

VERONICA MIHAILOV

**FENOMENUL AUTODISTRUCTIV
LA COPII ȘI ADOLESCENȚI –
EVALUARE, PREVENȚIE, INTERVENȚIE**



Chișinău - 2017

MINISTERUL EDUCAȚIEI AL REPUBLICII MOLDOVA
ACADEMIA DE ȘTIINȚE A MOLDOVEI
INSTITUTUL DE ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI

VERONICA MIHAILOV

**FENOMENUL AUTODISTRUCTIV
LA COPII ȘI ADOLESCENȚI –
*EVALUARE, PREVENȚIE, INTERVENȚIE***

SUPORT METODOLOGIC

Chișinău – 2017

CZU 37.015.3

M 69

**Aprobată spre editare de *Consiliul Științifico-Didactic*
al Institutului de Științe ale Educației**

Lucrarea este elaborată în cadrul Proiectului
*Mecanisme și metodologii de consultanță și consiliere a procesului
de dezvoltare a personalității elevului în contextul sociocultural modern.*

Director de Proiect: AGLAIDA BOLBOCEANU, *doctor habilitat, profesor cercetător*

Recenzenți:

Viorica ANDRIȚCHI – *dr. hab., conf. univ., IȘE.*

Svetlana RUSNAC – *dr., conf. univ., ULIM.*

Tatiana VASIAN – *dr.*

Veronica CALANCEA – *psiholog clinician, IMSP SCR, Președinta
Asociației „BALINT”.*

Redactori:

Stela LUCA

Victor ȚÂMPĂU

Redactor tehnic:

Maria BONDARI

ISBN 978-9975-48-112-0

© Institutul de Științe ale Educației, 2017

ARGUMENT

Lucrarea de față, realizată în cadrul sectorului *Asistența Psihologică în Educație* al Institutului de Științe ale Educației, își propune să soluționeze una dintre problemele stringente ale societății de astăzi – cea a copiilor și adolescenților care nimeresc tot mai frecvent în situații de viață extreme, dificile.

Trăim astăzi într-o societate globalizată, plină de evenimente generatoare de crize, atât la nivel social, cât și la nivel familial, școlar sau individual.

Abordarea clinică, teoretică și terapeutică a unei conduite autodistructive a cunoscut o profundă evoluție în ultimii ani, evoluție pe care această lucrare intenționează să o prezinte.

Teoriile cu privire la problematica suicidară, prin sinteze, concluzii, recomandări, își găsesc astăzi aplicabilitatea la copil și adolescent. Procesul creșterii și dezvoltării copilului și adolescentului, trebuie privit ca factor de vulnerabilitate ascendentă, fiind în același timp indispensabil normalității. Problematika vulnerabilității este corelată atât cu fenomenul suicidar, cât și cu factorii biologic, psihologic și social.

Fenomenul suicidar include condițiile necesare pentru atribuirea statutului de sistem prin elemente, relații, finalități și semnificații. Nu există un model care să releve determinarea situațională și individuală a actului suicidar, variațiile individuale fiind greu de cuantificat. Aspectele teoretico-științifice ale fenomenului suicidar stabilesc diferite caracteristici care indică o conduită autodistructivă.

Obstacolele majore în prevenția conduitei autodistructive constau în existența unor convingeri și atitudini eronate față de suicid. Cunoașterea specificului la abordarea riscului suicidar vine în contradicție cu convingerile și atitudinile stereotipe. Unul dintre obiectivele programelor de prevenție, la nivel comunitar, este acceptarea suicidului ca o problemă reală a copiilor și adolescenților.

Cunoașterea factorilor de risc, a factorilor protectivi și indiciilor riscului suicidar, precum și aplicarea strategiilor de reglare în conduita deliberat autodistructivă ajută la etapa de prevenție.

Evaluarea și intervenția în situațiile de criză suicidară la copii și adolescenți capătă un contur distinctiv și fundamental în activitatea psihologului școlar (psihologului practician, consilierului).

Suportul metodologic este destinat cadrelor didactice și managerilor diferitor instituții de învățământ, părinților. Totodată, suportul metodologic poate fi util și prezenta interes pentru psihologii practicieni (consilieri, psihoterapeuți) care activează în servicii specializate de lucru cu copiii și adolescenții, precum și pentru profesorii din mediile academice prin formarea inițială și continuă a cadrelor didactice/manageriale etc.

Acest suport oferă repere teoretice, explică și comentează tehnici, mecanisme practice, avansează sugestii pentru activități aplicabile de prevenție și de evaluare a fenomenului suicidar la copii și adolescenți în Republica Moldova.

AUTORUL

CAPITOLUL I.

FENOMENUL SUICIDAR – SEMNIFICAȚII, CARACTERISTICI, INSTANȚE ȘI FINALITAȚI

1.1. Delimitări conceptuale ale fenomenului suicidar

Fenomenul suicidar îndeplinește condițiile necesare pentru atribuirea statutului de sistem, elemente, relații, finalități și semnificații. Nu există un model care să evedențieze determinarea situațională și individuală a actului suicidar, variațiile individuale fiind greu de cuantificat.

În *Dicționarul Explicativ al limbii române* termenul – „suicid” – are la bază franțuzescul *suicide*, fiind alcătuit prin contopirea a două cuvinte de origine latină: *sui*, „de sine” și *cidium*, „omorător, ucigător” [11, p. 993].

În *Dicționarul de psihologie Larousse*, suicidul este definit ca: „un act de ucidere a propriei persoane, act rațional executat în funcție de anumite considerații morale, sociale, religioase, filosofice sau personale, fie, dimpotrivă un act patologic care survine în acest caz în cursul evoluției unor afecțiuni mentale diverse sau al unei crize existențiale acute” [2, p. 1199].

Intenționalitatea gestului este subliniată în *The Oxford Illustrated Dictionary*, definind suicidul drept auto-suprimarea intenționată a vieții [7, p. 847].

Dacă am analiza toate definițiile sinuciderii, am observa că elementul cheie al acestora este reprezentat de *hotărârea de a muri*. Totuși, trebuie menționat că specialiștii sunt încă departe de a se pune de acord cu terminologia cea mai potrivită care să descrie o *conduită autodistructivă* termen ce o să-l folosim pe parcursul întregii lucrări.

Repertoriul conduitelor autodistructive sunt extrem de largi și de diverse, pornind de la simplul gând de a o termina cu viața până la pregătirea minuțioasă a unui plan de sinucidere și obținerea mijloacelor necesare pentru a o duce la bun sfârșit, de la tentativa de sinucidere și până la trecerea la actul propriu-zis, adică sinuciderea realizată.

Orice persoană are potențialul de a deveni suicidar când se confruntă cu situații care îi provoacă suferință emoțională din care simte că nu poate scăpa, că este fără sfârșit și de nesuportat. În ultimii ani, s-au impus expresiile *comportament suicidar fatal*, pentru a califica actele de suicidare care au ca rezultat moartea persoanei, și *comportament suicidar nonfatal*, când se referă la actele de suicidare care nu au ca rezultat moartea, deci la tentativele de sinucidere (expresie curentă în S.U.A.) sau la parasinucidere, ori act distructiv deliberat (terminologie curentă în Europa).

Actualmente, D. Cozman [8] menționează, că noțiunea de *suicid* tinde să fie înlocuită cu cea de *conduită suicidară*, care înglobează *suicidul reușit, tentativele de suicidare, ideile de sinucidere, sindromul presuicidar*.

G. Ionescu [16] enumeră și explică următoarele instanțe: *ideea de suicid, tentativa de suicid, suicidul disimulat (travestit), suicidul cronic, pulsivitatea suicidară și conduita suicidară*.

Ideea de suicid nu are cu necesitate un caracter patologic, ea poate apărea și în largă arie a normalității. Ea se conturează probabil în situații de criză, în condițiile în care individul nu are la dispoziție o modalitate de răspuns considerată satisfăcătoare.

Tentativa de suicid este actul suicidar ratat, eșuat. Ea a fost comparată cu un Ianus cu două fețe: o stare de disperare și dorința de neantizare pe de o parte și o chemare, un apel, un strigăt de ajutor pe de altă parte. Tentativele pot fi expresia unei pulsivități, pot avea caracter demonstrativ sau pot fi expresia unui act punitiv. Din punctul de vedere al veridicității lor, tentativele se pot plasa pe o axă bipolară, la extreme situându-se demonstrativitatea și deplina autenticitate. Oricât de demonstrativă ar părea, orice tentativă trebuie privită și abordată cu toată seriozitatea întrucât cel în cauză își poate curma viața din greșeală. Studiile au evidențiat că tentativele se întâlnesc de 8-10 ori mai frecvent la tineri decât la adulți și de aproximativ 10 ori mai frecvent la tinere decât la tineri. La vârsta adultă, tentativele sunt de 5-6 ori mai frecvente la femei decât la bărbați. Spre deosebire de suicidul propriu-zis, întâlnit în raport de 4 la 1 (bărbați-femei), această rată înaltă a tentativelor la sexul feminin raportată la rata suicidului reușit la sexul masculin amintește de afirmația „*femeile suferă de inimă și bărbații mor de infarct*”. Principalele caracteristici ale tentativelor sunt sistematizate de G. Ionescu astfel:

- apar mai ales al adolescenți și tineri;
- sunt mai frecvente mai ales al adolescente și tinere (comparativ cu adolescenții și tinerii de aceeași vârstă);
- majoritatea se desfășoară vespéral, spre deosebire de suicidul propriu-zis care se desfășoară de obicei matinal;
- aproximativ 40% tentative sunt sau au fost precedate de situații conflictuale, stresante, psihotraumatizante.

Suicidul disimulat sau (*suicidul travestit*) surprinde preocuparea celui care comite actul suicidar pentru sentimentele și stările celor din jur, în special a membrilor familiei. Actualmente, existența unui suicid lasă o grea povară asupra familiei, a prietenilor, a grupului profesional. Este o povară predominant morală, socială. Prevalența acestei forme de suicid nu este cunoscută, dar psihologii încearcă să depisteze și descifreze această formă prin realizarea autopsiei actului suicidar. Este un fel de anchetă asupra vieții insului din ultimul timp. Cel în cauză recurge la o disimulare pentru a nu lăsa o povară morală și socială prea mare asupra celor dragi, care deseori încearcă sentimente de autoculpabilitate. Suicidul travestiți este frecvent invocat în romane și în filme.

Parasuicidul sau *suicidul cronic* include următoarele situații:

- conduitele de risc, duse la extremă până la comportamentele aberante de asumare a riscului ce capătă valențe securizante, defensive;
- refuzul unor intervenții chirurgicale absolut necesare;
- refuzul unui tratament medical absolut necesar;
- continuarea consumului de droguri sau alcool în condițiile în care este evidentă degradarea fizică, psihică și profesională a persoanei.

Termenul de parasuicid a fost introdus în 1970 de către N. Kreitman și desemna orice lezare non-fatală sau ingerare de substanțe în exces sau chiar medicamente prescrise în exces. Este exclusă intoxicația acută cu alcool. Introducerea termenului de parasuicid restrânge la maximum aria termenului de tentativă de suicid care rămâne rezervat unor cazuri extrem de rare. Se presupune că la parasuicid apelează un individ ce posedă mecanisme reduse de inhibiție a autoagresiunii, acționând astfel în sensul oricăror impulsuri suicidare care pot surveni.

Pulsiunea suicidară explică suicidul ca expresie a unei tendințe irezistibile, greu reprimabile resimțite de individ spre a-și pune capăt vieții. Exemplele de acest gen anulează capitolele referitoare la alegerea formelor și a mijloacelor de suicid. Pulsiunea suicidară irezistibilă îl determină pe individ să recurgă la primul mijloc ce îi iese în cale. Ca orice pulsiune, și cea suicidară este trecătoare astfel încât individul odată salvat este surprins de actul întreprins.

Conduita suicidară este menționată mai ales în psihopatologia franceză și constă în acțiunile de pregătire, de rezizare a actului suicidar.

În opinia lui G. Ionescu [16], aceste situații frecvent invocate în literatură sunt rar întâlnite în viață. În cazul în care se poate vorbi de o conduită suicidară, autorul român consideră că din varietatea extremă a mijloacelor de autoliză, alegerea la care recurge suicidarul este determinată de numeroși factori printre care se numără: eficacitatea, rapiditatea, ușurința execuției, imitația, spectaculozitatea, păstrarea aspectului fizic și a integrității corporale. În ultimă instanță, însă, alegerea mijlocului este determinantă de semnificația suicidului și de starea psihică a persoanei din momentul comiterii acțiunii suicidare. Se presupune că eficacitatea mijlocului ales ilustrează autenticitatea tentativei suicidare. În mod tradițional, se consideră că principalele mijloace autolitice sunt: traumatice (*defenestrare și împușcare*), asfixie (*inhalare de gaze, submersie, strangulare*) și toxice (*ingestia unor substanțe*).

Există diferențe culturale în privința alegerii variantelor de autoagresiune. În China domină intoxicațiile cu opiu și săruri de arsenic, în Japonia tradiționalul harakiri (*seppuku*) a fost înlocuit cu utilizarea armelor de foc, iar în Franța ordinea metodelor cel mai frecvent utilizate este: spânzurare, înec, arme de foc. Ca o tendință modernă, s-a observat în raport cu extinderea halucinogenelor că narcomania poate fi încadrată în cadrul conduitelor autodistructive pasive.

Referitor la spațiul ales, s-a constatat că 44% acte suicidare se realizează la domiciliu, urmând locurile publice frecventate și mai rar – hotelurile și locul de muncă. *Suicidul colectiv* poartă marca altruismului, dar și a sugestibilității induse în mod aberant. În afara formelor „duale” sau „familiale”, suicidul colectiv a atins proporții impresionante determinate de influențe

religioase sau socioculturale (spre exemplu, epidemiile de suicid după apariția nuvelei *Suferințele tânărului Werter* și după sinuciderea actriței Marelyne Monroe). Alteori, contagiunea suicidară a fost bazată pe anumite convingeri religioase și culturale, conform cărora moartea este concepută ca o eliberare. Din perspectiva psihopatologiei clinice, suicidul colectiv este inițiat de un pacient cu psihoză depresivă sau schizofrenie paranoidă care manifestă tendințe autolitice și este considerat suicid activ. Acesta induce ideea și convingerea suicidară în rândul altor persoane care prezintă o boală psihică asemănătoare, o mare sugestibilitate sau un anumit grad de deficiență mentală. Cei cărora le-a fost indusă ideea de suicid hotărâsc în grup data și mijlocul suicidar, care cel mai frecvent este psihofarmacologic. Spre exemplu, în 1978, în Guyana, 927 membri ai unei comunități socioreligioase, cetățeni ai S.U.A. s-au sinucis ca urmare a acțiunilor mistico-persuasive exercitate de liderul lor, pastorul Jim Jones.

Problematica abordării suicidului este destul de complexă, existând în lucrările de specialitate o multitudine de abordări. Pentru perioada anilor 2007–2012, autorii D. Marcelli și E. Berthaut [20, p. 191] au relevat că în clasificările internaționale privind tulburările mentale și cele de comportament CIM-10 nu sunt înscrise nici suicidul, nici tentativele de suicid. Nici DSM-IV nu acordă un spațiu mai bun tentativei de suicid: nici o categorie de diagnostic principal nu îi e consacrată și nu se găsește nici o citare a acestor termeni (suicid, tentativă de suicid, parasuicid etc.) în index.

A cincea ediție a *Manualului Diagnosticare și Statistică al Tulburărilor Mentale* (DSM-V) [32, p. 11], pune în centrul atenției ajutorul reducerii suicidului, ba chiar încetarea acestei tendințe tragice. Noul ghid, publicat în mai 2013, are un accent mai mare pe ideea suicidară și comportament ca o chestiune transversală a tulburărilor mentale și introduce noi moduri de interpretare și reacționare la ambele.

În primul rând, capitole din DSM-V acum identifică caracteristici specifice care fac oamenii mai vulnerabili la sinucidere. Prin direcționarea atenției la modelele de suicid asociate cu o serie de diagnostice, DSM-V ajută specialiștii să ofere cea mai bună îngrijire și a salva vieți.

În plus, o nouă componentă a manualului (Secțiunea III) include mai multe instrumente de lucru pentru a ajuta specialiștii în evaluarea persoanelor cu risc suicidar în mod consecvent și inteligent. Secțiunea III reflectă unele dintre cele mai recente cercetări cu privire la întrebările provocatoare ale modului de a aborda diferite tipuri de gânduri și comportamente de sinucidere și auto-distrugere. Acesta are ca scop de a ajuta specialiștii să distingă o posibilă tentativă de sinucidere, de ideea suicidară și forme de auto-vătămare, cum ar fi tăierea sau arderea, care, fiind periculoase, nu sunt menite să pună capăt vieții unei persoane.

Accentul sporit pus pe sinucidere în cadrul DSM-V va duce la recunoașterea mai eficientă a persoanelor cu simptome și comportamente care i-ar pune în pericol. Cu diagnosticul și îngrijirea îmbunătățite, națiunea poate fi în cele din urmă capabilă să schimbe mersul sorții a acestei pierderi și dureri [9].

Interesul manifestat de O.M.S. în problematica suicidului, menționează D. Cozman [8, p. 19], a fost materializat prin creșterea numărului congreselor, conferințelor de prevenire, prin formarea unei noi direcții în cercetarea medicală, *suicidologia*, în care, alături de psihiatri întâlnim medici legiști, psihologi, sociologi, juriști.

Delimitarea *suicidologiei* ca știință de sine stătătoare, interdisciplinară, cu caracter integrativ are o abordare bio-psiho-socio-spirituală la studiul științific al fenomenologiei suicidului având drept scop înțelegerea tuturor proceselor care au loc și oferirea unor modalități eficiente de prevenire și/sau de limitare a efectelor sale în comunitățile umane.

Geneza suicidului ca fenomen a atras numeroase studii, cercetări și contribuții interdisciplinare, din domeniile medicinei, psihologiei, sociologiei, științelor juridice, istoriei, filozofiei și teologiei. Astfel, nu poate fi considerat surprinzător faptul că există numeroase tipologii ale suicidului. E.A. Sârbu [36, p. 14] evidențiază o împărțire în funcție de cauzele care provoacă actul de auto-distrugere, în două mari categorii: din motive sociale (cauze exogene) și, respectiv, din motive psihiatrice (cauze endogene).

D. Cozman accentuează importanța apariției numeroaselor cercetări contemporane, din care reiese existența tipurilor fundamentale de suicid, diferite ca motivație [8, p. 19]:

- ✓ *rațional* – sinuciderea se încadrează categoriei de suicid rațional în condițiile în care actul urmărește evitarea suferinței sau dacă actul este în acord cu credințele societății din care provine persoana sau este expresia unei remușcări;
- ✓ *nonpatologic* – prezența unor credințe puternice în anumite arii geografice care ar fi în acord cu inconștientul colectiv din care face parte persoana care se sinucide;
- ✓ *patologic* – suicidul este adevăratul și singurul risc vital al bolilor psihice, contextul și modul de realizare sunt proprii persoanei și bolii, se clasifică în: suicidul psihotic, suicidul persoanelor cu tulburări de personalitate, suicidul persoanelor dependente de alcool sau substanțe psihoactive, suicidul din tulburările nevrotice.

În aria psihopatologiei, Marsella elaborează un model interacționist ce include patru componente menționează G. Ionescu [16]:

- 1) *persoana* (dimensiunea coping);
- 2) *mediul* (factorii de stres);
- 3) *interacțiunea dintre persoană și mediu* (starea de stres);
- 4) *manifestările psihopatologice*.

În abordarea sistemică a suicidului, E. Brănaru în lucrarea sa face posibilă identificarea a trei categorii de mărimi:

- *de intrare* (factori situaționali și individuali);
- *de stare* (tensiunea afectivă sau perturbarea conștiinței);
- *de ieșire* (una dintre formele sau instanțele fenomenului suicidar) [6].

După C. Enăchescu [14] fenomenul suicidar poate fi expresia unei stări de incertitudine și confuzie generală sau poate să apară, ca răspuns la o situație fără ieșire sau o alternativă ce rezolvă ezitarea, legată de necesitatea alegerii dintre două variante de acțiune aproape la fel de nefavorabile.

Premisa de la care pornește E. Durkheim [13] în lucrarea *Sinuciderea* este aceea că suicidul are „o natură eminentă socială” și deduce că există două cauze majore ale apariției și extinderii fenomenului suicidar: *integrarea socială* și *reglarea socială*. În funcție de acești doi factori, autorul evidențiază patru tipuri de sinucidere:

- *egoistă* – produs al integrării sociale insuficiente a indivizilor, o rezultată a individualizării excesive;

- *altruistă* – efectul contrar al integrării excesive a indivizilor, adică al unei pronunțate lipse de individualizare;
- *anomică* – produsul unei insuficiente reglări normative și implicit, al lipsei de determinare a scopurilor acțiunii umane;
- *fatalistă* – reprezintă un produs al reglării normative excesive și al unei discipline morale resimțite ca fiind extrem de constrângătoare.

Procesul psihologic al nașterii și dezvoltării actului suicidar aduce în discuție impulsul de moment, cumulum de factori, posibil generator al unui potențial negativ autolitic, cu reducerea până la anihilare a instinctului de conservare. În plan psihologic, se poate vorbi despre o geneză a actului suicidar, care îmbracă forma unui proces complex, ce se desfășoară în mai multe etape.

1.2. Caracteristici ale conduitei autodistructive

Conduita autodistructivă este o noțiune mai largă, fiind menționată de autoarea И. Малкина-Пых [44], un fenomen care pornește odată cu începuturile umanității.

Actul sinuciderii deliberate, cu sau fără urmări fatale, a invocat divergențe de opinii de-a lungul istoriei până în zilele noastre, în diferite societăți și culturi. Mulți autori Z. Freud, N.L. Farberow, A. Adler, K.G. Iung, K. Horny, E.S. Shneidman, G.S. Sullivan, C. Rogers, E. Durkheim, B.T. Кодратенко, A.Г. Амбраумова, B.Г. Ромек, A.Н. Моховиков s-au referit anume la fenomenul suicidar atașat la criza psihologică.

E.S. Shneidman [38] stabilește caracteristicile psihologice prezente la toate categoriile de persoane care au dezvoltat o conduită suicidară. Sunt trăsături specifice actului suicidar și ele evidențiază paleta largă de trăiri ale persoanei în condițiile experimentării gestului.

Cauzele suicidului constituie și în prezent un punct important de dezbatere între diversele curente teoretice care încearcă explicarea fenomenelor psihopatologice sau psihologice ce conduc persoana înspre acțiunea fatală sau nonfatală de autovătămare deliberată [8, p. 16].

Criza economică, creșterea șomajului, îmbogățirea bruscă a unor pături ale populației și pauperizarea altora, dezorganizarea

socială, care condiționează incapacitatea individului de a se adapta la transformările sociale – toate acestea generează starea de anomie socială, definită de E. Durkheim [13] ca stare obiectivă a mediului social, caracterizată printr-o devalorizare totală a normelor sociale, ca efect al unor schimbări bruște. În asemenea condiții se manifestă instabilitatea morală a unor indivizi aparte, echilibrul social se dereglează și, în consecință, crește numărul de sinucideri. Adâncirea crizei societății moldovenești a influențat evoluția acestui tip de patologie socială.

Procesul conduitei autodistructive poate fi înțeles pornind de la noțiunea de funcție suicidală. Printre procesele psihologice sunt descrise: *trecerea de la idee la act, procesul defensiv, procesul punitiv, procesul agresiv, procesul oblativ, procesul ludic, dominația instinctului morții* [8, p. 26].

- *Trecerea de la idee la act*, acest proces psihologic depinde de procesele de facilitare, de inhibiție sau de derivare. Favorizarea se produce prin însumarea unor evenimente de viață psihotraumatizante, prin convergența stărilor psihopatologice cu factorii de stres, prin contrastul cu bucuria celorlalți, prin rolul emoțional al unor aniversări etc. Inhibiția trecerii la realizarea actului poate fi datorată unor convingeri religioase, autocontrolului, eșecului unei tentative anterioare. Derivarea se obține fie prin proiectarea agresiunii pe altă persoană, fie prin sublimare, prin investirea energiei pulsionale în acte de binefacere, creații artistice, științifice, sociale.
- *Procesul defensiv* conferă suicidului valoarea unei reacții de apărare a individului, în raport cu situația vitală, psihologică sau socială în care se află. Într-o formă mai particulară, în dorința de moarte se vede o reacție de apărare și de răzbunare hipercompensatoare a unui sentiment de inferioritate.
- *Procesul punitiv* corespunde unui sentiment de vinovăție a unei conduite de ispășire. Concomitent și judecător, și acuzat, sinucigașul se supune unor imperative morale și sociale. Procesul poate fi subconștient, corespunzând unei conduite nevrotice de eșec.
- *Procesul agresiv* poate ocupa primul plan. După părerea psihanalizatorilor (Z. Freud, Stekel), sinuciderea este echivalentul subconștient al morții altcuiva, printr-o identificare cu „obiectul” și prin reîntoarcerea agresivității asupra propriei

persoane. În acest sens, s-a discutat și despre relația strânsă a suicidului cu homicidul.

- *Procesul oblativ* determină la sinucigaș un ritual de sacrificiu. Se spune că oblativitatea aparține fie celor slabi, fie celor puternici.
- *Procesul ludic* este determinat de jocul cu propria viață. O conștiință ludică acționează în anumiți sinucigași. „Jocul de-a pompele funebre” sau „jocul cu moartea” se observă mai ales la copii și adolescenți.
- *Instinctul morții* contrazice instinctul de conservare. Scăderea elanului vital, abolirea instinctului de conservare, mai ales sub influența proceselor psihopatologice, sunt explicațiile cel mai des întâlnite.

La fel sunt evidențiate *trei faze* [8, p. 20] ale conduitei autodestructive:

1. *Suicidația* este faza de incubație, faza mentală de cercetare a motivației, în cursul căreia subiectul își pune problema morții și a necesității de a muri. Ea este declanșată de una sau mai multe cauze fie de ordin patologic fie de ordin psihologic. Acestea determină, pe plan intrapsihic, formarea unei atitudini motivaționale corespunzătoare pregătirii actului suicidal, cauza ultimă reprezentând momentul conflictului.
2. *Suicidația* este faza de trecere de la imagini abstracte, conflictuale, la etapa pregătirilor succesive, concrete, prin căutarea formelor și a metodelor de conduită autodestructive. Această fază este influențată de anumite circumstanțe care depind fie de individ, fie de societate. În cursul acestei faze este o creștere marcantă și progresivă a stării de tensiune intrapsihică până la paroxism, când „explodează” sub forma unei reacții psihogene, moment în care individul adoptă „decizia” înfăptuirii suicidului.
3. *Traumatizația* este faza de punere în practică a modalităților autodestructive preconcepute sau actul în sine, urmat sau nu de reușită, adică de moarte. Importante în această etapă a conduitei autodestructive sunt metodele folosite și efectul lor. Efectele pot fi psihopatologice sau specifice (suicidul realizat, tentativa de suicid, șantajul suicidal) și sociale sau nespecifice (suicidul egoist, suicidul altruist, suicidul anomic).

1.3. Aspecte ale riscului suicidar la copii și adolescenți

Suicidul la copii și adolescenți este o problemă gravă cu care se confruntă societatea. Această problemă este mai puțin abordată de adulți și școală pentru că se consideră că moartea nu este un subiect accesibil copiilor și aceștia nu au motive să își dorească moartea. În contradicție cu aceste convingeri și atitudini stereotipe, numărul copiilor și adolescenților care comit acte suicidare este în ascendență. De exemplu, în SUA suicidul reprezintă a treia cauză de mortalitate la grupul de vârstă 15-24 ani și a zecea cauză de mortalitate la grupul de vârstă 0-14 ani. Alte date arată că în SUA sunt 18 sinucideri reușite pe zi la adolescenți și 57 tentative de suicid pe oră. Rata sinuciderilor sub 10 ani este în creștere și devine o problemă majoră a programelor de prevenție [28, p. 254].

Cazurile frecvente de suicid în rândurile copiilor și minorilor reprezintă o problemă reală a societății noastre. Statistica ne confruntă cu cifrele triste, care arată, conform OMS, că R. Moldova se află pe locul 22 după rata sinuciderilor în lume, situația fiind în evoluție continuă până în prezent [31].

Datele prezentate oficial de Ministerul Afacerilor Interne al Republicii Moldova și Biroul de Statistică, ilustrează situația actuală, care, din păcate, nu inspiră optimism. Probabil, cauza rezidă în particularitățile contextului social general, pe al cărui fundal, fenomenul studiat are o evoluție „favorabilă”. Dinamica sinuciderilor în R. Moldova printre copii și adolescenți între 2007-2015 se remarcă printr-o tendință de creștere, vârful de creștere fiind anul 2010. În această perioadă ponderea sinuciderilor la copii și adolescenți este relativ constantă în ultimii trei ani.

Prevalența suicidului la copii și adolescenți este mai mică decât în alte grupe de vârstă, dar aceasta se pare că este doar un artefact datorită concepției greșite despre incapacitatea copilului de a face un plan de suicid și a-l duce până la capăt și a distorsiunilor în expresia suicidalității la copii.

Statistica suicidelor constituie, de asemenea, o problemă. Pentru ca aceste date statistice să fie veridice, urmează a lua în evidență faptele ce reflectă situația respectivă. În acest contact, se cere a dezvălui conținutul suicidului. La prima vedere, se poate afirma că suicidul este actul de autoprivațiune conștientă de viață al individului. La o analiză minuțioasă a acestei dereglări sociale

devine clar că problema nu e deloc simplă. Suicidul interferează, deseori, cu accidente și cu omorurile.

În ceea ce privește tentativele de suicid propriu-zise, proporția lor cu sinuciderile este mai ridicată în adolescență decât la alte vârste.

Există opinii că moartea voluntară nu trebuie studiată pornind de la statistici, ci pe baza cazurilor individuale, pentru că sinuciderea este o conduită exclusiv umană și personală. Omul se sinucide din motive deopotrivă genetice și psihologice. Patrimoniul său genetic îl înzestreză cu o anumită agresivitate și cu o anumită capacitate de a se adapta la încercările existențiale.

Chiar mai mult, afirmă autorii, anumite situații sunt extrem de favorabile unei rate ridicate a sinuciderii: lipsei de integrare în grup, rigorii excesive a codului moral, fapt ce sporește ocaziile de a greși și de a se compromite.

După C. Scripcaru, sinuciderea copilului și cea a adolescentului trebuie abordate diferențiat, datorită specificității lor. La copii, specificitatea actului suicidal provine din tipul de motivație și din absența conștiinței ireversibilității actului. Reprezentarea morții apare în jurul vârstei de 7-8 ani; copilul trece mai întâi printr-o fază de negare a morții, apoi își reprezintă moartea ca pe un dat, fără a o înțelege sub aspect cognitiv, iar în final ajunge să-și reprezinte moartea ca pe un fenomen ireversibil pe care-l asociază mai ales cu pedeapsa sau durerea. După vârsta de 8 ani se cristalizează sensibilitatea față de moarte și se fixează noțiunea de universalitate a morții. În aceste condiții, suicidul copiilor apare cel mai frecvent ca un act de imitație sau de opoziție față de o situație extrem de stresantă [37, p. 83-84].

În analiza fenomenului suicidal la copii și adolescenți sunt luați în calcul ca factori de influențare și factorii fizici: climaterici și meteorologici, factorii religioși, informaționali, alături de cei familiari, sociali, culturali și educaționali.

În contextul situațional actual existența adolescentului este complicată de lipsa stabilității, clarității și a certitudinilor. Sunt elemente necesare unor opțiuni sigure, ferme, ușor de decis de către adolescent. Existența lor în prezent este complicată și de torentul informațional, diminuarea prestigiului familiei și a cuplului parental, promovarea unui erotism primar agresiv.

Un alt factor, cel economic care deși contestat la acel moment de absența instrumentelor de măsurare a conceptelor elaborate, permite regândirea gestului prin prisma biologicului într-un echilibru precar cu psiho-socialul.

Adolescentul poate fi interesat de dezvoltarea sa, dacă este sigur că ceea ce câștigă, va putea să fie la înălțimea pierderilor. În caz contrar, pentru a-și păstra integritatea narcisista, el risca să se replieze asupra lui însuși cu violența. Cercetătorii și-au pus problema dacă în prezent realitatea obiectivă, externă adolescentului, poate constitui un ideal pentru acesta.

Mecanismele de apărare ale eu-lui reglează la adolescent atitudinea față de propriile experiențe de viață. Atitudinile extreme favorizează menținerea și creșterea stresului intern și pot conduce la autodistrugere. Suicidul are o istorie înscrisă în cadrul traiectoriei suicidare.

Concepția lui E. Erickson [*apud* 17] cuprinde demonstrarea fiecărei faze de dezvoltare psihică care sunt caracterizate prin apariția unor noi fenomene și însușiri psihice inexistente la etapa precedentă. În adolescență se formează simțul individualității, începe a se contura imaginea Eu-lui, se disting rolurile sociale și se intensifică relațiile interumane, dar acest proces este încă confuz, ce mai apoi capătă conturul clarității la perioada tinereții.

Mediul, ca o condiție a actului suicidar este corelat cu stresul. Există un control mai puțin eficient al copiilor și adolescenților asupra situațiilor de stres, ei apelând în acest sens la resursele individuale la care se adaugă cele învățate, completate de factorii protectori individuali. Controlul inefficient este corelat cu etapele de dezvoltare cognitivă și afectivă specifice diferitelor etape de vârstă asociate cu lipsa de experiență. Studiile efectuate au identificat tentativele de suicid ca fiind reacții la multipli factori de stres la care sunt supuși copiii și adolescenții. Presiunea la copii și adolescenți este corelată cu expectațiile familiei, cu normele și valorile microgrupului în care se formează și există ca persoană, cu trebuințe, dorințe și aspirații de moment.

Demersul psihanalitic rămâne unic și singular prin libertatea de exprimare. Abordarea psihanalitică a conceptului de adolescență a încercat să dea un răspuns la frământările interioare ale adolescentului, exprimate printr-un act deliberat autodistructiv în dificilul proces de adaptare. Adolescența se caracterizează printr-un travaliu psihic dominat pe de o parte de

imaginea nouă a corpului sexualizat, ce implică identitatea și narcisismul, iar pe de altă de elaborarea unei serii de pierderi sau separări ce implică investițiile obiectuale și derivatele pulsionale.

Putem discuta astăzi de o variabilitate istorică și culturală a atitudinii față de sinucidere. Sunt de reținut fenomenele îngrijorătoare de suicid colectiv, manifestate în ultimii ani, petrecute mai ales în rândul unor secte religioase, în care sunt implicați atât copii, cât și adolescenți.

Nu putem nega fenomenul migrației caracteristic și Republicii Moldova, interpretat drept cauză a declanșării suferințelor la copii și adolescenți. Rămăși singuri, copiii/adolescenții aderă la diverse grupuri sociale, așa cum e și *Emo*. Lipsa de comunicare cu ceilalți îi determină să se manifeste altfel, să se evidențieze – prin muzică, prin haine, prin coafuri. Izolându-i nu vom reuși niciodată să-i înțelegem. Doar dacă le ascultăm frustrarea vom ajunge să-i cunoaștem, să le cunoaștem ideile, planurile, visele. Strigătul lor de protest nu trebuie să mai fie sinuciderea. Dacă familia nu îi tolerează și societatea îi respinge aceștia recurg la gesturi extreme.

1.4. Factorii și indicatorii riscului suicidar la copii și adolescenți

Factorii care expun o persoană la riscul de a se sinucide sunt deosebit de complecși și mai ales strâns legați unii de alții. Este foarte important ca aceștia să fie bine analizați, să se înțeleagă rolul lor pentru actul autodestructiv fatal și nonfatal, pentru a putea preveni sinuciderile.

Epidemiologii și specialiștii în sinucidere au descris un anumit număr de caracteristici specifice, legate strict de comportamentul suicidar. În afara factorilor de esență demografică, precum vârstă, sex, trebuie luați în calcul factorii psihiatrici, biologici și de mediu, dar și cei legați de viața persoanei.

J.M. Stallion și E.E. McDowell, autorii modelului „traectoriei suicidului” [apud 40, p. 197], propun un model care privește **factorii de risc** și **factori precipitanți** ai suicidului ca expresie a ideății suicidare de-a lungul stadiilor de dezvoltare a copilului și adolescentului. Ei împart factorii de risc pentru suicid

în *patru categorii* și discută separat ponderea lor de-a lungul dezvoltării:

- *Factori de risc biologicî*: impulsivitate crescută la copii prin lipsa mecanismelor de supresie ceea ce conduce la acte suicidare fără prea multă planificare, incidența suicidului crescând cu vârsta ca să ajungă la un vârf în jurul vârstei de 14 ani;
- *Factori de risc psihologicî*: autorii remarcă frecvența crescută a sentimentelor de inferioritate, a stimei de sine scăzută, neajutorare, deziluzie, frica de rejecție și abandon la copii și adolescenți; aceștia au puține abilități de a depăși greutățile și în mod obișnuit internalizează factorii stresanți.
- *Factori de risc cognitivî*: printre factorii cognitivi cei mai importanți sunt menționați viziunea distorsionată sau lipsa de înțelegere a naturii morții și vieții, o gândire simplistă asupra consecințelor actelor proprii și o incapacitate de gândire rațională;
- *Factorii de risc de mediu* cuprând pierderea unei persoane de atașament devreme în viață, nivel scăzut de suport parental, conflict parental, structura familială haotică sau inflexibilă, prezența de abuz fizic, emoțional și/sau sexual și comportament suicidar la părinți.

Acești factori fiind într-o conexiune strânsă se influențează în permanență unii pe alții, din această intimă coexistență și corelație rezultând concepția despre viață și moarte a individului. După depășirea mecanismelor individuale de coping și intrarea în perioada de criză, cu ușurință își poate face apariția ideea suicidară. Dacă la aceasta se adăunează evenimentele negative de viață, calea spre declanșarea actului autolitic este deschisă. Înțelegerea individualizată a acțiunilor și conduitelor suicidare ale fiecărei persoane în parte presupune înțelegerea relațiilor dintre factorii de risc amintiți și experiența de viață absolut unică a persoanei. Acest model se modifică destul de mult în funcție de vârsta la care se produce autoliza [8, p. 132].

Viziunea asupra suicidului la copii și adolescenți, evidențiată de R. Vrasti, este fragmentată în diverse discipline și interpretări ceea ce face psihologul practicant pus în situația să evalueze și să răspundă rapid la criza suicidară a subiectului să

nu posedă un model teoretic coerent pe baza căruia să-și fundamenteze intervențiile. Sunt evidențiați nu numai **factorii de risc** dar și **factorii protectivi** și **factorii de alarmă** ai suicidului la copii și adolescenți. Astfel s-a constatat că extrem de rar la copii sau adolescenții comit un suicid fără să emită anumite semnale de alarmă, ca un fel de bec roșu care anunță ceea ce o să urmeze. Comportamentul suicidar la adolescenți este urmare a dezechilibrului dintre factorii protectivi și cei de risc și urmărirea ponderii acestor factori poate reprezenta un indicator de care să țină seama cei ce se îngrijesc de siguranța lui [40, p. 196].

În clasificarea autorului C. Oancea sunt determinați următorii **factori de risc**: *biologici, familiali, socioculturali și personali* dar și *antecedentele psihiatrice, bolile somatice, stările reactive, consumul de droguri, clasa socială, șomajul și sărăcia* [30, p. 344-347]:

- Factorii *biologici* sunt reprezentați de scăderea 5HIAA precursor al serotoninei în LCR iar scăderea serotoninei duce la comportamente impulsive, agresive și labilitate emoțională.
- Factorii *familiali*. Copii care comit acte suicidare provin din familii dezorganizate, supraaglomerate sau în care unul din părinți este decedat. În antecedentele familiei există o suprareprezentare de patologie mentală, tentative de suicid, auto vătămare intenționată, psihoze, tulburări de personalitate și alcoolism. Există conflicte părinte – copil, abuzuri fizice și sexuale. Adolescenții percep relația lor cu familia ca fiind mai rea. De obicei, ea se complică în jurul problemelor disciplinare.
- Factorii *socioculturali*. Un procentaj crescut de 10% de persoane ce provin din populația emigrată, riscul este legat de aculturație și schimbarea bruscă a valorilor culturale și a regulilor. În antecedentele adolescenților suicidari se regăsesc mutări frecvente, plecarea unui membru al familiei, schimbări ale cadrului de viață, a școlii, locului de muncă, alterarea relațiilor cu prietenii, rupturi cu colegii, rupturi cu iubita, izolare socială. Există un grad de modelare a suicidului printre prieteni, care ar explica contagiozitatea asupra adolescenților, intermediată și de publicarea în presă a istoriilor despre suicidul vedetelor.

- Factorii *individuali*. Tinerii suicidari par motivați de problemele interpersonale oferind drept cauză dificultăți în rezolvarea problemelor, întrucât au obiceiul de a le crea, dar au incapacitatea de a le rezolva. Eșecul în școlaritate, mulți suicidari nu depășesc nivelul învățământului primar dar pot fi persoane cu nivel educațional ridicat.
- *Antecedentele psihiatrice*. Se recunoaște în prezent că majoritatea tentativelor de suicid nu sunt afectate de persoane bolnave de afecțiuni psihiatrice, cu un diagnostic psihiatric precis. Printre cei care nu au avut antecedente psihiatrice se pot observa persoane care se exprimă cu o mai mare dificultate, se simt izolați, respinși de camarazii lor sau au antecedente de patologie somatică, adesea cu spitalizări. Frecvent se întâlnesc la suicidari un amestec de tulburări afective cu tulburări de conduită, simptome ale depresiei, proastă dispoziție, stimă de sine scăzută, lipsă de speranță, disperare, insomnie, slabă capacitate de concentrare, anhedonie, vinovăție, supărare, slabă energie, indecizie. Hiperactivitatea și impulsivitatea sunt corelații semnificative ale comportamentului suicidar. Sunt de luat în atenție ADHD, tulburările de comportament la copil și tulburările de alimentație, anorexia și bulimia.
- *Bolile somatice* cu prognostic grav în special la debutul lor, bolile cronice sau terminale, cele care se însoțesc de dureri insuportabile sau care necesită un consum crescut de medicamente sau determină dizabilități majore.
- *Stările reactive*. Suicidul revine adesea după stresori majori ca evenimente triste recente, demoralizare prin eșec.
- *Consumul de droguri* induce un risc mai crescut decât alcoolul. Asemenea persoane au o încărcătură patologică crescută, tulburări de personalitate, labilitate emoțională, abilități de coping scăzute.
- *Clasa socială, șomajul și sărăcia*. Cu cât nivelul socio-economic e mai scăzut, cu grad redus de socializare, rețeaua scăzută de suport social, sărăcie, dezrădăcinare, cu atât riscul de suicid este mai mare.

Factorii de risc în sinuciderea la copii, evidențiați de autorul C. Neamțu, sunt: *frustrarea afectivă precoce, lipsa atașamentului părinților, care determină absența identificării afective, sentimentele de insecuritate și angoasă în condițiile abuzului de autoritate, ce declanșează o teamă permanentă de pedeapsă* [28, p. 252].

Cu toate că factorii principali care duc la un comportament suicidar, sunt cei de ordin individual, psihopatologic sau caracterial, pe bază de instabilitate sau hiperemotivitate, pretextul apare în toate cazurile ca fiind de ordin social [24].

Factorii de risc într-o conexiune strânsă se influențează în permanență unii pe alții, din această intimă coexistență și corelație rezultând concepția despre viață și moarte a copilului/adolescentului. Înțelegerea individualizată a acțiunilor și conduitelor autodestructive ale fiecărei persoane în parte presupune înțelegerea relațiilor dintre factorii de risc amintiți și experiența de viață absolută unică a acelei persoane.

Recunoașterea copiilor cu risc suicidar este foarte dificilă. Copiii exprimă într-un mod incert și neclar intențiile lor, ceea ce face dificilă semnalarea problemei. **Indicatorii** au o mare importanță și care nu pot fi ignorați de către părinți, profesori, psihologi școlari [4, p. 99-100]:

- a) ***o tentativă anterioară de suicid***: mulți adulți cred că dacă copilul a trecut printr-o tentativă de suicid nu va mai încerca încă o dată, datorită experienței dureroase a recuperării. Cine a avut o tentativă de suicid prezintă un risc crescut de a o repeta. Important este ca adulții să fie atenți și la alte tentative mai puțin evidente, cum ar fi înfometarea sau consumul abuziv de substanțe;
- b) ***amenințarea cu sinuciderea***: mesajele de genul „nu vreau decât să nu mai fiu pe lumea asta” sau „ar fi mult mai bine pentru toți să mor” trebuie luate în serios și analizate motivele acestora. Este momentul ca adulții să-și analizeze modul de comunicare cu copilul și să găsească forme de oferire de suport pentru copil. Categoriec nu este recomandată amenințarea copilului cu o pedeapsă pentru asemenea afirmații;
- c) ***depresia***: o mare dificultate în cazul acestei situații este că adulții nu recunosc simptomele unei depresii la copii datorită faptului că depresia este considerată o problemă a adulților.

Indicatorii unei stări depresive la copii sunt: tulburări ale comportamentului alimentar – cel mai frecvent apare lipsa poftei de mâncare; tulburări de somn – dificultăți de adormire, insomnii, somn excesiv fără regularitate; scăderea capacității de concentrare, scăderea performanțelor școlare; o stare de apatie și lipsă de energie, dezinteres pentru activitățile plăcute anterior; autoblamare excesivă, tristețe, oboseală accentuată, probleme comportamentale la școală. Prezența acestor semne pe o perioadă de minim două săptămâni trebuie să determine adultul să ceară ajutorul unor specialiști (psihologului școlar, cabinetelor de consiliere psihologică);

- d) ***vorbesc despre moarte sau sunt preocupați de moarte***: orice interes neobișnuit legat de moarte prin discuții, desene, poezie, muzică, postere trebuie să constituie un motiv de îngrijorare și un pretext de a discuta cu copilul sau adolescentul despre aceste subiecte și motivele pentru care este preocupat de aceste teme. Studiile au arătat că o temă frecventă în preocupările copiilor care au avut ulterior o tentativă de suicid este problema terorismului, războiului sau a misiunilor suicidare (*kamikaze*);
- e) ***izolarea de prieteni și familie***: izolarea este un semn al unei stări de nefericire sau de durere a copilului. Mulți copii și adolescenți care se gândesc la suicid nu comunică cu prietenii sau familia pentru a nu-i supăra sau întrista. Este recomandat ca în cadrul orelor de consiliere, profesorul să învețe elevii să solicite ajutor atunci când simt că nu pot vorbi cu persoanele apropiate. Oferirea informațiilor despre serviciile de consiliere este foarte utilă pentru elevi. Posibili indicatori ai unor probleme ar fi: comportament de izolare excesivă și neadecvat cu stilul copilului, renunțarea și evitarea participării la activitățile sociale cu prietenii și familia, dificultăți de a părăsi casa;
- f) ***tulburări comportamentale***: starea de nemulțumire a copiilor și adolescenților se manifestă de cele mai multe ori prin anumite comportamente cum ar fi: schimbările bruște de comportament, fuga de acasă, chinuirea animalelor, agresivitate fizică și verbală (lovirea repetată a fraților sau prietenilor de joacă, acte de distrugere a unor bunuri la școală sau din alte locuri publice). Pedepsirea acestor copii datorită

comportamentelor pe care le manifestă duce la accentuarea sentimentului de nefericire și la implicarea lui tot mai mult în planul de sinucidere. Adulții nu trebuie să uite că întotdeauna comportamentul are o funcție și identificarea ei este primul pas în schimbarea comportamentală;

- g) ***abuzul de substanțe***: abuzul de substanțe este un factor de risc pentru suicid. Studiile arată că un număr mare de copii și adolescenți au consumat alcool sau droguri înainte de actul de suicid. În consecință este foarte important ca în prevenția consumului de substanțe să se accentueze și acest aspect. Pentru părinți consumul de substanțe trebuie să fie un semnal de alarmă că ceva nu este în regulă cu copilul lor;
- h) ***suicidul sau moartea recentă a unei persoane semnificative***: suicidul sau moartea unei persoane apropiate este un factor de risc. Un caz mai special dar care trebuie luat în considerare este suicidul în masă din motive religioase sau filozofice. Unele mesaje transmise de mass-media sunt foarte periculoase pentru că prezintă cazurile de suicid în masă ca o manifestare a unor convingeri religioase sau filozofice;
- i) ***renunțarea la obiectele de valoare și realizarea planului final***: în această situație părinții trebuie să acționeze imediat și să solicite ajutorul specialiștilor.

CAPITOLUL II.



EVALUARE ȘI INTERVENȚIE ÎN SITUAȚIILE DE CRIZĂ SUICIDARĂ LA COPII ȘI ADOLESCENȚI

Evaluarea suicidului la copii și adolescenți presupune identificarea factorilor precipitanți, a factorilor de risc, a celor protectivi, a ideății suicidare, a planului și intenției de suicid. Simultan, se angajează și **intervenția** care înseamnă mobilizarea resurselor disponibile (familie, școală, comunitate), abordarea problemelor și nevoilor copilului, formularea *planului de siguranță*, a *contractului de siguranță* și implicarea altor agenții specifice de protecție pentru copii și familiile lor, atunci când e cazul.

Domeniile-cheie ale evaluării crizei suicidare la copii și adolescenți sunt:

- *prezența ideății suicidare și a comportamentului suicidar;*
- *istoria comportamentului suicidar;*
- *prezența tulburărilor psihiatrice;*
- *existența factorilor familiari stresanți sau protectivi;*
- *disponibilitatea mijloacelor letale.*

2.1. Model de evaluare a crizei suicidare la copil/adolescent (*R. Vraști*)

Propunem în continuare un model al riscului de suicid la copii și adolescenți după R. Vraști, model care poate ghida deciziile clinice ale unui psiholog practician [40, p. 201].

Înainte de a evalua suicidalitatea la un copil, psihologul practician trebuie să se ancoreze într-un model specific care să includă recunoașterea dificultăților acestui demers, particularitățile specifice, posibilitatea de a ignora anumite aspecte care fac diferență dintre evaluarea suicidului la adulți și copii precum limbajul și comunicarea diferite, formarea alianței terapeutice, contratransferul etc.

Modelul conduce la evaluarea a trei categorii de risc:

- *factorii primari de risc* care includ tulburările afective, istoria de încercări de suicid și sentimentele de lipsă de speranță;
- *factorii secundari de risc* care includ consumul de alcool și/sau droguri și tulburările de personalitate;
- *factorii situaționali de risc* care includ funcționarea familiei, relațiile sociale, expunerea la suicidul altora, problemele de orientare sexuală.

Luarea în considerare a acestor factori, în această ierarhie, poate conduce la o evaluare corectă a riscului de suicid și la formularea unei intervenții adecvate. R. Vraști recomandă aplicarea la copii și adolescenți a unui model în **7 pași**:

- 1) *evaluarea situației de criză;*
- 2) *stabilirea raportului și a relației cu copilul;*
- 3) *identificarea problemelor majore și a factorilor precipitanți;*
- 4) *managementul emoțiilor copilului;*
- 5) *explorarea și generarea alternativelor;*
- 6) *dezvoltarea și formularea unui plan de siguranță și de protecție a copilului;*
- 7) *stabilirea planului de monitorizare și a contactelor de urmărire.*

Pasul 1. Evaluarea situației de criză

Se face din primele momente ale contactului cu subiectul prin aprecierea contextului prin care copilul/adolescentul a fost adus în contact cu serviciul de asistență psihologică.

➤ **Exprimă interes și oferă suport emoțional:**

- *Observ că ești foarte nefericit...*
- *Te supără ceva?*
- *Nu pari în apele tale astăzi...*
- *Se pare că lucrurile nu sunt prea bune pentru tine...*
- *Te-ar ajuta dacă ai vorbi cu cineva despre astea...*
- *Eu sunt aici ca să te ascult și să te ajut...*

➤ **Identifică situațiile inductoare de criză:**

- *Hai să vorbim despre ce se petrece cu tine...*
- *Aș vrea să știu ce te-a tulburat...*
- *Ai vrea să vorbești despre ce s-a întâmplat rău cu tine?*
- *Aș vrea să te ascult...*

➤ **Reformulează problema pentru a o clarifica:**

- *Așa cum am înțeles, ce te-a supărat este...*
- *Situația dificilă pe care vrei să o eviți este...*
- *Aceasta este ceea ce te-a supărat foarte tare...*
- *Înțeleg cât de dureros a fost aceasta pentru tine...*

Pasul 2. Stabilirea raportului și a relației cu copilul

Se poate considera că indiferent de situație este bine să se folosească o întrebare de screening: *„te-ai simțit vreodată atât de rău încât să te gândești să te rănești”*. Răspunsul la această întrebare poate ghida direcția ulterioară a interviului.

Recomandarea să se culeagă informații despre neglijarea recentă a îngrijirii personale, a funcționării și a apariției unei dezordini în comportamentul copilului/adolescentului este la fel indicată. Informațiile de la familie sau de la școală sunt, la fel, foarte importante. O altă metodă și un alt strat al evaluării este cel al observației din timpul contactului cu copilul, precum limbajul corporal, comportamentul motor, modul de comunicare, limbajul, narațiunile și fanteziile lui. Există mai multe instrumente standardizate de evaluare a suicidalității la copii și adolescenți, scale, chestionare, interviuri, care pot fi utilizate în măsura în care subiectul colaborează sau contextual este favorabil. Uneori se pot asocia două sau trei din astfel de instrumente, precum un chestionar și o scală sau un interviu și o scală sau un interviu cu părinții și o scală pentru copil, combinații dictate de situația particulară a fiecărui caz în parte.

Pasul 3. Identificarea problemelor majore și a factorilor precipitanți

Este o etapă crucială pentru ca psihologul practician trebuie să ajute copilul în descrierea întâmplării, a poveștii sau a narațiunii care prezintă contextul în care a apărut criza suicidală, care au fost actorii principali, cum de a ajuns la cabinetul de asistență psihologică și pentru ce (care a fost rațiunea acestei hotărâri), cine a inițiat aceasta, care a fost și este poziția lui etc. Psihologul practician trebuie să țină cont de capacitatea copilului de a verbaliza și descrie astfel de situații, de vocabularul și gramatica asociată stărilor emoționale și de disponibilitatea lui de a vorbi în fața altora, mai ales în fața părinților sau profesorilor sau a altor persoane cu autoritate. În unele cazuri se recomandă invitarea copilului de a povesti liber,

iar în altele este necesar să se ajute copilul prin întrebări auxiliare.

- **Formulează problema și evaluează severitatea ei.**
- **Fă cu glas tare o trecere scurtă în revista problemei copilului care să cuprindă structura, ordinea și elementele crizei:**
 - *După cum am înțeles până acum problema este următoarea...*
 - **Evaluează severitatea problemei:**
 - *Te-ai simțit vreodată așa de rău? Când? Cu ce ocazie?*
 - *Cât de des te simți așa de rău? Ai emoții/gânduri negative?*
 - *Cât de mult timp durează acestea?*
 - *Când ai avut ultima oară astfel de gânduri?*
 - **Dacă consideri că copilul nu are capacitate de coping și este în pericol, întreabă în mod direct:**
 - *Te-ai gândit vreodată că nu ai nici o speranță în viața asta?*
 - *Ai dorit vreodată să mori?*
 - *Ai vre-un plan pentru asta?*
 - *Cum ai vrea să o faci?*
 - *Ai mijloacele necesare?*
 - *Ai încercat asta vreodată?*
 - *Când ai dori să faci aceasta?*
 - *Unde?*
 - *Pari că nu ești decis asupra acestui plan. Există motive care te-ar face să nu pui în aplicare acest plan?*
 - *Există cineva în familie care a vorbit, a încercat sau chiar s-a sinucis?*
 - *Ai printre prietenii tăi vreunul care a vorbit, a încercat sau chiar s-a sinucis?*

Se recomandă să se ajute copilul, să se focalizeze pe concret, pe descrierea întâmplării și a comportamentelor și să se ignore interpretări sau considerații asupra gândurilor și emoțiilor. Acum se încearcă să se identifice ideea suicidară, existența planului și a intenției de suicid și prezența factorilor protectivi sau de risc din descrierea dorințelor lui și a atitudinii părinților și a dinamicii familiei în general, a școlii și a prietenilor copilului. Indiferent de sursele de informație disponibile, copilul rămâne sursa principală de informație asupra prezenței sau absenței ideii suicidare.

Culegerea acestor informații prin mijloacele specifice evaluării copilului/adolescentului suicidar conduce în final la posibilitatea aprecierii riscului de suicid și încadrarea acestuia într-o categorie care dirijează magnitudinea intervenției ulterioare (vezi *Anexa nr. 2*)

Pasul 4. Managementul emoțiilor

Din cauza că copiii mici nu au încă format un limbaj al descrierii emoțiilor și al selfului, psihologul practicant trebuie să fie atent la felul cum copilul exprimă emoțiile și să încerce să le deceleze după limbajul corporal, expresia feței, ritmul vorbirii. Copilului trebuie să i se ofere confort și siguranța, să i se cultive încrederea și considerația care să-i diminueze inhibiția, timiditatea, frica sau neîncrederea. Copilului cu dificultăți în vorbire i se poate acorda o pauză, să fie lăsat să se joace, sau să deseneze, să se uite la reviste cu poze și apoi să se încerce din nou încheierea unei comunicări simple și inofensive. Emoțiile și sentimentele lui trebuie validate prin exprimarea înțelegerii a ceea ce trăiește și simte ca fiind normal, de înțeles și justificat.

Pasul 5. Explorarea și generarea alternativelor

Din cauza că copiii nu au competența să formuleze și să agreeze un plan de siguranță, în această etapă a intervenției părinții, tutorii sau alte autorități de protecție a copilului sunt instruite să ia parte la alcătuirea acestui plan de îngrijire. Cu toate acestea, psihologul practicant trebuie să se facă avocatul copilului și apărătorul intereselor lui și să formuleze acest plan în interesul protecției copilului. Maturitatea copilului și relația părinte – copil sunt factori cruciali care modelează recomandările din planul de siguranță. Trebuie identificate alternativele care pot conduce la depășirea situației de criză, la decelarea rapidă a disfuncționalităților și a măsurilor de redresare a lor și la generarea unui climat de încredere, toleranță și respect. Interesul copilului, dezvoltarea lui armonioasă trebuie să primeze oricărui altor alegeri.

- **Evaluează capacitatea de coping, resursele, suportul disponibil și discută alternativele.**
 - Explorează sistemul de suport al copilului și mijloacele lui de a rezolva problemele.
 - Dezbate soluții alternative:

- *Ce ai făcut ca să treci peste emoțiile tale negative cu altă ocazie?*
- *Ce alte lucruri ai încercat ca să depășești astfel de situație?*
- *Ai făcut și altceva pentru asta?*
- *Ai pe cineva de încredere care să te ajute?*
- *La cine poți să apelezi pentru ajutor?*
- *Ai împărtășit sentimentele tale cu cineva?*
- *A fost aceasta de ajutor?*
- *Crezi că cineva te poate ajuta?*
- *Te-ai văzut cu vreun asistent social sau consilier?*
- *Ce fel de ajutor te-ar ajuta și te-ar face să depășești problemele tale?*

Pasul 6. Planul de siguranță trebuie să fie concret și cu responsabilități precise ale părinților/îngrijitorilor copilului, pentru a decupla candoarea cu care unii părinți insistă ca copilul să fie lăsat acasă că au ei grijă de el. Planul se sprijină pe abilități și competențe precis identificate ale părinților și altor îngrijitori și nu cuprinde păreri sau activități vagi, el trebuie să fie adaptat atât copilului, cât și părinților/supraveghetorilor și cuprinde activități și măsuri de luat în situații ierarhizate pe o scală de severitate a ideții suicidare și în funcție de acumularea factorilor de risc și precipitanți.

Tabelul nr. 1. *Formularea unui plan de siguranță*

Formularea unui plan de siguranță.
Angajarea copilului în formularea planului de acțiune.
Stai cu copilul până la rezoluția crizei.
Formulează cereri concrete copilului: <ul style="list-style-type: none"> • îndepărtează toate mijloacele de suicid (atunci când sunt disponibile); • solicită un „contract/angajament de siguranță”.
Consultă-te cu profesorii/psihologii școlari care au în grijă copilul.
Implică părinții/tutorele copilului în planul de siguranță.
Furnizează detaliile de contact cu serviciile de urgență (criză, camera de gardă etc.).
Furnizează informații despre resursele comunitare disponibile.
Asigură consultarea specialiștilor, atunci, când e cazul (psihiatru, pediatru etc.).

Pasul 7. Monitorizarea și contactele de urmărire sunt foarte importante în cazul copilului suicidar. Ele vor să țină măsurile de siguranță cât mai active și efective de-a lungul unei perioade suficient de lungă pentru restabilirea echilibrului emoțional și funcțional al copilului și familiei acestuia. Contactele trebuie să evedențieze perioade de timp și persoana de contact și trebuie să permită și contactul cu copilul dacă el este suficient de matur pentru a furniza informații confidențe.

Tabelul nr. 2. Stabilirea contactelor de urmărire

Stabilirea contactelor de urmărire:

- ♦ *Am înțeles cum te simți acum dar tu necesiți ajutor.*
- ♦ *Acest ajutor îți este disponibil.*
- ♦ *Ești de acord să te chem la telefon și să te întreb cum te simți?*
- ♦ *Îmi promiți că nu îți faci niciun rău și mă chemi dacă ai nevoie de ajutor?*
- ♦ *Suicidul este ultimul lucru la care să te gândești, ce pierzi dacă încerci și alte alternative.*

În cazul evaluării suicidalității **interviul** cu un copil și chiar cu un adolescent prezintă o dificultate deosebită și solicită abilități speciale din partea psihologului practician.

Importanța interviului este esențial pentru evaluarea persoanelor cu potențial de trecere la actul suicidar. Discutarea posibilității efectuării unor acte sau acțiuni autoagresive nu înseamnă să subiectul neapărat va recurge la act, chiar dacă este prezentă ideea suicidară. Din contra, de multe ori astfel de persoane se simt extrem de ușurate dacă au ocazia să-și împărtășească disperarea și intențiile autodistructive unei persoane [8, p. 104].

Interviul cu copilul/adolescentul este singurul și cel mai important component al unei evaluări adecvate a riscului de suicid. Acest interviu are ca scop atât obținerea de informații dar și formarea raportului și a alianței necesare pentru desfășurarea ulterioară a intervenției. Copilul sau adolescentul nu este singura țintă a interviului, părinții, îngrijitorii și/sau profesorii lui sunt deopotrivă subiect al interviului de evaluare a suicidalității subiectului [40, p. 207].

Din cauza senzitivității subiectului, psihologul poate să se simtă intimidat, reticent, anxios și chiar sub stres atunci când

trebuie să intervieveze un copil/adolescent cu risc de suicid. Existența unui protocol standard de evaluare a riscului de suicid la copil și adolescent micșorează asemenea reacții. Astfel, este vorba de aplicarea metodei evaluării comportamentale – o schemă largă care cuprinde atât interviuarea, cât și observarea subiectului atunci când este plasat ideatic în diferite contexte ale vieții lui curente precum în activități școlare sau recreative, în familie sau în grupuri de semeni. Această strategie cuprinde și interviuarea persoanelor capabile de a furniza informații confidențe. În *Tabelul nr. 3* se prezintă conținutul și strategia întrebărilor adresate copilului, părinților și profesorilor în cazul evaluării comportamentale.

Tabelul nr. 3: *Strategia și formularea întrebărilor în interviul comportamental cu copilul și/sau adolescentul*

Strategia întrebării	Conținutul întrebării în funcție de informant		
	<i>Interviul cu copilul</i>	<i>Interviul cu părinții</i>	<i>Interviul cu profesorii</i>
Întrebări semistructurate	<i>Activități și interese. Școala și lecțiile. Relații cu prietenii și colegii. Situția de acasă și relațiile cu părinții. Sentimente și emoții. Probleme cu identitatea. Consumul de alcool/droguri. Tulburări de comportament și încălcări ale regulilor și legilor. Relațiile cu sexul opus.</i>	<i>Funcționarea socială. Funcționarea școlară. Istoria dezvoltării individuale. Relațiile familiale. Interesele și calitățile copilului.</i>	<i>Performanța școlară. Interesele și calitățile copilului.</i>

Întrebări structurate		<i>Simptome și informații referitor la tulburări psihice specifice.</i>	
Întrebări specific comportamentale	<i>Cum vede copilul problema actuală.</i>	<i>Problemele comportamentale și emoționale. Îngrijorările privind copilul.</i>	<i>Probleme comportamentale la școală. Îngrijorările privind copilul.</i>
Întrebări referitoare la soluționarea problemelor	<i>Aderența la intervenția formulată.</i>	<i>Aderența la intervenția formulată. Scopul și planul inițial.</i>	<i>Aderența la intervenția formulată. Scopul și planul inițial. Formularea intervenției bazate pe școală.</i>

Psihologul practicant trebuie să găsească răspuns la aceste întrebări:

- *Ce semne de alarmă de suicid au generat prezentarea/apelarea serviciului psihologic?*
- *Prezența gândurilor/ ideăției de suicid la copil/adolescent?*
- *A încercat el să se sinucidă?*
- *Are el un plan de cum ar vrea să se sinucidă și care este probabilitatea de a fi salvat?*
- *Și-a imaginat reacția altora la moartea lui?*
- *Înțelege el finalitatea gândurilor lui de suicid, respectiv moartea lui?*
- *Și-a făcut ultimele aranjamente înainte să moară?*
- *Ce metodă și-a ales pentru a se sinucide?*
- *Are el o rețea de suport (părinți, alți adulți, școală, prieteni etc.)?*
- *Există ceva care l-ar face să amâne planul lui de suicid?*

La acestea s-ar mai adăuga explorarea înțelesurilor pe care copilul/adolescentul le-ar da gestului lui de suicid (*Tablelul nr. 4*).

Tabelul nr. 4: *Înțelesuri posibile ale suicidului la copii și adolescenți*

Lipsa controlului generând sentimente de neajutorare și lipsa de speranță:
<ul style="list-style-type: none">♦ prezintă o combinație dintre depresie și mânie;♦ percepe pierderea ca o problemă ireparabilă;♦ dorește să scape de o durere sufletească de nesuportat;♦ ca răspuns la abuzul altora;♦ auto-acuzare.
Obținerea unei revanșe în fața altora:
<ul style="list-style-type: none">♦ credința că suicidul va cauza altora sentimente de vinovăție.
Comunicarea unei tulburări emoționale
Reîntâlnirea cu o persoană dragă:
<ul style="list-style-type: none">♦ incapacitatea de a suporta singurătatea și pierderea;♦ dorința de a se reuni cu cineva drag care a dispărut.
Contextul familial:
<ul style="list-style-type: none">♦ credința că este la originea conflictelor familiale;♦ distragerea familiei de la alte probleme (<i>de ex.</i>, divorț);♦ perceperea ca este un copil nedorit de familie.
Anticiparea pierderii:
<ul style="list-style-type: none">♦ anticiparea despărțirii de o persoană iubită.

Există mai multe interviuri structurate/semistructurate pentru evaluarea suicidalității la copil și adolescent. Se recomandă ca psihologul practician să utilizeze un interviu conform experienței sale în care să formuleze câteva dintre întrebările-cheie care nu pot lipsi, indiferent de tipul de evaluare. Majoritatea copiilor/adolescenților răspund deschis și onest dacă întrebările sunt puse cu grijă, în mod respectuos și empatic. Utile sunt următoarele **recomandări** pentru procesul de interviu referitoare la suicid:

- *culege cu calm informații despre letalitate și identifică cursul acțiunii suicidare;*
- *folosește abilitățile de ascultare activă prin reflectarea sentimentelor, atitudine necritică și luarea în serios a problemelor;*

- *exprimă grijă, suport, încredere și încurajează efortul de coping al copilului și adolescentului;*
- *empatizează cu eforturile anterioare de a depăși problemele;*
- *culege informații despre familie și istoria ei;*
- *caută alternative la suicid;*
- *nu face nici o convenție cu tânărul privind ținerea secretă a dorinței lui de suicid, exprimă limitele confidențialității și necesitatea de a informa părinții, tutorele sau autoritățile;*
- *documentează în scris interacțiunea cu subiectul suicidar etc.*

Prezentăm un set de întrebări care sunt adecvate evaluării copilului cu comportament suicidar. Aceste întrebări pot fi luate ca sugestii și pot fi parafrazate conform experienței și contextului interviului de către psihologul practician (vezi *Anexa nr. 7*).

De regulă evaluarea copilului și adolescentului se încheie cu interviul cu părinții și/sau alți adulți implicați în dezvoltarea/educația/protecția copilului/adolescentului (tutor, profesor, asistent social etc.). În cazul copilului mic, de cele mai multe ori evaluarea începe cu interviul cu părinții sau cu cei care au inițiat aducerea copilului la psihologul practician, cu cei care au perceput criza suicidară a copilului și se încheie tot cu aceștia. Interviul cu familia are ca țintă următoarele probleme:

- *motivul prezentării și/sau cine a inițiat prezentarea la serviciul de urgență;*
- *principalele probleme din prisma copilului și a părinților;*
- *comportamentul suicidar, istoria suicidalității copilului;*
- *relațiile dintre copil și părinți și/sau ceilalți copii din familie;*
- *afectivitatea copilului;*
- *istoria psihiatrică (diagnostice, tratamente, spitalizări etc.);*
- *istoria dezvoltării psiho-afective și fizice a copilului;*
- *istoria socială (comportamentul școlar, activități extrașcolare, relațiile cu ceilalți);*
- *istoria familială medicală și psihiatrică.*

Se consideră că în cazul copilului și adolescentului cea mai bună metodă de evaluare a suicidalității este interviul direct cu subiectul. Cu toate acestea s-au dezvoltat mai multe instrumente standardizate de evaluare care se aplică în diferite împrejurări ale procesului de evaluare, dar a căror confidență variază de la instrument la instrument.

2.2. Instrumente de evaluare a ideei și conduitei autodistructive

Prezentăm câteva instrumente de evaluare, care pot fi introduse în practica psihologului practician și care au avantajul că se pot constitui în documente confidențiale ale dosarului clientului în cazul în care se ridică probleme de malpraxis ori alte probleme legale.

- **Scala Columbia de evaluare a severității ideei și comportamentului suicidar** (*The Columbia–Suicide Severity Rating Scale* – C-SSRS, K. Posner și colab.) evaluează în mod specific ideea suicidară, intensitatea ei, intenția de suicid și planul de suicid (vezi *Anexa nr. 3*).
- **Inventarul scurt de evaluare a motivelor de a trăi** (*The Brief Reasons for Living Inventory for Adolescents* – BRFL-A) – versiunea pentru adolescenți) (A. Osman și colab. (1996). Un scor mic indică pericolul de suicid prin lipsa factorilor protectivi. Versiunea pentru adolescenți conține numai 14 itemi ce reprezintă 5 factori: *dezaprobare socială, obiecție morală, supraviețuire, responsabilitate față de familie și frica de suicid*. Inventarul este recomandat să fie utilizat pentru identificarea și documentarea ideii și a comportamentului suicidar atât în serviciile de criză, cele de urgență, precum și în alte situații, precum consiliere școlară. A fost adaptat și validat în R. Moldova (vezi *Anexa nr. 4*).
- **Scala de evaluare a riscului de suicid la copii** (*Child Suicide Risk Assessment* – CSRA) (Re. Larzelere și J.J. Andersen) cu scopul de a identifica rapid copii și adolescenții (screening), în special cei peste 12 ani, care au nevoie de observare atentă și intervenție precoce pentru a preveni un eventual suicid. Instrumentul are trei mari secțiuni: sentimente (*de ex.*, griji, tristețe, vinovăție, lipsă de speranță etc.), familie și prieteni (relațiile cu părinții, relațiile cu prietenii, pierderile persoanelor dragi, suicidul în familie) și concepția copilului asupra morții (*de ex.*, ce se întâmplă când cineva moare, dacă oamenii sunt fericiți când mor, dacă oamenii se mai întorc după ce mor, gânduri de suicid și autovătămare). Scala conține 18 întrebări ce se formulează în funcție de o perioadă de timp aleasă de intervievator: o săptămână, o lună, ultimele 6 luni (*de ex.*, Ai fost în ultima lună... [*întrebarea?*]).

Răspunsurile sunt DA sau Nu și se cotează cu 1 punct răspunsul afirmativ. Autorii considera că dincolo de un scor de 8, copilul necesită evaluare atentă, observare și intervenție, având un risc semnificativ de suicid (vezi *Anexa nr. 5*).

La fel pot fi utilizate și alte metode de depistare a persoanelor ce pot prezenta un risc suicidar:

- **Scala Osman pentru evaluarea riscului suicidar** – Forma revizuită (*SRS-R Suicidal Behaviors Questionnaire Revised*).
- **Testul Rozenzweig** – de depistare a stării de frustrare și a nivelului de agresivitate, atitudinea persoanei față de alți oameni.
- **Chestionar de diagnosticare a stărilor depresive BDI** (At. Beck) – evidențierea stărilor depresive la copii (de la 10 ani).
- **Test „SR-45”** – metodă de detectare timpurie a tendințelor suicidare (П.И. Юнацкевич).
- **Tehnica de studiere a anxietății** (R. Tmml, M. Doki, V. Amen).
- **Criteriile agresivității – schema observării unui copil efectuată de părinți și profesori** (Г. Лаврентьева, Т. Титаренко).
- **Diagnosticarea autoaprecierii stărilor psihice (EYSENCK)** – măsurarea nivelului de anxietate, frustrare, agresivitate și rigiditate.
- **Ancheta lui Freisburg** – determinarea comportamentului deviant și agresiv la adolescenți.
- **Completări de fraze pentru copii și adolescenți.**
- **Test proiectiv „Desen liber”** (G. Rid).
- **Training „Prețuirea prezentului”** – tehnică de formare, dezvoltare a gândirii critice, ce se aplică la adolescenți.
- **Sistemul Achenbach al Evaluării Bazate Empiric (ASEBA)** – cuprinde un set de chestionare pentru evaluarea competențelor, a funcționării adaptative și a problemelor copiilor și adolescenților într-o manieră facilă și eficientă.

2.3. Reacții și principii în consultația unei persoane cu risc suicidar

Psihologul practician implicat în situația unui caz de risc de conduită autodistructivă sau deliberat autodistructivă, poate fi afectat de unele **reacții** emoționale ce pot complica situația, acestea fiind următoarele [44]:

Panică – (*Nu sunt în stare să ajut cu ceva*) trebuie de trecut peste ea, deoarece persoana cu risc suicidar caută cu cine să comunice, cui poate să-i încredințeze problemele sale; fiind prezent și acordându-i ajutor, psihologul, probabil este unica legătură cu restul persoanelor din jurul lui.

Frică – (*Ce, dacă eu și ajut cu ceva, el totuna își va duce intenția până la capăt*) evidențiază dorința de a nu purta o discuție sau a nu-și trăi emoții negative; fiecare om, inclusiv și persoana cu risc suicidar, poartă răspundere de acțiunile sale, dar psihologul practician are șansa reală de a-l ajuta.

Frustrare – (*Încă o discuție de durată pe care n-o prea doresc*) din necesitatea de a îndeplini lucrul peste puteri; practica arată că ajutorul poate fi acordat foarte repede; micșorând intensitatea emoției de neajutorare – neputință ce stă la baza unui act autodistructiv astfel este rezolvată problema de acordare a primului ajutor.

Nervozitate – (*Se poate să fii atât de slab de fire, ca să te hotărăști la o asemenea acțiune*) această stare ușor captează pe persoană, psihologul practician este derutat; conștientizarea acestei emoții, crește starea de libertate în acțiuni astfel permite de a lucra foarte eficient cu persoana supusă unui risc suicidar.

Supărare – (*Intenția lui nu este serioasă, probabil, vrea să mă folosească*) mai des este reflectată în relațiile celor ce avertizările de a comite un suicid nu sunt luate în serios, de exemplu, adolescenții; altfel spus, omului îi este caracteristic de a scădea din importanța și puterea sentimentelor ale altora, deoarece în caz contrar este nevoie de un răspuns personal adecvat. Este evident de perceput informația unui șantaj suicidal ca un strigăt de ajutor și nicidecum o manipulare.

Conflict intern – (*Dacă omul își dorește ceva puțin probabil să-l poți opri*) poate apărea din cauza că alegerea o face psihologul practician; oricum esența alegerii este persoana cu risc suicidar;

psihologul practician nu are altă alegere (de acordare a ajutorului).

Dilemă – (*Această situație e critică: cum pot să-l fac să vrea să trăiască*) apare din abundența de probe sau situații expuse de persoana cu risc suicidar, în care psihologul practician nu trebuie să se piardă – este necesar, alegând principala problemă sau situație, să se străduie să schimbe atitudinea persoanei cu risc suicidar față de ea.

Disperare – (*În asemenea situație eu m-aș comporta la fel*), sugerează psihologului practician despre tendințele suicidale ascunse; nu sunt reflectate fapte reale cu care s-a adresat persoana cu risc suicidar, dar reiese din tendințele ascunse ale psihologului practician ce se necesită de a fi exteriorizate în cadrul supervizării.

Luând în considerare apariția acestor reacții complicate, *principiile* asistenței psihologului practician trebuie să fie următoarele:

- *De a nu cădea în panică.*
- *Să fii onest și deschis și să-l tratezi ca pe o personalitate.*
- *Stimulează comunicarea, fiind foarte atent la orice detaliu.*
- *Cu tact de căutat situația în care persoana cu risc suicidar este iubită sau utilă.*
- *De dialogat în așa mod de parcă psihologul practician are mult timp la dispoziție.*
- *De reînviat speranța și de căutat alternative pentru a depăși această stare.*
- *Nici într-un caz să nu se manifeste careva emoții negative.*
- *A se permite persoanei cu risc suicidar de a-și trezi careva stări de milă.*
- *Comportamentul suicidar trebuie de privit ca o rugămintă de acordare a ajutorului.*
- *Blocarea tentativelor de suicid folosind intervenția.*
- *A fi încrezut că au fost întreprinse toate măsurile.*
- *Evaluarea conversației și propriei stări cu supervizorul.*

2.4. Intervenția în criza suicidară la copil/adolescent

Intervenția în criza suicidară, la copii și adolescenți, pornește de la ideea că suicidul este o soluție față de criza personală, un act încărcat de tensiune emoțională, depresie, mânie, neajutorare, generate de gândirea irațională. În condițiile reale, se conturează **două** situații distincte de intervenție [30, p. 353]:

1) **amenințarea cu suicidul;**

2) **tentativa de suicid.**

În cazul **amenințării cu suicidul** se creează o situație cu potențial periculos atât pentru subiect cât pentru cei din jur, care se simt implicați sau chiar responsabili pentru viața sa. Situațiile în care apare amenințarea cu suicidul sub formă de idee sau chiar intenție suicidară, pot fi condiții de stres, boli fizice sau mintale, eșecuri, situații dificile, problematice. Elementul fundamental este exprimarea ideii de suicidare. Ea poate trece neobservată dacă este comunicată mai mult ca o aluzie, ca o eventualitate teoretică la o situație resimțită negativ sau se poate impune direct, brutal ca intenție suicidară, ca un instrument de presiune, de influențare relațională cu caracteristici de șantaj înfricoșător. În aceste cazuri se impun măsuri printre care:

- *evaluarea atentă, cu tact, a situației, a factorilor precipitanți, a trăirilor subiectului, a semnificației unui eventual gest.* Interesează și gradul de elaborare a ideii de suicidare, dacă este obsedantă sau revine pasiv în memorie, prezența eventuală a pulsivității suicidare, fanteziile legate de actul suicidar și urmările sale, mijloacele prin care intenționează să îl pună în practică, măsura pregătirilor. Poate fi depistat suicidul planificat, cu riscuri foarte mari și poate fi discutată situația declanșatoare și mai ales trăirile însoțitoare dintre care neajutorarea de natură depresivă, lipsa unei soluții ș.a.;
- *solicitarea unui profesionist, a unui psihiatru care va prelua cazul.* În cazul diagnosticării unei afecțiuni psihice de fond, se va începe tratamentul de urgență;
- *asigurarea supravegherii continue din partea familiei, de către cineva care înțelege pericolul și este dispus să asigure responsabilitatea urmăririi persoanei.* În cazul în care acest lucru nu este posibil este preferabilă internarea de urgență într-o secție de psihiatrie. Această decizie se recomandă în

mod absolut pentru cei care au avut alte tentative de suicid în antecedente;

- *eliminarea din apropiere a obiectelor ascuțite, scoaterea medicamentelor din casă, a alcoolului, a substanțelor periculoase, a armelor;*
- *menținerea unui dialog suportiv, de ascultare empatică, se poate reduce din presiunea trăirilor negative; nu trebuie creată o atmosferă de fals optimism ci mai curând una de comunicare onestă, de ambele părți;*
- *se propune un contract scris de colaborare între persoana cu risc, familie și terapeut prin care aceasta se obligă să anunțe, înainte de întreprinderea oricărui act suicidar;*
- *evaluarea frecventă, sistematică a riscului suicidar, până acesta devine nesemnificativ și clientul iese din îngrijire.*

Intervenția în cazul **tentativei de suicid** este determinată de riscul major de repetare. Măsurile terapeutice imediate depind de mijloace; de obicei se face o internare de urgență de 24-48 de ore la o secție de terapie intensivă, pentru eliminarea toxicului și reechilibrare somatică. Este esențial ca screening-ul psihiatric să fie efectuat de specialiști, psihologi sau psihiatri, după care se va lua decizia psihoterapeutică.

Datorită încărcării emoționale deosebite, ca primă tehnică se aplică *ascultarea empatică*, care poate dura ore întregi, până când subiectul „își descarcă sacul”. Se consideră că adevărata urgență în cazul tentativei de suicid este cea a ascultării. Prelungirea întâlnirii, acolo unde este cazul, nu este un lux ci o necesitate. Este calea cea mai corectă de reducere a tensiunii psihice, de restabilire a echilibrului emoțional, de regăsire a speranței. De aceea, la cei inhibați este nevoie de oarecare încurajare, securizare, răbdare și calm. În prima etapă suicidul nu va fi contrazis, în nici un caz criticat, moralizat, se evită interpretările. El va fi încurajat să-și re trăiască uneori cathartic trăirile, să-și consume nemulțumirile, reacțiile de frustrație, de mânie ce reprezintă substanța crizei. Este remarcabil subiectivismul sau găsirea de vinovați în cercul apropiat, trăiri de nemulțumire care odată împărtășite se epuizează în mod miraculos, mai ales la adolescent.

Definirea problemelor și a trăirilor generate de ele permite clarificarea și prelucrarea lor psihoterapeutică, cu deschiderea

către o viziune mai optimistă, către găsirea de soluții. Se deblochează impasul creat de fantezia suicidară care implică impresia că „nu mai există un viitor” de împlinit. Reînceperea gândirii viitorului în diferite alternative este un pas important în prelucrarea psihoterapeutică.

În cazul adolescentului, sunt furnizate un pachet de *întrebări generale* (vezi *Anexa nr. 8*) pentru evaluarea ideții suicidare, a planului de suicid și a motivelor de a trăi sau a muri. Iar acestea au un rol orientativ pentru psihologul practicant care trebuie să se simtă liber să le parafrazeze și să le utilizeze în ordinea și felul în care consideră că este adecvat subiectului și contextului evaluării.

Forme de intervenție în criza suicidară cum ar fi *Contractul de siguranță* și *Planul de siguranță/îngrijire* sunt folosite de psihologul practicant [40, p. 219].

Contractul de siguranță este o promisiune făcută de adolescent de a nu întreprinde nimic care să-l rănească sau să-l omoare. Se formulează doar după constituirea unei solide relații terapeutice cu tânărul. El prevede unde și cum tânărul trebuie să ceară ajutor în loc să comită o tentativă de suicid, asta după ce i s-a explicat în detaliu cum ajutorul oferit poate să-i ofere protecție și ajutor. El cuprinde numele persoanei de contact (de obicei, centrul de criză) și numărul de telefon sau locul unde trebuie să se adreseze în cazul în care prezintă ideții suicidară intensă pe care nu o poate controla. Contractul poate fi făcut verbal sau în scris. Pentru tineri, contractul de siguranță este o intervenție mult mai eficientă decât în cazul adulților deoarece probabilitatea că un tânăr să-și calce cuvântul în acest caz este mai mică.

Formularea unui **Plan de siguranță/îngrijire** a copilului în cazul în care acesta se întoarce acasă. Acest document se întocmește împreună cu părinții sau cei în sarcina cărora este copilul. Partea centrală a planului este modul cum se organizează și se asigură supravegherea continuă a copilului. Înainte de formularea acestui plan, lucrătorul în criză (psihologul practicant) trebuie să dispună de toate datele disponibile despre suicidalitatea copilului, factorii precipitanți, factorii protectivi, intenția, planul și letalitatea mijloacelor, identificarea condițiilor preexistente și disponibilitatea alternativelor de terapie (diagnostice, terapii medicamentoase și nemedicamentoase), structura și dinamica familiei. Planul de îngrijire cuprinde țintele

supravegherii precum identificarea comportamentului suicidar, împiedicarea accesului și procurării de mijloace de suicid, managementul reacțiilor emoționale și comportamentale, stoparea consumului de alcool/droguri, formarea unui ambianțe protective și suportive în familie, libertățile și îngrădirile copilului la diferite activități școlare sau recreaționale, îndepărtarea sau neutralizarea condițiilor care pot contribui la apariția unor situații de criză, contactele cu serviciile de îngrijire a sănătății și respectarea medicației în cazul existenței tulburărilor psihopatologice, locurile și persoanele care pot fi contactate în cazul în care familia se simte depășită de complexitatea problemelor curente. Planul de siguranță/îngrijire este un document individualizat ce se formulează în funcție de intensitatea și severitatea comportamentală a adolescentului, de structura și condițiile familiale sau de îngrijire de la domiciliu și de existența factorilor psihopatologici (depresie, impulsivitate, consum de substanțe nocive etc.). El cuprinde și contactele ulterioare cu serviciul de criză (contacte follow-up) cu ocazia cărora planul se trece în revistă și se fac modificările și ajustările necesare în funcție de evoluția cazului. Planul de siguranță se aduce la cunoștința adolescentului și trebuie să dețină autoritatea formulării de către profesionist, părinții sau îngrijitorii au doar rolul de colaboratori, supraveghetori și executanți, altfel el va fi văzut de către adolescent ca un alt mod de îngădire a libertăților lui, de pedepsire și de expresie a autorității adulților asupra copiilor

În modelul cognitiv, **distorsiunile cognitive** reprezintă elementul principal pe care se axează intervenția pentru restabilirea stării inițiale și diminuarea reacțiilor de criză. Distorsiunile cognitive se referă la acele gânduri și procese informaționale prin care se reflectă în mod eronat situațiile din realitatea externă sau internă. Adesea, repetarea lor indică prezența unei scheme cognitive a cărei activare probabil a declanșat reacțiile de criză. Modificarea acestora în criză comportă următoarele caracteristici:

- ✓ evitarea responsabilizării subiectului. Acesta se identifica cu problemele și cu modul distorsionat de gândire. A-i transmite mesajul că gândirea lui este distorsionată nu face altceva decât să-i invalideze persoana și cea mai probabilă reacție va fi una de rezistență;

- ✓ disputarea acestora se face indirect adesea punctând doar evidențele contrare într-un cadru de explorare a alternativelor;
- ✓ colaborarea este esențială și este contraindicată orice disputare directă pe poziții contrare ale consilierului și subiectului.

Tipuri de distorsiuni cognitive:

- *Gândirea „tot sau nimic”*: Situațiile sunt văzute fie în alb, fie în negru. De exemplu, „*Dacă ceilalți spun ceva neplăcut, atunci sunt niște persoane rele*”, „*Dacă eu nu fac întotdeauna totul perfect, înseamnă că sunt un incapabil*”, „*E de ajuns o singură greșeală iar ceilalți vor crede că sunt prost*.” Sau voi reuși, sau voi fi un ratat”. Consilierul trebuie să răspundă astfel încât să transforme această distorsiune într-o evaluare moderată și gradată. De cele mai multe ori modificarea acestei distorsiuni este minimală și este indicată acceptarea poziției clientului cu încercări minime de modificare.
- *Suprageralizarea*: Consecințele unui singur eveniment neplăcut se răsfrâng asupra mai multor situații. De exemplu: „*Întotdeauna greșesc. Nu sunt în stare de nimic!*”, „*Tot ceea ce fac este o greșeală*”. În acest caz se punctează evidențele contrare. Este important să se realizeze după validarea reacțiilor clientului.
- *Filtrajul mental*: Alegerea unui singur detaliu al situației și extragerea unor concluzii pornind de la el. De exemplu, dacă într-o zi nu primești un telefon de la un prieten, tragi imediat concluzia că „*Nu-i pasă de mine*.” Sau, dacă în timp ce vorbești cu cineva, observi că acea persoană cască, tu tragi automat concluzia că îl plictisești.
- *Raționamentul emoțional*: „*Deoarece mă simt ratat, înseamnă că sunt un ratat*”. „*Cred că trebuie să arăt bine ca să am prieteni și asta este o realitate*”. Mobilizarea subiectului pentru a aduce dovezi care susțin această distorsiune poate modifica acest stil irațional.
- *Minimalizarea și ignorarea succeselor*: Se referă la ignorarea unei experiențe pozitive, ca și cum ea nu ar conta. În acest fel clientul nu face altceva decât să-și mențină un anumit gând negativ, care este însă în contradicție cu experiența sa de viață. De exemplu: la locul de muncă ai reușit să te impui,

propunând o idee bună, dar tu „uiți” acest lucru, iar la sfârșitul zilei îți spui: „*Încă o zi pierdută, în care nu am fost în stare să fac nimic.*”

- **Saltul la concluzii:** Interpretarea negativă a unui eveniment, chiar și atunci când nu sunt suficiente informații despre acesta. Sunt două tipuri principale ale acestei distorsiuni:

1) *Citirea gândurilor altor persoane:*

Pornind de la anumite gesturi sau cuvinte, clientul ajunge să interpreteze comportamentul unei persoane într-un anumit fel, fără însă a verifica dacă concluziile sale sunt corecte. Exemplu: „*Dacă nu-mi zâmbeste, înseamnă că nu-i place de mine*”. Ei cred că sunt incompetenți: „*Știu sigur că nu mă iubeste*”. Modificarea acestei distorsiuni se poate face prin investigarea dovezilor pentru „abilitățile” lor de citire a gândurilor celorlalți.

2) *Greșeala prezicătorului:*

Clientul anticipă că lucrurile vor fi bune sau rele și este convins că predicțiile lui se vor adevăra. Se listează evidențele contrare și se propune un experiment comportamental.

- **Gândirea catastrofică:** Clientul exagerează importanța anumitor evenimente, sau a unor aspecte ale acestora, în timp ce le ignora pe altele. „*Dacă voi ieși din casă va fi groaznic*”; „*Dacă voi încerca să cer ajutorul voi fi respins și e groaznic*”. Pacientului i se poate sugera să elaboreze un continuum al dezastrelor și să identifice care sunt consecințele specifice ale catastrofei. Este important să se accentueze mecanismele de coping în situația „catastrofică” prin amintirea unor situații similare pe care le-a depășit.
- **Folosirea lui „trebuie”:** Astfel de expresii ne limitează foarte mult acțiunile („*trebuie să fac asta*”, „*trebuie să mă asculte*”, „*trebuie să reușesc*”), iar nerealizarea obiectivelor pe care ni le propunem atunci când spunem „*trebuie*”, ne face să ne simțim vinovați, frustrați, furioși. Adeseori „*trebuie*” indică faza de negare, mai ales, când evenimentul care tocmai s-a întâmplat este văzut ca un eveniment ce nu trebuia să se întâmple. Disputarea lui „*trebuie*” poate ajuta clienții să deosebească dorințele lor de expectanțele rigide și regulile pe care le fac.
- **Personalizarea:** Clientul se vede ca fiind cauza unor evenimente neplăcute pentru care nu este de fapt responsabil.

Se punctează evidența care arată implicarea celorlalți în situațiile problemă.

Întrebări care favorizează modificarea distorsiunilor cognitive

Următoarele întrebări favorizează modificarea distorsiunilor cognitive prin procesul de disputare:

- ✚ *Am putea să vedem situația și altcumva? Te-ai gândit și la alte explicații?*
- ✚ *Ce cred ceilalți despre tine?*
- ✚ *Ceea ce spui se bazează pe ceea ce simți sau pe ceea ce faci/ ai făcut?* De cele mai multe ori, în cazul persoanelor cu anxietate puternică, se întâmplă următorul lucru: ei afirmă că nu pot face față unor situații deoarece se simt anxioși și ignoră faptul că în situațiile respective au comportamente adecvate, care îi ajută să iasă cu bine din acea situație.
- ✚ *Standardele tale sunt la fel de ridicate și referitor la ceilalți? Ceilalți reușesc să atingă ceea ce vrei tu?* Astfel de standarde nerealiste ar fi: „Trebuie să fiu cel mai bun întotdeauna”, „Trebuie să fiu perfect”, „Nu am voie să greșesc”.
- ✚ *Mai sunt și alte lucruri importante în această problemă?* Multe persoane în criză „uită” adesea (mai ales atunci când trebuie să facă față unei situații mai dificile) faptul că s-au descurcat bine în diverse situații similare.
- ✚ *Te conduci după principiul „totul sau nimic”?* De multe ori persoanele în criză evaluează în termeni de alb sau negru: „Dacă soțul m-a părăsit, înseamnă că voi rămâne singură pentru totdeauna”.
- ✚ *Ce s-ar întâmpla dacă lucrul de care te temi ar avea loc?* Deseori, persoanele în criză nu se gândesc foarte detaliat la ce s-ar întâmpla cu adevărat dacă fricile sau îngrijorările lor s-ar concretiza. Încercați să faceți clientul să vadă fricile în detaliu, să le analizeze cât mai amănunțit și va constata că, de fapt, acestea nu sunt chiar așa de dezastruoase cum le credeau.
- ✚ *Cum crezi că vor fi lucrurile peste câteva luni sau ani? Cum te vezi pe tine peste câteva luni sau ani?* Dacă ajutați clientul să privească lucrurile în perspectivă, poate găsi mai ușor modalități de a trece peste ele fără să considere că situația de criză în care se află reprezintă sfârșitul lumii.
- ✚ *S-a întâmplat vreodată să te aștepti la un anumit lucru și acesta nu s-a întâmplat?* De exemplu, dacă anticipă ceva

neplăcut, atunci crede automat că acel lucru cu siguranță se va întâmpla (acest lucru e foarte des întâlnit în cazul reacțiilor de anxietate).

✚ *S-a întâmplat să treci peste situații similare?* Este foarte util să treci în revistă modalitățile prin care ai făcut față unor situații similare în trecut.

2.5. Tehnici de intervenție în criza suicidară

Au fost dezvoltate mai multe tehnici de terapie cognitiv comportamentală scurtă pentru adolescenții cu conduită autodistructivă. Este conceput un program pentru adolescenți și familiile lor care cuprinde învățarea de a identifica și denumi emoțiile, gândurile automate și de a rezolva problemele iar familia este implicată pentru a învăța să comunice mai bine și să identifice și să rezolve problemele în comun.

Terapia scurtă focalizată pe problemă are ca scop creșterea competenței de a identifica problemele și a descoperi și construi soluții realiste. Aici subiectul este văzut ca expert și ca actor, ca parte a problemei și a soluției ceea ce conduce la responsabilizarea tânărului în a face o schimbare semnificativă și pozitivă atunci când prezintă ideea suicidară.

Meeks [apud 30] afirma că succesul în terapia cu adolescenții nu depinde de pătrunderea (*insight*) strălucitoare, cât de perseverență, răbdare și o speranță susținută de viitor. Faptul că procesul terapeutic poate deveni un examen a demonstrat, la fel, că specialistul simte trăirile și trăiește existența dureroasă a subiectului suicidar [30, p. 358].

Pe parcursul evaluării și intervenției în criză este esențial să se ia în considerare colaborarea cu medicul psihiatru.

Colaborarea cu familia este capitală în intervenție și planul de siguranță, menționează autorul R. Vrasti [40]. Se cunoaște că copiii și adolescenții cu probleme suicidare se recrutează în marea lor majoritate din familii cu probleme, cu comunicare distorsionată, cu conflicte și abuzuri. Această colaborare se face de-a lungul întregului perimetru al evaluării și intervenției în criză, chiar și prin participarea ei la ședințele de terapie specifică. Intervenția nu este niciodată completă dacă nu se adresează și familiei tânărului. Deși de cele mai multe ori informația că copilul lor este suicidar face ca familia să fie în șoc sau distres,

informarea părinților despre situația copilului este cea mai valoroasă și disponibilă resursă pentru prevenirea suicidului copilului. Cele mai frecvente reacții ale părinților atunci când află că copilul lor este suicidar sunt: reacția acută de șoc, anxietate severă cu senzație de paralizie, confuzie, negare, sentiment de vinovăție, manie sau beligeranța. Psihologul practicant trebuie să identifice aceste reacții și să considere că criza este a întregii familii, să ajute părinții să depășească starea emoțională, să accepte situația și să recunoască rolul important pe care îl au în ajutorul copilului lor și să participe colaborativ la activitatea psihologului practicant și a altor specialiști implicați [40, p. 223].

Arsenalul de tehnici de psihoterapie folosite într-o intervenție în criză cuprinde [8, p. 248]:

1. *Astracția* – rememorarea evenimentelor cu încărcătură emoțională mare are ca efect descreșterea tensiunii, „ventilația sentimentelor” (Ex.: „*Spune-mi despre sentimentele și emoțiile pe care le-ai avut de când ai rămas corigent*”).
2. *Clarificarea* – încurajarea subiectului să-și raționalizeze mai bine relația dintre evenimentele din viața sa și situația actuală (Ex.: „*Am remarcat că după o ceartă cu părinții tăi te simți rău și nu te poți da jos din pat*”).
3. *Sugestia* – discurs persuasiv în sensul îmbunătățirii situației personale și generale (Ex.: „*Multora înaintea ta le-a făcut bine să vorbească despre problemele lor și cred că și ție ți se va întâmpla la fel*”).
4. *Manipularea* – folosirea emoțiilor, dorințelor pacientului în folosul procesului terapeutic (Ex.: „*Pari să-ți pese foarte mult de relația ta sentimentală și cred că vei lupta pentru a obține o relație cât mai trainică*”). *Reinvestirea pozitivă* – acordarea de răspunsuri pozitive subiectului la comportamente adaptative reușite.
5. *Sprijinirea mecanismelor eficiente de apărare care mențin integritatea ego-ului* – mecanismele de apărare sunt comportamente utilizate pentru a rezolva o situație stresantă, având rol de a menține integritatea ego-ului și stima de sine. Ele devin nonadaptative dacă neagă, falsifică sau distorsionează realitatea; sprijinirea mecanismelor de apărare adaptative și descurajarea celor non-adaptative (Ex.: „*Faptul că ai plecat la plimbare când erai furios a fost foarte bun*”).

deoarece te-ai întors calmat și ai putut discuta și soluționa problema”).

6. *Încurajarea stimei de sine* – recâștigarea sensului propriei existențe, asigurarea persoanei că este semnificativă și valoroasă pentru ceilalți în continuare (Ex.: „*Ești o persoană puternică, ai reușit să ieși din încurcături mai mari până acum. De ce nu ai reuși și acum?*”).
7. *Explorarea soluțiilor prin munca în echipă* pentru găsirea unor alternative concrete pentru rezolvarea problemei (Ex.: „*Ai numeroase persoane în jurul tău! Abordează-le și vreunul dintre ei te va ajuta să ieși din încurcătură*”).

Psihologul practician trebuie să furnizeze o serie de informații și direcții care să ajute părinții să fie eficienți în asigurarea securității și protecției copilului și în construirea unei homeostazii familiale în care copilul să se simtă dorit, iubit, protejat și auzit. Discuția cu părinții despre factorii de risc de suicid ai copilului lor, despre factorii precipitanți și despre factorii protectivi, învață-i să recunoască comportamentul de risc și cum se face monitorizarea sau supravegherea unu-la-unu în caz de risc sever de suicid, supraveghează medicația recomandată copilului.

În următorul tabel prezentăm unele sugestii pentru părinții unui copil suicidar fie cu instabilitate emoțională severă.

Tabelul nr. 5: Sugestii psihoeducative pentru părinții unui copil cu risc suicidar

Ascultă copilul:

- ascultă cu empatie copilul;
- lasă-l să-și exprime propriile sentimente;
- nu crede că a-l bate pe spate este un răspuns la problemele lui;
- petrece cât mai mul timp cu copilul și ia-l cu tine la cumpărături, la sport, du-l la o cofetărie, la cinematograful etc.

Vorbește-i:

- fii onest și cinstit;
- nu da lecții și nu critica copilul;
- dacă se întâmplă ceva dificil în familie, precum conflicte, dispute etc., explică-i în mod onest copilului despre ce este vorba;

- vorbește-i despre copilăria ta;
- încurajează-l, premiază-l și ajută-l să-și construiască stima de sine și încrederea;
- ajută copilul cum să-și soluționeze problemele în mod realist și eficient.

Caută ajutor specializat:

- caută consiliere specializată;
- nu încerca să rezolvi problema singur.

Răspunde:

- *Vreau foarte mult să știu ce te supără...;*
- *Hai să vorbim despre acesta...;*
- *Lucrurile pot fi dificil de rezolvat dar eu sunt totdeauna aici să te ajut...;*
- *Îmi pare teribil de rău dacă te-am supărat sau rănit...;*
- *Hai să ne ajutăm împreună...*

Fii atent:

- nu încerca să rezolvi problema singur;
- nu promite să ții secret o problemă a copilului;
- nu evita să abordezi problema suicidului;
- nu lăsa copilul singur acasă dacă e în distress sever;
- monitorizează sau supraveghează minut cu minut în caz de risc sever de suicid.

Monitorizarea suicidalității copilului este o obligație profesională și deontologică a psihologului practician. Ea se face prin stabilirea și organizarea contactelor de urmărire, cât de des (zilnic, tot la două zile etc.), cine le face (psihologul, părinții/îngrijitorii copilului sau adolescentul însuși), la ce oră se execută, informațiile care se comunică (informație despre situația actuală, indicatorii riscului de suicid, trecerea în revistă a planului de siguranță, facerea ajustării lor necesare), ce se întâmplă dacă nu se obține contactul programat. (În mod imperativ, psihologul practician contactează copilul și părinții lui dacă nu are apelul telefonului prevăzut).

Documentarea reprezintă înregistrarea tuturor acțiunilor și activităților în ordinea logică a procesului de evaluare a riscului

de suicid (intensitatea ideății suicidare, intenția și planul, factorii de risc, factorii protectivi) și de intervenție, nivelul de urgență și de îngrijire, planul de siguranță, contractul de siguranță, implicarea familiei, măsurile psihoeducative cu părinții, monitorizarea, transferul responsabilității și deznodământul cazului, respectiv când cazul a fost închis.

Din toate ce s-au menționat în acest material informativ se vede cum criza suicidară a copilului și adolescentului este o problemă cu mult mai complexă decât cea a adultului din mai multe motive: formarea cu dificultate a alianței terapeutice cu copilul, procesul de evaluare solicită precauții specifice, intervenția e destinată atât copilului, cât și părinților. Contractul de siguranță deține un rol important; părinții sunt parte a planului de siguranță, iar monitorizarea este indirectă (se face prin intermediar, *de ex.*, părinți/tutori).

Tehnicile de intervenție în criză pot fi clasificate în trei categorii în funcție de nivelul la care se intervine. Tehnicile de intervenție la nivelul cognitiv sunt:


1. **Tehnici de rezolvarea a problemelor**, negociere etc. prin care se intervine asupra problemelor practice care au precipitat criza. Clientul este învățat cum să rezolve situațiile (cum să comunice problema cuiva care îl poate ajuta, rezolvarea de probleme etc.) folosind:
 - *Tehnica rezolvării de probleme.*
 - *Antrenamentul asertiv.*
2. **Tehnici de restructurare cognitivă** care vizează modificarea interpretărilor și evaluărilor dezadaptative care au generat reacțiile emoționale, astfel diminuându-se starea de criză, prin:
 - *Tehnici de disputare: empirică, logică și pragmatică.*
 - *Explorarea semnificației unei situații.*
 - *Tehnica reatribuirii.*
 - *Examinarea alternativelor și opțiunilor.*
 - *Decatastrofarea.*
 - *Reframing-ul.*
 - *Dialogul socratic.*
 - *Folosirea paradoxurilor.*
 - *Tehnica scalării.*

Restructurarea cognitivă în criză este un *proces selectiv*. Nu se vizează identificarea și modificarea tuturor credințelor care generează probleme emoționale și comportamentale clientului ci doar pe cele care exacerbează și mențin criza. Restructurarea cognitivă în criză implică parcurgerea următorilor pași:

- ❖ Identificarea emoției negative.
 - ❖ Identificarea gândurilor și a situațiilor care au activat aceste emoții.
 - ❖ Identificarea gândurilor automate care mențin starea emoțională acută (*La ce te gândești și te face să te simți așa sau îți generează aceste emoții?*).
 - ❖ Asistarea clientului în recunoașterea importanței gândurilor, percepțiilor și credințelor pe care le are asupra emoțiilor sale.
 - ❖ Strângerea dovezilor care sunt inconsistente și contrare acestor credințe.
 - ❖ Identificarea celei mai convingătoare dovezi împotriva gândului sau credinței.
 - ❖ Dezvoltarea unei explicații alternative adaptivă a situației activatoare.
 - ❖ Asistarea clientului în observarea modului în care se modifică starea emoțională dacă acceptă acest mod alternativ de a vedea situația.
 - ❖ Dezvoltarea unui plan pentru a folosi aceste informații (gândurile alternative) în efortul de a face față situației.
3. **Tehnici de inoculare a stresului** prin care se oferă și se construiesc mecanisme de coping adaptativ focalizat pe emoție:
- *Înlocuirea monologului negativ.*
 - *Distragerea atenției.*
 - *Tehnica opririi gândurilor.*
 - *Tehnici de relaxare.*

Deseori este de un real ajutor să le oferim clienților gânduri sau fraze pe care să le folosească pentru a face față situației și pentru a decatastrofa situația. Acest lucru este posibil folosind *tehnica autodialogului*, astfel, învățându-l pe client cum să folosească un autodialog adaptativ în locul autodialogului dezadaptativ. Este foarte important ca clienții să vadă efectul acestui autodialog pentru a-l folosi cu succes.

CAPITOLUL III.



PREVENȚIA ÎN CONDUITA AUTODISTRUCTIVĂ LA COPII ȘI ADOLESCENȚI

Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) a identificat comportamentul suicidar ca o problemă de sănătate publică alarmantă, prin aceasta devenind o arie de acțiune prioritară în promovarea sănătății mintale în majoritatea țărilor din lume. De aici, și de a dezvolta strategii comune, naționale și internaționale pentru prevenirea sinuciderii. În acest sens s-au făcut recomandări țărilor membre să se implementeze programe naționale de prevenție a sinuciderilor bazate în principal pe identificarea grupurilor de populație cu risc maxim și de restricționare a accesului la mijloacele de realizare a autovătămării.

În 1999 O.M.S. a lansat o inițiativă globală pentru prevenția sinuciderilor care avea ca obiective principale:

- sprijinirea măsurilor de reducere a ratei sinuciderilor în țările în curs de dezvoltare sau în tranziție;
- identificarea și reducerea factorilor care contribuie la sinuciderile în rândul tinerilor;
- sensibilizarea conștiinței publice în privința pericolului creșterii ratei sinuciderilor în lume.

Din anul 2002 aceste eforturi au obținut susținere și din partea IASP (*International Association for Suicide Prevention and Crisis Intervention*) care, de atunci, organizează anual, în ziua de 10 septembrie, „Ziua Mondială de Prevenție a suicidului”.

În mod clasic, se identifică *trei etape* de profilaxie a comportamentului suicidar menționați de autoarea D. Cozman în lucrarea *Compendiu de suicidologie* [8, p. 230-231]:

1. **Prevenția primară** – se urmărește micșorarea riscului de realizare a autoagresiunii, în absența unei tentative anterioare de autovătămărire intenționată. Această etapă trebuie să fie aplicată de către toate specialitățile medicale

la rândul lor fiind o necesitate de aprofundare a cunoștințelor în suicidologie. Diagnosticul precoce a tulburărilor afective, în special cel al epizodului depresiv sever este obiectivul cel mai important și specific al acestui tip depresiv sau nu, este debutul precoce al unui tratament eficace. O altă acțiune specifică la etapa dată este limitarea accesului la mijloacele de realizare a sinuciderilor. Această acțiune trebuie să fie sprijinită și de măsuri legislative.

2. Prevenția secundară – se referă la categoria bolnavilor psihici sau cu boli somatice care au avut o tentativă de suicid și care au acceptat să fie dispensarizați, la fel categoria suicidanților raționali sau lucizi și care au acceptat asistența psihoterapeutică.

3. Prevenția terțiară – se adresează tuturor problemelor care țin de structura de personalitate, dar și de mediul înconjurător în care trăiește persoana cu risc de sinucidere. Aici se include abordarea medicală a afecțiunilor psihice și somatice, dar și terapiile psihologice, psihoeducația, evitarea stresului, a conflictelor acute și a influențării negative a comportamentului prin mass-media și restricționarea accesului la metode de sinucidere cu grad înalt de letalitate.

Postvenția constă în activități care reduc psihotraumele din viața celor cărora li s-au sinucis membrii de familie. Termenul de supraviețuitori, menționează autoarea se referă la persoanele care au pierdut pe cineva foarte apropiat prin sinucidere și nu se confundă cu supraviețuirea persoanelor care au avut tentativă de sinucidere. Scopul postvenției este ajutorul acordat supraviețuitorilor de a-și trăi viața mai „productiv” și de a putea să înlăture, pe cât posibil, sursele de stres din existența lor. Se consideră că povara sinuciderii unei persoane iubite e mai grea decât moartea produsă prin alte cauze deoarece induce la supraviețuitori sentimente foarte intense de vinovăție, frustrare, ostilitate. În conștiința supraviețuitorilor se creează o ruminație dureroasă în legătură cu propriile acte și comportamente. În cazul copiilor la fel este foarte dificilă supraviețuirea, pentru ei sinuciderea

unui părinte fiind asemănată cu un gest de abandonare, de respingere, de stigmatizare.

F.V. Wenz [apud 8, p. 232] prezintă 11 principii care trebuie să fie abordate de terapeut față de cei ce au avut un membru de familie decedat prin sinucidere:

- 1) *Discreție, tact și confidențialitate.*
- 2) *Prezență fizică, chiar și în momentele lungi de tăcere.*
- 3) *Combaterea sentimentelor de vinovăție ale supraviețuitorului.*
- 4) *Empatie.*
- 5) *Descurajarea sentimentelor de autocompătimire.*
- 6) *Încurajarea pentru exteriorizarea emoțiilor.*
- 7) *Încurajarea pentru muncă și activitate.*
- 8) *Ghidarea supraviețuitorului spre formarea unor scopuri imediate în viitorul apropiat.*
- 9) *Oferirea unui ajutor concret în unele probleme practice.*
- 10) *Acordarea sprijinului spiritual.*
- 11) *Încurajarea pentru acceptarea traumei.*

Finalmente, este binevenită integrarea supraviețuitorilor într-un grup de suport și de îndrumare care să le monitorizeze starea medicală, precum și cea psihologică.

3.1. Mecanisme de intervenție în profilaxia conduitei autodestructive

Mecanismele de intervenție în profilaxia actului autodestructiv la copii și adolescenți pot fi urmărite și în factorii de protecție, importanța cărora este expusă prin întărirea și dezvoltarea lor drept pavază față de ideea suicidară, chiar și în stadiul presuicidar [30, p. 352]:

- **Abilitățile de coping**, de a rezolva probleme în diverse arii de funcționare pot oferi protecție împotriva suicidului prin sentimentul de control, al autoeficacității, prin beneficiile aduse în interacțiunile sociale, care duc la reducerea semnificativă a lipsei de speranță, a gândurilor negative și a evitării implicării în activități și relații.
- **Motivația de a trăi**. Persoanele care au motivații numeroase pentru a trăi, planuri de viitor, desfășoară diverse acțiuni și

manifestă optimism au o rată scăzută a ideății suicidare. Cunoașterea acestor zone de rezistență a subiecților are o mare importanță practică, fiind un puternic factor predictiv pozitiv.

- ***Starea de sănătate și activitatea fizică.*** Se referă la percepția pozitivă asupra propriei stări de sănătate atât la cei sănătoși, persoane cu afecțiuni medicale sau cei care au suferit traume fizice cu răsunet afectiv (abuzul sexual). Creșterea dorinței de implicare în activități fizice cum ar fi cele sportive este binevenită și reprezintă o ancoră în dorința de a trăi.
- ***Climatul familial.*** Este de dorit să existe relații calde, cu varia acțiuni între părinți și copii. Mediul școlar suportiv este absolut necesar pentru copii, deoarece relațiile negative dintre profesori și elevi au consecințe nefavorabile.
- ***Spportul social.*** Prin rețeaua de suport social se asigură securitatea emoțională și se formează sentimentul de apartenență prin cercul de prieteni, grupuri de ajutor reciproc, prin participarea la activități religioase.
- ***Valorile sociale.*** Cele tradiționale pot avea un efect protectiv pentru fetele adolescente, mai ales ascultarea și respectul față de persoanele în vârstă, iar valorile individuale, individualismul sunt benefice pentru băieți.
- ***Expunerea la comportamentele suicidare*** are un efect ambivalent – expunerea la problematica suicidului în media, tentativelor de suicid poate avea un efect protectiv, dar și să se producă un efect de contagiune.

În *mecanismele de intervenție* pot fi incluse și programele de prevenție secundară ce includ: măsuri de reducere a accesului la mijloacele de suicid, tratamentul persoanelor cu tulburări mentale, programe educaționale adresate medicilor de familie, programe în școli și dezvoltarea liniilor de telefon (*hot lines*) și a centrelor de criză.

Centrele de combatere a suicidului din diferite țări servesc drept centre de criză, au telefon de ajutor și reprezintă și agenții de trimitere către centrele de sănătate mintală sau spitale de psihiatrie. Programele de educație școlară trebuie adresate părinților cu copii suferind de agresivitate marcată și cu un grad de rebeliune, pregătirea cadrelor didactice să identifice pe cei care

au idei de suicid, să capete unele abilități de interviu și să îi informeze despre resursele existente.

Psihologului școlar îi revine un rol de importanță majoră în depistarea și adoptarea unor modalități cât mai eficiente de adaptare și integrare a elevilor în mediul educațional. În acest context, el dispune de o vastă paletă metodologică, care îl ajută să realizeze o bună cunoaștere a elevilor, a nevoilor și aspirațiilor lor, a trăsăturilor lor caracteriale și temperamentale. Menționăm, astfel, câteva posibilități accesibile de dezvoltare a orizontului perceptiv: observația, convorbirea, analiza documentelor ș.a.m.d.

3.2. Miturile conduitei autodistructive la copil/adolescent

Unul dintre obstacolele cele mai importante în prevenția suicidului este existența unor convingeri și atitudini eronate față de suicid. Adulții consideră moartea la copii și adolescenți în general accidentală, iar atunci când se produce tentativa de suicid, familia ascunde suicidul datorită stigmei sociale. Unul dintre obiectivele programelor de prevenție la nivel comunitar este **acceptarea suicidului ca o problemă reală a copiilor și adolescenților.**

Cele mai frecvente mituri asociate cu suicidul la copii și adolescenți:

- ***Copilăria și adolescența sunt perioade fericite din viață, lipsite de griji și în care există doar probleme minore de adaptare.*** Este eronat să credem că vârsta copilăriei îi protejează pe aceștia de probleme și traume. Există o multitudine de probleme cu care se confruntă copiii și pentru care nu sunt încă pregătiți să facă față – moartea unor persoane semnificative, abuzurile emoționale, fizice sau sexuale, violența adulților, rigiditatea standardelor impuse de adult, consumul de substanțe. Este foarte greu pentru o familie să își protejeze copilul față de atâtea probleme, este deci mai optim să-i învățăm pe copii să facă față adaptativ situațiilor de criză.
- ***Cei care vorbesc despre sinucidere nu recurg la ea.*** Mesajele de tipul „*Mai bine mor...*” sau „*Aș vrea să mor odată!*” poate însemna faptul că o anumită situație este foarte dramatică pentru copil sau adolescent. Este foarte important ca adultul să îl asculte pe copil și să încerce să comunice cât mai mult. Este greu să stabilești gravitatea situației. Ignorarea acestor

posibile semnale poate avea efecte dramatice. Studiile arată că majoritatea copiilor și adolescenților care s-au sinucis au vorbit despre moarte și au făcut afirmații despre dorința lor de a-și pune capăt vieții. Astfel că orice mesaj de acest gen asociat cu alte modificări comportamentale trebuie să constituie un motiv pentru acordarea unei atenții deosebite copilului și solicitarea ajutorului unui consilier sau psiholog.

- ***Cei care au tentative de suicid nu vor decât să atragă atenția.*** Mulți adulți au convingerea că suicidul la copiii și adolescenți este o formă de a atrage atenția și că în realitate ei nu doresc să își ia viața. Orice tentativă de suicid este un semn alarmant al unei probleme și tratarea acesteia cu superficialitate este o gravă eroare care poate să îi facă pe copii și adolescenți mai convinși că nu sunt înțeleși și acceptați. În consecință ei rămân la convingerea că suicidul este singura modalitate de a scăpa de disperarea și lipsa de speranță resimțită.
- ***Este suficient ca oamenii să vadă partea bună a vieții și se vor simți mai bine.*** Pentru o persoană care are intenția de suicid această afirmație poate agrava situația și duce la accentuarea convingerii că ceea ce simte și crede este inadecvat, fiind o formă de invalidare. Copiii și adolescenții au dificultăți în planificarea viitorului și în înțelegerea faptului că ne schimbăm în permanență modul de percepere a vieții datorită experiențelor pe care le avem zilnic. A-i spune unui copil sau adolescent că „măine lucrurile vor arăta altfel” nu face decât să-i adâncească sentimentul de izolare și însingurare. În aceste momente ei nu se pot gândi la viitor, ci doar la prezent.
- ***Copiii nu știu cum să se sinucidă și nici nu au puterea necesară să o facă.*** În general, adulții cred că moartea nu este înțeleasă de copii ca un act final și ireversibil și că ei nu știu cum se poate muri. O altă idee eronată este că tentativa de suicid a fost un accident și că intenția de suicid nu a existat de fapt. Studiile arată însă că adolescenții și chiar și copiii știu foarte bine cum pot să-și ia viața, unii dintre ei au planuri foarte elaborate cu privire la suicid. Se recomandă părinților și adulților să investigheze cu atenție orice „accident” prin care copiii și-au pus viața în pericol.
- ***Cei care se sinucid sunt bolnavi psihici.*** La fel ca și în cazul adulților, majoritatea persoanelor cred că copiii și adolescenții care recurg la sinucidere sunt persoane cu tulburări psihice

grave. Studiile arată însă că procentul celor care se sinucid și care au o tulburare psihică este mult mai mic decât s-ar crede. Cauzele suicidului sunt complexe și mult diferite de percepția obișnuită a oamenilor. Părinții care au un copil ce a avut o tentativă de suicid nu recunosc acest lucru mai ales datorită convingerilor eronate despre suicid și din teama stigmei sociale pe care o implică suicidul. Rolul școlii și al programelor comunitare este foarte important în contracararea mesajelor neadecvate din mass-media.

- ***În cazul copiilor și adolescenților care recurg la suicid, părinții sunt singurii responsabili.*** Majoritatea părinților se blamează pentru problema copilului lor și cred că numai ei sunt vinovați pentru această situație, mai ales că societatea nu este educată și are tendința de învinovățire a părinților. Studiile arată însă că părinții sunt de obicei ultimii care identifică semnele unui viitor act suicidal. De cele mai multe ori copilul încearcă să-i protejeze și să-i excludă din problemele sale. Rolul prevenției prin discuțiile cu colegii despre acest subiect poate fi foarte important mai ales în a-i face pe copii și adolescenți să-și împărtășească ideile despre suicid.
- ***Când un copil sau adolescent cu depresie începe să se simtă mai bine înseamnă că perioada de criză a trecut.*** Contrar părerilor comune, riscul suicidal la o persoană cu depresie este mult mai mare în perioada în care este perceput de ceilalți că este mai bine. Tocmai în această perioadă copilul sau adolescentul dispune de energia necesară planificării unui act suicidal. Găsirea acestei soluții extreme îi face să se simtă mai bine și mai liniștiți. Părinții trebuie să fie atenți la aceste semne care ar putea fi un indiciu fals de recuperare.
- ***Ingerarea anumitor substanțe (alcool, droguri, tranchilizante) „rezolvă” problemele și reduce riscul suicidal.*** Consumul de alcool sau droguri accentuează stările negative și cresc riscul de suicid. Mulți adolescenți sau copii însă cred că tranchilizantele, alcoolul sau drogurile îi face să uite de probleme. Ele însă agravează stările depresive.

În concluzie, suicidul nu trebuie să fie un subiect tabu pentru familie și școală. A nu discuta despre o problemă nu implică dispariția ei. Din nefericire, datele epidemiologice confirmă acest fapt.

3.3. Rolul cadrelor didactice în prevenția riscului suicidar la copii și adolescenți

Centrarea procesului instructiv-educativ pe *elev* și nevoile sale aduce în atenția școlii întregul univers psihologic și social al acestuia. Ca mediu semnificativ de socializare și formare, școala este o instituție-resursă în acțiunile de prevenție și conștientizare asupra incidenței depresiei și a riscului suicidar la elevi. În acest sens, școala își poate propune atingerea următoarelor *obiective generale*:

- *dezvoltarea cognitivă, afectivă și comportamentală a elevilor;*
- *diversificarea variantelor de răspuns ale elevilor la provocările vieții;*
- *facilitarea integrării sociale optime a elevilor;*
- *asigurarea condițiilor pentru menținerea sănătății fizice și psihice a elevilor.*

Rolul cadrului didactic în *prevenția* riscului suicidar la elevi implică **informarea**. În vederea cunoașterii simptomelor conduitei autodistructive, a caracteristicilor situației de criză psihologică, astfel încât să poată monitoriza avizat evoluția elevilor cu care interacționează, iar la apariția primelor indicii, să poată acționa coresponsător, evitând riscul suicidar. O recunoaștere corectă a simptomelor conduitei autodistructive de către cadrele didactice ar facilita orientarea rapidă și eficientă a elevului către un examen amănunțit al stării psihologice, o diagnosticare și o intervenție psihologică/psihiatrică, în măsură să prevină conduita autodistructivă și riscului suicidar. Cu cât funcționarea adaptativă a elevului în mediul școlar este mai rapid restabilită, cu atât consecințele acestor stări de criză psihologică vor fi mai mici pe termen lung.

Evident, **motivația** cadrului didactic pentru a duce la îndeplinire acest rol, profund uman, are la bază, în primul rând, valorile și credințele care contează cel mai mult pentru el, ca persoană. Sperăm ca acestea să coincidă cu lista valorilor și

credințelor care efectiv contează în asistența oferită elevului depresiv, dar și în crearea unui mediu securizant de învățare:

- ❖ **Respectul:** fiecare elev poate vedea lumea *altfel* decât cadrul didactic, iar acest lucru nu înseamnă „lipsă de sens” sau „eroare”.
- ❖ **Credința în resursele și potențialul de schimbare al elevilor:** orice elev are capacitatea de a se dezvolta, de a se schimba, actualizându-și potențialul și resursele personale.
- ❖ **Școala este un mediu de învățare continuă,** în care „a învăța” se bazează atât pe „a face lucrurile bine și a le repeta”, cât și pe „a învăța din propriile greșeli, pentru a nu le repeta”.
- ❖ **Consecvența și transparența** comportamentului cadrului didactic în relația cu elevii.
- ❖ **Dorința de a învăța:** pasiunea cadrului didactic pentru „a învăța”, în sensul de a fi curios, surprins, interesat să te dezvolți, este molipsitoare pentru elevi; în plus, aceasta presupune a-i învăța pe elevi *cum* să învețe, să gândească cu propria minte, NU doar a transmite cunoștințe, informații, expertiză.
- ❖ **Optimismul:** concentrați-vă pe ceea ce merge și analizați *cum* s-a ajuns la performanță, mai degrabă decât să vedeți ceea ce nu merge.

Fenomene observabile, în anumite grade, la elevii depresivi, care nu trebuie ignorate de cadrul didactic, pentru că reprezintă implicit *cereri de ajutor* din partea acestor elevi, incapabili să-și rezolve singuri problemele. Ele pot fi:

- dificultăți în a interpreta emoțiile celorlalți și tendința excesivă de autoînvinovățire;
- abilități sociale alterate (neasertivi, relații tensionate, nu mai sunt interesați de compania prietenilor, evită interacțiunea cu ceilalți);
- absențe nemotivate de la școală, într-o măsură considerabilă mai mare decât colegii lor;
- rezultate școlare din ce în ce mai slabe, afișează un dezinteres evident pentru instruire;
- comportament interiorizat, defensiv, evită contactul vizual, se exprimă ezitant, însă, uneori, pot reacționa inadecvat (irascibil, agresiv, agitat);
- comportamente frecvente adictive precum: consumul de alcool, drogurile, dependența de calculator;

- alimentare incorectă, odihnă insuficientă;
- acuză simptome clare somatice, deși nu există o boală care să justifice acuzele;
- disperare, lipsiți de speranță în viitor;
- idei suicidare.

Sinuciderea unui elev afectează puternic comunitatea instituției de învățământ; colegii, profesorii pot trăi intense sentimente de culpabilitate, regret și neputință. Climatul afectiv din instituția de învățământ și a grupului din care face parte elevul se deteriorează, atunci când vina pentru suicid e atribuită în mod special unor persoane din instituția de învățământ, și apar dispute legate de stabilirea responsabilității. Un elev care se sinucide poate oferi colegilor un prost exemplu de soluție la toate problemele specifice vârstei și poate deveni inițiatorul unei suite de sinucideri-ecou.

3.4. Rolul părinților în prevenția riscului suicidar la copii și adolescenți

Acceptând că nu știm totul și că ne străduim să învățăm permanent, dovedim că avem o atitudine pozitivă și realistă. Procedând astfel, nu ne subminăm autoritatea, ci confirmăm un adevăr milenar: în viață aproape totul este *deprindere* a inimii, a minții, a trupului. Nu ne naștem părinți, ci devenim părinți alături de copiii noștri. Nici un părinte nu îndeplinește perfect acest rol, iar performanța unui părinte nu determină valoarea sa ca persoană.

Rolul părinților în *prevenția* riscului suicidar la copii și adolescenți implică **informarea** în vederea cunoașterii caracteristicilor situației de criză psihologică, astfel încât la apariția primelor indicii, să poată acționa corespunzător, evitând riscul suicidar. Cu cât funcționarea adaptativă a copilului în mediul familial este mai rapid restabilită, cu atât consecințele acestor stări de criză psihologică vor fi mai mici pe termen lung.

Informațiile pe care le furnizăm copilului încă de la naștere au o enormă influență asupra comportamentului lui ulterior. Modul de comunicare are un impact extraordinar asupra reușitei educării unor copii fericiți și bine orientați.

Educând copii în familie, ne vom îngriji să cunoaștem **trebuințele comunicative** ale copiilor în diferite perioade de

dezvoltare pentru a organiza interacțiuni calitative care să asigure dezvoltarea psihică normală și capacitatea de stabilire a contactelor suficiente cu oamenii din jur [5, p. 87].

Comunicăm cu copiii noștri în mod variat. Limbajul trupului spune indirect multe și direct comunicăm prin cuvântul rostit și prin timpul petrecut cu ei. Comunicările cele mai eficiente, dar și cele mai dăunătoare au loc când părinții vorbesc cu copiii lor. Ceea ce simt, de fapt, părinții față de copii iese adesea la iveală în discuțiile în prezența copiilor sau când aceștia nu ascultă ce se spune [41, p. 151].

Problema comunicării dintre două persoane (îndeosebi între părinte și copil) este una pe cât de delicată și dificil de realizat, pe atât de importantă.

Comunicarea *eficientă* [12, p. 85] cu copilul se realizează atunci când știm să-l ascultăm și să luăm în considerare părerea copilului, chiar și atunci când nu suntem de acord cu el. De aceea, când are loc o discuție, este preferabilă tratarea copilului de pe o poziție de egalitate, ca și cum ar fi (și ar trebui să fie) cel mai bun prieten al nostru.

A învăța să comunicăm asertiv înseamnă a învăța să exprimăm cum ne simțim într-o anumită situație („*Sunt supărată pentru că...*”, „*Mă doare când...*”, „*Sunt mândru de...*”, „*Mă simt jignită când...*”, „*Sunt dezamăgit deoarece...*”) sau ce ne-am dori de la interlocutor („*Mi-ar face plăcere să...*”, „*Altădată aș vrea să...*”). Prin asemenea formulare a mesajelor, centrate pe „eu”, părintele îi atrage copilului atenția că și el are sentimente. El la rândul lui îl ajută pe copil să vadă realitatea și cu alți ochi, îl ajută să înțeleagă că prin comportamentul său poate răni oamenii fără să își dea seama. Or, acest tip de mesaj nu afectează drepturile sau integritatea partenerului de dialog.

O altă condiție de bază a unei comunicări eficiente, o constituie *comunicarea pozitivă*, ca rezultat al *gândirii pozitive*.

Vom încheia acest capitol cu un gând legat de ingredientul principal, comunicarea în familie, pe care majoritatea îl dețin, dar fiecare îl folosește diferit. Cheia este să ascuți – să ascuți cu adevărat. Când copiii sau părinții simt că sunt ascultați, sunt în stare să îi respecte pe cei care îi ascultă, dar și pe sine – având în vedere că ceea ce spun ei are valoare, astfel putem evita un comportament autodistructiv din partea copilului/adolescentului nostru.

■ Sfaturi practice:

Obstacole în calea comunicării	Vom evita să spunem tot timpul	Consecințe
Să dai ordine, să poruncești.	<i>Nu te mai plânge atâta! Fă ceva!</i>	Dai naștere unei reacții de rezistență, unui comportament opus celui dorit îl privezi pe copil/adolescent de orice responsabilitate.
Să avertizezi, să ameninți.	<i>Nu vei reuși să-ți faci niciodată prieteni dacă... Ai face bine să nu te mai îngrijezi.</i>	Este posibil să declanșezi ranchiuna, furia, revolta copilului.
Să faci morală, să îți piedici.	<i>Viața nu este numai o grădină de trandafiri... Nu ar trebui să te simți descurajat... Răbdarea este o virtute...</i>	Dai naștere unui sentiment de vinovăție, îl încurajezi pe adolescent să-și păstreze poziția cu orice preț, să găsească justificări să se apere.
Să dai sfaturi și soluții.	<i>Eu, dacă aș fi în locul tău... De ce nu faci așa... Îți sugerez să...</i>	Îl împiedici să se gândească la propriile soluții. De asemenea, este posibil ca adolescentul să devină dependent de părinți sau, dimpotrivă, să le opună rezistență.
Să aduci argumente, să faci apel la logică.	<i>Iată de ce nu ai dreptate... Faptele arată că... Da, dar...</i>	Provoci o reacție defensivă, o contra-argumentație, îl încurajezi pe adolescent să se închidă în sine și să nu mai asculte mesajul părinților. Este posibil ca copilul/adolescentul să se simtă incapabil, inferior celorlalți copii de vârsta lui.
Să critici, să judeci,	<i>Ce spui tu este fals.</i>	Pornești de la premisa că copilul/adolescentul nu este bun de nimic, ceea ce poate să

să învinovățești.	<i>Ești o nulitate. Nu știi să faci.</i>	Întrerupă comunicarea și riscă să dea naștere unor micro-mituri de genul „ <i>Oricum sunt neîndemânatic, asta este, n-am ce face</i> ”.
Să lauzi, să fii întotdeauna de acord.	<i>Ai dreptate, profesorul tău este o nulitate. Ești genial. Ai întotdeauna dreptate.</i>	O laudă nesinceră poate fi resimțită ca o dovadă de paternalism, ca o metodă ocolită de a obține o anumită reacție.
Să umilești, să ridiculizezi.	<i>Nota 4 este nemaipomenită. Da, da, nu glumesc. Mai bine de atât nici nu se poate. Ai grijă să nu schimbi nimic.</i>	Este posibil ca adolescentul să nu se simtă iubit și, astfel, respectul de sine să aibă de suferit în cazul lui. Declanșezi riposte verbale și faci să „crească” temperatura emoțională.
Să analizezi, să pui diagnostice.	<i>Problema ta este... Înțeleg, ești nepriceput din naștere.</i>	Este posibil ca copilul/adolescentul să se simtă frustrat, descoperit, expus și să întrerupă comunicarea de teamă.
Să liniștești, să consolezi.	<i>Nu-ți face griji. Va fi bine. Vino să te îmbrățișez, dragul meu.</i>	Copilul/adolescentul simte că nu este înțeles. Încercând să-l liniștim, nu înlăturăm pericolul pentru că nu ținem seama de situația concretă în care se află adolescentul.
Să anchetezi, să interoghezi.	<i>Cine... Cum... De ce... Ce ai făcut?</i>	Stare de anxietate, exprimare evazivă, uneori pot chiar minți.
Să iei lucrurile în glumă, să deviezi de la subiect.	<i>Să vorbim despre altceva. Nu e nici o problemă. Ești sigur?</i>	Copilul/adolescentul trăiește cu impresia că problemele lui sunt închipuite, banale, că nu prezintă nici un fel de importanță.

În urma analizei de clasificare a factorilor de protecție, în baza cercetării realizate în cadrul sectorului de *Asistență psihologică în educație*, IȘE, s-a observat poziționarea factorului **responsabilitatea față de familie** a adolescentului de a nu săvârși un act de suicid pe prima treaptă ca fiind identificat cel mai important. Pentru ei familia este cea care are încredere în el și se simte apreciat, la fel de mult își iubește familia și nici într-un caz nu ar face-o să sufere [23].

Climatul familial are o mare importanță. Este dezirabilă existența unor relații calde, apropiate, cu interacțiuni diverse atât între părinți, cât și în cadrul cuplurilor [30, p. 352].

Calitatea relațiilor familiale apare ca un factor important în evaluarea riscului suicidar, factor de protecție atunci când aceste relații sunt percepute ca fiind satisfăcătoare sau, dimpotrivă, de vulnerabilitate atunci când acestea sunt percepute drept negative [20, p. 217].

Petrecerea unei cantități de timp cât mai mari posibil cu adolescenții, prin cedarea treptată a controlului cu privire la deciziile care necesită a fi luate și, în general, prin încurajarea adolescenților de a-și dobândi potențialul maximal într-un cadru moderat controlat, cu un nivel de siguranță crescut, în vederea evitării conduitelor deviante sau dezadaptative. Aceste elemente, care pot fi puse în relație și cu existența unei ideții și conduite suicidare semnificativ mai scăzute, au fost analizate prin prisma a doi factori principali: relația cu părinții și sfera familială și, respectiv, relația cu comunitatea și implicarea în activități extracurriculare [35, p. 3].

Cercetătorii germani au arătat ca tendința de suicid la copii îmbracă un număr foarte mare de forme, iar unul dintre factorii declanșatori este **informația** despre viață și realitate pe care o primesc de la părinți. Nu trebuie să se înțeleagă că există informații care-l transformă pe copil în sinucigaș, ci doar că ele pot reprezenta scânteia care aprinde dorința de sinucidere. Studiile psiho-antropologilor francezi au dovedit că diferite tipuri de informații pot fi considerate periculoase, în special pentru o anumită categorie de copii.

1. *Informații periculoase pentru cei predispuși genetic la depresii.* Copiii cu posibile predispoziții ereditare la depresie au, de regulă, perioade de apatie, care pot dura de la trei luni până la un an, urmate de perioade de stări hiperactive, de bună dispoziție. Nu se poate vorbi de o boală psihică, nici măcar incipientă, ci doar de o succesiune a unor perioade mai active, cu perioade de apatie ușoară, cu un dezinteres față de realitate, față de afecțiune și chiar joc. De aceea, dacă se observă că micuțul are perioade de apatie care alternează cu hiperactivitate, fie că este incapabil de răs sau plâns, trebuie de monitorizat felul în care are contact cu următoarele noțiuni sau realități: vinovăția și autoînvinuirea.
2. *Informații periculoase pentru cei sensibili sau foarte reactivi emoțional.* O altă categorie cu risc de suicid sunt copiii foarte sensibili, emotivi, retrași, permanent dornici de a oferi sau de a li se oferi afecțiune. Cercetările psihologilor britanici au demonstrat că 80% dintre copiii excesiv de emotivi, care acceptă ideea de soartă, prezintă un risc crescut la suicid. Aceasta se datorează faptului că 85% dintre copii nu acceptă ideea controlului asupra vieții lor, fie că vine din partea lui Dumnezeu, fie din partea a ceea ce unii numesc *Soartă*. Copilul crede că, deși se poate bucura de anumite lucruri, acesta e un fapt trecător, deoarece soarta este scrisă deja și, cu siguranță, va reveni tristețea, de care nu poate scăpa.
3. *Informații periculoase pentru copilul atras de fantastic.* Spre deosebire de celelalte mari categorii prezentate anterior, copiii din aceasta tipologie au un accentuat spirit de cunoaștere și o fantezie foarte bogată. Psihologii britanici au descoperit că peste 10% din copiii care se sinucid încearcă de fapt să afle ce este dincolo de moarte, interes suscitată de informațiile din exterior, de la părinți, din filme sau de la prieteni.

■ **Recomandări:** *Cum informăm copilul.*

Informație despre...	Modul de prezentare
<p><i>Cum îi vorbim copilului despre <u>vinovăție</u>?</i></p>	<p>Dacă copilul este apatic sau inert, aparent insensibil, este recomandat ca să nu se pună accent pe găsierea vinovatului. Atunci când i se citesc basme și, mai ales, când acestea sunt comentate, nu se va asocia ideea de vinovat cu cea de rău și cu necesitatea de a-l urî sau ucide pe cel vinovat. Altfel, orice copil își va contura o credință, conform căreia vinovatul trebuie să moară. Copilul nu va fi învinovățit folosind cuvinte dure, înțelese mai puțin și interpretabile negativ. Se va evita să-i se dea exemple dure din viață, în care vinovatul este pedepsit cu moartea. Vinovatul nu va fi prezentat drept o persoană totalmente exclusă și blamată.</p>
<p><i>Cum îi vorbim copilului despre <u>perfecțiune</u>?</i></p>	<p>Majoritatea antropologilor cred că omul s-a născut cu tendința de perfecțiune ori a dobândit dependența de a visa la perfecțiune, ceea ce ne-a ajutat să evoluăm de la animal la om. Cu toate acestea, pentru copilul apatic cu risc la suicid, toate noțiunile legate de ideea de perfecțiune pot conduce către moarte. În peste 65% din cazurile studiate, copiii evaluați psihologic cu risc de suicid acceptă foarte greu chiar și cel mai mic eșec. Surprinzător este faptul că nu este vorba de o sensibilitate</p>

	<p>extremă, ci de un mecanism intim biochimic, care activează tendințele autodistructive. Copilul percepe eșecul ca pe un ultim punct din viața în care a mai avut putere să răspundă activ evenimentelor din jur, apoi se lasă prada instinctelor, iar uneori cel autodistructiv poate învinge. Suicidul poate apărea în mod foarte variat, semănând adesea cu un accident, precum căderea de la înălțime, rătăcirea într-un loc pustiu, foarte rar înec sau autorânire. Aceste ultime doua soluții sunt alese mai ales de sinucigașii de vârsta adolescenței, în urma eșecurilor sentimentale.</p>
<p><i>Cum îi vorbim despre <u>nereușite</u>?</i></p>	<p>Părinții/cadrele didactice trebuie să-i explice copilului că nu există nimic perfect și că greșim cu toții, astfel nu trebuie nici să plângem, nici să ne învinovățim sau să ne enervăm. Se va explica că viața e ca un joc ceva mai serios, în care toți mai greșim, uneori într-un mod chiar amuzant. Se vor da exemple de greșeli haioase, se vor viziona filmulețe cu Mr. Bean, Stan și Bran, Păcală și Tândală. În nici un caz nu i se va sugera că el este cel mai bun și că trebuie să ia numai nota 10. Ideal ar fi să fie făcut să râdă sau să zâmbească atunci când a pierdut ceva sau nu a obținut ceea ce și-a dorit, deși a muncit. Se va pune accent pe felul în care să învețe din greșeli.</p>

<p><i>Cum îi vorbim despre <u>despărțiri</u>?</i></p>	<p>Copilul cu risc genetic la depresii sau suicid fie inert afectiv, fie foarte sensibil, reacționează foarte intens la despărțirea de ceva sau cineva de care este atașat afectiv. Din acest motiv, atunci când i se vorbește despre o eventuală despărțire de cineva apropiat lui, trebuie să fim foarte precauți. El nu are voie să creadă că despărțirile pot fi definitive! Se va explica că orice despărțire este doar pentru un timp, fie că e legată de plecarea unei rude, a unui prieten sau a unuia din părinți, fie că e vorba de moarte. Nu se va insista foarte mult pe ideea de moarte, pentru că despărțirea prin moarte este una dintre ideile care îi pot trezi tentația către suicid.</p>
<p><i>Cum îi vorbim despre <u>falsitate</u>?</i></p>	<p>Copilului e atenționat că el este protejat de adult și că lumea nu este plină numai de oameni cu gânduri rele. Se vor da exemple vii, reale, în care se va dovedi că doar oamenii slabi, care nu au puterea de a face ceva frumos, mint și devin vicleni. Copilului i se explică că „minciuna are picioare scurte” și că va învăța de la adult cum să depisteze o minciuna. Adulții nu trebuie să-l mintă, pentru că nu va fi iertat, la fel ca și în cazul când nu se țin promisiunile față de el.</p>

<p><i>Cum îi vorbim despre <u>soartă</u>?</i></p>	<p>Cel mai bine ar fi să fie evitate cuvintele <i>soartă</i> și <i>destin</i>. Se va explica copilului într-un mod logic și cât se poate de concret că omul își alege singur drumul și bucuriile și le face tot singur. Atunci când i se întâmplă ceva neplăcut sau a fost nedreptățit, nu i se va spune „<i>Așa a vrut soartă</i>” sau „<i>Așa a fost să fie</i>”. Copilul nu va fi lăsat să creadă că există predestinare!</p>
<p><i>Cum îi vorbim despre <u>notiunile de strigoi, fantome și spirite</u>?</i></p>	<p>Orice copil este atras de povești misterioase cu apariții fantomatice și mulți percep ideea existenței fantomelor ca o realitate foarte vie. Cei cu un simț mai scăzut al realității pot crede că dacă mor vor putea deveni imediat fantome și chiar pot scăpa de unele griji. Există dovadă științifică asupra faptului că 60% din copiii care cred în fantome nu se tem de moarte, tocmai pentru că ei sunt convinși că după actul morții vor continua o viață de distracții, ca în filmulețele cu fantome. De la această credință până la suicid nu este decât un pas. E recomandat ca orice filmuleț pe care îl vede, chiar de animație, să fie însoțit de negarea existenței strigoilor și fantomelor. Nu trebuie pus mare accent pe demonstrația inexistenței fantomelor, ci doar luată foarte discret în răs aceasta idee.</p>

3.5. Strategii de reglare în comportamentul autodistructiv la copii și adolescenți

Suicidul reprezintă un comportament de risc crescut în rândul copiilor și adolescenților. Deoarece se consideră că moartea nu este un subiect accesibil copiilor și aceștia nu au motive să își dorească moartea, problema este mai puțin abordată de adulți și școală. În contradicție cu aceste convingeri și atitudini stereotipe, numărul copiilor și adolescenților care comit acte suicidare este din ce în ce mai mare.

În opinia lui C. Oancea, se remarcă faptul că sunt factori de protecție foarte importanți întrucât ei pot fi fortificați, dezvoltați drept pavază față de ideea suicidară, chiar în stadiul presuicidar. Aceștia includ: *abilități de coping, motivația de a trăi, starea de sănătate și activitatea fizică, climatul familial, suportul familial, suportul social, valorile sociale și expunerea la comportamentele suicidare* [30, p. 352-353].

Astfel, dacă adolescentul:

- *amenință cu sinuciderea;*
- *manifestă semne ce prevestesc o tentativă de suicid, se automutilează sau are tendința de a răni alte persoane;*
- *are tendința de a vorbi cu cineva imaginar (se ceartă, îi răspunde), aude voci care nu sunt reale (halucinații auditive);*
- *a avut deja o tentativă de suicid (În primele trei luni după ameliorarea stării există riscul recidivei, repetării tentativei);*
- *pare că „se pregătește” pentru o plecare, lasă scrisori de adio, dăruiește lucrurile personale.*

ESTE NEVOIE DE INTERVENȚIE

- **Recomandări:** *relaționarea cu o persoană cu risc suicidar se recomandă să:*

Evităm:	Practicăm / facilităm:
<ul style="list-style-type: none">- moralizările;- critica;- oferirea unor rețete	<ul style="list-style-type: none">- ascultarea activă, empatică;- dobândirea unei stări de

<p>personale de fericire;</p> <ul style="list-style-type: none"> - indicația de a nu se mai gândi la moarte; - tendința de a face totul în locul lui (<i>agravează sentimentul de inutilitate</i>); - oferirea de promisiuni imposibil de ținut; - afișarea unei atitudini de protecție și solitudine excesivă (<i>mila este descurajantă</i>). 	<p>calm și echilibru;</p> <ul style="list-style-type: none"> - acordarea încrederii necondiționate, acceptării; - înțelegerea (<i>în vederea elaborării, rezolvării conflictelor</i>); - abordarea directă a problemei suicidului: „Uneori te simți atât de rău încât îți vine să te sinucizi?” (<i>prin discuția directă despre suicid îi dovedești persoanei că îți pasă de ea; o ajuți, de fapt, să descopere ambivalența: dorința de moarte/de a trăi; analizăm împreună argumentele pro/contră</i>); - redarea sentimentului de autocontrol; - întâlnirea cu profesioniști/cu persoane securizante pentru adolescent (<i>absolut necesar în cazul recidivelor</i>); - ameliorarea relațiilor sociale ale adolescentului.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Este important de creat confortul psihic, atmosfera necesară destăinuirii, pentru ca copilul/adolescentul depresiv să vă vorbească despre ceea ce simte. Pentru a consolida relația, începeți discuția cu el prin împărtășirea propriilor sentimente despre activitățile pe care le faceți împreună, la școală. Este recomandat să fiți sincer și uman, lăsând să se observe interesul și preocuparea pentru binele său, îngrijorarea, surpriza față de felul în care elevul se comportă. Este într-adevăr o implicare personală, absolut necesară consolidării încrederii, însă este adecvată, deoarece vizează interesul și nevoile elevului.

Exteriorizarea emoțiilor trebuie practică cu naturalețe, drept mijloc de prevenție a tulburărilor afective generate de interiorizarea lor, cum este cazul depresiei.

Ascultați-l cu atenție, pentru că în felul acesta se ascultă pe el însuși cu atenție, existând șansa de a reflecta asupra tiparului său de comportament, de a înțelege care sunt efectele asupra celorlalți. Recunoașteți-i suferința. Nu încercați să-l faceți să se simtă mai bine. Nu urmăriți vindecarea rănilor sale emoționale sau a relațiilor deteriorate, ci doar ca prin mărturisirea făcută să conștientizeze existența și a altor căi de a reacționa sau moduri de a privi lucrurile, nepuse în practică de el până în prezent.

Acceptându-l necondiționat ca persoană, fără a judeca sau eticheta ceea ce spune, îi oferiți un model de comportament care crește șansele de a se auto-accepta el însuși mai mult, de a se auto-valoriza și respecta.

Favorizați conștientizarea legăturii dintre evenimente și starea afectivă, folosind barometrul stărilor afective. Acesta presupune ca elevul să-și noteze stările emoționale legate de o situație, pe o scară de la 0 la 100, în care 0 înseamnă „calm” și „relaxat”, iar 100 „sunt la punctul de fierbere!” Aceasta îl scutește pe elev de sarcina dificilă de a găsi cuvintele potrivite pentru exprimarea corectă a stărilor afective. În plus, prin folosirea barometrului, se asociază emoțiile cu evenimentele externe, elevii fiind rareori conștienți de rolul evenimentelor în generarea emoțiilor și sentimentelor proprii. Elevul înțelege că starea afectivă nu apare din senin, că aceasta nu durează la infinit. Modul în care ne simțim ține de alegerea noastră. Ceilalți nu au „puterea” de a ne controla sentimentele. În plus, se poate depista rapid apariția unor stări emoționale negative, fapt care contribuie la prevenirea situațiilor de criză.

Sentimentele și comportamentele noastre sunt profund influențate de ideile și gândurile pe care le avem. Schemele de gândire specifice depresiei au fost formate încă din copilărie, de exemplu, prin interacțiunea cu un părinte deprimat sau prin confruntarea cu o pierdere precece.

Ele conțin, în general, următoarea triadă negativă:

- imagine de sine negativă („*Sunt un nimeni.*”);
- evaluare negativă a experienței prezente („*Nimic nu fac bine!*”);
- așteptări negative despre viitor („*Nici în viitor nu va fi bine.*”).

Copilul/adolescentul care posedă aceste scheme negative este mai „sensibil” decât cei care nu le au, în sensul că va dezvolta mai ușor o stare depresivă în prezența unor evenimente stresante.

Evident, imaginea pe care și-o formează copilul/adolescentul despre sine, în interacțiunea cu mediul, nu este neapărat falsă, ci doar parțială, incompletă. Astfel, ar putea gândi:

- „*Sunt un ratat!*” (etichetare);
- „*Voi fi respins.*” (prezicerea);
- „*Nu merit să fiu iubit.*” (personalizarea);
- „*Sunt condamnat la eșec.*” (catastrofizarea);
- „*Voi reuși doar dacă sunt perfect/ă.*” (exigențe exagerate);
- „*Nu îmi reușește nimic*”, „*Totul ar trebui să fie ușor.*” sau „*Toate lucrurile rele mi se întâmplă doar mie.*” (gândirea dihotomică, de tipul totul-sau-nimic) etc.

Tendința de a distorsiona informația, în mod repetat, reprezintă unul dintre elementele care diferențiază persoanele sănătoase psihic de cele cu tulburări. Răspunsurile pe care le generează, adică simptomele somatice (tonus scăzut), emoționale (deprimare, anxietate, rușine, culpabilitate, iritare), motivaționale (tendința de retragere, dezinteres, pasivitate) ar trebui să fie un semn suficient de relevant pentru a renunța la ele și a le înlocui cu scheme mai funcționale.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală a depresiei recomandă distincția între convingerile raționale (cu sens) și cele iraționale (fără sens), disputarea generalizărilor excesive, a convingerilor iraționale și înlocuirea lor cu gânduri mai raționale, identificarea excepțiilor. Schimbând convingerile, schimbăm emoțiile și reacțiile fiziologice asociate. Propuneți scopurile ca alternative, pe termen scurt („*ar fi indicat/benefic în perioada imediat următoare să faci...*”), nu drept necesități („*trebuie să faci asta*”) pentru a preveni efectele gândirii absolutiste („*trebuie*”), descurajantă pentru elevul depresiv.

Restructurați lipsa speranței prin monitorizarea unui eveniment din viitorul imediat, constatând consecințele și comparându-le cu versiunea exagerată pe care elevul o oferise inițial (testarea propriilor predicții).

- **Recomandări:** Exemple de gânduri care-i pot determina pe elevi să NU se implice în activități și modul în care pot fi restructurate:

GÂND:	Restructurare:
„Este prea greu, iar eu nu mă simt în stare să fac față.”	„Am mai făcut acest lucru înainte? Dacă da, cum am procedat atunci? Dacă nu, ce altceva aș putea face? Este suficient să încerci, nu trebuie să faci perfect!”
„Nu-mi place nimic din ceea ce fac!”	„De unde știi că nu-ți place nimic, din moment ce nu ai început încă să faci ceva? Ai putea încerca, pentru a afla ce nu-ți place într-adevăr din ceea ce faci.”
„Nu mai este timp!”	„Timp pentru ce?... Ce ai face dacă ai mai avea timp?”
„Ce rost are... și așa mă simt foarte rău!”	„Oricum te simți foarte rău... Ce ai de pierdut dacă încerci? Descoperă starea pe care o poți dezvolta după această activitate.”

Tulburările comportamentale ale elevilor pot fi cel mai bine înțelese prin interacțiunea acestora cu mediul în care se află (familiar, social, școlar etc.). Mai precis, factorii din mediu pot favoriza sau bloca anumite experiențe, în acest fel îmbogățind sau reducând oportunitățile de învățare, de adaptare.

Între comportamentele inadecvate și mediile deviate există o corelație foarte strânsă, astfel încât devianțele de o parte (fie persoana, fie mediul) tind să genereze devianțe în cealaltă parte. La fel funcționează și relația reciprocă dintre mediile sănătoase și comportamente adecvate, adaptate, optime.

■ **Recomandări:** *Căi de reglare a comportamentului în mediul școlar*

- Promovați și oferiți modele de relaționare pozitivă (empatică, bazată pe cooperare și sprijin reciproc).
- Stimulați interacțiunile, relaționarea în grup, deoarece aceasta satisface nevoia de apartenență, sporește încrederea în sine, oferă confirmare și sprijin afectiv.
- Mențineți o atmosferă suportivă, securizantă și pozitivă în grup, fiecare persoană fiind respectată și valorizată necondiționat.
- Evaluați împreună factorii din mediu asupra cărora elevul poate avea control, pe care-i poate schimba sau influența și, în consecință, își poate asuma responsabilitatea lor (organizarea timpului de studiu, menținerea ordinii, planificarea învățării etc.).
- Promovați un stil de viață sănătos, echilibrat, structurat prin obiective realiste.
- Stimulați alternative pentru acțiuni posibile, învățați-i noi comportamente cu rol adaptativ: cum să-și planifice cariera, cum să se prezinte la un interviu, cum să rezolve o problemă, cum să aplaneze un conflict etc.
- Subliniați schimbările pozitive, chiar minime, constatate la el: de exemplu, ați remarcat faptul că este interesat și că participă la o discuție mai mult decât înainte. Aceasta este o modalitate de a jalona evoluția, ameliorarea comportamentului.
- Dezvoltați asertivitatea prin antrenarea abilităților de comunicare (adresați întrebări deschise, fără a transforma dialogul într-un interogatoriu, verificați semnificația termenilor folosiți pentru a avea certitudinea că vă referiți la același lucru, clarificați modul în care vedeți problema, nuanțele, posibile soluții).

Exemplificări:

Atunci când copilul, tânărul afirmă...	Cadrul didactic poate răspunde:
„Nu sunt bun de nimic, întotdeauna greșesc!”	<p>„Chiar întotdeauna?”</p> <p>„Nu există nici un moment în care n-ai greșit deloc?”</p> <p>„Chiar nu există nici un lucru pe care să-l faci bine?”, pentru a identifica excepțiile, soluțiile, momentele în care a făcut lucrurile diferit, dezvoltând moduri alternative de gândire: „Pot să mă descurc bine”.</p> <p>„Uneori pot eșua, dar pot și câștiga, în egală măsură.”</p> <p>Această atitudine a cadrului didactic îl învață pe elev cum să facă față eșecului, cum să-și asume responsabilitatea pentru consecințele propriilor fapte.</p>
„Dacă greșesc, sunt un ratat.” „E doar vina mea, nu merit să fiu iubit.”	<p>„Cine spune asta?”</p> <p>„Pe ce te bazezi când spui aceasta?”</p> <p>„Ce consecințe ar putea avea ceea ce faci?”</p> <p>Se nuanțează și flexibilizează convingerile adolescentului: „Din orice greșeală putem învăța ceva despre noi înșine.”</p> <p>Suntem oameni, așadar nu suntem perfecti, este de așteptat și acceptabil să greșim. Metaforic vorbind, nu aruncăm mașina, dacă s-a spart cauciucul.</p>
„Viața este insuportabilă, nu merită trăită!”	<p>„Ce dovezi ai în acest sens?” „Cum ai ajuns la această concluzie?”</p> <p>Cadrul didactic poate normaliza așteptările elevului: „Vorbele tale mă fac să cred că te-ai săturat de situația</p>

în care te afli/de felul în care se petrec lucrurile în viața ta. Este normal să ai sentimente negative și să le exprimi. Dacă ceva nu merge, schimbă, fă altceva, pentru că întotdeauna mai poți face ceva, la care probabil nu te-ai gândit încă.”
Pentru că a avea alternative înseamnă a fi mai puternic, ajută-l pe elev să dezvolte alternative: întreabă-l dacă nu există și nuanțe în privința a ceea ce simte, dacă nu cumva își asumă responsabilități prea mari, pentru lucruri care nu țin de propria lui persoană.

Cu cât depresia este descoperită mai repede și se intervine într-un stadiu incipient, cu atât beneficiile sunt mai stabile, copilul învățând să dezvolte obiceiuri mentale pozitive, credințe raționale, abilități de auto-management, pe termen lung crescând starea de bine emoțional, performanța școlară. A trata depresia din copilărie, în caz că apare, este cea mai bună măsură de prevenție a eventualelor patologii psihice ale viitorului adult.

În funcție de gravitatea ei, tratamentul depresiei la copii și adolescenți este constă în îmbinarea medicației antidepressive cu terapia psihologică (terapie cognitiv-comportamentală, terapia de grup, terapia familială, terapie individuală etc.), acestea conducând la ameliorarea simptomelor, la reintegrarea și redobândirea „independenței”, a echilibrului psihologic.

ÎNCHIEIERE

Conduita autodistructivă este o problemă cu caracter general a societății care se atestă în toate țările lumii, provocând pierderi irecuperabile. Acest *suport metodologic* reprezintă o consolidare, o generalizare a cunoștințelor actuale cu privire la tipurile de intervenții eficiente pentru aceste perioade dificile de vârstă – referitoare la prevenția suicidului. Am insistat pe soluțiile care au suport științific în literatura internațională, le-am ilustrat cu exemple și am punctat cele mai importante recomandări, sugestii.

Evaluarea suicidului la copii și adolescenți presupune identificarea factorilor precipitanți, factorilor de risc, a celor protectivi, a ideății suicidare, a planului și intenției de suicid. Simultan, se angajează și intervenția care are semnificație prin mobilizarea resurselor disponibile (familie, școală, comunitate), abordarea problemelor și nevoilor copilului, formularea planului de siguranță și a contractului de siguranță, cu implicarea altor agenții specifice pentru copii și familiile lor, atunci când e cazul.

În fața creșterii generale a conduitei deliberate autodistructive, îndeosebi la elevi, este stringent să se intervină în mod operativ și eficient. Orice strategie de prevenire trebuie să pornească de la cunoașterea factorilor de risc pentru sinucidere.

Există un număr impunător de intervenții, dar foarte puține reușesc realmente să ducă la diminuarea conduitei deliberate autodistructive sau au rezultate durabile în timp. Pentru a înregistra, totuși, rezultate semnificative în acest domeniu, trebuie avute în vedere strategii complexe care să se bazeze concomitent pe tratamente ale tulburărilor mentale, farmacoterapie, terapii comportamentale, relaționale, intervenții psihosociale, intervenții comunitare, școlare, la

nivelul societal, intervenții postsuicidare, acțiuni susținute la nivelul politicilor de stat.

În mecanismele de intervenție pot fi incluse și programele de prevenție secundară ce includ: măsuri de reducere a accesului la mijloacele de suicid, tratamentul persoanelor cu tulburări mentale, ameliorarea imaginii publice a persoanelor suicidare, programe educaționale adresate medicilor de familie, programe în școli și dezvoltarea liniilor de telefon (*hot lines*) și a centrelor de criză.

Centrele de combatere a suicidului din diferite țări servesc drept centre de criză, au telefon de ajutor, reprezentând și agenții de trimitere către centrele de sănătate mintală sau spitale de psihiatrie. Programele de educație școlară trebuie să vizeze pe părinții copiilor care suferă de agresivitate marcată și cu un grad de rebeliune, pregătirea cadrelor didactice în a identifica tinerii cu idei de suicid, dispunând de abilități de interviu prin informarea în permanență cu resursele existente.

Psihologului școlar îi revine un rol de importanță majoră, în depistarea și adoptarea unor modalități cât mai eficiente de adaptare și integrare a elevilor în mediul educațional. În acest context, el dispune de o vastă paletă metodologică, care îl ajută să realizeze o bună cunoaștere a elevilor, a nevoilor și aspirațiilor lor, a trăsăturilor lor caracteriale și temperamentale. Menționăm în acest sens, câteva din cele mai accesibile posibilități de dezvoltare a orizontului perceptiv: observația, convorbirea, analiza documentelor etc.

Atunci când psihologul școlar va și să facă acest lucru, demonstrând capacități și abilități deosebite, pericolul ca instituția de învățământ să se confrunte cu cazuri de suicid, se va diminua.

INFORMAȚII SUPLIMENTARE

În Republica Moldova există servicii ce pot fi accesate ușor și oferă suport de asistență socială, psihologică și juridică pentru copii și familiile acestora.

CENTRUL PSIHO-SOCIO-PEDAGOGIC al DGETS

Serviciul psihologic

Scop: Asigurarea dezvoltării armonioase a personalității copilului, elaborarea traseului educațional, familial și social.

- *Depistarea timpurie a particularităților copilului care pot cauza apariția dificultăților, lacunelor în dezvoltarea intelectuală și comportamentală a copilului;*
- *Formarea deprinderilor de gestiune a emoțiilor și de menținere a echilibrului comportamental;*
- *Realizarea consilierilor individuale (de grup) cu copiii/elevii care întâmpină dificultăți de instruire, dezvoltare, autodeterminare, de interrelaționare cu adulții și semenii, autoeducație etc.;*
- *Antrenarea gândirii pozitive și a motivației școlare.*

Serviciul de Asistență Psihopedagogică

Scop: Acordarea asistenței psihopedagogice copilului și familiei acestuia.

- *Evaluarea complexă a dezvoltării copilului și identificarea necesităților acestuia.*
- *Stabilirea CES și elaborarea raportului cu formularea concluziilor, recomandărilor privind măsurile de intervenție și serviciile de suport pentru incluziunea educațională;*
- *Determinarea formelor de incluziune a copilului în activități educaționale la nivel de clasă și instituție;*
- *Oferirea asistenței metodologice cadrelor didactice și tuturor actorilor educaționali.*

Serviciul logopedic

Scop: Acordarea suportului logopedic copiilor preșcolari și elevilor cu tulburări de limbaj și comunicare, printr-un sistem de activități specifice terapeutice, orientat spre profilaxia și corectarea tulburărilor de limbaj și comunicare.

- *Evaluarea și identificarea, diagnosticarea tulburărilor de limbaj și de comunicare;*
- *Oferirea de activități terapeutice specifice de abilitare/reabilitare/compensare a tulburărilor de limbaj și de comunicare într-un mod individualizat, în conformitate cu vârsta și particularitățile de dezvoltare ale copiilor.*

Adresa: mun. Chișinău, str. V. Micle 4-A
Tel.: (022) 27 06 67
Email: cpsp.chisinau@gmail.com

DIRECȚIA PENTRU PROTECȚIA DREPTURILOR COPILULUI

Domeniul de activitate fiind protecția drepturilor copilului, forma de organizare este publică și oferă următoarele prestări de servicii:

- Serviciul protecția familiei (*sprijin familial: tutelă/curatelă, APP, CCTF*);
- Reintegrare familial și adopție;
- Servicii de tip rezidențial (*centru de plasament, centre maternale*);
- Asistență și consultanță juridică;
- Serviciul protecția copilului în conflict cu legea;
- Serviciul asistență psihosocială;
- Serviciul social-educativ comunitar.

Web site: www.dmpdc.md
Email: dmpdcchisinau@mail.ru

Rețeaua OMS/EURO de Cercetare și Prevenție a Suicidului și a Problemelor de Sănătate Mintală

În cadrul rețelei sunt comunități virtuale unde se formează grupuri de suport la tema conduitei autodistructive unde se găsesc alte persoane care se confruntă sau care au trecut prin acest gen de dificultăți și care pot ajuta la depășirea acestui moment de criză.

Web site: www.suicid.woldpress.com

CENTRUL DE INFORMARE ȘI SERVICII PRACTICE „TOXAPEL”

Centrul vine în ajutorul părinților, dar și a medicilor, pentru identificarea, în timp real, a unor soluții în cazuri de urgență. Părinții pot apela numărul **022-555-220**, oricând suspectează că copilul lor a ingerat o substanță toxică. Serviciul este gratuit și accesibil 24/24.

CENTRUL INTERNAȚIONAL „LA STRADA”

Telefonul de încredere – are menirea de:

- prevenire a violenței în familie;
- prevenire a exploatării sexuale comerciale a copiilor;
- siguranță a copiilor pe Internet;
- apărare drepturilor și intereselor legale ale categoriilor social vulnerabile, în special femei și copii;
- promovare și protecție a drepturilor civile, economice, sociale, culturale, personale și a libertăților femeii și ale copilului;
- promovare a principiului de egalitate a șanselor pentru femei și bărbați întru consolidarea valorilor și statutului femeii.

De *Telefonul Copilului* pot beneficia, în primul rând, copiii, dar și părinții, tutorii unui copil sau orice persoană care dorește să refere un caz privind necesitatea asistenței unui copil. Principalele lui obiective vizează sporirea accesului copiilor la asistență prin aplicarea mecanismului de referire, consolidarea sistemului de protecție a copilului în baza analizei privind activitatea serviciului. Consultanții oferă consiliere pentru depășirea problemelor psihoemoționale ale copiilor sau cele de relaționare între părinți/tutori și copii, evaluează nevoile imediate ale copilului și potențialul risc de expunere la violență, neglijare sau exploatare.

LINIA FIERBINTE:	0 800 77777 (<i>apel gratuit pe teritoriul Republicii Moldova</i>) (+ 373 22) 23.33.09 (<i>pentru apel din străinătate</i>).
TELEFONUL DE ÎNCREDERE:	0 8008 8008 (<i>apel gratuit pe teritoriul Republicii Moldova</i>) (+ 373 22) 24.06.24 (<i>pentru apeluri din străinătate</i>)
TELEFONUL COPILULUI:	116111

**CENTRUL DE ASISTENȚĂ PSIHO-SOCIALĂ
A COPILULUI ȘI FAMILIEI „AMICUL”**

În parteneriat cu Direcția pentru Protecția Drepturilor Copilului din mun. Chișinău, oferă servicii pentru copii și familii în situații de risc și victime ale violenței. Acest serviciu oferă asistență socială, psihologică și juridică pentru copiii victime și familiile acestora. Psihologi, juriști și asistenți sociali lucrează în echipă cu autoritățile statului responsabile de protecția copilului pentru a găsi cea mai bună soluție fiecărui copil, asigurându-le respectarea interesului superior.

Web site: <http://cnpac.org.md>:

Email: office@cnpac.org.md, ajutauncopil@cnpac.org.md.

Adresa: mun. Chișinău, str. Calea Ieșilor 61/2

Tel.: **(+373) 22. 758. 806.**

Fax: **(+373) 22. 748. 378.**

CENTRU DE SĂNĂTATE PRIETENOS TINERILOR „NEOVITA”

„Neovita” reprezintă un model de asistență integrată a sănătății adolescenților și tinerilor conform principiilor de servicii de sănătate prietenoase. Aici se includ servicii complexe ce integrează asistența consultativă cu cea informațională.

Centrul de Sănătate Prietenos Tinerilor „Neovita” a fost creat în corespundere cu necesitățile reale ale tinerilor. Astfel, de serviciile centrului pot beneficia:

- adolescenții;
- tinerii și cuplurile;
- părinții ce vor avea sau au copii;
- lucrătorii medicali;
- lucrătorii instituțiilor de învățământ;
- alte instituții, ONG-uri interesate de sănătate și dezvoltare.

Linia fierbinte: 022-46-37-28.

Web site: www.neovita.md.

SERVICIUL MEDICAL DE URGENȚĂ / SALVARE – 903

POLIȚIA – 902

FIȘĂ PENTRU PĂRINȚI

În fiecare localitate există specialiști și organizații care vă pot ajuta să găsiți cea mai bună soluție pentru problemele Dvs.

Înscrieți în tabel numele și datele de contact ale acestor persoane, organizații și apălați la ele ori de câte ori aveți nevoie.

	<i>Află și înscrie aici numele</i>	<i>Află și înscrie aici telefonul</i>
Asistentul social		
Psihologul școlar		
Dirigintele sau alt profesor de încredere		
Inspectorul de poliție		
Medicul de familie		
Preotul		
Angajații sau voluntarii centrelor pentru copii și tineri		
Alte persoane		

A N E X E

Anexa nr. 1

LISTA CU SEMNELE DE ALARMĂ ALE SUICIDULUI LA COPII ȘI ADOLESCENȚI

Semne fizice:	SEMNE COMPORTAMENTALE:
Neglijarea îngrijirii personale.	Redactarea unui testament, scrierea de poezii sau povestiri despre suicid sau moarte.
Schimbări bruște în modul de îmbrăcare, neconform cu personalitatea subiectului.	Punerea în ordine a lucrurilor personale.
Boli și dureri cronice, boli neașteptate.	Amenințări de suicid.
Slăbire sau luare în greutate neașteptată.	Colectarea de pastile, ascunderea de arme, descrierea de mijloace de suicid.
Schimbare bruscă de apetit.	Încercări anterioare de suicid.
Semne emoționale:	Descreșterea activității, izolare, scăderea interesului față de muncă/ școală.
Sentiment de lipsa de speranță, de neajutorare și de inutilitate.	Pierderea interesului față de hobby, sport, muncă etc.
Inabilitatea de a se bucura sau aprecia prietenia.	Consumul inexplicabil de alcool și droguri.
Schimbări bruște de dispoziție și explozii	Izolare față de familie și prieteni; uneori

emoționale neașteptate.	acționează ca să se îndepărteze de alții.
Anxietate, tensiune extremă sau agitație.	Schimbări în modul de alimentare sau de dormit.
Letargie sau oboseală.	Schimbări în relațiile de prietenie.
Schimbări în personalitate: de la deschidere la izolare, de la politicos la nepolitic, de la liniștit la mâniș.	Fuga de acasă sau chiulul de la școală.
Pierderea abilității de concentrare, visător.	Comportament de asumare de riscuri, lipsă de grijă față de siguranța propriei persoane.
Depresie, tristețe.	Promiscuitate sexuală.
Pierderea capacității de judecată.	Dă cadou lucruri personale valoroase.
Sentimente de vină sau eșec.	Schimbări bruște de personalitate.
Gânduri auto-destructive.	Preocupat de gânduri de moarte.
Frică exagerată de cancer, SIDA sau afecțiuni fizice.	
Sentimente de lipsă de valoare sau de a fi împovărat.	
Pierderea bucuriei în activități altădată plăcute.	

MATRICEA DE EVALUARE A RISCULUI DE SUICID LA COPII / ADOLESCENȚI

	UȘOR	MODERAT	IMINENT / ÎNALT
Ideația	Prezintă periodic gânduri de moarte sau de a nu vrea să trăiască, care țin destul de puțin.	Gânduri de a muri sau dorința de moarte frecvente și intense care sunt uneori greu de îndepărtat.	Gânduri intense de a muri sau dorința de a muri imposibil de îndepărtat.
Planul	Nici un plan imediat de suicid. Nici o amenințare de suicid. Nu vrea să moară.	Nu e sigur când dar curând. Amenințări indirecte de suicid ambivalent.	Are o dată iminentă; amenințări clare de suicid; nu vrea să trăiască; vrea să moară.
Metoda	Nu dispune de mijloace de suicid. Sunt nerealiste sau neprecizate.	Letalitatea metodei este variabila cu o anumită probabilitate de salvare și intervenție.	Metoda letală, disponibilă fără șansa de intervenție.
Starea emoțională	Trist, plânge adesea. Iritabil.	Model instabil al dispoziției psihice. Rar exprimă vreun sentiment.	Confuz emoțional. Tulburare emoțională (anxios, agitat și mânios).

Nivelul distresului	Ușor, afectat emoțional.	Moderat – intens.	Distres emoțional de nesuportat sau disperare. Se simte rejețat, abandonat, fără suport.
Factorii protectivi	Se simte atașat de: – familie; – colegi; – alți adulți.	Suport minimal sau fragil. Conflict moderat cu: – părinții; – egali / colegii.	Intens conflict cu: – părinții și / sau – egali / colegii. Izolată social.
Încercările anterioare	Niciuna.	O încercare anterioară. Unele comportamente suicidare.	Încercări anterioare de suicid. Auto-mutilare severă.
Motivul de a trăi	Vrea ca unele lucruri să se schimbe și are ceva speranță. Are unele planuri de viitor.	Pesimism. Planuri de viitor vagi/negative.	Sentimente de lipsă de speranță, fără ajutor, lipsit de putere. Vede viitorul fără sens.
Simptomele de depresie	Trist și abătut; iritabil; fără interese și plăcere; fără energie; nici o motivație; lent sau agitat; mănâncă prea mult sau prea puțin; doarme prea mult sau prea puțin; lipsă de concentrare; se simte vinovat și fără valoare.		
Alți factori de risc	Istorie familială de suicid; prieteni cu suicid; pierderea cuiva drag; pierderi anterioare; consum de alcool/droguri. Probleme școlare actuale; probleme legale recente; a fost diagnosticat cu tulburări mentale; este foarte impulsiv; nu vrea să solicite ajutor; părinți/ tutore/ prieteni nu vor să ia în serios gândurile lui suicidare.		

SCALA COLUMBIA DE EVALUARE A SEVERITĂȚII SUICIDALITĂȚII
(versiunea de screening pentru adolescenți)

IDEAȚIA SUICIDARĂ		
<p>Pune întrebările 1 și 2. Dacă ambele sunt negative, treci la secțiunea „<i>Comportamentul suicidar</i>”.</p> <p>Dacă răspunsul la întrebarea 2 este DA, pune întrebările 3, 4 și 5.</p> <p>Dacă răspunsul la întrebarea 1 și/sau 2 este DA, completează secțiunea „<i>Intensitatea ideației</i>”.</p>	Toată viața	Ultimele 6 luni
<p>1. Dorința de a fi mort.</p> <p>Subiectul afirmă dorința de a fi mort sau de a nu mai trăi sau dorința de a adormi și a nu se mai trezi.</p> <p><i>Ai avut gânduri de a fi mort sau ce ar fi dacă ai fi mort?</i></p> <p><i>Ai dorit să fii mort sau ai dorit să adormi și să nu te mai trezești?</i></p> <p><i>Ai dorit vreodată că ar fi fost mai bine să nu fii?</i></p> <p><i>Dacă da, descrie:</i></p>	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
<p>2. Gânduri suicidare active non-specifice.</p> <p>În general gânduri non-specifice de a dori să sfârșească cu viața/să se omoare (<i>de ex. „M-am gândit să mă omor”</i>) fără gânduri referitor</p>	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

<p>la modul de suicid/metode de suicid, intenție sau plan în cadrul de timp al evaluării.</p> <p><i>Ai avut gânduri de a face ceva să nu mai trăiești?</i> <i>Ai avut vreodată gânduri de a te omorî?</i> <i>Dacă da, descrie:</i></p>		
<p>3. Ideeație suicidară activă cu metoda (fără plan) și fără intenția de a acționa.</p> <p>Subiectul prezintă gânduri de suicid și are în gând cel puțin o metodă de suicid. Aceasta este diferit de cazul când subiectul are un plan specific, un timp anumit și o metodă detaliată. („<i>Mă gândesc să iau niște pastile, dar nu am un plan specific unde și cum o s-o fac...și nu aș face-o niciodată</i>”).</p> <p><i>Ai avut gânduri despre cum și ce ai face ca să nu mai trăiești? Ce ai gândit?</i> <i>Dacă da, descrie:</i></p>	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
<p>4. Ideeație suicidară cu intenție de a acționa, dar fără plan specific.</p> <p>Gânduri suicidare active și subiectul afirmă că are oarecare intenție de a acționa conform gândurilor lui la care se poate opune. „<i>Am gânduri dar în mod sigur nu voi face nimic conform acestor gânduri</i>”.</p> <p><i>Când gândești ca să te omori crezi că vei face aceasta cu adevărat? Aceasta este diferența între a avea gânduri și a ști că nu vei face nimic conform lor.</i> <i>Dacă da, descrie:</i></p>	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

<p>5. Ideeație suicidară cu plan specific și intenție de a acționa.</p> <p>Gânduri de a se omori cu plan detaliat pe care subiectul are intenția de a-l îndeplini.</p> <p><i>Ai decis vreodată cum și când vrei să te omori? Ai planificat ceea ce tu vrei să faci?</i></p> <p><i>Care a fost planul tău?</i></p> <p><i>Când ai făcut acest plan (sau detaliile acestuia), ai gândit cu adevărat să-l duci la îndeplinire?</i></p> <p><i>Dacă da, descrie:</i></p>	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
INTENSITATEA IDEAȚIEI		
<p><i>Următoarele caracteristici trebuie evaluate cu privire la ideeația cea mai severă (de ex. 1-5, 1 fiind scorul celui mai puțin sever și 5 pentru cel mai sever.)</i></p> <hr/> <p><i>Cea mai severă ideeație:</i></p> <p><i>Tipul # (1-5) Descrierea ideeației</i></p>	<p>Cea mai severă</p>	<p>Cea mai severă</p>
<p>Frecvența</p> <p><i>Cât de des ai avut astfel de gânduri?</i></p> <p><i>Scris răspunsul.</i></p> <hr/> <p>(1) Numai o dată (2) De puține ori (3) De multe ori (4) Tot timpul (0) Nu știu/neaplicabil</p>		

COMPORTAMENT SUICIDAR	
<i>(Bifează tot ce se aplică atât timp cât acestea sunt evenimente separate; trebuie întrebat despre toate tipurile)</i>	Toată viața
<p>Tentativa actuală:</p> <p>Un act potențial autovătămător comis cu ceva dorință de moarte ca rezultat al acestui act. Comportamentul a fost gândit ca o metodă de a se omorî. Intenția nu trebuie să fie 100%. Dacă există ceva intenție/dorința de a muri asociată cu acest act atunci poate fi considerat ca o încercare de suicid. Nu trebuie să fie ceva injurie sau vătămare, ci potențialul pentru injurie sau vătămare. Dacă persoana apasă pe trăgaci, când pistolul este în gură, dar glonțul nu pornește și nu există nici o injurie, aceasta este totuși considerată încercare de suicid.</p> <p>Intenția dedusă: Chiar dacă individual neagă intenția/dorința de a muri, ea poate fi dedusă clinic din comportament sau circumstanțe. <i>De ex.</i> un act letal care nu este în mod clar un accident, astfel că nimic altceva nu poate fi dedus decât un suicid (<i>de ex.</i>, împușcare în cap, sărit de pe o construcție înaltă). Intenția poate fi dedusă chiar dacă o persoană neagă intenția de a muri, dar ceea ce vrea să facă este totuși letal.</p> <p><i>Ai făcut vreodată ceva care să te omoare?</i></p> <p><i>Ce anume ai făcut?</i></p> <p><i>Te-ai rănit vreodată în mod special? Ce anume ai făcut?</i></p> <p><i>Ai făcut aceasta (____) ca să-ți iei zilele?</i></p> <p><i>Ai vrut să mori (chiar nu 100%) când ai făcut _____?</i></p> <p><i>Ai încercat să-ți iei viața oricum când ai _____?</i></p> <p><i>Or ai gândit că oricum ar fi posibil să mori când ai făcut _____?</i></p> <p><i>Or ceea ce ai făcut a fost pentru alte motive și nu pentru a te omorî (precum să te simți mai bine sau să se întâmple altceva)?</i> (Comportament auto-vătămător fără intenție suicidară)</p>	<p><input type="checkbox"/> DA</p> <p><input type="checkbox"/> NU</p> <p>Nr. total de încercări</p> <p><input type="checkbox"/> DA</p> <p><input type="checkbox"/> NU</p> <p><input type="checkbox"/> DA</p> <p><input type="checkbox"/> NU</p>

<p><i>Dacă da, descrie:</i></p> <p>S-a angajat subiectul într-un comportament auto-injuriuos nesuicidal?</p> <p>S-a angajat subiectul într-un comportament auto-injuriuos cu intenție necunoscută?</p>	
<p>Tentativa întreruptă:</p> <p>Când o persoană este întreruptă (de circumstanțe externe) de la pornirea unui act potențial auto-injuriuos (<i>altfel încercarea ar putea avea loc</i>).</p> <p><i>Supradoza:</i> Persoana are pastilele în mână dar este oprită de la înghițirea lor. Odată ce a înghițit vreo pastilă, atunci este vorba de o încercare.</p> <p><i>Împușcare:</i> Persoana și-a îndreptat arma către sine, dar este oprită de cineva să tragă, dacă arma ia foc, atunci este o încercare indiferent, dacă s-a produs vreo rănire sau nu. Dacă a apăsat pe trăgaci și arma nu ia foc, este o încercare.</p> <p><i>Sărit de la înălțime:</i> Persoana este gata să sară, dar în ultimul moment este împiedicată să-o facă.</p> <p><i>Spânzurare:</i> Persoana are funia în jurul gâtului, dar nu este lăsată să se stranguleze.</p> <p><i>Ai pornit vreodată să faci ceva care să te omoare, dar cineva te-a oprit înainte de a iniția ceea ce ai vrut să faci? Ce ai vrut să faci?</i></p> <p><i>Dacă da, descrie:</i></p>	<p><input type="checkbox"/> DA</p> <p><input type="checkbox"/> NU</p> <p>Nr. total de încercări întrerupte</p>
<p>Tentativa abordată:</p> <p>Când persoana începe să facă ceva înspre o tentativă de suicid, dar se oprește înainte de a se angaja într-un comportament auto-destructiv. Exemplele sunt similare cu cele de la încercarea întreruptă cu deosebirea că subiectul însuși se oprește fără ajutorul altcuiva.</p> <p><i>A existat vre-un moment când ai pornit să faci ceva care să-ți ia viața, dar te-ai răzgândit/oprit înainte să-ți faci vreun rău? Ce ai vrut să faci?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> DA</p> <p><input type="checkbox"/> NU</p> <p>Nr. total de încercări</p>

<i>Dacă da, descrie:</i>			abordate
Comportament sau acte preparatorii: Acte sau preparative pentru o iminență tentativă de suicid. Acestea pot include orice dincolo de verbalizare sau gândire, precum dezvoltarea de metode specifice (<i>de ex.</i> , cumpărare de medicamente, otrăvuri, procurare de arme de foc). <i>Ai făcut ceva ca să fi gata să te omori precum să dai lucrurile tale altora, să scrii scrisori de rămas bun, să faci rost de metode de suicid?</i> <i>Dacă da, descrie:</i>			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Comportament suicidar: Comportamentul suicidar a fost prezent în timpul perioadei de evaluare?			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Răspunde numai pentru încercarea actuală	Cea mai recentă încercare. <i>Data:</i>	Cea mai letală încercare. <i>Data:</i>	Prima încercare. <i>Data:</i>
Letalitatea actuală/ problema/ afectare medicală: 0 = nici o problemă medicală sau foarte minoră deteriorare medicală (<i>de ex.</i> , zgârieturi); 1 = deteriorare fizică moderată (<i>de ex.</i> , vorbire greoaie, arsuri de gr. I, sângerare minoră, leziuni minore ale mușchilor sau articulațiilor); 2 = afectare fizică moderată, necesită atenție medicală (<i>de ex.</i> obnubilare, arsuri de gr. II, sângerare a unui vas major);	<i>Pune codul</i>	<i>Pune codul</i>	<i>Pune codul</i>

<p>3 = afectare fizică moderat-severă, necesită spitalizare, poate și terapie intensivă (<i>de ex.</i>, coma cu reflexele păstrate, arsura gr. III 20% suprafață, pierdere de sânge care poate fi suplinită, fracturi);</p> <p>4 = afectare fizică severă, necesită spitalizare cu terapie intensivă (<i>de ex.</i>, coma fără reflexe, arsura gr. III peste 20%, pierdere masivă de sânge cu semene vitale instabile, afectări ale organelor interne);</p> <p>5 = moarte.</p>			
<p>Letalitate potențială: Numai dacă letalitatea actuală = 0</p> <p>Letalitatea aparentă a încercării actuale fără afectare medicală (<i>de ex.</i>, nu are consecințe medicale dar letalitatea potențială este foarte mare: pune pistolul în gură, dar arma nu ia foc).</p> <p>0 = Comportament improbabil să conducă la injurie.</p> <p>1 = Comportament probabil să ducă la injurie dar nu cauzează moartea.</p> <p>2 = Comportament probabil să ducă la moarte în ciuda îngrijirii medicale disponibile.</p>	<p><i>Pune codul</i></p>	<p><i>Pune codul</i></p>	<p><i>Pune codul</i></p>

INVENTARUL SCURT AL RAȚIUNILOR PENTRU A TRĂI (versiunea *adolescenți*)

Acest chestionar trece în revistă unele dintre motivele pe care oamenii le au pentru a nu comite un suicid atunci, când au gânduri să-și curme viața. Te rog citește cu atenție fiecare afirmație de mai jos și încercuiește numărul care corespunde modului cum te-ai raportat la acea afirmație. Evită să alegi numai extremele, respective 1 sau 6.

Cât de important este pentru tine acest motiv de a nu comite un suicid?

Nr. item	AFIRMAȚIA	Total neimportant	Destul de neimportant	Putin neimportant	Putin important	Destul de important	Extrem de important
1.	<i>Eu țin cont de ce alții ar gândi despre mine.</i>	1	2	3	4	5	6
2.	<i>Cred că numai Dumnezeu are dreptul să ne ia viața.</i>	1	2	3	4	5	6
3.	<i>Mi-e frică de moarte.</i>	1	2	3	4	5	6

4.	<i>Familia mea are încredere în mine și are nevoie de mine.</i>	1	2	3	4	5	6
5.	<i>Cred că pot găsi și alte rezolvări ale problemelor mele.</i>	1	2	3	4	5	6
6.	<i>Alții ar gândi despre mine că sunt slab și egoist.</i>	1	2	3	4	5	6
7.	<i>Îmi iubesc familia și mă bucur de ea prea mult ca să o părăsesc.</i>	1	2	3	4	5	6
8.	<i>Credințele mele religioase nu îmi permit aceasta.</i>	1	2	3	4	5	6
9.	<i>Mi-e frică de necunoscut.</i>	1	2	3	4	5	6
10.	<i>Cred că oricine are o cale mai bună de rezolvare decât aceasta.</i>	1	2	3	4	5	6
11.	<i>Aș răni familia mea prea mult și nu vreau să o fac să sufere.</i>	1	2	3	4	5	6
12.	<i>Consider că aceasta este greșit din punct de vedere moral.</i>	1	2	3	4	5	6
13.	<i>Eu am curajul de a înfrunța viața.</i>	1	2	3	4	5	6
14.	<i>Nu aș vrea ca alții să gândească că eu nu am avut control asupra vieții mele.</i>	1	2	3	4	5	6

Foaia de scor:

1. Frica de dezaprobară socială: itemii 1, 6, 14.
2. Obiecții morale: itemii 2, 8, 12.
3. Supraviețuire și coping: itemii 5, 10, 13.
4. Responsabilitate față de familie: itemii 4, 7, 11.
5. Frica de suicid: itemii 3, 9.

SCALA DE EVALUARE A RISCULUI DE SUICID LA COPII

În ultima _____ ai simțit/ ai avut (specifică perioada de timp)	DA	NU
1. că ești îngrijorat sau temător?	1	0
2. că ești îngrijorat mai mult decât cu o lună înainte?	1	0
3. că ești foarte trist?	1	0
4. că ești trist mai mult decât cu o lună înainte?	1	0
5. că plângi foarte mult?	1	0
6. că plângi mai mult decât cu o lună înainte?	1	0
7. că ai făcut greșeli?	1	0
8. că ai vise despre moartea ta?	1	0
9. că ai făcut lucruri bune?	0	1
10. gânduri că lucrurile vor merge mai bine pentru tine?	0	1
11. că oamenii te plac?	0	1
12. pe cineva cu care să vorbești când te simți rău?	0	1
13. că familia ta te iubește?	0	1

14. probleme cu somnul?	1	0
15. pe cineva important pentru tine care a murit recent?	1	0
16. pe cineva din familie care a încercat recent să se omoare?	1	0
17. că oamenii sunt mai fericiți când mor?	1	0
18. că oamenii se întorc pe pământ după ce mor?	1	0
Scorul total (<i>suma scorului individual al itemilor cotați cu Da și NU</i>)		

Factorii scalei:

Depresie: itemii 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

Lipsa de suport: itemii 9, 10, 11, 12, 13.

Moartea ca o scăpare: itemii 14, 15, 16, 17, 18.

INTERVIUL ELEVULUI PENTRU SCREENING-UL RISCULUI DE SUICID

(Student Interview for Suicide Risk Screening – SISRS)

Numele _____

Data nașterii _____

Data interviului _____

Angajarea în interviu

Se pare că lucrurile nu merg așa de bine pentru tine în ultimul timp.

Părinții / profesorii tăi au spus că _____

Ești supărat, ești nervos când trebuie să vorbești despre aceasta?

Pot eu să te ajut să vorbești despre sentimentele și gândurile tale?

Crezi că lucrurile se pot îndrepta sau din contra, lucrurile au să rămână așa sau chiar mai rău?

Ești nefericită mai tot timpul?

Identificarea

Unii copii/adolescenți cu care am vorbit mi-au spus că, atunci când sunt triști, supărați, nervoși ei se gândesc, pentru o perioadă, că mai bine ar fi dacă ar fi morți. Ai avut vreodată astfel de gânduri?

Este acest sentiment așa de puternic, încât tu ai dori să fii mort?

Uneori gândești că vrei să-și iei viața?

Cât de des ai avut astfel de gânduri?

Investigarea

Ce te-a făcut de te simți așa rău?

Ce probleme/situații te-au făcut să te gândești în felul acesta?

Spune-mi mai mult: ce te-a făcut să te gândești să te omori ca un fel de soluție a problemelor tale.

Cum s-ar simți mama și tatăl tău? Ce crezi că s-ar întâmpla cu ei, dacă tu ai fi mort?

Evaluarea

A. Planul curent de suicid

Te-ai gândit la felul cum ți-ai lua viața?

Ai vreun plan?

Pe o scală de la 1 la 10 cât de probabil este că te vei omori? Când planifici asta sau când te gândești că vei face asta?

Ai mijloace să o faci, la școală, acasă?

Când ai planificat să te omori?

Ai scris vreo notiță, scrisoare, SMS?

Ți-ai pus lucrurile în ordine?

B. Comportamentul anterior

Ai amenințat vreodată că te omori? Când? Cine te-a oprit?

Ai încercat vreodată să te omori? Ce ai făcut pentru asta?

C. Resurse

Există ceva sau cineva care te-ar putea opri?

Există cineva cu care poți vorbi toate acestea?

Ai putea sau ai vorbit cu familia ta sau prietenii tăi despre gândurile tale de a te omori?

CONCLUZII:

ÎNTREBĂRI ADECVATE EVALUĂRII COPILULUI CU CONDUITĂ AUTODISTRUCTIVĂ

A. Stabilirea prezenței sau a istoriei de ideeație ori comportament suicidar:

1. Te-ai simțit atât de supărat că ai dorit să nu fi trăit sau să vrei să mori?
2. Ai făcut vreodată ceva care să fie așa de periculos că ai fi putut să te rănești grav sau să mori?
3. Ai încercat vreodată să te rănești sau te-ai rănit vreodată?
4. Ai încercat vreodată să te omori?
5. Ai încercat vreodată să faci ceva ca să mori?

B. Evaluarea intenției suicidare:

1. Ai spus cuiva că vrei să mori sau că te-ai gândi să te omori?
2. Ai făcut ceva ca să fii gata să te omori?
3. Ar fi cineva lângă tine sau cu tine când ai încerca să te omori?
4. Te-ai gândit la ce ai face ca să te omori?
5. După ce ai încerca să te omori și nu ai murit, ai mai vrea să te omori ori ai vrea să trăiești?

C. Pentru cazul copilului cu concepții imature despre moarte și cauzalitatea ei:

1. Te gândești să te omori mai mult de o dată sau două ori pe zi?
2. Ai încercat să te omori de când a început școala?
3. Ce crezi că s-ar întâmpla dacă ai încerca să sari pe fereastră?
4. Ce s-ar întâmpla dacă ai fi mort, cum ar fi?

D. Evaluarea impactului stării emoționale asupra ideății și comportamentului suicidar:

- 1. Îți amintești emoțiile/sentimentele pe care le-ai avut când te-ai gândit sau ai încercat să te omori?*
- 2. Cât de diferite au fost acelea de felul cum simți acum?*

E. Intervievarea părinților despre ideăția suicidară a copilului:

- 1. Ce s-a întâmplat exact, pas cu pas, în ziua când copilul dvs. a spus că vrea sau a încercat să se omoare?*
- 2. Cum ați aflat că copilul Dvs. vrea sau a încercat să se omoare?*
- 3. Ce ați făcut când ați aflat că copilul Dvs. gândește sau vrea să se omoare?*
- 4. Ce s-a întâmplat după ce copilul dvs. a încercat să se omoare?*

F. Determinarea prezentei factorilor de risc pentru suicid:

- 1. Te-ai mai gândit vreodată să te omori sau ai încercat vreodată să te omori?*
- 2. Cum te înțelegi cu familia sau cu prietenii?*
- 3. S-a întâmplat recent ceva rău pentru tine sau pentru familia ta?*
- 4. Te-ai simțit recent trist, cu probleme cu somnul, fără pofta de mâncare, nervos, obosit?*
- 5. Ai consumat recent alcool sau droguri?*

ÎNTREBĂRI GENERALE PENTRU EVALUAREA IDEAȚIEI SUICIDARE, PLANULUI DE SUICID ȘI A MOTIVELOR DE A TRĂI SAU A MURI ADRESATE ADOLESCENTULUI

A. Frecvența, intensitatea și durata ideației suicidare:

Ați avut vreodată gânduri să vă puneți capăt zilelor, respectiv gânduri de suicid?

Cât de des v-ați gândit la suicid? Zilnic, săptămânal sau lunar?

S-a întâmplat să vă doriți să fi fost mort?

Cât de mult durează astfel de gânduri, secunde, minute?

Cât de copleșitoare sunt aceste gânduri?

Puteți să evaluați pe o scară de la 1 la 10 severitatea lor?

V-ați gândit vreodată să vă tăiați cu cuțitul sau cu alt obiect ascuțit?

Ați intenționat să vă răniți?

Ați încercat vreodată să vă sinucideți?

B. Planul de suicid:

Acum aveți vre-un plan de suicid?

Specificați planul...

Cum, unde și când?

Ați stabilit vreun timp sau dată când ați vrea să vă sinucideți?

C. Disponibilitatea mijloacelor de suicid:

Aveți la îndemână vreo metoda de suicid?

Aveți acces la această metodă sau la mijloacele acestei metode?

D. Controlul gândurilor de suicid:

Există momente când puteți controla aceste gânduri de suicid?

În acest moment simțiți că le puteți controla?

Puteți să evaluați acest control pe o scala de la 1 la 10?

E. Factori de risc:

Consumați mai mult decât înainte alcool sau droguri?

F. Motive pentru a trăi sau muri:

Ați acționat vreodată conform acestor gânduri?

Ce vă ține acum în viață?

Ați avut vreodată gânduri că viața nu merită trăită?

Ce vă face să continuați?

Ce v-a făcut să continuați când ați avut acele gânduri că viața nu merită trăită?

G. Intenția de suicid:

Aveți vreo intenție de a acționa conform gândurilor de suicid?

Puteți evalua această intenție pe o scală de la 1 la 10?

BIBLIOGRAFIE

1. Adams G., Berzonsky M. *Psihologia adolescenței. Manualul Blackwell*. Iași: Polirom, 2009.
2. Ardeleanu A. ș.a. *Larousse Marele dicționar al Psihologiei*. București: Editura Trei, 2006.
3. Atkinson L.R., Atkinson R.C., Smith E.E., Bem D.J. *Introducere în psihologie*. București: Editura Tehnică, 2002.
4. Băban A. *Stres și personalitate*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, 1998.
5. Bolboceanu A. *Psihologia comunicării*. Chișinău: Univers Pedagogic, 2007.
6. Brănaru E. *Tentativa de suicid la copil și adolescent – prevenirea recidivelor*. Disponibil la: www.2008_med_Elena_Branaru (vizitat 24.04.2014).
7. Colson J., Carr C.T., Hutchinson L., Eagle D. *The Oxford Illustrated Dictionary*. Oxford University Press. London: Ely House, 1976.
8. Cozman D. *Compendiu de suicidologie*. Ediția a II-a adăugată. Cluj-Napoca: Casa Cărții de Știință, 2008.
9. Cuznețov L. (coord.), Mândăcanu V., Guțu Vl., Zăvțur E. *Tratat de educație pentru familie. Pedagogia familiei*. Chișinău: CEP USM, 2008.
10. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. 2. Available at: <http://www.terapiacognitiva.eu/dwl/dsm5/DSM-5.pdf> (vizitat 24.03.2014).
11. *Dicționarul Explicativ al Limbii Române*. Academia Română, Institutul de Lingvistică Iorgu Iordan. București: Univers Enciclopedic, 1998.
12. Dolean I., Dolean D.D. *Meseria de părinte*. București: Aramis Print SRL, 2002.
13. Durkheim E. *Despre sinucidere*. (trad. Mihaela CALCAN). București: Editura Institutului European, 1993.
14. Enăchescu C. *Tratat de igienă mintală*. Iași: Polirom, 2004.
15. Gavriluc A. *De la relațiile interpersonale la comunicarea socială*. Iași: Polirom, 2006.
16. Ionescu G. *Psihoterapia*. București: Editura Științifică, 1990.
17. Kupfer D.J. *DSM-5's New Approach to Suicide Risk, Behavior*. Available at: <http://www.huffingtonpost.com/david-j->

- kupfer-md/dsm-5-suicide_b_3731260.html (vizitat 24.03.2014).
18. Lazarius R.S., Folkamn S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company, 1984.
 19. Marcelli D. *Les etats depressifs a l'adolescence*. Paris: Masson, 1995.
 20. Marcelli D., Berthaut E. *Depresie și tentative de suicid la adolescență*. Iași: Polirom, 2007.
 21. Marcelli D., Braconier A. *Adolescence et psychopathologie*. Paris: Masson, 1999.
 22. Miclea M. *Stress și apărare psihică*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, 1997.
 23. Mihailov V. *Evaluarea factorilor protectivi în conduita autodestructivă la adolescenți*. În: Eficientizarea învățământului – vector al politicilor educaționale moderne. Materialele Conf. Șt. Intern., 11-12 decembrie 2014. Partea II. Chișinău: IȘE, 2014 (Tipogr. „Cavaioli”), p. 231-237.
 24. Mihailov V. *Fenomenul suicidar la tineri – considerațiuni și reflecții psihologice*. În: Perspectivele și problemele integrării în Spațiul European al învățământului superior. Materialele Conferinței științifico-practice intern., 5 iunie 2014. Vol. I. Cahul: Tipografia „Centrografic”, 2014, p. 223 -227.
 25. Mihailov V. *Mecanisme psihologice de intervenție în profilaxia comportamentului autodestructiv la elevi*. În: Mecanisme ale intervenției în contextul asistenței psihologice. Culegere de articole. Coord. șt.: A. Bolboceanu. Chișinău: IȘE, 2015 (Tipogr. „Cavaioli”), p. 97-113.
 26. Mihailov V. *Influența stimei de sine în actul suicidar la adolescenți*. În: Educația pentru dezvoltare durabilă: inovație, competitivitate, eficiență. Materialele Conf. Șt. Intern., 18-19 octombrie 2013, IȘE. Chișinău: Print-Caro, 2013, p. 309-314.
 27. Mircea T. *Tratat de psihopatologie și sănătate mentală a copilului și adolescentului*. Timișoara: Editura Augusta, Editura Artpress, 2004.
 28. Neamțu C. *Devianța școlară. Ghid de intervenție în cazul problemelor de comportament ale elevilor*. Iași: Polirom, 2003.
 29. Neculau A. *Manual de psihologie socială*. Iași: Polirom, 2004.
 30. Oancea C., Ungureanu C., Iosifescu R. *Consilierea și tehnici înrudite în practica medicală*. București: Editura Semne, 2012.

31. *Organizația Mondială a Sănătății – statistica pentru Republica Moldova*. Disponibil la: http://www.who.int/entity/mental_health/media/repmol.pdf (vizitat 24.10.2013).
32. *Publications from DSM 5 Development*. Available at: <http://www.dsm5.org/Research/Pages/Publications.aspx> (vizitat 24.03.2014).
33. *Rapport Mondial de la Violence et de la Santé*, Organisation Mondiale de la Santé. Genève, 2002.
34. Rădulescu S.M. *Devianță, criminalitate și patologie socială*. București: Lumina Lex, 1999.
35. Sârbu E.A. *Prevenirea conduitei autodistructive a adolescenților, prin regândirea mitului timpului de calitate petrecut cu familia*. În: Runcan P., Runcan R. (coord.) *Puterea de a fi altfel*. Colecția *Puterea de a fi altfel*. București: Editura Didactică și Pedagogică R.A., 2014, p. 3-14.
36. Sârbu E.A. *Suicidologie integrativă*. București: Ars Academica, 2011.
37. Scripcaru C. *Suicid și agresivitate*. Iași: Psihomania, 1996.
38. Shneidman E.S. *Autopsy of a suicidal mind*. New York: Oxford Univ. Press, 2004.
39. Șarpe V. *Caracteristica medico-legală, structura și etiopatogenia fenomenului suicidal printre copii și adolescenți*. Autoreferat al tezei de doctor în științe medicale. Chișinău, 2002.
40. Vraști R. *Ghid practic de intervenție în criză*. 2012. Disponibil la: www.vrasti.org (vizitat 12.02.2014).
41. Ziglar Z. *Putem crește copii buni într-o lume negativă!* București: Curtea Veche, 2000.
42. Божович Л.И. *Личность и ее формирование в детском возрасте. Психологическое исследование*. Москва: Просвещение, 1968.
43. Личко А.Е. *Психопатии и акцентуации характера у подростков*. Ленинград: Издательство Речь, 1977.
44. Малкина-Пых И.Г. *Психологическая помощь в кризисных ситуациях*. Москва: Издательство Эксмо, 2009.
45. Моховиков А.Н. *Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах*. Москва: Когито-Центр, 2001.

CUPRINS

<i>ARGUMENT</i>	3
<i>CAPITOLUL I.</i>	
FENOMENUL SUICIDAR – SEMNIFICAȚII, CARACTERISTICI, INSTANȚE ȘI FINALITĂȚI	
1.1. Delimitări conceptuale ale fenomenului suicidar	5
1.2. Caracteristici ale conduitei autodistructive	12
1.3. Aspecte ale riscului suicidar la copii și adolescenți	15
1.4. Factorii și indicatorii riscului suicidar la copii și adolescenți	18
<i>CAPITOLUL II.</i>	
EVALUARE ȘI INTERVENȚIE ÎN SITUAȚIILE DE CRIZĂ SUICIDARĂ LA COPII ȘI ADOLESCENȚI	
2.1. Model de evaluare a crizei suicidare la copil/adolescent (<i>R. Vrsti</i>)	25
2.2. Instrumente de evaluare a ideății și conduitei autodistructive	36
2.3. Reacții și principii în consultația unei persoane cu risc suicidar	38
2.4. Intervenția în criza suicidară la copil/adolescent	40
2.5. Tehnici de intervenție în criza suicidară	47
<i>CAPITOLUL III.</i>	
PREVENȚIA ÎN CONDUITA AUTODISTRUCTIVĂ LA COPII ȘI ADOLESCENȚI	
3.1. Mecanisme de intervenție în profilaxia conduitei autodistructive	55
3.2. Miturile conduitei autodistructive la copil/adolescent	57
3.3. Rolul cadrelor didactice în prevenția riscului suicidar la copii și adolescenți	60
3.4. Rolul părinților în prevenția riscului suicidar la copii și adolescenți	62
3.5. Strategii de reglare în comportamentul autodistructiv la copii și adolescenți	72
ÎNCHEIERE	80
<i>Informații suplimentare</i>	82
<i>ANEXE</i>	88
BIBLIOGRAFIE	109



Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Mihailov, Veronica.

Fenomenul autodistructiv la copii și adolescenți – evaluare, prevenție, intervenție: Suport metodologic / Veronica Mihailov; Acad. de Științe a Moldovei, Inst. de Științe ale Educației. Chișinău: Institutul de Științe ale Educației, 2017 (Tipogr. „Impressum”). – 114 p.: tab.

Bibliogr.: p. 109-111 (45 tit.). – 60 ex.

ISBN 978-9975-48-112-0.

37.015.3

M 69
