

התנהגות אובדנית בילדים ובני נוער - סקירת ספרות

סנדרין בורשטיין, דוקטורנטית באוניברסיטת קרולינסקה, סטוקהולם
רכזת אקדמית לתכנית הלאומית למניעת אובדנות בישראל

הגדרות ואפידמיולוגיה

התנהגות אובדנית כוללת מגוון רחב של התנהגויות: חשיבה אובדנית, איומים, פגיעה עצמית מכוונת, ניסיונות קלים, ניסיונות שנקטעו, ניסיונות חמורים והתאבדות ממשית. קיים ויכוח בספרות המקצועית לגבי ההגדרה של התנהגות אובדנית והאם מדובר ברצף או התנהגויות מובחנות זו מזו במאפייניהם (Apter et al., 2008).

בישראל התאבדות מהווה את סיבת המוות השנייה בקרב בנים בני 15-24 (לאחר תאונות דרכים) והשלישית בקרב בנות. מדווח כי 20% מההתאבדויות נעשים על ידי צעירים בגילאי 15-24. בשנת 2004 דווח על שיעור של 11.9 התאבדויות ל-100000 בבנים בגילאי 15-24 ו-2.0 בבנות באותם גילאים; שיעורים אלה דומים לשיעורים בשנת 2000 (משרד הבריאות, 2008). בקרב ילדים ובני נוער מתחת לגיל 15 התאבדות אינה שכיחה (Gould et al., 2003).

בעולם המערבי ניתן לראות ירידה בשיעורי ההתאבדות בקרב בני נוער מאמצע שנות ה-90. ניתן לשער כי צמצום ההתאבדויות קשור לעלייה בשימוש בתרופות נגד דיכאון (Ludwig & Marcotte, 2005; Olfson et al., 2003) והתפתחות של תכניות למניעת התאבדויות (Mann et al., 2005). לעומת זאת, בישראל ניתן להבחין דווקא בעלייה בקרב בנים בני 15-24 (שיעור של 10.0 ל-100000 בשנת 1995 לעומת 11.9 בשנת 2004), ושיעור יציב למדי בבנות (2.6 ל-100000 בשנת 1995 לעומת 2.0 בשנת 2004) (משרד הבריאות 2005, 2008).

בישראל, השימוש בכלי נשק כשיטת התאבדות עלה מאז שנות ה-80 בקרב בני 15-24, בעוד השימוש בשיטות אחרות ירד. בשנות ה-90 הייתה עליה גם בשימוש בתלייה והנזק בקרב בנים, אך לא נרשמו שינויים מקבילים בקרב בנות (משרד הבריאות, 2005).

חשיבה אובדנית וניסיונות אובדניים

נתונים מן העולם מראים כי בכל רגע נתון 15%-25% מבני הנוער חושבים על התאבדות. מחשבות אלה נעות בין מחשבות על מוות וחשיבה פאסיבית לבין חשיבה אובדנית ספציפית עם כוונה ותוכנית (Grunbaum et al., 2004). מחקרי אורך מצביעים על כך שחשיבה אובדנית חמורה יותר ומתמשכת מגבירה את הסיכון לניסיון אובדני ולניסיונות חוזרים (Bridge et al., 2006).

ניסיונות התאבדות נחשבים לתופעה המאפיינת את גיל ההתבגרות (Levinson et al., 2006). בשנים 1996-2000, נרשמו מדי שנה כ- 3600 פניות לחדרי מיון עקב ניסיונות התאבדות (משרד הבריאות, 2005). כשליש מהניסיונות נעשו על ידי מתבגרים, לרוב נערות. השיעורים הגבוהים ביותר מצויים בגילאי 15-24: 100.1 ל-100000 בקרב בנים ו-198.4 בבנות (ממוצע תלת-שנתי 2003-2005, משרד הבריאות). את השיעורים הגבוהים ביותר בקבוצת גיל זו ניתן למצוא בבנות 16-17-207 ל-100000, ובבני 19-20-193 ל-100000 (ממוצע השנים 1996-2000, משרד הבריאות, 2005). אין בארץ מידע על המנסים להתאבד שאינם מגיעים לאשפוז, אך לפי מחקרים וסקרים של קהילות בעולם שיעורם גבוה בהרבה ויש כ-7 ניסיונות שאינם מדווחים על כל ניסיון התאבדות שמגיע לאשפוז (כלומר למעלה מ-25000 מתבגרים בשנה) (מתוך מסמך פנימי של הועדה הבינמשרדית למניעת התאבדות). גם מסקר ישראלי עכשווי (ד"ר יוסי הראל, 2004) מסמך פנימי של משרד הבריאות) עולה ששיעור בני הנוער שעשו ניסיון אובדני גדול פי שניים מן הסטטיסטיקות הרשמיות העוסקות רק בניסיונות התאבדות שהסתיימו באשפוז. מחקרים שונים בישראל מדווחים כי בכ-90% מהמקרים של ניסיונות התאבדות בבני נוער נעשה שימוש במנת יתר של תרופות (הרעלה) (Iancu et al., 1997; Gofin et al., 2000; Farbstein et al., 2002; Ashkar et al., 2006). לאחר גיל ההתבגרות ישנה ירידה חדה בשיעורי ניסיונות ההתאבדות (Kessler et al., 1999), במיוחד בנשים צעירות (Lewinshon et al., 2001).

סיבות מיידיות להתאבדות

לעיתים קרובות, הסיבות הניתנות לביצוע הניסיון האובדני מצביעות על ליקויים בכישורים חברתיים ובתפקוד בין-אישי (Hawton & Catalan, 1987; Kienhorst et al., 1995). הסיבות המיידיות השכיחות ביותר להתנהגות אובדנית בבני נוער הן קונפליקטים בין-אישיים או אובדן, בעיקר בבני נוער המשתמשים בסמים (Brent et al., 1999; Gould et al., 1996). הפרעות התנהגות ושימוש בסמים, בעיות משמעת או הסתבכויות עם החוק בקרב בני נוער מהווים זרז להתנהגות אובדנית והתאבדות. אלה מבטאים באופן חלקי את תפקידם של אימפולסיביות, תוקפנות ושימוש בסמים כגורמי סיכון מידיים להתאבדות (Brent et al., 1999; 1993e; Marttunen et al., 1994b).

הבדלים בין המינים

מחקרים מראים כי בנות בגילאי 15 עד 24 חושבות יותר על התאבדות, מתכננות ומנסות להתאבד יותר מבנים (Woodward, & Horwood, 2000; Fergusson et al., 2004). למרות זאת, לא קיים הבדל משמעותי בין בנים ובנות בשיעורי ניסיונות התאבדות חמורים (Grunbaum et al., 2002). ההנחה כי ההבדלים בין המינים קשורים לגורמי פסיכופתולוגיה ושיטות ההתאבדות המועדפות (Shaffer & Hicks, 1994). התאבדות בבנים לעיתים קרובות קשורה ברמות גבוהות יותר של אגרסיביות,

(Bridge et al., 2006). בנות נוטות לנסות להתאבד באמצעות שיטות פחות קטלניות כגון, נטילת תרופות (Gould et al., 2003). עם זאת, במדינות בהן ישנה גישה לחומרי הדברה קטלניים כגון בסין הכפרית, ניתן למצוא שיעור גבוה יותר של בנות שמתאבדות בגלל הקושי להגיע לשירותים רפואיים (World Health Organization, 2002).

אתגרות

שינויים תרבותיים מהירים תורמים אף הם לעלייה באובדנות בני נוער. הטמעה ואובדן מנהגים תרבותיים עלול לגרום לניכור, קונפליקטים בין דוריים ומצב בו הצעיר אינו מרגיש קשר ושייכות לתרבות המוצא או לתרבות האלטרנטיבית (Ji et al., 2001; Phillips et al., 1999). עובדה זו עשויה להסביר באופן חלקי את שיעורי ההתאבדות הגבוהים יותר בקרב בני נוער מאתיופיה ומבריה"מ לשעבר אשר עלו לישראל. כמו כן, ייתכן כי כאן נמצא גם הסבר חלקי לעלייה בשנים האחרונות בשיעורי ניסיונות ההתאבדות בקרב צעירים ערבים.

התאבדות בקרב בני נוער ערביים בישראל

באופן כללי, האיסלאם אוסר על התנהגות אובדנית ובמדינות ערביות התאבדות נחשבת עבירה על החוק. המידע הקיים על התנהגות אובדנית במדינות ערב אינו רב ובחלקו אינו עדכני (Lester, 2006). בישראל, קיימת אפשרות שהחברה הערבית מסתירה או אינה מדווחת על התאבדויות באופן מלא (Bursztein & Apter, in press).

החברה הערבית בישראל אינה הומוגנית. מחקר של Levav & Aisenberg (1989) מצא כי לערבים מוסלמים יש את שיעורי ההתאבדות הנמוכים ביותר ביחס ליהודים, דרוזים וערבים נוצרים. עם זאת, בקרב מתבגרים Kohn et al. (1997) מצאו כי לערבים נוצרים שיעורים נמוכים יותר ביחס למוסלמים, אם כי לשתי הקבוצות שיעורים נמוכים מהיהודים.

עפ"י נתוני משרד הבריאות בשנים 1996-2000 (משרד הבריאות, 2005) היו רק 20 מקרים של התאבדות בשנה בקרב האוכלוסיה הערבית. בקרב צעירים בגילאי 15-24, נמצא שיעור של 7.2 ל-100,000 בבנים ו-0.9 בבנות. למרות ששיעורים אלה נמוכים ביחס לצעירים יהודים, ניתן לראות עליה במהלך שנות ה-90 בקרב בני נוער ערבים-ישראלים, בעיקר באמצעות נשק (Morad et al., 2005). למעשה, ביחס לגילאים אחרים, השיעורים הגבוהים ביותר של התאבדות נמצאו בקרב בני 15-24. כמעט מחצית ממקרי ההתאבדות בוצעו ע"י קבוצת גיל זו (45%) לעומת 17% באותה קבוצת גיל בקרב יהודים ודרוזים (משרד הבריאות, 2005).

למרות שאין מחקרים עדכניים על ניסיונות התאבדות בקרב ילדים ובני נוער ערביים, מידע קליני מצביע על כך שבשנים האחרונות ישנה עלייה משמעותית במספר בני הנוער הערביים המגיעים למיון בעקבות ניסיון אובדני (בן נון, 2008).

גורמי סיכון

חשיבה אובדנית והתנהגות אובדנית קודמת

התנהגות אובדנית נוטה לחזור על עצמה ומהווה מנבא משמעותי ביותר להתאבדות. בין רבע לשליש ממתאבדים צעירים ביצעו ניסיון אובדני קודם לכן (Groholt et al., 1997). יש לציין כי הסיכון להתאבדות לאחר ניסיון התאבדות גבוה במיוחד בקרב בנים (סיכון גבוה פי 30) ופחות אצל בנות (פי 3) (Shaffer et al., 1996). קיימת הערכה כי הסיכון לניסיונות התאבדות חוזרים נע בין 10% ב-6 החודשים הראשונים לאחר ניסיון התאבדות ו-42% בטווח של 21 חודשים (Goldston et al., 1999; Hawton et al., 2003). שיעורי ההתאבדות בקרב מתבגרים שניסו בעבר נע בין 0.5%-1% לשנה, שיעור גבוה באופן משמעותי בהשוואה לאוכלוסיה הכללית (Hawton et al., 2003). מחקר עדכני של Miranda et al. (2008) מצביע על כך שניסיונות חוזרים, יותר מאשר ניסיון התאבדות יחיד או מחשבות אובדניות, מנבאים התנהגות אובדנית עתידית בבני נוער. ניסיון התאבדות חמור (בתלייה, ירי או קפיצה מגובה) קודם מהווה סיכון גבוה ביותר להתאבדות. עם זאת, ניסיון התאבדות לא חמור אינו בהכרח מצביע על כוונה אובדנית נמוכה, בעיקר בקרב ילדים אשר חוסר בשלות קוגניטיבית מקשה על תכנון והוצאה לפועל של תכנית התאבדות. באדם אימפולסיבי, דווקא זמינות האמצעים (תרופות לעומת כלי נשק) עשוי לקבוע את חומרת הניסיון האובדני (Bridge et al., 2006).

פסיכופתולוגיה

יותר מ-90% מהצעירים שהתאבדו סבלו מהפרעה נפשית אחת לפחות, אם כי במתאבדים צעירים יותר, ניתן למצוא שיעורים נמוכים יותר של פסיכופתולוגיה (Gould et al., 2003). כרוניות וחומרת ההפרעה מעלים אף הם את הסיכון האובדני (Brent et al., 1993b; Ryan et al., 1987). הפרעות דיכאון הן השכיחות ביותר בקרב בני נוער שהתאבדו, בין 49% ל-64% אך קיימת חוסר הסכמה לגבי הסיכון להתאבדות בבני נוער עם הפרעות ביפולריות (Gould et al., 2003). עם זאת, נמצא קשר בין הפרעות ביפולריות וניסיונות התאבדות (Bridge et al., 2006). שימוש בסמים (Shaffer et al., 1996) והפרעות התנהגות (Brent et al., 1993a; Shaffer et al., 1996). מהווים גורמי סיכון משמעותיים נוספים להתאבדות, בעיקר אצל בנים מתבגרים. ניתן למצוא שכיחות גבוהה של קומורבידיות בין הפרעות אפקטיביות ושימוש בסמים במתאבדים (Brent et al., 1996; Shaffer et al., 1993a). מחקרים עדכניים מצביעים על כך שגם שתיה מופרזת (Binge-drinking) הרווחת כל כך בקרב בני נוער קשורה בחשיבה והתנהגות אובדנית בתיכון ובקולג' (Schaffer et al., 2008; Miller et al., 2007). גם בהפרעות אכילה קיים סיכון להתנהגות אובדנית אשר ככל הנראה מתווך ע"י דיכאון ותוקפנות. הנפוצים בהפרעות אלה (Pompili et al., 2004). מטה-אנליזה של מקרי התאבדות בחולות אנורקסיה נרבוזה בקרב בנות 14 עד 25 מצביע על שיעורים גבוהים פי 8 של התאבדות ביחס לאוכלוסיה הכללית (Pompili et al., 2004).

למרות הסיכון הגבוה להתאבדות בחולי סכיזופרניה, מעטים המקרים של התאבדות בקרב בני נוער עם סכיזופרניה (Brent et al., 1993a; Shaffer et al., 1996).

הפרעות חרדה וביניהן PTSD מהוות גורם סיכון לניסיונות ולהתאבדות בבני נוער, למרות שמחקרים אחדים מצביעים על כך שהקשר נחלש כאשר מנקים את השפעת הפרעות מצב רוח ובעיות אחרות (Gould et al., 1998; Pilowsky et al., 1999; Shaffer et al., 1996). עם זאת, התקפי פאניקה מעלים את הסיכון להתנהגות אובדנית גם לאחר ניקוי השפעת גורמים אחרים (Bridge et al., 2006).

התאבדות ללא אבחנה פסיכיאטרית ברורה

למרות שהפרעה פסיכיאטרית שכיחה ביותר בבני נוער שהתאבדו, 40% מבני הנוער מתחת לגיל 16 שהתאבדו לא סבלו מהפרעה פסיכיאטרית הניתנת לאבחנה. במקרים אלה הכוונה האובדנית נמוכה יחסית ודווקא הנגישות לאמצעים קטלנים משקת תפקיד משמעותי ביותר (Brent et al., 1999; Groholt et al., 1996; Shaffer et al., 1998). מצאו כי מתאבדים צעירים ללא אבחנה פסיכיאטרית ברורה גילו התנהגות אובדנית קודמת רבה יותר (ביחס לאוכלוסיה הכללית), בעיות משמעת ובעיות עם החוק ונגישות לנשק.

בריאות פיזית

בריאות לקויה ומוגבלות גופנית מהווים גורמי סיכון לחשיבה אובדנית והתנהגות אובדנית (Bridge et al., 2006). נמצא גם קשר בין התנהגות אובדנית ומחלות כרוניות ספציפיות כגון, אפילפסיה וסכרת (Brent, 1986; Goldston et al., 1994) וכך גם בין פגיעה בתפקוד בעקבות מחלה או פגיעה לבין ניסיונות התאבדות (Lewinsohn et al., 1996).

אוריינטציה מינית

מספר מחקרים אפידמיולוגיים מצאו סיכון גבוה פי 2-6 להתנהגות אובדנית (ללא מוות) בנוער הומוסקסואל וביסקסואל (McDaniel et al., 2001). במחקר שנערך בארה"ב בקרב 12,000 מתבגרים, אלה אשר דיווחו על נטיה מינית הומוסקסואלית, דיווחו במקביל על שיעורים גבוהים יותר של גורמי סיכון אחרים לאובדנות (Russell & Joyner, 2001). נראה כי הסיכון לאובדנות במתבגרים הומוסקסואליים קיים מעל ומעבר לגורמי סיכון אחרים, אך הוא מתווך ע"י דיכאון, שימוש בסמים, הסטוריה משפחתית של ניסיונות התאבדות וקורבנות (victimization) (Gould et al., 2003).

גורמי אישיות וגורמים פסיכולוגיים אחרים

שליש מקורבנות ההתאבדות סובלים מהפרעת אישיות כלשהי, כשהסיכון הינו גדול פי 2.9 ביחס לאוכלוסיה הכללית (Bridge et al., 2006). תוקפנות-אימפולסיבית מהווה גורם אישיות מרכזי נוסף המנבא התאבדות ומשפיע ברמות הפנומנולוגיה, נזיר-ביולוגיה ומשפחתיות (השפעה גנטית וסביבתית)

(Bridge et al., 2006). נראה כי לתוקפנות יש תפקיד בהחמרה של גורמי סיכון אחרים והגברת הסיכון לניסיונות התאבדות (Kerr et al., 2007). אימפולסיביות לכשעצמה מהווה גורם סיכון להתנהגות אובדנית בקרב בני נוער, אם כי הקשר נחלש כאשר מנטרלים את השפעתם של גורמי סיכון אחרים (Beautrais et al., 1999). נירוטיות קשורה גם היא באופן ישיר לאובדנות. ערך עצמי נמוך, פרפקציוניסטיות וחוסר תקווה מהווים גורמי סיכון בלתי ישירים לאובדנות והם מתווכים ע"י גורמי סיכון אחרים (כגון דיכאון) (Bridge et al., 2003; Gould et al., 2006). דרכי התמודדות לא אדפטיביות (Kienhorst et al., 1992) וקשיים בפתרון בעיות (Linehan et al., 1987) גם הם גורמי סיכון משמעותיים לאובדנות. סגנון התמודדות פסיבי ונמנע, כולל הכחשה של בעיות מתווך התפתחות של סימפטומים דיכאוניים (Muris, 1988; Compas et al., 2003; Beutler et al., 2001). לעומת זאת, גישה ממוקדת בפתרון בעיות או התמודדות פעילה הכוללת פנייה לעזרה והתייעצות, קשורה להסתגלות טובה יותר (Schonert-Reichl, 2003).

גורמים משפחתיים

פסיכופתולוגיה של ההורים כולל דיכאון, שימוש בסמים והתנהגות אנטיסוציאלית מהווים גורמי סיכון להתנהגות אובדנית של בני נוער. מחקרים אחדים מצאו כי הסיכון האובדני של מתבגר במשפחה בה ההורים סובלים מפסיכופתולוגיה גבוהה יותר גם אם הוא עצמו לא סובל מפסיכופתולוגיה כלשהי. לעומת זאת, מחקרים אחרים רואים בפסיכופתולוגיה של המתבגר תנאי הכרחי להתפתחות האובדנות (Bridge et al., 2006). גירושין ויחסים מעורערים במשפחה מהווים גם הם גורמי סיכון להתנהגות אובדנית בבני נוער אך ייתכן והדבר מתווך ע"י רמות פסיכופתולוגיה של ההורים ואיכות הקשר בין הילד לכל אחד מההורים, בעיקר האב (Bridge et al., 2006; Melhem & Brent, 2008). גם אובדן בעקבות מוות או גרושין של הורה, או חיים בנפרד מההורים הביולוגיים מהווה גורם סיכון משמעותי להתאבדות בני נוער (Agerbo et al., 2002).

מחקרים עדכניים מצביעים על כך שהתנהגות אובדנית היא משפחתית וככל הנראה גנטית ועוברת במשפחות ללא קשר להמצאות הפרעה פסיכיאטרית ספיציפית (Brent & Mann, 2005). קיים סיכון פי 2-6 גבוה יותר להתנהגות אובדנית בקרובי משפחה של מתבגרים שהתאבדו, גם לאחר נטרול השפעת פסיכופתולוגיה באותם קרובים. כמו כן, מטען גדול יותר של התנהגות אובדנית במשפחה קשור בגיל מוקדם יותר של ניסיונות התאבדות בילדים (Bridge et al., 2006; Brent et al., 2003b). קיימת הנחה כי הנטייה המועברת בתורשה היא הנטייה לתוקפנות-אימפולסיבית (Brent & Melhem, 2008) וקיימים מכניזמים ביולוגיים הקשורים למטבוליזם של סרוטונין אשר מעורבים בתהליך (Mann & Currier, 2007).

התעללות פיזית ובמיוחד התעללות מינית מהווים גורמי סיכון משמעותיים לניסיונות התאבדות והתאבדות. בנוסף, הסכנה האובדנית מועברת גם לילדים של הורים שעברו התעללות מינית (Brodsky et al., 2008).

גורמים חברתיים

נשירה מבית הספר

בני נוער ללא מסגרת תומכת (בי"ס, משפחה, עבודה) נמצאים בסיכון גבוה להתאבדות, במיוחד בשילוב עם גורמי סיכון אחרים אשר קשורים בנשירה ממסגרת (Gould et al., 1996). לעומת זאת, קשר חיובי עם ביה"ס והצלחה אקדמית הינם גורמים המגנים מפני התנהגות אובדנית (Borowsky et al., 1999).

בריונות

גורם סיכון אשר מדובר בשנים האחרונות במיוחד הוא בריונות המהווה בעיה שכיחה בקרב ילדים ובני נוער. בארה"ב בין 10%-20% מבני הנוער בתיכון דיווחו על כך שסבלו מבריונות ו-13% דיווחו כי ביצעו מעשי בריונות באחרים. גם הבריונים וגם הקורבנות נמצאים בסיכון גבוה להתנהגות אובדנית (Brunstein Klomek et al., 2007; Klomek et al., 2008).

השפעת המדיה

פרסום התאבדות, דרך עיתונים, כתבות בטלוויזיה או בסדרות מוביל לעלייה בהתאבדות וניסיונות התאבדות (Gould, 2001; Schmidtke & Schaller, 2000; Stack, 2000). גורמים שמגבירים את סכנת החיקוי גדלה בהתאם לכמות הפרסום ופופולריות המתאבד (Gould 2001; Stack, 2000). כאשר מציגים את ההתאבדות בצורה מאוזנת ומציאותית (למשל, קשורה לפסיכופתולוגיה) ולא באופן רומנטי, הסיכוי לחיקוי נמוך (Stack, 2005). ישנן גם ראיות שהחיקוי ספציפי לשיטת ההתאבדות הזוכה לפרסום (Schmidtke & Schaller, 2000). כיום מתווספת גם הדאגה להשפעת האינטרנט על בני נוער אובדניים כשידוע כי קיימים אתרים המעודדים להתאבדות ואתרים אחרים אשר מהווים מקום מפגש ליצירת בריתות בין צעירים להתאבד יחד. עם זאת, ככל הידוע, אין מחקרים אמפיריים אשר בדקו נושא זה (Bursztein & Apter, in press).

הערכה קלינית של אובדנות

למרות קיומם של כלי הערכה בנוגע לאובדנות וגורמי הסיכון בדיווח עצמי, קיימת בעייתיות בהערכה אובייקטיבית של בני נוער אובדניים (Bursztein & Apter, in press). לאחרונה פותח כלי להערכת רמות אובדנות בבני נוער הנקרא (Posner et al., SSRS (Suicide Severity Rating Scale) (2007). הכלי מעריך הן התנהגות של פגיעה עצמית והן כוונה אובדנית במטרה להעריך סכנה אובדנית.

טיפול

פסיכותראפיה וטיפול תרופתי

שימוש בתרופות נגד דיכאון וטיפולים פסיכותראפיים ספציפיים (טיפול קוגניטיבי-התנהגותי וטיפול בין-אישי) נמצאו יעילים בטיפול בבני נוער הסובלים מדיכאון (Brent, in press).

מחקרים רבים נערכו בנוגע לטיפול בדיכאון באמצעות טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT), טיפול בין-אישי (IPT) ותרופות, אך אלה אינם מתייחסים באופן ספציפי לאובדנות (ראה סקירה Klomek & Stanley, 2007). השפעתם הישירה של טיפולים אלה על חשיבה והתנהגות אובדנית פחות ברורה, מאחר ולעיתים קרובות מחקרים קליניים נוטים לסנן בני נוער אובדניים.

השאלה היא האם טיפולים בדיכאון מצמצמים את הסיכון לאובדנות. כך למשל, במחקר שהשווה סוגים שונים של פסיכותרפיה נמצא כי CBT יעיל יותר מטיפול משפחתי וטיפול תמיכתי לבני נוער דיכאוניים, למרות שבשלושת הטיפולים נמצא צמצום זהה ברמות אובדנות (Brent et al., 1997). IPT-A נמצא יעיל יותר ביחס לניהול קליני רגיל (clinical management) בטיפול בדיכאון, אך לא נמצא הבדל בהשפעה על חשיבה אובדנית (Mufson et al., 1999). במחקר הנרחב ה- (TADS treatment of adolescent depression study) בהם נערכה השוואה בין טיפול בפלואוקסטיין (SSRI), CBT, השילוב של השניים ופלסבו, נמצא כי הטיפול התרופתי ושילובו עם CBT היה יעיל באופן משמעותי יותר ביחס לפלסבו ו-CBT בנפרד. עם זאת, רק שילוב הטיפולים הוביל לצמצום משמעותי גם בחשיבה אובדנית ביחס לפלסבו (March et al., 2004).

Hawton et al. (1998, 2002) ערך סקירה של כל המחקרים על טיפולים באנשים שניסו להתאבד ומצא טיפולים רבים שלא נמצאו יעילים בצמצום אובדנות בבני נוער וכללו: פתרון בעיות, ייעול הגישה לשירותים טיפוליים וטיפול משפחתי בבית. טיפול דיאלקטי-התנהגותי (DBT), המיועד במקור למבוגרים עם הפרעת אישיות גבולית אך הותאם לבני נוער (Miller et al., 2007) דורש הערכה נוספת לפני קביעת יעילותו. DBT הוא טיפול המתמקד בשיפור ויסות רגשי, התמודדות עם סטס, פיתוח מיומנויות בין-אישיות באמצעות שילוב של טיפול אישי, קבוצתי ומשפחתי. מחקר פיילוט לא מצא הבדל בניסיונות התאבדות אלא במשתנים אחרים כמו חשיבה אובדנית וסימפטומים פסיכיאטרים. (Miller et al., 2000). מחקרים ראשוניים נוספים שנערכו לגבי DBT מצביעים על יעילות אפשרית של הטיפול בבני נוער אובדניים במסגרת מרפאתית אך לא ברור אם הטיפול יעיל יותר מאשר טיפול אחר במסגרת אשפוז (Katz et al., 2004).

Brown et al. (2005) פיתחו טיפול קוגניטיבי-התנהגותי למבוגרים שבצעו ניסיון אובדני המתמקד בקוגניציות הקשורות בהתנהגות אובדנית. הטיפול כולל מרכיבים חשובים כגון ניהול מקרה, הפעלת תכנית ביטחון (safety plan), פיתוח ערכת תקווה (hope kit) ואסטרטגיות נוספות להתמודדות עם משברים אובדניים. נמצא כי הטיפול יעיל בצמצום ניסיונות התאבדות חוזרים, דיווח עצמי של דיכאון וחוסר-תקווה (Brown et al., 2005).

טרם פורסמו תוצאות מחקר ראשוני שנערך בארה"ב (TASA-treatment of adolescent suicide attempters) אשר השווה בין טיפול קוגניטיבי התנהגותי, תרופות אנטי דכאוניות והשילוב ביניהם.

(skills-based therapy-SBT), טיפול רב-מערכתי (Multi-systemic therapy- MST) המשלב טיפול משפחתי ואינדיבידואלי, טיפול אחר שמטרתו לשפר את התקשורת בין מתבגרים אובדניים ואנשים בסביבתם המשמשים להם מערכת תמיכה (Youth-Nominated Support Team- YST-1), תכנית מניעה בביה"ס ל"גדילה עצמית" (personal growth class) ועוד, אך אלה אינם יעילים בצמצום אובדנות באופן ישיר (ראה סקירה (Brent, in press)).

גורמים אשר עלולים לפגוע ביעילות של טיפול בדיכאון (אם תרופתי או פסיכותרפיה) הם גורמים אשר מנבאים גם התנהגות אובדנית: כרוניות, חומרה, קומורבידיות, חוסר תקווה משמעותית, יחסים משפחתיים מעורערים, עבר של התעללות ודיכאון הורי. התערבויות טיפוליות אשר יתמקדו בבעיות מסוג זה, יכולים ליעל את הטיפול בדיכאון וגם לצמצם אובדנות (Brent, in press).

בשנים האחרונות מתנהל ויכוח ציבורי בנוגע למתן תרופות נגד דיכאון בקרב מתבגרים מתוך חשש כי תרופות אלו מעלות את הסיכון האובדני בקרב צעירים (U.S. Food and Drug Administration, 2003). בעקבות כך, מנהל המזון והתרופות האמריקני פרסם אזהרה בנוגע למתן תרופות מסוג SSRI לבני נוער. מאידך, מחקרים אחרים מצביעים על כך שעלייה בשיעור המרשמים לתרופות נגד דיכאון, נמצא במתאם עם ירידה בשיעורי התאבדות בבני נוער (Olfson et al., 2003).

באופן כללי, לא נערכו מחקרים פרמקולוגיים המכוונים לבני נוער אובדניים, אם כי ניתן להצביע על תרופות שנמצאו יעילות בצמצום תוקפנות-אימפולסיבית ו/או התנהגות אובדנית. כך נמצא כי ליתיום יעיל במניעת אובדנות, תרופות נוירולפטיות יעילות בצמצום אימפולסיביות אך מובילות להשמנת יתר משמעותית במתבגרים, ו-SSRI יעיל בצמצום תוקפנות-אימפולסיבית במבוגרים (ראה סקירה, Brent, in press).

מתבגרים לאחר ניסיון אובדני נוטים שלא לשתף פעולה עם טיפול מרפאה ושיעורי נשירה מטיפול גבוהים ביותר (Gould et al., 2003). שיתוף הפעולה הגבוה ביותר נמצא בטיפול תרופתי (66.7%) לעומת טיפול אינדיבידואלי (50.8%) וטיפול משפחתי/psychoeducation (33.3%) (King et al., 1997).

אשפוז

למרות שאשפוז מאפשר טיפול רב-תחומי ותחושת ביטחון יחסית מפני ביצוע ניסיונות התאבדות נוספים, אין הוכחה אמפירית ליעילות האשפוז בצמצום חשיבה אובדנית, ניסיונות התאבדות והתאבדות בקרב מתבגרים (Gould et al., 2003). מחקר אחר אשר איפשר למתבגרים אובדניים לאשפז את עצמם על פי הצורך לא מצא ירידה בניסיונות האובדניים כעבור שנה (Cotgrove et al, 1995).

לאחר שחרור מאשפוז פסיכיאטרי קיים סיכון גבוה לניסיונות חוזרים והתאבדות (Kjelsberg et al., 1994). מחקר אחד מצא כי קשר בכתב באמצעות גלויות עם בני נוער ומבוגרים צעירים לאחר שחרור מאשפוז יעיל בצמצום מספר הניסיונות החוזרים ובמספר הימים של אשפוזים חוזרים. עם זאת, לא נמצא הבדל בין מספר הצעירים שביצעו ניסיונות חוזרים בקבוצת הניסוי (אשר כללה בנוסף לטיפול השגרתי את שליחת גלויות הקשר) לבין קבוצת הביקורת שקבלה טיפול שגרתי (Carter et al., 2005).

מניעה

במהלך השנים האחרונות עלתה המודעות לבעיית האובדנות והצורך במניעתה ברחבי אירופה וארה"ב, ובעקבות זאת החלו בפיתוח תכניות מניעה ספציפיות והערכתן המחקרית. תכניות המניעה הממוקדות בבני נוער המשמשות במסגרות שונות (קהילה, בית הספר, מיון בית החולים וכו') הן רבות, אך רובן עדיין אינן מבוססות מספיק מחקרית (Rodgers & al., 2007). בימים אלה נעשים מאמצים לבסס מחקרית את אותן תכניות הכוללות: תהליכי איתור של דיכאון ואובדנות במסגרת ביה"ס ומסגרות קליניות (Pena et al., 2006; Wintersteen et al., 2007; Aseltine et al., 2007; Portzky & van Heeringen, 2007; Wyman et al., 2006; Kataoka et al., 2007; Chagnon et al., 2007; Mann et al., 2008), קווים לעזרה ראשונה נפשית (Gould et al., 2006), צמצום נגישות לאמצעים קטלניים (Mann et al., 2005), טיפולים תרופתיים וטיפול קוגניטיבי-התנהגותי/כישורי התמודדות (ראה לעיל). אסטרטגיות אלה והתכניות הספציפיות דורשות הערכה מחקרית נוספת (Bursztein & Apter, in press).

תכניות מניעה במסגרת ביה"ס

אחת המסגרות המשמעותיות להתערבויות בתחום הוא ביה"ס, המהווה מסגרת מרכזית להפעלת תכניות למניעת אובדנות בקרב ילדים ובני-נוער (WHO, 2004). כיום, קיימות מספר אסטרטגיות למניעת אובדנות ותכניות אשר מופעלות במסגרת בתי ספר בארה"ב בהצלחה רבה. מטרותיהן המרכזיות: (א) זיהוי בני נוער בסיכון והפנייתם לטיפול מתאים (ב) צמצום גורמי הסיכון לאובדנות כולל דיכאון, גישות לא אדפטיביות לגבי דרכי התמודדות עם בעיות ופנייה לעזרה (Gould et al., 2003).

גם בישראל נכתבו מספר תכניות והמלצות למניעת אובדנות בבני נוער, שנועדו לתלמידי בתי-ספר. כך למשל, סדנא להתמודדות והעצמת החוסן הנפשי של אורבך ובר-יוסף (Orbach & Bar-Joseph, 1993) (תפורט בהמשך), ערכת הדרכה למניעת אובדנות בני נוער (משרד הבריאות, 2001) וחוזר מנכ"ל של משרד החינוך (סה/4(א), 2004). מעבר לכך, ישנן עוד מספר תכניות המתמקדות בשיפור החוסן הנפשי או התמודדות בית ספרית בעת אסון. פרט לתכניתם של אורבך ובר-יוסף, תכניות אלה מהוות ברובן המלצות ודרכי פעולה עם אובדנות נוער, ולא נבדקו באופן מחקרי במסגרת בתי ספר ישראלים.

למעשה, בין 60% ל-80% מבני נוער במצוקה נפשית אינם מקבלים עזרה ממקורות תמיכה פורמאליים כגון חברים (Burns et al., 1995; Leaf et al., 1996; Offer et al., 1991) ומעדיפים לפנות לגורמים לא פורמאליים כגון חברים (Offer et al., 1991; Rickwood and Braithwaite, 1994). השימוש בגורמי טיפול נפשי

(Cauce & Srebnik, 2003). על כן, חלק מתכניות המניעה

משלבות תכנים שמטרתן שינוי גישות אלה, כמו למשל, תכניות להעלאת מודעות ופיתוח מיומנויות התמודדות.

להלן פרוט האסטרטגיות המרכזיות המשמשות בבתי ספר.

איתור

תהליך האיתור נועד לזהות אנשים בסיכון ולהפנותם לטיפול מתאים. מוקד האיתור יכול להיות ההתנהגות האובדנית באופן ישיר או גורמי הסיכון כגון דיכאון או שימוש בסמים. ממצאי מחקרים על תהליכי איתור לדיכאון, חשיבה אובדנית ומחוות אובדניות בתלמידי תיכון, עבריינים צעירים ובני נוער בכלל, מראים מהימנות ותוקף בזיהוי צעירים בסיכון אובדני מוגבר (Gould et al., 2003). חשוב לציין כי לא נמצאה הוכחה לטענה הרווחת כי לשאול מתבגרים לגבי אובדנות מעורר חשיבה או התנהגות אובדנית (Gould et al., 2005). למרות יעילות האיתור בזיהוי אנשים בסיכון אובדני, מחקר של ה-AFSP (הארגון האמריקאי למניעת התאבדויות) מראה כי אין בהכרח קשר בין הצלחה בזיהוי לבין ההסכמה לקבל טיפול (Haas, unpublished data, 2004). עם זאת, נמצא כי איתור באזורים גיאוגרפיים ממוקדים הוביל לעלייה בכמות הטיפול בדיכאון וירידה בשיעורי ההתאבדות (Mann et al., 2005).

תכניות להעלאת מודעות למניעת אובדנות

זוהי למעשה אסטרטגיה חינוכית, המלמדת את התלמידים על הפרעות נפשיות והתאבדות: כולל הגברת ידע, התמקדות בסימני אזהרה וגורמי סיכון, ורשימה של מקורות עזרה בקהילה אליהם ניתן לפנות במצבי משבר. הרציונל מאחורי גישה חינוכית זו היא שכאשר מקיימים עם המתבגרים דיון חינוכי פתוח בנוגע לקשיים נפשיים/רגשיים והתאבדות, הם מרגישים נוח יותר להיפתח ולספר על מחשבות אובדניות ומצוקות. בנוסף, תלמידים המודעים לגורמי הסיכון וסימני המצוקה יכולים לעזור בזיהוי חבריהם ולהפנותם למבוגר שיכול לעזור. ניתן לשלב תכנית כזו במסגרת שיעורים קיימים וכן לשלב מיומנויות התמודדות, פיתרון בעיות ובניית ערך-עצמי לתוך התכנית (Lazear et al., 2003). כאשר מעבירים תכניות אלה בצורה חינוכית, הדרגתית ורגישה, נמצא שיפור משמעותי בידע של התלמיד, במיוחד לגבי הדרך להשגת עזרה לעצמו או לאחר והבנה מדויקת יותר של אובדנות (Lazear et al., 2003). עם זאת, שינוי בגישות ובידע אינו בהכרח קשור בשינוי התנהגותי (Portzky & van Heeringen, 2006).

פיתוח מיומנויות התמודדות (skills training)

תכניות אלה מדגישות פיתוח מיומנויות פתרון בעיות, התמודדות ומיומנויות קוגניטיביות בהם צעירים אובדניים מגלים קשיים. מטרת התכניות ליצור "חסינות" נגד תחושות והתנהגויות אובדניות וכן נגד גורמי סיכון לאובדנות (למשל, דיכאון, חוסר תקווה, שימוש בסמים). כך למשל, תכנית אחת מתמקדת בהתבוננות פנימית, בחוויות מצוקה ובחוויות מיטיבות במסגרת קבוצתית. התכנית הוערכה מחקרית על ידי אור-בך ובר-יוסף (1993) בישראל וכוללת 7 מפגשים שבועיים של שיעורים. התכנית מכוונת ליצור דיון בנוגע להסתכלות הפנימית על ידי בני הנוער המשתתפים. הנושאים הנכללים בדיון נוגעים לבעיות שונות ואופייניות לגיל ההתבגרות בתחומים של

(Orbach & Bar-Joseph, 1993).

מחקרים נוספים מצביעים על יעילות תכניות מסוג זה בצמצום אובדנות, אם כי לא תמיד ברור אילו מרכיבים בתכנית הם היעילים (Zenere & Lazarus, 1997).

התערבות במשבר/לאחר מעשה

הראציונל לתכנית כזו בביה"ס הוא שתגובה מהירה להתאבדות יכולה לצמצם התנהגות אובדנית והופעה/החמרה של סימפטומים פסיכיאטריים (למשל, PTSD, דיכאון) בקרב תלמידים נוספים. מטרת תכנית אלה היא לסייע בתהליך עיבוד האבל, זיהוי והפנייה של אותם צעירים העלולים להיות בסיכון בעקבות ההתאבדות, ולספק מידע מדויק על התאבדות תוך ניסיון לצמצם תופעה של הדבקה התנהגותית. מעטים המחקרים הבוחנים התערבויות אלה אך חשוב לציין כי יש לתכנן אותן בקפידה בכדי למנוע הדבקה התנהגותית (Gould et al., 2003).

הכשרת שומרי סף

מניעת התאבדות מתמקדת גם בקהילה ו"שומרי הסף" הארגוניים השונים שהקשר שלהם עם אוכלוסיות בעלות פגיעות פוטנציאלית, מהווה הזדמנות לאיתור אנשים בסיכון אובדני עכשווי והפנייתם להערכה וטיפול מתאימים. שומרי הסף כוללים אנשי דת, רוקחים, מדריכי נוער, גורמי רווחה וקליטה, חוקרי נוער, מטפלים בקשישים, צוותים טיפוליים וכן עובדים במוסדות ציבוריים כגון בתי-ספר, בתי-כלא וצבא. החינוך של שומרי הסף כולל הגברת המודעות לגורמי הסיכון, עידוד וליווי בזמן הפניה לעזרה, הגברת זמינות מקורות העזרה והפחתת הסטיגמה סביב נושא המצוקה האובדנית וקבלת העזרה. יתרה מכך נראה כי החינוך לשומרי הסף מסייע להגברת המודעות ברמה הכלל ארגונית ולהקלת הנגישות למערכות בריאות הנפש השונות. תכניות להכשרת שומרי סף מהוות אסטרטגיה מרכזית המומלצת לשימוש במסגרת התכנית הלאומית למניעת התאבדות של ארה"ב (Quinnett, Unpublished).

במסגרת בתי ספר מתבצעת הכשרת מורים ואנשי צוות אחרים בזיהוי תלמידים בסיכון או תלמידים הסובלים מקושי נפשי. בתהליך ההכשרה הם לומדים כיצד לזהות ולתקשר עם תלמיד במצוקה, כיצד לזהות את רמת הסיכון האובדני וכיצד להפנותו לעזרה מקצועית (Lazear et al., 2003). מחקרים מראים כי בעקבות תכניות אלה ניכר שיפור משמעותי בקרב אנשי סגל בית הספר בידע ובגישות כלפי אובדנות, בכישורי התערבות, מוכנותם להתמודד עם משבר אובדני של תלמיד ויכולתם להפנותו למקורות עזרה (Gould et al., 2003). עם זאת, מחקר עדכני מצא כי רק מיעוט מבין התלמידים בסיכון (תלמידים אשר ביצעו ניסיון אובדני) דיווח כי היה פונה לצוות ביה"ס אילו היה זקוק

(Wyman et al., 2008).

תכניות מניעה המבוססות בקהילה

קווי טלפון לעזרה ראשונה נפשית/מרכזי חרום

הרציונל לשימוש בקווים לעזרה ראשונה נפשית או עזרה באמצעות האינטרנט הוא שהתנהגות אובדנית לרוב קשורה במשבר ואלה יכולים לתת מענה מידי ברגעים קריטיים. עזרה באמצעות קווים לעזרה נפשית והאינטרנט מספקים שירותים בכל שעות היום והם נגישים בקלות לכל אדם. עם זאת, מחקרים על שימוש של מבוגרים בקווים לעזרה ראשונה נפשית אינם חד-משמעיים ומעט מחקרים בחנו את יעילותם בקרב בני נוער. בארה"ב 14% ל- 18% מצעירים אובדניים השתמשו בקווים אלה בעת מצוקה (Gould et al., 2003). מחקר שנערך בישראל השווה בין השימוש בשרותי תמיכה נפשית של ער"ן בטלפון ובאינטרנט באמצעות צ'ט אישי או איי.סי.קיו של ער"ן. המחקר הסיק כי האפשרות להישאר אנונימי במערכות התמיכה של ער"ן באינטרנט מגביר את הפתיחות ומוכנותם של בני נוער לחשוף מחשבות אובדניות. יש לציין כי המחקר מצא כי בני נוער אובדניים העדיפו לחלוק את קשייהם דווקא במסגרת קבוצה אנונימית אסינכרונית (ICQ), אשר ככל הנראה מספקת תחושת שייכות ותמיכה רגשית (Gilat & Shahr, 2007).

צמצום נגישות לאמצעים קטלניים/נשק

במחקרים שונים לאורך השנים נמצא כי ישנן פחות התאבדויות בעקבות הגברת הפיקוח על מתן רישיונות לנשק, הגבלות על חומרי רעל שונים, הפיכת גז הבישול הביתי ללא רעיל, הגבלות על מרשמים ומכירת כדורי הרגעה וכדורי שינה, שינויים באריזות של משככי הכאבים לכמויות יותר קטנות, הקמת מחסומים במקומות מהם ניתן לקפוץ ושימוש בתרופות אנטי דיכאוניות פחות רעילות. כפי שצויין לעיל, התאבדות של צעירים לעיתים קרובות הינה אימפולסיבית ומושפעת מהמצאותם של אמצעים קטלניים כגון נשק. מספר מחקרים בארה"ב מצאו כי צמצום גישה לנשק הובילה לירידה בשיעורי התאבדות בצעירים (Gould et al., 2003). תהה השיטה הנפוצה בכל ארץ אשר תהה, כאשר ישנה הגבלה על הנגישות לשיטה זו, ישנה הפחתה בשיעורי ההתאבדות הכלליים ובכך הגבלות אלו מהוות פוטנציאל לשימור חיים. חשוב לזכור שלכל ארץ ותרבות שיטות נפוצות משלהן ולכן אסטרטגיות מניעה אלו צריכות להיות פעולות מתמשכות, ארוכות טווח אשר לוקחות בחשבון הלכי רוח חברתיים ותרבותיים המשתנים מתקופה לתקופה ולפיכך עליהן להשתנות ולהתעדכן בהתאם (Mann et al., 2005).

חינוך התקשורת וחינוך באמצעות התקשורת

מניעת התאבדות קשורה לתקשורת בשני מובנים. הראשון, כערוץ לחינוך והסברה והשני, כגורם בעל השפעה פוטנציאלית מכרעת, במיוחד על צעירים (כפי שתואר לעיל). למשל, האדרת התאבדות או הצגתה כפתרון לבעיות חיים על ידי התקשורת עלול לעודד אנשים פגיעים לנסות להתאבד.

מאידך, יש חשיבות לדיווח על מקרי ההתאבדות על מנת להגביר את המודעות לנושא. לפיכך קיימת חשיבות רבה שהדיווח יהיה אחראי ועל פי כללים מנחים וברורים תוך הימנעות מהאדרה ומתן לגיטימציה למעשה. ממצאי מחקרים ביחס לחינוך התקשורת והעיתונאים ודיווח על פי כללים מנחים הראו עד כה תוצאות מעורבות, אך קיימות בעיות מתודולוגיות שונות עם מחקרים אלו (Mann et al., 2005).

הכשרת רופאים ראשוניים

במחקר שנערך בארה"ב נמצא כי רוב הרופאים הראשוניים (77%) אינם בודקים סיכון אובדני באופן שגרתי בקרב מטופליהם המתבגרים, למרות שרבים (47%) פגשו מתבגרים שעשו ניסיונות התאבדות בשנה שחלפה (Frankenfield et al., 2000).

לאור העובדה שמרבית מהמתבגרים שהתאבדו היו בקשר עם רופא ראשוני במהלך החודש האחרון לחייהם, ניתן למנוע התאבדות דרך ערוץ זה (Luoma, Martin et al., 2002). למעשה, חוסר ידע של רופאים ראשוניים בנוגע לאיתור מטופלים הסובלים מדיכאון, תורם לטיפול לוקה בחסר ועלול להוביל להתאבדות. שיפור יכולות האיתור והזיהוי של הדיכאון והסכנה האובדנית בקרב הרופאים הוא מרכיב חשוב במניעת התאבדות במבוגרים ובני נוער כאחד (Mann et al., 2005).

מקורות

בן נון י, נתונים סטטיסטיים של שיעור ניסיונות אובדניים בקרב נוער יהודי וערבי, יום עיון בנושא מניעת התאבדות בקרב בני נוער בחברה הערבית, מאי 2008

סיבות מוות מובילות בישראל 1998-2004, משרד הבריאות, תחום מידע.

אובדנות בישראל, 2005. משרד הבריאות, תחום מידע.

Agerbo, E., Nordentoft, M., & Mortensen, P.B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: Nested case-control study. *British Medical Journal*, 325, 74.

Apter A, King RA, Bleich A, et al. Fatal and non-fatal suicidal behavior in Israeli adolescent males. *Arch Suicide Res.* 2008; 12(1):20-9.

Aseltine R, James A, Schilling E et al. Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health* 2007;7: 161. Wintersteen MB, Diamond GS, Fein JA. Screening for suicide risk in the pediatric emergency and acute care setting. *Current opinion in pediatrics* 2007;19(4): 398-404.

Ashkar K, Giloni C, Grinshpoon A, Geraisy N, Gruner E, Cohen R, Paryente O, Nassar F, Ponizovsky AM. Suicidal attempts admitted to a general hospital in the Western Galilee: An inter-ethnic comparison study. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2006;43(2):137-45.

Beautrais, A.L., Joyce, P.R., & Mulder, R.T. (1999). Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 37-47.

Beutler LE, Moos RH, Lane G (2003), Coping, treatment planning, and treatment outcome: discussion. *J Clin Psychol* 59: 1151-1167.

Borowsky IW, Resnick MD, Ireland M, Blum RW (1999), Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors. *Arch Pediatr Adolesc Med* 153:573-580

Brent DA (in press). Effective Treatments for Suicidal Youth: Pharmacological and Psychosocial Approaches. *The Oxford Textbook of suicidology and suicide prevention- The five continent perspective*. Edited by Danuta Wasserman and Camilla Wasserman

Brent, D.A. (1986). Overrepresentation of epileptics in a consecutive series of suicide attempters seen at a children's hospital, 1978-1983. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 242-246.

Brent, D.A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiappetta, L. (1999). Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1497-1505.

Brent, D.A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., et al. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54, 877-885.

- Brent, D.A., Johnson, B., Bartle, S., Bridge, J., Rather, C., Matta, J., et al. (1993a). Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 69–75.
- Brent, D.A., Kolko, D.J., Wartella, M.E., Boylan, M.B., Moritz, G., Baugher, M., et al. (1993b). Adolescent psychiatric inpatients' risk of suicide attempt at 6-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 95–105.
- Brent, D.A., Perper, J., Moritz, G., Baugher, M., & Allman, C. (1993c). Suicide in adolescents with no apparent psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 494–500.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Baugher, M., Roth, C., Balach, L., et al. (1993e). Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: A case control study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 179–187.
- Brent, D.A., & Mann, J.J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics Part C (Semin. Med. Gen.)*, 133C, 13–24.
- Brent, D.A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., et al. (2003b). Peripubertal suicide attempts in offspring of suicide attempters with siblings concordant for suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1486–1493.
- Bridge JA, Goldstein TR, and Brent DA (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 372–394.
- Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, et al. Familial transmission of suicidal behavior: Factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *J Clin Psychiatry* 2008;69: 584-96.
- Brown GK, Have TT, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT (2005), Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. *Journal of the American Medical Association* 294:563-570
- Brunstein Klomek, Marrocco, Kleinman M et al. Bullying, depression and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(1): 40-9.
- Burns B, Costello EJ, Angold A et al. (1995), Data Watch: children's mental health service use across service sectors. *Health Aff*, 14: 147–159
- Bursztein C and Apter A. Adolescent suicide. *Current Opinion in Psychiatry*. in press.
- Bursztein C and Apter A. (a) The epidemiology of suicidal behavior in the Israeli society. in press.
- Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, D'Este C (2005), Postcards from the edge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *British Medical Journal*
doi:10.1136/bmj.38579.455266.E0:
- Cauce AM, Srebnik D (2003). Before treatment: adolescent mental health help-seeking. *Prev Res* 10:6–9

- Chagnon F, Houle J, Marcoux I, Renaud J. Control-group study of an intervention training program for youth suicide prevention, *Suicide and Life Threatening Behavior* 2007;37 (2): 135-44.
- Compas BE, Malcarne VL, Fondacaro KM (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 56: 405–411
- Cotgrove A, Zirinsky L, Black D, Weston D (1995). Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence*, 18(5), 569-577.
- Farbstein I, Dycian A, Gothelf D, King RA, Cohen DJ, Kron S, Apter A. A follow-up study of adolescent attempted suicide in Israel. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41:1342–9.
- Fergusson et al., 2004
- Frankenfield, D.L., Keyl, P.M., Gielen, A., Wissow, L.S., Werthamer, L., & Baker, S.P. (2000). Adolescent patients – healthy or hurting? Missed opportunities to screen for suicide risk in the primary care setting. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154,162–168.
- Gilat I, Shahar G (2007). Emotional first aid for a suicide crisis: Comparison between telephonic hotline and internet. *Psychiatry*, 70(1), 12-18.
- Gofin R, Avitzour M, Haklai Z, Jellin N. Intentional injuries among the young: Presentation to emergency rooms, hospitalization, and death in Israel. *J Adolesc Health* 2000;27:434–42.
- Goldston, D.B., Daniel, S.S., Reboussin, D.M., Reboussin, B.A., Frazier, P.H., & Kelley, A.E. (1999). Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 660–671.
- Goldston, D.B., Kovacs, M., Ho, V.Y., Parrone, P.L., & Stiffler, L. (1994). Suicidal ideation and suicide attempts among youth with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 240–246.
- Gould MS, Greenberg T, Munfakh JL, Kleinman M, Lubell K. Teenagers' attitudes about seeking help from telephone crisis services (hotlines). *Suicide Life Threat Behav.* 2006;36(6): 601-13.
- Gould, M., Marrocco, F., Kleinman, M., Thomas, J., Mostkoff, K., Cote, J. & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs. *JAMA*, 293; 1635-1643.
- Gould M, Greenberg T, Velting D, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(4): 386–405
- Gould MS (2001), Suicide and the media. In: *Suicide Prevention: Clinical and Scientific Aspects, Annals of the New York Academy of Sciences*, Hendin H, Mann JJ, eds. New York: New York Academy of Sciences
- Gould, M.S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., et al. (1998). *Psychopathology*

associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 915–923.

Gould, M.S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1155–1162.

Groholt, B., Ekeberg, O., Wichstrom, L., & Haldorsen, T. (1998). Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: A comparative study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 473–481.

Groholt, B., Ekeberg, O., Wichstrom, L., & Haldorsen, T. (1997). Youth suicide in Norway, 1990–1992: A comparison between children and adolescents completing suicide and age- and gender-matched controls. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 250–263.

Grunbaum, J.A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., et al. (2004). Youth risk behavior surveillance – United States, 2003. *MMWR Surveillance Summaries: Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries/CDC*, 53(2), 1–96.

Grunbaum JA, Kann L, Kinchen SA et al. (2002), Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2001. *MMWR CDC Surveill Summ* 51(SS4):1–64

Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182, 537–542.

Hawton K, Arensman E, Townsend E et al. (1998), Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ* 317:441–447

Hawton K, Townsend E, Arensman E et al. (2002), Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self-harm. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD001764

Hawton, K., & Catalan, J. (1987). *Attempted suicide: A practical guide to its nature and management*. New York: Oxford University Press.

Iancu I, Laufer N, Dannon PN, Zohar-Kadouch R, Apter A, Zohar J. A general hospital study of attempted suicide in adolescence: Age and method of attempt. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1997;34:228–34.

Ji, J., Kleinman, A., & Becker, A.E. (2001). Suicide in contemporary China: A review of China's distinctive suicide demographics in their sociocultural context. *Harvard Review of Psychiatry*, 9, 1–12.

Kataoka S, Stein BD, Nadeem E, Wong M. Who Gets Care? Mental Health Service Use Following a School-Based Suicide Prevention Program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007;46 (10):1341-48.

Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL (2004), Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43:276-282

Kerr DC, Washburn JJ, Feingold A, et al. Sequelae of aggression in acutely suicidal adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2007; 35(5):817-30.

- Kessler RC, Borges G, Walters EE (1999), Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Study. *Arch Gen Psychiatry* 36:617–626
- Kienhorst, I.C., De Wilde, E.J., Diekstra, R.F., & Wolters, W.H. (1995). Adolescents' image of their suicide attempt. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 623–628.
- Kienhorst CWM, de Wilde EJ, Diekstra RFW, and Wolters WHG. (1992). Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85: 222-228.
- King CA, Hovey JD, Brand E, Wilson R, Ghaziuddin N (1997), Suicidal adolescents after hospitalization: parent and family impacts on treatment follow-through. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:85–93
- Kjelsberg E, Neegaard E, Dahl AA (1994), Suicide in adolescent psychiatric inpatients: Incidence and predictive factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89:235-241
- Klomek AB, Marrocco F, Kleinman et al. Peer victimization, depression, and suicidality in adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38(2): 166-80.
- Klomek, AB, Stanley B. Psychosocial treatment of depression and suicidality in adolescents *CNS-Spectrums* 2007;12(2): 135-44.
- Kohn R, Levav I, Chang B, Halperin B, Zadka P. Epidemiology of youth suicide in Israel. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1537-42.
- Lazear, K., Roggenbaum, S., & Blase, K. (2003). *Youth suicide prevention school-based guide—Overview*. Tampa, FL: Department of Child and Family Studies, Division of State and Local Support, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida.
- Leaf PJ, Alegria M, Cohen P et al. (1996), Mental health service use in the community and schools: results from the four-community MECA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:889–897.
- Lester D. Islam and suicide. *Arch Suicide Res* 2006;10: 77-97.
- Levav I, Aisenberg E. The epidemiology of suicide in Israel: international and intranational comparisons. *Suicide Life Threat Behav* 1989;19:184-200.
- Levinson D, Haklai Z, Stein N, Gordon ES. Suicide attempts in Israel: Age by gender analysis of a National Emergency Departments Database. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2006;36: 97-102.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Baldwin CL (2001), Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:427–434
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., & Seeley, J.R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Science and Practice*, 3, 25–36.
- Linehan M, Camper P, Chiles J, Strosahl K, and Shearin E. (1987). Interpersonal problem-solving and parasuicide. *Cognitive Therapy Research*, 11: 1-12.

- Ludwig J, Marcotte DE. Anti-depressants, suicide, and drug regulation. *J Policy Anal Manage* 2005; 24(2):249-272.
- Luoma, J.B., Martin, C.E., & Pearson, J.L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159, 909–916.
- Mann J, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: A systemic review. *JAMA* 2005;294 (16): 2064-74.
- MannJJ, Currier D. A review of prospective studies of biologic predictors of suicidal behavior in mood disorders. *Archives of Suicide Research* 2007; 11:3–16.
- March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., et al. (2004). Fluoxetine, cognitivebehavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292, 807–820.
- Marttunen, M.J., Aro, H.M., Henriksson, M.M., & Lonnqvist, J.K. (1994b). Psychosocial stressors more common in adolescent suicides with alcohol abuse compared with depressive adolescent suicides. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 490–497.
- McDaniel JS, Purcell D, D’Augelli AR (2001), The relationship between sexual orientation and risk for suicide: research findings and future directions for research and prevention. *Suicide Life Threat Behav* 31(suppl):84–105
- Melhem NM, Brent DA, Ziegler M, et al. Familial pathways to early-onset suicidal behavior: familial and individual antecedents of suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2007; 164(9):1364-70.
- Miller AL, Rathus JH, Linehan MM, Wetzler S, Leigh E (1997), Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health* 3:78:86
- Miller AL, Wyman SE, Huppert JD, Glassman SL, Rathus JH (2000), Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice* 7:183-187
- Miller JW, Naimi TS, Brewer RD. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students *Pediatrics* 2007;119: 76-85.
- Miranda R, Scott M, Hicks R, Wilcox H, Harris M, Jimmie, L Shaffer D. Suicide Attempt Characteristics, Diagnoses, and Future Attempts: Comparing Multiple Attempters to Single Attempters and Ideators. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 47(1):32-40, 2008
- Morad M, Merrick E, Schwarz A, Merrick J. Suicide behavior among Arab adolescents. In: Merrick J, Zalsman G, editors. *Suicidal Behavior in Adolescence: An International Perspective*. London: Freund Publishing House, 2005. p. 309-15.

- Mufson L, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R (1999), Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry* 56:573-579
- Offer D, Howard KI, Schonert KA, Ostrov E (1991). To whom do adolescents turn for help? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30:623–630.
- Olfson M, Shaffer D, Marcus SC and Greenberg T. (2003). Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 60: 978-982.
- Orbach I, Bar-Joseph H. The impact of a suicide prevention program for adolescents on suicidal tendencies, hopelessness, ego identity, and coping. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23(2):120-129.
- Peña JB, Caine ED. Screening as an approach for adolescent suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav* 2006; 36:614–637.
- Phillips, M.R., Liu, H., & Zhang, Y. (1999). Suicide and social change in China. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23, 25–50.
- Pilowsky, D.J., Wu, L.T., & Anthony, J.C. (1999). Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1545–1549.
- Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, et al. Suicide in anorexia nervosa: a meta-analysis. *Int J Eating Disord* 2004;36: 99 –103.
- Portzky G, van Heeringen K. Suicide prevention in adolescents: a controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program, *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47: 910–18.
- Posner K, Oquendo MA, Gould M, et al. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry* 2007;164(7):1035-43.
- Quinnett, P. QPR Gatekeeper Training for Suicide Prevention: The Rationale, Theory and Early Results. Unpublished manuscript.
- Rodgers PL, Sudak HS, Silverman MM, Litts DA. Evidence-Based Practices Project for suicide prevention, *Suicide and Life Threatening Behavior* 2007; 37(2): 154-64.
- Rickwood DJ, Braithwaite VA (1994). Social psychological factors affecting Help-seeking for emotional problems. *Soc Sci Med* 39:563–572.
- Russell ST, Joyner K (2001), Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *Am J Public Health* 91:1276–1281

Ryan, N.D., Puig-Antich, J., Ambrosini, P., Rabinovich, H., Robinson, D., Nelson, B., et al. (1987). The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 44, 854–861.

Schaffer M, Jeglic EL, Stanley B. The relationship between suicidal behavior, ideation, and binge drinking among college students. *Arch Suicide Res* 2008;12(2): 124-32.

Schmidtke A, Schaller S (2000), The role of mass media in suicide prevention. In: *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Hawton K, van Heeringen K, eds. New York: Wiley, pp 675–698

Schonert-Reichl KA (2003), Adolescent help-seeking behaviors. *Prev Res*, 10: 1–5.

Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., et al. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339–348.

Shaffer D, Hicks R (1994), Suicide. In: *The Epidemiology of Childhood Disorders*, Pless IB, ed. New York: Oxford University Press, pp 339–365

Stack S (2000), Media impacts on suicide: a quantitative review of 293 findings. *Soc Sci Q* 81:956–971

U.S. Food and Drug Administration (2003), FDA issues public health advisory entitled: Reports of suicidality in pediatric patients being treated with antidepressant medications for major depressive disorder (MDD). (www.fda.gov/bbs/topics/answers/2003/ans01256.html).

Wintersteen MB, Diamond GS, Fein JA. Screening for suicide risk in the pediatric emergency and acute care setting. *Current opinion in pediatrics* 2007;19(4): 398–404.

Woodward, & Horwood, 2000

World Health Organization. (2002). Suicide rates and absolute numbers of suicide by country (2002). Available online: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/ (accessed April 7, 2005).

Wyman PA, Brown C, Hendricks I. Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008; 76(1): 104-15.

Zenere FJ, Lazarus PJ (1997), The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. *Suicide Life Threat Behav* 27:387–403