,
שנים המשיכה נשמתנו לסעור.

הזמן לא ריפא, האסון נחרך בגופנו,
היה לגמרי לא פשוט לחזור לעצמנו.
כל אחד במשפחה חיפש את דרכו,
יוצר משמעות לחייו, לאיטו.

ואני, לעצירת אסונות כאלה נרתמתי,
לסייע במקום שבו אני לא הצלחתי.
לבער את הבורות, להגביר מודעות,
כדי למנוע עוד התאבדות.

כדי שאדם שנקלע למצוקה אובדנית,
ידע שניתן, גם כשמאוד קשה, ליצור תפנית.
וגם הכאב הכי צורב והכי חד,
עשוי להיפסק - הוא לא יימשך לעד.

שיש לו מה לתרום לעולם, למשפחתו,
שבכל ליבם כה אוהבים אותו.
שחיינו יכולים להיות בהירים כזהב,
אם רק לא יעצור אותם - כמו ידיו.

הגיע הזמן שיפציע האור בתוך העלטה,
של מי שעבורם כל יום הוא כמו עקדה.
כאב מתמשך וסבל עד־בלי־די,
ושבמוחם מתרוצץ "טוב מותי מחיי".

עלינו כחברה מוטלת האחריות,
לעשות הכול כדי שאותו אדם לא ימות.
המשימה אדירה, אבל בל ניחת,
כבר חז"ל האדירו את כל המציל נפש אחת...

היש דבר נשגב מהצללתם?
מהפיכת מי שבחיים מאס ואת גורלו חתם,
לאדם שיביא לעצמו ולעולם שפע וברכה,
ובכך גם יציל מאסון את כל המשפחה?

כבר 25 שנה שאני בתוך השליחות,
צוואה שהשאיר לי בני לצד הבכות.
אנו חייבים זאת, לו ולכל דומיו,
הבה נפעל באומץ למניעת התאבדויות - עכשיו!

סוגיות מקצועיות-אתיות במצבי סיכון אובדני של מטופלים

יונת בורנשטיין בריוסף¹

שאלת שמירת הסודיות המקצועית והפרטה היא אחת הדילמות המקצועיות-אתיות המרכזיות ביותר במקרי סיכון אובדני. חובת הסודיות חלה על פסיכולוגים בכל התערבות מקצועית, וקבועה בכמה חוקים וגם בכללי האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים: חוק יסוד כבוד האדם וחירותו, התשנ"ב-1992, הקובע כי כל אדם זכאי לפרטיות ולצנעת חייו; חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1985, האוסר את הפגיעה בפרטיות הזולת, ובייחוד במצב שקיים בו הסכם בעניין הסודיות; וחוק העונשין, התשל"ז-1977, הקובע ענישה על הפרת סודיות המידע על ידי איש מקצוע, ובמיוחד אם הוא עובד ציבור, אשר גילה מידע סודי ללא רשות ואם לא נדרש לגלותו על פי החוק. לאלה מצטרפים חוקים מקצועיים שמחייבים אנשי טיפול ובריאות בשמירת סודיות המידע שהגיע אליהם בזמן מילוי תפקידם: חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1966, חוק הטיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991 וחוק הפסיכולוגים, התשל"ז-1977.

בחוקים המקצועיים נכללת גם הגדרת התנאים להפרת הסודיות ומסירת המידע על מטופלים. חוק זכויות החולה קובע כי מטפל או מוסד רפואי רשאים למסור מידע רפואי "כאשר מסירת המידע הרפואי היא למטפל אחר, לצורך טיפול במטופל" (סעיף 20 (א) לחוק), כאשר מסירת המידע חיונית להגנה על בריאות הזולת או הציבור, כאשר הצורך במסירתו עדיף מן העניין שיש באי-מסירתו (ולאחר אישור ועדת האתיקה הקבועה בחוק) וכאשר המטופל נתן את הסכמתו למסירת המידע. תנאים לשמירת הסודיות ולהפרטה מוגדרים גם בחוק הפסיכולוגים (סעיף 7 (א)). חוק זה קובע כי על מי שרשאי לעסוק בפסיכולוגיה חלה החובה לשמור בסוד מידע שהגיע אליו במסגרת עיסוקו, אלא אם כן גילוי המידע דרוש לשם טיפול באותו אדם, אם קיימת חובה או רשות בחוק לגלות את המידע, או אם האדם שעליו המידע הסכים בכתב לגילוי.

לחוקים אלה נוסף גם חוק לא תעמוד על דם רעך, התשנ"ח-1998, הקובע כי חובתו של כל אדם, ולא רק של המטפל, לפעול במצבים של סיכון חיים מידי כדי למנוע את הסיכון: "חובה על אדם להושיט עזרה לאדם הנמצא לגד עיניו, עקב אירוע פתאומי, בסכנה חמורה ומיידית לחייו, לשלמותו או לבריאותו, כאשר יש לאל ידו להושיט

מצבי סיכון אובדני של מטופלים מעמידים לפני הפסיכולוג סוגיות ודילמות מקצועיות-אתיות מהמורכבות ביותר. אלה מערבות שאלות ודילמות הנוגעות לכללי מוסר וערכים, לשאלות חוקיות ולעקרונות וכללי התנהלות מקצועיים ואתיים. אל שולחנה של ועדת האתיקה מגיעות לעיתים קרובות פניות של פסיכולוגים להתייעצויות במקרים מורכבים מאוד של מטופלים הנתונים במצבי סיכון אובדני בדרגות חומרה שונות. בהתלבטויותיהם נכללות בין השאר שאלות על שמירה והפרה של הסודיות שמחויב בה הפסיכולוג, שאלות הנוגעות לערכים מוסריים ולערכי התרבות של המטופל ושל המטפל, שאלות העוסקות בחוזה ובברית הטיפולית וכללי קבלת הסכמה מדעת לטיפול במצבי סיכון ושאלות רבות נוספות.

המורכבות גוברת עוד יותר כאשר המטופל של הפסיכולוג הוא קטין הנתון בסיכון אובדני, מצב שבו גם ההורים או האפוטרופסים הם לקוחותיו של הפסיכולוג. בטיפול בקטינים עולות תמיד שאלות הנוגעות לזכויות הקטין מול זכויות ההורים בטיפול. שאלות אלה קשורות למצב של ריבוי הלקוחות ולקונפליקט בין הנאמנויות ללקוחות השונים. שאלות אלה מחריפות במצבי סיכון, מצבים שבהם חיוני עוד יותר להגדיר בחוזה הטיפול את גבולות הסודיות ואת כללי הפרת הסודיות עם כל אחד מהלקוחות, וכן להגדיר את אחריות הפסיכולוג לעומת אחריות ההורים למצבו של הקטין.

במצבי סיכון חריפים ומידיים בדרך כלל ההחלטות באשר להתנהלות המקצועית הנדרשת ברורות, ולעיתים אף קבועות בחוק, ואין דילמה באשר לבחירת הדרך הנכונה לפעול, כשהמטרה הראשונה היא לשמור על חייו של המטופל. לעומת זאת, כאשר ההערכה היא שהסיכון אינו מידי, בדרך כלל אין רק חלופה ברורה אחת, מורכבות הדילמות המקצועיות-אתיות גדולה מאוד, ועל הפסיכולוג להכריע בין חלופות שונות להתנהלותו המקצועית, לשקול את המחירים ואת הרווחים בכל אחת מהחלופות ולבחור את החלופה בה הסיכוי לסייע למטופל ולהקטין את סבלו הוא הגדול ביותר, בזמן שהמחירים והסיכונים הצפויים הם הנסבלים והנמוכים ביותר (מודל שבעת הצעדים) (אכמון ואחרים, 2012).

¹ יונת בורנשטיין בריוסף היא יו"ר ועדת האתיקה.

במצבי סיכון אובדני, ועל כן ההחלטה כיצד לפעול נשארת בידי הפסיכולוג המטפל. כלומר היעדר הקביעה מניח על כתפי הפסיכולוג אחריות מקצועית כבדה להפעיל שיקול דעת ולקבל החלטות מקצועיות־אתיות מורכבות כדי לעזור למטופל האובדני בצורה המיטבית, בכל מקרה לגופו ובהתאם לנתונים הספציפיים. כדי לקבל החלטות מיטביות ככל האפשר על הפסיכולוג לתכלל את כל המידע שיש בידיו על המטופל הספציפי ועל הרקע שלו ולשקול את כל החלופות שעומדות לפניו כדי לשמור על חיי המטופל ולסייע לו. לנגד עיניו עומדת גם המטרה לפעול ככל יכולתו כדי למנוע פגיעה בברית הטיפולית, לשמור על האוטונומיה והכבוד של המטופל, לשמור על האמון שהמטופל רוחש למטפל ועל ביטחונו שיעשה ככל יכולתו לסייע לו; ולשמור את דמות המטפל בעיני המטופל כדמות אמפתית ומבינה למצוקתו, דמות מכילה ומחזיקה, אך גם יציבה ובטוחה שמגינה עליו. בעשותו כן המטפל יאפשר למטופל להמשיך ולהיעזר בקשר הטיפולי שביניהם.

כאשר מדובר במטופל בגיר, עולה מבחינה מוסרית ואתית השאלה על זכותו האוטונומית של כל אדם להחליט על סיום חייו. יש הטוענים שזו זכותו האוטונומית של כל אדם, אלא אם כן נבדקה בריאותו הנפשית ונמצא שאינה תקינה. המטפל יכול לסייע ולנסות להניא את המטופל מכך, אך אינו יכול לכפות עליו החלטה אחרת. לעומתם יש הטוענים שערך החיים הוא הערך המקודש ביותר. ערך זה גובר על החובה לשמור על החיסיון והסודיות הטיפולית, ויתרה מכך - אם המטופל שיתף את הפסיכולוג במחשבות ובכוונות האובדניות שלו, עומדת מאחורי הדברים בקשתו הסמויה שהפסיכולוג יפעל כדי להניא אותו מכוונתו, ולכן בעצם השיתוף הוא נתן לפסיכולוג רשות לפעול לשם מניעת המעשה האובדני.

במקרים של מטופל בגיר יש לבחון קודם כול את השאלה האם מדובר באדם בריא בנפשו שאינו חולה במחלה נפשית המשבשת את בוחן המציאות ואת יכולתו לקבל החלטות שקולות והגיוניות. אם התשובה על כך חיובית, והיות שאין חובת דיווח במצב כזה כאמור, תעלינה בכל מורכבותן הדילמות המקצועיות־אתיות והצורך לקבל החלטות כיצד לפעול: האם לנסות ולשכנע את המטופל לבחור באפשרות אחרת להקטנת סבלו? האם לשכנע אותו לשתף בני משפחה וחברים קרובים במצבו? האם על הפסיכולוג לשתף אותם ביוזמתו אם לא הושגה הסכמת המטופל? האם להיעזר באנשי מקצוע נוספים מתחום הרפואה והטיפול? ואולי אף להתנות את המשך הטיפול בשיתוף כזה (למשל, בצורך לקבל ליווי פסיכיאטרי)? האם להגדיל

את העזרה, מבלי להסתכן או לסכן את זולתו" (סעיף 1 (א)). כלומר החוק קובע כי ערך שמירת החיים גובר על ערכים אחרים ומאפשר לכל אדם לנקוט צעדים כדי להגן על אדם אחר מפני סכנה חמורה ומיידית לחייו, ואף מחייבו לעשות כן. הנחיות לתנאים להפרת הסודיות מופיעות גם בחוזר משרד הבריאות, "נסיגה מחובת שמירת הסודיות בעבודת הפסיכולוג", מ'27 במארכ 2014. אומנם חוזר זה אינו מציין מצב של סיכון אובדני כמצב המחייב דיווח על פי חוק, אך הוא קובע עיקרון מפורש ולפיו **"הגנה על חיי של אדם קודמת לשמירת הסודיות"** (פרק הנחיות, סעיף 1). גם קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל, 2017, מתייחס לנושא זה. קוד האתיקה קובע, בעיקרון א' לקוד, קביעה כללית המקבלת משנה תוקף במצבי סיכון, כי **"בעבודתם המקצועית יפעלו הפסיכולוגים לקידום רווחתו הנפשית של הלוקח ולמזעור סבלו. זאת על פי שיקולים מקצועיים ומתוך הכבוד הראוי לאדם, לערכיו, לזכויותיו, להגדרתו העצמית ולאוטונומיה שלו... פסיכולוגים יהיו ערים לדילמות מוסריות וקונפליקטים אתיים המתעוררים בעבודתם. במצבים של ניגוד אינטרסים או כאשר נוצרים קונפליקטים בין מחויבויות מתחרות, על הפסיכולוגים לעשות כל שביכולתם כדי להגיע לפתרון שיאפשר להם למלא את תפקידיהם בצורה מקצועית ואחראית, והם יפעלו כדי למנוע נזק אפשרי או למזער אותו ככל האפשר"** (עמ' 9).

קוד האתיקה קובע גם את החובה לשמירה על סודיות (סעיף 4.1 לקוד), את הכללים להגדרת כללי הסודיות בחוזה הטיפולי (סעיף 4.2 לקוד) ואת התנאים להסרת החיסיון (סעיף 4.3 לקוד). בסעיף האחרון חשוב להדגיש במיוחד את קביעת הקוד ולפיה **"פסיכולוגים אינם מחויבים בשמירת הסודיות במקרים שבהם על פי חוות דעתם המקצועית המטופל נמצא במצב של סיכון לעצמו או לאחרים"**. ועוד קובע קוד האתיקה, בסעיף 6.1, הימנעות מפגיעה, כי **"פסיכולוגים יעשו ככל יכולתם כדי להימנע מפגיעה בלקוחותיהם. כאשר אי אפשר למנוע פגיעה כי היא חלק הכרחי בהתערבות המקצועית, יפעל הפסיכולוג לצמצמה ככל האפשר"**.

ככלל, החוקים והכללים שלעיל אינם מחייבים דיווח על מטופלים הנמצאים במצבי סיכון אובדני, ובייחוד כשהסיכון אינו מידי. גם הסעיף בחוק הפסיכולוגים המאפשר נסיגה מחובת הסודיות **"כשגילוי המידע דרוש לשם טיפול באותו אדם"** מתיר לפסיכולוג לדווח במקרים מסוימים, אך לא קובע שחלה עליו חובת דיווח תמיד. (סעיף 7 (א) (1)). בכל החוקים שהוזכרו כאן אין קביעה בנוגע לחובת דיווח

את תכיפות הפגישות הטיפוליות? לאפשר קשר טלפוני רציף? לעשות חוזה טיפולי חדש עם המטופל, למשל חוזה שבו הוא מתחייב לפנות למטפל או לאנשי מקצוע נוספים שהוחלט עליהם יחד (תוכנית ביטחון) במצב שבו המחשבות האובדניות גוברות?

במקרים שבהם המטופל הוא קטין גדלה המורכבות הזו עוד יותר, שכן במצבים אלה, שבהם גם ההורים הם לקוחותיו של הפסיכולוג, קיים קונפליקט מובנה וקבוע בין זכות המטופל לסודיות ובין זכות ההורים לקבל מידע על מצבו. קונפליקט זה מתחדד במצבי קצה וסיכון. במקרים אלה, שגם עליהם לא חלה חובת דיווח בדרך כלל, כל עוד ההורים משתפים פעולה בהגנה על הקטין, עולות שאלות מורכבות מאוד בדבר ההתנהלות הנכונה. למשל, כיצד לערוך או לעדכן את החוזה הטיפולי עם הקטין ועם הוריו ולעיתים גם עם לקוחות נוספים כגון המערכת החינוכית? האם נדרשת הסכמת המטופל הקטין כדי ליידע את הוריו? ואם לא נדרשת, האם נכון לעדכן אותו מראש על הכוונה לדווח להורים? כיצד על הפסיכולוג לפעול לחוד וביחד עם ההורים לשם הגנה על חיי המטופל הקטין? האם עליו לערב ביוזמתו גורמים נוספים - כגון המערכת החינוכית או הרווחה? כיצד עליו לפעול באופן שלא יגרום לפגיעה אנושה באמון המטופל בפסיכולוג ומבלי לסכן את המשך הטיפול? כיצד עליו לפעול כאשר ההורים מבטלים את הסכנה ואינם מתגייסים לטיפול הנדרש בקטין? והאם קיימת אז חובת דיווח, ולמי? כיצד לאזן בין אחריות המטפל ובין אחריות ההורים למטופל הקטין? כיצד לסייע להורים הנתונים גם הם במצוקה במצב כזה? אין תשובה אחת על כל השאלות האלה; התשובות האפשריות מורכבות, רבות־פנים ושונות בכל מקרה לגופו, ועל הפסיכולוג לשקול את כל החלופות שעומדות לפניו ולבחור לבסוף את החלופה המתאימה ביותר במקרה ובנקודת הזמן הספציפיים. יתרה מכך, עם כל התפתחות עליו לחזור ולבחון את החלופה שבחר, ולבדוק האם עליו לשנותה. ולבסוף כמובן עליו לשאול את עצמו האם המיומנות והניסיון המקצועיים שלו מספיקים

כדי שימשיך בטיפול או שעליו להעביר את הטיפול לגורמי טיפול שהתמקצעו יותר בנושא הערכה וטיפול באובדנות (בהתאם לסעיף 6.1 לקוד, הימנעות מפגיעה, המדגיש את חובתו של הפסיכולוג להימנע מטיפול במקרים שבהם אינו מקצועי ומיומן דיו).

בכל המקרים הללו, בין שהמטופל בגיר ובין שהוא קטין, צריכה לעמוד לנגד עיניו של הפסיכולוג השאלה מהי ההתערבות הטיפולית הנכונה ביותר במקרה הספציפי, התערבות שתאפשר לו להעניק למטופל תמיכה וסיוע כדי לשמור על חייו ולהקטין את סבלו, ובתוך כך לשמור ככל האפשר על האמון ועל הביטחון שהמטופל מרגיש כלפי המטפל בנוגע לכוונותיו להיטיב איתו בקשר הטיפולי שביניהם. בד בבד הוא צריך להיות ערני שלא להיקלע למצב של "סנדול" היכולת שלו לפעול לפי שיקול דעתו המקצועי העצמאי בגלל מי מהלקוחות המעורבים. כמו כן עליו להימנע מצעדים שאינם הכרחיים ועלולים להביא לידי הפסקת הטיפול, ולהותיר את המטופל מבודד, מיואש וחסר תמיכה עוד יותר.

יש להדגיש כי במקרים כה מורכבים ומאתגרים מבחינת הפסיכולוג המטפל חשובים מאוד ערנותו ומודעותו העצמית של הפסיכולוג, יכולתו לבחון את ההשפעה של ערכיו, של תפיסת עולמו ושל ההיסטוריה האישית שלו, יכולתו לזהות קיומם של רגשות עוצמתיים של העברה נגדית והשפעתם על התנהלותו המקצועית (בהתאם לעיקרון א' לקוד האתיקה). במצבים כה מורכבים חשובה מודעותו העצמית של הפסיכולוג גם לסכנה לטעויות שמצבים אלה מזמנים. במצבים כאלה הוא עלול לחרוג מאורחות ההתנהלות המקצועית הרגילה, גם אם כוונותיו ומיומנותיו המקצועיות טובות וראויות, ולהיקלע למצב של מדרון חלקלק של כשלים מקצועיים ואתיים. ולבסוף חשוב להדגיש כי במקרים מורכבים כל כך מוטב שהפסיכולוג לא יתמודד לבדו עם ההחלטות המקצועיות שעליו לקבל, גם אם הוא פסיכולוג מומחה, מיומן ומנוסה מאוד, אלא ייעזר בהדרכה, יתייעץ עם עמיתים וגם עם ועדת האתיקה.

- אכמון, י', שפיר, ג', ווייל, ג' (2012). מקצועיות אתית בפסיכותרפיה תשע"ב (עמ' 57-25). מאגנס.
- חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981.
- חוק הטיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991.
- חוק העונשין, התשל"ז-1977.
- חוק הפסיכולוגים, התשל"ז-1977.
- חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.
- חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, התשנ"ב-1992.
- חוק לא תעמוד על דם רעך, התשנ"ח-1998.
- מעוז, ד' וריקלין, נ' (2005). קונפליקטים אתיים ומקצועיים בשמירת הסודיות בפסיכותרפיה עם ילדים והוריהם, שיחות, י"ט, 184-178.
- מסמך משרד הפסיכולוגית הארצית, משרד הבריאות (2014). הנסיגה מחובת הסודיות בעבודת הפסיכולוג.
- פרבשטיין, א', ישראלי, א' ושדה, א' (2004). סוגיות אתיות בטיפול במתבגרים. בתוך ג' שפיר, י' אכמון וג' וייל (עורכים), סוגיות אתיות במקצועות הייעוץ והטיפול הנפשי (הוצאה שנייה). מאגנס; האוניברסיטה העברית.
- צדיק, י' (2005). פסיכותרפיסטים מול חובת הדיווח. רפואה ומשפט, 27, 145-158.
- קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל (2017). הסתדרות הפסיכולוגים בישראל.
- קוד האתיקה של האיגוד הישראלי לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר (2007). ההסתדרות הרפואית בישראל.
- שפיר, ג', אכמון, י' ווייל, ג' (2007). סוגיות אתיות במקצועות הייעוץ והטיפול הנפשי (מהדורה שלישית). מאגנס; האוניברסיטה העברית.

בפינת הפרופיל בחרנו לארח הפעם את **פרופ' יוסי בלז**, פסיכולוג קליני מומחה שמקדיש את עשייתו המקצועית למניעת אובדנות. פרופ' לוי בלז משמש במגוון תפקידים: הוא ראש המרכז לחקר האובדנות והכאב הנפשי על שם ליאור צפתי במרכז האקדמי רופין; חבר הנהלה וראש אגף המחקר בעמותת "בשביל החיים"; יו"ר השדולה למניעת אובדנות באקדמיה; וחבר ב"מועצה הלאומית למניעת אובדנות". מלבד זאת פרופ' לוי בלז הוא מטפל, חוקר, מרצה ומדריך זה שנים רבות בתחומי מניעת אובדנות בגופים ציבוריים, פרטיים וממשלתיים. הוא פרסם מאה מאמרים מדעיים בקירוב בנושאי כאב נפשי, צמיחה פוסט-טראומטית ומניעת אובדנות במגוון אוכלוסיות וערך שני ספרים בנושא כאב נפשי ואובדנות. האחד הוא **להאיר את החושך, אובדנות בקרב בני נוער**, והשני הוא **ספר שיצא לאור לפני זמן לא רב ושמו מתחת לשמיים השחורים - שיחות על כאב נפשי, אובדנות ותקווה**.

ראיינה: נחמה רפאלי¹

ספר לנו מעט עליך.

אני יוסי, נשוי באהבה למיטל ואבא גאה לארבעה ילדים מקסימים. ב־13 השנים האחרונות אני חבר קיבוץ המעפיל. את הרצון לגור בקיבוץ ספגתי כנראה מאבי. הוא עלה ארצה, ברגל, מעיראק כשהיה בן 15 ובשנת 1945 התיישב בקיבוץ בארי. אומנם אבי עזב את הקיבוץ כאשר נדרש לסייע כלכלית למשפחתו שעלתה לארץ בשנות ה־50, אך האהבה לקיבוץ נותרה בו כל השנים, וכנראה עברה גם אליי בירושה. אני זוכר את הביקורים בקיבוץ כמעין "הצצה לגן עדן", בעיניים של ילד כמובן.

בילדותי המוקדמת גרתי ברמת גן. אחר כך עברנו לאריאל, ושם חייתי רוב שנות ילדותי. שם גם הייתי פעיל מאוד בתנועת נוער כמדריך וכרכז הדרכה. עד היום אני מרגיש שבאריאל ספגתי את הערכים המרכזיים שלי ואת החדווה לפעילות חברתית קהילתית גם בפן המקצועי. גם היום אני מרגיש לא פעם כמו רכז הדרכה שמארגן כינוסים ופעילויות וימי עיון.

סיימתי בגרות במגמה ריאלית, אם כי לא התעניינתי במיוחד בלימודים בתקופה ההיא ובעיקר ביליתי עם חברים אהובים שמלווים אותי עד היום. לאחר התיכון התגייסתי ליחידה 8200, ובתום השירות הצבאי נסעתי להודו ושהיתי בה זמן רב. כשחזרתי לארץ התחלתי ללמוד לתואר ראשון בפסיכולוגיה ובתוכנית למצטיינים באוניברסיטת חיפה. בזמן הלימודים התלבטתי לא מעט בין המשך לימודי פסיכולוגיה ובין מעבר ללימודי רפואה (אני עדיין מתלבט בנוגע לזה, עוד לא בטוח מה אעשה כשאהיה גדול). את לימודי התואר השני והשלישי עשיתי במסלול ישיר לדוקטורט באוניברסיטת בראילן בהנחיית שני מנחים נפלאים - פרופ' אלן אפטר וד"ר נטע חורש.

מה נושא עבודת הדוקטורט שלך ובמה התמקדת אחריו?

הדוקטורט שלי התמקד בבני אדם שביצעו ניסיונות אובדניים חמורים, כלומר ביצעו ניסיון אובדני שבעקבותיו אושפזו במחלקת טיפול נמרץ. זוהי אוכלוסייה ייחודית שמאפשרת היכרות עמוקה עם החוויות, עם הרגשות ועם המחשבות של מי שהיו על סף מוות מהתאבדות. הממצאים מהמחקר הזה הוכיחו את משמעותם הרבה מאוד של המאפיינים הבין-אישיים לצד הכאב הנפשי - הרגשת הבדידות, חוסר יכולתם לחשוף את עצמם וחוויה עמוקה של חוסר שייכות הם שהעלו את אותם בני אדם "אל הגג". כשהבנתי עד כמה התחום הזה זקוק לעוד עיניים טובות וידיים עובדות החלטתי להמשיך ולעסוק בו בהמשך דרכי. ועם זה ראוי לומר כי זאת לא הייתה החלטה של ממש אלא תהליך שקרה בהדרגה ובעזרת הרבה בני אדם טובים לאורך הדרך. היום אני חבר סגל גאה במרכז האקדמי רופין והקמתי את המרכז לחקר האובדנות והכאב הנפשי על שמה של ליאור צפתי ברופין. אנחנו מנסים לעשות כל מה שאפשר כדי לקדם ידע, הבנה ושינויים חברתיים בתחומים אלה ובתחומים משיקים של צמיחה פוסט-טראומטית, פגיעה מוסרית ויחסים בין-אישיים. אני גם חבר הנהלה בעמותת "בשביל החיים". זאת עמותה נפלאה שעוסקת במניעת אובדנות ובמתן תמיכה למשפחות לאחר התאבדות. אני אכן עוסק בתחום מניעת אובדנות בחלק ניכר מיומי - בקליניקה, בהרצאות, במחקר, בהנחיית כינוסים, בפעילות ציבורית בוועדות ובייעוץ לגופים ממשלתיים וחברתיים ולעמותות. אני רואה משמעות אדירה ביציאה מהקליניקה החוצה, אל החברה ואל הקהילה שאנחנו חיים בה. בהיותנו חוקרים אנחנו מפרסמים את רוב המאמרים שכתבנו באנגלית ובכתבי עת מסוימים מאוד. בהיותנו קלינאים אנחנו מטפלים בדרך כלל במספר

¹נחמה רפאלי, חברת מערכת פסיכואקטואליה, פסיכולוגית שיקומית ורפואית מומחית ומדריכה שיקומית.

המלצות על פסיכולוגים מעניינים או בעלי תפקיד מעניין אפשר להעביר לנחמה רפאלי במייל nechamaraph@gmail.com





מצומצם של בני אדם בשנה. החזון שלי קשור בניסיון לצאת מהתבניות האלה ולהגיע אל בני אדם רבים ככל האפשר, ואני מנסה לעשות זאת בין השאר בהרצאות ובכתיבה בעברית (למשל, שני הספרים בעברית מבליטים את הקהילה הרחבה), בכינוסים

שאנחנו עורכים בכל שנה (למשל, הכינוס "להבין כדי למנוע" שהשנה זאת תהיה השנה ה-11 שלו), בהכשרות "שומרי סף", בפעילות ציבורית ובשיתוף פעולה הדוק עם עיתונאים שמסקרים אובדנות. בסופו של דבר אני רואה בעיסוק בתחום מניעת אובדנות משהו אופטימי מאוד. כשהלב שלנו נמצא במקום הנכון אפשר להציל חיים של משהו או משהו בסביבתנו, ובעיניי יש לזה משמעות רבה. מה משתווה להרגשת המשמעות העמוקה שיש בעבודה שלנו?

אילו שינויים חלו בחברה הישראלית במשך השנים בנוגע לדיכאון, לבדידות ולאובדנות? מה מצבנו מבחינת התאבדות ומניעת אובדנות לעומת העולם?

ראוי לזכור כי התאבדות אינה תופעה נדירה כמו שחשבו פעם. בישראל מתים מהתאבדות 500 אנשים ונשים מדי שנה בשנה - פי אחד וחצי ממספר ההרוגים בתאונות דרכים. לו נהרגו 500 ישראלים מפעילותו של תא טרור כלשהו בכל שנה, ודאי היו כל מהדורות החדשות, כל הממשלות וכל הציבור עסוקים בנושא זה תדיר. וכמו שכולנו יודעים, בהקשר של התאבדות יש בהחלט מה לעשות. זאת אינה גזרת גורל, ואפשר למנוע ולהפחית את מקרי ההתאבדות בכלים פשוטים למדי. לצערנו, אנחנו רואים עלייה ניכרת בשיעורי ההתאבדות של צעירים בעולם וגם בישראל. פעם חשבנו שהתאבדות מתחילות בגיל ההתבגרות, בקרב בני 15 ומעלה. בעשור האחרון הוכפל מספר מקרי ההתאבדות של ילדים צעירים בני 14 ומטה בעולם ובישראל. התאבדות היא סיבת המוות השנייה בשכיחותה בקרב בני נוער וצעירים, ולכן עלינו לעסוק בה. החשיפה לרשתות החברתיות נתפסת כאחד הגורמים הקשורים לעלייה הגדולה בשיעורי ההתאבדות בקרב צעירים. נתון מצמרר מראה שבין 2008 ל-2010 (השנים שהופיעו בחיינו פייסבוק, אינסטגרם ודומיהן) הייתה עלייה ניכרת בשיעורי הבדידות, הדיכאון וההתנהגות האובדנית בקרב ילדים צעירים. אנחנו רואים גם ירידה של ממש בדימוי העצמי של נערות וילדות בתקופה זאת. אין ספק שלבדידות יש תפקיד מכריע בהגברת הסכנה לאובדנות, והבדידות מועצמת בעת שימוש ברשתות חברתיות בקרב צעירים פגיעים.

ובהקשר של השינויים בחברה הישראלית חשוב לומר שיש גם שינויים חיוביים. עד 2014 עמד התקציב למניעת אובדנות בישראל על אפס שקלים. בזמן שהייתה יעל גרמן שרת הבריאות היא הקימה את התוכנית הלאומית למניעת אובדנות, והתוכנית משפיעה על החברה - דרך הכשרות "שומרי סף", סדנאות לאנשי טיפול והעלאת הנושא למודעות. אומנם דרכה של התוכנית הזאת עדיין ארוכה, אבל היא כבר מצילה חיים בישראל, ועל כן היא מקור לגאווה ולהרגשה שבהחלט יש מה לעשות כדי למנוע אובדנות.

מה השפעתה של חווית הבדידות הסובייקטיבית והאובייקטיבית על ההחלטה להתאבד?

זאת שאלה מצוינת. חשוב לזכור כל הזמן כי האדם האובדני, זה שעלה "אל הגג", הוא בודד יותר מכל דבר אחר. הוא חווה תחושת כאב גדולה שמקורה בחוסר שייכות אדיר. וכמובן, בדידות כואבת מאוד ברמה הבסיסית ביותר. אנחנו יצורים חברתיים. אבות אבותנו הציידים-לקטים היו חייבים לחיות בקבוצה כדי לשרוד. לכן הבדידות כואבת גם פיזית, כדי להתריע בפני האדם על מצב מסוכן ולגרום לו לשוב ולהתחבר לבני אדם אחרים. ומי שנותר לבדו מרגיש כאב גדול. וכמובן, זאת בדידות סובייקטיבית שאינה קשורה למספר החברים במציאות או בפייסבוק.

בדידות היא כמו הרגשתו של אדם בחדר חשוך ואפל, בלי חלונות ובלי דלתות ובלי היכולת להאמין שיש סיכוי שמשהו ישתנה. לכן בדידות גורמת להרגשת חוסר משמעות, להרגשה שהאדם הוא עול על סביבתו, שמוטב שלא יהיה כאן. רבים הם מכתבי ההתאבדות שנגמרים במשפט הזה, "אני לא אהיה כאן ויהיה לכם יותר טוב בלעדיי". ברור לכולנו כי המשפט הזה אינו נכון, וההורים הכואבים והשבורים שמגיעים אליי לקליניקה לאחר התאבדות של בן או בת הם הוכחה אחת מיני רבות לחשיבה המוטעית הזאת. ובכל זאת המחשבה הזאת, והרגשת הבדידות הסובייקטיבית הזאת, הן מהמאפיינים השכיחים ביותר אצל מי שנתון בסכנת התאבדות מוגברת. הן גם מבהירות את חוסר הרציונליות של האדם בסיכון אובדני, שכן האמונות של האדם "על הגג" אינן נכונות. ואף שהוא רואה בהן אמת מוחלטת, הבדידות הזאת היא סובייקטיבית בדרך כלל וקשורה גם לעלייה ברמת הדיכאון, והדיכאון מעוות את החשיבה.

וכאן המקום לומר משהו גם לנו, המטפלים. סדרת מחקרים ארוכה שעשינו במרכז לחקר האובדנות, והשתתפו בה אלף אנשי טיפול ויותר, העידה שאנשי טיפול חוששים לקבל לטיפולם בני אדם בסיכון אובדני. ככל שנכללים בסיפורם גורמי סיכון רבים יותר (מחשבות אובדניות, ניסיון אובדני בעבר) כך המטפלים מעדיפים שלא לקבלם לטיפול ולהפנותם למישהו אחר. אומנם מעשיהם מובנים מצד אחד, אך מגבירים עוד יותר את חווית הבדידות של האדם במשבר אובדני מצד

אנתרופולוגיה, פילוסופיה, עתידנות, חינוך ומדעי המוח, ועם כל אחד מהם ערכנו שיחה פתוחה בלי לדעת לאן היא תוליך אותנו. הגענו לתובנות מרתקות ולנגיעות רגשיות מדהימות בנושאי כאב נפשי וטראומה ואובדן ואובדנות. ובתוך כך גם אנחנו השתנינו ולמדנו וכמובן, החכמנו מאוד. קשה לומר בכמה מילים מה למדנו כי מדובר בדברים רבים ומגוונים מאוד. שם הספר קשור לשורה משיר של להקת אלג'יר: "מתחת לשמיים השחורים, אפשר כבר להרגיש זרמים תת־קרקעיים של יופי". ואכן, המסע הזה הולך אותנו גם להעמקת האפשרות לראות את התקווה ואת המשמעות ואת הזרמים של היופי מתחת לשמיים השחורים של הכאב הנפשי והאובדנות.

מהם גורמי הכוח שמטעינים אותך שוב שוב כדי שתהיה מסוגל להכיל את הכאב של מטופליך?

ה"תחביב" הגדול והמרכזי של חיי הוא משפחתי וילדיי המתוקים (ולפעמים גם הם עושים צרות...). למרות פעילותי הרבה אני חוזר הביתה בארבע אחר הצהריים בדרך כלל כדי לבלות איתם. חוץ מזה אני שומע הרבה מוזיקה. היא מטעינה אותי מאוד (ותורמת לי כותרות יפהפיות למאמרים), לומד בודהיזם ועוסק בו כבר כמה שנים (ובין היתר מנחה, עם חברתי טלי הלמן־מור, ריטריטים למי שחוו אובדן) וגם רץ הרבה. השנה סיימתי שלושה חצאי מרתון, ואני מקווה להתייצב למרתון הראשון שלי בשנה הבאה. אני גם מטייל הרבה עם המשפחה ועם חברים. בקרוב מאוד אסע עם כמה חברים לשובע נוסף בשביל ישראל - מסע בין מכתשים. אתם מוזמנים להצטרף אלינו.

והדבר החשוב מכול הוא ההרגשה שאני נוגע בבני אדם - הידיעה שיש לי אפשרות לתמוך באדם במצוקה חריפה; לסייע למשפחה שמרגישה חוסר אונים מוחלט לאחר ניסיון אובדני של הבן או הבת; לייעץ לבחורה שמתקשרת אליי אחרי התאבדות של חברתה הטובה. אומנם העשייה הזאת אינה קלה כלל, אבל היא טומנת בחובה תחושת שליחות עמוקה. בזמן העבודה שלי נתקלתי במקרים שבהם מה שנראה כמו משבר סופי ומוחלט, משבר שאין חזרה ממנו, השתנה ופתח פתח לחיים חדשים. בידיעה ובהרגשה הזאת אני מתעורר בבוקר ומתחיל בפעילות (אחרי שאני שולח את הילדים למסגרות).

האם יש שאלה שברצונך לשאול או מסר שאתה מבקש להעביר?

תודה לך על ההקשבה ותודה לכל מי שקרא את דבריי. חשוב לי לומר שאיני פועל לבדי במערכה הזאת. נפלה בחלקי זכות גדולה להיות חלק מקהילה גדולה ונפלאה של בני אדם ששוקדים על יצירת שינויים אמיתיים בתחום בריאות הנפש בחברה הישראלית, בתקווה שהשינויים האלה יחלחלו גם לתחומים אחרים בחברה. החברה שלנו זקוקה לשינויים האלה.

אחר. הניסיון הקליני שלנו מלמד שבני אדם בעלי מחשבות אובדניות עוברים לעיתים בין עשרה מטפלים שונים עד שהם מוצאים איש טיפול שמוכן לקבלם. ואלה מספרים של טרום משבר הקורונה. אני מניח שהיום הם גדולים עוד יותר. נתון מדהים (אך לא מפתיע) שמצאנו מלמד שהממצאים האלה היו נכונים בעיקר למי שלא עבר הכשרה בנושא מניעת אובדנות. מטפלים שקיבלו הכשרה (והיא לא ארוכה) כזאת הביעו נכונות רבה יותר לקבל לטיפולם מקרי סיכון אובדני. הסכמתם היא כמו פתיחת חלון בחדר האפל והחשוך של הבדידות. זאת נקודה למחשבה לכולנו.

כיצד יכולה החברה לסייע במניעת אובדנות?

החברה, הקהילה, וכולנו כבני אדם, יכולים לסייע מאוד במניעת אובדנות, ובראש ובראשונה בעצם המוכנות לגעת בנושא, במוכנות לדבר עליו, להפנות מבט לבני אדם בסיכון ולא להתעלם מהתופעה. ככל שנסכים לדבר על אובדנות, לתת לה מקום, כך תצומצם הסטיגמה ויתאפשר מגע עם החלקים הכואבים בחברה וגם אצל בני אדם פרטיים. המיתוס הזה ולפיו אם נדבר על אובדנות ניתן לבני אדם פגיעים רעיונות הוא מיתוס שגוי מיסודו ועולה לנו בחיי אדם. לשיח על אובדנות - בחברה בכלל, בקהילה, בין פרטים וכמובן, גם בקליניקה - יש חשיבות רבה. אנחנו מכשירים "שומרי סף" מקרב כל סוגי האוכלוסייה והמקצועות - מורים, חיילים, רבנים, רופאים, מדריכי תנועות נוער, שוטרים ועוד רבים אחרים - ואת כולם אנחנו מלמדים איך לזהות אובדנות, איך לשאול את השאלות המתאימות ואיך לדבר על הנושא. פעילותם של "שומרי הסף" עשויה לחולל שינוי מהותי ולאפשר לאדם האובדני בחדר להרגיש שהוא אינו בודד, להרגיש שרואים אותו. והרי איני צריך ללמד פסיכולוגים את חשיבותה של היכולת הזאת להיראות.

פרופ' ישראל אוריבך, אחד מגדולי החוקרים והתאורטיקנים בנושא מניעת אובדנות, תיאר במאמר נפלא את חשיבותה של האמפתיה הטיפולית למשאלת ההתאבדות. הוא אמר כי הוא מנסה להיות אמפתי, לתת מקום למשאלה האובדנית ולהגיע למצב שבו הוא כמעט מזדהה עם הרצון של האדם למות. הזדהותו אינה מגבירה את הסיכון אלא מאפשרת הכרה, מאפשרת לאדם האובדני להרגיש שמבינים אותו ולליבו, להרגיש שאינו לבד.

אתה עוסק בנושא כבר הרבה שנים. האם אתה לומד דברים חדשים בתחום?

אני בהחלט לומד כל הזמן, ובייחוד למדתי בשנים האחרונות, במסגרת המסע שעשינו לכתיבת הספר מתחת לשמיים השחורים. אני ושותפתי, דפני אסף ז"ל, התחלנו לכתוב את הספר כדי להבין לעומק את נושא הכאב הנפשי והאובדנות בראייה רחבה, רב־ממדית, בין־תחומית. בזמן המחקר והכתיבה פגשנו מומחים נפלאים מתחומים שונים כגון היסטוריה,

מהפסיכולוגיה בעולם

ערכה: ליאת הלפמן

תפקידן המתווך של התקשרות ומנטליזציה בקשר בין התעללות, הזנחה בילדות, פגיעה עצמית ובין אובדנות

הכותבים בחנו את התאמתם של הנתונים למודל התואם את התאוריה המוצעת בשיטות מתקדמות (Structural Equation Modeling – SEM). תוצאות המחקר הראו שהתעללות בילדות הייתה קשורה הן ישירות לפגיעה עצמית ולאובדנות הן בעקיפין בתיווך התקשרות ומנטליזציה. ממצאים אלה מעידים שהתקשרות לא בטוחה ומנטליזציה לקויה מסבירות חלקית את הקשר בין התעללות בילדות, פגיעה עצמית ובין אובדנות. מבחינה קלינית תומכים המחקרים בפוטנציאל שיש לטיפול מבוסס מנטליזציה, או להתערבויות פסיכוסוציאליות אחרות שמטרתן להפחית את הסכנה מפני פגיעה עצמית ואובדנות, בקרב מי שחוו התעללות בילדות. הפחתת הסכנה נעשית באמצעות הגברת הבנתם של מצבים נפשיים עצמיים ואחרים.

אף שהקשר בין התעללות בילדות ופגיעה עצמית ובין אובדנות מבוסס היטב ביקשו מחברי המאמר לגשר על הפער בהבנת המנגנונים המתווכים קשר זה. הם המשיגו מנטליזציה כגורם מתווך אפשרי: מצוקה בילדות פוגעת ביכולת המנטליזציה ובביטחון ההתקשרות, והם בתורם מגבירים את הפגיעות לגורמי לחץ מאוחרים בבגרות. לפיכך במחקר זה הם בחנו את תפקידה של ההתקשרות ושל המנטליזציה כמנגנונים פוטנציאליים בקשר שבין התעללות בילדות, פגיעה עצמית ובין אובדנות.

במחקר השתתפו 907 מבוגרים ממסגרות קליניות וקהילתיות בלונדון רבתי. הם מילאו שאלוני דיווח עצמי בנושאים האלה: טראומת ילדות, ההתקשרות הנוכחית לבן או לבת הזוג הרומנטי/ת, מנטליזציה, פגיעה עצמית, מחשבות אובדניות וניסיון אובדני.

סרקו אותי



Stagaki, M., Nolte, T., Feigenbaum, J., King-Casas, B., Lohrenz, T., Fonagy, P., Personality and Mood Disorder Research Consortium, & Montague, P. R. (2022). The mediating role of attachment and mentalising in the relationship between childhood maltreatment, self-harm and suicidality. *Child Abuse & Neglect*, 128, 105576. doi:10.1016/j.chiabu.2022.105576

תוכנית שיתופית להערכה ולניהול אובדנות

הצרכים שלהם.

השימוש בתוכנית CAMS מתבסס על כלי שבוחן את סטטוס האובדנות (Suicide Status Form, SSF) באמצעות שימוש בטופס שמאפשר הערכה מעמיקה של הכאב הפסיכולוגי, של מתח נפשי, אייציבות רגשית, חוסר אונים, שנהא עצמית וסיכון התנהגותי וממשי להתאבדות. לצד בדיקת הפוטנציאל לפגיעה עצמית בוחנים בלב ההערכה את המניעים הייחודיים של כל מטופל ואת הגורמים המעניקים להם משמעות לחיים. מניעים אלה הם המצבים והמחשבות הגורמים למטופל לשקול התאבדות כדרך לפתור בעיות ולהתמודד עם צרכים אישיים.

בהתאם להערכה המעמיקה במפגש הראשון מחברים המטפל והמטופל תוכנית שמטרתה לשמור על המטופל בזמן הטיפול המתמשך.

אחד האתגרים בעבודה עם מטופלים בעלי נטיות אובדניות הוא ניהול המקרה, הפחתת סיכויי ההתאבדות ובתוך כך גם הימנעות מהצורך באשפוז. מאמר מעשי זה מציג תוכנית שיתופית להערכה ולניהול אובדנות שמבוססת על ראיות Collaborative Assessment and Management) of Suicidality, CAMS). במרכז התוכנית הציבו החוקרים יצירת קשר שיתופי (מעשי וסמלי) בין המטפל ובין המטופל. קשר זה בא לידי ביטוי בישיבה זה לצד זה ובחיבור משותף של תוכנית אישית להנחיה בטיפול ולניטור. גורם חשוב נוסף בתוכנית הוא תגובה אמפתית לסבל הגורם מחשבות אובדניות והימנעות משיפוטיות (כמובן, בלי לתמוך באובדנות). לדברי כותבי המאמר, עמדות אלה מאפשרות למטופלים להיפתח יותר לחקר דרכים חלופיות להתמודדות עם סבלם ועם

בתוכנית לייצוב המצב נכללים תכנון למניעת גישה לאמצעים לסיכון חיים (לעיתים בעזרת משפחה ואנשים קרובים); נקיטת צעדי חירום במידת הצורך; יצירת רשימה של כלים להתמודדות ולפתרון בעיות כגון טלפונים לתמיכה במצבי מצוקה, התמקדות בחיזוק קשרים שנותנים תמיכה ומניעת בדידות; והתייחסות לגורמים שעלולים למנוע התמדה בהמשך טיפול. בעזרת התוכנית הזאת יכול המטפל לעקוב אחרי ההתקדמות בטיפול ולנטר את המסוכנות של המטופל. בהתאם לכך המטפל והמטופל מעדכנים את התוכנית מפעם

סרקו אותי



לפעם עד שהם מגיעים לסיום הטיפול. מבדיקות קליניות שהשוו פרוטוקול זה לגישות אחרות לניטור מטופלים אובדניים עלה שיש הצלחה רבה יותר לטיפול שהתבסס על תוכנית CAMS לעומת טיפולים אחרים. לזיהוי הסיכונים, לתכנון הטיפול הממוקד על בסיס מציאת תנאים ומניעים של הנטיות האובדניות האישיות ולמידת דרכי התמודדות חלופיות יש ערך מוסף. לדעת מחברי המאמר, איגוד כל הגורמים האלה בכלי אחד נמצא יעיל לתכנון טיפול באובדנות ולניהול הסיכון לאובדנות, כמו שאכן נהוג במרבית התוכניות המקובלות.

Tyndal, T., Zhang, I., & Jobes, D. A. (2022). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) stabilization plan for working with patients with suicide risk. *Psychotherapy*, 59(2), 143–149. doi:10.1037/pst0000378

סקירה שיטתית ומטא-אנליזה של ספרות שעוסקת בקשר בין שימוש בקנאביס בגיל ההתבגרות ובין הסיכוי לפתח דיכאון, חרדה ואובדנות בבגרות המוקדמת

הקנאביס הוא הסם הנפוץ ביותר בשימוש בקרב מתבגרים בעולם. אומנם השפעת הקנאביס על התפתחות פסיכოזה נחקרה לעומק, אבל על השפעתו על מצב הרוח ועל התאבדות בבגרות הצעירה ידוע לנו מעט. החוקרים במאמר זה ביקשו לאמוד את הקשר בין מידת השימוש בקנאביס בגיל ההתבגרות ובין הסיכוי לפתח דיכאון, חרדה והתנהגות אובדנית בהמשך החיים. הם סקרו ספרות וביצעו מטא-אנליזה של מחקרי אורך ומחקרים פרוספקטיביים שהעריכו את השימוש בקנאביס במתבגרים מתחת לגיל 18 (בנקודת זמן אחת לפחות) ואת התפתחותו של דיכאון בבגרות צעירה (בגיל 18 עד 32). בתוך כך הם כללו מחקרים אשר בחנו נוכחות דיכאון או חרדה או אובדנות בתחילת השימוש בקנאביס. בסקירה נכללו מאמרים שנמצאו ב־ Medline, Embase, CINAHL, PsycInfo ו־ Proquest עד ינואר 2017. איכות המחקר הוערכה באמצעים מקובלים לבחינת סיכון להטיה ודיוק של מחקרי תצפית. שני סוקרים ערכו את כל שלבי הביקורת באופן

סרקו אותי



עצמאי. לאחר סינון תוצאותיהם של 3,142 מאמרים נבחרו 269 מאמרים לסקירת טקסט מלא, 35 נבחרו לסקירה נוספת, ו־11 מחקרים שהשתתפו בהם 23,317 בני אדם נכללו בניתוח הכמותי. במחקר נמצא שסיכוייהם של משתמשי הקנאביס בגיל ההתבגרות לפתח קשיים שונים בהמשך חייהם גדולים מאלה של הלא משתמשים: סיכוייהם לפתח דיכאון גדולים פי אחד ושליש; סיכוייהם לפתח מחשבות אובדניות גדולים פי אחד וחצי; וסיכוייהם לבצע ניסיון אובדני גדולים פי שלושה וחצי כמעט.

הכותבים ציינו שאומנם הסכנה לפרט נותרה בינונית עד נמוכה, אך יש לאשר את תוצאות המחקר הזה במחקרים פרוספקטיביים עתידיים בעלי עוצמה נאותה. עם זאת בגלל מספרם הרב של המתבגרים הצורכים קנאביס גָּדַל גם מספר הצעירים שעלולים לפתח דיכאון ואובדנות שמיוחסים לקנאביס. זוהי בעיה של ממש, ונותני שירותי הבריאות צריכים לתת עליה את הדעת ולטפל בה כראוי כדי לשמור על בריאות הציבור.

Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S., Boruff, J., Ware, M., Marmorstein, N., Cipriani, A., Dendukuri, N., & Mayo, N. (2019). Association of Cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(4), 426–434. doi:10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2018.4500



עמדת קריאה - סקירת ספרים חדשים

כתב וערך: שבתאי מגר¹

מתחת לשמיים השחורים - שיחות על כאב נפשי, אובדנות ותקווה

יוסי לוי בלז ודפני אסף | הוצאת הקיבוץ המאוחד, 2022. 272 עמ'

חקר וחיפוש אחר סיבות ומניעים אפשריים למעשה ההתאבדות של דורון, ובכלל, מסע שנועד להכיר ולהבין תהליכים נפשיים ותגובות פיזיולוגיות ורגשיות שגורמים לאדם לשים קץ לחייו. כל המרואיינים נענו ברצון ואף בהכרת טובה להזמנה לשיחה בנושא.

השיחות הניבו ידע רחב ועשיר מתחומים שמתרחבים מעבר לנושא המסומן, אך חוזרים ומתכנסים אליו בתהודה ובתאורה שעוזרים להתבונן בממדים נפשיים פנימיים הרוחשים בקרב אנשים רגישים המועדים להתאבדות. בתוך כך מכירים גם היבטים חברתיים, סביבתיים, ביולוגיים, תרבותיים ורוחניים שמשפיעים על מצבו הנפשי של אדם ומוליכים, או דוחפים, אותו לאפשרות של הפסקת החיים.

בשלל השיחות ניסו הדוברים להגיע לנפשו של המתאבד. ניסו לאתר את המתרחש שם ולשחזר את תגובותיו של האדם על החיים שחי; להרגיש וללמוד את מגוון רגשותיו ברגעים שלקח את עצמו מהחיים ובתקופה שקדמה למעשה, אם זה ימים ואם זה שנים. הדמויות המעורבות בכתיבת הספר משמעותיות מאוד לרוחו ולכוחו. דפני, אימא של דורון, ניסחה פרק רגיש על בתה ועל שהתחולל בה, ולכל אורך הספר אפשרה בשאלותיה ובתובנותיה נגיעות רכות בדמותה של דורון המוכרת והלא מוכרת לה. דורון, בחייה ובמותה, מייצגת נפש ותהליכים נפשיים כאפשרות לתסריטים דומים אצל אחרות ואחרים. ויוסי הקדיש דברים לדפני, שותפתו למסע, האיר באהבה את דמותה, את קורותיה כאם שבתה התאבדה, והמחיש את עוז רוחה ואת נחישותה לצאת למסע עוררות ומודעות כדי לפקוח לבבות ולהשרות ביטחון והכרה במה צריך וכדאי לעשות למניעת ההתאבדות הבאה. יוסי תיאר את דפני במאבקה במחלת הסרטן שפשטה בה בזמן מסעות השיחות ברחבי הארץ, ובכך הנציח אותה ואת חזונה. דורון, דפני ויוסי הם הדמויות המרכזיות בספר. איתם ולמענם נרתמו כל המרואיינים למסור מהידע שברשותם ומהחוויות האישיות שלהם. למענם, ולמען הקוראות והקוראים.

באיזה מבט אפשר להביט על אובדנות, על מושג האובדנות ועל המעשה האובדני?

בהכרה שכוח המילים מוגבל לתאר ולפענח את הלמות הנפש המובילה למעשה האחרון נעשה הניסיון לכתוב הזמנה שתהיה גם התרעה מפני ההגעה לקצה וגם חמלה להבנת המצב הרגשי והתפיסה הקיומית שמובילים אדם לשם.

המחברים הם יוסי לוי בלז, פסיכולוג קליני, מדריך וחוקר בתחומי כאב נפשי ואובדנות, ודפני אסף (ז"ל), שהייתה פעילה ומובילה במאבק למניעת אובדנות. בתה, דורון, התאבדה בהיותה בת 19 בשירותה הצבאי. דפני נפטרה ממחלת הסרטן בזמן כתיבת הספר. עם מותה של דורון כתבה המשפחה במודעת האבל: "בתנו התאבדה". אולי לראשונה נוסח כך, בגלוי, אופן מותה של בת. מעשה זה הוביל לפניית רבות לדפני ולבעלה מאנשים שחוו התאבדות של יקיריהם או חוששים מפניה וחסרי אונים מולה.

אובדנות היא נושא מרתיע. יודעים את קיומו, אך נוטים לחמוק מלפגוש בו. נוכחותו מאיימת. מחברי הספר כיוונו את מבטם בדיוק לשם, ולזה כיוונו את מסעם: לתרום לשינוי הדעה והעמדה השכיחות כלפי מעשה ההתאבדות וכלפי מתאבדים, למתן את הרתיעה ולעודד יחס פתוח ופעיל כדי לעורר רגישות ולהתגבר על חששות שיוצרים התכנסות והשתקה.

הם יצאו למסע בידיעה ברורה ועמוקה שהנושא הוא כאב נפשי וכוחו להכתיב החלטות או לעמעם את כושר ההחלטה. דפני, מתוך כאב אובדן בתה, ויוסי, בסקרנות מקצועית וברגישות אנושית לכאב ולאובדן, פנו לאנשי רוח ולאנשי חקר וטיפול והזמינו אותם לשיחות בנושא התאבדות ואנשים שמתאבדים. הסיבות שהניעו אותם לצאת לאיסוף החומרים והכתיבה היו הרצון להבין לעומק את פשרה של תופעת ההתאבדות, הרצון להבין את משמעות הכאב הנפשי בתוכנו ומסיבי לנו, וגם המשאלה שלא יהיו עוד מתאבדים ("שדורון תהיה המתאבדת האחרונה"). הספר הוא תיעוד מסע



¹ שבתאי מגר הוא פסיכולוג ייעוצי-תעסוקתי מומחה, בעל קליניקה פרטית, משורר, מדריך ומנחה קבוצות וסדנאות כתיבה, מלמד באוניברסיטת בר-אילן בתוכנית M.A. לייעוץ ארגוני.

רקדני הריקושט

אילת בן זיו | הוצאת כרמל, 2022. 213 עמ'

יריית הפתיחה של הספר היא התאבדות אביה של המספרת אילת בן זיו.

השאלה למה התאבד אבא מהדהדת בקול ותפוסה כנצרה לקראת פריקה. בספר היא מדומה לנביעה תת־קרקעית.

אירוע ההתאבדות נעוץ בחייה מאז התרחשות בהיותה בת 12. בהתבגרה, בשנות ה־40 לחייה, היא יוצאת למסע חקר והתחקות אחר מניעים והתרחשויות שיובילו להיכרות עם המעשה הדרמטי שעשה אביה, ואולי להבנתו, ולהיכרות עם מקורות משפחתה. בכך היא גם יוצאת פנימה אל נפשה, ומשם, בכוחות התבוננות וחישה נפשיים, היא חווה את דמויות בני משפחתה ומתארת את קורותיהם, שהם גם קורותיה שלה.

הדמויות המרכזיות בסיפור הן אביה ואביו, סבא שלה, והיא - הילדה והאישה המספרת.

היא מספרת סקרנית, מספרת חוקרת. איתנו, הקוראים, היא מגלה מה חוו ופגשו הדמויות ומה עבר עליהן. אנחנו מקבלים סיפורי תקופה, עלילות ותהפוכות ביחסים ותמונות נפש של הדמויות. זהו סיפור על סיפור תיעוד של סיפורי חייהן של הדמויות הראשיות ושל דמויות נלוות, משמעותיות גם הן.

בן זיו מתארת אירועים שהיו, ובכללם תאריכים ומסמכים, ויוצרת אווירה של סרט דוקומנטרי. כקוראים אנחנו מקבלים את הסיפור ומצטרפים אליו, מכירים את הדמויות ופוגשים את רגשותינו. גם המחברת מביטה בעלילות הסיפורים ובדמויות הפועלות החיות את חייהן וחווות את חוויותיהן. היא משתפת בתחושותיה, ובמקומות אחדים מזדהה עם הדמות המתוארת בסיפור וכמעט נמזגת בה.

היא כותבת כילדה זועמת וכילדה נבוכה וכילדה מתגעגעת; וכותבת כאישה בוגרת שמביטה על אביה, בוחנת את נפתוליו, מתוודעת לייסוריו, מבינה אותו ומתקרבת אל נפשו. תחושותיה נפתחות אליו, והיא גם יודעת לשמור מרחק שמאפשר לה לנקוט תיאור עובדתי, אישי והיסטורי.

בכתיבתה היא נכנסת לנפשו של האב, משערת ומשחזרת את תחושותיו ואת מחשבותיו. כתיבתה המדווחת משרה הרגשת היכרות מלאה עם דמותו ועם כל נייע וזיע בגופו ובמוחו. היא יודעת מה שהוא יודע ויודעת מה הוא חווה. המשפטים המלווים את הסיפור ונובעים ממנו מעידים על המתחולל



בתוכו ומלמדים על הפעולה שיעשה בעתיד, למשל, "משהו בו סירב להשתייך..." ו"הפער בין ההתפעלות שעורר לעיתים באחרים לבין תחושת הריקנות הפנימית שליוותה אותו היה מוחץ" (עמ' 55). במשפטים אלה, וברבים אחרים, יש הבחנה פסיכולוגית, והם גם תיאור חם וקרוב של בת את ייסורי אביה.

הספר נע חליפות בין שלושה זמנים: זמן המספרת, ההווה, שבו אנחנו פוגשים את מבטה ואת תחושותיה; העבר, ובו אביה והקורות אותו וחיבוטי נפשו בשנות חייו טרם התאבדותו; והעבר הרחוק שבו אנחנו לומדים להכיר את סבה, אבי אביה, את התפתחותו כשהיה נער ובחור צעיר, את מעשיו ואת דרכו בחיים לאורך השנים וכן את הבית שהקימו הוא ואשתו, סבתה של המספרת, בית שגידלו בו את בנם היחיד, אביה.

בן זיו מספרת מנקודת מבטה של ילדה שנעזבה במכה חדה ומפתיעה. ממקומה כאישה בוגרת, בת ונכדה, היא מנסה לחבר פיסות מידע והתרשמויות ליצירת עלילה בכמה מעגלים ובכמה אתרים ותקופות. היא מחפשת את תחושותיה; אלה מתחלפות ומסתחררות וקשה להתמקד באחת מהן. כך היא כותבת: "הערבול הזה ממשיך באין ספור הרכבים... עד שלבסוף אני עוצרת בזיכרון האהבה שלי אליו כילדה קטנה ומצליחה להתרווח ולנשום" (עמ' 174).

זהו ספר אישי רגשי, אישי חווייתי, אישי תיעודי; והוא ספר תיעודי משפחתי ותיעודי היסטורי; והוא ספר עיוני; הוא צילום תקופה וצילום דיוקנאות וקורות חיים. זהו סיפור ובו דמויות וקורות ועלילות. זהו מסען של כל הדמויות המופיעות בו, שכמו נמצאות על ספינה השטה בנהר הימים, וזהו מסעה של המספרת, הילדה־האישה, מנקודות מבטה השונות. זהו מסע למפגש, לחקר ולהבנה של שורשים ושל ענפים בהתפתחותה של אישיות במעלה החיים ובצמיחתו של מנגנון פנימי שמוביל להחלטה ולביצוע מעשה של סיום חיים.

הילדה־האישה המספרת, היא הבת, מתארת מתוך חוויותיה, מתוך אי־ידיעותיה ומהנסתר ממנה. היא עושה את מלאכתה בשקדנות, מאתרת פרטים ונתונים שישמשו אותה בשרטוט הדמויות המרכזיות בסיפור שהוא חלק נוכח בחייה, ובזמן פרישתו הולכים ונחשפים רגשותיה שלה.

יוצאים לאור

אייתי אהרון זיו | הוצאת אהרון לאור, 2021. 209 עמ'



להשמיע את קולם ולקבל סיוע נפשי שמתאים להם, והם גם נוקטים יוזמות משלהם ליצירת קבוצות תמיכה ומודלים חלופיים לטיפול. רבים מהדוברים גילו את האור שלהם בדרכים שונות והושפעו ממנו להעמקה בתוך עצמם וליצירת תקשורת משלהם עם הסביבה. אחרים נזרקו לבורות חשוכים בלי יכולת ובלי כלים להיחלץ משם. אצל כולם חוזרת חווית התנתקות מהמציאות הרגילה ושקיעה או התרוממות לעולמות אחרים - עליונים או תהומות.

אנחנו מקבלים, במבט מקרוב, תסריטים של ניסיונות מלאי כוונה ועזי מבע לקיים את המערך הנפשי שהדוברים מגלים או נקלעים אליו, ולאחר מכן אנחנו עדים לניסיונות עצומים להיחלץ ממצבי הדחק הקשים ולהגיע להקלה ולריפוי. אנחנו חוזים בתשוקות עזות ומוחלטות למימוש עצמי על פי תכתיבים של נפשות מטולטלות ומתעתעות שסובלות במחלתן. והכול בתיאורים אישיים, בשפה נקייה מקישוטים וממושגים תאורטיים מקצועיים. ניכר שתרמה לכך מלאכת עריכה רגישה ומעורבת.

המספרים מזדהים בשמם המלא ובתפקידיהם המקצועיים, ובכלל זה תפקידים ציבוריים. הזדהות זאת מדגימה את השלמות הנפשית שלהם ואת תחושתם שבחשיפתם האישית תהיה תועלת מעצם הנחלת שפת הרגש, שפת הכאב, שפת המצוקה שרבים מאיתנו מדחיקים ומסתירים גם מעצמנו. בגילוי הלב שלהם הם מעודדים אותנו להכיר בעולמות האלה, לתת להם ביטוי וגם להכיר את שפת הרוח האנושית, שתמיד שם, נכונה לנו.

כמה עדינה היא הנפש, וכמה שברירת. כמה היא נתונה ללחצים מן העולם, מאנשים ומהחלטות מוסדיות וחברתיות. וכמה היא פתוחה ללחצים פנימיים שהאישיות יוצרת בעל כורחה ובלי ידיעתה. כמה הנפש מועדת ומיועדת להיאבק בכוחות האלה ולהתמודד איתם ללא הרף וללא הפוגה; ואיך במהלך האין-סופי הזה היא בונה את עצמה, בונה לה ציר תנועה וענפי התייחסות לכל גורם ולכל מרכיב בכאוס האנושי והסביבתי שבתוכו היא חיה ומתפתחת. וכמה היא לבד, הנפש, בכל הקורות אותה; משוועת לעזרה שהולמת את רוחה ואת צרכיה. כמה נדיר למצוא עזרה כזאת. וכמה מנחם כשהיא נמצאת.

הספר מציג 11 סיפורים אישיים. בכל אחד מהם מספר ומספרת מציגים מקורות חייהם ומעולמם הפנימי. בלב הסיפורים טראומה שחוו בשלב מסוים וקשיים נפשיים שהחלו, שאותרו והוגדרו והפכו לחלק מאורח החיים והחשיבה שלהם. הדוברים מתארים מה עובר עליהם - את הפגיעות, את הלכי הנפש, את התגובות הגופניות ואת ההתנהגות, הרצונית וגם הבלתי נשלטת. הכאב הנפשי חשוף וטבעי. אפשר לשמוע נפש מתפוצצת, ואפשר לשמוע גוף נשבר. דרך הסיפורים מתוודעים לאורחות חיים מגוונים ומזהים הקשרים של רקע, בית, משפחה ותרבות לאירועים נפשיים ולמצוקות של בריאות, הסתגלות לחברה ותפקוד.

המפגש עם הממסד הפסיכיאטרי ועם שיטות הטיפול הנהוגות בו גורם לגיבורי הסיפורים לצאת למאבקים למען הזכות

שניים נכנסים לחדר הטיפול ... - סיפורי מטפלים

אנדרה מטלון, יובל שורר, סטנלי רבין | הוצאת רסלינג, 2021. 239 עמ'



בטיפול ופורצת דרך ומביאה לידי סוף מוצלח. בתחילת הקריאה לא נוצרת התחברות אל החוויה, והתמצות אינו תורם להבנה או להתרגשות. התמדה בקריאה משנה את הרושם הראשוני ומאפשרת לפגוש תובנות ורגשות שעולים אל פני השטח. אומנם סגנונות הכתיבה שונים, אך על מרבית הסיפורים נסוך דוק של רכות, שמתהווה ונפתח להכרה באנושיות השברירית של המספרים-המטפלים אשר מציגים וחושפים את עצמם כפגיעים, מרגישים ונרגשים, טועים, נבוכים ומלמדים את עצמם ללמוד.

הסיפורים, שהם גם מונולוגים אישיים, מאפשרים לקורא לשלוח את עצמו לזיכרונותיו מסיפור חייו ולמפגשים עם דמויות משמעותיות ועם עצמו. המפגש הזה מרחיב את טווח החוויה האנושית ומפנה אותה למודעות המקצועית שהתפקיד הטיפולי מציע ודורש.

כשמו כן הספר - סיפורים של מטפלים מעולמות הרפואה, הפסיכולוגיה והפסיכיאטריה על מפגשיהם עם מטופלים, ודרכם גם על העולה בנפשם ובגופם הם ומחשבות על עצמם, על

חייהם ועל התנהלותם המקצועית בחדר הטיפול. שלושה כותבים מספרים.

בהתרשמות ראשונה הסיפורים קצרים, ראשוניים, לא מגיעים לכלל עיבוד. כל סיפור מעלה נקודה או נושא. הסיפורים מעלים אפיזודות אנושיות, אינטראקציות מסוגים שונים, ויש בהם גם היגדים, תמונות ונתונים מחקריים, סטטיסטיים, התנהגותיים. חוויות וזיכרונות מחיי המטפלים משתלבים בתיאורי החוויות הרגשיות והנפשיות של מטופליהם. כמה מהסיפורים מאופיינים בכך שיש בהם הברקה בחדר הטיפול שיוצרת את השינוי

רצונו של אדם

עו"ד אדר גרין, עו"ד צ'רלי בוזגלו¹

נושאו של גיליון זה הוא אובדנות. בהקשר הזה נספר כי בראשית ימי המדינה הוגדר ניסיון התאבדות כעבירה פלילית, וההצדקה להגדרה זאת נבעה מעקרון קדושת החיים. בשנת 1966 בוטלה עבירה זאת מתוך הבנה כי החוק, וקל וחומר הדין הפלילי, אינם הדרך הנאותה לטיפול באובדנות.² ואומנם, גם בית המשפט נמנע מלעסוק בשאלה העקרונית על "זכותו של אדם להכריע באופן אוטונומי בדבר עצם חייו".³ וכך כתב שופט בית המשפט העליון יצחק אנגלרד:

...אין לי צורך לדון, כאן ועכשיו, בשאלה העקרונית עד היכן נתונה לאדם חירות לשים קץ לחייו, תוך כדי דחייה, בשם אוטונומיות היחיד, של הרעיון המושרש במסורת היהודית "על כורחך אתה נולד, ועל כורחך אתה חי ועל כורחך אתה מת" (משנה, אבות, ד, כב [א]).⁴

הפינה המשפטית מוקדשת הפעם לאותה "אוטונומיות היחיד" המכונה במשפט "האוטונומיה של הרצון הפרטי" ולא פעם מתוארת כ"חופש של אדם לכתוב את סיפור חייו".⁵ האוטונומיה של הרצון הפרטי היא אחד הבסיסים של "כבוד האדם" אשר מוגן בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, כמו שכתב נשיא בית המשפט העליון בדימוס אהרון ברק. לדבריו, "ביסוד כבוד האדם עומדים האוטונומיה של הרצון הפרטי, חופש הבחירה וחופש הפעולה של האדם כיצור חופשי".⁶

את הקשר בין עיקרון משפטי זה ובין הפסיכולוגיה אפשר לראות דווקא על דרך הניגוד. הפסיכולוגיה והפילוסופיה רואות ברצון ובבחירה מושגים מורכבים וחמקמקים עד כדי הטלת ספק בעצם קיומם. מנקודת המבט המשפטית לעומת זאת אותה זכות של כל אדם "לכתוב את סיפור חייו" היא זכות שאמורה לקבל ביטוי בחקיקה ובפסיקת בית המשפט. וגם אם אי אפשר לממשה במלואה, אין מדובר בסוגיה פילוסופית ערטילאית אלא בזכות ממשית. אחד הביטויים המוחשיים של האוטונומיה הזאת הוא מתן "הסכמה מדעת" לטיפול, כנדרש בחוק זכויות החולה⁷ ובכללי האתיקה. בהקשר זה עסק בהרחבה פסק דין חשוב של בית המשפט העליון משנת 1999. פסק דין זה נודע

בשם "הלכת דעקה",⁸ ועניינו היה עקרון האוטונומיה של הרצון הפרטי כזכות משפטית ולא ערטילאית. וכך כתבה השופטת טובה שטרסברג-כהן בהלכת דעקה: **"הזכות לאוטונומיה מלמדת, כי קנויה לאדם החירות לגבש את רצונו כאוות נפשו, להתוות באופן רצוני ועצמאי את אורח חייו, לקבל החלטות בכל הקשור למעשיו ולשלוט במידה מסוימת בגורלו."**

מובן כי חירות זאת אינה מוחלטת הואיל וזכויות מוחלטות אינן קיימות במשפט. תמיד יהיה צורך לאזן את זכותו של אדם לעומת זכויותיו הנוגדות של אדם אחר ולעומת אינטרסים חברתיים אחרים שנתפסים כחשובים (למשל, ביטחון המדינה או תפיסות דתיות במקרה של מדינת ישראל). ואולם כמו שכתב השופט תיאודור אור בהלכת דעקה, זכות זאת

חובקת את כל ההיבטים המרכזיים של חייו [של אדם] - היכן יחיה; במה יעסוק; עם מי יחיה; במה יאמין. היא מרכזית להווייתו של כל פרט ופרט בחברה. יש בה ביטוי להכרה בערכו של כל פרט ופרט כעולם בפני עצמו. היא חיונית להגדרתו העצמית.

הזכות לאוטונומיה היא "זכות מסגרת" שממנה נגזרו, בחקיקה או בפסיקה, זכויות מוגדרות ממנה, כמו שכתב השופט אור:

כך, למשל, נגזרה ממנה זכותו של אדם לבחור את שם משפחתו... ניתן לה משקל במתן תשובה לשאלה, אם יש למנות לאדם אפוטרופוס... נגזרה ממנה זכותו היסודית של כל אדם לחופש תנועה בישראל... נגזרה מזכותו של אדם לאוטונומיה זכותו לקבל מידע על טיפול רפואי שאותו קיבל בבית חולים... זכות זו לאוטונומיה היא גם הבסיס העיקרי של תורת ההסכמה מדעת.

ואכן, בפסק הדין בהלכת דעקה פסק בית המשפט העליון כי שלילת הזכות של מטופל לקבל מידע ולתת הסכמה מדעת לטיפול רפואי עשויה לזכותו בפצויים על עצם הפגיעה באוטונומיה שלו. ובמילותיה של השופטת דליה

המשך בעמ' 76

¹ משרד צ'רלי בוזגלו עורכי דין ונוטריון מייצג להפ"י.

² ועם זה עבירת הסיוע להתאבדות נותרה על כנה, והעונש בגינה הוא 20 שנות מאסר. סעיף 302 לחוק העונשין, תשל"ז-1977.

³ כמו שניסח זאת בית המשפט העליון בע"א 6649/96 הסתדרות מדיצינית הדסה נ' גלעד, פ"ד נג(3) 529, 542.

⁴ שם, עמ' 543.

⁵ כך למשל כתב אהרון ברק בספרו. ברק, א' (2014). כבוד האדם - הזכות החוקתית ובנותיה (עמ' 32). נבו.

⁶ בג"ץ 6427/02 התנועה לאיכות השלטון נ' הכנסת (פורסם בנבו, 11/05/2006), בפסקה 35.

⁷ פרק ד' לחוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996.

⁸ ע"א 2781/93 דעקה נ' בית החולים "כרמל" חיפה, פ"ד נג(4) 526 (29.08.1999), עמ' 526, 570-573.

קיזוז הפסדים לצורכי מס

רו"ח אריה דן¹

ההון שלא היה אפשר לקזז יועבר לקזוז בשנים הבאות לפי אותם הכללים.

הפסד שוטף מעסק או ממשלח יד אפשר לקזז באותה השנה כנגד הכנסות מכל מקור (ובכלל זה ממשכורת), ואילו הפסד מועבר משנים קודמות אפשר לקזז רק מהכנסות שקשורות ישירות לעסקו או למשלח ידו של הנישום. אם נסגר העסק ונותרו הפסדים, אפשר לקזז את ההפסדים מהעסק כנגד ההכנסות של שני בני הזוג ממשכורותיהם כשכירים.

בתיקון 147 לפקודת מס הכנסה שונו מיסודם כללי קיזוז ההפסדים שמקורם בשוק ההון והושוו כללי הקיזוז של כל המכשירים ההוניים, ובכלל זה של ניירות ערך. לכן אפשר לומר באופן כללי כי מאז התיקון אפשר לקזז את ההפסדים מממוש ניירות ערך מרוב הפסדי ההון האחרים (ובכללם שבח מקרקעין).

יש חשיבות רבה (מבחינת החיסכון במס) לבחירת סדר הקיזוז של ההפסדים ולסוגי ההכנסות שמהן מבוצעים הקיזוזים. בתכנון נכון עלינו להתחיל בקיזוז ההפסדים כנגד ההכנסות בעלות שיעורי המס הגבוהים יותר. חשוב לדעת כי אחד התנאים הבסיסיים לקיזוז הפסד הון הוא הגשת דוח שנתי למס הכנסה בגין השנה שבה נוצר ההפסד, כלומר אם לא הגשנו דוח לשנה הרלוונטית שנוצר בה ההפסד, לא יותר הקיזוז.

לסיכום, אני ממליץ למי שצברו הפסדים בעסקם, בהשקעות בשוק ההון או הפסדים מהמקורות אחרים להתייעץ עם רואה החשבון שלהם, או עם מומחה מס, קודם שהם מגישים את הדוח השנתי ולבחון את אפשרויות קיזוז ההפסדים שלהם כנגד הרווחים שהשיגו בשנת המס.

חלק מתכנון המס הלגיטימי שאנו רשאים לבצע בהגשת הדוח השנתי למס הוא קיזוז ההפסדים שנוצרו לנו מעסק, משוק ההון או ממקורות אחרים בשנה השוטפת או בשנות המס הקודמות. קיזוז ההפסדים נועד להקטין את הרווחים החייבים במס, ועקב זאת להפחית את נטל המס או את חבות המס לתשלום. לעיתים נוכל לחסוך סכומי מס ניכרים ביישום מושכל ובבון של כללי קיזוז ההפסדים.

ההפסדים מחולקים לשלושה סוגים עיקריים:

הפסדים פירותיים שמקורם בארץ - הפסדים שנובעים מפעילות עסקית, ממשלח יד או משכר דירה שמקורם בישראל.

הפסדים פירותיים שמקורם בחו"ל - הפסדים שנובעים מפעילות עסקית, ממשלח יד או משכר דירה שמקורם בחו"ל. **הפסדים הוניים** - הפסדים שנובעים מפעילות השקעה בישראל ובחו"ל, כלומר כל מה שאינו הכנסה מעסק או ממשלח יד (כגון ריבית, הפרשי הצמדה, דיבידנד, ניירות ערך ופעילות בשוק ההון).

עיקרי כללי קיזוז ההפסדים:

פקודת מס הכנסה מבחינה במיקומם הגאוגרפי של ההפסדים, כלומר היכן הם "נצמחו" או הופקו, שכן קיימים כללי קיזוז שונים בנוגע להפסדים בישראל או בחו"ל. לכן נבחנת שאלת התשובות של הנישום - תושב ישראל זכאי לקיזוז הפסדיו על בסיס כלל עולמי, ואילו תושב החוץ רשאי לקזז רק את הפסדיו שמקורם בישראל.

הפסדי הון שנצמחו או הופקו בישראל אפשר לקזז מרווח הון ריאלי בישראל או בחו"ל, ואם נותרת יתרת הפסד אפשר לקזזה כנגד סכום אינפלציוני חייב (לפי יחס שונה). הפסד

¹רו"ח אריה דן, רו"ח של הפ"י, משרד רו"ח סנדק, דן ושות'.

המשרד מעמ' 75

המטרה, התועלת הצפויה והסיכויים של הטיפול המוצע.
לבסוף החוק קובע כי "המטפל ימסור למטופל את המידע הרפואי, בשלב מוקדם ככל האפשר, ובאופן שיאפשר למטופל מידה מרבית של הבנת המידע לשם קבלת החלטה בדרך של בחירה מרצון ואי תלות".¹⁰ כך עוגנה בחקיקה חשיבותה של האוטונומיה של הרצון הפרטי, וכמו הוצהר כי בחירה חופשית, גם אם חלקית, היא אפשרות ממשית שיש לשאוף אליה.

דורנר (בהקשר אחר): "החולה אינו אובייקט. הוא הסובייקט הנושא בתוצאות הסיכון והסיכוי שנטל הרופא בבחורו בדרך הטיפול".⁹

וכן מבהיר חוק זכויות החולה (בסעיף 13) כי "לשם קבלת הסכמה מדעת, ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו, באורח סביר, כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע...". החוק אף מפרט את אופי המידע שיש למסור. במידע זה נדרש בין השאר "תיאור המהות, ההליך,

⁹ע"א 434/94 ש' ברמן קטינה באמצעות הוריה נ' מור - המכון למידע רפואי בע"מ, פ"ד נא(4) 205, עמ' 212.

¹⁰סעיף 13 (ב) (ג) לחוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996.

ברכות למקבלי התארים

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל מברכת את חבריה אשר קיבלו
תואר מומחה ותואר מומחה־מדריך בשנה האחרונה ומאחלת להם הצלחה רבה
בהמשך דרכם המקצועית.

בהערכה רבה,

יורם שליאר, יו"ר

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

תואר מומחה

החטיבה החינוכית

אמבט ירושלים	יונגר דסטה
אמיר	שני
מאמון	סנעאללה
מרינה	אלכסנדרוביץ'
מיה	סובל
מנוחה	מרקוביץ מיכלסון
בטינה יהודית	קרטנבלט
חניתה	יהושע
רינת	אורנשטיין
נעמה	פינקלשטיין
סילעינאה	פנטה
אליהו	עדי
הילה	אביטל
מרינה	מליקוב
אסתר	ברבי טרבלסי
אלכס	לילינברג
דפנה	אשר פרינטה
שלמה זכריה	בלאק
ניצן	גנץ
רוית	שר
נדון	אבו עיטה
אורית קלר	גריזים
אמין	חליפה
מרגנית	כהן יזהר
אופיר	ששון
דנה	שן
מעין	ברויטמן
מחמוד	זיד
סיון	גרוס אוד
אחמד	אבו מוך
תמר	פרנק
מיכל	שחם
דפנה	הלל רפפורט

החטיבה ההתפתחותית

נופר	בר ליפשיץ
טלי	סרקוסטי
יוליה	אלפרין
תמר	גיורא
רים	מוראני
גיל	אורלי
כרמל	אוליאל
דנה	פורת
מריה	טיטוב

החטיבה הרפואית

אודליה רות	בן שלמה
אלעד	קורסיה
תמר	רם
מיה	שטריך

החטיבה הקלינית

טל	ברקת גוטליב
מעיון	אברג'יל
נטע	ויסקין טלמון
ליאת	אבירם שמש
אסתר	ברוקמן
ראני	עבד
אילאיל	זקס לבני
נוי	שושן
ניצן	שי
איל	מרגולין
יעל	ימיני
אבאל	הורביץ
מנאל	ח'ורי כרייני
מיכל	שלום פורטוגיז
שרון	מצא לוי
אליאנה	חדאד עיד
חן	סלהוב
גיל	אבא
אילן	גוריון
חגית	גולן
אורי	גולדשטיין
ענת	גפל אביקסיס
רבקה	אלבז
ניצן	תלמי
דנה	פלדמן
קארין	לבנברג
נאטאשה	סבירסקי
יצחק	בן ארצי
אורי	שמש
ליאור	קייט באבאני
יהונתן	נוראל
אסף	וייס
רתם	קורן הנדלר
איה	אבו קיטש גבר
יוליה	דדון
טל	ברגר
שירן בלה	מזרחי עמרני
גנון	שש
אימן	אבו סלים
אשר	שטראוס
נטלי	גאר

החטיבה החברתית־תעסוקתית־ארגונית

גרינבאום	אברהם
----------	-------

תואר מומחה־מדריך

החטיבה הקלינית

דניאלה עמליה	לסטרל
דבורה	כהן קליימן
דנה	כנורי
יעל	לנדסברג
סתוויה	ורד ברייטמן
רון	ישי
שרון	נד"ב לן
סיון	שרגאי

החטיבה השיקומית

מורן	שמש עירון
טל	שני אור
רויטל	פישר
נטע	בן־ארי

החטיבה החינוכית

לירון	פרקש
רבקה	בן שמחון ויין
שירה	מועלם
ילנה	נודלמן

החטיבה ההתפתחותית

שמיט קלנדרוב	נורית
--------------	-------

החטיבה החברתית־תעסוקתית־ארגונית

ארבל	רביד שיפר
------	-----------

תואר מומחה

החטיבה השיקומית

מיכל	אשכר גלילי
גילי	שוחט פרמונט
דנית	חלבה
דנית	גבע
יאסמין	אבו פול
אירנה	הירשברג
ארבל	קורן
תמר	ירמנס כהן
מורן	הר־אבן
יסמין	גריאני

ABSTRACTS

The National Suicide Prevention Program

Yael Pomerantz head of the national suicide prevention program, consultant for organization and social change.

Orit Mualem is a social worker and an expert in management of non-profit organizations.

Shirel Harosh-Azran is an organizational consultant for the local government councils.

Data of the Israel Ministry of Health show that every year about 400 people commit suicide, and over 6,000 people make a suicide attempt. It is estimated that there is over 30% underreporting of these data. Every suicide case leaves those close to him or her in deep pain, and often with feelings of shame and guilt, for many years. In every case, the circles of vulnerability are wide and sometimes difficult to measure.

In December 2013, the Israeli government declared suicide prevention "a national interest" to be dealt with in a joint effort by government ministries and authorities, led by the Ministry of Health. Following this government decision, the National Suicide Prevention Program was established. This article presents the rationale for the government's decision, the outline of the national plan for suicide prevention and suicide prevention strategies that are the basis of the action, as well as details about the activity that are being implemented. The National Suicide Prevention Program operates among the entire age range from preschool children to the elderly, placing emphasis on high-risk populations and creating cultural and linguistic accessibility for each of the populations at risk.

Suicidal risk among children up to age 12

Dr. Debbie Cohen is a licensed educational psychologist and supervisor. She is coordinator for the National Suicide Prevention Program in the Jerusalem region.

This article provides an up-to-date review of publications in Israel and around the world regarding children up to 12 years at suicidal risk, as well as preliminary findings from an Israeli convenience sample. The article includes findings which show an increase in the number of children at suicidal risk in Israel and around the world and the unique characteristics of this group. We will explore a developmental explanation and will examine personal, family, cultural and global risk and resilience factors. We will also examine possible influences of global trends, such as the entry of the smartphone, and the consequences of the corona epidemic, on the psychological wellbeing of children in general and on suicidal risk in particular. Awareness of children at suicidal risk, including the extent of the phenomenon and its characteristics, is critical for psychologists who treat children and youth within the school, community, and clinic, and are entrusted, among other things, with identifying and treating children at suicidal risk.

Suicide in Israeli Arab Society: Between hope and risk

Dr. Sami Hamdan is a licensed educational psychologist and head of the Educational Psychology Program, Academic College of Tel Aviv-Yaffo.

Yael Pomerantz directs the Suicide Prevention Unit, Israel Ministry of Health.

Shirel Harosh-Azran is an organizational consultant for the local government councils.

Suicide is an important public health issue both globally and Israel. It has a deleterious impact across communities and families. The aim of this report is to discuss the phenomena among the Arab population in Israel. We present the unique factors that are predominant risk factors for this group. In addition, recommendations for action in terms of prevention and intervention are presented. These recommendations are a product of discussions among expert mental health professionals that were led by the suicide prevention unit of the Israel Ministry of Health.

The program for suicide prevention in the Israel Defense Forces (IDF) – The second decade – Milestones over time

Dr. Lucian Tatsa-Laur, M.D., M.B.A., is head of the IDF Health Department, Israeli Medical Corps, Tel Hashomer, Israel.

Dr. Leah Shelef Ph.D., MSW, is dean of the School of Social Work, Sapir Academic College, Hof Ashkelon, Israel.

The IDF mental health department was established during the War of Independence (1948). Over the years suicide prevention has been a focus and in 2006 the IDF suicide prevention program was established. Since its implementation, the prevention program has evolved with respect to its focus. This article highlights changes in the program based on research on suicidal risk over the years. We review critical milestones in the chronological development of research on suicidality and its prevention in the IDF. This led to mapping of critical factors, circumstances, motives, and variables that frame the complex nature of suicide risk groups in the IDF. Use of the map by the suicide prevention program developed in the Department of Physical and Mental Health over the last decade produced quality results with constant improvement. Much of the findings about IDF soldiers in the studies reviewed here have been published in the international professional literature using additional tools.

The complex fifty percent: How additional segmentation of the “Suicidality Report” can help prevent suicide

Yotam Coman is a psychologist and doctoral student in brain sciences, International Institute of Advanced Sciences, SISSA.

Between 50-10 percent of suicide incidents in Israel and other countries are driven by non-psychiatric factors, such as recent life crises, death of a relative, health problems, and financial difficulties. Prevention in these cases is more complicated than providing regular pharmaceutical treatments. It requires specific interventions that regard each individual case. The periodic report “Suicidality in Israel” provides data and findings which assist professionals and decision makers in creating relevant action plans for treating at-risk populations. Two such examples are immigrants to Israel and the elderly. Other divisions may shed light on additional risk populations, such as segmentation by religious characteristics, have been shown to have practical significance. It is suggested that adding this division to the report and extending it to other social issues can help optimize the prevention of suicide in Israel.

Meaning in life and suicidal tendencies

Dr. Zahi Arnon is a licensed clinical and medical psychologist. He is head of the M.A. program in medical psychology, Jezreel Valley Academic College.

Tzila Guresh is an educational counselor and remedial teacher.

The phenomenon of suicide represents a clinical continuum beginning with thoughts about death, thoughts about suicide, suicide attempts, and finally suicide (Eisenberg and Barak, 2005). The purpose of this study is to examine the relationship between meaning in life and suicidal tendencies among young people in Israel. We hypothesized that there would be a negative correlation between a sense of meaning in life and suicidal tendency; that is, higher meaning in life is associated with lower suicidal tendencies. The study included 149 Israeli academic (higher education) students (96 female and 53 males, age 18-25 years). Participants answered three questionnaires: a demographic questionnaire, a suicide tendency questionnaire, and a meaning in life questionnaire. Results supported our hypothesis that there is a significant negative relationship between responses about meaning in life and suicidal tendency. The present study further validates the theory concerning the relationship between these components. The study has implications for reducing suicidal tendencies via workshops focused on the meaning of life.

הצטרפו לאלפי
אנשי המקצוע
שכבר מחוברים
למטופלים שלהם.

PTech™

כל המבחנים בקליק



אבחון מקצועי בעידן דיגיטלי

custserv@psychtech.co.il

02-643-5360



PsychTech
סייקטק

ג'יטק

www.psychtech.co.il

התוכנית לפסיכותרפיה אנליטית יונגיאנית ע"ש אלה עמיצור

מכללת סמינר הקיבוצים - ביה"ס ללימודים מתקדמים

הרשמה למחזור ה-15 שנה"ל תשפ"ד 2023-2024 בעיצומה

מרכז התוכנית: ד"ר אורי ירון | מרכזת הוראה: ד"ר דינה אלעד | מרכזת הדרכה: גב' בינה ויילר
מרכזת קבלת תלמידים וקשרי קהילה: גב' אסתי פרידר גת | מרכז ימי עיון ותפקידים מיוחדים: ד"ר יורם אינספקטור



התוכנית מכשירה מטפלים בפרקטיקה הקלינית של הפסיכולוגיה האנליטית יונגיאנית (C.G. Jung) ובדרך המחשבה הסימבולית, מתוך לימוד עיוני והשוואתי, הדרכה קלינית והתנסות חווייתית. התוכנית משלבת לימודים תיאורטיים, סמינר קליני, הדרכה אישית וסדנאות.

התוכנית מוכרת ע"י:

- האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית
- האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה
- הפ"י - הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

לבוגרי התוכנית אפשרות להמשיך להכשרה
כאנליטיקאי יונגיאני

קהל היעד:

מטפלים- פסיכולוגים, פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים, מטפלים בהבעה ויצירה, קרימינולוגים קליניים.

תנאי קבלה:

תואר שני, ניסיון טיפולי, התנסות בבריאות הנפש (לפני או במהלך הלימודים) וראיון אישי.

מתכונת הלימודים:

תוכנית תלת-שנתית בהיקף של 620 שעות, בימי ה' בשעות 12:15 - 19:15. הדרכה אישית שבועית אצל מדריך אנליטיקאי יונגיאני מוסמך, בהיקף של 30 שעות לשנה (בתשלום למדריך).

הרשמה:

שכר הלימוד לשנת תשפ"ד 10,500 ₪ לשנה (ניתן לפרוס לתשלומים). דמי רישום בסך 300 ₪.



לקבלת מידע נוסף וערכת הרשמה יש לפנות
לגב' אסתי פרידר-גת טל': 052-3599243

