אובדנות בקרב בני נוער

הגדרה

התנהגות אובדנית כוללת מגוון רחב של התנהגויות: חשיבה אובדנית, איומים באובדנות, פגיעה עצמית מכוונת, נסיונות קלים, נסיונות שנקטעו באיבם, נסיונות חמורים והתאבדות ממשית. קיים ויכוח בספרות המקצועית לגבי השאלה, האם מדובר ברצף התנהגויות או התנהגויות מובחנות זו מזו במאפייניהן? (Apter et al., 2008). המצדדים בגישת הרצף טוענים כי התאבדות היא תהליך אשר מתחיל במחשבות אובדניות, איומים אובדניים, מחוות אובדניות, פגיעות עצמיות, ניסיונות התאבדות שאינם צולחים ובסופו של התהליך התאבדות בפועל (Lewinson, Rhode & Seeley, 1996). על פי גישה זו, אנשים המבצעים ניסיון אובדני אינם שונים באופן משמעותי מאנשים החושבים באופן רציני על התאבדות, ומדובר בהבדלים כמותיים של דרגת חומרה. המצדדים בגישה המבחינה סוברים כי קיימת הבחנה בין אנשים המבצעים ניסיונות פגיעה עצמית ללא כוונה מוות לבין אנשים המתאבדים בפועל. על פי גישה זו מדובר בהבדל איכותי בין שתי הקבוצות הבא לידי ביטוי בהתנהגויות שונות, במניעים שונים ובמבנה אישיות שונה (Lewinson et al, 1996; Shneidman,1985). אנשים הפוגעים בעצמם נוטים להיות אימפולסיביים, תלותיים, רעשנים ומניפולטיביים ומשתמשים באמצעים לא קטלניים כאשר המטרה היא להפיג כאב וליצור שינוי בעקבות ההתייחסות למעשה. זוהי למעשה קריאה לעזרה בשל מצוקה. האנשים המתאבדים בפועל נוטים להיות דיכאוניים אשר אינם רואים פתרון אחר לכאבם מלבד הפסקת החיים. הניסיון האובדני עבורם יהיה מכוון למוות ונעשה באמצעים קטלניים.

מה מספרים המספרים?...

נתונים מן העולם מצביעים על כך שבכל רגע נתון 15% עד 25% מבני הנוער חושבים על אובדנות. המחשבות נעות החל ממחשבה על המוות וחשיבה פאסיבית וכלה בחשיבה אובדנית ספציפית עם כוונה ותוכנית (Grunbaum et al., 2004).

בישראל, התאבדות היא סיבת המוות השנייה בקרב בנים בגילאי 15 עד 24 שנה (לאחר תאונות דרכים) וסיבת המוות השלישית בקרב בנות.

בשנת 2004, שיעור הבנים בגילאי 15 עד 24 שנה המתאבדים עמד על 11.9 לכל 100,000 ושיעור הבנות המתאבדות עמד על 2.0 לכל 100,000 באותם הגילאים (משרד הבריאות 2005, 2008).

בין השנים 1996-2000 נרשמו 3,600 פניות אל חדרי המיון, עקב נסיונות אובדניים. כשליש מן הפונים הם מתבגרים. אין בארץ מידע לגבי נסיונות אובדניים אשר אינם מסתיימים באשפוז, אולם על פי מחקרים וסקרים מן העולם, שיעור הנסיונות האובדניים הוא גבוה הרבה יותר. על כל נסיון התאבדות המגיע לאשפוז, יש כשבעה נסיונות אשר אינם מגיעים לאשפוז ואינם מדווחים.

ב- 90% מן הנסיונות האובדניים של בני נוער נעשה שימוש יתר בתרופות (הרעלה) (Lancu et al., 1999; Gofin et al., 2000; Farbstein et al., 2002; Ashkar et al., 2006).

<u>הבדלים בין המינים</u>

מן הספרות המחקרית עולה כי בנות נוטות יותר למחשבות אובדניות ולניסיונות התאבדות בהשוואה לבנים, בשיעור של פי שניים עד שלושה (אפטר ופרוידנשטיין, 2001; King, 2004), אולם נסיונותיהם של הבנים נוטים יותר בהשוואה לנסיונות הבנות מסתיימים במוות. King (2004) טוען לשיעורים של 83% לעומת 17% בהתאמה, ואילו Flors (2004) מדווח כי שיעור התמותה בקרב בנים הם פי שלושה אצל בנים בהשוואה לבנות).

גם שיטת ההתאבדות נמצאה שונה בין בנים לבין בנות בהתאם לנגישות נבדלת לאמצעים קטלניים ולתהליך סוציאליזציה תלוי מגדר: בעוד שבנות נטו להרעלה עצמית בגלל חוסר נגישות לנשק וגינוי תרבותי של אלימות אצל בנות, הרי שבנים נטו לשיטות מסוכנות ואלימות יותר של פציעה עצמית, כמו תלייה, חנק, ירי (Hawton,1986).

ישנה גישה שהנטייה להתאבדות היא מחלה. זוהי מחלה בלתי תלויה העשויה להתקיים בד בבד, אך גם בנפרד ממחלות כמו דיכאון, סכיזופרניה וכו'.

התנהגות אנטי חברתית ורמות גבוהות של חרדה עשויים לנבא התאבדות.
ציורי דמות אדם במידה מסוימת.
קרובי משפחה מדרגה ראשונה של אנשים בעלי היסטוריה של ניסיונות התאבדות נמצאו בסיכון גבוה יותר.
גורמי סיכון עיקריים להתאבדות היו ניסיונות התאבדות קודמים ותחושת חוסר אונים.
גורמי סיכון עיקריים להתנהגות אובדנית, שלא תמיד מתממשת כוללים היסטוריה משפחתית של התאבדויות וסוגים שונים של הפרעות נפשיות חמורות.

אפשר להניח כי גם אם קיים בקרב אדם מסוים פוטנציאל אובדני פיזיולוגי, נדרש גם מצב נפשי, שבירות מסוימת ונטיית הנפש לכיוון האובדן – כדי להביא פוטנציאל זה לידי מימוש.

<u>עמדות החברה:</u>

ההתאבדות מפחידה, היא מעמתת אותנו עם המוות ועם המחשבות עליו – "קרבת המוות".
ההתאבדות עדיין נתפסת כ"מדבקת", משהו שאסור לגעת בו (כמו שלמחלת הסרטן היו קוראים "המחלה"), כאילו הזכרת המילה עצמה מגבירה את הסיכון לחלות. ההתאבדות היא מעין "טאבו", נושא שקרבתו לחברת אנשים אסורה ואולי הוא אף מהווה סיכון של ממש.
ישנה סטיגמה על המתאבד והיום בעיקר על משפחתו – קרובי המשפחה סובלים פעמיים, הן מן האובדן ומהאבל, והן מהמחיר החברתי שעליהם לשלם.
החברה שופטת, ומטילה על בני המשפחה תווית שלילית – סטיגמה שכוללת בושה, האשמה, השפלה והתעלמות.
אנשים שהתאבדו נחשבו למשוגעים, או לכל הפחות כלוקים בקושי נפשי חמור.
בהדרגה החלה החברה לקבל את ההתאבדות כמוצא לגיטימי, לפחות בחלק מהנסיבות, כגון מחלה סופנית, אולם היא עדיין נתפסת כמעשה "לא נורמלי" וכצורת מוות הנחשבת שלילית.
ע"פ היהדות התאבדות נתפסה כמעין רצח – החובה על שמירת החיים ובכלל זה שמירת האדם על חייו שלו היא אחת מן החובות המרכזיות ביהדות.
שלילת זכויות המתאבד בעולם הבא נמנעת ע"י שטוענים שבזמן המעשה האדם היה לא שפוי או שהוא התחרט.
קבורה מעבר לגדר – כנ"ל.
תהליך אבל שונה ואף מביך - במקרה של התאבדות אין קודים מוכרים שמדריכים את האנשים כיצד לנהוג – האם להזכיר את המת ואת נסיבות מותו, האם אפשר להגיד את המילה המפורשת וכו'.

<u>שאירי ההתאבדות:</u>
השפעת ההתאבדות על השארים עלולה להתבטא בהכחשת האירוע, שקרים לגבי נסיבות המוות, רגשי אשמה בשל האירוע וכעס על המתאבד. מצד אחר, עשויים לבא לידי ביטוי הזדהות עם המתאבד, דיכאון, חיפוש אחר משמעות ההתאבדות ותהליך אבל בלתי שלם.
המתאבד ממשיך להתקיים בצורה עזה בעולמם של השארים ומותיר את "השלד הפסיכולוגי" שלו בתוכם.
החברה משדרת אל קרוב המשפחה מסר גלוי או סמוי, מילולי או בלתי מילולי, כי לא שהיה ביכולתם למנוע את ההתאבדות אלא, אולי אף חמור מכך, שיתכן שמשהו

בהתנהגותם גרם לה או האיץ אותה. קרובי המשפחה נוטים להפנים את העמדות השליליות של החברה כלפי מעשה ההתאבדות עצמו.
פריצ'ארד: הרגש העיקרי שמשפחה חשה הינו תחושת דחייה – שהמתאבד לא אהב מספיק את בני משפחתו על מנת לרצות להישאר בחיים, ושבהתאבדותו הוא משדר למשפחה מסר של דחייה. לדעתו, האשמת המשפחה היא הדרך הקלה של הגורמים בקהילה ואפילו של אנשי מקצוע וגורמים טיפוליים להתנער מהאחריות על כך שהם לא זיהו את הסימנים המוקדמים.

לבן המשפחה יש רגשות אשמה על כך שעשה או שלא עשה משהו שגרם להתאבדות.
בני זוג המתאבד נמצאים אף הם במצוקה, אך אין להם לגיטימציה לבטא את קשייהם.
בן הזוג חש דחוי, כועס ואשם בו זמנית.
לעיתים סיפור ההתאבדות נמשך כסוד במשפחה על פני דורות. ההסתרה ברוב המקרים היא טוטאלית וכוללת את כל קיומו של המאבד ולא רק את עצם קיומו. זה מעביר לילדים מסר שקרה כאן משהו כ"כ נורא שלא מדברים עליו אפילו בבית ומכאן שצריך להתבייש בו.
קיין מצא שבקרב שארי ההתאבדות ישנו צורך פסיכולוגי להצליח ובכך להוכיח להורה שטעה כשבחר לא לחיות ולא לראות את ילדו גדל. זהו גם ביטוי לצורך קיומי של הילד להשיג מחדש את תחושת השליטה על חייו.
ההצלחה וההגעה להישגים מהווה אבן בוחן להתגברותם על השפעתה של ההתאבדות על חייהם.
התאבדות ההורה גורמת לילד לתחושה שההורה כשל בתפקידו וכן לקחת תפקידים הוריים בלית ברירה, לעיתים עוד כשנמצא בחיים. ההתאבדות משפיעה על מודל ההורות של הילדים הנותרים.
אחים למתאבד צריכים להתמודד בעיקר עם הסטת תשומת הלב של ההורים אל האח הסובל, חרדותיו ודיכאונותיו, ואחרי מותו עם האבל שלהם עליו, שלעולם לא יסתיים, שגם הוא מסיט את אחיו הצידה במערך המשפחתי.

<u>הפן הישראלי:</u> מיתוס מצדה וגמלא, אורי אילן, ברזני, הקפיצה על הרימון ועוד.
"עדיף שהיה מת במלחמה" – התמודדות עם שכול כתוצאה מהתאבדות וההשוואה לנפילה בזמן מלחמה, תחושת השייכות ל"משפחת השכול", היררכיה בסוג המוות.

<u>מאפיינים דינאמיים של המשפחה האובדנית</u>

1. <u>ספרציה</u>. ישנו קושי בהתמודדות עם ספרציה עקב היסטוריה של אובדנים רבים, שיצרו רגישות לאובדן או פרידה.
פרויד טוען שהתינוק בד"כ, אינו מבחין בין היעדרות זמנית לבין היעדרות סופית של אימו ותופס את היעדרותה כמוות. לוקח זמן וחזרות מרובות של האם עד שהתינוק קולט שההיעדרות אינה בהכרח היעדרות מוחלטת, אך כבר בשלב זה של ההתפתחות נוצר אצלו חיבור בין מושג הספרציה למוות.
בדינאמיקה של החשיבה האובדנית יש משהו שמחבר ספרציה עם מושג של מוות. כאשר אדם אהוב או משמעותי אינו נגיש באופן זמני, פיזית או רגשית, זה מתפרש שאדם משמעותי לא-נגיש באופן סופי.
במשפחה האובדנית הצורך בספרציה מעלה חרדה גדולה ועל כן רצון להישאר במשפחה. מצד שני, קיימים כוחות גדולים מאד הדוחפים לספרציה. נוצר קונפליקט פנימי בין הדחף ההתפתחותי, נורמטיבי לצאת, ובין הלחץ המשפחתי שלו להיפרד.
2. בד"כ ישנו חבר אחד במשפחה הנושא את האקט האובדני ומתקשה בספרציה, הוא "הנבחר" אשר "קולט" את חרדת הספרציה. לרוב, זה מישהו שמזכיר בצורה

מסוימת (חיצונית או בתכונות) אדם אהוב שמת. ובכך שנושא על עצמו את חרדת הספרציה הוא משחרר ילדים/בני משפחה אחרים מגורל דומה.

3. סימביוזה. היחסים בילדות המוקדמת הינם סמביוטים ולכן השפעת הספרציה בשלב זה הינה קריטית.
עקב סימביוזה בין הפרטים האובדניים להוריהם התגובות לספרציה הן קיצוניות ועקב האופי הסימביוטי של היחסים מתמוטטת האמפטיה, והפרט נותר בבדידותו.

4. חשיבות הקשרים המוקדמים. כאשר קשרים ראשוניים ניתקים (מוות, פרידה) הפרט מנציח את אהוביו הראשוניים על-חשבון יחסים בוגרים וצמיחה אישית.

5. הכישלון להתאבל. כדי שהפרט ינתק רגשית מקשרים מוקדמים שאבדו, עליו להתאבל עליהם. אך במשפחות עם חרדת ספרציה אי אפשר לשאת אובדן ומוות, לכן יש הכחשה של המוות ואין עיבוד האבל.

איפיונים תקשורתיים של המשפחה האובדנית:

6. הסגירות של המשפחה האובדנית. המשפחה מגנה על עצמה מפני חרדת הספרציה (שינוי, התפתחות וכו') ע"י סגירת המערכת המשפחתית באמצעות "חוק הנאמנות". ועל כן יש צורך בפאסדה. חוק הנאמנות מגדיר כל ספרציה הכי קטנה כבגידה.
כאשר מגיעים לגיל ההתבגרות, כשכוחות הספרציה גדלים, המסרים מההורים על הצורך בנאמנות כלפי המשפחה גדלים, והילדים מצויים בתוך קונפליקט גדול ומתבגרים עלולים לפתור קונפליקט זה בניסיון אובדני. זו אחד הסיבות שבגיל ההתבגרות יש את אחוז האובדות הגבוה ביותר ולאחריהם אצל מבוגרים צעירים. על כן בטיפול עם משפחות אובדניות לא דוחפים לשינוי, אלא מאפשרים למשפחה להתייצב, לא מעודדים לפרידה.

7. לפני שהמשפחה מוכנה לזה. כיוון שבטיפול אנו עובדים על ספרציה ודחיפה לשינוי, הדבר מעלה את חרדת הספרציה בקרב המשפחה האובדנית ויש סכנה שהמשפחה תנשור מטיפול ואנו נעודד ניסיון אובדני נוסף. על כן קשה להביא משפחה אובדנית לטיפול. והזמן הכי טוב להפניה לטיפול באופן פרדוקסלי הינו בסמוך לאירוע האובדני, אז לרוב קיים תהליך בו המשפחה האובדנית פותחת מעט את חומת הסגירות. חוק הנאמנות/סגירות במשפחה אובדנית הוא מאד חריף. העומס על המטפל בעבודה עם משפחה אובדנית מאד גדול ולכן מנסים לעבוד בקבוצת מטפלים.

8. התקשורת האובדנית. מאופיינת בקומוניקציות שמעודדות מתח, חרדת עזיבה, זעם, שאיפות מוות, חוסר תקווה וייאוש. לדוגמא: מסרים תוקפניים כגון "נראה אותך עושה את זה...", "תבחר עץ גבוה יותר...". כעסים על ביטוי רגשי. ישנו פער בין מסר מילוי לשאינו מילולי: התעלמות מהתנהגות פסוידו-אובדנית, הרסנית. קיימת סודיות ואקסקלוסיביות בקשרי המשפחה: "יש לנו קשר נהדר, במיוחד בין שנינו, אני לאיכול לעשות לה את זה". ישנו דפוס של תקשורת רגשית עקיפה ולא ישירה.

9. אינטראקציות פתולוגיות. Double Bind ו- Scapegoating (שעיר לעזעל).

יש לפחות 4 תנאים הכרחיים להתפתחות של אובדנות:

1. ריקון המאגרים של ה- SELF.
2. ריקון המאגרים של המשפחה.
3. מצב של לחץ בלתי-נסבך בהווה.
4. תפיסת ההתאבדות כפתרון אפשרי.

מהי התנהגות אובדנית?

- **ניסיון אובדני בפועל** - מעשה של פגיעה עצמית פוטנציאלי עם לפחות רצון מסוים למות כתוצאה מהמעשה. הכוונה אינה חייבת להיות 100%, אם יש **איזה שהיא** כוונה/רצון למות הקשורה במעשה אפשר לראות זאת כניסיון אובדני ממשי. **לא חייבת להיות כל פגיעה או נזק**, רק האפשרות לפגיעה או נזק
- **ניסיון אובדני שסוכל** ע"י נסיבות חיצוניות
- **ניסיון אובדני שנזנח** ע"י האדם עצמו
- **מעשים או התנהגויות מקדימות** - כל דבר שהוא מעבר למחשבה או דיבור, כמו למשל להיערך עם אמצעי ספציפי להתאבדות (רכישת כדורים) או התארגנות לקראת התאבדות (חלוקת דברים, כתיבת מכתב).

חשוב לדעת:

- אפשר למנוע התאבדויות
- מרבית המתבגרים האובדניים רוצים לחיות, אך קשה להם ואינם רואים שום מוצא ממצבם.
- המשבר האובדני בד"כ נמשך זמן מוגבל.
- מניעת התאבדות הנה עניין של הכלל -כל אחד יכול לעזור ולמנוע את טרגדיית ההתאבדות.
- מתבגרים שמדברים על התאבדות או עשו ניסיון אובדני קודם הם בסיכון להתאבדות.
- רוב האנשים האובדניים מתקשרים על כוונותיהם מתישהו במהלך השבוע הקודם לניסיון ההתאבדות.
- לשאול על אובדנות לא מגביר סיכון. ההיפך הוא הנכון, תשאול נער/ה על כוונת ההתאבדות מפחית מצוקה (Gould et al., 2005) ועשוי לפתוח בפניו אופציות חדשות להתמודדות עם מצוקותיו.
- מתבגרים בדרך כלל מאוד ישירים. ברגע שאתה שואל אותם על הנושא, הם יטו לשתף ברמה זו או אחרת.

גורמי סיכון להתאבדות:

1. **שינויים חברתיים** כגון אלה שהתרחשו בשלושת העשורים האחרונים:
   - עלייה בשיעור האבטלה ובממדי העוני;
   - עלייה בשיעור הגירושין;
   - ההשפעה החברתית של מגפת האיידס;
   - התרחבות השימוש באלכוהול ובסמים.

2. **נגישות האמצעים להתאבדות** – כגון כדורי שינה, מכוניות ואקדחים. בליעת כדורים היא הדרך השכיחה ביותר של ניסיונות התאבדות בקרב בני נוער. יש תרופות שאפשר להשיג בקלות בלי מרשם רופא ולקיחת מינון יתר שלהן עלולה לגרום מוות.

3. **הפרעות פסיכיאטריות** – הפרעות אפקטיביות, ובעיקר דיכאון קליני, שכיחים בקרב בני נוער יותר מכפי שהיה נהוג לחשוב עד שנות ה-70. כיום ידוע כי כ-20% מהפרעות הדיכאון הדו-קוטביות (מאניה-דיפרסיה) מתחילות בגיל הנעורים, ולפחות 20% מכלל בני הנוער הסובלים מהן מנסים להתאבד. לפי פרופ' אלן אפטר, **כ-50% מכלל המתבגרים האובדניים סובלים מהפרעה דיכאונית**, ונפוצות בקרבם גם **הפרעות אישיות**, ובעיקר **הפרעת אישיות גבולית**. חלק מהחוקרים משערים שקיימת **"מחלת אובדנות"** – נטייה גנטית לאובדנות, שאינה קשורה להפרעות פסיכיאטריות אחרות. יש לציין שאצל בני נוער גורם ההפרעה הפסיכיאטרית דומיננטי פחות מאצל מבוגרים.

4. **הפרעות אכילה, ובעיקר אנורקסיה** – ההרעבה העצמית הקיצונית המאפיינת את האנורקסיה יכולה להיחשב התנהגות אובדנית.

5. חוויה כי בעיות החיים אינן ברות פתרון.

6. **דינאמיקה משפחתית "לא בריאה"**. דינאמיקה לא בריאה עשויה לאפיין משפחה סימביוטית, שבה ההורים רואים את ילדיהם כחלק בלתי נפרד מהם; משפחה מרובת בעיות (בעיות אלכוהול, סמים, התעללות פיזית ומינית) או משפחה הדוחה את הילד (משדרת לו שהוא בלתי רצוי). לדעת פרופ' אור-בך, שלושת הדפוסים הללו עלולים להוביל מתבגרים להתנהגות אובדנית.

7. **התרחבות השימוש באינטרנט** – באינטרנט מתפרסמים מעשי התאבדות ויש אתרים שנותנים להתאבדות לגיטימציה ואף מציעים שיטות התאבדות, וכן פורומים וחדרי צ'ט שבהם מעודדים את המהססים להתאבד.

8. **משבר בזהות המינית** – בגיל ההתבגרות עלול משבר כזה להיות קשה ביותר בעבור מתבגר המרגיש שהוא שונה ואינו יודע או מפחד לדעת במה הוא שונה (תופעה זו אופיינית לבנים). ידוע על שיעור גבוה של התאבדויות בקרב הומוסקסואלים, **בפרט מתבגרים ובוגרים צעירים**. שיעור ניסיונות ההתאבדות בקרב הומוסקסואלים גבוה פי-שניים עד פי-שלושה משיעור הניסיונות בכלל האוכלוסייה.

9. **התעללות מינית** (בעיקר בקרב מתבגרות) או היסטוריה של ניצול פיזי או מיני בילדות.

10. נסיבות ואירועים טראומטיים, למשל מות אדם קרוב, משבר ביחסים עם בני זוג, סכסוכים עם חברים, פרידה, הסתבכות בפלילים, בעיות במקום העבודה, הריון לא רצוי, הפלה או מחלה גופנית קשה.

11. **קשיים בפתרון בעיות** – לחצים בתוך קבוצת בני הגיל (למשל חוסר קבלה חברתית), כישלון בלימודים, לחץ בחינות בבית-הספר וכדומה.

12. **"הדבקה"** – לעתים יש גל של התאבדויות וניסיונות התאבדות בעקבות התאבדות בקהילה או דיווחים בתקשורת על התאבדות (בעיקר של אדם מפורסם שנחשב סמל בעבור רבים). הרומן **"ייסורי ורתר הצעיר"** מאת גיתה, שגיבורו התאבד בשל אהבה נכזבת, גרם לגל התאבדויות של צעירים בגרמניה בשלהי המאה ה-18. הורה שמנסה להתאבד משמש מודל חיקוי לילד. בכמה מחקרים נמצא שסרטים ותוכניות טלוויזיה משפיעים על שיעור ניסיונות ההתאבדות.

<u>ניתן למנות מספר מאפיינים אשר שילובם מהווה סימן אזהרה משמעותי לאובדנות אצל הפרט (אור-בך, 2008):</u>

- עיסוק בנושא המוות, דיבור התאבדות, על המוות ועל כך שאין סיבה לחיות
- הימנעות ממפגש עם חברים או השתתפות בפעילויות חברתית
- חוויות של אובדן, במיוחד אובדן של יחסים, או איום מאובדן משמעותי קרב.
- שינויים דרסטיים בהתנהגות, שינוי בדפוסי שינה, תיאבון או משקל
- איבוד עניין בתחביבים, בעבודה בבית הספר וכו'
- נתינת דברים מיוחדים או יקרים לאנשים קרובים
- היסטוריה של ניסיונות אובדניים בעבר
- לקיחת סיכונים מיותרים , פזיזות ואימפולסיביות, ותחושות של חוסר שליטה
- איבוד עניין בהופעה חיצונית
- שתייה מופרזת של אלכוהול או צריכת סמים מוגברת
- ביטוי של חוסר תקווה
- אובדן אנרגיה כללי, וירידה ביכולת התפקוד.
- התרחקות ממוקדי עזרה אפשריים וסירוב לקבל סיוע

<u>חלק ניכר מההצהרות הבאות נמסרו על ידי אנשים אשר בסופו של דבר התאבדו:</u>

א. **רמזים מילוליים ישירים:**
"החלטתי להרוג את עצמי"
"הלוואי שהייתי מת"
"אני הולך להתאבד"
"אני הולך לשים סוף להכל"
"אם X (לא) יקרה, אני אהרוג את עצמי"
"אם לא אעבור את הבחינה"
"אם היא תעזוב אותי"

ב. **רמזים מילוליים עקיפים:**
" אני עייף מהחיים, אני פשוט לא יכול להמשיך יותר"
" למשפחה שלי יהיה יותר טוב בלעדי"
" למי בכלל אכפת אם אמות"

"אני לא יכול להמשיך יותר"
" אני רק רוצה את הסוף"
" אני לא אהיה בסביבה לעוד הרבה זמן"
"בקרוב מאד כבר לא תצטרכו לדאוג לי יותר"
"אני עייף מהכל"
" החיים לא שווים"
"זה היה טוב לפעמים, אבל כולנו חייבים להגיד שלום"
"אתה הולך להתחרט על איך שהתייחסת אלי"
"הנה, קח את זה (חפצים יקרי ערך) אני לא אצטרך אותם"
"אף אחד לא צריך אותי יותר"

ג. רמזים התנהגותיים:

- ביטויים התנהגותיים של דיכאון למשל ירידה בתפקוד, קשיי ריכוז, קשיים בשינה (קושי להירדם או שינה מוגזמת), בעיות אכילה (ירידה בתיאבון או אכילה מוגזמת).
- עייפות וחוסר אנרגיה
- התמכרות לסמים או אלכוהול
- כעס לא מוסבר, אגרסיביות וחוסר שקט
- שינויים בהתנהגות ובמצב הרוח
- קשיים ביחסים בינאישיים
- הסתגרות והימנעות מקשרים
- עניין או חוסר עניין פתאומי בדת
- עיסוק מרובה במוות, בחוסר הטעם שבחיים
- רכישת אקדח או אגירת כדורים
- מסירת כסף וחפצים יקרי ערך

<u>הבנת הנער האובדני:</u>

- לא יכול להפסיק את הכאב הנפשי
- לא יכול לחשוב בבהירות
- לא יכול לקבל החלטות
- לא רואה מוצא
- לא יכול לישון או לאכול
- לא מצליח להתגבר על עצבות או דיכאון
- לא רואה אפשרות לשינוי
- לא מצליח לשלוט במצב