

---

# הערכת הסיכון האובדני

דר' שמואל קרון

---



# תפקיד הפסיכיאטר בהערכת מסוכנות

- לפסיכיאטר תפקיד , על פי חוק, להעריך מסוכנות.
- התפקיד מוגדר כלפי "חולי נפש" בלבד.
- החוק מתייחס למסוכנות (או להיעדרה) כעובדה מוחלטת.
  - החוק מבחין בין 2 דרגות סיכון : מידי ושאינו מידי.
- החוק דורש רמה "משכנעת" של הוכחות למסוכנות.
- החוק מאפשר, אך לא מחייב, טיפול או אשפוז כפוי.

## נקודות טעונות הבהרה:

- מה מהותו של "סיכון פיזי"?
- מה דרגת ההוכחה הנדרשת?
- מהן אמות המידה (קריטריונים, סטנדרטים) לקביעת מסוכנות?
- מה תפקיד הרופא בהערכת מסוכנות של מי שאינם חולים?

בפסיכיאטריה קיים קושי אינהרנטי בהגדרת סטנדרטים להערכה

# חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א - 1991

## 6. בדיקה כפויה דחופה (תיקון: תשנ"ה)

א. פסיכיאטר מחוזי **רשאי** להורות בכתב כי אדם יובא בדחיפות לבדיקה פסיכיאטרית, אם הובאו בפניו ראיות לכאורה כי נתמלאו באדם כל התנאים האלה:

1. הוא חולה וכתוצאה ממחלתו פגום, במידה ניכרת, כושר שיפוטו או כושרו לביקורת המציאות;

2. **הוא עלול לסכן את עצמו או את זולתו סיכון פיזי מיידי;**

3. הוא סירב להיבדק בידי פסיכיאטר.

## 9. הוראה לאשפוז כפוי ותקפה

א. **שוכנע** פסיכיאטר מחוזי **על סמך בדיקה פסיכיאטרית** כי נתמלאו באדם התנאים שבסעיף 6(1) ו-(2) וקיים קשר סיבתי בין שני התנאים האמורים, **רשאי הוא להורות** בכתב כי יובא לבית החולים וכי יאושפז בו בדחיפות.

# הערכה סטנדרטית של סיכון אבדני

## ■ יתרונות:

- מבטיחה איסוף מקיף ושיטתי של מידע.
- מאפשרת קביעת סטנדרטים מקובלים.
- מאפשרת שקיפות ביחס לתהליך קבלת ההחלטות.
- מאפשרת מחקר ושכלול, EBM.
- תיעוד, תקשורת מקצועית, קוהרנטיות.

# הערכה סטנדרטית של סיכון אבדני

## חסרונות:

- עודף מידע לא רלבנטי.
- חולשה בניתוח המידע, תמיכה מעטה בקבלת החלטות.
- שונות גבוהה בין אוכלוסיות – סטנדרטים שונים.
- "אובייקטיביות מדומה": מיסוך הערכות סובייקטיביות, גורמת להטיות וטעויות.
- בעיות בתקפות במהימנות.

# מהו סיכון?

- הגדרה: ההסתברות שאירוע מסוים יתרחש.
- הערכות אקטואריות:  $\text{Risk} = \text{Probability} \times \text{Loss}$ .
- מבוטא לעיתים קרובות במונחים בינאריים .
- דינמי: משתנה בין אוכלוסיות, טווחי גיל, מצבים ולאורך

זמן.

# הערכת סיכונים

- מתודולוגיה לקביעת הסיכון לצורך אופטימיזציה של קבלת החלטות.
- מתבססת על שקלול מורכב של גורמים לרבות הגומלין ביניהם.
- מערכת דינמית של ציפיות.

# ביטויי סיכון

- ביטוי קליני : קטגוריות ( נמוך, בינוני, גבוה).

- ביטוי אפידמיולוגי:

- גורם סיכון: גורם שנוכחותו קשורה לסיכון מוגבר

- סיכון מיוחס: **Attributable risk**: האירעות הנובעת מהחשיפה לגורם הסיכון

- סיכון יחסי **Relative risk**: היחס בין הסיכון בבעלי גורם הסיכון ( חשופים)

לחסרי הגורם (בלתי חשופים)

- ערך ניבוי: **predictive value** : מידת היכולת לזהות תופעה באמצעות

תבחינים שלה.

# ניבוי אובדנות: חולשת גורמי הסיכון

Powell J., Geddes J., Deeks J., et al: Suicide in psychiatric hospital in-patients. Risk factors and their predictive power. BJP , 2000.

## Predictive Factors:

- Recent bereavement
- Delusions
- Suicidal ideation
- Chronic mental illness
- Family history of suicide

התאבדות	כן	לא
סיכון גבוה	26	1
סיכון נמוך	71	89

מסקנה: השימוש בסף של 2 גורמי סיכון מביא להערכת 75% מהמתאבדים כבעלי סיכון נמוך

# הערכה קלינית של סיכון אובדני

“Person Specific” assessment.

- בהערכות קליניות קיימת נטייה להחמרת יתר.
- איסוף המידע אסימטרי. ניתן משקל יתר לאבחנה פסיכיאטרית על פני גורמי סיכון אחרים.
- גמישה יותר, מאפשרת פרשנות מחמירה או מקילה לגורמי סיכון בודדים או מיוחדים.

# עקרונות הערכת סיכון אובדני

- הערכה אינה ניבוי:
  - לשיטות ההערכה מהימנות מוגבלת.
  - גורמי הסיכון משתנים וחלקם בלתי ניתנים לצפייה.
- מטרת ההערכה: שיוכו של הפרט לקבוצת סיכון מתאימה לצורך קבלת החלטות מתאימות.
- יש להתאים את ההערכה לאוכלוסיית היעד, למסגרות, ולמצבים קליניים ומצבי משבר שונים.
- הערכה אינה "צילום מצב". רצויה הערכה מתמשכת, הכוללת התייחסות לטווח הזמן המיידני, הקרוב והבינוני, ובחלק מהמקרים לטווח הארוך.

Risk factors	High-risk groups
Socio-demographic factors	Male, Age – youth and the elderly, Low socio-economic status, Same-sex orientation, Certain ethnic groups
Family characteristics childhood experiences	Parental psychopathology; family history of suicide, divorce or separation; Dysfunctional family; Abuse, Bullying, Poor parental care ,and extremes of high and low parental expectations and control
Personality factors and cognitive style	impulsivity, hostility, aggression; Social withdrawal, Risk behavior; Inflexible or rigid thinking, poor problem-solving, negative/hopeless outlook; perfectionism;
Genetic and biological	Declining or low stable levels of the serotonin metabolite 5-HIAA, Low serum cholesterol levels
Psychiatric morbidity/ mental health factors	Mood disorders, Substance use ; Antisocial ; Schizophrenia Comorbidity; Non-compliance with aftercare; Patients in the four weeks following discharge from psychiatric hospital
Environmental factors – life events and stresses	Acute life crisis, interpersonal conflict or loss, legal or disciplinary problems, marital separation, major failure, unwanted pregnancy, Economic stress , Prisoners, Serious physical illness/handicap
Suicidal behavior	Verbalized-ideation, Suicidal intention, History of parasuicide/deliberate self-harm, Imitation of other suicides, Reluctance to seek help
Availability of lethal methods	Availability of firearms and other means

# Protective factors

- Children in the home, (except postpartum psychosis)
- Pregnancy
- Deterrent religious beliefs
- Life satisfaction
- Reality testing ability
- Positive coping skills
- Positive social support
- Positive therapeutic relationship

# Areas to Evaluate in Suicide Assessment

Psychiatric Illnesses	<b>Comorbidity</b> , Affective Disorders, Alcohol / Substance Abuse, Schizophrenia, Cluster B Personality disorders.
History	Prior suicide attempts, aborted attempts or self harm; Medical diagnoses, Family history of suicide / attempts / mental illness
Individual strengths / vulnerabilities	Coping skills; personality traits; past responses to stress; capacity for reality testing; tolerance of psychological pain
Psychosocial situation	Acute and chronic stressors; changes in status; quality of support; religious beliefs
Suicidality and Symptoms	Past and present suicidal ideation, plans, behaviors, intent; methods; hopelessness, anhedonia, anxiety symptoms; reasons for living; associated substance use; homicidal ideation

# Some Suicide Assessment Tools

- Suicide Intent Scales : Beck , Pierce.
- Chronological Assessment of Suicide Events (CASE)
- Risk factors tools: The NO HOPE Scale, The SAD PERSONAS SCALE
- Clinician Suicide Risk Assessment Checklist
- Linehan Reasons for Living Inventory

# The SAD PERSONAS Scale

A semi-structured interview, aims to assess suicide risk and provides the evaluator with guidelines for clinical actions.

- **S**ex
- **A**ge
- **D**epression
- **P**revious attempt
- **E**thanol abuse
- **R**ational thought loss
- **S**ocial supports lacking
- **O**rganized plan
- **N**o spouse
- **A**ccess to lethal means
- **S**ickness

# Interviewing Strategies Relevant to Suicide Risk Assessment

- **1. Behavioral Incident**
- **2. Shame Attenuation**
- **3. Symptom Amplification**
- **4. Gentle Assumption**
- **5. Denial of the Specific**
- **6. Normalization**

Source: The Practical Art of Suicide Assessment by Dr. Shawn Shea, 1999

# מרכיבי הערכת אובדנות סטנדרטית

- Risk and protective Factors
- Risk Status
- Changeability and Control
- Possible outcome of alternative decisions.

# הערכת סטטוס אובדני

- כוונה לאובדנות וקטלניות.
- משמעויות ומוטיבציות להתאבדות.
- קיומה של תכנית להתאבדות.
- קיומה של התנהגות אובדנית או פגיעה עצמית.
- מצב רגשי, קוגניטיבי וגופני.
- משאבי ופוטנציאל ההתמודדות.
- קיומם של גורמי סיכון אפידמיולוגיים.

# הערכת הסיכון לא תענה על השאלות:

■ האם המטופל יתאבד בעתיד?

■ מהי דרך הפעולה הנכונה לנוכח הסיכון?

# הערכת הסיכון תענה על השאלות הבאות:

- האם הנבדק נמצא בסיכון גבוה?
- עד כמה הסיכון מיידוי? מה רמת הדחיפות?
- מה הגורמים הפעילים המשפיעים על הסיכון האובדני ומהם גורמי הסיכון ברי השינוי?
- מה המשמעות של אפשרויות הטיפול השונות? מה השפעתן לטווח הקרוב והרחוק? עד כמה הסיכון נסבל מול חלופות הטיפול?

# תיעוד!!!

- ממצאי ההערכה.
- שיקולים לקביעת רמת הסיכון.
- שיקולים להתערבות או לאי התערבות.
- הנחיות והמלצות לטווחי הזמן השונים.
- התייעצות עם עמיתים.
- מידע שנמסר והנחיות שניתנו לבני משפחה ולגורמים אחרים.

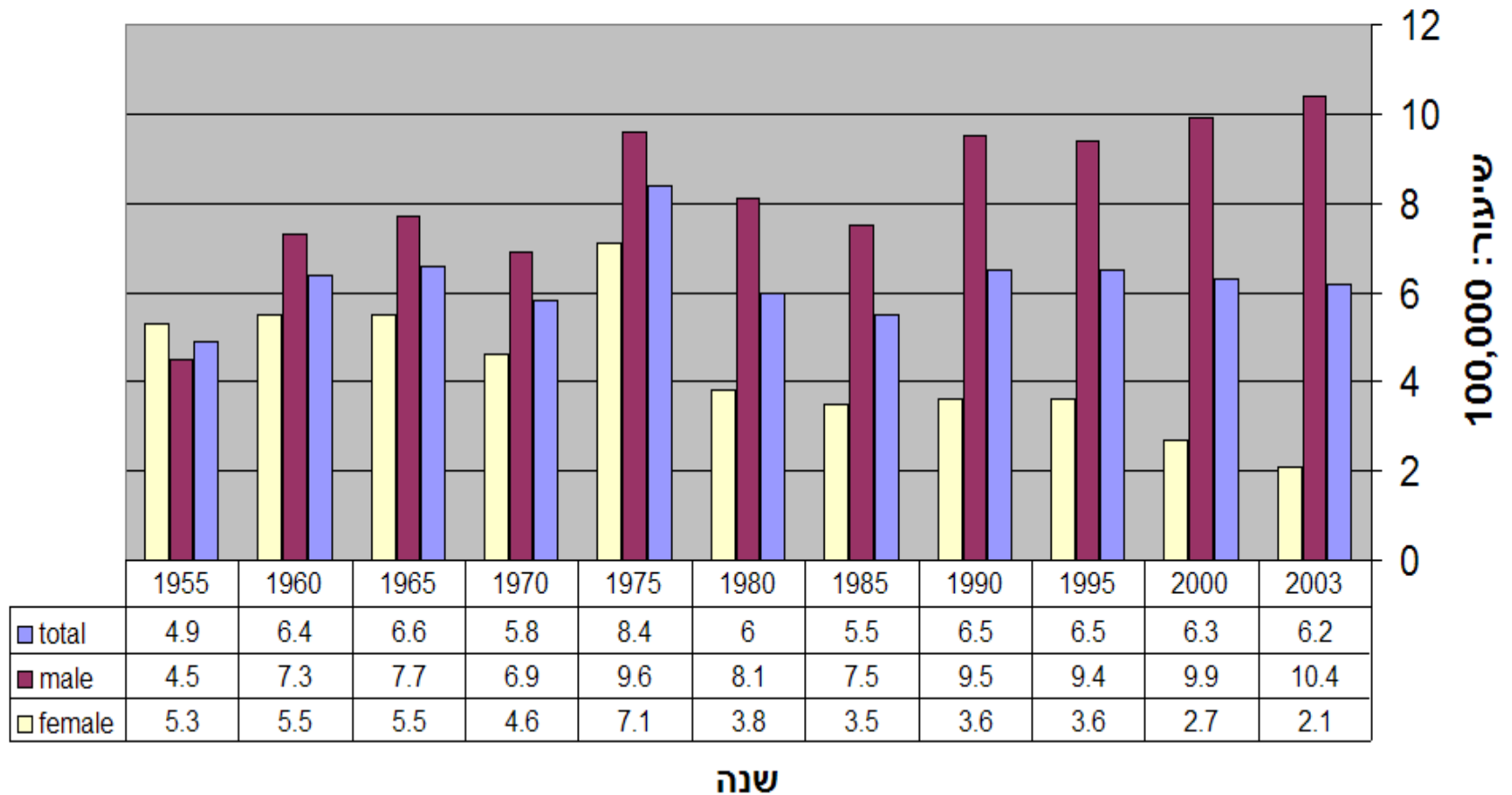
**ככל שרמת אי הודאות תגבר, על התיעוד להיות**  
**מפורט יותר.**

# העתיד בהערכת אובדנות

- פיתוח כלים מותאמים לאוכלוסיות מיוחדות: קשישים, מצבי מחלה גופנית. אוכלוסיות במצבים מיוחדים.
- אבחנה ברורה יותר בין גורמי רקע לגורמי מצב.
- שיפור יכולת הכימות, לרבות שקלול דיפרנציאלי של גורמי הסיכון וערכם היחסי.
- התכנסות למספר מצומצם של כלים מקובלים.
- דגש על מיומנויות הערכה.

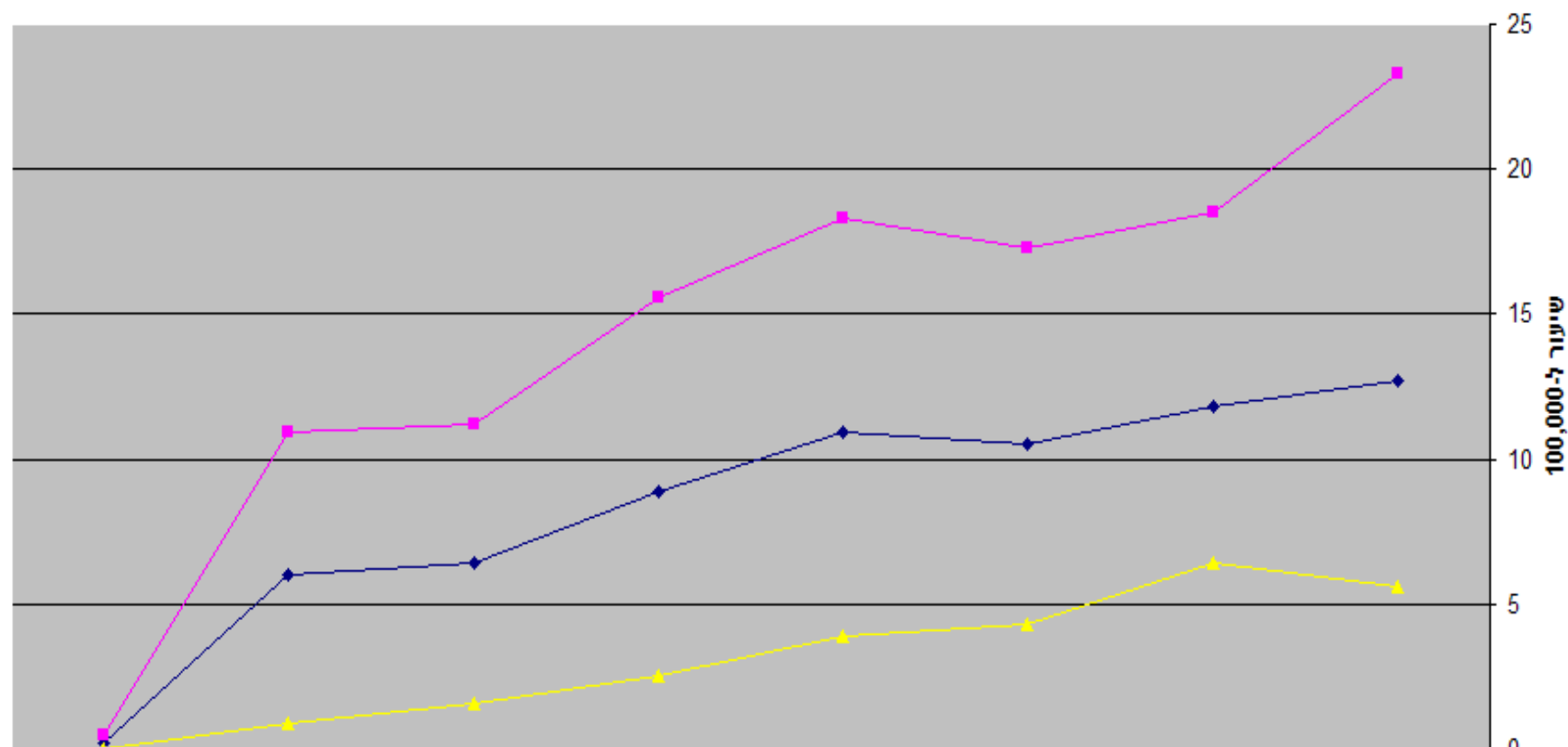
## שיעורי התאבדות בישראל 1955-2003

total male female



## שיעור התאבדויות בישראל על פי קבוצות גיל, 2003

◆ total ■ male ▲ female



	5-14y	15-24y	25-34y	35-44y	45-54y	55-65y	65-74y	75+y
◆ total	0.2	6	6.4	8.9	10.9	10.5	11.8	12.7
■ male	0.5	10.9	11.2	15.6	18.3	17.3	18.5	23.3
▲ female	0	0.9	1.6	2.5	3.9	4.3	6.4	5.6

קבוצות גיל

# חסמים עיקריים למניעה

- ניטור ומידע: תת דיווח, הטיות, חוסר מודעות.
- תפיסת התופעה : התנהגות לעומת תסמונת.
- זיהוי גורמי סיכון ברי שינוי והבנת גורמים מגנים.
- ספציפיות: היקף גדול מדי של אוכלוסיות המוגדרות בסיכון מוגבר.
- דגש יתר על התערבות באובדנות פעילה על פני גורמי רקע מסכנים.
- צורך בגישות המותאמות לקבוצות שונות.
- צורך במניעה אינטגרטיבית, בין מערכתית.

# רמות המניעה

דוגמאות	מטרות	אוכלוסיית היעד	רמת המניעה
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ תכניות חינוך והסברה בבתי"ס ובקהילה,</li> <li>תכניות בצבא נורבגיה וח"א בארה"ב.</li> <li>■ "שומרי שער"</li> <li>■ הגבלת אמצעי קטל.</li> </ul>	<p>הפחתת ג' סיכון בלתי ספציפיים, הגברת ג' מגן, שיפור בזיהוי פרטים בסיכון, הסרת חסמים לטיפול.</p>	<p>כלל האוכלוסייה</p>	<p>אוניברסלית Universal</p>
<p>תכניות ייעוץ לנוער מנותק, ייעוץ לקרבנות אלימות, למובטלים, למשתמשי סמים ואלכוהול.</p>	<p>הפחתת גורמי סיכון ידועים באוכלוסייה ברת זיהוי</p>	<p>אוכלוסייה בסיכון מוגבר</p>	<p>סלקטיבית selective</p>
<p>Screening/ case finding, " crisis hotlines", טיפול נפשי ותרופתי.</p>	<p>התערבות במצב הפרעה או במצב מקדים, למניעת הידרדרות.</p>	<p>פרטים בסיכון קונקרטי.</p>	<p>מותווית indicated</p>