

הבדלים בין המיגדרים בהתנהגות אובדנית בילדים ונוער

1 קרן גבע, 1 גיל זלצמן, 2 אלן אפטר,

1 המח' לנוער, המרכז לבריאות הנפש 'גאה', הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב, 2 מרכז פיינברג למחקר הילד, בית-חולים שניידר, פתח-תקווה, ישראל

מבדילים בנים אובדניים מבנות אובדניות, נובעים משוני בכלל בין המינים ולא דווקא מאפיינים את קבוצת המתאבדים.

פערים בשכיחות מדדים פסיכופתולוגיים הקיימים בין בנים לבנות באוכלוסייה הכללית, מצטמצמים באוכלוסיית נוער אובדני [6]. ייתכן כי דווקא התנהגות החורגת מהנורמות המקובלות בתלות במיגדר מהווה אות אזהרה להסתמנות קשה יותר ובעקבות זאת לסיכון אובדני רב יותר [6-8]. לדוגמה, דיכאון בקרב בנים מצביע על מצב קשה יותר מאשר התנהגות הרסנית, ולהפך בקרב בנות.

קיים שוני בין בנים לבנות בחומרת הפסיכופתולוגיה של דיכאון ובצורת הביטוי שלה [9]. הפסיכופתולוגיה בבנות קשה יותר מאשר בבנים; הן מפנימות את מצוקותיהן ומבטאות אותן בחרדה [11,10,7] ובדיכאון [12,11,7]. דיכאון גם שכיח יותר בבנות; בקרב אוכלוסיית בני-נוער בבתי-ספר תיכון בשבדיה לקן בדיכאון 14.2% מהבנות לעומת 4.8% מהבנים [12]. בנוסף לכך, בנים נוטים יותר במצב מצוקה להתנהגות מוחצנת, קרי הפרעות התנהגות, הסתבכות עם החוק [10,7] וניצול לרעה של חומרים [11].

תסמינים פסיכופתולוגיים רבים באוכלוסייה הכללית הקשורים עם דיכאון אופייניים יותר לבנות מאשר לבנים. בנות לוקות בשיעור גבוה יותר בתסמינים כמו ביטחון עצמי נמוך [10], בעיות בדימוי הגוף [7], תחושת חוסר-משיכה, פסימיזם, תחושת כישלון, חוסר שביעות-רצון, תחושות אשמה עצמית, כלי, רגזנות, נסיגה חברתית, הססנות, דאגה לבריאות ואיבוד עניין בבני המין השני [12].

באשר לתסמינים גופניים כמו הפרעה בכושר העבודה (work impairment), הפרעות שינה, עייפות וחוסר תיאבון, ההבדלים בין בנים לבנות פחות בולטים בהשוואה לתסמינים הקוגניטיביים [12]. כמו-כן, תסמינים פסיכוסומטיים אופייניים יותר לבנות [6]. פחד ממוות או מפגיעה עצמית אופייני יותר בבנות, ואילו פחד מדחייה חברתית בשל ניסיון התאבדות אופייני יותר בבנים. הבדלים אלו יכולים להסביר מדוע בנות מוגנות מפני התאבדות בהשוואה לבנים. המקור להבדלים הללו בין בנים לבנות אינו ברור. ייתכן כי הם קשורים בהשפעות תרבותיות וחברתיות או בהבדלים גנטיים.

הבדלים אפידמיולוגיים בין המיגדרים בשיעור התנהגות אובדנית

תוצאות מחקרים שבוצעו במדינות המערב, בעיקר בצפון-אמריקה ובמערב-אירופה, מדגימות הבדלים אפידמיולוגיים ניכרים בהתנהגות אובדנית בין בנים לבנות. במאמר סקירה על נושא זה כינו Canetto ו-Sakinofsky [13] תופעה זו בשם 'הפרדוקס המיגדרי' של התנהגות אובדנית. מחד-גיסא, מחשבות אובדניות וניסיונות

ת ק צ י ר

התאבדות היא הגורם השני בשכיחותו לתמותה בקרב צעירים ומהווה בעיה קשה לבריאות הציבור. קיימים הבדלים אפידמיולוגיים בהתנהגות אובדנית בין בנים לבנות, ואלה כונו 'הפרדוקס המיגדרי'. מחד-גיסא, מחשבות אובדניות וניסיונות אובדנות אופייניים יותר לבנות; מאידך-גיסא, שיעור הבנים הנפטרים מהתאבדות עולה על זה של הבנות. בעוד שבנושא זיהוי גורמי-סיכון להתנהגות אובדנית הוקדשו עבודות רבות, הרי שבסוגיית ההבדלים בהקשר זה בין המיגדרים לא בוצעו מחקרים רבים. בסקירה זו יובאו ההבדלים בהתנהגות אובדנית בין בנים לבנות בגיל הילדות וההתבגרות, תוך התייחסות להבדלים בכלל בין המיגדרים. יסקרו ההבדלים בין המיגדרים מבחינת גורמי-הסיכון, ותהיה התייחסות לגישה החברתית, תלויית-המיגדר, כלפי התנהגות אובדנית. זיהוי גורמי-הסיכון של כל מיגדר בנפרד כחלק בהתנהגות אובדנית יסייע להבין מדוע שיעור ניסיונות האובדנות גבוה יותר בקרב בנות ושיעור התמותה נמוך יותר בהשוואה לבנים. דיון זה חיוני לתיכנון תוכניות למניעת אובדנות.

ה ק ד מ ה

התאבדות היא גורם המוות השני בשכיחותו בקרב בני-נוער ומבוגרים צעירים [1-3]. לפיכך, היא מהווה בעיה קשה לבריאות הציבור. מספר ניסיונות ההתאבדות המדווחים למערכת הבריאות מהווים חלק קטן בלבד מהתופעה [4,5], ולכן המצב מדאיג אף יותר. מאחר שניסיונות התאבדות מהווים גורם חיוני לתמותה מהתאבדות או עלולים כשלעצמם לגרום נזק בריאותי, הרי שחקר התופעה הוא בעל חשיבות עליונה. עד כה התמקדו החוקרים בנושא ההתנהגות האובדנית בעיקר בהבנת גורמי-הסיכון.

מאחר שקיימים הבדלים משמעותיים באפידמיולוגיה של התנהגות אובדנית בין בנים לבנות — הבדלים שכונו 'הפרדוקס המיגדרי' — חשוב לעמוד על ההבדלים בין המיגדרים מבחינת גורמי-הסיכון להתנהגות אובדנית. במאמר זה יסקרו ההבדלים באפידמיולוגיה של התנהגות אובדנית בין המיגדרים, ויפורטו גורמי-הסיכון להתנהגות אובדנית לגבי כל קבוצה בנפרד.

הבדלים בתסמינים בין המיגדרים באוכלוסייה שאינה אובדנית

לצורך הבנת ההבדלים בין בנים לבנות עם התנהגות אובדנית, חשוב לעמוד על ההבדלים בין המיגדרים באוכלוסיית הנוער הכללית. ייתכן כי חלק מהמדדים הפסיכופתולוגיים שנמצאו

Key words: gender; suicide; suicide attempts; adolescence; depression.

הפרדוקס, קרי בנות מובילות בשיעור ניסיונות ההתאבדות. מסך- כל הילדים והמתבגרים שפנו לחדר-מיון במרכז הרפואי שיבא בין השנים 1984-1994 עקב ניסיון התאבדות, היה שיעור הבנות 83.7% [26].

הבדלים בין המיגדרים בגורמי-הסיכון להתנהגות אובדנית

מחקרים רבים בוצעו לצורך זיהוי הגורמים להתנהגות אובדנית. גורמי-הסיכון שנמצאו קשורים עם התנהגות אובדנית:

- 1) בעיות חברתיות-כלכליות [17].
- 2) רקע של הפרעות פסיכיאטריות: דיכאון [27,20]; הפרעות חרדה [17]; הפרעת התנהגות [14]; הפרעת אישיות גבולית [28]; צריכת אלכוהול וסמים [17]; מחשבות אובדניות וניסיון התאבדות קודם [8]; אנאמנזה משפחתית של הפרעה פסיכיאטרית [28].
- 3) מדדים פסיכופתולוגיים — דיכאון [27]; תוקפנות; התנהגות הרסנית; כעס; אלימות; אימפולסיביות [29].
- 4) אירועי חיים בעייתיים [30].
- 5) מנגנוני הגנה שאינם מפותחים [31].

גורמי-הסיכון הללו הם בעלי משקל שונה בין המיגדרים:

1) שיטת ההתאבדות

על-פי תוצאות מחקרים שבוצעו לאחר המוות, האמצעים השכיחים ביותר לביצוע מעשה התאבדות הם קטלניים, כגון כלי-נשק וחבל תלייה. יחד-עם-זאת, שיעור גבוה יותר של בנים שהתאבדו ביצעו זאת בשיטות בלתי-הפיכות, ושיעור גבוה של בנות התאבדו בנטילת מנת-יתר של תרופות [19]. ההבדלים בשיטת ההתאבדות בין המיגדרים פחות בולטים בקרב בני-נוער מאשר בקבוצות גיל מבוגרות יותר [32]. Groholt וחב' [32] מסבירים את העלייה שחלה בשנים האחרונות בקרב בנות בהתאבדות כאמצעות כלי-נשק כביטוי לסיגול התנהגות גברית יותר.

השיטה המועדפת לביצוע ניסיון התאבדות היא בליעת חומרים מזיקים, אולם בנות נוקטות בשיטה זו באופן מובהק יותר מאשר בנים [20]. לפי Rich וחב' [11], מאחר שבנות חוששות יותר ממוות ומפגיעה עצמית, הן בוחרות בשיטות התאבדות פחות קטלניות, ולכן שיעורי התמותה מהתאבדות שלהן יותר נמוכים. אולם לא נמצא הבדל כוונת ניסיון ההתאבדות בין המיגדרים [22,19,14]. לפיכך, לא ניתן להסביר את העובדה שמרבית ההתאבדויות נעשות על-ידי בנים בכך שיש להם כוונות רציניות יותר למוות.

2) פסיכופתולוגיה

א' דיכאון והפרעות במצב-הרוח
הפרעה במצב-הרוח מהווה הן בבנים והן בבנות גורם-סיכון לניסיונות התאבדות [20,17] ולתמותה מהתאבדות [33,32,19]. במספר מחקרים הודגם, כי דיכאון רבא (major depression) היה שכיח יותר בבנות שהתאבדו [34,33]. במחקר לאחר המוות שבוצע על-ידי Shaffer וחב' [33], נמצא כי מבין המתאבדים 56%

התאבדות שכיחים יותר בבנות [9, 14-18], ומאידך-גיסא, שיעור התמותה מהתאבדות גבוה יותר בבנים [9,5,2].

מחשבות אובדניות אופייניות יותר לבנות מאשר לבנים [11,14,10]. Murphy ו-Simons מצאו [10], כי מתוך אוכלוסיית תלמידי תיכון, 46% מהבנות דיווחו על מחשבות אובדניות לעומת 32% מהבנים. במחקר שבוצע בשבדיה [12] ושנכללו בו 2,270 תלמידי תיכון, נמצא כי 20% מהבנות לעומת 6% מהבנים דיווחו על מחשבות אובדניות. בקרב אוכלוסיית בני-נוער המאושפזים במוסדות פסיכיאטריים נמצא כי התופעה נפוצה אף יותר, אולם ללא הבדל מובהק בין המיגדרים בשכיחות המחשבות האובדניות: 43.2% מהבנים ו-40.3% מהבנות דיווחו על מחשבות אובדניות בחצי שנה שלפני כן [20].

שיעור הבנות מקרב בני-הנוער המנסים להתאבד עולה על שיעור הבנים. במאמר סקירה על מחקרים בנושא דיווחה Weissman [21] על יחס של 1:1.3:3 בניסיונות התאבדות של בנות ובנים.

מתוצאות רוב המחקרים שבוצעו באוכלוסייה בקהילה [17,14], באוכלוסיית בית-חולים כללי [23-22] ובאוכלוסיית מאושפזים פסיכיאטריים [24,20], ניתן ללמוד כי בנות מנסות להתאבד בשיעור הגבוה פי 2-3 מאשר בנים. במחקר קהילתי גדול שביצעו Lewinson ו-Andrews [14], 10.1% מהבנות לעומת 3.8% מהבנים ניסו להתאבד [14]. במחקר של Larsson ו-Ivarsson על נוער באישפוז פסיכיאטרייה, נמצא כי 33% מהבנות ו-13% מהבנים ביצעו ניסיון התאבדות טרם אישפוזם, ו-70% מהבנות ו-26% מהבנים ביצעו ניסיון התאבדות במהלך חייהם [24]. למרות ששיעור ניסיונות ההתאבדות בקרב בנות גבוה יותר, שיעור גבוה יותר של בנים נפטרים מניסיון התאבדות [19,13]. מנתונים שדווחו ל-WHO ונותחו על ידי Canetto ו-Sakinofsky [13], נמצא כי שיעור התמותה של בנים מהתאבדות גבוה פי חמש לערך מאשר בבנות [13].

הבדלים אפידמיולוגיים בין המיגדרים בישראל בשיעור התנהגות אובדנית

בדומה למדווח בעולם, מודגמים בישראל הבדלים תלוי-מיגדר בשיעורי התנהגות אובדנית בבני-נוער. Kohn וחב' [25] סקרו את שיעור התמותה מהתאבדות בישראל בין השנים 1975-1989. ההבדלים בין בנים לבנות במיגור היהודי היו גבוהים יותר בגיל צבא ונמוכים יותר בגיל צעיר יותר: בגילאי 15-17 היה היחס בין בנים לבנות שהתאבדו 1:1.5, ואילו בגילאי 18-20 היה היחס בין בנים לבנות 1:3. נתונים דומים על שיעור התאבדות גבוה יותר בקרב בנים נמצאו בקרב האוכלוסייה הדרוזית. בקרב ערבים-מוסלמים וערבים-נוצרים לא נמצאו הבדלים בולטים בין בנים לבנות בשיעור התמותה מהתאבדות. אולם לאורך זמן שיעור התמותה מהתאבדות בקרב בנים מוסלמים עלה, בעוד שבבנות מוסלמיות חלה ירידה. על-פי ניתוח נתונים מהלישכה המרכזית לסטטיסטיקה, שיעור ההתאבדויות של בנים צעירים בישראל גבוה פי 4 מאשר בקרב בנות צעירות [1]. שיעור ההתאבדות הגבוה ביותר בישראל נמדד בקרב צעירים יהודיים בגילאי 18-21 שנה. ישראל דומה למדינות המערב גם בהקשר לזרוע השנייה של

צריכת אלכוהול וסמים – במחקרים שבוצעו בנושא התאבדות בקרב בני-נוער לא נמצאו הבדלים מובהקים בין בני לבנות בשכיחות צריכת אלכוהול לפני ההתאבדות או בהתאבדות תחת השפעת אלכוהול [34,32]. על-פי Shaffer וחב' [33] היוותה צריכת אלכוהול וסמים גורם-סיכון להתאבדות בבנים אך לא בבנות, בעוד שעל-פי מימצאיהם של Brent וחב' [19] היוותה צריכת אלכוהול וסמים גורם-סיכון לשני המיגדרים [19].

ג' חרדה והפרעות חרדה לא נמצאו כמעט הבדלים בשכיחות הפרעות החרדה בין בנות לבנים שהתאבדו [33]. כמו-כן, הפרעת חרדה נמצאה קשורה בניסיונות אובדנות הן בבנים והן בבנות [17].

ד' הפרעות פסיכופתולוגיות אחרות הפרעת אישיות גבולית נמצאה שכיחה יותר בבנות שהתאבדו מאשר בבנים שהתאבדו [34].

באוכלוסייה כללית הייתה הופעת תסמינים פסיכוסומטיים אופיינית יותר בקרב בנות. יחד-עם-זאת, נוכחות תסמינים פסיכוסומטיים נמצאה כמבדילה בין בנים אובדניים לבנים שאינם אובדניים בשיעור גבוה יותר מאשר בין בנות אובדניות לבנות שאינן אובדניות [6].

3) ניסיונות אובדנות קודמים

בקרב בני-נוער שהתאבדו היה ניסיון אובדנות קודם שכיח יותר בבנות מאשר בבנים [34,32].

Marttunen וחב' [34] מצאו, כי 63% מהבנות שהתאבדו לעומת 30% מהבנים שהתאבדו ביצעו ניסיון התאבדות קודם. אולם בהשוואה לאוכלוסייה בריאה היו ניסיונות התאבדות גורמי-סיכון להתאבדות הן בבנים והן בבנות [33,19].

במחקר בנושא בני-נוער שהגיעו לבית-חולים כללי בהלסינקי בשל ניסיון אובדנות, לא נמצא הבדל מובהק בין המיגדרים בשכיחות ניסיונות התאבדות קודמים [22]. Lewinsohn וחב' [36] עקבו אחר מתבגרים מבתי-ספר באורגון לאורך זמן. הם הדגימו שהתנהגות אובדנית (מחשבות וניסיונות התאבדות) בגיל הילדות וההתבגרות ניבאה ניסיון אובדנות בבנות בלבד.

4) הבדלים בטיפול

קיים שוני בטיפול שבנים מקבלים לאחר ניסיון אובדני לעומת הטיפול שמקבלות בנות.

Gasquet ו-Choquet [6] בדקו המלצות שניתנו בשיחרור בני נוער מבית-חולים כללי לאחר ניסיון אובדנות. בנים הופנו יותר מבנות לאישפוז פסיכיאטרי והומלץ להם יותר על המשך טיפול תרופתי. אולם לא היה הבדל בין המיגדרים בהפניה להמשך טיפול מקצועי שלא במסגרת אישפוז. ייתכן כי ניסיון התאבדות בקרב בנים נתפס כמסכן-חיים יותר מזה של בנות.

לעומת זאת, במחקר אחר שבוצע בקרב בני-נוער אובדני בבית-חולים כללי בהלסינקי, לא נמצא הבדל בהפניה לטיפול פסיכיאטרי בין בנים לבנות, למרות מצבם הנפשי הקשה יותר של הבנים [22]. כמו-כן, אנאמנזה של טיפול פסיכיאטרי הייתה שכיחה באותה מידה בבנות שהתאבדו לעומת בנים שהתאבדו [32].

מהבנות לעומת 26% מהבנים לקו בדיכאון רבא. בדומה מצאו Marttunen וחב' [34], כי 37% מהבנות שהתאבדו לקו בדיכאון רבא.

במחקרם של Groholt וחב' [32], לעומת זאת, בוצעה השוואה של מקרי התאבדות בקרב בני-נוער בנורבגיה בהשוואה לאוכלוסיית נוער כללית. הם לא מצאו הבדלים בשכיחות ההפרעות במצב-הרוח בין בנים לבנות שהתאבדו, למרות שבהשוואה לאוכלוסיית נוער כללית נמצא כי בנות לוקות בדיכאון בשיעור גבוה יותר מבנים. מימצא זה נתמך בתוצאות מחקרים, שהודגם בהם כי הקשר בין דיכאון לניסיון התאבדות הוא חזק יותר בבנים [15,6].

ייתכן כי ההבדלים בתוצאות המחקרים השונים נובעים מאוכלוסיות מחקר שונות או מהתייחסות לדיכאון כמדד פסיכופתולוגי לעומת הפרעה פסיכיאטרית.

ב' הפרעת התנהגות תוקפנית ואימפולסיביות

במחקר של Brent וחב' [19] מסוג נתיחה פסיכולוגית לאחר המוות הודגם, כי הפרעת התנהגות (conduct/antisocial disorder) הייתה שכיחה יותר בבנים שהתאבדו [19]. Marttunen וחב' [34] לא מצאו במחקרם הבדלים מובהקים בין בנים לבנות שהתאבדו מבחינת השכיחות של הפרעה אנטי-חברתית (conduct disorder) והפרעת אישיות אנטי-חברתית. בהשוואה לנוער בריא, הפרעת התנהגות היוותה גורם-סיכון להתאבדות בקרב בנים בלבד [19].

במחקרים על בני-נוער שביצעו ניסיונות אובדנות הודגמו תוצאות שונות וסותרות. במחקרם של Wannan ו-Fombonne [15] נבדקו גורמי-סיכון לניסיונות אובדנות בקרב 5,426 בני-נוער עם הפרעות פסיכיאטריות באישפוז יום. הם מצאו כי התנהגות אנטי-חברתית היוותה גורם-סיכון לניסיון התאבדות בבנות בלבד. Lewinsohn ו-Andrews [14] לא מצאו הבדלים בחשיבות של הפרעת התנהגות כגורם-סיכון לניסיון אובדנות.

Groholt וחב' [32] הציעו, כי בנים שמתאבדים הם אימפולסיביים יותר מבנות שמתאבדות. זאת ניתן ללמוד מכך שכתבת מכתב פרידה וניסיונות אובדנות קודמים פחות אופייניים לבנים.

באוכלוסיית נוער עם בעיות פסיכיאטריות היוותה התנהגות תוקפנית גורם-סיכון לניסיונות אובדנות בבנות בלבד [20]. לעומת-זאת, בתוצאות של מחקר קהילתי [17] הודגמו תוצאות הפוכות, קרי התנהגות תוקפנית היוותה גורם-סיכון להתנהגות אובדנית בבנים בלבד.

במחקר שבוצע בנושא נוער אובדני בבית-חולים כללי בהלסינקי, הודגם כי לבנים היו יותר בעיות חברתיות, קשיי הסתגלות ורמת תפקוד ירודה בהשוואה לבנות. בעקבות זאת הם השתתפו בשיעור גבוה יותר במעשי פשע ואלומות, ובהתנהגויות עם פוטנציאל להרס עצמי [22]. כמו-כן, בנים שהתאבדו לקו בשיעור גבוה יותר של בעיות משמעת ועבריינות לעומת בנות שהתאבדו [19]. בעבודה שבוצעה על-ידינו [35] בקרב נוער מאושפז בבית-חולים פסיכיאטרי, נמצא קשר בין הגן לנשא לסרוטונין (serotonin transporter promoter) לבין התנהגות אלימה ותוקפנית במתבגרים אובדניים, אולם לא נמצא קשר בין המיגדר לבין גן זה.

5) מצבי דחק ואירועים מקדימים

כישלון בלימודים מהווה גורם-סיכון לניסיון התאבדות בעיקר בקרב בנים [6]. בהשוואה בין בנים שניסו להתאבד לבנות שניסו להתאבד, היה שיעור הלומדים בבית-הספר נמוך יותר בבנים, ולעתים קרובות בנים לא עסקו בפעילות יומית קבועה (כמו עבודה או לימודים) [22]. בעיית תעסוקה היא גורם-סיכון למחשבות אוברדניות בבנים בלבד [34,32,10].

במחקרם של Groholt וחב' [32] בנושא בני-נוער שהתאבדו בנוורבגיה, הודגם כי הבנים והבנות חוו אותו מספר של אירועים מקדימים בשבועיים טרם מעשה ההתאבדות. בשניהם האירועים השכיחים ביותר היו אובדן של קרוב או קונפליקט בין-אישי. הבנות חוו בשכיחות גבוהה יותר מהבנים קונפליקטים עם ההורים. לא נמצא הבדלים בשכיחות אכזבות על רקע רומנטי, קונפליקטים עם בני אותו גיל או בעיות עם החוק [32].

לגבי מצבי דחק בשנה שקדמה להתאבדות, לא נמצאו הבדלים בין המיגדרים במספר מצבי הדחק או בסוג שלהם (נבדקו מצבי הדחק הבאים: בעיות במערכת יחסים עם בן-או בת-הזוג, בעיות עם ההורים, בעיות עם בני אותו גיל, בעיות בבית-הספר או בעבודה, מוות של אדם קרוב, בעיות עם החוק, מחלות סומטיות ועוד). עבור שני המינים מצבי הדחק השכיחים היו בעיות במשפחה ובעיות פסיכו-חברתיות [32].

במחקרם של Brent וחב' [19] היו מימצאים דומים; לא הודגמו הבדלים משמעותיים באירועי החיים שקדמו להתאבדות בבנים לעומת בנות [19]. בניגוד למימצאים אלו על מקרי התאבדות, בקרב אוכלוסיית בני-נוער שביצעו ניסיונות התאבדות נמצאה נוכחות של אירוע מקדים בשכיחות גבוהה יותר בקרב בנות. שיעור גבוה יותר של בנות דיווחו כי ניסיון ההתאבדות שלהם היה תגובה לקונפליקט או לאירוע טראומטי [22]. במחקר על נוער אוברדני מאושפז במוסדות פסיכיאטריים נמצאו מספר הבדלים בין המיגדרים במצבי דחק ואירועים מקדימים, אולם הם לא היו מובהקים בדגם הסטטיסטי הסופי [20].

6) מנגנוני הגנה

לא נמצאה השפעה של המין על ההבדלים בהסתייעות במנגנוני הגנה בין נוער אוברדני לנוער שאינו אוברדני [31].

7) היבטים חברתיים של התנהגות אוברדנית

הבדלים חברתיים ותרבותיים בין שני המיגדרים הם נושא רגיש וטעון, ועל כן מיעטו לעסוק בו בספרות המקצועית. בכל זאת נדונה סוגייה זו מההיבט החברתי שלה. בחלק מעבודות אלו התייחסו החוקרים לאוכלוסיית מבוגרים, אולם אנו סבורים כי הן תקפות גם לגבי אוכלוסיית בני-נוער. לפי Canetto וחב' [37,13,11,9], ההבדלים בשיעורי ההתאבדויות וביחס של נשים: גברים שהתאבדו במדינות ובתקופות שונות, נעוצים בהשפעות תרבותיות על דפוסי התנהגות אוברדנית. החלטתו של אדם במצוקה לפעול בצורה אוברדנית, סוג התנהגותו האוברדנית והתנאים בהם מבוצעת פעולה זו, תלויים במה שנתפס כמקובל בחברה ובתרבות בה הוא חי. גישה חברתית שונה להתנהגות אוברדנית כלפי גברים

לעומת נשים מגנה על זכרים מפני ניסיונות אוברדנות, אך חושפת אותם לתמותה מהתאבדות, ולהפך לגבי נשים. על-פי קנטו וחב', נתפסים ניסיונות התאבדות בתרבות המערבית כביטוי לחולשה, בעיקר אם מבצעים אותם גברים. לדבריהם, גברים אינם חופשיים להביע כעס ותיסכול על-ידי ניסיון התאבדות, והם גם חוששים יותר מאי-קבלה חברתית בשל ניסיון אוברדנות. מחד-גיסא, החשש מאות קלון חברתי מרתיע גברים מלנסות להתאבד, ומאידך-גיסא, אם הם בכל זאת מחליטים לפעול בצורה אוברדנית, ההניעה שלהם 'להצליח' בכך גבוהה יותר. הגישה של קבלת ניסיון לאוברדנותו מצידן של נשים אם הוא אינו מצליח, מגנה על נשים ממוות מהתאבדות.

ייתכן שצורת החשיבה, התכונות ומאפייני מערכות-היחסים של נשים מגנים עליהן מפני התאבדות בניגוד לגברים החסרים מאפיינים אלה [37]. מרפי מציינן בסקירתו [37], כי נשים חושבות בצורה כוללת יותר ומביאות בחשבון משתנים רבים בתהליך קבלת ההחלטות. חוסר החלטיות זה מגן עליהן לטענתו מפני מעשה בלתי הפיך כמו התאבדות. הן חופשיות יותר לשנות את דעתן ואף עשויות להציל את עצמן במהלך ניסיון אוברדנות. כמו-כן, הן מסתייעות במערכות-יחסים בין-אישיות כדי לעבד חוויות ורגשות לא נעימים. הן חשות בנוח להתייעץ ולבקש עזרת חברים או אנשי-מקצוע. תופעה זו מכונה בספרות המקצועית חשיפה עצמית (self-disclosure). מחברי מאמר זה סבורים, כי ההבדלים בחשיפה העצמית בין המיגדרים מהווים גורם משמעותי בהבדלי המיגדר בהקשר להתנהגות אוברדנית [38]. לדבריהם, בניגוד לנשים, גברים מפשטים רעיונות ומעריכים החלטיות ועצמאות. חשיפת רגשות ובקשת עזרה נתפסות בקרב גברים כביטוי לחולשה ולכישלון [37]. בדידות חברתית מונעת מהם לבקש סיוע [11]. כמו-כן הם יבחרו בצורת התנהגות אוברדנית ובשיטת התאבדות קטלניות, קרי בלתי הפיכות.

לסיכום, קיימים הבדלים ברורים בין המיגדרים בנוגע להתנהגות שאינה אוברדנית ולתסמינים נפשיים. הבדלים אלה בולטים אף יותר בהקשר להתנהגות אוברדנית, הכוללת ניסיונות אוברדניים והתאבדות. להבדלים האפידמיולוגיים באוברדנות שכונו 'הפרדוקס המיגדרי' ניתנו מספר הסברים על-פי נתוני מחקרים אמפיריים. אולם פעמים רבות קיימות סתירות בין מימצאי מחקרים שונים בנושא. בסקירה זו הודגמו ההבדלים הידועים בין המיגדרים מבחינת גורמי-הסיכון להתנהגות אוברדנית, הן בילדים והן בבני-נוער. מהמימצאים שהובאו במאמר זה, נראה כי תופעות האופייניות יותר למיגדר אחד אך באות לידי ביטוי בבין-המין השני מעלות את הסיכון להתנהגות אוברדנית. לדוגמה, היעדר חשיפה עצמית גבוהה האופיינית יותר לבנות ומפחיתה בדרך-כלל את הסיכון להתאבדות, יכולה להוות גורם סיכון משמעותי בחלק מהבנות. תוצאות מחקרים נוספים בעתיד בשאלת ההבדלים באוברדנות בין המיגדרים תאושנה או תסתורנה השערות אלה. זיהוי גורמי-הסיכון להתנהגות אוברדנית של כל אחד מהמיגדרים בנפרד תסייע להבין מדוע יותר בנות מבנים מנסות להתאבד, אך הן מוגנות יחסית מפני שיעור התמותה מהתאבדות. דבר זה יאפשר לתכנן תוכניות מנע ראשוניות לבנים ובנות להפנות כל אחד מהמיגדרים לטיפול ייחודי המתאים לו.

ב י ב ל י ו ג ר פ י ה

1. *Wilf-Miron R, Nathan K, Sikron F & Barrell V*, Trends in youth mortality in Israel, 1984-1995. *IMAJ*, 2001; 3: 610-614.
2. *Diekstra RFW*, The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 1993; 371: 9-20.
3. World Health Statistics Annual 1995, World Health Organization, Geneva 1996.
4. *Smith K & Crawford S*, Suicidal behavior among "normal" high school students. *Suicide Life-Threat Behav*, 1986; 16: 313-325.
5. *Andrus JK, Fleming DW, Heumann MA & al*, Surveillance of attempted suicide among adolescents in Oregon 1988. *Am J Public Health*, 1991; 81: 1067-1069.
6. *Gasquet I & Choquet M*, Gender role in adolescent suicidal behavior: observations and therapeutic implications. *Acta Psychiatry Scand*, 1993; 87: 59-65.
7. *Ostrov E, Offer D & Howard KI*, Gender differences in adolescent symptomatology: a normative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1989; 28,3: 394-398.
8. *Reinherz HZ, Giaconia RM, Silverman AB & al*, Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *J Am Acad Adolesc Psychiatry*, 1995; 34,5: 599-611.
9. *Canetto SS*, Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide Life-Threat Behav*, 1997; 27: 339-351.
10. *Simons RL & Murphy PI*, Sex differences in the causes of adolescent suicide ideation. *J Youth Adoles*, 1984; 14,3: 423-434.
11. *Rich AR, Kirkpatrick-Smith J, Bonner RL & Jans F*, Gender differences in the psychosocial correlates of suicidal ideation among adolescents. *Suicide Life-Threat Behav*, 1992; 22,3: 364-373.
12. *Olsson G & Von Knorring AL*, Becks depression inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences. *Acta Psychiatry Scand*, 1997; 95,4: 277-282.
13. *Canetto SS & Sakinofsky I*, The gender paradox in suicide. *Suicide Life-Threat Behav*, 1998; 28,1: 1-23.
14. *Andrews JA & Lewinsohn PM*, Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1992; 31,4: 655-662.
15. *Wannan G & Fombonne E*, Gender differences in rates and correlates of suicidal behavior amongst child psychiatric outpatients. *J Adolesc*, 1998; 21,4: 371-381.
16. *Garrison CZ, McKeown RE, Valois RF & Vincent ML*, Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students. *Am J Public Health*, 1993; 83: 179-184.
17. *Gould MS, King R, Greenwald S & al*, Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998; 37: 915-923.
18. *Joffe RT, Offord DR & Boyle MH*, Ontario child health study: suicidal behavior in youth age 12-16 years. *Am J Psychiatry*, 1988; 145,11: 1420-1423.
19. *Brent DA, Baugher M, Bridge J & al*, Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999; 38: 1497-1505.
20. *Pfeffer CR, Newcorn J, Kaplan G & al*, Suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1988; 27: 357-361.
21. *Weissman MM*, The epidemiology of suicide attempt, 1960-1971. *Arch Gen Psychiatry*, 1974; 30: 737-746.
22. *Kotila L & Lonnquist J*, Adolescent suicide attempts: sex differences predicting suicide. *Acta Psychiatry Scand*, 1988; 77: 264-270.
23. *Garfinkel BD, Froese A & Hood J*, Suicide attempts in children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 1982; 139,10: 1257-1261.
24. *Larsson B & Ivarsson T*, Clinical characteristics of adolescent psychiatric inpatients who have attempted suicide. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 1998; 7: 201-208.
25. *Kohn R, Levav I, Chang B & al*, Epidemiology of youth suicide in Israel. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997; 36, 11: 1537-1542.
26. *Iancu I, Neal Lauffer, Dannon PN & al*, A general hospital study of attempted suicide in adolescence: age and method of attempt. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 1997; 34,3: 228-234.
27. *Lewinsohn PM, Rohde P & Seeley JR*, Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993; 32: 60-68.
28. *Carlson GA & Abbott SF*, Mood disorders and suicide. In: *Kaplan HI & Sadock BJ*, (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams & Wilkins, 1995, sixth edition; vol 2, chapter 44, pp 2384-2388.
29. *Stein D, Apter A, Ratzoni G & al*, Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998; 37,5: 488-494.
30. *Wild EJ de, Kienhorst ICWM, Diekstra RFW & al*, The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *Am J Psychiatry*, 1992; 149,1: 45-51.
31. *Apter A, Gothelf D, Offer R & al*, Suicidal adolescents and ego defense mechanisms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997; 36,11: 1520-1527.
32. *Groholt B, Ekeberg P, Wichstrom L & Haldorsen T*, Sex differences in Adolescent suicides in Norway, 1990-1992. *Suicide Life-Threat Behav*, 1999; 29: 295-308.
33. *Shaffer D, Gould MS, Fisher P & al*, Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 1996; 53: 339-348.
34. *Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM & al*, Suicide among female adolescents: characteristics and comparison with males in the age group 13 to 22 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995; 34: 1297-1307.
35. *Zalsman G, Frisch A, Bromberg M & al*, Family-based association study of serotonin transporter promoter in suicidal adolescents: no association with suicidality but possible role in violence traits. *Am J Med Genet*, 2001; 105: 239-245
36. *Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR & Baldwin CL*, Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001; 40: 427-434.
37. *Murphy GE*, Why women are less likely than men to commit suicide. *Compr Psychiatry*, 1998; 39: 165-175.
38. *Apter A, Horesh N, Gothelf D & al*, Relationship between self-disclosure and serious suicidal behavior. *Compr Psychiatry*, 2001; 42: 70-75.