

Evaluarea si interventia in criza pentru un individ suicidar – adult

Cuprins:

- I. Introducere
- II. Ce este un individ suicidar
- III. Contactul individului suicidar cu programul de criza
- IV. Cum se prezinta un individ suicidar
- V. Comunicarea cu un individ suicidar
 - a. comunicarea fata in fata
 - b. comunicarea la telefon
- VI. Evaluarea unui individ suicidar
 1. Evaluarea in cazul unei tentative nereusite de suicid
 2. Evaluarea in cazul individului cu ideatie suicidara
 - a. in cazul in care subiectul afirma intentia de a se sinucide
 - b. In cazul in care individul are si un plan de suicid
 - c. Elemente de evaluat in ambele situatii
 3. Evaluarea factorilor de risc suicidar
 4. Evaluarea factorilor protectivi
 5. Interviu cu un individ suicidar
 - a. Managementul contratransferului
 - b. Cum gandeste si ce spune individual suicidar
 - c. Intelesul si motivatia individului pentru suicid
 6. Interviu cu un individ suicidar
 - a. Frecventa, intensitatea si durata ideatiei suicidare
 - b. Planul de suicid
 - c. Disponibilitatea mijloacelor de suicid
 - d. Controlul gandurilor de suicid
 - e. Factori de risc
 - f. Motive pentru a trai sau muri
 - g. Intentia de suicid
 7. Instrumentele standardizate de evaluare a suicidului
 - a. Scala de masurare a ideatiei suicidare a lui Beck
 - b. Scala lipsei de speranta a lui Beck
 - c. Scala Columbia de evaluare a severitatii riscului suicidar
 - d. Scala modificata de evaluare a ideatiei suicidare
 - e. Scala ratiunii pentru a trai
 - f. Chestionarul evaluarii comportamentului suicidar
 - g. Scala intentiei de suicid
 - h. Checklist-ul de evaluare a suicidului a lui Rogers
- VII. Interventia in criza individului suicidar
 1. PASUL 1: Evaluarea letalitatii imediate
 - 1.1. In cazul unui subiect cu care nu se poate stabili o relatie terapeutica
 - a. Strategia 1 - Asigurarea imediata a sigurantei subiectului suicidar

- b. Strategia 2 - Folosirea planului de urgenta pentru impiedicarea suicidului
- 1.2. In cazul unui subiect cu care se poate stabili o relatie terapeutica
 - a. Strategia 1 - Asigurarea imediata a sigurantei subiectului suicidar
 - b. Strategia 2 - Folosirea planului de urgenta pentru impiedicarea suicidului
- 2. PASUL 2: Stabilirea raportului
 - a. Strategia 3 - Stai cu subiectul
 - b. Strategia 4 - Managementul contratransferului
 - c. Strategia 5 - Normalizarea subiectului conversatiei
 - d. Strategia 6 - Oferă o atmosfera de calm
 - e. Strategia 7 - Treci de la stilul autoritar la cel colaborativ
 - f. Strategia 8 - Sprijina subiectul sa se ajute singur
- 3. PASUL 3: Ascultarea naratiunii subiectului
 - a. Strategia 9 - Asculă, intelege, valideaza
 - b. Strategia 10 - Comunica calm si combate ambivalenta
 - c. Strategia 11 - Creiaza o fereastra terapeutica
 - d. Strategia 12 - Categorizeaza problemele
 - e. Strategia 13 - Identifica mesajul
- 4. PASUL 4: Managementul emotiilor
 - a. Strategia 14 - Incurajeaza ventilarea emotiilor
 - b. Strategia 15 - Valideaza durerea sufleteasca a subiectului
 - c. Strategia 16 - Ajuta sa tolereze emotiile negative
- 5. PASUL 5: Explorarea alternativelor
 - a. Strategia 17 - Reduce rezistenta ideilor suicidare
 - b. Strategia 18 - Stabileste un cadru pentru rezolvarea problemelor
 - c. Strategia 19 - Angajeaza suportul social disponibil
 - d. Strategia 20 - Restaureaza speranta subiectului
 - e. Strategia 21 - Ajuta subiectul sa descopere posibilitati si sa dezvolte rezilenta
- 6. PASUL 6: Folosirea strategiilor comportamentale
 - a. Strategia 22 - Ajuta sa formuleze schita unui plan de actiune pe termen scurt
 - b. Strategia 23 - Formuleaza un plan de siguranta decat un contract de siguranta
- 7. PASUL 7: Urmărirea (Follow-up)
 - a. Strategia 24 - Foloseste conceptual de manager de caz pentru urmarirea clinica
 - b. Strategia 25 - Evalueaza eficacitatea interventiilor si imbunatateste strategiile folosite
- VIII. Externarea si indrumarea catre alte servicii
- IX. Documentarea
 - Anexa Nr. 1: Ariile de evaluare ale riscului suicidar (Bryan si Rudd, 2006)
 - Anexa Nr. 2: Clasificarea riscului suicidar si nivelul interventiei cerute (dupa Meichenbaum, 2007)
 - Anexa Nr. 3: Foaia de evaluare a letalitatii (Maris, 2001)
 - Anexa Nr. 4: Scala Columbia de severitate a riscului suicidar
 - Anexa Nr. 5: Checklist de evaluare a suicidului - Rogers
 - Anexa Nr. 6: Model de plan de siguranta
- X. Bibliografie selectiva

I. Introducere

Trebuie spus de la inceput ca programul de criza este cel destinat sa raspunda cu promptitudine si eficienta in situatiile de risc suicidar in masura in care acestea sunt facute publice de catre indivizii in cauza, de cei din jurul lor sau de organizatiile si agentiile comunitare care au in grija bunastarea publica. Aici nu e vorba de a detecta acei indivizi din populatia generala care sunt pasibili de a comite un suicid in viitorul apropiat sau indepartat.

Nu exista o statistica confidenta referitor la prevalenta amenintarilor de suicid. Ce se stie cu precizie este ca suicidul este intre a 8-11 cauza de deces in tarile vestice si ca la un suicid reusit ii coresponde intre 5 si 20 tentative de suicid. Conform experientei autorului, amenintarile de suicid reprezinta intre 20-25% din volumul total al persoanelor evaluate si a interventiilor efectuate intr-un program de interventie in criza. Rogers si colab. (2001) au facut un studiu pe 241 consilieri psihologici si gasesc ca 71% din ei lucreaza cu persoane care au avut tentative de suicid si 28% din ei au avut cel putin un client care s-a sinucis. Pentru medici, se spune ca tot la 6 ani un psihiatru pierde un pacient prin suicide.

Contrar a ceea ce se crede, indivizii cu ideatie suicidara sunt in marea majoritate dispusi sa impartaseasca aceste ganduri atunci cand sunt intrebati in mod corespunzator si intr-un context adecvat care sa respecte confidentialitatea si sensibilitatea subiectului. Aplicarea chestionarelor in populatia generala in vederea aprecierii prevalentei ideilor suicidare nu indeplinesc aceste conditii si de aceea rezultatele furnizate de acestea nu sunt neconfidente.

II. Ce este un individ suicidar

Mult timp a existat o confuzie intre termenii folositi in domeniul suicidologiei. In dorinta de a imbunatati comunicarea intre specialistii din acest domeniu O'Carroll si colab. (1996) au unificat terminologie folosita pana in acel moment si au generat cateva definitii care sunt valabile si astazi. Astfel "suicidul" sau "suicidul complet" este definit ca moartea provocata de rani, otravuri sau sufocare care a fost evidentiata implicit sau explicit ca fiind produsa de subiectul in cauza. Prin "tentativa de suicid" se intelege cu comportament auto-destructiv care nu a condus la moartea subiectului si pentru care exista evidenta explicita si implicita ca subiectul respectiv a intentionat intr-o anumita masura sa se omoare. "Ideatie suicidara" se defineste ca autoraportarea de ganduri suicidare si de angajare intr-un comportament legat de dorinta de suicid.

In lucrarea de fata vom vorbi de individul suicidar ca acea persoana care manifesta direct sau indirect gandurile, dorintele si impulsurile de a-si curma viata. Spre deosebire de individual cu tentativa de suicid, acesta nu a intrepris inca nici un gest pentru a-si curma viata.

III. Cum ia contact un individ suicidar cu programul de criza

Circumstantele in care un individ suicidar ar putea ajunge la programul de criza ar fi urmatoarele:

- se prezinta el insusi;
- este adus de familie/prieteni;
- este adus de personal medical/asistenta sociala;
- este adus de ambulanta;
- este adus de politie;
- este referit de alte institutii/facilitati medicale sau ne-medicale;

IV. Cum se prezinta un individ suicidar

Nu exista un model tipic al prezentarii unui individ suicidar, fiecare individ exprimand in acest fel personalitatea subjacentă, modelul emotional sau felul cum traieste criza pe care o strabate. Infatisarile pe care un subiect suicidar le-ar putea lua ar fi:

- este trist, abatut, anxios, nelinistit;
- este emotional, plange, suspina, striga, este agitat motor;
- este apatic, opozitional, nemiscat, refuza sa vorbeasca;
- este manios, iritabil, artagos, ostil, amenintator;
- este bizar, excentric, psihotic;
- este sub influenta alcoolului/drogurilor si prezinta semen de intoxicatie cu acestea;
- prezinta indici de comportament auto-mutilant (prezenta de taieturi sau altfel de rani recente sau mai vechi pe antebrate sau alte parti ale corpului);
- se prezinta conform starii psiho-fiziologice de dupa o tentativa esuata de suicid (palid, obnubilat, transpirat, cu respiratie rapida, slabit, cu fizionomie anxioasa, etc.)

V. Comunicarea cu un individ suicidar

a. comunicarea fata in fata:

Comunicarea cu un subiect suicidar este o incercare de prima marime pentru lucratorul in criza ca si pentru oricare alta persoana. Se considera ca suicidul este “*una din cele mai groaznice*

tragedii cu care se confrunta lucradorii din institutiile de sanatate mentala” (Bonner, 1990). Este o situatie speciala care solicita din plin emotiile clinicianului care se confrunta cu un individ aflat intr-o situatie limita, cand viata ii este in joc, individ care este foarte senzitiv, neincredator, suspicios si gata sa creada ca nu este inteles sau ca s-a adresat la cine nu trebuie. De performarea in bune condituni a acestui prim contact si de o comunicare autentica tine succesul actiunilor ulterioare, precum evaluarea si interventia; daca se esueaza acum se esueaza si mai departe (Joiner si colab. 2009). Tot Bonner (1990) caracteriza reactia in fata suicidului ca “cea mai mare frica, adesea paralizanta pentru emotionalitatea clinicianului si care adesea interfera cu judecata clinica si rezolutia crizei”.

Comunicarea cu un subiect suicidar are ca scop formarea unei aliante terapeutice care sa permita explorarea in profunzime a gandurilor suicidare, a factorilor favorizanti, a capacitatii subiectului de a formula un plan de siguranta si de a-l urmarii in vederea recastigarii dorintei si sperantei de a trai. Aceasta etapa a comunicarii se numeste si etapa de angajare pentru ca scopul este de a-l capacita pe subiect in angajarea responsabilitatii proprii pentru ceea ce gandeste si pentru ceea ce vrea sa schimbe.

Se poate ca in primele momente ale contactului, subiectul sa nu doreasca sa vorbeasca sau are o perioada lunga de latentă. Astfel, din primele momente comunicarea non-verbala este importanta. Individual suicidar trebuie sa intalneasca un profesionist calm, stabil, care-l priveste cu simpatie, intelegere si profesionalism exprimat prin fizionomie, pozitia corpului, asezarea in spatiu si miscarile de ansambu ale copului. Miscarea capului sau a muschilor fetei nu trebuie sa fie exagerate din dorinta de a face subiectul sa inteleaga ca este perceptut, ascultat si acceptat; orice exagerare conduce la sentimentul de inautenticitate si la ruperea contactului.

Comunicarea verbala se stabileste prin initierea unui dialog care sa incurajeze subiectul sa impartaseasca sentimentele si preocuparile sale. Sunt patru comandamente ale comunicarii cu un individ suicidar: i) asculta-l cu atentie, calm si caldura, ii) trateaza-l cu respect si seriozitate, iii) empatizeaza cu emotiile lui, accepta-le si nu-l judeca si iv) exprima grija, increderea si capacitatea de a-l ajuta. In spatele oricarei naratiuni a unui subiect suicidar se ascund cele cinci sentimente care sustin ideatia suicidara carora le corespund ganduri automate specifice (vezi tabelul Nr. 1)

Sentimente	Ganduri automate
Tristete	As dori sa fiu mort
Singuratate	Nu-i pasa nimanui
Lipsa de speranta	Sunt un invins
Lipsa de ajutor	Nu pot face nimic
Lipsa de valoare	Ceilalti vor fi mai fericiți fara mine

Tabelul Nr. 1: Sentimentele si gandurile automate ale unui suicidar

Este important ca comunicarea cu subiectul suicidar sa fie facuta intr-o incapare linistita, separata, fara zgomote, intruziuni, apeluri telefonice, care sa ofere izolarea, siguranta, confortul si confidentialitatea de care are atata nevoie subiectul. Protejeaza subiectul al altii, precum membrii de familie, prieteni, politie si de ziaristi atunci cand este cazul. Ofera un pahar cu apa si intreaba daca doreste si altceva inainte de a comunica (sa se spele, sa manance, sa foloseasca un WC, etc.). Apoi lucratorul in criza trebuie sa se recomande cu numele, calitatea si educati profesionala si sa-l asigure ca exista tot timpul necesar comunicarii si destainurii problemelor lui iar lucratorul este dornic sa asculte cu atentie si consideratie ceea ce vrea subiectul sa prezinte. Prin acest tip de angajare se construiesc premisele necesare evaluarii si interventiei, cei doi pasi care urmeaza logic stabilirii contactului si a comunicarii cu individual suicidar.

Exista cateva gesturi si atitudini care reprezinta miezul comunicarii si altele care trebuiesc imperios evitate. In tabelul Nr. 2 se prezinta fata in fata ceea ce se indica sa se faca si ce nu in comunicarea cu un ndivid suicidar.

b. Comunicarea la telefon:

Contactul cu un subiect suicidar este un lucru foarte sensibil atunci cand se realizeaza la telefon. Primele momente ale comunicarii sunt momentele critice pentru ca de ele va depinde daca subiectul va sta la telefon sau va inchide telefonul. Subiectul care apeleaza se poate prezenta in mai multe feluri: sa fie direct si clar in ceea ce comunica, sa fie evaziv si confuz, sa fie ezitant sau sa taca. In orice situatie lucratorul in criza trebuie sa identifice programul si sa se identifice ca mai apoi sa afirme dorinta lui de a asculta si de a ajuta. Trebuie apoi sa asigure subiectul ca a sunat acolo unde trebuie. La fel, lucratorul in criza trebuie sa stie sa trateze ezitarile si perioadele de tacere lund in considerare inhibitia, rusinea si alte defense ale subiectului. In acest caz, clinicianul trebuie sa prezinte mai pe larg programul de criza si faptul ca subiectul poate ramane anonim la fel

ca si toate datele pe care le impartaseste, iar problemele pe care le spune sunt luate in serios si tratate in mod profesionist; el poate sa se increada in aceasta linie telefonica si in programul de criza.

Cum sa comunici:	Cum sa nu comunici:
• Asculta cu atentie si fi calm	• Nu intrerupe prea des
• Exprima intelegerea sentimentelor persoanei (empatie)	• Nu te arata socat sau emotional
• Furnizeaza mesaje non-verbale de acceptanta si respect	• Nu lasa sa se inteleaga ca esti ocupat si sub presiunea timpului
• Exprima respect pentru opiniile si valorile subiectului	• Nu te arata condescendent si superior
• Vorbeste onest si genuine	• Nu fa remarci ofensive, inchizitoriale sau lipsite de claritate
• Arata preocupare, grija si caldura	• Nu pune intrebari stanjenitoare sau provocatoare
• Stai centrat pe sentimentele subiectului	

Tabelul Nr. 2: Ce se indica sa se face si ce nu in comunicarea cu un suicidar

Daca nu poate comunica la telefon, subiectul este invitat la locatia programului pentru a se intalni fata in fata cu clinicianul. Oricum, daca este vorba de o urgenta, de o situatie de criza, este bine ca subiectul sa o declare acum, la telefon. Dupa acest prim contact, lucratorul in criza se focalizeaza pe angajare subiectului in comunicare. O secventa a acestei comunicari initiale este prezentata in tabelul Nr. 3.

- Identifica programul si lucratorul de la telefon;
- Asigura subiectul de confidentialitate si de professionalism;
- Trateaza chematorul cu respect si afirma ca esti dispus sa-l asculti cu atentie;
- Fa-l sa simta ca a telefonat unde trebuie si la momentul care trebuie;
- Evalueaza daca este vreo urgenta, daca chematorul este in siguranta, in pericol imediat si ca esti disponibil si in pozitia de a-l ajuta;
- Reflecta si parafrazeaza cele spuse de subiect cu scopul de a-l face sa ofere mai multe detalii despre emotiile si ideile de suicide;
- Concentreaza-te asupra emotiilor si sentimentelor subiectului si mai putin asupra cauzelor;
- Fi empatic si lasa-l sa inteleaga ca este auzit si inteles;
- Oferă-i timpul necesar sa-si ventileze sentimentele si gandurile;
- Recunoaste si valideaza sentimentele si gandurile lui, fi calm, confident, interesat, grijuliu;
- Asigura subiectul de consideratia si intelegerea situatiei in care se afla;
- Subliniaza ca a facut bine ca a sunat acum;
- Afirma ca reprezinti programul care-l poate ajuta si esti persoana calificata sa faca acest lucru;

Tabelul Nr. 3: Secventa comunicarii initiale la telefon cu un suicidar

In acelasi timp, lucratorul in cauza trebuie sa evite sa fie critic, condescendent, inchizitorial, sa fie moralizator, sa puna diagnostice sau etichete, sa spuna ca a mai intalnit astfel de cazuri, sa dea exemple din viata proprie, sa expuna puncte de vedere teoretice sau sa para ocupat, plictisit, sub presiunea timpului sau din contra, sa fie dramatic, impresionabil, reactiv, prea curios si sa puna intrebari care incep cu “de ce”. Dupa angajarea subiectului intr-un flux autentic de comunicare lucratorul in criza poate trece la evaluarea suicidalitatii si apoi la furnizarea interventiei.

VI. Evaluarea unui individ suicidar

Evaluarea unui individ suicidar reprezinta in fapt o evaluare a riscului lui de suicide. Aceasta evaluare este o incercare deosebita pentru lucratorul in criza care cere multa finete si experienta si nu exista in tot portofoliul de protocoale si interventii ale lucratorului in criza una

care sa fie atat de complexa si care sa antreneze atata responsabilitate si considerente morale si sociale ca evaluarea unui subiect suicidar. Shea (2004) vorbeste de “*arta delicata a revelarii ideatiei suicidare*”.

Conform Ghidului de interventie practica a Asociatiei Psihiatrilor Americani (APA), evaluarea riscului suicidar este un proces multi-axial care coroboreaza date culese referitor la ideatia si comportamentul subiectului precum si factorii psihosociali si istoria lui. Scopul evaluarii riscului de suicide este de a identifica factorii care pot creste sau scadea nivelul riscului de suicid si sa permita formularea rapida a unui plan de siguranta care se adreseaza acelor factori favorizanti. Scopul evaluarii este sa conduca rapid la incadrarea subiectului intr-un grad anume de risc ca mai apoi sa permita derularea imediata a unei interventii individualizate care sa securizeze subiectul si sa atace tintele programului de ingrijire (Jacobs si Brewer, 2004).

Granello (2010) identifica 12 principii care stau la baza procesului de evaluare a riscului suicidar. El porneste de la ideea ca incercand sa evalueze un individ suicidar, clinicianul este tentat sa adopte o atitudine minutioasa, focusata pe detalii si astfel prezinta o viziune in tunel care ignora tabloul mai larg, de ansamblu, a vietii, intereselor si situatiei subiectului. In tabelul Nr. 4 se prezinta lista celor 12 principii de evaluare ale lui Granello de care trebuie sa tina seaman lucratorul in criza pentru a face o evaluare de confidentiala.

Principiile esentiale ale evaluarii riscului suicidar:
1. Fiecare persoana este unica, diferita;
2. Evaluarea este complexa si provocatoare atat pentru subiect cat si pentru clinician;
3. Evaluarea este un proces continuu care se intinde pe toata durata ingrijirii subiectului;
4. Conduce la posibile erori generate de o precautie exagerata (ex. falsii pozitivi);
5. Evaluarea este o activitate care se bazeaza pe colaborare, coroborare si consultare;
6. Evaluarea se bazeaza pe judecata clinica;
7. Ia in serios toate amenintarile, semnele de alarma si factorii de risc decelati;
8. Pune intrebari grele, incommode, jenante;
9. Evaluarea riscului suicidar este parte componenta a interventiei terapeutice;
10. Evaluarea cauta sa decoperteze mesajele ascunse ale subiectului;
11. Evaluarea este facuta intr-un context cultural de care trebuie sa se tina seama;
12. Toate actiunile componente ale evaluarii trebuie documentate in dosarul subiectului.

Tabelul Nr. 4: Principiile evaluarii riscului suicidar (Granello, 2010)

Protocolul tipic de evaluare a suicidalitatii recomandat de APA se numeste “Evaluarea de baza in cinci pasi” si cuprinde:

1. Identificarea prezentei ideatiei/gandurilor suicidare si a istorie de suicid;
2. Identificarea factorilor de risc pentru suicid;
3. Identificarea factorilor protective pentru suicid;
4. Determinarea nivelului de risc pentru suicid;
5. Documentarea evaluarii si a planului de interventie.

Pentru Shea (2009) protocolul de evaluare a suicidului cuprinde trei etape:

- strangerea de informatii privind factorii de risc, factorii protectivi si semnele de alarma ale suicidului;
- colectarea informatiilor legate de ideatia suicidara, planul si intentia de suicid a subiectului;
- formularea clinica a riscului de suicid bazata pe cele doua feluri de informatii de mai sus.

In general, lucratorul in criza poate sa se intalneasca cu doua situatii, fiecare din ele prezentand caracteristici specifice, dar si aspecte commune. Mai jos se prezinta un ghid pentru fiecare din ele:

1. Evaluarea in cazul unei tentative nereusite de suicid:

- evalueaza care este stare fiziologica a subiectului (frecventa respiratiei, a batailor cardiace, paloarea, transpiratiile, starea constientei, etc)
- determina exact ce a intrepris subiectul: ce substante a luat si in ce cantitate, ce rani si-a produs, timpul scurs de la tentativa pana la prezentare la programul de criza;
- este necesar sa fie vazut de un medic sau sa fie transportat la serviciul de urgenta sau de terapie intensiva?
- determina exact cu ce sa fie transportat in serviciul de ingrijire medicala;
- ia legatura cu personalul din acel department pentru transferul ingrijirii si responsabilitatii fata de subiectul in cauza;

- in cazul unei tentative usoare de suicid determina daca subiectul ramane in custodia programului de criza si asta numai dupa ce acesta a fost examinat de medic si au fost excluse riscurile vitate ale acestei tentative; in acest caz evaluarea se desfasoara ca mai jos;

2. Evaluarea individului cu ideatie suicidara:

a. in cazul in care subiectul afirma intentia de a se sinucide:

- identifica gandurile suicidare, continutul si forma lor, seriozitatea lor; incepe cu intrebari mai generale (de ex. *“vi se pare ca viata nu mai marita traita?”*) si se continua cu intrebari directe (de ex. *“aveti ganduri sa va curmati viata?”*, *“ va preocupa ganduri ca ar fi mai bine a fiti mort?”*)
- determina daca gandurile suicidare sunt active, daca subiectul a setat un timp pentru a trece la actiune (sunt legate de timpul prezent sau sunt expuse ca o optiune pentru viitor);
- subiectul se prezinta cu o intentie serioasa de suicid sau este doar o alternativa?
- evalueaza frecventa ideilor de suicid: ocazional, frecvent sau continuu;
- cat de intense sunt acestea si care este gradul de control ale gandurilor sale: subiectul poate sa se gandeasca si la altceva sau este dominat de acestea;
- care este intelesul pe care subiectul il da suicidului sau (sa moara, sa scape, sa pedepseasca astfel pe altii, sa se pedepseasca pe sine, sa comunice ceva anume, sau nu stie de ce);
- cum vede subiectul situatia de dupa suicidul sau?

b. In cazul in care individul are si un plan de suicid:

- identifica care este planul de suicid; este acest plan unul letal? are mijloace sa-l duca la indeplinire? Cat de letale sunt mijloacele de suicid care le are la indemana? In ce stadiu sunt preparativele lui? Este acest plan de suicid realist sau nu? Exista probabilitatea de interventie sau de salvare? Este vorba de planificare sau de impulsivitate? Este subiectul determinat sa-l duca la indeplinire sau este ambivalent?
- identifica in ce stadiu sunt preparativele de suicid (a lasat o scrisoare, si-a facut un testament, a vorbit cu un prieten, a postat pe internet/facebook o nota de ramas bun, si-a platit datoriile, etc.);

c. Elemente de evaluat in ambele situatii:

- deceleaza care sunt problemele curente ale vietii subiectului; este aceasta dorinta de suicid o solutie a problemelor lui de viata, cat de severe sunt acesta sau vrea sa comunice ceva prin acest gest si cui; a luat in considerare subiectul si alte optiuni pentru rezolvarea acestor probleme de viata sau acestei comunicari?
- discuta despre alternative de solutionare a problemelor dar lasa alegerile in mana subiectului;
- subiectul doreste "sa ia pe cineva cu el" (sa incerce sa antreneze si pe altii in actul lui suicidar);
- intreaba de istoria lui de suicid, frecventa gandurilor suicidare in trecut, incercari anterioare de suicid, istorie de auto-vatamare corporala; nu trebuie uitat ca tentativele anterioare de suicid, fie ele si cele "abortate" (contemplarea si manipularea mijloacelor de suicid fara a trece la actiune), este unul din indicatorii cei mai confidenti ai riscului de suicid;
- determina starea mentala curenta (depresie, anxietatea, psihoza, impulsivitate, lipsa de speranta, etc.) considerand ca existenta unor conditii psihopatologice sau tulburari psihice pot creste riscul de suicid;
- detecteaza daca subiectul a consumat recent alcool sau droguri si daca gandurile lui suicidare sunt legate de acest consum;
- chestioneaza subiectul asupra prezentei tulburarilor, bolilor sau dizabilitatilor fizice si rasunetul lor supra vietii si functionarii lui;
- identifica prezenta factorilor de risc (vezi mai jos);
- identifica si prezenta factorilor protectivi ai suicidului; (vezi mai jos); discuta despre existenta unor factori care l-ar putea face sa amane sau sa renunte la intentia/planul de suicid.

In tabelul Nr. 5 se prezinta algoritmul de baza al evaluarii suicidalitatii.

- Ia in considerare factorii de risc a individului;
- Determina sentimentele de lipsa de speranta si de ajutor;
- Identifica prezenta si detaliile planului de suicid;
- Evalueaza contextul si semnificatia suicidului pentru subiect;
- Determina intentia subiectului de suicid si letalitatea acestei intentii;
- Intreaba de accesul la mijloace de suicid (arme, otravuri, medicamente, etc.);
- Clarifica care sunt problemele pe care le vrea rezolvate prin suicid;
- Identifica problemele mentale subjacente;
- Identifica problemele fizice subjacente;
- Evalueaza istoria comportamentului de suicid;
- Evalueaza prezenta si magnitudinea suportului subiectului.

Tabelul Nr. 5. Tabel sinoptic al evaluarii suicidalitatii (Davies, 2003)

3. **Evaluarea factorilor de risc suicidar** este un alt palier de luat in considerare in evaluarea generala a unui subiect cu ganduri suicidare. Kessler si colab (1999) deceleaza urmasorii factori de risc suicidar:

- factori demografici:
 - i) varsta: in general incidenta suicidului creste cu varsta dar cu toate acestea exista un varf la barbatii si la tinerii intre 14-24 ani; femeile in varsta prezinta o rata mai mica a suicidului decat barbatii;
 - ii) sexul: barbatii prezinta o rata mai mare de suicid decat femeile la aceiasi varsta, in schimb femeile au o rata mai mare la comportamentul de auto-vatamare;
 - iii) statutul marital: indivizii separati, divortati, vaduvi, necasatoriti sau singuri au un risc mai mare; prezenta unui copil in intretinere reprezinta un factor protectiv;
- statutul social si vocational: somajul, pensionarea sau pierderea statutului social avut anterior sunt factori de risc;
- prezenta unei istorii de tentative de suicid creste probabilitatea realizarii unui suicid; riscul este cu atat mai mare cu cat letalitatea tentativelor anterioare a fost mai severa; la fel, riscul este mai mare daca tentativele anterioare au fost facute in lipsa factorilor precipitanti; o istorie de auto-vatamare nu indica un suicid in viitor;

- prezenta bolilor fizice cronice sau severe, a celor dizabilitante sau a celor terminale creste riscul de depresie si de suicid consecutiv;
- prezenta unei tulburari psihiatrice, mai ales depresia majora, tulburarea bipolară, schizofrenia, tulburarea marginala de personalitate, tulburarea antisociala de personalitate si abuzul de alcool/droguri creste riscul de suicid;
- o istorie de comportament impulsive coreleaza cu o rata crescuta de suicide;
- prezenta unor simptome psihopatologice precum lipsa de speranta (credinta ca lucrurile nu se pot schimba, viitorul este sumbru), anxietate severa, insomnie severa, simptome psihotice sunt predictorii ai suicidului;
- posesia mijloacelor de suicid precum arme de foc sau substante otravitoare;
- recenta externare dintr-o sectie de spital reprezinta o fereastra de oportunitate pentru multi suicidari;

In mod practic, lucratorul in criza trebuie sa evalueze factorii favorizanti ai suicidului intr-o secventa logica, conform algoritmului de identificare a factorilor care cresc probabilitatea ca subiectul cu ganduri suicidare sa actioneze (vezi tabelul Nr. 6). In plus, se determina cati factori favorizanti prezinta subiectul in tipul evaluarii, stiut fiind ca cu cat sunt mai multi cu atat probabilitatea de suicid este mai mare.

Rudd si colaboratorii (2006) fac deosebirea dintre factorii de risc si semnele de alarma ale suicidului, acestea din urma fiind sentimente si comportamente care coreleaza inalt cu prezenta ideilor de suicid. Dupa acesti autori, riscul de suicid este cu atat mai mare cu cat se acumuleaza mai multe semne de alarma si factori de risc intr-un anume timp. In Fig. Nr. 1 se prezinta o diagrama in care se pot vedea diferentele dintre cele doua categorii de factori. In Anexa Nr. 1 se prezinta o lista exhaustiva a ariilor de evaluare pentru decelarea factorilor de risc asa cum au fost recomandat de Bryan si Rudd (2006).

- determina de cat timp subiectul are ganduri suicidare, continue sau intermitente;
- se simte subiectul fara speranta, viitorul i se pare sumbru;
- este subiectul un impulsiv;
- este subiectul instabil emotional;
- cat de mare este necazul subiectului (nivelul de distress);
- a mai incercat subiectul sa se sinucida;
- are simptome de depresie, psihoza, tulburare marginala de personalitate;
- este subiectul intoxicat cu alcool/droguri;
- identifica istoria recenta de tulburari psihice ale subiectului;
- a fost subiectul externat de curand dintr-o sectie de psihiatrie;
- subiectul traieste singur sau are familie si care este suportul social proximal;
- are subiectul copii care ii intretine sau de care are grija;
- are subiectul vreun plan de viitor;
- ce alti factori de risc sunt prezenti precum pierderi de status sau financiare/ deces sau separare de o persoana semnificativa;
- obtine informatii din alte surse;

Tabelul Nr. 6: Secventa de identificare a factorilor favorizanti ai suicidului

Urmatorul pas important dupa evaluarea ideatiei suicidare, a intentiei de suicid si a planului de suicid pe de o parte si a factorilor de risc suicidar si a semnelor de alarm ape de alta parte, este incadrarea subiectul intr-o grupa de risc de suicid. Teoria acumularii factorilor ce predispun la suicid a condus in mod natural la conturarea gradelor de risc de suicid, grade care tradeaza greutatea si numarul factorilor de risc dintr-o categorie. De fapt aceasta clasificare ierarhizeaza letalitatea. Este foarte raspandita clasificarea riscului suicidar facuta de Schwartz si Rogers (2004) dupa care avem:

- a. risc mic de suicid sau letalitate scazuta unde exista ideatie suicidara prezenta dar subiectul neaga intentia de a se sinucide si nici nu are un plan de suicid conturat; istoria de suicid lipseste;
- b. risc mediu de suicid sau letalitate moderata este atunci cand sunt prezenti cel putin doi factori majori de suicid si subiectul prezinta ideatie suicidara, intentioneaza sa se sinucida,

dar nu are un plan concret si este motivat sa-si imbunatateasca starea psihologica cu un ajutor adecvat;

- c. risc inalt de suicid sau letalitate mare atunci cand mai multi factori de risc sunt prezenti, subiectul verbalizeaza ideatie si intentie suicidara, are un plan coerent si raporteaza acces la resurse pentru a-si duce la indeplinire planul sau;
- d. risc foarte inalt de suicid, letalitate foarte mare este atunci cand subiectul prezinta ideatie si intentie de suicid, are un plan realistic si minutios pus la punct cu acces imediat la mijloacele de suicid, demonstreaza rigiditate cognitive si lipsa de speranta, rejeteaza orice incercare de ajutor, nu prezinta suport social disponibil si are istorie de incercari de suicid.

In Anexa Nr. 2 se prezinta clasificarea riscului suicidar si nivelul interventiei cerute pentru fiecare clasa de risc (Meichenbaum, 2007).

6. Evaluarea factorilor protectivi ai suicidului este un alt aspect al evaluarii globale a riscului suicidar. Factorii protectivi sunt acei factori care reduc probabilitatea ca o amenintare suicidara sa se petreaca. Identificarea lor se face prin evaluarea rezilientei subiectului si a capacitatii subiectului de a face fata gandurilor si impulsurilor suicidare care pot aparea intr-un moment de criza existentiala. Acesti factori sunt de natura sa calauzeasca subiectul in formularea unei sperante, a unei viziuni prospective pozitive. Factorii protectivi pot actiona temporar sau pe durata mai lunga si prezenta lor nu trebuie sa conduca la minimalizarea riscului de suicid al subiectului respectiv. In tabelul Nr. 7 sunt inventariati cativa din factorii protectivi fata de suicid.

Factori protectivi interni	Factori protective externi
Istorie de raspuns de succes la stress	Are copii acasa
Abilitati pozitive de coping	Prohibitie religioasa
Spiritualitate/religiozitate	Legatura terapeutica suportiva cu un program de sanatate
Capacitate de a testa realitatea	Responsabilitate fata de familie si comunitate
Toleranta la frustrare	Retea sociala bogata
Optimism	Program recreational bogat
Prezenta sesntimentului de identitate si apartenenta	Acces redus la mijloace letale de suicid
Nivel Adecvat de stima de sine	
Consum redus de alcool si substante	

Tabelul Nr. 7: Factorii protectivi fata de suicid

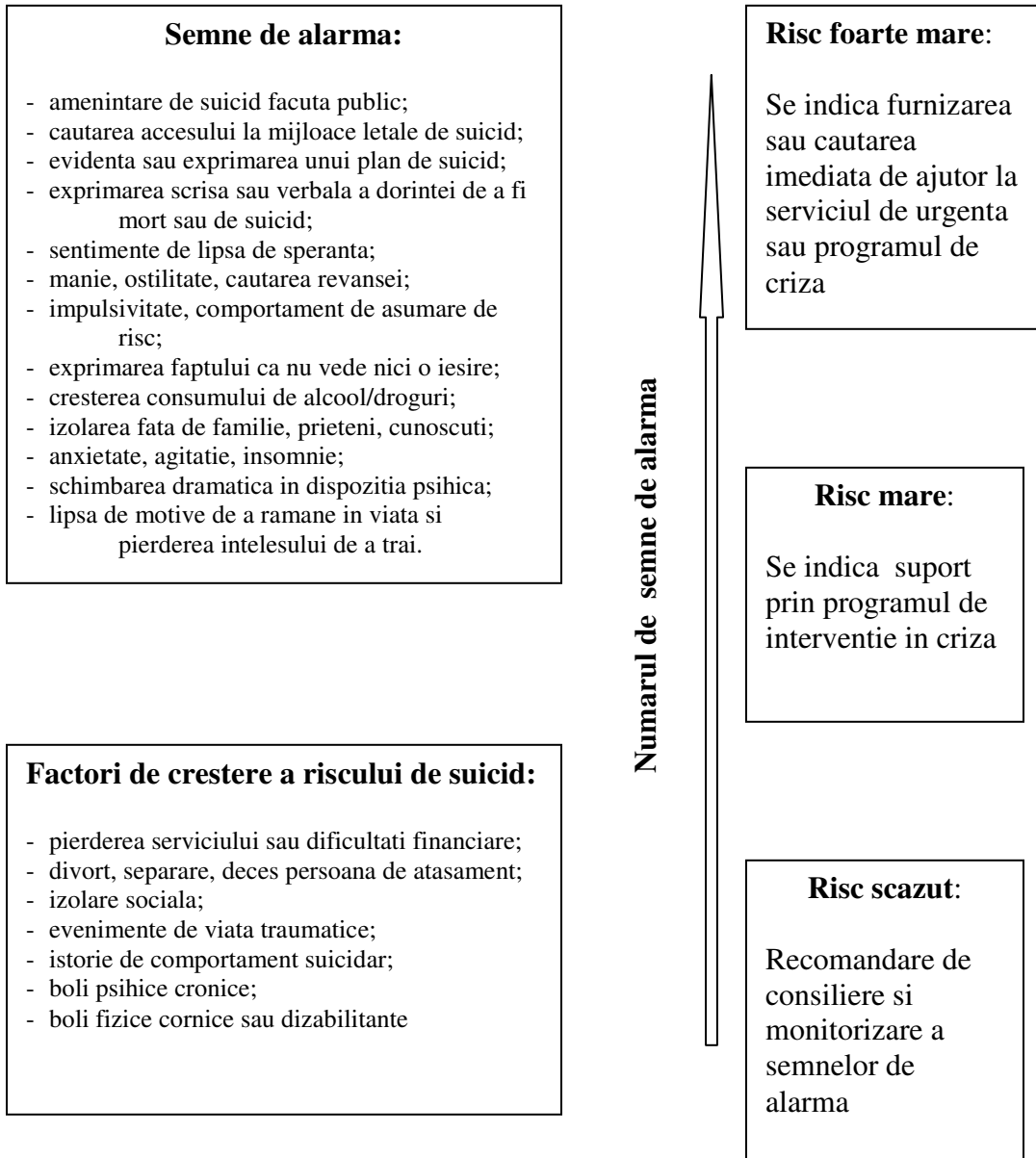


Fig Nr. 1: Acumularea semnelor de alarma si a factorilor de risc de suicid si gradele de risc de suicid (Rudd si colab. 2006)

In final lucratorul in criza trebuie sa formulaze o judecata clinica referitor la riscul de suicid al subiectului aflat in grija lui. Aceasta judecata clinica trebuie sa se bazeze pe evaluarea ideatiei suicidare, a seriozitatii intentiei si a existentei planului pe de o parte si pe prezenta factorilor favorizanti si protectivi ai suicidului. Dupa Shea (2009) intentia adevarata de suicid este rezultatul unei ecuatii cu trei factori: intentia declarata a subiectului, intentia reflectata si intentia de a se abtine. Intentia reflectata de suicid este data de cantitatea si calitatea gandurilor suicidare a pacientului, dorinta si planuri si actiunile intreprinse pentru a duce la bun sfarsit planul lui, lucruri care reflecta cu adevarat dorinta lui de a se sinucide. Timpul consumat pentru planificare poate fi considerat un indicator fidel al seriozitatii cu care subiectul reflecteaza asupra suicidului. Lucratorul in criza trebuie sa fie constient ca intentia declarata de suicid nu este totdeauna un indicator fidel. Shea spunea ca subiectii cu intentie declarata vehement pot fi si cei care se vor abtine cel mai mult. Adevarata intentie de suicid este o combinatie intre magnitudinea ideilor de suicid, amploarea planului si actiunile intreprinse conform planificarii si care reflecta aceasta intentie de suicid. Aceasta combinatie este un indicator mai confident decat ceea ce declara subiectul.

O alta problema care o ridica Shea (2009) este cea a credibilitatii subiectului si pentru rezolvarea ei el propune o analiza a discrepantelor care pot exista intre ceea ce subiectul declara acum si care a fost ideatia sa suicidara in trecut si care este documentata prin informatii directe sau colaterale. Pentru asta el propune un instrument de evaluare cronologica a evenimentelor suicidare care evalueaza ideatia suicidara in patru cadre de timp: ideatia/comportamentul suicidar prezent; ideatia/comportamentul suicidar recent; ideatia/comportamentul suicidar trecut; ideatia suicidara imediata (Shea 1998).

Toata activitatea lucratorului in criza de evaluare a suicidalitatii trebuie bine documentata si inregistrata, ea constituind o piesa importanta din dosarul subiectului. Ea are atat valoare profesionala cat si juridica. In Anexa Nr. 3 se prezinta pe larg o fisa de documentare a evaluarii riscului suicidar, fisa complexa care se completeaza dupa prima sedinta de evaluare si interventie cu clinicianul.

7. Interviul cu un individ suicidar

a. Managementul contratransferului

Indivizii cu ganduri suicidare ca si cei cu acte suicidare prezinta reactii contratransferentiale puternice care pot deteriora relatia terapeutica cu lucratorul in criza si pune sub semnul intrebării succesul comunicării si a interventiei. Aceste reactii contratransferentiale pot include mania, ostilitatea, negarea sau cresterea nivelului de impulsivitate. Ca si grup, indivizii suicidari sunt cei mai greu de tratat indivizi intalniti in programele de criza sau la serviciile de urgenta. Ei prezinta raspunsuri contratransferentiale care obstructioneaza comunicarea si tentativele de a pune in miscare un raspuns terapeutic. Din aceasta cauza sa recomanda urmatoarea conduita a lucratorului de criza:

- a. focalizarea pe acum si aici si neglijarea aspectelor istorice pe care subiectul suicidar are tendinta sa le aduca in fata; identificarea problemei si a factorilor precipitanti ai crizei actuale si concentrarea pe un program concret de rezolvare structurata a problemei ca o alternative la suicid;
- b. dobandirea unui acord in ceea ce priveste planul de siguranta pentru a tine subiectul departe de orice tentativa de suicid;
- c. stabileste limite clare in ceea ce priveste responsabilitatea fiecărei parti; in ultima instanta subiectul este responsabil de a ramane sau nu in viata;
- d. din aceasta cauza lucratorul in criza trebuie sa ramana calm si sa nu-si ia angajamente care sa-l conduca la incercari emotionale si disperate de a furniza ajutor;
- e. flexibilitate in receptarea criticii si impulsivitatii subiectului si evitarea raspunsului la acestea;
- f. colaborarea cu alte parti implicate in raspunsul la suicidalitate, evitarea de a se lasa influentat de perceptia subiectului asupra altora.

b. Cum gandeste si ce spune individual suicidar

Felul cum gandeste un subiect suicidar este in marea majoritate a cazurilor rezultatul anumitor distorsiuni cognitive subjacente. Aceste distorsiuni apar la lumina in narativele subiectului suicidar precum: *“Nu pot sa mai suport durerea decat punandu-mi capat vietii”*, *“Suicidul este singura optiune care mi-a mai ramas”*, *“Familia mea o s-a duca mai bine fara mine”*, *“Stiu ca fiecare o sa fie mai bine fara mine”*, *“Sunt nefolositor si nedorit”*, *“Nimanui nu-i pasa daca sunt viu sau mort”*, *“Nu sunt bun de nimic asa ca daca mor e mai bine”*, *“Vreau sa*

scap de toate”, “*Nu mai am nici o sansa, nu ma asteapta nimic*”, “*Ma urasc si numai asa pot sa scap*”, “*Mai bine mort decat asa*”, “*Asa mi-a fost dat*”, etc. Dintre aceste distorsiuni cognitive Michelbaum (2007) aminteste pe urmatoarele: gandirea dihotomica, in alb si negru, intre da si nu; rigiditatea cognitiva cu neacceptarea alternativelor; perfectionismul emotional (sau “constipatia emotionala”) precum ca subiectul este indrituit sa-i mearga numai bine au sa fie numai fericit; suprageneralizarea prin folosirea unui singur eveniment ca justificare pentru o concluzie generala; pesimism; afectare a strategiei de rezolvare a problemelor; ruminatie si grija excesiva; dificultati in generarea motivelor si intelesurilor de a ramane in viata; nihilism si cinism. Aceste cognitii pot reprezenta mai mult tinta unei terapii de scurta durata pentru ca ele sunt prea complexe pentru a fi abordabile intr-o singura sedinta, precum interventia rapida in suicid, interventie care este mai mult focalizata pe emotiile subiectului si furnizarea de ajutor in depasirea lor si in formularea unei solutii si a unui plan pentru situatia de moment.

c. Intelesul si motivatia individului pentru suicid

Dinamica si semnificatia gandurilor si dorintelor de suicide este foarte greu de adus la lumina. Este important de a decela ce inteles are suicidul pentru subiect, ce vrea el sa comunice prin acest gest lui insusi si celorlalti. Astfel se poate ca un sinucigas sa doreasca sa raneasca pe cineva prin suicidul sau sau sa se pedepseasca pe sine. El poate dori sa se reuneasca cu cineva care déjà e mort sau sa se identifice cu acea persoana sau poate dori sa se “purifice” prin acest gest, sa-si ceara iertare, sa scape de un destin inplacabil sau de un lucru insuportabil, real sau imaginar. Astfel, intelesul suicidului pentru subiect poate fi pozitiv si poate fi legat de identitatea pe care vrea sa o salveze. Decelarea ratiunilor de a muri ca si a conditiile in care subiectul ar renunta la suicid sunt tot atat de important de decopertat ca si a motivelor lui de a ramane in viata. Toate aceste intelesuri ale suicidului sunt tot atatea provocari pentru subiectivitatea clinicianului si de aceea se recomanda ca oamenii care lucreaza cu pacienti suicidari sa aiba regulat sansa sedintelor de supervizare profesionala care sa mitigheze impactul negativ care l-ar putea avea asupra lor, impact asupra profesionalismului lor, precum dezvoltarea unui cinism profesional, a unei raceli umane sau din contra, a unei sensibilitati exagerate in a comunica cu un subiect suicidar.

8. Interviu cu un individ suicidar:

Interviul cu un subiect suicidar este o problema foarte sensibila. Nu este usor sa comunici cu un individ care gandeste ca viata sa nu mai are nici un rost, cu un individ care doreste sa moara. Uneori lucratorul in criza are sentimentul de jena, de inadecvanta si sentimentul ca evaluarea

acestei probleme este ca si cum ai comite o imixtiune intr-o zona foarte personala. Cand clinicianul are astfel de retineri el trebuie sa fie constient ca a ajuta o astfel de persoana incepe prin a sti ce gandeste si ce intentioneaza sa faca. Iata mai jos cateva reguli simple despre cum se intervieveaza un suicidar:

Cum sa intreb? Se recomanda ca subiectul suicidului sa le abordeze gradual:

- *Va simtiti trist?*
- *Ganditi ca nimanui nu-i pasa de Dvs?*
- *Credeti ca viata nu merita traita?*
- *Aveti ganduri precum ca ar trebui sa va curmati viata?*

Cand sa intreb?

- Cand subiectul are sentimentul ca este inteles si auzit;
- Cand subiectul se simte confortabil sa vorbeasca de sentimentele si gandurile sale;
- Cand o persoana vorbeasca despre sentimente negative precum lipsa de speranta, deziluzie, nefericire, neajutorare, singuratate;

Ce sa intreb?

Daca subiectul are in plan sa comita un suicid:

- *Aveti vre-un plan sa puneti punct vietii Dvs?*
- *Aveti vreo idee de cum sa faceti aceasta?*

Daca subiectul are mijloace/metode ca sa se sinucida:

- *Cautati sa procurati medicamente, arme, insecticide sau alte astfel de mijloace?*
- *Aceste mijloace va stau la dispozitie, le aveti déjà?*

Daca subiectul are fixata déjà o data pentru suicidul sau:

- *V-ati decis cand sa vreti sa o faceti?*
- *Cand ati planificat acest lucru?*

Evaluarea subiectului suicidar se poate face cu ajutorul unui interviu nestructurat cu intrebari deschise care sa permita subiectului sa descrie liber trairile si dorintele sale sau se poate aplica instrumente structurate, preformate, care culeg ideatia suicidara in mod standardizat.

Mai jos prezentam interviul pentru evaluarea ideatiei suicidare si a motivelor pentru a ramane in viata sau a muri dezvoltat de Rudd (1998). Aceste intrebari nu trebuie neaparat puse sub aceasta forma, ele pot si refrazate dar intelesul lor trebuie sa ramana acelasi.

a. Frecventa, intensitatea si durata ideatiei suicidare

- Ati avut vreodata ganduri sa va puneti capat zilelor, respective ganduri de suicid?*
- Cat de des v-ati gandit la suicid? Zilnic, saptamanal sau lunar?*
- S-a intamplat sa va doriti sa fi fost mort?*

*Cat de mult dureaza astfel de ganduri, secunde, minute? Cat de coplecitoare sunt aceste ganduri? Puteti sa evaluati pe o scara de la 1 la 10 severitatea lor?
V-ati gandit vreodata sa va taiati cu cutitul sau cu alt obiect ascutit?
Ati intentionat sa va raniti?
Ati incercat vreodata sa va sinucideti?*

b. Planul de suicid:

*Acum aveti vre-un plan de suicid?
Specificati planul...
Cum, unde si cand?
Ati stabilit vreun timp sau data cand ati vrea sa va sinucideti?*

c. Disponibilitatea mijloacelor de suicid:

*Aveti la indemana vreo metoda de suicid?
Aveti acces la aceasta metoda sau la mijloacele acestei metode?*

d. Controlul gandurilor de suicid:

*Exista momente cand puteti controla aceste ganduri de suicid?
In acest moment simtiti ca le puteti controla?
Puteti sa evaluati acest control pe o scara de la 1 la 10?*

e. Factori de risc:

Consumati mai mult decat inainte alcool sau droguri?

f. Motive pentru a trai sau muri

*Ati actionat vreodata conform acestor ganduri?
Ce va tine acum in viata?
Ati avut vreodata ganduri ca viata nu merita traita?
Ce va face sa continuati?
Ce v-a facut sa continuati cand ati avut acele ganduri ca viata nu merita traita?*

g. Intentia de suicid:

*Aveti vreo intentie de a actiona conform gandurilor de suicid?
Puteti evalua aceasta intentie pe o scara de la 1 la 10?*

Alte intrebari recomandate de Meichenbaum (2005), Rudd si Joiner (1998) si Joiner si colab.(1999) pentru a fi incorporate in interviul cu un individ potential suicidar:

- *In momentul de fata va ganditi sa puneti capat vietii Dvs?*
- *De cand aveti astfel de ganduri? Cand le-ati avut prima oara?*
- *V-ati gandit la suicid in ultimele 24 (48) ore?*
- *In ultima saptamana v-ati gandit ca viata nu merita traita si ca mai bine ati fi fost mort?*
- *Aceste simptome sau sentimente de care noi tocmai am vorbit sunt cele care v-au facut sa ganditi ca mai bine ati fi fost mort?*
- *Este dificil sa vorbiti de ce s-a intamplat? Ati putea sa-mi spuneti cum ati ajuns in situatia sa ganditi la suicid?*
- *Vreti sa-mi spuneti in cuvintele Dvs ce v-a facut sa ganditi asa sau sa incercati sa va sinucideti?*
- *Inca aveti aceste ganduri?*
- *Cat de des aveti aceste ganduri de suicid, zilnic, saptamanal, lunar?*

- *De obicei cat de mult timp dureaza gandurile de suicid, cateva secunde, minute, ore sau mai mult?*
- *Cat de severe, intense si coplecitoare sunt aceste ganduri?*
- *Puteti sa evaluati intensitatea si severitatea gandurilor Dvs de suicid pe o scala de la 1 la 10? In acest moment care este scorul pentru gandurile Dvs?*
- *Cand oamenii se gandesc la suicid nu este neobisnuit ca ei sa se gandeasca si la modul cum ar face-o sau la momentul cand ar face-o. Aveti astfel de ganduri? Spuneti-mi mai mult despre aceste ganduri.*
- *Va ganditi si la alte metode sau moduri de a va curma viata?*
- *Aveti acces la aceste posibile metode, aveti o arma sau destule medicamente ca sa va sinucideti?*
- *Ati actiona conform acestor ganduri in vre-un fel?*
- *Ati facut ceve progrese in planul Dvs de suicid? De ex. sa procurati o arma, otravuri, medicamente...Ati scris vreo scrisoare de adio? V-ati facut un testament?*
- *Aveti intentia sa actionati conform gandurilor Dvs suicidare? Puteti sa evaluati intentia Dvs de suicide pe o scala de la 1 la 10, 1 nici o intentie si 10 intentie foarte mare.*
- *Dorinta Dvs de suicid este asa de mare incat veti actiona conform ei?*
- *Aveti un plan? Cat de departe sunteti in realizarea acestui plan?*
- *V-ati gandit la un moment anume cand vreti sa puneti capat vietii?*
- *Ati incercat vreodata sa faceti asa ceva si v-ati oprit din drum?*
- *Ce v-a condus la aceste ganduri de suicid? De ex. probleme interpersonale, moartea cuiva drag, separare sau divort, pierderi financiare, loc de munca, probleme cu copii, boli fizice, etc.*
- *V-ati angajat in actiuni sau comportamente riscante ca sa va provocati un accident?*
- *Ati avut vre-un diagnostic psihiatric in ultimele luni?*
- *Aveti vre-o boala fizica, corporala? Are aceasta vreo influenta asupra gandurilor Dvs de suicid?*
- *Exista si alte ratiuni care va fac sa va ganditi la sinucidere?*
- *Ce reprezinta viitorul pentru Dvs? Ce lucruri v-ar face sa priviti viitorul mai optimist? De ex. tratament, reconcilierea relatiilor dificile, reducerea stressului, etc.*
- *Exista lucruri care v-ar face sa abandonati astfel de ganduri?*
- *Care ar fi ratiunile pentru care ati vrea sa traiti in continuare?*
- *Este ceva dupa care v-ar parea rau daca ati muri?*
- *Va simtiti responsabil pentru cineva sau ceva?*
- *Exista oameni care ar vrea sa moara odata cu Dvs?*
- *Exista oameni pe care Dvs ati vrea sa moara odata cu Dvs?*
- *Exista oameni care v-ar dori mort? Cine sunt acestia si cum ati ajuns la aceasta concluzie?*

9. Instrumentele standardizate de evaluare a suicidului

Evaluarea suicidului a fost in mare parte lasata la indemana artei si profesionalismului clinicianului. Considerente etice au facut ca suicidul sa nu fie tratat ca si alte entitati clinice si

astfel a existat o intarziere in efectuarea de studii clinice controlate cu subiecti suicidari, lucru care s-a reflectat in greutatea construirii de instrumente standardizate de evaluare a suicidului (Brown, 2003). Cu toate acestea exista un numar de scale si chestionare standardizate de evaluare a suicidului, fiecare cu valoarea si raspandirea ei. Astfel exista scale care evalueaza riscul de suicid, scale pentru evaluarea letalitatii incercarii de suicid, pentru screening, pentru evaluarea motivatiei de a ramane in viata si scale care masoara atitudinea fata de suicid. In lucrarea de fata vom prezenta pe scurt doar cateva scale pentru masurarea riscului de suicid si vom recomanda doar doua care sa fie introduce in practica zilnica. Avantajul aplicarii scalelor consta in rapiditatea administrarii lor si in documentarea atitudinii clinice si a serviciului oferit persoanei aflate in grija serviciului de criza. Cu toate ca scalele prezentate evalueaza riscul suicidar cu confidentiala ele insa nu inlocuiesc judecata clinica a riscului pe care trebuie sa o faca clinicianul in fiecare caz in parte.

a. Scala de masurare a ideatiei suicidare a lui Beck (The Scale for Suicide Ideation - SSI; Beck et al., 1979) este o scala cu 19 intrebari care se administreaza de interviewer si evalueaza intensitatea atitudinii, comportamentului si planului de a comite un suicid in ziua aplicarii scalei. Fiecare intrebare este cotata pe o scala de severitate de la 0 la 3 si scorul total se poate intinde de la 0 la 38. Sunt si doua intrebari aditionale care se evalueaza incidenta si frecventa tentativelor anterioare de suicide. Cele 19 intrebari privesc urmatoarele aspecte: dorinta de a trai, dorinta de a muri, motivul de a muri/trai, dorinta activa de suicid, dorinta pasiva de suicid, durata ideatiei suicidare, frecventa ideatiei suicidare, atitudinea fata de ideatia suicidara, controlul asupra gandurilor suicidare, capacitatea de a amana planul suicidar, ratiunea de a face un suicid, metoda de suicid luata in calcul, disponibilitatea metodei, sentimentul de culpabilitate, asteptarile legate de suicid, starea preparativelor de suicid, scrisoarea de suicid, ultimele aranjamente inainte de suicid, acoperirea si ascunderea dorintei de suicid. Daca la primele cinci intrebari care sunt intrebari de screening (evalueaza dorinta de a trai sau a muri si dorinta de a face un suicid) subiectul raspunde pozitiv atunci se aplica si restul de intrebari si se face scorul total.

Durata aplicarii scalei nu este mai mare de 10 minute si nu cere o abilitate speciala. Scala prezinta note inalte de validitate, confidentiala (intre 0,83 si 0,91) si senzitivitatea la schimbare (capacitatea ei de a decela schimbarile in comportamentul subiectului in timpul unei interventii sau terapii). Pentru aceste motive scala are o foarte mare raspandire in serviciile de criza sau de urgenta. Scala este aparata de drepturile de autor si nu poate fi prezentata in cartea de fata.

b. Scala lipsei de speranta a lui Beck (The Beck Hopelessness Scale - BHS; Beck si Steer, 1988) este o scala de autoraportare care consta in 20 de afirmatii pe care subiectul trebuie sa le evalueze ca adevarate sau false in functie de intensitatea sentimentului de pesimism si lipsa de speranta pe care-l traieste. Scorul total se intinde de la 0 la 20 si completarea scalei nu dureaza mai mult de 5 minute. Factorii principali ai scalei sunt: sentimentele asupra viitorului, lipsa motivatiei si expectatiile fata de viitor. Scorul prag publicat de Beck este de 9 dincolo de care se considera ca lipsa de speranta este semnificativa. Studii controlate au evidentiat o validitate moderata si o confidenta ridicata. Scala este frecvent folosita pentru a identifica rapid subiectii aflati la risc dar nu are valoare in cazul situatiilor de criza sau de urgenta.

c. Scala Columbia de evaluare a severitatii riscului suicidar (The Columbia-Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS; Posner et al.2008) este un instrument complex, multidimensional, destinat sa evalueze: i) severitatea ideatiei suicidare pe o subscala Likert in cinci ancore, ii) intensitatea ideatiei suicidare cu cinci trepte de severitate, iii) comportamentul suicidar si iv) letalitatea gandurilor si planului de suicid pe o scala cu trei trepte. Autorii au dezvoltat aceasta scala de evaluare pornind de la constatarea ca exista o folosire inconsistenta a termenilor din acest domeniu ceea ce conduce la o lipsa de acuratete in identificarea ideatiei si pentru ca comportamentului suicidar iar ideatia suicidara este conceputa ca un construct unidimensional care se intinde pe un continuum de la ideatia pasiva la intentia activa. Astfel scala C-SSRS furnizeaza 1) definitii pentru ideatia, comportamentul suicidar si comportamentul auto-destructiv nesuicidar, 2) cuantifica intregul spectru al ideatiei si comportamentului suicidar, 3) distinge comportamentul suicidar de comportamentul auto-vatamator nesuicidar si 4) foloseste un format atragator care permite integrarea informatiilor din mai multe surse. Intr-un studiu pe un esantion de adolescenti si de adulti scala C-SSRS a evidentiat performante psihometrice foarte bune atat la validitate cat si la confidenta si sensibilitate la schimbare, ceea ce o recomanda in utilizarea clinica (Posner, 2011). Exista mai multe versiuni ale scalei C-SSRS precum versiuni pentru adulti si pentru adolescenti, versiuni de baza si versiuni pentru screening, versiuni de follow-up. In Anexa Nr. 4 se prezinta versiunea de baza pentru evaluare a riscului suicidar. Autorul recomanda scala C-SSRS pentru a fi adoptata ca un standard de calitate pentru orice program de interventie in criza.

d. Scala modificata de evaluare a ideatiei suicidare (The Modified Scale for Suicide Ideation - MSSI; Miller, Norman, Bishop si Dow, 1986) este o versiune revizuita a Scalei de ideatie suicidara a lui Beck (SSI; Beck si colabl., 1979). Scala contine 13 itemi de la scala lui Beck

si 5 itemi noi, in total 18 itemi. Fiecare item se coteaza pe o scala Likert cu patru puncte, de la 0 la 3 cu un scor total posibil de 54. Scala evalueaza intensitatea ideatiei suicidare, intensitatea, durata si frecventa ideatiei suicidare, curajul si abilitatea de a se sinucide, motivele de a trai sau a muri, planificarea suicidului, disponibilitatea mijloacelor de suicid si felul cum a facut public dorinta de suicide. Scala a fost construita astfel ca sa poate fi administrata de oricare persoana, chiar fara experienta clinica iar durata medie de administrare este de 10 minute. Calitatile psihometrice ale scale sunt bune. Valoarea acestei scale consta in abilitatea ei de a distinge dintre persoanele doar cu ideatie suicidara si cele cu tendinta de a intreprinde un suicid.

e. Scala ratiunii pentru a trai (The Reason for Living Inventory – RFL; Linehan si colab. 1983) este un chestionar de auto-raportare cu 48 intrebari, fiecare din ele evaluate pe o scala cu 6 puncte. Scala evalueaza 6 domenii: credintele si copingul de a supravietui, responsabilitatea fata de familie, preocuparea fata de copii, frica de suicid, frica de dezaprobare sociala si considerentele morale. Pe scheletul acestei scale s-a contruit si o forma scurta cu doar 32 de intrebari special pentru adolescenti (BRFL-A; Osman si colab. 1996). Scala Linehan dureaza 10 minute pentru a fi completata. Ea prezinta valoare indirecta pentru evaluarea riscului suicidar pentru ca pune in evidenta factorii care se pot constitui un tampon intre ideatia suicidara si intentia si planul de suicid.

f. Chestionarul evaluarii comportamentului suicidar (The Suicide Behaviors Questionnaire – SBQ; Linehan, 1981) si forma revizuita (SBQ-14 R; Linehan 1996) sunt scale foarte valide si confidente dezvoltate de Marsha Linehan, cea care a dezvoltat terapia dialectic-comportamentala pentru tulburarea marginala de personalitate si de unde a derivat o serie de alte terapii dialectic-comportamentale pentru alte entitati clinice printe care si cea pentru suicid. Scala SBQ este o scala de auto-raportare cu 4 itemi si masoara frecventa ideatiei suicidare, comunicarea cu altii si atitudinile si expectatiile referitor la suicid. Fiecare item se coteaza diferit si scorul scalei se poate intinde de la 5 la 19. Scala SBQ-R are 14 itemi care se coteaza dupa prezenta sau absenta comportamentului suicidar curent, trecut si asteptarile lui. Scala masoara cinci domenii comportamentale: ideatia suicidare trecuta, ideatia suicidara viitoare, amenintarile trecute de suicid, viitoarele incercari suicidare si probabilitatea de a muri in incercarile viitoare. Fiecare din acesti itemi este cotat in functie de perioada de timp: astazi sau in ultimele cateva zile, in ultima luna, in ultimele 4 luni si ultimul an si de-a lungul vietii. Scorul se face facand suma scorurilor dintr-o anume perioada de timp. Noua itemi aditionali evolueaza severitatea comportamentului

suicidar pe timpul vietii, planul curent de suicid, disponibilitatea metodei si factorii care ar putea amana sau opri suicidul. Ambele scale au o buna validitate si confidenta si se folosesc ca evaluari pre-tratament sau in cazurile cand subiectul are probleme sa verbalizeze comportamentul sau suicidar, caz in care o scala de auto-evaluare este un instrument potrivit.

g. Scala intentiei de suicid (The Suicide Intent Scale – SIS; Beck, Schuyler si Herman, 1974) consta din 15 itemi care evalueaza comportamentul verbal si non-verbal inainte de si in timpul celei mai recente tentative de suicide. Fiecarae item este cotate de la 0 la 2 si scorul maxim poate fi de 30. Scala este de fapt un interviu administrat de clinician si vrea sa masoare seriozitatea intentiei de a comite un suicid la subiectii care au facut o tentativa de sinucid.

h. Checklist-ul de evaluare a suicidului a lui Rogers (The Suicide Assessment Checklist – SAC; Rogers si colab. 1994 si 2002) este un instrument destinat special serviciilor de criza. Consideratiile care au stat la baza dezvoltarii acestui instrument au fost: i) sa se adreseze unei populatii cat mai diverse; ii) sa nu ceara o experienta clinica deosebita; iii) sa raspunda nevoii de a avea un instrument comprehensive si scurt; iv) sa aiba calitati psihometrice adecvate. Acest instrument a fost testat pe 1969 clienti ai centrului de criza din serviciul de urgenta Akron, Ohio, SUA. Instrumentul furnizeaza un mod standardizat de evaluare a riscului suicidar, este legate logic de interviul din criza si permite o clara documentare a activitatii intreprinse de lucratorul in criza. Cecklist-ul este format din doua parti: partea I-a este o lista care evalueaza intentia de suicid, pregatirile pentru suicid, metoda aleasa, existenta planului si modul de cotare in functie de contributia lor la riscul global de suicid, iar in partea II-a sunt trecuti factorii de risc pentru suicid si cotare lor in functie de severitate. Astfel vom avea doua scoruri, unul pentru riscul de suicid si altul pentru factorii de risc. In anexa Nr. 5 se prezinta acest instrument. Conform autorilor scorul total (suma scorurilor de la parte I-a si a II-a) de peste 28 este o indicatie pentru un risc de suicide; indivizii cu tentative de suicid din lotul studiat de ei au dat scoruri cuprinse intre 28-69. Autorii nu au indicat un scor prag pentru partea I-a si partea II-a a checklist-ului.

VII. Interventia in criza individului suicidar.

Interventia in criza a subiectului suicidar are doua scopuri principale: tinerea in viata a subiectului prin prevenirea decesului sau injuriei si scaderea vulnerabilitatii psihologice de fundal datorita a factorilor de risc si a tulburarilor mentale asociate. Aceste interventii sunt bazate pe faptul bine dovedit ca criza suicidara este in fapt o stare reversibila, temporara si ambivalenta si nu are un deznodamant fatal decat in cazul unui management defectos (Stillion si McDowell, 1996).

Pe de alta parte trebuie spus ca nivelul de interventie si ingrijire a unui subiect suicidar variaza in functie de seriozitatea riscului suicidar si de alti factori favorizanti. In tabelul Nr. 8 se prezinta criteriile de stabilire a nivelului de atentie si raspuns fata de subiectul suicidar.

Nivel intensiv de atentie si raspuns:
- un caz nou cu prezentare acuta
- lipsa de indicatii ca aceasta prezentare face parte dintr-un model ciclic de prezentare
- prezenta de factori de risc multipli
- prezenta unui plan de suicid
- evidenta de abuz de alcool/droguri
- prezenta simptomelor de psihoza
- absenta relativa de date istorice
- acces limitat la date medicale
- subiect cu capacitate redusa de a intelege natura problemei si lipsa de colaborare cu clinicianul
- colaborare redusa in evaluarea problemelor si in formularea unui plan de siguranta
Nivel redus de atentie si raspuns:
- subiectul prezinta un model cronic, repetitiv de prezentare cu ideatie suicidara, mai ales daca el este constient de modelul lui cronic
- confirmarea din surse independente a acestui model repetitiv de prezentare
- confirmare de istorie de ideatie suicidara dar fara vre-un plan sau intentie
- preexistenta unei relatii terapeutice cu subiectul in cauza
- subiectul demonstreaza abilitate de a intelege riscurile si beneficiile diferitelor abordari
- subiectul participa la formularea planului de siguranta
- subiectul intelege ce trebuie sa faca daca ideatia suicidare devine severa
- prezenta unui suport familial/social responsabil

Tabelul Nr. 8: Stabilirea nivelului de atentie si raspuns fata de subiectul suicidar (dupa Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions (1996):

Intr-o alta acceptiune suicidul este o dorinta de a scapa de o problema careia subiectul nu-i vede alta solutie. In tabelul Nr. 9 se prezinta 10 caracteristici ale suicidului si interventia corespunzatoare conform terapiei bazate pe solutie (Shneidman, 1993).

<p>Scopul obisnuit ale suicidului este de a gasi o solutie. Intelege viziunea clientul asupra suicidului ca o solutie personala. Gaseste ce altceva poate reprezenta o solutie pentru subiect.</p>
<p>Scopul obisnuit al suicidului este de a inceta sa mai existe/vrea sa nu mai gandeasca. Ajuta clientul sa inteleaga consecintele suicidului. Ajuta clientul sa ia in considerare alternative la comportamentul sau suicidar cu care sa dobandeasca aceleasi rezultate.</p>
<p>Stresul obisnuit in suicide este frustrarea din neimplinirea nevoilor psihologice. Intelege ce inseaman pentru client neimplinirea nevoilor lui. Schimba focusul subiectului de la problema la scop pentru a-l ajuta sa gaseasca si alte solutii.</p>
<p>Stimulul obisnuit in suicid este durerea sufleteaza intolerabila. Acepta realitatea durerii subiectului. Ajuta clientul sa identifice orice altceva care poate usura durerea. Ajuta clientul sa constientizeze ca mici schimbari poate duce la ameliorari considerabile.</p>
<p>Sentimentele obisnuite in suicide sunt lipsa de speranta si neajutorarea. Cauta exceptii la sentimentele de lipsa de speranta si neajutoare. Exploreaza gradul in care subiectul poate crede in evitarea suicidului. Foloseste un limbaj care sa afirme actiune, eficacitate si scop (de ex. gandurile de suicid nu tin o vesnicie, subiectul are abilitatea sa modifice aceste ganduri, etc.).</p>
<p>Stare cognitive obisnuita in suicid este ambivalenta. Recunoaste si ajuta subiectul in dorinta de a trai fara sa minimalizezi durere sufletesca si necazul, descopera motivele de a ramane in viata. Ajuta subiectul sa identifice aspectele pozitive ale existentei lui si subliniaza lucrurile care l-ar face sa evite suicidul.</p>
<p>Perceptia obisnuita in suicid este negativa Cauta oportunitati de a intrerupe focusarea pe negativ si interpretarea negativa, abate atentia de la negativ. Subliniaza realizarile subiectului, calitatile si resursele lui.</p>
<p>In mod obisnuit subiectul doreste sa comunice intentia lui de suicid Comunicarea intentiei nu este regula. Comunicarea nu este totdeauna explicita si uneori este facuta metaforic sau codificat. Intreaba subiectul despre intentia de suicide in contextual evaluarii sanatatii generale, a simptomelor de sanatate mentala. Evalueaza planul de suicid.</p>
<p>Actiunea obisnuite in suicide este scaparea. Recunoaste dorinta subiectului de a scapa de situatia dureroasa si cauta alternative si scopuri mult mai adaptabile si functionale decat suicidul. Defineste scopurile pentru interventia colaborativa cu subiectul.</p>
<p>Scopul obisnuit in interventia in suicid este de a descoperi abilitatile de coping ale subiectului. Cauta evidente ale prezentei abilitatilor de coping. Considera ca subiectul poate discuta si baza pe realizarile, succesele si capacitatile sale chiar si in mijlocul crizei, durerii si anxietatii.</p>

Tabelul Nr. 9: caracteristicile suicidului si modalitatile de interventie conform terapiei bazate pe solutie (dupa Shneidman, 1992; Fiske, 1998)

Granello (2007) recomanda ca interventia in criza suicidara sa se faca dupa modelul in 7 pasi a lui Roberts (2000), model care a fost prezentat in partea generala a acestei carti. Acest model contine 25 de strategii specifice utilizabile intr-o secventa conform severitatii/letalitatii situatiei suicidare si dupa o cronologie care urmareste dezvoltarea relatiei subiect-clinician. Acest model de

interventie se declanseaza de la primele secunde ale intalnirii cu subiectul suicidar si asa cum am mai spus pe parcursul acestei carti, interventia cuprinde in mod logic si evaluarea subiectului. Din mai multe modele operationale de interventie in suicid recomand si prezint acest model ca fiind unul practic, pragmatic, logic, eficient si bine documentat. In Tabelul Nr. 10 se prezinta cei 7 pasi ai interventiei cu cele 25 strategii practice. Acest model este flexibil si se preteaza la modificari pe care lucratorul in criza le poate aduce conform specificului cultural in care este plasat sau experientei personale. Recomand ca acest model sa fie introdus ca standard de calitate in programul de criza.

PASUL 1: Evaluarea letalitatii imediate, este pasul prim si cel mai important al oricarui model de interventie. Prin letalitate se intelege planul si intentia de suicid printr-o metoda violenta, cu probabilitate mare de a ucide si ganduri active de suicid, respectiv dorinta imediata de a trece la actiune.

a. In cazul unui subiect cu care nu se poate stabili o relatie terapeutica. A identifica riscul imediat al unei persoane care a facut o amenintare de suicid este o problema foarte dificil de rezolvat si aceasta din cauza ca se confunda sau se face o confuzie intre doi termini care creiaza confuzie: criza si urgenta. Reamintesc ca prin criza se intelege acea stare tranzitorie cand sub actiunea unui agent precipitant mecanismele de coping si functionarea unui individ sunt perturbate intr-o masura variata; aceasta nu implica neaparat un nivel de urgenta dar o situatie de criza poate evolua spre o situatie de urgenta. Urgenta este o situatie cand starea mentala a unui individ se deterioreaza pana in punctual incare el devine periculos pentru el si/sau pentru altii, stare care necesita interventie imediata fara de care o cascada de comportamente profund disfunctionale si periculoase se poate declansa. Callahan (1994) sublinia confuzia frecventa si utilizarea eronata acestor termeni care poate conduce clinicianul la interpretare, luare de decizii si interventii nepotrivite. Aceasta se poate intampla si din cauza ca de multe ori subiectul suicidar este intalnit in servicii de urgenta, unde déjà exista o tentatie de a lua orice caz ca o urgenta. De aceea este bine ca clinicianul sa priveasca toate situatiile de suicid ca o urgenta pana cand sunt destule considerente de a le trece in categoria de crize suicidare.

Pasul 1: Evaluarea letalitatii:
1. Asigurarea imediata a sigurantei subiectului suicidar; 2. Folosirea planului de urgenta pentru impiedicarea suicidului;
Pasul 2: Stabilirea raportului cu subiectul:
3. Stai cu subiectul; 4. Managementul contratransferului; 5. Normalizarea subiectului conversatiei; 6. Oferă o atmosfera de calm; 7. Treci de la stilul autoritar la cel colaborativ; 8. Sprijina subiectul sa se ajute singur;
Pasul 3: Ascultarea naratiunii subiectului:
9. Asculă, intelege, validează; 10. Comunica calm si combate ambivalenta; 11. Creiaza o fereastră terapeutica; 12. Categorizeaza problemele; 13. Identifica mesajul;
Pasul 4: Managementul emotiilor:
14. Incurajeaza ventilarea emotiilor; 15. Valideaza durerea sufleteasca a subiectului; 16. Ajuta-l sa tolereze emotiile negative;
Pasul 5: Explorarea alternativelor:
17. Reduce rezistenta ideilor suicidare; 18. Stabileste un cadru pentru rezolvarea problemelor; 19. Angajeaza suportul social disponibil; 20. Restaureaza speranta subiectului; 21. Ajuta subiectul sa descopere posibilitati si sa dezvolte rezilienta;
Pasul 6: Folosirea strategiilor comportamentale:
22. Ajuta sa formuleze schita unui plan de actiune pe termen scurt; 23. Formuleaza un plan de siguranta decat un contract de siguranta;
Pasul 7: Urmarirea:
24. Foloseste conceptual de manager de caz pentru urmarirea clinica; 25. Evalueaza eficacitatea interventiilor si imbunatateste strategiile folosite;

Tabelul nr. 10: Modelul in 7 pasi de interventie in suicid cu cele 25 startegii practice de operat (Granello, 2007)

Subiectul suicidar poate fi vazut de lucratorul in criza in functie de locul unde se prezinta aceasta sau este adus de familie, prieteni, ambulanta, personal medical de ingrijire, politie, alte institutii comunitare, precum in serviciile de urgenta din spitalele generale, in serviciul de interventie in criza, in cabinete medicale de medicina general sau alte specialitati, in institutii diferite (frecvent in institutii rezidentiale precum camine de batrani, camine pentru oameni fara adapost, camine pentru adolescenti, institutii corectionale, inchisori), politie sau in alte locuri publice.

Strategia 1 - Asigurarea imediata a sigurantei subiectului suicidar: Se poate intampla ca situatia sa fie haotica si subiectul sa fie infricosat, agitat, amenintator, manios, instabil emotional, lipsit de orice control si sa constituie un pericol pentru el insusi si pentru altii si atunci datoria profesionala, etica si juridica a lucratorului in criza este de a asigura un “prima ajutor interimar” care consta in incercarea de reducere si normalizare a dezordinii comportamentale si emotionale si luarea tuturor masurilor rezonabile care sa impiedice orice injurie.

Strategia 2 - Folosirea planului de urgenta pentru impiedicarea suicidului: Clinicianul trebuie sa aibe in prealabil un plan de raspuns pentru orice situatie de acest fel precum cooperarea cu un alt coleg, mutarea pacientului in serviciul de urgenta, chemarea politiei, solicitarea medicului de garda de a pune subiectul sub incidenta Legii de sanatate mentala care autorizeaza folosirea fortei si contentiunea subiectului. Insa primul nivel de raspuns, chiar in situatii din cele de mai sus, presupune stabilirea unei relatii terapeutice cu subiectul bazata pe comunicarea empatica si autentica, pe exprimarea intelegerii fata de situatia acestuia si pe validarea emotiilor conforme cu situatia. In tabelul Nr. 11 se prezinta recomandarile privind normalizarea dezordinii emotionale. De cele mai multe ori insasi declansarea procesului de evaluare are un rol de linistire a subiectului care incepe sa verbalizeze emotiile si sa normalizeze comportamentul. Daca nivelul de raspuns al pacientului nu este satisfactor si agitatiea si dezordinea comportamentala continua sa creasca atunci este nevoie de a conduce pacientul in serviciul de garda pentru examen medical si raspuns in consecinta.

1. Clinicianul trebuie sa stabileasca un algoritm sau plan de raspuns pentru pacientul suicidar care prezinta o escaladare a dezordinii emotionale;
2. Primul nivel de raspuns al procesului de normalizare este incercarea de a forma o relatie terapeutica;
3. Clinicianul trebuie sa fie constient si informat despre sentimentele proprii pe care ar putea sa le aibe in aceste situatii;
4. Clinicianul trebuie sa tina cont de contextual cultural, etnic, rasial, socioeconomic al subiectului;
5. Clinicianul trebuie sa fie atent la siguranta proprie si a subiectului;
6. Subiectul cu tulburarii psihiatrice poate cere o abordare specifica;
7. Daca stabilirea relatiei terapeutice nu este posibila atunci este nevoie de o ambianta structurata precum prezenta si a altui clinician, a personalului de securitate, a politiei sau este nevoie de contentiunea subiectului.

Tabelul Nr. 11: Recomandari in cazul subiectului suicidar cu dezordine emotionala (Kleespies si colab. 1999)

Una din cele mai dificile situatii intalnite in practica este atunci cand lucratorul in criza intalneste in situatie de urgenta un subiect suicidar emotional instabil, cu explozii de manie amestecata cu anxietate, despre care nu are nici o informatie prealabila si cu care nu reuseste sa faca o relatie terapeutica. In asemenea situatie clinicianul trebuie totusi sa incerce sa faca o evaluare a letalitatii si riscului. Daca nu se reuseste, atunci trebuie avut in vedere formularea unui diagnostic psihiatric care sa ghideze evaluarea riscului. Studiile bazate pe autopsii psihologice facute la persoane care au decedat prin suicid au aratat ca 90-93% din suicidele reusite sunt facute de persoane care sufereau de tulburari psihiatrice si emotionale clinic documentate (Rich si colab. 1988), iar 30-40% aveau un diagnostic de tulburare de personalitate (Duberstein si Conwell, 1997). Pentru aceste cazuri, Kleespies si colab. (1999) face urmatoarele recomandari: i) utilizeaza un diagnostic psihiatric in cazul unui subiect profund disfunctional cu amenintare de suicid care sa ghideze riscul; ii) da o mare atentie urmatoarelor entitati clinice si factorilor asociati: depresie, schizofrenie, tulburare bipolara, consum de substante, tulburarea posttraumatica de stress, tulburarea marginala de personalitate; iii) prezenta unui astfel de diagnostic nu trebuie sa faca sa se ignore prezenta altor semen de risc.

Prezenta unei amenintari serioase de suicid, a dezordinii comportamentale si emotionale si a unui diagnostic psihiatric ridica problema internarii acelei persoane ca modalitate de a asigura siguranta ei imediata si de a mitiga riscul pentru urmatoarele zile.

Toate diagnosticile psihiatrice cu exceptia retardarii mentale conduc la cresterea riscului suicidar. In cazul depresiei riscul pentru toata viata este de 20 ori mai mare decat in populatia generala, iar pentru tulburarea bipolara riscul este doar un pic mai mic. Prezenta sentimentului de lipsa de speranta este cel mai inalt indicator de risc in cazul tulburarilor afective. Riscul de suicid in cazul schizofreniei este de 8,5 ori mai mare decat in populatia generala. Contrar parerii destul de raspandite, schizofrenul este mai probabil sa comita suicid in perioadele de ameliorare decat in perioadele de recadere. Dintre tulburarile de personalitate cea mai frecventa printre suicidari este tulburarea marginala de personalitate. In cazul alcoolismului, incidenta suicidului este de 6 ori mai mare decat in populatia generala (Frierson, 2007).

Ghidul Asociatiei Psihiatrilor Americani de evaluare si tratare a pacientilor cu comportament suicidar recomanda cateva criterii dupa care sa se judece oportunitatea internarii acestora in spital (APA, Practice Guidelines, 2003). In tabelul Nr. 12 se prezinta aceste criterii.

b. In cazul unui subiect cu care se poate stabili o relatie terapeutica. Aceasta este cazul unui subiect colaborativ in diferite grade. Comportamentul si capacitatea lui de a comunica nu este afectata in mod semnificativ de perturbarile emotionale care insotesc ideatia sa suicidara.

Strategia 1 - Asigurarea imediata a sigurantei subiectului suicidar. Ca regula generala subiectul suicidar nu trebuie niciodata lasat singur, nu trebuie transportat in masina lucratorului in criza (poate sari din masina si lucratorul raspunde) si este necesar sa fie deposedat de orice obiecte sau mijloace care ar putea duce la ranirea sau injuria lui sau a altora.

Internarea este in general necesara cand:

1. Dupa o incercare de suicid sau dupa o incercare abortata de suicide daca:
 - Pacientul este psihotic;
 - Tentativa a fost violenta, aproape letala sau premeditate;
 - Au fost luate precautii pentru a evita ca suicidul sa fie descoperit sau sa fie salvat;
 - Plan persistent si/sau intentie prezenta;
 - Distres crescut sau pacientul regreta ca este inca in viata;
 - Pacientul este barbat, peste 45 ani, cu un nou diagnostic psihiatrica sau cu ganduri suicidare;
 - Pacientul are familie/suport social limitat incluzand lipsa domiciliului stabil;
 - Comportament impulsiv, agitare severa, judecata alterata, refuza cu tarie ajutorul;
 - Pacientul prezinta modificari ale statutului mental datorita unor alterari metabolice, toxice, infectioase sau de alta etiologie care necesita examinari suplimentare;
2. In prezenta ideatiei suicidare cu:
 - Plan specific cu grad inalt de letalitate;
 - Intentie suicidara active si severa;

Internarea poate fi necesara:

Dupa o incercare de suicid sau dupa o incercare abortata de suicid exceptand circumstantele in care internarea este in general indicata

1. In prezenta ideatiei suicidare cu:
 - Psihoza;
 - Tulburare psihiatrica majora;
 - Incercari anterioare, in special daca au fost serioase;
 - Posibila contributie a afectiunilor medicale (de ex. tulburari neurologice, cancer, infectii);
 - Lipsa de raspuns sau lipsa de cooperare in cazul ingrijirii ambulatorii;
 - Nevoie de supraveghere clinica in caz de medicatie sau electrosoc;
 - Nevoia de observatie calificata, teste clinice sau evaluare diagnostica;
 - Supor familial si/sau social limitat incluzand lipsa domiciliului stabil;
 - Lipsa de relatie terapeutica clinician-pacient sau lipsa de acces la terapie ambulatorie;
2. In absenta incercarilor de suicid sau a raportarii ideatiei/planului/intentiei suicidare dar prezenta evidenta pentru tulburari psihiatrice si/sau istorie care sugereaza un risc inalt de suicid sau o crestere acuta recenta a acestui risc

Tabelul Nr. 12: Indicatiile de internare pentru un subiect suicidar (APA Practice Guidelines, 2003).

Strategia 2 - Folosirea planului de urgenta pentru impiedicarea suicidului: Lucratorul in criza trebuie sa aiba pregatit un plan de actiune pentru orice situatie de urgenta, precum atunci cand subiectul manifesta comportamente suicidare chiar in fata clinicianului. Primul pas in aceasta situatie este contentia subiectului si transportarea lui in serviciul de urgenta pentru o evaluare medicala a riscului. O alta situatie dificila este atunci cand subiectul doreste in mod imperios sa rupa contactul cu lucratorul in criza si sa plece sau atunci cand subiectul fuge neasteptat din serviciul de criza. In acest ultim caz anuntarea politiei si a familiei este imperios necesara. Mai exista si situatia cand subiectul refuza sa vorbeasca, cand este total opozant si reactiv. In toate cazurile lucratorul in criza trebuie sa incerce cu orice prēt sa stabileasca un contact cu subiectul suficient pentru a determina nivelul de letalitate a ideatiei suicidare/planului/intentiei de suicid.

PASUL 2: Stabilirea raportului este unul din factorii cei mai importanti de care depinde deznodamantul interventiei. O atitudine care transmite calm, autenticitate, grija si lipsa oricarei priviri sau comentarii acuzatoare ajuta subiectul sa inteleaga ca are in fata sa pe cine trebuie si in cine se poate increde. Clinicianul promoveaza o comunicare deschisa pe baza ascultatii active a subiectului si a expresiei verbale si nonverbale ca subiectul este auzit si inteles. Nu de multe ori subiectul suicidar vede in clinician mai mult un adversar decat un aliat si din aceasta cauza este suspicios, opozant, vag, anxios.

Strategia 3 - Stai cu subiectul: clinicianul trebuie sa stea cu subiectul in tot timpul fazei de evaluare si interventie, indiferent daca pe parcursul acestor faze vor intervenii si alti specialisti astfel incat prezenta lui va deveni un factor de liniste si de siguranta pentru suicidarul anxios. El trebuie sa se manifesta ca un manager de caz si prezenta sa fizica este importanta pentru formarea aliantei terapeutice.

Strategia 4 - Managementul contratransferului: Frecvent subiectul suicidar provoaca clinicianului diferite sentimente si reactii iar acestea sunt in functie de atitudinile si credintele lui fata de suicid, de auto-reprezentarea cu o persoana suicidara sau de identificarea cu subiectul (Comstock, 1991). In fata subiectului suicidar terapistul poate avea sentimente de frica, anxietate, panica, manie, neajutorare, supraprotectivitate sau resemnare. Aceste sentimente joaca un rol important in dinamica relatiei cu pacientul. Astfel, daca lucratorul in criza supraestimeaza capacitatea subiectului de a depasi criza, subiectul se simte dator sa exagereze situatia pentru a fi luat in considerare in mod judicious, iar daca clinicianul este supraimplicat si supra-activ atunci subiectul nu va avea ocazia sa rezolve situatia devenind o parte pasiva a relatiei. Terapistul trebuie

sa raspunda echilibrat si cum spunea Jung: “*ia-l in serios dar nu neaparat literalmente*”. De multe ori suprainplicarea terapeutului vine din dorinta lui inconstienta de a evita panica si anxietatea proprie. Uneori contratransferul conduce pe terapeut sa aibe sentimente de ura si aversiune fata de subiectul suicidar ceea ce devine un obstacol important in desfasurarea ulterioara a interventiei si poate duce la cresterea ideatiei suicidare a subiectului (Maltzberger si Buie, 1974). Alteori clinicianul se simte tentat sa gandeasca ca suicidarul este doar manipulativ si in cautarea de atentie din partea altora. Indiferent cu ar fi, majoritatea clinicienilor simt o povara mare cand lucreaza cu un suicidar (Richards, 2000). Supervizarea, discutarea cazurilor in grup, auto-analiza sunt metode care-l pot face pe clinician sa recunoasca din timp reactiile contratransferentiale si sa le anihileze judicious si sa ramana un profesionist eficient.

Strategia 5 - Normalizarea subiectului conversatiei: Prezentarea unui suicidar este de cele mai multe ori dramatica, incarcata de anxietate si panica sau de resemnare dureroasa si disperare. Pentru a incepe o comunicare activ si a transmite mesaje terapeutice clinicianul trebuie sa incerce sa reduca tensiunea de inceput si sa normalizeze subiectul conversatiei prin afirmarea ca emotiile si gandurile legate de suicid sunt de inteles ca raspuns la durerea psihologica, iar ideatia suicidara este o situatie relativ comuna printre oameni, diferenta este data doar de intensitatea si durata ei si ca este acceptabil de a vorbi deschis si onest despre suicid, nu e nimic rusinos, nu tine de puterea si bravura unui individ, de virtutile si caracterul lui. Ea este o stare temporara, specifica, care poate fi depasita daca este inteleasa in mod adecvat. Ezitarile subiectului trebuie validate si trebuie incurajat sa vorbeasca in felul lui, cu cuvintele lui, fara rusine si vinovatie. Clinicianul trebuie sa ia gandurile si sentimentele subiectului ca atare, prozaic, literal, strict si sa se abtina de a avea vreo reactie la ele, mesaj care va fi interpretat de subiect ca ceea ce simte si gandeste el nu este anormal.

Strategia 6 - Oferă o atmosfera de calm: Calmul trebuie sa se instaureze in atmosfera in care se desfasoara interventia. El se aduce de catre clinician prin expresia corporala, fizionomie si mai ales prin glasul sau. Cuvintele trebuie articulate clar, rar, cu calm si propozitiile sa aiba o nota declarativa. E indicat ca accentul si tonalitatea in frazare sa fie la inceputul propozitiei sau frazei ceea ce tradeaza liniste si afirmatie spre deosebire de propozitiile interogative in care accentual este la sfarsitul lor. Comunicarea trebuie sa lase impresia de control si siguranta, fara ezitari, judecati voalate si lucruri nevorbite.

Strategia 7 - Treci de la stilul autoritar la cel colaborativ: In cazul intalnirii cu un subiect suicidar, clinicianul trebuie sa renunte la rolul de expert si sa abordeze o pozitie diferita pentru ca acum subiectul este “expert” in ceea ce simte si gandeste. Tonul clinicianului nu trebuie sa fie directiv ci unul care sa incurajeze colaborarea pentru ca atat evaluarea cat si interventia se face impreuna cu subiectul si pentru subiect. Mai mult, se incurajeaza subiectul sa conduca discutia iar clinicianul sa ramana doar un companion avizat. In felul acesta subiectul va avea confortul sa decoperteze lucruri intime si dureroase.

Strategia 8 - Sprijina subiectul sa se ajute singur: Lucratorul in criza asigura subiectul ca a facut bine ca a venit in program si prezinta conceptia de baza a programului care se bazeaza pe ajutorul subiectului de a-si regasi si recapatata puterea si abilitatile de a depasi situatii de criza, evenimente negative neasteptate, dorinte autodestructive si lipsa de speranta. Niciodata nu se va face altceva decat ceea ce i se potriveste subiectului, el este si va fi cel care detine proprietatea tuturor initiativelor care-l privesc.

PASUL 3: Ascultarea naratiunii subiectului: Contrar parerii generale ca oamenii tin secret sau sunt reticenti sa vorbeasca, mai mult de 70% din subiectii suicidari vorbesc liber de intentiile lor. Ca in orice alta criza si in criza suicidara oferirea confortului de a vorbi reprezinta primul pas spre rezolutia ei. Transformarea emotiilor in cuvinte, formularea unei naratiuni coerente ajuta subiectul sa-si reformuleze situatia si in mod automat sa vada si solutii.

Strategia 9 - Asculta, intelege, valideaza reprezinta momentul crucial al interventiei, Terapistul nu trebuie sa fie de acord ca suicidul este singura optiune dar trebuie sa valideze durerea psihologica, sentimentul de coplesire, frustrare, manie care l-a condus la ideea de suicid. Se incearca destigmatizarea suicidului: “*Este obisnuit ca oamenii sa se gandeasca la suicid cand au o durere sufleteasa de nesuportat*” Clinicianul demonstreaza o empatica intelegere a situatiei care l-a condus la ideea de suicid si poate spune: “*Intelg cat ti-e de greu, cat de tare te-a durut, cat de singur si deznadajduit ai fost, etc.*”, si niciodata nu intreaba “*de ce*” care introduce o tendinta de judecare. Deschiderea subiectului si punerea lui in pozitia de a gasi alternative incepe acum cand intalneste pe cineva care-l, aude, simte, intelege cu adevarat.

Strategia 10 - Comunica calm si combate ambivalenta: Starea cognitiva cel mai des intalnita la suicidari este ambivalenta. Din primul moment cand ideatia suicidara si-a facut loc printre gandurile subiectului, el devine ambivalent avand atat dorinta de a muri cat si cea de a fi salvat. El este sincer in ambele ipostaze. Aceasta ambivalenta fluctueaza si subiectul apare labil si

anxios in masura in care nu vede nici o iesire din aceasta dilema, de aceea individual apare calm si linistiti atunci cand a luat hotararea ferma de a se sinucide. Altfel, el este suprareactiv chiar la evenimente mici care pot creste ideatia suicidara si reprezenta factorii declansatori ai secventei suicidare (intentie – plan – procurarea de mijloace – preparative – setarea unei date – tentative de suicid). Abordarea ambivalentei este o unealta terapeutica importanta pentru ca este o oportunitate pentru clinician de a interveni, de a aborda si influenta ideatia suicidara. Simpla acceptare si validare a gandurilor subiectului poate intoarce balanta spre dorinta de a trai. Lucratorul in criza trebuie sa aduca calm, sa asigure subiectul de existenta timpului necesar pentru ascultare si intelegere, sa-l incurajeze sa vorbeasca rar si sa furnizeze mai multe amanunte: *“Avem suficient timp, nu trebuie sa va grabiti, respirati adanc si rar, stati relaxat, eu doresc sa va ascult si sunt aici pentru a va intelege si ajuta, aici sunteti in siguranta”*. Cum spunea Quinnett (2000): *“Compassiunea, instilarea sperantei si caldura umana autentica continua sa fie interventia noastra cea mai eficace atunci cand lucram cu un pacient activ suicidar”*.

Strategia 11 - Creiaza o fereastră terapeutica: S-a demonstrat ca ideatia suicidara activa este o problema limitata in timp, rar poate dura peste 48 ore fara ca subiectul sa nu se simta epuizat total. Pentru acest considerent, daca terapeutul “cumpara timp” si il determina pe subiect sa-si amine planul, se poate conta pe faptul ca ideatia suicidara va scadea in intensitate printr-un proces natural. Clinicianul poate evidentia ca subiectul nu are nimic de pierdut prin amanarea planului dar are in schimb o multime de castigat; aparitia unor alternative, solutii noi, recastigarea sperantei, etc. In abordarea acestei probleme, clinicianul trebuie sa fie delicat, simpla sugestie de amanare a planului nu impresioneaza subiectul ci doar atunci cand este facuta voalat in timpul in care se asculta povestea subiectului si se valideaza sentimentele prin care trece. In concluzie exista pentru orice situatie cat de disperata ar fi o fereastră de oportunitati si ele trebuie folosite pentru a impinge deznodamentul intr-o perioada de timp idepartata suficient pentru a nu mai antrena vointa subiectului.

Strategia 12 - Categorizeaza problemele: Se considera ca comportamentul suicidar este de fapt o incercare a subiectului de a rezolva unele probleme cu care se confrunta. El are trei modalitati de a vedea aceste probleme: i) nu poate in nici un fel sa scape de problema; ii) problema este interminabila in sensul duratei si iii) problema este intolerabila in sensul severitatii si intensitatii. Comportamentul suicidar releva incapacitatea subiectului de a rezolva problemele si atunci cauta o solutie permanenta a acestora care este suicidul. In identificarea problemelor

subiectul suicidar este de multe ori vag, nespecific și poate spune: *“Nu am pe nimeni să mă ajute, sunt singur, nimanui nu-i pasa de mine dacă traiesc sau mor...”*. Lucrătorul în criză trebuie să ajute subiectul ca în povestea lui să identifice problemele cu care se confruntă, să fie specific, să le denumească, să alcatuiască o listă cu ele, să le ierarhizeze, să le prioritizeze și să discute de felul cum ele se rasfrâng asupra situației lui actuale. El trebuie să ajute subiectul să identifice dacă aceste probleme sunt noi sau vechi, care este responsabilitatea lui în apariția acestora și dacă le-a rezolvat pozitiv cu altă ocazie. Și în final clinicianul trebuie să ajute subiectul să vadă că de fapt suicidul nu este decât căutarea unei rezolvări permanente a unor probleme care sunt doar temporare, lucru care este nepotrivit și inadecvat. La fel, trebuie comentat despre faptul că suicidul este o încercare lipsită de efect de a rezolva o problemă și creiaza altele noi. Dezvolta ideea de a privi comportamentul suicidar în contextual modalităților de rezolvare a problemelor și dacă subiectul identifică în mod spontan o strategie pozitivă de rezolvare validează și pastrează-o pentru planul de viitor.

Strategia 13 - Identifica mesajul: Este ușor de înțeles că în spatele unui suicid este o dorință distorsionată de comunicare cu persoane anume sau cu ceilalți în general. Descoperirea mesajelor ascunse ale suicidului este o încercare sensibilă în evaluare și intervenție și trebuie făcută cu mare delicatete, ea reprezintă unul din fundamentele intervenției. Shneidman (1993), părintele suicidologiei moderne, estimează că aproximativ 80% din cei care au comis un suicid au furnizat informații verbale sau comportamentale despre intenția lor letală. O proporție mai mică încearcă să scrie scrisori de rămas bun, postează note de suicide pe Facebook sau trimite texte electronice pe telefonul celular. Există mai multe feluri de mesaje pe care suicidarul dorește să le comunice: i) durerea sufletească este de nesuportat; ii) încearcă să-și controleze astfel propriul sfârșit (de ex. suferă de o boală incurabilă); iii) încearcă să controleze acțiunile altora împotriva lui; iv) încearcă să aibă un control asupra lumii lui care a devenit haotică și nesigură; v) dorește să scape sau să evite un deznodământ nedorit (de ex. o pedeapsă, un divorț/separare, dezastru financiar, etc.). Subiectul suicidar caută o rezolvare a unei probleme dureroase, injurioase, care antrenează stima de sine sau statutul și îi amenință viitorul într-un mod insuportabil. În mod cert el vrea să scape în acest mod, el crede că este singura soluție care-l salvează fără daune față de renumele, imaginea sau propria stima de sine.

PASUL 4: Managementul emoțiilor: Comportamentul suicidar acoperă o varietate mare de emoții negative subjacente. Subiectul se simte copleșit de emoții, uneori contradictorii, alteleori

identificabile dar desuportat prin intensitatea si durata lor. El nu vede nici o iesire pentru ca nu le poate tolera si nu poate sa se desprinda de ele. Emotiile negative sunt indreptate spre le insusi si moartea este privita ca o izbavire. Aceste emotii negativa impreuna cu evenimentele precipitante contribuie hotarator la generarea disperarii si durerii sufletesti a suicidarului. Subiectul este dominat de rusine, vinovatie, auta-blamare, sentiment de esuare si ratare, pierderea sperantei si manie indreptata impotriva lui, dar in acelasi timp ar vrea sa traiasca dar nu stie cum atata timp cat are astfel de sentimente. Stare emotionala este instabila in felul cum este descrisa si traita si se poate traduce printr-o hiperactivitate vegetativa si dezordine comportamentala. Ea obtureaza capacitatea subiectului de a percepe corect realitatea, de a gandi clar si de a se angaja in rezolvarea problemelor in mod judicios. Pe scurt, emotionalitatea contribuie in cea mai mare masura la aspectul starii mentale a subiectului suicidar si la mentinerea ideatiei suicidare.

Strategia 14 - Incurajeaza ventilarea emotiilor: Clinicianul trebuie sa faca orice este necesar pentru a pune subiectul in pozitie sa vorbeasca despre emotiile sale. Cel mai eficient este sa arate ca asculta si intelege emotiile subiectului, ca nu le judaca, ca nu i se par un lucru care nu este normal si ca va pastra confidentialitatea. Subiectul trebuie sa fie lasat se le descrie asa cum doreste, sa nu fie interupt, sa fie incurajat sa continue si sa se exprima. Subiectul poate fi reticent sa impartaseasca emotiile sale de frica de a fi prost inteles sau de frica de a fi luate ca cea anormal. Clinicianul trebuie sa utilizeze metodele de ascultare empatica si activa si sa-l faca pe subiect sa se simta auzit, simtit si inteles. S-a constatat ca insasi impartisirea emotiilor si validarea lor de catre clinician conduce la reducerea ideatiei suicidare si aceasta constituie o premiza necesara pentru desfasurarea interventiilor ulterioare (Westefeld si colab. 2000).

Strategia 15 - Valideaza durerea sufleteasca a subiectului: Validarea inseamna sa creiezi subiectului impresia ca ceea ce simte face parte dintr-un registru de trairi umane care sunt autentice si valide, inseamna sa identifici, sa intelegi si sa exprimi acceptarea emotiilor subiectului. Daca nu se valideaza aceste emotii, subiectul va spune ca *“eu nu mai vreau sa spun nimic ca oricum nu ma intelegeti”*, *“nu are rost sa continui, prin ceea ce trec eu nu intelege nimeni”*, etc. Validarea creiaza contextual pentru impartasire si colaborare ulterioara in formularea unui plan de ingrijire si iesirea din criza. Validarea incepe cu recunoasterea emotiilor subiectului si identificarea fiecareia in parte, apoi continua ca identificarea situatiei sau evenimentul care le-a generat, si in final reflectarea acestora subiectului. Lucratorul face aceasta intr-un mod autentic, lipsit de judecati si superioritate si fara emfaza unui expert.

Strategia 16 - Ajuta sa tolereze emotiile negative: Incurajarea exprimarii emotiilor si validarea lor conduce pe subiect sa se simta mai usurat, sa inceapa sa “faca pace” cu emotiile sale, sa nu mai incerce la nesfarsit sa le alunge. El este bine sa inteleaga ca emotiile nu se vor schimba pana cand o schimbare nu se va petrece. Astfel, lucratorul in criza trebuie sa ajute subiectul sa inceapa sa tolereze emotiile oferind unele indicatii precum: nu este posibil sa eviti emotiile negative, nimeni nu poate crede ca va fi feritcit tot timpul, nu te lupta cu emotiile negative ca ele se vor accentua, odata ce te accepti ca o persoana cu defectele si esecurile ei emotiile tind sa diminueze, suicidul este o situatie care provine tocmai din dorinta de a evita emotiile negative, invata subiectul sa tolereze emotiile prin tehnicile de tolerare a stresului si prin acceptarea radicala a realitatii, tehnici imprumutate din terapia “mindfulness” (vezi Tabelul Nr. 13).

1. Tolerarea stresului:
- distrage-ti atentia prin activitati, senzatii, ganduri, emotii pozitive
- linisteste-te folosindu-te simturile (observa si descrie ce vezi, auzi, mirosi, atingi fata sa interpretezi)
- imbunatateste fiecare moment prin imagini, rugaciune, meditatie, relaxare (doar un gand in fiecare moment)
- indreapta-ti atentia catre propria respiratie, concentreaza-te cum respiri si pe drumul aerului cand inspiri si expiri rar;
- pune o jumătate de zambet pe fata ta de dimineata si lasa-l acolo orice s-ar intampla.
2. Acceptarea radicala a realitatii:
Se bazeaza pe tehnica Zen: “totul este asa cum ar trebui sa fie”. Acceptarea emotiilor si situatiei te face sa intelegi contextual...
- Participa la realitate, lasa experienta sa vina spre tine, nu cauta sa o eviti;
- Observa, descrie-ti si participa la realitate, moment dupa moment si nu interpreteaza;
- Opreste-te din lupta cu emotiile negative, ele vor diminua odata ce le accepti;
- Accepta necazul ca un deznodamant logic si nu ca o problema care trebuie rezolvata;
- Ceea ce se petrece este rezultatul unui lant de evenimente si nu ai control asupra lor ci doar asupra evenimentului care urmeaza.

Tabelul Nr. 13: Tabel sinoptic cu tehnici de tolerare a stresului si acceptarea radicala a realitatii (dupa Linehan, 1993).

PASUL 5: Explorarea alternativelor: Clinicianul trebuie sa aiba mereu in vedere ca suicidul este pentru subiect o solutie la durerea sufleteasca si ca capacitatea lui de a gasi alte

alternative este obturata temporare de emotionalitatea necontrolata si de interpretarea eronata a factorilor externi. Subiectul prezinta o viziune in tunel, privind suicidul ca singura solutie posibila dar are si dorinta de a fi salvat. Desi doreste sa fie salvat subiectul nu reuseste sa spuna spontan care ar fi totusi ratiunile pentru a trai ca si alternative posibile pentru situatia curenta. A ajuta subiectul sa descopere alternative la suicidalitatea sa este un lucru dificil pentru ca daca clinicianul le prezinta ca atare asta ar suna ca o critica pentru subiect marind sentimentul ca este neinteles si obturand comunicarea. Descoperirea alternativelor la suicid se face cel mai bine prin reducerea rezistentie ideilor suicidare, analiza motivelor de a trai si a muri ceea ce conduce la formularea unui cadru nou de rezolvarea problemelor si prin marirea suportului social disponibil.

Strategia 17 - Reduce rezistenta ideilor suicidare: De foarte multe ori subiectul suicidar prezinta o mare capacitate de a produce contra-argumente cand cineva incearca sa-l convinga de contrariu. Mai mult, cu cat interlocutorul este mai insistent cu atat suicidarul este mai incapatanat evidentiind astfel distorsiunile cognitive care sustin ideatia sa suicidara. Astfel, daca terapeutul ar spune: *“mi-as dori sa nu faceti acest gest”*, subiectul ar putea saspune: *“am toate motivele sa-l fac”* sau terapeutul: *“haideti sa vedem daca exista si alte alternative”*, subiectul: *“am incercat totul, nu e alta solutie pentru mine”*... Este o dinamica generata de ambivalenta subiectului care in mod spontan se simte obligat sa ridice obiectii la ceea ce afirma terapeutul. Din fericire un dialog Socratic, cu replici care deschid conversatia poate rezolva problema in mod convenabil. De ex. terapeutul: *“Inteleg ca suicidul este o optiune pentru Dvs dar cred ca nu e cea care are un bun deznodamant. Inteleg ca sunt si alte optiuni deschise. Puneti optiunea cu suicidul pe masa, ca plan A si haideti sa vedem si alte optiuni care ar putea fi, precum planul B, C, etc.”* (Granelo, 2010). In felul acesta s-ar incuraja subiectul sa renunte la rezistenta de a rejeta alte alternative. O schimbare a tonului conversatiei si schimbarea pozitiei terapeutului de la explorarea suicidului de pe banca specialistului la gasirea unei alternative de pe banca subiectului. Gasirea unei alternative se face avand amandoi o atitudine colaborativa.

Strategia 18 - Stabileste un cadru pentru rezolvarea problemelor: Este evident ca suicidul este o incercare de rezolvare a problemelor subiectului, o incercare de a scapa de problemele cu care se confrunta si pe care nu le poate depasi. A exprima neincrederea precum ca subiectul nu a incercat tot ce se poate pentru a rezolva problemele lui sau a-i da unele sfaturi este o lucru care terapeutul trebuie sa-l evite cu orice prēt. Se recoamnda sa se adopte tehnici din interviul motivational (Miller si Rollnick, 2002) care genereaza o schimbare a modului cum priveste

subiectul situatia, evidentiaza discrepante dintre a face si nu face si abilitate de a trece de la solutia veche (suicidul) la optiunile viitoare. In Tabelul Nr. 14 sunt prezentate cateva din principiile interviului motivational aplicate in interventia in criza.

Principiile Interviului Motivational
1. Exprima empatie
- abilitatea de a percepe lumea subiectului (priveste, aude, simte)
- clientul tratat cu empatie si consideratie
- genereaza deschiderea subiectului
- exploreaza adevaratele nevoi ale subiectului
- ajuta subiectul sa descrie sentimentele, gandurile si situatia
- permite schimbari line
2. Sprijina sentimentul eficacitatii subiectului
- exprima credinta in puterea subiectului de a schimba ceva
- cultiva ideia ca trecutul nu este gresit si ca doar directia actuala e gresita
- cultiva ideea de a incerca din nou, mereu
- subliniaze succesele subiectului cu alte ocazii
- evidentiaza abilitatile si calitatile subiectului
- imbunatateste stima de sine a subiectului
- discuta despre motivatia de a veni in program si motivatia de schimbare
3. Lucreaza cu rezistentele subiectului
- terapeutul nu se lupta cu rezistentele subiectului
- face un pas inapoi si se realiniaza daca subiectul este rezistent
- afirmatiile terapeutului nu sunt provocatoare
- terapeutul nu are puterea sa schime
- clientul este cel care genereaza solutia si schimbarea
- schimbarea este realista si capabila sa fie atinsa
4. Dezvolta discrepantele
- unde este si unde ar dori sa fie
- comportamentul curent si scopurile viitoare
- ajuta subiectul sa vada discrepantele
- discrepantele dintre beneficiu si schimbare
- discrepantele dintre solutie si problema
- faciliteaza abilitatea de a vedea alternative, noi posibilitati, genereaza optimism
- evita sa dai solutii si sfaturi, creiaza rezistenta
- faciliteaza procesul de gasire a solutiilor si a luarii deciziilor

Tabelul Nr. 14: Interviul motivational – synopsis (dupa Miller si Rollnick, 2002)

Ulterior discuta cu subiectul despre strategia de rezolvare a problemelor inspirata din terapia bazata pe problema si comentaza beneficialele inventarului problemelor, divizarea lor in bucati mai mici, itemizarea lor, ierarhizarea, prioritizarea, strategia pentru fiecare, persoanele de ajutor, cardul de timp, etc.

Strategia 19 - Angajeaza suportul social disponibil: Presupunerea de baza este ca subiectul suicidar este singur sau se simte singur; realitatea este de cele mai multe ori asa. Terapistul trebuie sa se informeze despre suportul social al subiectului, despre situatia familiala, prieteni si colegi, despre disponibilitatea lor de a-l ajuta, daca subiectul este de acord ca unii dintre acesti sa fie contactati, in cine are cea mai mare incredere, despre confidentialitatea informatiilor fata de acestia si sa fie informat despre existenta altor resurse disponibile in comunitate pentru cazul sau (de ex. grupurile AA, grupuri de auto-ajutor, agentii de asistenta sociala, ONG, etc.). Terapistul trebuie sa discute avantajele suportului social, rolul de tampon intre evenimentele de viata stressante si vulnerabilitatea individuala si sa cultive sentimentul subiectului ca apartine unei familii, grup, colectivitate, comunitate. In plus, serviciul de criza reprezinta un prieten neconditionat pentru 24 ore pe zi/7 zile pe saptamana.

Strategia 20 - Restaureaza speranta subiectului. Problema sperantei in viitor este problema centrala a suicidului. Se poate considera ca toate persoanele cu ideatie suicidara si-au pierdut speranta in viitor intr-o proportie mai mare sau mai mica. Tinta lucratorului in criza trebuie sa fie recunoasterea acestei probleme si cultivarea sperantei ca schimbare esentiala in salvarea individului. Speranta este o stare mentala la care se poate ajunge prin cultivarea unei anume stari de spirit care insemna sa vezi o problema ca externa, temporara si specifica si nu ca o inevitabila expresie a esecului personal. Clinicianul trebuie sa actioneze ca un “promotor de speranta” si ca un “purtator de speranta”. Subiectul este totdeauna reticent cand i se prezinta diferite variante de speranta, de scopuri viitoare, subiectul poate sa le considere inautentice, lipsite de intelegere pentru situatia si capacitatea lui si exprimate de la inaltimea si detasarea expertului. El are nevoie de o persoana care sa fie cu el impreuna in aceiasi pozitie mentala si context cu care sa formuleze o noua speranta. De aceea lucratorul trebuie sa spuna ca intelege neajutorarea subiectului, pierderea sperantei, dar ca aceasta este temporara si sa exprime increderea in puterea subiectului de a o regasi (promotorul sperantei) sau sa afirme ca este de inteles ca subiectul nu are speranta, este normala si umana, ca amandoi vor avea speranta cat de curand, ca terapeutul ii va aduce speranta inapoi pentru ca ii ofera siguranta, intelegere, ajutor neconditionat in recastigarea puterii de a spera: “*sunt gata sa va aduc speranta inapoi*” (purtatorul sperantei).

Strategia 21 - Ajuta subiectul sa descopere posibilitati si sa dezvolte rezilienta: Lucratorul in criza trebuie sa stie ca exista o proportie in care subiectul vrea sa fie salvat si sa supravietuiasca si daca stie cum sa-i dea mana, subiectul i-o va prinde si se va trage in sus. Asta

insemana de fapt sa descoperi noi posibilitati, sa descoperi cum sa pui problema astfel inca subiectul sa vad noi motive de a trai. Chiles si Stroshal (2005) spunea: “*Jobul meu sa sa gasesc o scanteie de viata si sa i-o aduc clientului si sa-l ridic cu ea odata*”. In tabelul Nr. 15 se gasesc cateva idei prin care se poate schimba focusul converesatiei cu subiectul si produce schimbarea in idatia subiectului.

In loc de focalizare pe:	Schimba focusul pe:
- Deficit	- Competenta si abilitati
- Slabiliune	- Putere
- Problema	- Solutie
- Trecut	- Viitor
- Stabilitate	- Schimbare
- Cauza	- Posibila solutie
- Solutie in afara subiectului	- Solutie inauntru subiectului

Tabelul Nr. 15: Modalitati de generare a schimbarii

PASUL 6: Folosirea strategiilor comportamentale: Interventia in suicid este un process colaborativ in care subiectul este actorul principal. El trebuie motivat, ajutat si invatat cum sa actioneze in a recastiga dorinta de a trai, puterea de a depasi greutatile si abilitatea de a rezolva problemele. Interventia trebuie sa fie rapida, eficienta, personalizata si dimensionata in functie de abilitatile si capacitatile subiectului. Focalizarea pe interventii comportamentale este prioritara in fata altor interventii adresate cognitiei sau emotionalitatii subiectului; interventia rapida in suicid este izvorata dintr-o abordare behaviorista. Interventia comportamentala se materializeaza in formularea colaborativa a unui plan de siguranta si a unuia de actiune pe termen scurt. Plan cuprind actiunii pe care subiectul este capabil sa le intreprinda, vrea sa le intreprinda si este constient de intelesul si valoarea lor. Aceste actiuni au ca scop siguranta imediata a subiectului, modalitatile disponibile de ajutor, recastigarea suportului social proximal si tintele tentativelor de rezolvare a problemelor imediate.

Strategia 22 - Ajuta sa formuleze schita unui plan de actiune pe termen scurt: Planul de actiune pe termen scurt se intinde pe cateza zile, este un plan concret, detaliat si in puterea subiectului sa-l realizeze. El cuprinde pasi mici care sa conduca la mai mult la imbunatatirea

calitatii vietii subiectului decat sa genereze o mare schimbare in viata subiectului si sa-l tina astfel pe subiect departe de suicid (Chiles si Strosahl, 2005). Se recomanda ca acest plan sa fie la indemana subiectului si formulat in contextual vietii reale a subiectului si cuprinde actiuni care sa duca la descresterea izolarii lui sociale, la implicarea in activitati cu probabilitate mare de success, generatoare de evenimente pozitive si crestere a stimei de sine, activitati recreationale relaxante si dorite de subiect, sporirea activitatilor de ingrijire personala (alimentatie, igiena personala, odihna, evitarea alcoolului, complianta cu medicatia daca e cazul) si a locuintei, angajarea in strategii de coping care au dat rezultate in trecut si sunt actualmente la indemana subiectului (Granello, 2010). Lucratorul in criza si subiectul revizuiesc si actualizeaza acest plan in contctele/intalnirile ulterioare ("follow-up") daca ele au fost prevazute inca de la prima intalnire. Se recomanda ca primul contact sau intalnire sa fie facuta dupa 2-3 zile, pentru evaluarea programului si ajustari care se pot face imediat. Astfel subiectul nu pierde sensul colaborarii cu clinicianul, se evidentiaza acele tinte care nu sunt inca in puterea subiectului, se are grija ca subiectul sa nu gandeasca ca esueaza mereu, lucru care intretine sentimentul de neajutorare si lipsa de speranta, se furnizeaza subiectului un feedback pozitiv si premiere pentru realizările obtinute, se intareste motivatia si se subliniaza inca odata ca subiectul este titularul actiunilor si beneficilor programului. Desi subiectul este principalul actor, acest plan solicita cooperarea familiei si a celor apropiati lui, imbunatatirea comunicarii cu toti acestia si implicarea altor persoane semnificative atunci cand este cazul (medical de familie, medicul specialist, asistenta sociala, etc.). Pe masura ca progresele sunt facute, planul este tot mai focalizat spre rezolvarea problemelor si pe schimbarea acelor comportamente, roluri sociale, relatii interpersonale, situatii si alte tinte care conduc la recadrarea subiectului intr-un context de viata valorizant si productiv. Daca contactele/vizitele prevazute in programul de follow-up s-au terminat, atunci cand este cazul, lucratorul in criza poate sa refere subiectul unui alt clinician pentru a continua monitorizarea si progresul, aceasta facandu-se bineinteles cu consimtamantul subiectului.

Strategia 23 - Formuleaza un plan de siguranta decat un contract de siguranta:

Planul de siguranta si contractul de siguranta sunt activitatile cu care de obicei se incheie interventia cu subiectul suicidar. Ele sunt documente care creiaza un context sigur in care subiectul sa fie externat din programul de interventie in criza.

Planul de siguranta este un set de masuri si actiuni formulate prin colaborarea dintre clinician si subiect care au ca scop mentinerea in viata a subiectului, angajarea in actiuni care sa

previna si sa stopeze orice incercare de suicid. Contractul de siguranta este un angajament, o promisiune pe care o face subiectul de a ramane in viata bazat pe dorinta lui exprimata deschis de a nu intreprinde nimic care sa produca vatamarea sau decesul lui. Nu exista o evidenta clara ca acest contract de siguranta ar tine departe subiectul suicidar de planul sau si poate crea un fals sentiment de siguranta clinicianului. In schimb, planul de siguranta este un instrument adecvat si eficient care inventariaza ceea ce trebuie sa faca subiectul pentru a se mentine in siguranta. El prevede atat actiuni specifice si individualizate de preventie cat si actiuni de intreprins atunci cand nu mai este capabil sa-si controleze ideatia si intentia de suicid. Acest plan de siguranta dupa ce este formulat colaborativ intre subiect si clinician trebuie scris si inmanat subiectului si o copie se ataseaza la dosarul subiectului. Rapunderea clinicianului este judecata totdeauna dupa modul si eficienta cu care a fost intocmit planul de siguranta al subiectului cu care a lucrat.

Planul de siguranta trebuie sa cuprinda actiuni concrete, specifice, scrise la persoana intaia, iar mai jos se prezinta cateva sugestii:

- sa se reincadreze/reconecteze in reseaua proximala de suport, familie, prieteni, si sa nu ramana singur (specifica)...
- a. sa indeparteze toate mijloacele vatamatoare care erau incluse in planul lui de suicid (specifica care...de ex. substante, medicamente, arme, etc.);
- b. sa faca urmatoarele activitati care sa-i aduca calm si confort (specifica)...
- c. sa-si reaminteasca urmatoarele motive de a ramane in viata (specifica)....
- d. pe cine sa cheme la telefon, cu cine sa vorbeasca ca sa nu ramana singur (specifica numele si telefonul)...
- e. cine este persoana la care ar putea apela in cazul in care ar vrea sa vorbeasca despre ideile de suicid (specifica numele si telefonul)...
- f. cine sunt persoanele care furnizeaza ajutor medical (specifia numele, pozitia, institutia si telefonul, de ex. medica de familie, consilier, sora, etc.)...
- g. specifica numarul de telefon al liniei de criza si a persoanei de contact...
- h. specifica locul unde ar trebuie sa se duca daca nu poate sa se ajute cu cele de mai sus (Camera de garda de la Spitalul...specifica care spital, adresa si numarul de telefon)...
- i. Specifica unde ar trebui sa se adreseze in caz de urgenta maxima, in iminenta de suicid (linia de urgenta 211 sau Politia (speficia numarul de telefon)...

In Anexa Nr. 6 se prezinta modelul unui asemenea plan de siguranta, usor de completat si introdus in practica. Planul de siguranta trebuie purtat de subiect la el ca sa-l poate revedea de cate ori are nevoie, de cate ori se simte amenintat de ideile lui suicidare.

PASUL 7: Urmarirea (Follow-up): Modelul interventiei in criza, generat de definitia originara a crizei presupune doar un contact cu subiectul, contact dedicate atat evaluarii cat si intrerventiei. Conform definitiei largite a crizei si practicii de zi cu zi, sunt mai multe situatii cand nu este suficient un singur contact cu lucratorul in criza pentru a asigura o rezolutie convenabila situatiei de criza. Aceasta este si cazul subiectului suicidar. In cele mai multe situatii sunt necesare contacte suplimentare ceea ce se asigura prin programul de urmarire. Aceste contacte se fac de obicei la telefon iar contactul este initiat de lucrator sau de client in functie de cum ele au fost prevazute in planul de siguranta. Aceste contacte de urmarire au ca scop evaluarea riscului, reintarirea motivatiei subiectului de a nu intreprinde nimic pentru a se vatama sirevizuirea, trecerea in revista a abilitatilor de rezolvare a problemelor utilizate de client si actualizarea planului de siguranta. Numarul de contacte si frecventa lor se stabilesc de la inceput si au in vedere gradul de monitorizare si severitate a problemelor urmarite prin acest program. Primul contact de face nu mai tarziu de 1-3 zile.

Strategia 24 - Foloseste conceptual de manager de caz pentru urmarirea clinica: Se indica ca aceste contacte de urmarire sa fie facute de acelasi terapeut pe care subiectul l-a intalnit in sedinta de interventie. In acest fel clinicianul respectiv indeplineste rolul de manager de caz, continua activitatea déjà inceputa, cunoaste bine subiectul, tine evidenta progreselor, se focalizeaza mai bine pe vulnerabilitatile subiectului si relatia terapeutica si stilul colaborativ se consolideaza de la contact la contact. Contactele se fac la telefon dar se pot stabili si intalniri directe la programul de criza, ceea ce se numesc contacte de terapie scurta. Cine le initiaza, frecventa lor si orarul se stabilesc de comun acord si aceasta depinde de severitatea ideatiei suicidare, de vulnerabilitatea subiectului, de calitatea suportului social. Contactele de urmarire trebuie sa aiba o structura clara: reintarirea motivatiei subiectului de a ramane in siguranta, revizuirea motivelor de a ramane in viata si a factorilor de risc, trecerea in revista a strategiilor de coping pentru a depasi emotiile negative, modul de rezolvare a problemelor, aderenta subiectului la suportul social proximal si planul recreational. Clinicianul nu joaca rolul expertului, nu pune subiectul in situatia de a face "dari de seama" ci mentine stilul colaborativ, validant si maniera de a-l pune pe subiect in pozitie de a lua deciziile si de a actiona independent. Se indica ca aceste contacte de urmarire sa

ramana la tematica discutata in prima sedinta de interventie in ciuda tentatiei subiectului de a largi sfera de discutie si la alte aspecte ale vietii lui curente si de a-l atrage pe clinician in viata lui de toate zilele. In felul acesta se incurajeaza subiectul sa devina agentul propriei sale sanatare si prosperitati.

Strategia 25 - Evalueaza eficacitatea interventiilor si imbunatateste strategiile folosite:

Cu fiecare contact de urmarire se evalueaza eficacitatea interventiei, se fac corectiile necesare, se reintareste capacitatea subiectului de a-si controla emotiile, de a rezolva problemele, de a imbunatati calitatea vietii si de a recapata o dimensiune prospective asupra existentei individuale. La fel, prin contactele de urmarire se evalueaza si aderenta subiectului la celelalte programe de terapie in care este angajat precum contactele cu medical de familie, contactele cu specialistul/medical psihiatru daca este cazul, complianta la medicatia pe care trebuie sa o urmeze. Principalul punct care trebuie revizuit cu fiecare contact de urmarire este daca planul de siguranta este realist, la indemana subiectului, eficient si suficient. Se presupune ca cu fiecare contact comunicarea devin din ce in ce mai tintita pe adevaratele probleme ale subiectului. Daca subiectul necesita o terapie psihologica atunci el poate fi referit la un astfel de program sau poate ramane in programul de criza pentru o terapie scurta. In cazul subiectului suicidar, cele mai des folosite si eficiente terapii scurte sunt: terapia cognitive-comportamentala, terapie interpersonală si terapia bazata pe atentie (mindfulness).

VIII. Externarea si indrumarea catre alte servicii:

Intocmirea planului de siguranta si obtinerea contractului de siguranta a subiectului sunt ultimele activitati inainte ca subiectul sa poata parasii serviciul de criza. Criteriile externarii subiectului suicidar din programul de criza sunt urmatoarele (modificat dupa APA, 2003):

- j. suicidalitatea a fost doar o reactie la un eveniment precipitant;
- k. subiectul nu mai este suicidar si conditia lui este stabila medical si psihologic;
- l. subiectul nu mai este intoxicat, psihotic sau in delirium;
- m. s-a intocmit un plan de siguranta cu care subiectul este in totalitate de acord si s-a obtinut un contract de siguranta de la acesta;
- n. s-au indepartat mijloacele de suicid de la indemana subiectului;
- o. subiectul are o situatie domiciliara si familiala stabila;
- p. s-a facut contactul cu persoanele de suport si s-au dat instructiuni privind siguranta subiectului;

- q. pacientul este capabil si cooperant cu recomandarile facute si cu contactele de urmarire;
- r. s-au facut aranjamentele pentru tratarea conditiilor mentale subjacente;
- s. pacientul a fost internat intr-un serviciu spitalicesc sau a fost referit unui alt program de terapie de scuta/lunga durata;
- t. in cazul subiectului cronic suicidar, tratamentul ambulator este mai benefic decat cel spitalicesc.

O problema deosebita care antreneaza responsabilitatea lucratorului in criza este **“transferul responsabilitatii”**. Atunci cand subiectul suicidar ramane in custodia programului de criza si astfel el ramane in grija mai multor clinicieni de la o tura la alta, clinicianul care a lucrat pe subiectul trebuie sa transfere informatiile si activitatile intreprinse cu subiectul urmatorului therapist conform orarului de munca astfel incat sa nu existe nici un hiatus pe parcursul ingrijirii si supravegherii. La fel, daca subiectul este transferat intr-un alt serviciu, acest transfer trebuie facut impreuna cu o nota clinica care sa cuprinda rezultatele evaluarii, interventia intreprinsa, rezultatele obtinute, colaborarea cu alti clinicieni si aprecia generala asupra riscului suicidar. Astfel, lucratorul in criza lucreaza colaborativ cu alti clinicieni din alte servicii si exprima responsabilitatea fata de deznodamantul cazului si fata de codul de bune practici care este “gold standard-ul” oricarei activitati clinice. In cazul lucratorului in criza, reponsabilitatea este o problema atat profesionala cat si etica si legala. Toate acesta activitati trebuiesc bine evidentiata in documentele pe care le face lucratorul in criza.

IX. Documentarea

De la inceput trebuie spus ca nici o alta interventie din domeniul ingrijirii sanatatii mentale nu are mai multe sanse sa reduca mortalitatea ca interventia in cazul subiectului suicidar. Pe de alta parte si malpractice-ului in acest cazatarna foarte serios. Iata de ce este atat de importanta documentarea tuturor actiunilor lucratorului in criza, a raspunsului si participarii subiectului, a informatiilor culese pe parcursul relatiei cu subiectul si formularea planurilor de ingrire si siguranta, a legaturii cu altii clinicieni sau servicii si a follow-up-ului. Aceasta documentare se face pe formularele tip ale programului si pe note clinice datate si semnate de clinician. Se spune ca: *“ceea ce nu este scris nu este facut”*. Aceste informatii trebuiesc tinute confidential si clinicianul trebuie sa ceara consimtamantul subiectului atunci cand e nevoie sa fie impartasite si altora, indiferent cine ar fi acestia.

La fel de importanta este si transferul de responsabilitate de la un clinician la altul si de la un serviciu la altul, care inseamna transferul informatiilor si protocoalelor de-a lungul drumului de ingrijire a unui pacient, indiferent cat de lung sau accident este acesta.

Activitatile clinicianului se face in functie de protocoalele implementate in programul de criza respectiv si in functie de standardul de ingrijire la care a aderat acel program. Dupa Chiles si Strosahl (2005) standardul de calitate a ingrijirii solicita:

- i) identificare si evaluarea adecvata a indicatorilor de risc suicidar si a factorilor protectivi;
- ii) dezvoltarea unui plan rezonabil de siguranta pe baze nevoilor subiectului;
- iii) implementarea planului de siguranta in mod adecvat si modificarea lui pe baza contactelor de urmarire;
- iv) evidentierea cunostintelor clinice necesare pentru evaluarea si managementul unei persoane suicidare; v) documentare adecvata.

Neglijentele si omisiunile in toate aceste ipostaze vor avea consecinte nefericite pentru ambele parti. Determinarea riscului conduce la nivelul de atentie si raspuns, la adaptarea interventiei la situati subiectului in vederea obtinerii deznodamantului asteptat: mentinerea in viata a subiectului si reintoarcerea lui la nivelul functionarii din precriza.

Conform experientei internationale lucratorul de la criza a fost reclamat de familia pacientului suicidar si a ajus in justitie pentru urmatoarele situatii care au reprezentat malpractice:

- u. neevaluarea riscului suicidar in timpul ultimei intalniri cu subiectul;
- v. neefectuarea unei evaluari adecvate a subiectului;
- w. management neadecvat a crizei suicidare;
- x. ignorarea nivelului de risc si neinternarea subiectului in serviciu spitalicesc;
- y. incapacitate de a proteja subiectul si a-l mentine in siguranta;
- z. esecul in formularea unui plan de siguranta adecvat subiectului;
- aa. prezentarea unui grad inadecvat de cunostinte si deprinderi profesionale necesare pentru managementul unei crize suicidare.

In final trebuie sa mentionez ca pierderea unui subiect suicidar este o grea lovitura pentru lucratorul in criza care a investit profesionalism si multa daruire umana, doar cine a lucrat in acest domeniu poate sa inteleaga cat de greu este sa se treaca peste un asemenea nefericit deznodamant.

Anexa Nr. 1:**Ariile de evaluare ale riscului suicidar (Bryan si Rudd, 2006)****I: Predispozitia la comportament suicidar:**

- Istorie de tulburari psihiatrice (risc crescut in caz de tulburari recurente, comorbiditate si cronicitate);
- Istorie de comportament suicidar (risc crescut in functie de numarul incercarilor de suicid, letalitatea mijloacelor de suicid incercate);
- Externare recenta dintr-o sectie de psihiatrie (riscul este mai crescut pentru primele externari);
- Orientare homosexuala (risc crescut pentru barbatii homosexuali);
- Sexul masculine;
- Istorie de abuz;

II: Precipitanti sau stressori identificabili:

- Pierdere semnificativa (financiara, relatii interpersonale, identitate, deces persoana semnificativa);
- Probleme de sanatate acute sau cronice;
- Relatie instabila si conflictuala;

III: Prezenta de simptome:

- Simptome depresive (pierderea placerii, stima de sine scazuta, tristete, tulburari de somn);
- Tulburare bipolara (risc crescut in perioada de inceput a tulburarii);
- Anxietate;
- Schizofrenia; (risc crescut in caz de halucinatii auditive imperative);
- Trasaruri din tulburarea antisociala sau marginala de personalitate;

IV: Prezenta sentimentului de lipsa de speranta:

- Severitatea lipsei de speranta;
- Durata lipsei de speranta;

V: Natura gandurilor suicidare:

- Ideatie suicidara curenta: frecventa, intensitatea si durata;
- Prezenta planului de suicid (creste riscul de suicid);
- Disponibilitatea mijloacelor de suicid;
- Letalitatea mijloacelor de suicid;
- Comportament suicidar activ;
- Intentie explicita de suicid;

VI: Comportament suicidar anterior:

- Frecventa si contextual comportamentului suicidar anterior;
- Perceperea letalitatii si a deznodamentului;
- Oportunitati de salvare si de ajutor;
- Prezenta preparativelor de suicid;

VII: Impulsivitate si auto-control:

- Auto-control subiectiv;
- Control obiectiv (abuz de substante, comportament impulsiv, agresiv);

VIII: Factori protectivi:

- Prezenta suportului social;
- Abilitati de rezolvare a problemelor si de coping;
- Participare activa la tratament;
- Prezenta sentimentului de speranta;
- Prezenta copiilor acasa;
- Sarcina;
- Religiozitate;
- Viata satisfacatoare;
- Testarea realitatii intacta;
- Frica de dezabrobare sociala;
- Frica de suicid sau de moarte.

Anexa Nr. 2

Clasificarea riscului suicidar si nivelul interventiei cerute (dupa Meichenbaum, 2007)

Nivelul de risc	Factorii de risc	Factorii protectivi si interventia necesara
Risc mic	Nici un gand suicidar, Nici un factor de risc prezent	Factori protectivi prezenti Nu este necesara nici o interventie
Risc moderat	Ganduri suicidare prezente Nu exista plan de suicid Factori de risc prezenti	Factori protectivi prezenti (de ex. suport social, familial) Subiectul doreste sa se angajeze in terapie Formularea un plan de interventie in criza Formularea unui plan de siguranta Furnizeaza contacte de urmarire
Risc crescut	Ganduri suicidare prezente Intentie de suicid prezenta Plan de suicid prezent Indici de consum de substante Comorbiditate cu tulburari psihice Istorie de tentative de suicid Prezenta de factori precipitanti	Internare de urgenta Obtinerea unui contract de a ramane in viata Formularea unui plan de ingrijire Formularea unui plan de siguranta Asigurarea sigurantei subiectului dupa externare cu mobilizarea resurselor disponibile

Anexa Nr. 3**Foia de evaluare a letalitatii (Maris, 2001)****LETALITATE SCAZUTA****LETALITATE MARE**

PLAN	vag, nedeterminat	meditare	plan formulat	Scrisori, note sau testament	Scrisori, note, testament, planificare in timp, metoda stabilita
METODA	Metoda nedeterminata	Medicamente, sectionarea venelor	Gaz metan, accident	Spanzurare, aruncare de la inaltime	Arme de foc
POSESIE DE MIJLOACE	Nu dispune de mijloace de suicid	Le poate dobandi usor	Este pe cale sa le dobandeasca	Mijloacele sunt la indemana subiectului	Mijloacele sunt in mana subiectului
PLANIFICARE IN TIMP	Nu are nici o planificare in timp	Planificare vaga in cateva saptamani	Data este aleasa, intr-o saptamana	Planificare pentru ziua de azi	Plan in desfasurare
INCERECARI ANTERIOARE	Nici o incercare de suicid	1 sau 2 tentative	Istorie de mai multe amenintari sau tentative de suicid	Istorie de amenintari sau tentative letale de suicid	Mai multe de 3 tentative serioase de suicid
DEPRESIE	Usoara tristete sau descurajare	Depresie usoara	Depresie cronica	Depresie majora	Depresie majora, lipsa de speranta
PIERDERI RECENTE	Nu exista un stress specific sau pierdere	Un conflict sau pierdere minora	Mai multi stressori	Conflict sau pierdere majora	Mai multe pierderi sau schimbari semnificative
STARE SANATATE	Sanatate fizica	Tulburari tranzitorii	Dizabilitate sau probleme fizice cronice	Boli sau dizabilitati severe; diagnostic recent	Boli terminale; diagnostic recent
IZOLARE	Exista relatii suportive multiple	Nu locuieste singur	Putine relatii	Este singur acasa, nu are ajutor la indemana	Este singur si izolat
CO-MORBIDITATE	Nu exista indicatori de predictie a suicidului	Un predictor	Mai mult de un predictor; comorbiditate prezenta	Existenta de predictorii pentru o lunga perioada de timp	Vocatie suicidara

Predictori ai suicidului:

- 1 Tulburare depresiva, tulburari mentale
- 2 Alcoolism, abuz de droguri
- 3 Ideatie suicidara, notificari suicidare
- 4 Tentative anterioare de suicid
- 5 Posesie de mijloace letale
- 6 Izolare, existenta singulara, lipsa de suport
- 7 Lipsa de speranta, rigiditate cognitiva
- 8 Barbati invarsta
- 9 Suicid sau model suicidar in familie, genetica
- 10 Probleme la locul de munca, probleme economice
- 11 Probleme familiale, familie patologica
- 12 Stress, evenimente de viata
- 13 Manie, agresiune, iritabilitate
- 14 Boli fizice
- 15 Comorbiditate sau aparitia concomitenta cu factori mentionati mai sus (1-14)

Foaie de evaluare a suicidului:**Pacient:** _____ **data de nastere** _____ **varsta** _____**Da/Nu** Solicitare pentru evaluare de suicid?**Da/Nu** Pacientul recunoaste prezenta ideatiei suicidare?**Ideatie suicidara curenta** _____

- frecventa gandurilor suicidare: _____

- intensitatea gandurilor suicidare: _____

- durata gandurilor suicidare: _____

Da/Nu Plan de suicid? Arma de foc/spanzurare/cutit/otravire/altele _____**Da/Nu Acces la mijoace de suicid?** _____**Da/Nu Comportament preparatoriu?** _____**Da/Nu Amenintare recenta de suicid?** _____**Da/Nu Comportament de suicid recent?** _____**Da/Nu Incercare recenta de suicid?** Cu ranire? Fara ranire? _____**Da/Nu Comportament de risc mare de suicid?** _____**EVALUAREA FACTORILOR DE RISC****Da/Nu Istorie familiala de suicid/prieten cu suicid?** _____**Da/Nu Istorie de incercari de suicid?** _____**Da/Nu Abuz de alcool/substante?** _____**Da/Nu Stressori multipli?** _____**Da/Nu Impulsivitate?** _____**Da/Nu Probleme de sanatate?** _____**Da/Nu Psihopatologie?** (Tulburari de dispozitie/tulburari de gandire/tulburari de personalitate)

Data _____ Numele clinicianului: _____

EVALUAREA SEVERITATII TENDINTEI SUICIDARE

Evaluarea se face in functie de cum se simte/gandeste subiectul in acest moment.

1. **Evalueaza durerea PSIHOLOGICA** (sentimentul de a fi ranit, suferinta, necazul si nu durerea fizica sau stresul)

Grad mic	1	2	3	4	5	Grad mare
----------	---	---	---	---	---	-----------

2. **Evalueaza STRESSUL** (sentimente generale de a fi tensionat, coplezit)

Grad mic	1	2	3	4	5	Grad mare
----------	---	---	---	---	---	-----------

3. **Evalueaza AGITATIA** (senzatie de a actiona urgent)

Grad mic	1	2	3	4	5	Grad mare
----------	---	---	---	---	---	-----------

4. **Evalueaza sentimentul de LIPSA DE SPERANTA** (credinta ca lucrurile nu vor merge bine indiferent ce ai face)

Grad mic	1	2	3	4	5	Grad mare
----------	---	---	---	---	---	-----------

5. **Evalueaza AUTO-BLAMAREA** (sentiment de critica fata de propria persoana, stima de sine scazuta si lipsa de auto-respect)

Grad mic	1	2	3	4	5	Grad mare
----------	---	---	---	---	---	-----------

6. **Evalueaza gradul general de RISC DE SUICID**

Grad mic	1	2	3	4	5	Grad mare
----------	---	---	---	---	---	-----------

Clientul este de acord cu planul de siguranta formulat

Da/Nu

Abilitatea de a ramane in siguranta in comunitate

Da/Nu

Pericol clar si iminent de suicid

Da/Nu

Planul de siguranta: _____

Data: _____ Clientul: _____ Clinicianul: _____

Anexa Nr. 4

SCALA COLUMBIA DE SEVERITATE A RISCULUI SUICIDAR

- evaluarea riscului suicidar -

Instructiuni: Bifeaza toti factorii de risc si protectivi. Se recomanda sa fie completata dupa interviul cu pacientul, dupa evaluarea statusului mental al pacientului si dupa culegerea altor data de la familie si alti informanti			
Comportament suicidar sau auto-vatamator (ultima saptamana)		Statut clinic (recent)	
<input type="checkbox"/>	Tentativa actuala de suicid	<input type="checkbox"/>	Lipsa de speranta
<input type="checkbox"/>	Tentativa intrerupta de suicid	<input type="checkbox"/>	Episod depresiv major
<input type="checkbox"/>	Tentativa intrerupta sau abortata	<input type="checkbox"/>	Episod afectiv mixt
<input type="checkbox"/>	Alte acte preparatorii pentru suicid	<input type="checkbox"/>	Halucinatii care comanda vatamarea corporala
<input type="checkbox"/>	Comportament auto-vatamator fara suicid	<input type="checkbox"/>	Comportament impulsiv sever
Ideatie suicidara		<input type="checkbox"/>	Abuz sau dependenta de substante
<input type="checkbox"/>	Dorinta de a fi mort	<input type="checkbox"/>	Agitatie sau anxietate severa
<input type="checkbox"/>	Ganduri suicidare	<input type="checkbox"/>	Perceptie de povara pentru familie sau altii
<input type="checkbox"/>	Ganduri suicidare cu metoda dar fara plan sau intentie	<input type="checkbox"/>	Durere fizica cronica sau alte probleme medicale acute inclusiv cancer
<input type="checkbox"/>	Intentie de suicid (fara un plan specific)	<input type="checkbox"/>	Ideatie homicidara
<input type="checkbox"/>	Intentie de suicid cu un plan specific	<input type="checkbox"/>	Comportament agresiv fata de altii
Evenimente precipitante		<input type="checkbox"/>	Metoda de suicid disponibila
<input type="checkbox"/>	Pierdere recenta sau evenimente negative majore	<input type="checkbox"/>	Refuza sau nu agreeaza planul de siguranta
<input type="checkbox"/>	Describe:	<input type="checkbox"/>	Istorie de abuz sexual
		<input type="checkbox"/>	Istorie familiala de suicid
<input type="checkbox"/>	Nu are adapost sau asteapta sa fie inchis	Factori protectivi (recenti)	
<input type="checkbox"/>	Izolarea sociala sau sentiment de singuratate	<input type="checkbox"/>	Identifica ratiuni pentru a trai
Istorie medicala		<input type="checkbox"/>	Are responsabilitate pentru familie sau altii
<input type="checkbox"/>	Diagnostic si tratamente anterioare psihiatrice	<input type="checkbox"/>	Familie sau retea suportiva sociala
<input type="checkbox"/>	Lipsa de incredere in tratament	<input type="checkbox"/>	Frica de moarte, de durere sau suferinta
<input type="checkbox"/>	Refuza tratamentul	<input type="checkbox"/>	Credinta ca suicidul este imoral, spiritualitate
<input type="checkbox"/>	Nu primeste tratament	<input type="checkbox"/>	Angajament in munca sau scoala
Alti factori de risc		Alti factori protectivi	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Describe orice comportament suicidar, auto-vatamator sau agresiv:			

SCALA COLUMBIA DE SEVERITATE A RISCULUI SUICIDAR		
DEFINITIILE IDEATIEI SUICIDARE	Ultima saptamana	In timpul vietii
<p>Dorinta de a muri: Subiectul prezinta dorinta de a fi mort sau de a nu mai fi sau dorinta de a adormi si a nu se mai trezi. <i>Ati dori sa nu mai traiti sau ati dori sa nu va mai treziti?</i> Daca da, descrie:</p>		
<p>Ganduri suicidare: Ganduri generale, nespecifice de a-si curma viata/ de a comite un suicid, (“<i>Ma gandesc sa ma omor</i>”) fara a avea ganduri specifice referitor la metoda, intentie sau plan. <i>Intradevar aveti ganduri de a va curma viata?</i> Daca da, descrie:</p>		
<p>Ganduri suicidare cu metoda (fara plan specific sau intentie de a actiona): Subiectul prezinta ganduri de suicid si are in gand cel putin o metoda de suicid. Aceasta este diferit de cazul cand subiectul are un plan specific, un timp anumit si o metoda detaliata. (“<i>Ma gandesc sa iau pastile dar nu stiu inca de care si ate, cand si unde o voi face...daca o voi face, nu sunt decis...</i>”) <i>V-ati gandit cum ati putea sa va curmati viata?</i> Daca da, descrie:</p>		
<p>Intentie suicidara (fara plan specific): Ganduri suicidare active si subiectul raporteaza ca are ceva intentie sa actioneze conform acestora dar inca poate sa le controleze, (“<i>Am ganduri dar in mod cert nu voi face nimic conform lor.</i>”) <i>Ati avut ganduri de suicid si ceva intentie de a actiona conform lor?</i> Daca da, descrie:</p>		
<p>Intentie suicidara cu plan specific: Ganduri de suicid cu plan detaliat, persoana are ceva intentie de a-l duce la indeplinire. <i>Ati inceput sa va ganditi serios la detaliile prin care ati vrea sa va omarati? Aveti intentia de a duce la indeplinire acest plan?</i> Daca da, descrie:</p>		
<p>Daca ideatia suicidara este prezenta in vreun grad atunci evaluati intensitatea la nivelul cel mai serios al ideatiei:</p>	Ultima saptamana	In timpul vietii
<p>Frecventa: <i>Aveti astfel de ganduri in mod uzual? De cate ori ati avut astfel de ganduri in ultima saptamana?</i> (1) Mai putin de odata; (2) Odata pe saptamana; (3) 2-5 ori pe saptamana; (4) Zilnic sau aproape zilnic; (5) de mai multe ori pe zi.</p>		

<p>Durata: Cand aveti aceste ganduri cat de mult dureaza?</p> <p>(1) Putine secunde sau minute; (4) 4-8 ore/aproape toata ziua (2) mai putin de o ora; (5) Mai multde 8 ore/persistente sau contine (3) 1-4 ore/mult;</p>		
<p>Controlabilitatea: Daca doriti ati putea sau puteti sa stopati gandurile de a va omara sau dorinta de a muri?</p> <p>(1) Usor controlabil; (4) Control cu mare dificultate; (2) Control cu putina dificultate; (5) Totala lipsa de control al gandurilor suicidare; (3) Control cu ceva dificultate; (0) Nu a incercat sa-si controleze gandurile.</p>		
<p>Exista lucruri – cineva sau ceva (de ex., familia, religia, durerea mortii) – care va opresc sa va ganditi sa va curmati viata sau sa actionati conform acestor ganduri?</p> <p>(1) Exista factori bine definiti care stopeaza incercarea de suicid; (2) Exista factori probabili care ar stopa/amana suicidul; (3) Incerta prezenta a astfel de factori; (4) Existanta putin probabila a factorilor de amanare/stopare; (5) In mod ceret acest factori nu intarzie sau opresc suicidul; (0) Nu se aplica.</p>		
<p>Ratiuni pentru ideatia de suicid: Ce motive aveti sa va ganditi la faptul ca ati putea sa va curmati viata?</p> <p>(1) Un mod de a atrage atentia, revansa sau reactie fata de altii; (2) In mod cert de a atrage atentia, obtine o revansa sau ca o reactie fata de altii; (3) In mod egal de a atrage atentia, revansa si reactie fata de altii; (4) In principal pentru a opri durerea (nu poti indura durerea sau sentimentele pe care le incerci); (5) Cu totul pentru a opri durerea (nu poti indura durerea sau sentimentele pe care le incerci); (0) Nu se aplica</p>		
<p>DEFINITIILE COMPORTAMENTULUI SUICIDAR</p>	<p>Ultima saptamana</p>	<p>In timpul vietii</p>
<p>Tentativa reala de suicid: Un act potential auto-vatamator comis cu dorinta de a muri ca rezular al acestui act. Comportamentul a fost in parte gandit ca o metoda de a muri. Intentia nu a fost 100%. Daca exista vreo intentie/dorinta de a muri asociata cu acest act atunci el poate fi considerat ca o incercare reala de suicid. Nu trebuie sa existe vreo injurie sau vatamare ci potentialul pentru injurie si vatamare. Daca subiectul apasa pe tragaci cand tine pistolul in gura dar pistolul nu ia foc si nici o injurie nu se produce, aceasta este considerata o incercare reala de suicide.</p> <p>Deducerea intentiei: Chiar daca un individ neaga intentia/dorinta de a muri ea poate fi dedusa clinic din comportament si circumstante. De ex. un act letal care in mod clar nu este un accident astfel incat nici o alta intentie nu poate fi dedusa decat cea de suicid (de ex. caderea de la inaltime, impuscarea in cap). La fel, daca cineva neaga intentia de a muri, intentia poate fi dedusa dupa cat de letal este ceea ce a facut subiectul.</p> <p>Ati facut o incercare de suicid? Ati facut ceva care sa va raneasca?</p>		

<p><i>Ati facut ceva periculos incat ati fi putut muri? Ce ati facut? Ati facut-o ca un mod de a va pune capat vietii? Ati dorit sa muriti cand ati facut aceasta? A fost o incercare de a muri cand ati facut aceasta? Ati gandit ca este posibil sa muriti cand ati facut aceasta? Daca da, descrie:</i></p>		
<p>Tentativa intrerupta: Atunci cand subiectul este interupt (de circumstante externe) de la initierea unui act potential auto-injurious (daca nu, tentative ar fi avut loc). Supradoza intrerupta: Subiectul are medicamentele in mana dar este oprit sa le inghita. Odata ce a inghitit doar o pastila si a fost interupt aceasta este o tentative chiar daca a fost intrerupta. Impuscarea intrerupta: Subiectul si-a indreptat arma inspre el dar arma a fost luate de altcineva si nu a mai putut apasa pe tragaci. Odata ca a apasat pe tragaci, chiar daca a eseuat sa traga, aceasta este o tentativa reala. Spanzurare: Subiectul si-a pus in jurul gatului o funie dar nu a strans-o din diferite motive care l-au oprit. <i>A fost un moment cand ati inceput sa faceti ceva care sa va ia viata dar cineva sau ceva v-a oprit sa o faceti?</i> Daca da, descrie:</p>		
<p>Tentativa auto-intrerupta sau abortata: Cand subiectul a inceput preparativele pentru a face o tentative de suicide dar s-a stopat inainte de a se angaja in orice fel de comportament auto-destructiv. Exemplele sunt similare cu cele din tentativele intrerupte cu exceptia ca individual se stopeaza singur in loc de a fi stopat de altii. <i>A exista un moment cand ati inceput sa faceti ceva ca sa va luati viata dar v-ati oprit inainte de a face ceva efectiv?</i> Daca da, descrie:</p>		
<p>Alte acte sau comportamente preparatorii: Acte sau preparative pentru o tentative iminenta de suicid. Aceasta poate include orice in afara de verbalizare sau ganduri, precum procurarea de metode specifice (de ex. cumpararea de medicamente, procurarea unei arme) sau pregatirea lui insusi pentru siicid (de ex. scrierea unei scrisori, punerea lucrurilor in ordine). <i>Ati intreprins ceva pasi spre a face o incercare de suicid sau sa ve pregatiti pentru a va sinucide (precum sa cumparati pastile, sa obtineti o arma, sa faceti cadou lucrurile Dvs, sa scrieti o scrisoare de adio)?</i> Daca da, descrie:</p>		
<p>Comportament auto-desctuctiv fara intentie de suicid: Acte de auto-vatamare dar nu exista nici o evidenta ca persoana a intentionat sa se sinucida si persoana a intentionat doar sa-si produca o vatamare pentru alte motive. <i>Ati facut (numiti comportamentul) doar pentru alte motive in afara oircaror intentii de a va pune capat zilelor (precum a va elibera de stress, sa va simtiti mai bine, sa obtineti simpatie, etc.)?</i> Daca da, descrie:</p>		

Evaluarea letalitatii numai pentru incercarile de suicid	Ultima saptamana	In timpul vietii
<p><u>Vatamare fizica reala:</u></p> <p>0 = Nici una sau minora (precum zgarieturi superficiale); 1 = Minora (precum sangerare usoara, arsura de gradul 1); 2 = Moderata, solicita atentie medicala (arsura de gradul 2, sangerarea unui vas de sange important); 3 = Moderat severa, solicita spitalizare (precum stare comatoasa cu reflexele pastrate, arsura de gradul trei pe mai putin de 20% suprafata, hemoragie extensive dar cu semne vitale stabile, fracturi importante); 4 = Severa, necesita ingrijire medicala intensiva (precu, stare comatoasa fara reflexe, arsura gradul 3 peste 20% suprafata, hemoragie importanta cu semne vitale instabile, daune majore ale organelor interne); 5 = Deces probabil in ciuda ingrijirii medicale.</p>		
<p>Daca vatamarea fizica = 0, evalueaza <u>potentialul</u> pentru vatamarea fizica:</p> <p>0 = Comportament improbabil sa conduca la injurii; 1 = Comportament probabil sa conduca la injurii dar improbabil sa cauzeze deces; 2 = Comportament probabil sa conduca la deces in ciuda ingrijirii medicale. Exemple: Punerea tevii unei arme in gura, apasarea pe tragaci dar arma nu se descarca.</p>		

Anexa Nr. 5**CHECKLIST DE EVALUARE A SUICIDULUI ROGERS**

Acest checklist trebuie utilizat in conjunctie cu interviul clinic liber si cu datele istorice obtinute de la subiect si de la alti informanti. El nu intentioneaza sa faca o predictie dar scorul mare coreleaza semnificativ cu riscul crescut de suicid.

Numele subiectului _____ Vrasta _____ Sexul M/F

PARTEA I-A: EVALUAREA RISCULUI SUICIDAR: Incercuieste itemii care se potrivesc cu situatia subiectului aflat in evaluare si fa scorul total prin adunarea scorului fiecarui item in parte aflat intre paranteze.

CLIENTUL ARE UN PLAN DEFINIT:	DA (6)
ISTORIE PSIHIATRICA:	DA (4)
CLIENTUL ARE UN PLAN DEFINIT	ARMA DE FOC (10)
	SUFOCARE CU OXID DE CARBON DE LA MASINA (7)
	SPANZURARE (9)
	INECARE (6)
	SUFOCARE (6)
	ARUNCARE DE LA INALTIME (5)
	MEDICAMENTE/OTRAVURI (6)
	TAIERE CU CUTITUL (3)
	ALTELE (3) _____
METODA ESTE DISPONIBILA	DA (5)
SUPRAVIETUITOR AL UNUI SUICID	DA (6)
EFFECTUAREA DE PREPARATIVE FINALE	DA (6)
TENTATIVE ANTERIOARE	DA (5)
NOTA/SCRISOARE DESPRE SUICID	DA (6)
CONSUM DE ALCOOL/DROGURI	DA (5)
BARBAT 15-35 SAU MAI BATRAN DE 65	DA (5)
PREZENTA DE COPII CARE DEPEND DE SUBIECT	DA (-4)
STATUT MARITAL	
SINGUR	DA (3)
CASATORIT	DA (2)
DIVORTAT	DA (5)
SEPARAT	DA (5)
VADUV	DA (5)

SCOR TOTAL PARTEA I-A: _____

PARTEA II-A: FACTORI FAVORIZANTI AI SUICIDULUI Conform interviului efectuat evalueaza impresia despre statutul clientului pentru fiecare din itemii urmatoari. Inceruieste scorul fiecarui item si fa la urma scorul total

Itemul	DE LOC					EXTREM				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Sentiment de lipsa de valoare	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Sentiment de lipsa de speranta	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Izolare sociala	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Depresie	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Impulsivitate	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Ostilitate	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Intentie de a muri	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Prezenta factorilor stressanti	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Prezenta perspectivei de viitor	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

SCORUL TOTAL PARTEA II-A: _____ SCORUL TOTAL (I + II): _____

SUBIECTUL SE ANGAJEAZA IN FORMULAREA
UNUI PLAN DE SIGURANTA (NON-SUICID)

DA NU NU E CAZUL

LUAND IN CONSIDERARE TOATE INFORMATIILE DISPONIBILE INDICA RISCUL SUBIECTULUI PE SCARA:

Risc scazut 1 2 3 4 5 Risc crescut

Anexa Nr. 6

MODEL DE PLAN DE SIGURANTA:

PLANUL MEU DE SIGURANTA			
<p>Daca ai idei de suicid incepe cu primul pas. Treci prin toti pasi pana ce te simti in siguranta. AMINTESTE-TI: Gandurile suicidare pot fi foarte puternice dar ele nu tin mult. Cu un ajutor adecvat si cu rabdare acestea trec. Cand au trecut foloseste energia sa pui in ordine problemele, sa incerci sa le rezolvi ceea ce va contribui sa te simti mai bine. Pierderea sperantei nu este pentru totdeauna. Important este sa sti ca ai unde sa ceri ajutor. Tine acest plan cu tine ca sa poti sa te uiti la el atunci cand ti-e greu, sa-ti reamintesti ca nu esti singur si sa urmezi sugestiile din plan.</p>			
1. Fa urmatoarele activitati care sa te calmeze si sa te relaxeze:			
2. Amineste-ti urmatoarele motive sa ramai in viata:			
3. Telefoneaza unei rude sau unui prieten ca sa nu te simti singur:			
Nume	telefon	Nume	telefon
Nume	telefon	Nume	telefon
4. Telefoneaza cand ai nevoie de ajutor:			
Nume	telefon	Nume	telefon
Nume	telefon	Nume	telefon
5. Solicita ajutorul persoanelor de ingrijire pe care le cunosti sau au competenta:			
- Medic de familie	telefon		
- Sora de teren	telefon		
- Asistent social	telefon		
- Terapist/consilier	telefon		
6. Telefoneaza la linia de criza sa te ajute sa depasesti gandurile de suicid:			telefon
7. Cand te simti amenintat de gandurile de suicid apeleaza la:			
- Camera de Garda a Spitalului....	Adresa		telefon
8. In iminenta de suicid telefoneaza la:			
- serviciul de urgenta 211			
- Politie	telefon		

Bibliografie selectiva:

Ashworth, J (2001): Practice principles: a guide for mental health clinicians working with suicidal children and youth, British Columbia, Ministry of Children and Family Development.

American Psychiatric Association (2003): Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors:

http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/suicidalbehavior_05-15-06.pdf

Beck AT, Kovacs M, Weissman A (1979): Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2):343-352

Beck AT, Schuyler D, Herman I (1974): Development of suicidal intent scales. In AT Beck, HLP Resnik and DJ Lettieri (Eds.): *The prediction of suicide*. Bowie, MD: Charles Press.

Beck AT, Steer RA (1988): *Manual for the Beck Hopelessness Scale*. San Antonio, Tex: Psychological Corporation.

Bonner RL (1990): A "m.a.p." to the clinical assessment of suicide risk, *Journal of Mental Health Counseling*, 12: 232-236.

Brown GK (2003): *A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults*, Philadelphia, Pennsylvania, unpublished manuscript.

Bryan CJ, Rudd MD (2006): Advances in the Assessment of Suicide Risk, *Journal of Clinical Psychology*: in session 62(2): 185–200.

Callahan J (1994): Defining crisis and emergency, *Crisis*, 15:164-171.

Chiles JA, Strosahl KD (2005): *Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients*, American Psychiatric Publishing, Inc. London, England.

Comstock CM (1991): Countertransference and the suicidal MPD patient, *Disociation*, 4(1): 25-35

Davies J (2003): *A Manual of Mental Health Care in General Practice*, Commonwealth Department of Health and Aged Care, Mental Health and Special Programs Branch, Canberra, Australia.

Duberstein P, Conwell Y (1997): Personality disorders and completed suicide: A methodological and conceptual review, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4:359-376.

Fiske H (1998): Applications of solution focused therapy in suicide prevention. In D Deleo, A Schmidtke and R Diekstra (Eds.), *Suicide prevention: A holistic approach*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer.

Frierson RL (2007): The suicidal patient: Risk assessment, management and documentation, *Psychiatric Times*, 24: 29-34.

Granello DH (2007): A suicide crisis intervention model with 25 practical strategies for implementation, *JOURNAL OF MENTAL Health Counseling*, 32(3):218-235.

Granello DH (2010): The process of suicide risk assessment: Twelve core principles, *Journal of Counseling and Development*, 88: 363-371.

Hoff, LA (1995): *People in crisis: understanding and helping*, 4th Ed. Jossey-Bass Publ. San Francisco, CA

Jacobs D (2007): Patient safety goals on suicide, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), Wellesley Hills, MA.

Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y et al (2003): *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*, APA Practice Guidelines, Washington, DC.

Jacobs D, Brewer M (2004): APA practice guideline provides recommendations for assessing and treating patients with suicidal behaviors, *Psychiatric Annals*, 345:373-380.

Joiner TE, Walker RL, Rudd MD, Jobes DA (1999): Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in out-patient practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30:447-453.

Joiner TE Jr, Van Orden KA, Witte TK, Rudd MD (2009): *The Interpersonal Theory of Suicide: Guidance for Working With Suicidal Clients*. Washington, DC: American Psychological Association.

Kessler RC, Borges G, Walters EE (1999): Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Co-morbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 56:617-626.

Kleespies PM, Deleppo JD, Gallagher PL, Niles BL (1999): Managing suicidal emergencies: recommendation for the practitioner, *Professional Psychology; Research and Practice*, 30(5): 454-463.

Linehan MM (1981): *Suicidal behaviors questionnaire*. Unpublished inventory. University of Washington, Seattle, Washington.

Linehan MM (1996): *Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ)*. Unpublished manuscript. Department of Psychology, University of Washington, Seattle, WA.

Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA (1983): Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2): 276-286.

Linehan M (1993): *Skills Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.

Maltsberger JT, Buie DH (1974): Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients, *Archive of General Psychiatry*, 30(5):625-633.

Maris RW (2001): *Intrudction, Suicide and Life Threatening Behavior*, 21(1): 1-17..

Meichenbaum D (2005): 35 Years of working with suicidal patients: Lessons learned. *Canadian Psychologist*, 46: 64-72.

Meichenbaum D (2007): 35 years of working with suicidal patients: lessons learned, www.melissainstitute.org/documents/35_Years_Suicidal_Patients.pdf

Mental Health and Drug and Alcohol Office (2009): *Mental Health for Emergency Departments – A Reference Guide*. NSW Department of Health, Sydney, Australia.

Miller LW, Norman WH, Bishop SB, Dow MG (1986): The Modified Scale for Suicide Ideation: Reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5): 724-725.

Miller WR, Rollnick S (2002): *Motivational interviewing: Preparing people to change*, New York: Guilford.

Millman J, Strike DM, Van Soest N, Schmidt E (1998): *Talking with a caller: Guidelines for crisis and other volunteer counselors*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health (2003): *The assessment and management of people at risc of suicide For Emergency Departments and Mental Health Service Acute Assessment Settings*, Wellington, New Zealand.

O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM (1996): Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26:237-252.

Osman A, Kopper BA, Barrios FX, Osman JR et al (1996): The Brief Reasons for Living Inventory for Adolescents (BRFL-A), *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(4): 433-444.

Perlman CM, Neufeld E, Martin L, Goy M, Hirdes JP (2011); *Suicide risk assessment inventory: A resource guide for Canadian health care organizations*, Toronto, ON: Ontario Hospital Association and Canadian Patient Safety Institute.

Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA et al. (2011): The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults, *American Journal of Psychiatry*, 168:266 –1277.

Posner K, Brent D, Lucas C, Gould M et al (2008): *Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*, New York, NY: The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

Quinnett PG (2000): *Counseling suicidal people: A therapy of hope*. Spokane WA: The QPR Institute, Inc.

Rich C, Fowler R, Fogarty L, Young D (1988): San Diego suicide study: III. Relationship between diagnoses and stressors, *Archive of general Psychiatry*, 45: 589-592.

Richard B (2000): Impact upon therapy and the therapist when working with suicidal patients: Some transference and countertransference aspects, *British Journal of Guidance and counseling*, 28:325-337.

Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions (1996): *Guidelines for Identification, Assessment, and Treatment Planning for Suicidality*, Cambridge, Massachusetts.

Roberts AR (Ed.). (2000). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research*. New York: Oxford University Press

Roberts AR, Yeager KR (2009): *Pocket guide to crisis intervention*, Oxford University Press, New York.

Rogers JR, Alexander RA, Subich LM (1994): Development and psychometric analysis of the Suicide Assessment Checklist, *Journal of mental health Counselling*, 16: 352-368.

Rogers JR, Gueulette CM, Abbey-Hines J, et al (2001): Rational suicide: An empirical investigation of counselor attitudes, *Journal of Counseling and Development*, 79:365-372.

Rogers JR, Lewis MM, Subich LM (2002): Validity of the Suicide Assessment Checklist in an emergency crisis center, *Journal of Counseling and Development*, 80: 493-502.

Rudd, MD (1998): An integrative conceptual and organizational framework for treating suicidal behavior. *Psychotherapy*, 35:346-360.

Rudd MD, Joiner TE (1998): The assessment management and treatment of suicidality: Towards clinically informed and balanced standards of care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5:135-150.

Rudd MD, Berman AL, Joiner TE et al (2006): Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical application, *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 36:255-262.

Rudd, M. D. & Joiner, T. E. (1998a). The assessment management and treatment of suicidality: Towards clinically informed and balanced standards of care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 135-150.

Sanchez H (2001): Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology and Practice*, 32: 352-358.

Shneidman E (1992): A conspectus for conceptualizing the suicidal scenario. In R Maris, A Berman, J Maltzberger and R Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford Press,

Shneidman E (1993): *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behaviour*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Schwartz RC, Rogers JR (2004): Suicide assessment and evaluation strategies: a primer for counseling psychologists, *Counselling Psychology Quarterly*, 17(1): 89–97.

Shea SC (1998): The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for eliciting suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(suppl 20):58-72.

Shea SC (2002): *The Practical Art of Suicide Assessment: A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Shea SC (2004): The delicate art of eliciting suicidal ideation. *Psychiatric Annals*, 34:385-400.

Shea SC (2009): Suicide Assessment, Part 1: Uncovering Suicidal Intent A Sophisticated Art, *psychiatric Times*, 26(12): 1-6.

Stillion JM, McDowell EE (1996): *Suicide across the lifespan: Premature exits* (2nd ed.) Washington, DC; Taylor & Francis.

Suicide Information and Education Centre (SIEC):

Available at <http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/feature3.pdf>

Westefeld JS, Range LM, Maples MR et al (2000): Suicide: An overview, *The Counseling Psychologist*, 28: 445-510.

World Health Organization, Department of Mental Health (2000): *Preventing suicide: A resource for primary health care workers*, Geneva.