

התנהגות אובדנית והאחריות הנזיקית



פרופ' גיל זלצמן

מנהל המרכז לבריאות הנפש גהה, כללית
ומנהל מחלקת יום לילדים ונוער

פרופ' מן המניין

ראש החוג לפסיכיאטריה, הפקולטה לרפואה
אוניברסיטת ת"א

ועמית מחקר קבוע, המחלקה לפסיכיאטריה, אוניברסיטת קולומביה ניו יורק

יו"ר המועצה הלאומית למניעת אובדנות

Past President, International Academy for Suicide Research
(IASR)

11/4/24 9:10-9:30 החברה לפסיכיאטריה משפטית



International Academy
of Suicide Research



משולחן מנהל בי"ח במרכז הארץ



מ. בת 17

- אשפוז ארוך במחלקת נוער
- הפרעת אישיות גבולית ללא פסיכוזה
- איומים תכופים ופגיעות עצמיות
- סירוב ההורים לקבלה בבית
- הערכת שופט נוער
- גניבת מפתח
- אלווהול
- קפיצה מבניין
- הכנסת כרטיס עובד כאקט שנתפס בבימ"ש כהודאה באשמה



נ. בת 15



- אשפוז מחלקת נוער
- נסיון אובדני על רקע "חזרה בשאלה"
- רקע פסיכוסוציאלי מורכב-בית חרדי
- סירובה לפגוש את ההורים
- קושי למצוא מסגרת
- התאבדות מתוזמנת בתליה
- תביעת המשפחה באיחור רב

נ. בן 45



- וטרינר
- הישגי ופרפקציוניסט
- עומס עבודה משמעותי
- חוסר שינה מצטבר
- דכאון עמיד ופסיכוטי
- הקבלן של הקבלן של הקבלן...
- תליה בחוט חשמל בחצר ביה"ח
- "שיבוב האחריות"
- טופס מחייב לקבלן בבי"ח

האם יכולנו לנבא?

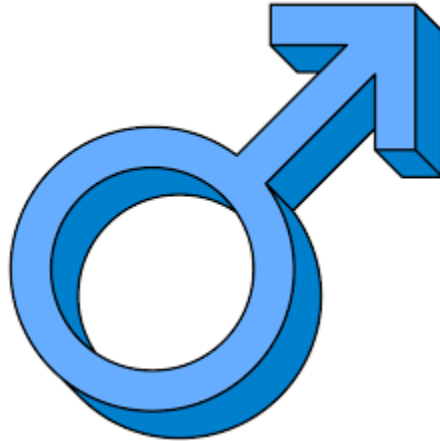
הערכת סיכון לעומת הערכת מסוכנות



Individual risk factors for suicide vulnerability



Mid-age
(47%)



Males
(X 3-5)



Over 75y
(highest rate)



Youth
(2nd cause)



Abused
Physical & Sexual



LGBT
(23% SA past year)

PSYCHIATRIC DISORDER IN ADOLESCENT SUICIDE

— PSYCHOLOGICAL - AUTOPSY STUDIES —

LOCATION	N	YEARS	%
Israel	43	mid-1980s	90%
*New York	120	1984–1986	90%
Finland	53	1987–1988	94%
*Pittsburgh	140	1984–1994	82%

From David Shaffer with Permission

Apter 1993, Shaffer 1996, Marttunen 1991, Brent 1999; *case-control studies

גורמי סיכון ברמת האוכלוסיה

- זכר פי 3-5
- פסיכופתולוגיה-90% מהמתאבדים
- נסיון אובדני קודם-גורם מנבא חזק
- חודש אחרי שחרור מאשפוז
- במחלקות-במקלחת
- ברמת האינדיבידואל לא ניתן לנבא:
אירוע נדיר וגורמי סיכון שכיחים



Suicide in psychiatric hospital in-patients

Risk factors and their predictive power

**JOHN POWELL, JOHN GEDDES, JONATHAN DEEKS, MICHAEL GOLDACRE
and KEITH HAWTON**

records of patients who died before 1988). Any deaths occurring more than a year after admission were excluded, as this group was not considered to be representative of acute psychiatric admissions. The death certificates and coroners' records were examined to determine the cases of suicide. We included as suicides, cases where the coroner's verdict was suicide, or undetermined cause (open verdict), in line with conventional practice (Blain & Donaldson, 1995). The causes of death were checked

Conclusions Although several factors were identified that were strongly associated with suicide, their clinical utility is limited by low sensitivity and specificity, combined with the rarity of suicide, even in this high-risk group.

אחריותו של הלקוי בנפשו

■ "ההרגשה הכללית היא כי בלתי צודק להעניש אדם שכוחות השליטה שלו הוחלשו החלשה רצינית ע"י מחלת נפש"

■ אגרנט: מנדלברוט נגד היועמ"ש ע"פ 118/53

האם יכולנו למנוע?

PubMed

Busch et al Ref 5

Format: Abstract

Full text links

[J Clin Psychiatry](#). 2003 Jan;64(1):14-9. J CLIN PSYCHIATRY
FULL TEXT ONLINE AT
PSYCHIATRIST.COM

Clinical correlates of inpatient suicide.

[Busch KA](#)¹, [Fawcett J](#), [Jacobs DG](#).

Author information

Abstract

BACKGROUND: Previous suicide assessment research has led to standard predictors of risk. Despite this, there are approximately 30,000 suicides per year in the United States, 5% to 6% of which occur in hospitals. The primary purpose of this study is to improve our ability to assess risk and intervene successfully.

METHOD: Charts from 76 patients who committed suicide while in the hospital, or immediately after discharge, were reviewed. The week before suicide was rated for both standard risk predictors and, using items from the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS), for presence and severity of symptoms found to be correlated with acute risk in recent studies.

RESULTS: Regarding standard predictors, only 49% (N = 37) had any prior suicide attempt and 25% (N = 19) were admitted for this reason. Thirty-nine percent (30/76) were admitted for suicidal ideation, but 78% denied suicidal ideation at their last communication about this; 46% (N = 35) showed no evidence of psychosis; of those on precautions (N = 45), 51% (N = 23) were on q 15 minute suicide checks or 1:1 observation; and 28% (N = 21) had a no-suicide contract in effect. On SADS ratings, 79% (N = 60) met criteria for severe or extreme anxiety and/or agitation.

CONCLUSION: Standard risk assessments and standard precautions used were of limited value in protecting this group from suicide. Adding severity of anxiety and agitation to our current assessments may help identify patients at acute risk and suggest effective treatment interventions. The importance of a matched comparison group to ascertain if this sample can be blindly discriminated from inpatients who do not commit suicide is clear.

Comment in

Preventing inpatient suicide. [J Clin Psychiatry. 2003]

Effectiveness of close watch precautions in suicidal patients. [J Clin Psychiatry. 2003]

Treatment of anxiety in suicidal patients. [J Clin Psychiatry. 2003]

Agitation and inpatient suicide. [J Clin Psychiatry. 2003]

PMID: 12590618

[Indexed for MEDLINE]

Publication types, MeSH terms, Substances

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12590618>

- מחקרים מראים שהשגחה על מאושפז אובדני עם בדיקת מצבו כל 15 דקות או 30 דקות (לפי הכללים הנהוגים בכל מדינה) ואף השגחה של אחד על אחד שהיא דרגת השמירה הגבוהה ביותר לא מונעים לחלוטין התאבדות. **במאמרם של Busch וחבריו הם בחנו 45 מקרי התאבדות בתוך מחלקה פסיכיאטרית. 71% מהמקרים שהתאבדו היו תחת השגחה ו-9% אף הצליחו להתאבד תחת השגחה צמודה מקסימלית של אחד על אחד.**

השגחה ושמירה לא תמיד מונעות התאבדות

Table 4. Precautions^a

Precaution	N	%
1:1 (or with staff)	4	9
Q 15 minutes (or seen within 15 minutes)	19	42
Q 30 minutes (or seen within 30 minutes)	9	20
No precautions ordered	13	29

^aData on precautions available for 45 patients.

Lancet Psychiatry 2016

Articles

Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review

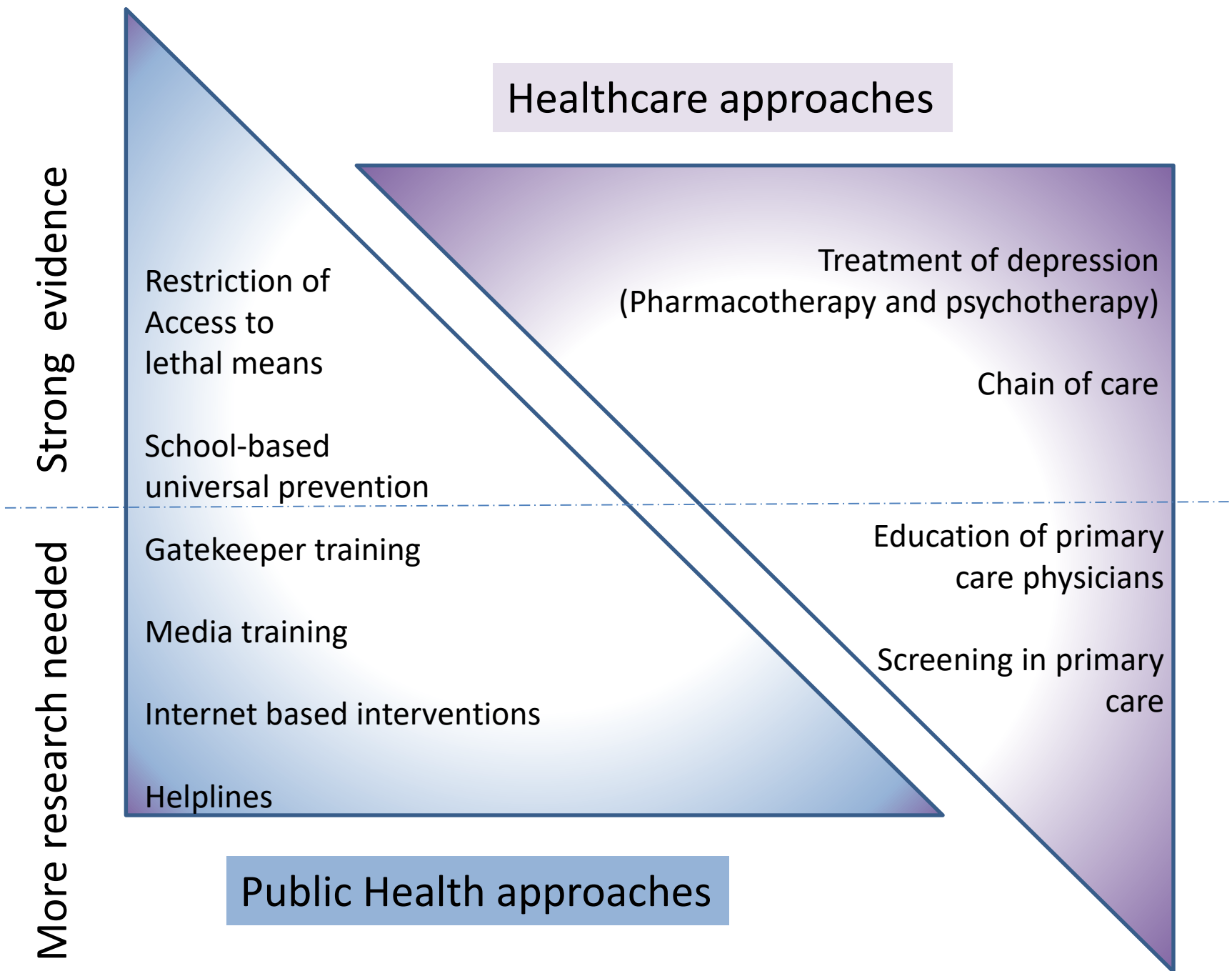


Gil Zalsman, Keith Hawton, Danuta Wasserman, Kees van Heeringen, Ella Arensman, Marco Sarchiapone, Vladimir Carlj, Cyril Höschl, Ran Barzilay, Judit Balazs, György Purebl, Jean Pierre Kahn, Pilar Alejandra Sáiz, Cendrine Bursztein Lipsicas, Julio Bobes, Doina Cozman, Ulrich Hegerl, Joseph Zohar

Summary

Background Many countries are developing suicide prevention strategies for which up-to-date, high-quality evidence is required. We present updated evidence for the effectiveness of suicide prevention interventions since 2005.

Lancet Psychiatry 2016
Published Online
June 8, 2016
[http://dx.doi.org/10.1016/S2058-1001\(16\)00001-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2058-1001(16)00001-0)



סביבה בטוחה

• המקום המסוכן ביותר

בבי"ח ובמעצר -

המקלחת!!!

• כל נקודת עגינה מסוכנת

Shepard Pratt Hospital, Baltimore, Maryland



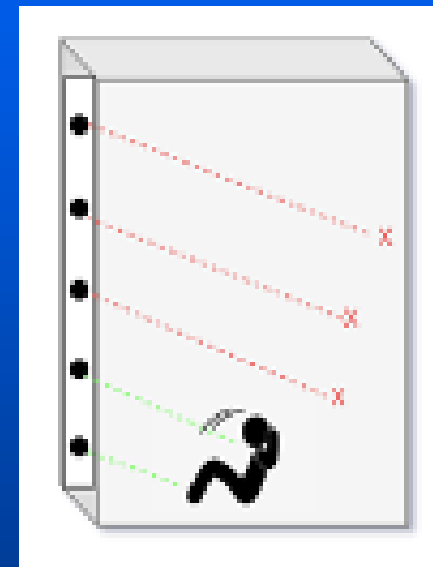
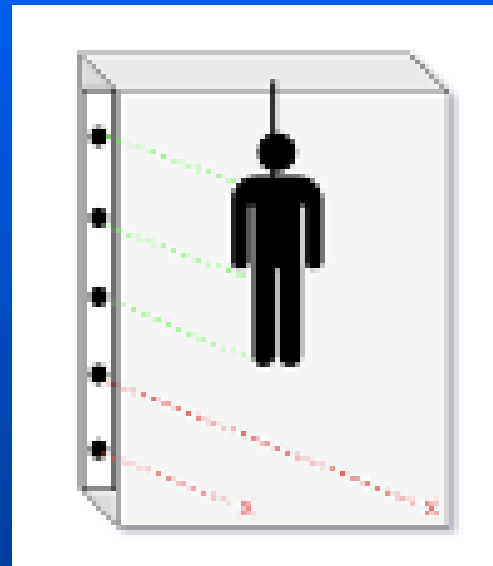


Safe shower at Geha MHC adolescent inpatient





The three positions and sensors



Less Guns=Less Suicides



**Safe Firearm Storage
Can Help Prevent Suicide**

VA



U.S. Department
of Veterans Affairs

ניירות עמדה עקרוניים

נייר העמדה הרישמי של המועצה הלאומית למניעת אובדנות



באתר משרד הבריאות- המועצה הלאומית למניעת אובדנות

נייר עמדה בנושא אובדנות

חברי הועדה לנייר עמדה:

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

נייר העמדה נסמך על:

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

הגדרות מוסכמות:

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

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

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

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

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

פגיעה עצמית מכוונת (פג"ע) = נקרא גם DSH=deliberate self-harm Para suicide, וב- DSM V תקרא non-

suicidal self-injury =NSSI פגיעה עצמית מכוונת ללא כל כוונה למות.

כוונה intent = משאלה סובייקטיבית שפגיעה עצמית תביא למוות.

סעיפי נייר העמדה

4.*. הערכת סיכון על ידי איש מקצוע מבריאות הנפש יעילה באיתור גורמי סיכון וגורמים מגינים וזיהוי מצבי משבר במקרה הבודד. הערכה כזו חשובה ביותר ומסייעת בקבלת החלטות לגבי המטופל היחיד בעיתוי מסוים. עם זאת, אף לא אחד מכלי האבחון וההערכה הקיימים כיום נמצא בעל תקפות מנבאת (predictive validity) להתאבדות בהמשך.

5.* נבדקים שכבר ביצעו ניסיון אובדני הינם בסיכון גבוה יותר להתאבדות, בנוכחות גורמי הסיכון הבאים או שילוב שלהם כגון: מגדר זכר, ניסיון אובדני קודם, הימשכות הכוונה האובדנית, חי לבד, הפרעה פסיכיאטרית אחת או יותר בשני הצירים, שימוש בסמים ואלכוהול, מצב אי שקט, אלימות, מצב פסיכוטי.

6.* התאבדות ניתנת למניעה בחלק מהמקרים. שני הגורמים שנמצאו יעילים באופן מובהק סטטיסטית למניעה ברמה לאומית בעולם הם: טיפול מוקדם בדכאון והגבלת נגישות לאמצעים קטלניים.

סעיפי נייר העמדה

9.* הפרעה נפשית, מאובחנת או שאובחנה
בדיעבד, מהווה גורם סיכון משמעותי מאד
להתאבדות.

סעיפי נייר העמדה

13*. על הקלינאי לפעול באופן סביר למניעת התאבדות בחולה האובדני. ברור שאין לראות בכל מעשה אובדני כמשקף כשל בזיהוי, בהערכה או בהתערבות טיפולית, על רקע תוצאותיו הקשות. במידה והקלינאי נקט בצעדים המקובלים שהיה נוקט מטפל סביר, בנסיבות דומות, יש לראות בכך פעולה מספקת. התאבדות החולה אינה בהכרח עדות לרשלנות או טעות רפואית, כפי שתמותה בניתוח או ממחלה, אינן בהכרח עדות לטיפול רשלני. חובת הקלינאי לנהל רשומה טיפולית הכוללת לכל הפחות (מלבד פרטי המטופל ומועדי המפגשים) את מהלך הטיפול, המידע הרלוונטי לטיפול שהתקבל מהמטופל ובכלל זה עברו הטיפולי, גורמי סיכון, גורמי תמך וכו'. רשומה מסודרת ומפורטת מסייעת לא רק לטיפול עצמו, אלא גם משמשת בדיעבד כלי חשוב להערכת איכות הטיפול שניתן.

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

15. השגחה היא חלק חשוב בטיפול בחולה אובדני פעיל.

סעיפי נייר העמדה

13*. על הקלינאי לפעול באופן סביר למניעת התאבדות בחולה האובדני. ברור שאין לראות בכל מעשה אובדני כמשקף כשל בזיהוי, בהערכה או בהתערבות טיפולית, על רקע תוצאותיו הקשות. במידה והקלינאי נקט בצעדים המקובלים שהיה נוקט מטפל סביר, בנסיבות דומות, יש לראות בכך פעולה מספקת. התאבדות החולה אינה בהכרח עדות לרשלנות או טעות רפואית, כפי שתמותה בניתוח או ממחלה, אינן בהכרח עדות לטיפול רשלני. חובת הקלינאי לנהל רשומה טיפולית הכוללת לכל הפחות (מלבד פרטי המטופל ומועדי המפגשים) את מהלך הטיפול, המידע הרלוונטי לטיפול שהתקבל מהמטופל ובכלל זה עברו הטיפולי, גורמי סיכון, גורמי תמך וכו'. רשומה מסודרת ומפורטת מסייעת לא רק לטיפול עצמו, אלא גם משמשת בדיעבד כלי חשוב להערכת איכות

סעיפי נייר העמדה

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

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

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

19*. שיתוף המשפחה ו/או הקרובים האחרים היא חשובה ביותר אולם היא מצריכה הסכמת המטופל. עם זאת, במקרה של סכנה אובדנית מיידית, אזהרת קרוביו של המטופל בדבר הסיכון הגדול לחיים עומדת מעל חובת הסודיות הרפואית ובלבד שישתכנע המטפל כי יש בדיווח למשפחה בכדי להפחית את הסכנה.

22*. כשנודע לאדם על סכנה אובדנית מיידית באדם אחר מן הראוי שיפעל באופן סביר למנוע את המעשה.

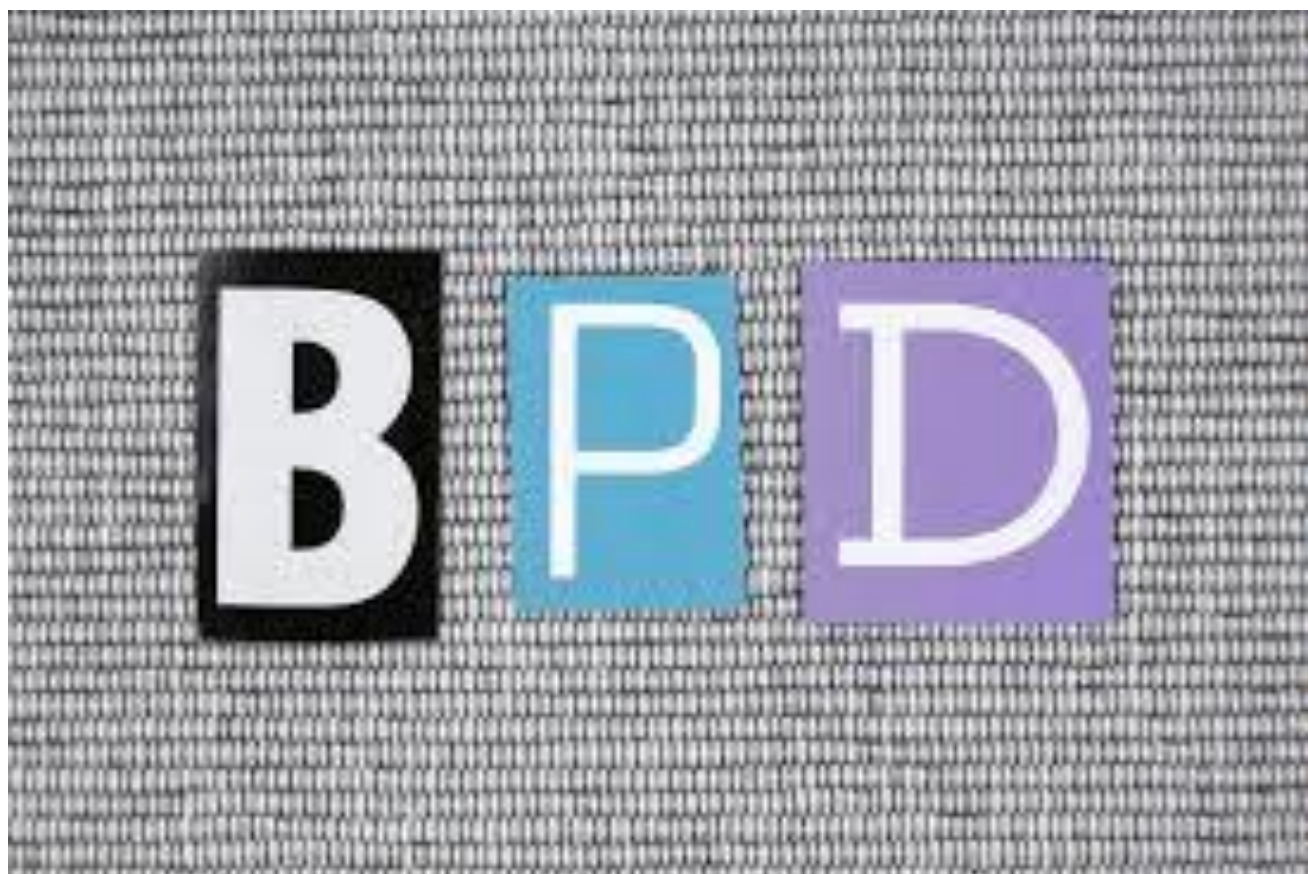




Table 3. Comparison of disability weights (DWs) for mental disorders used in the Australian burden of disease studies and the Global Burden of Disease study

Disease category	GBD DW ^a	Australian DW ^b	Comments on Australian DWs
Substance use disorders			
Alcohol dependence	0.18	0.07–0.18	Dutch weights (0.11–0.55)
Drug use	0.25		
Heroin dependence		0.27	Locally derived weights
Marijuana dependence		0.11	
Sedative dependence		0.18	
Stimulant dependence		0.11	
Anxiety disorders			Range of Dutch weights ^c
Panic disorder	0.15	0.21–0.27	0.11–0.69
Obsessive–compulsive disorder	0.12	0.20–0.28	0.17–0.60
Post-traumatic stress disorder	0.11	0.14–0.15	0.13–0.51
Agoraphobia		0.14–0.16	0.11–0.55
Social phobia		0.18–0.21	0.17–0.59
Generalized anxiety disorder		0.22–0.23	0.17–0.60
Affective disorders			Range of Dutch weights
Major depressive episodes	0.50	0.37–0.41	0.14–0.76
Dysthymia		0.33–0.38	
Bipolar disorder	0.51	0.18	Composite of locally derived weight for mania (0.50), Dutch moderate depression weight for depressive episodes (0.34) and Dutch mild depression weight for time between episodes (0.14)
Schizophrenia	0.41	0.43	Composite of 30% untreated and 70% treated GBD DWs
Borderline personality disorder		0.54	Locally derived weight
Eating disorders		0.28	Dutch weight
Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)		0.02–0.15	Dutch weights for mild and moderate ADHD
Autism		0.55	Dutch weight

^a Calculated from treated and untreated DWs together with proportion assumed treated. For further details on GBD weights see ref. 13.

^b DW range indicates variations by age and sex in distribution by severity level.

^c For further details, refer to Dutch disability weights study (21, 22).

Vos et al.,
The burden of mental disorders: a comparison of methods between the Australian burden of disease studies and the Global Burden of Disease study

WHO Bulletin

*A disability weight is a weight factor that reflects the severity of the disease on a scale from 0 (perfect health) to 1 (equivalent to death).

NSSI during adolescence predicts later Suicide Attempts (HR=2)

NSSI during both before and after 18 years old predicts earlier SA in mood disorder subjects

Suicide and
Life-Threatening
BEHAVIOR

THE OFFICIAL JOURNAL OF THE
AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY



Suicide and Life-Threatening Behavior
© 2017 The American Association of Suicidology
DOI: 10.1111/sltb.12331

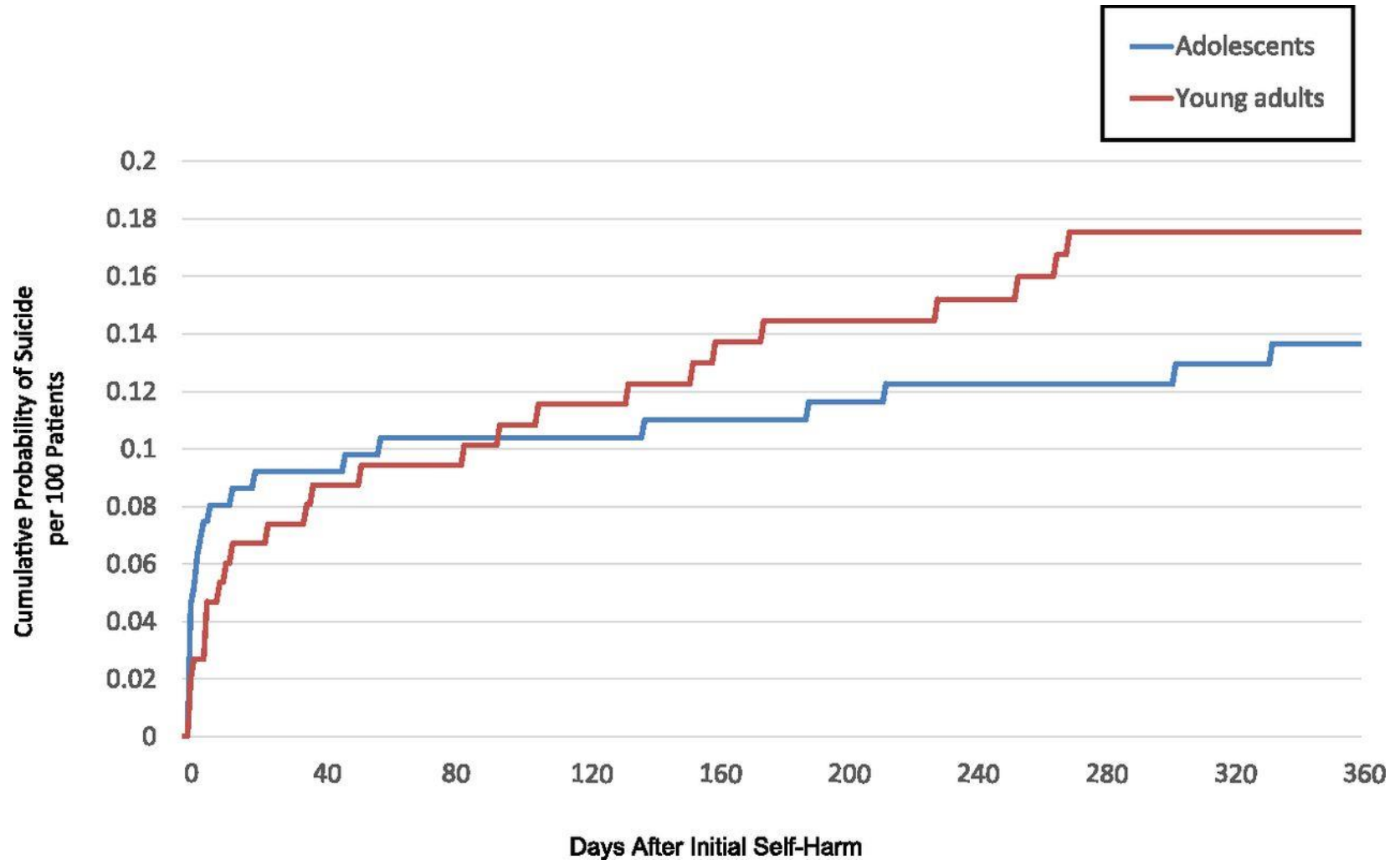
1

Nonsuicidal Self-Injury Is Predictive of Suicide Attempts Among Individuals with Mood Disorders

MEGAN S. CHESIN, PhD, HANGA GALFAY, PhD, CEMILE CEREN SONMEZ, MA,
AMANDA WONG, MA, MARIA A. OQUENDO, MD, J. JOHN MANN, MD, AND
BARBARA STANLEY, PhD



Cumulative probability of **suicide** during the 365 days after a self-harm event of adolescents and young adults.



Mark Olfson et al. Pediatrics 2018;141

נייר עמדה אובדנות בהפרעת אישיות גבולית 2022



נייר עמדה משותף של המועצה הלאומיות למניעת אובדנות והמועצה לבריאות הנפש:

אשפוז מטופלים הסובלים מהפרעת אישיות גבולית עם התנהגות של פגיעה עצמית

הננו מתכבדים להגיש נייר עמדה בנושא אשפוז אנשים הסובלים מהפרעת אישיות גבולית שגובש על ידי המועצות הלאומיות למניעת אובדנות בראשות פרופ' זלצמן, והמועצה לבריאות הנפש, בקדנציה הקודמת (בראשות פרופ' זאב קפלן) ובנוכחית (ד"ר פישל) בה עבר עדכון וסבב הערות נוסף.

6. קיימת הסכמה פה אחד כי המטופל.ת הסובל.ת מהפרעה זו אחראי.ת למעשיו, מבדיל.ה בין טוב לרע, יש לו.ה זכות לאוטונומיה ולא ניתן לטפל בו.ה בניגוד לרצונו.ה או באישפוז כפוי עפ"י החוק לטיפול בחולי נפש. לכל אדם גם אם הוא סובל מבעיה נפשית, כל עוד לא הוכח שהוא לא אחראי למעשיו, יש אחריות על חייו ומטפל, מיומן ככל שיהיה, אינו יכול לקחת אחריות על חייו במקום המטופל.
7. קיימת הסכמה גורפת בספרות ובדיונים המקצועיים שיש לעשות הכל ולהימנע מאשפוז מטופלים אלו שכן האשפוז אינו מועיל ואף מזיק ועלול להביא להוספיטליזציה, החמרת הסיכון לפגיעה העצמית, רגרסיה, חיקוי ההתנהגות ע"י מאושפזים אחרים ("הדבקה") ופגיעה במאושפזים אחרים, מוביל פעמים רבות לפיצול הצוות המטפל ומאבקי כוח מזיקים בין המאושפז לצוות.
8. לא הוכח כי אשפוז אדם עם הפרעה זו מפחית את שיעור ההתנהגות האובדנית וההתאבדות.
9. האיום הגדול ביותר על מטופל הסובל מהפרעה זו הוא החשש מנטישה. אשפוז ללא תאריך סיום מביא להתקשרות המטופל למטפל במחלקה ועקב חשש מפרידה יש קושי משמעותי לשחרר חולים אלו חזרה לקהילה.
10. במקרה שאדם הסובל מהפרעה זו נמצא במשבר חריף המלווה בדחפים קשים לפגיעה עצמית חשוב להפנותו בדחיפות לגורם מטפל אמבולטורי ולוודא הגעתו (רצף טיפולי). מחקר רחב היקף של Cochrane (ראה מקור 9) לא מצא אף טיפול שהוכח מחקרית כיעיל במצבים אלו. בנוכחות סכנה אובדנית יש לשקול האם אשפוז יגן על המטופל.ת. בהעדר סכנת חיים מידית ובהינתן מערכת תמיכה בסיסית עדיף להימנע מהאשפוז ולהזמין את המטופל להיבדק למחרת במרפאה. לעיתים המשבר הרגעי חולף והצורך לאשפוז מתייתר.

הגבלת משך האשפוז

לחיים בריאים יותר

The National Councils for Health

11. במקרה של סכנה אובדנית מידית ומוחשית, שהבודק במיון מתרשם שמסוכן מאד להחזיר את החולה

לקהילה, או בהעדר מערכת תמיכה סבירה, הוא יאשפזו בהסכמת כונן ובשאיפה להגיע עם המטופל להסכמה על תאריך סיום האשפוז שלא יעלה על שבועיים. האשפוז הקצר חייב להיות מלווה בתוכנית טיפולית מובנית ומותאמת ובתיעוד הולם. חשוב שהמסגרת האשפוזית תייצר קשר עם מטפל בקהילה במהלך שבועיים אלו להבטחת הרצף הטיפולי.

12. חשוב שבאם הוחלט על הצורך באשפוז, יפורטו ברשומה הרפואית הנימוקים לכך, והאשפוז יהיה מלווה בתוכנית טיפולית מפורטת מהיום הראשון עד יום השחרור שנקבע מראש. בכך ימנע אשפוז מיותר והתקשרות למחלקה ולצוות שתגרום לחוות את השחרור כנטישה.

לסיכום

- לאדם יש אחריות על חייו עד שהוכח אחרת (פסיכודה מלווה בחוסר תובנה ושיפוט)
- אם אותו אדם היה הולך לכלא על רצח אין סיבה שכ"שירצח את עצמו" המטפל יילך לכלא...
- לשאול ולתעד!
- לבדוק לעיתים קרובות (חופשה, שחרור, הורדה מהשגחה)
- לתעד באובססיביות!
- להרחיק אמצעים ולתעד שהמלצת והבינו!
- סביבה בטוחה בבי"ח
- בדיקה בסמוך לשחרור

לסיכום 2

- למטופל.ת הסובל.ת מהפרעת אישיות גבולית יש אחריות על חייה ומעשיה.
- אשפוז ארוך מזיק למטופלת למטופלים אחרים ולצוות
- אשפוז עם תאריך יעד לשחרור מקטין מצוקה מפרידה
- תיעוד. תיעוד. תיעוד.
- בפרטי אפילו חשוב יותר....

ספרות מומלצת

משפט ופסיכיאטריה, אחריותו המשפטית של
הלקוי בנפשו. מאת: כב' השופט (בדימוס)
יעקב בזק. מהדורה שלישית. הוצאת נבו. 2006.
(במיוחד פרק 5: דחף בלתי נשלט)

See you in Rome
European suicide summit
August 28-31, 2024

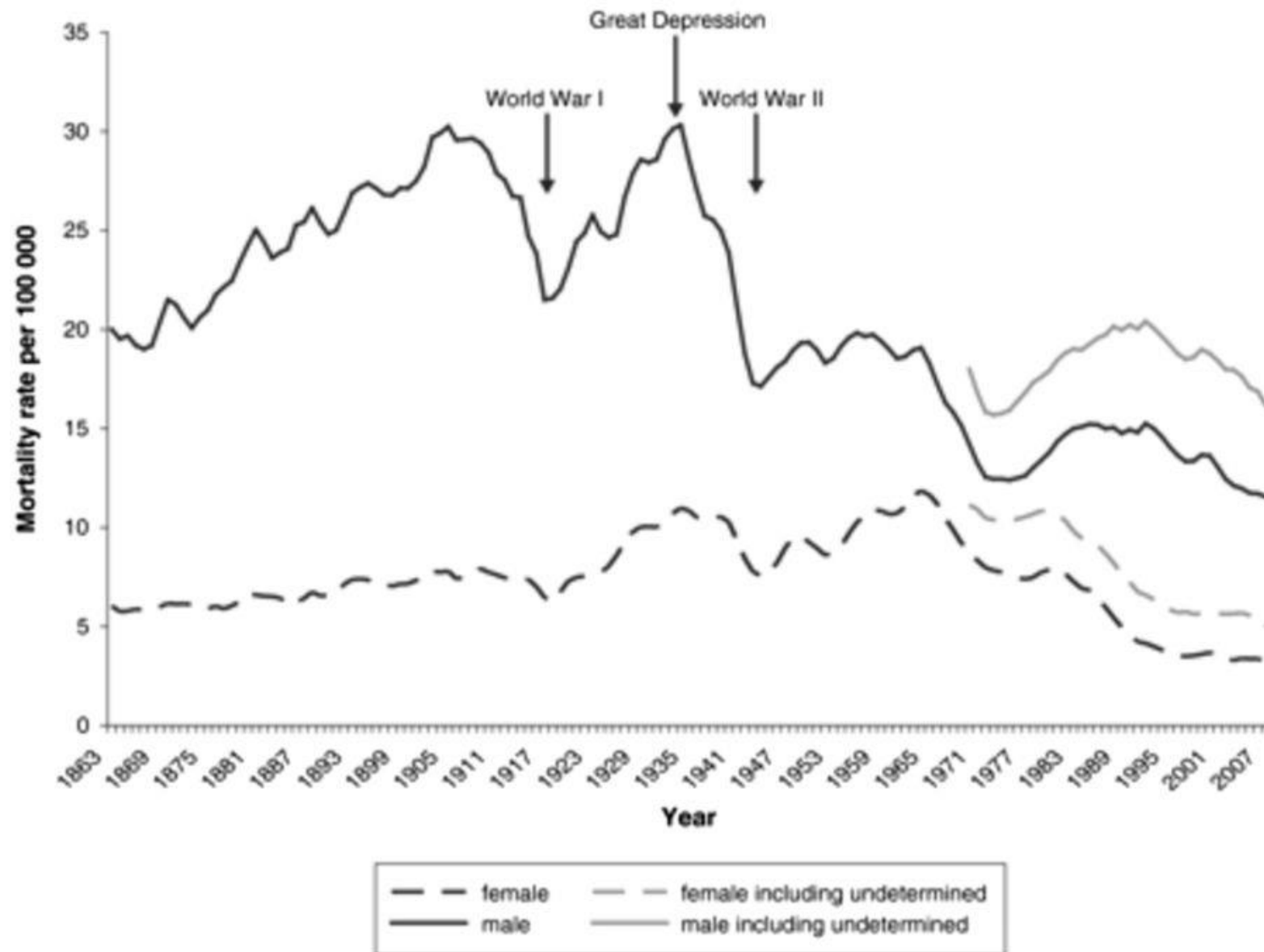
ESSSB20
ROME 2024



zalsman@tauex.tau.ac.il

לקבלת המצגת

Overall age standardized suicide mortality rates by sex 1861–2007





אובדנות - גורמי סיכון

זכר

➤ גיל: 75, 40, 15-24

➤ נסיון אובדני קודם

➤ פסיכופתולוגיה: דכאון

➤ זמינות כלי נשק/תרופות

➤ חי לבד (מערכת תמיכה)

➤ בדידות (סוביקטיבי)

➤ סמים ואלכוהול

➤ תוקפנות ואימפולסיביות

➤ גנטיקה

➤ קרבן בריונות bullying

➤ הגירה, פער חברתי תרבותי

➤ התאבדות אדם קרוב

➤ זוגיות ואהבה נכזבת

➤ בנוער: ריב עם ההורים

➤ הסתבכות חוקית

➤ ליקוי בקבלת החלטות

➤ אובדן (קרוב, בע"ח, גירושין, סטאטוס)

➤ כישלון (עבודה, אישי)

➤ דחיה והשפלה (במיוחד בסייבר)

➤ יציאה ממצב דכאוני

➤ "מגיפות התאבדות"

➤ תפקיד התקשורת

➤ תאריך חגיגי

➤ העדפה מינית מעורפלת

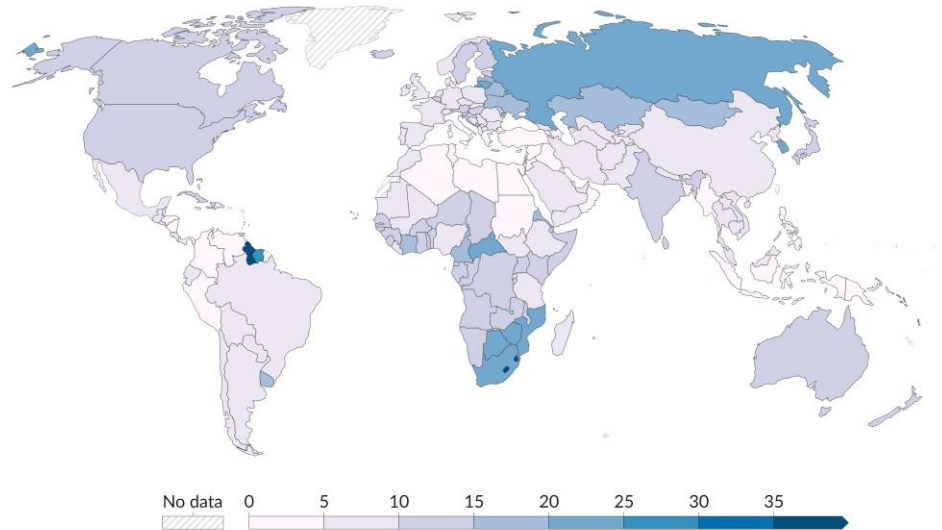
➤ קורבנות תקיפה מינית

703,000 suicides a year worldwide

Suicide rate, 2019

Annual number of suicides per 100,000 people. Suicide deaths are underreported in many countries due to social stigma and cultural or legal concerns. This data is adjusted for this underreporting to estimate the actual rate of suicides.

Our World
in Data



Data source: WHO, Global Health Observatory (2022)

OurWorldInData.org/suicide | CC BY

Note: To allow for comparisons between countries and over time, this metric is age-standardized¹.

1. Age standardization: Age standardization is an adjustment that makes it possible to compare populations with different age structures by standardizing them to a common reference population. [Read more: How does age standardization make health metrics comparable?](#)

10.7 per 100,000 globally (2019)
Sri Lanka highest 35.3
Israel 6.4

נקודות לזכור

- **השפה המשפטית היא דיכוטומית** (אשם- לא אשם, היה- לא היה, אמת- שקר).
- **השפה הקלינית היא על רצף** (נורמלי- פתולוגי, פסיכוטי-לא פסיכוטי, שיפוט תקין-שיפוט לקוי).
- **ה DSM אינו התנ"ך**



*פסיכוזה כמילה נרדפת ל"מחלת נפש" בחוק הפלילי

אובדנות- היקף

Mental pain as a mediator of suicidal tendency: A path analysis

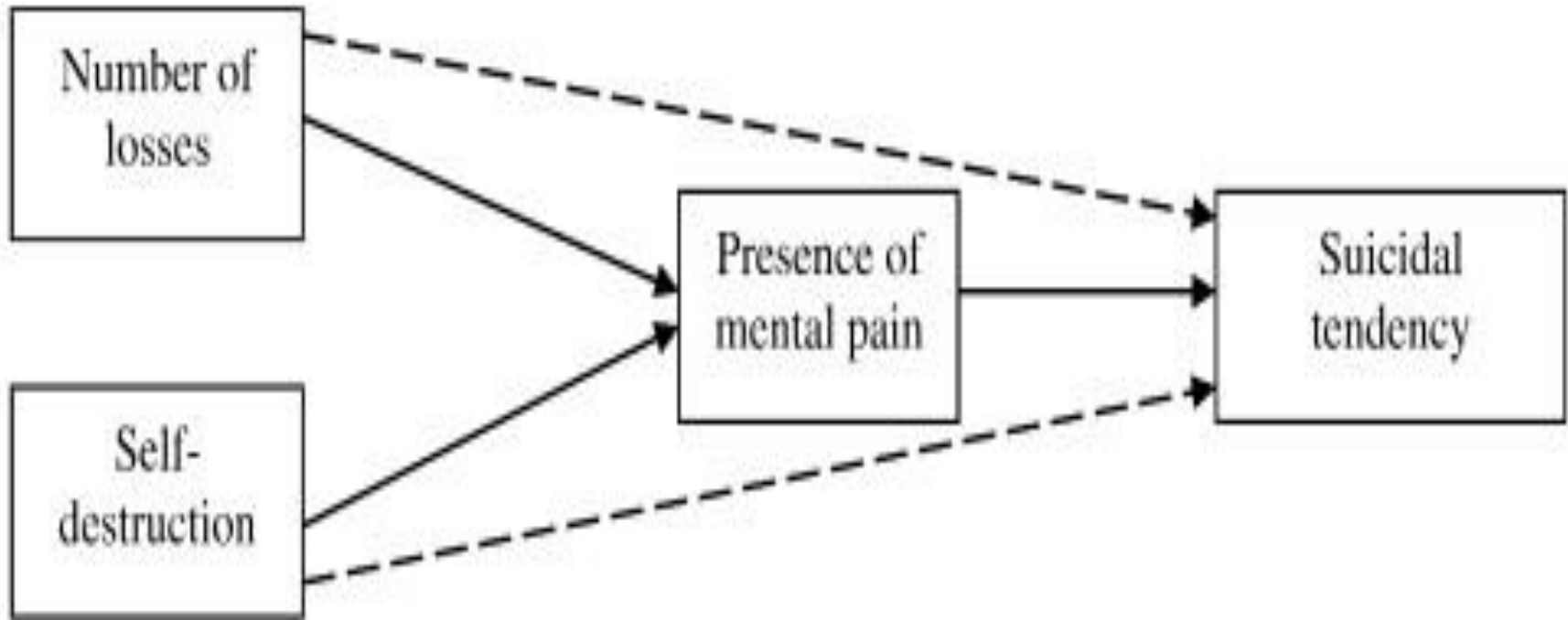
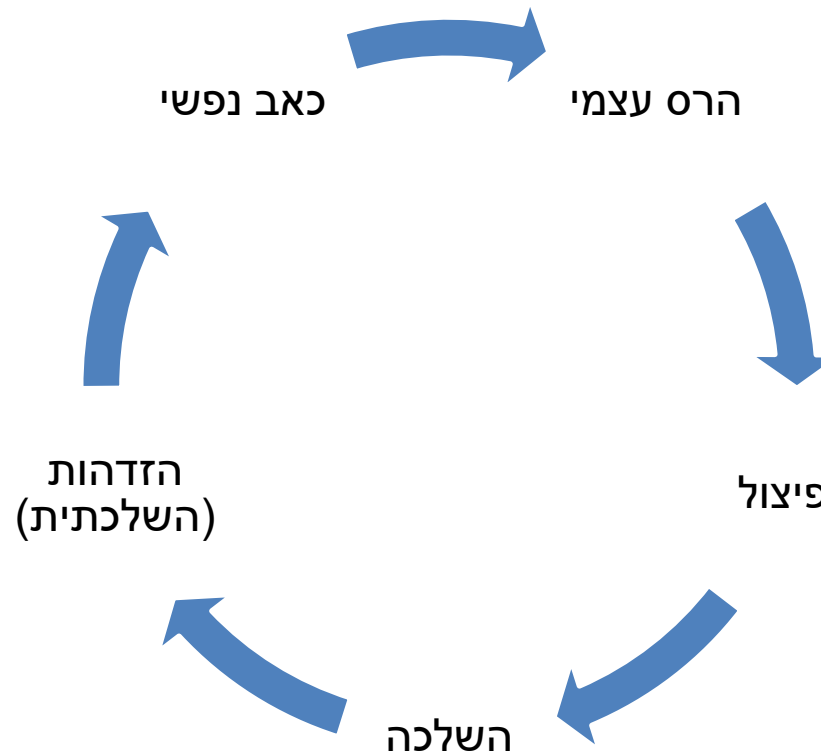


Fig. 1. Proposed model of suicidal tendency. If a mediation effect occurs, the broken lines which represent direct links between the predicting and the predicted variables are annulled (i.e. full mediation) or reduced (i.e. partial mediation).

Addiction to Near Death

Betty Josef, 1981

Near Death





השפעת האשפוז

שכיחות גבוהה של פגיעה מינית בילדות

אין דרך חוקית וגם מזיק לכפות טיפול או אמצעי כפייה אחרים

איום באובדנות כחשש משחרור (נטישה)

פגיעה עצמית מדבקת

"ריקוד סאדו-מזוכיסטי" בין המטופלת לצוות

פלירט עם המוות ("תאונות עבודה")

DD from BP II

סקירות

הרפואה • כרך 150 • חובר' 4 • אפריל 2011

הפרעת אישיות גבולית והפרעה דו־קוטבית מסוג II - האם אותה הגברת בשינוי אדרת?

תקציר:

הפרעת אישיות גבולית והפרעה דו־קוטבית הן שתי אבחנות פסיכיאטריות שכיחות, אשר עקב קווי הדמיון ביניהן ושכיחות ההחלאה המשותפת, יש הרואים בהן ספקטרום אחד ולא שתי ישויות אבחוניות נפרדות. בין הנקודות המשותפות לשתי אבחנות אלו ניתן למנות: אימפולסיביות, חוסר יציבות רגשית ורגזנות. על מנת להכריע בוויכוח הנוגע לשתי אבחנות מרכזיות אלו בקרב פסיכיאטרים ורופאים מתחמים שונים, נערכו לאחרונה מספר מחקרים בנושא.

רמת האימפולסיביות והשינויות נמצאה גבוהה יותר בקרב חלקים בהפרעת אישיות גבולית ללא קשר לציר הראשון. מעבר לכך, בחלוקה עדינה יותר לסוגים שונים של אימפולסיביות, הודגם דפוס אימפולסיביות שונה בשתי ההפרעות, כמו אימפולסיביות בתחום קשב בהפרעה דו־קוטבית. אימפולסיביות ידועה כתכונת אובדנות בשתי ההפרעות, ולכן קיומה מהווה תמרוז חשוב.

לעומת רמת דיכאון דומה בין הקבוצות בבדיקה אובייקטיבית, חלקים בהפרעת אישיות גבולית תיארו עוצמות גבוהות יותר של תסמינים דיכאוניים סובייקטיביים מבחינה קוגניטיבית וחרדתית - נתון העולה בקנה אחד עם הידוע בנוגע לרגישותם של חלקים בהפרעת אישיות גבולית למצבים רגשיים שליליים. בסך הכל, נראה שהתכונות שנבדקו מאפשרות לקבוע שתי אבחנות נפרדות: הפרעת אישיות גבולית והפרעה דו־קוטבית מסוג II. במחקרים אחרים לא נמצא הבדל סטטיסטי בין שתי הקבוצות, למרות שהחלקים בהפרעת אישיות גבולית הציגו ערכים גבוהים יותר בשאלונים מובנים בנושא מצב רוח מאשר חלקים בהפרעה דו־קוטבית. מחקרים מוקדמים ורחבי היקף נוספים נדרשים לביור שאלה אבחוניות וקלינית זו.

הפרעת אישיות גבולית; הפרעה דו־קוטבית; אימפולסיביות; דיכאון; עוינות.
Borderline personality disorder; Bipolar disorder type II; Impulsiveness; Depression; Hostility

מילות מפתח:

KEY WORDS

הקדמה

הפרעת אישיות גבולית היא הפרעה פסיכיאטרית, המוגדרת על־ידי ה־DSM-IV כהפרעת אישיות המאופיינת בחוסר יציבות בתחום הרגשי והבינאישי. הפרעה זו שייכת לקבוצה B ב־DSM יחד עם הפרעת אישיות נרקסיסיסטית והפרעת אישיות אנטי־סוציאלית. ההפרעה מתאפיינת בחוסר יציבות במצב הרוח, בנטייה לפיגול, כלומר בראיית העולם והאובייקטים בו בראיית "שחור ולב", ויחסים בלתי יציבים הפוגעים בתפקוד בכל תחומי החיים. ההפרעה דו־קוטבית היא הפרעה במצב הרוח המוגדרת על ידי התקף מאני (מסוג I) או היפומאני (מסוג II) אחד או יותר. רוב החולים חווים גם התקפים או סימנים דיכאוניים.

לשתי הפרעות אלו תחלואה משותפת רבה [1]. הדמיון בין ההפרעות, במיוחד כשמסוויים למחלה הדו־קוטבית מסוג II, והיארעותם המשותפת לעיתים תכופות, גרמו למספר חוקרים להעלות סברה שזוהו למעשה רצף אחד (ספקטרום) של הפרעות אפקטיביות מחזוריות [2-4]. מבין התומכים בעמדה זו, יש הרואים בהפרעת אישיות גבולית צורה מחירה ביותר של הפרעה דו־קוטבית מסוג II [3]. אחרים ממשיכים לראות בהפרעת אישיות גבולית והפרעה דו־קוטבית, הפרעות נבדלות [5, 6].

חלק מהוויכוח נובע מחפיפה מסוימת בהגדרות של הפרעת אישיות גבולית והפרעה דו־קוטבית מסוג II, מאחר ששתיהן

אנדה מסלר
גיל ולצמן

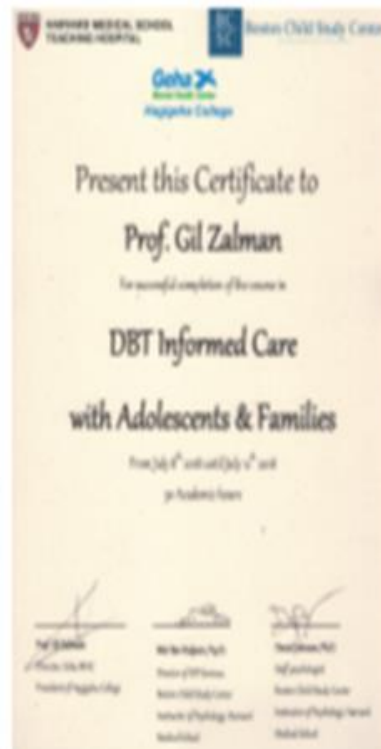
הסירבת ילדים נוער, המרכז לבריאות הנפש
נהה והפקולטה לרפואה סקולר, אוניברסיטת
תל אביב

מאופיינות בין השאר ביותר אימפולסיביות, באי יציבות רגשית ורגזנות. עם זאת, הפרעה דו־קוטבית מסוג II מאופיינת במצבי רוח מחזוריים חוזרים עם פחות תגובתיות לטביעה יחסית להפרעת אישיות גבולית. אימפולסיביות נחשבת אף היא חלק קבוע יחסית בהפרעת אישיות גבולית, כמו גם חלק מקובל מההתקפים ההיפר-מאניים בהפרעה דו־קוטבית מסוג II [7]. בהקשר זה, קיימת חפיפה חלקית גם בין תסמיני הפרעה דו־קוטבית להפרעות אחרות, כמו צרכנות סמים, דיכאון מאגזורי או הפרעות רפואיות אורגניות [8].

במחקרים חדשים שנערכו הועלתה מחדש שאלת האימפולסיביות וייחודיותה לצורך אבחנה מובדלת. הממצאים שעלו בסוגיית האימפולסיביות הפכו את האבחנה המובדלת בין שתי המחלות למורכבת יותר. מחד גיסא, אימפולסיביות, אשר נחשבה בעבר למאפיין של הפרעת אישיות גבולית, נמצאה כתכונה העשויה לחלוף במהלך ההפרעה [9]. מאידך גיסא, הודגם לאחרונה שבניגוד לסברה בעבר, קיימים מאפיינים אימפולסיביים קבועים הן בתקופות מאניות והן בתקופות אוטוסימיות בחולים דו־קוטביים, ושתכונה זו אינה חולפת בהכרח בהפרעה דו־קוטבית [10]. הממצאים הללו בנוגע לאימפולסיביות ללא ספק משטששים את הגבולות בין שתי ההפרעות ומאתגרים את הקליני באורן לקבוע אבחנה. בנוסף עולה השאלה, האם ניתן כלל לקבוע אבחנה מובדלת אובייקטיבית בין שתי ההפרעות, אשר תצדיק הגדרה של שתי מחלות נפרדות.

Harvard-McLean- Geha Workshop

DBT-A for Adolescents



5. אני מתחייב/ת לעזוב/להוציא את החולה* מבית החולים עם קבלת הודעתכם הראשונה על סיום הטיפול הרפואי בי/במטופל/חולה.

6. אני מתחייב/ת לשלם לכם לפי דרישתכם הראשונה עבור עלות כל יום אשפוז נוסף בו אשה/ישה החולה בבית החולים לאחר קבלת הודעתכם כאמור בסעיף 5 לעיל, ומתן/ת לכם בזאת ייפוי כוח מלא להוציאני מבית החולים ולהעבירני למוסד אחר או למען מגורי המפורט לעיל/להוציא את החולה להעבירו לרשותי או למוסד אחר, לפי הצורך, הכול על חשבוני ועל אחריותי.

7. למי שאינו/אינה מבוסס/ת בשירותי בריאות כללית- אם קופת החולים בה אני/החולה מבוסס/ת בה, לא תשלם מסיבה כלשהיא עבור כל או חלק מההוצאות הקשורות באשפוזי/באשפוז החולה, לפי קביעת רופאיכם, אני מתחייב/ת לשלם בעצמי את המגיע לכם, לפי דרישתכם הראשונה.

8. אני מאשר/ת לא מאשר/ת* לשירותי בריאות כללית לשלוח אליי, באמצעים מקוונים (דואר אלקטרוני, מסרים מיידיים, SMS, הודעות טלפוניות) הודעות הקשורות בטיפול הרפואי שלי.

9. הבהר לי וידוע לי, כי אינכם אחראים בכל צורה שהיא לכספים ו/או לכל דברי ערך אשר לא הופקדו בנכספת משרדכם.

שעה _____ חתימת החולה _____

אישור אפוסטרופוס

שטר חוב

בשקלים חדשים
(צמודים למדד המחירים לצורך)

מספר רץ	סכום

שנערך במקום _____ בתאריך _____

אני/אנו מתחייב/ים לשלם לפקודת שירותי בריאות כללית סכום, במילים: _____

שקלים חדשים _____

תמורת _____

מקום התשלום	בנק	סניף	מס' חשבון	תאריך התשלום	שנה	חודש	יום

הסכום הכתוב בשטר זה יהיה צמוד למדד המחירים לצורך המתפרסם על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או כל מדד רשמי שיבוא במקומו (להלן: "המדד") על-פי תנאי ההצמדה האלה:

"המדד הבסיסי" בשטר זה משמעו - המדד של חודש _____ בשנת _____

"המדד הקובע" בשטר זה משמעו - המדד של החודש שבו בוצע בפועל הפירעון של סכום שטר זה/המדד האחרון שיהיה ידוע בעת שבה יבוצע בפועל הפירעון של הסכום הכתוב בשטר זה, ואם לא נמחקה אחת משתי החלופות הכתובות - לפי הגבוהה מביניהם.

אם בעת פרעונו בפועל של שטר זה יהיה המדד הקובע גבוה מן המדד הבסיסי, אשלם/נשלם את סכום השטר הזה, הגבוה בהם, מוגדל יחסית לפי שיעור העלייה של המדד הקובע לעומת המדד הבסיסי. אולם אם המדד הקובע יהיה שווה לשער המדד הבסיסי, אז נמון ממנו - אשלם/נשלם שטר זה בסכומו הנקוב. המחזיק/ים בשטר זה פטור/ים מכל החובות המוטלות על המחזיק בשטר לרבות מהצעה לתשלום, פרוטסט, הודעת אי-כיבוד.