

Particularitatile crizei suicidare la copii si adolescenti

Prevalenta suicidului la copii si adolescenti este mai mica decat in alte grupe de varsta dar aceasta se pare ca este doar un artifact datorita conceptiei gresite despre incapacitatea copilului de a face un plan de suicid si a-l duce pana la capat si a distorsiunilor in expresia suicidalitatii la copii. Suicidiul este a 6-a cauza de deces la grupa de varsta 5-14 ani si a treia cauza de deces la grupa de varsta 15-24 ani in SUA (US Center of Disease Control, 2008). Intre 1960 si 1990 rata suicidului la tinerii cuprinsi intre 15-19 ani a crescut de trei ori ca apoi sa mai scada in urmatorul deceniu ca apoi sa creasca din nou dupa anul 2000. Copii si adolescentii scriu mai rar scrisori de adio au alte notificari asupra iminentei de suicid, iar letalitatea metodelor alese este destul de mare. Se considera ca accesul crescut la mediile de informare, la internet si retelele de socializare au contribuit la aceasta crestere (Bridge si colab. 2008). Baietii de sex masculin, cuprinsi intre 10 si 24 ani au o rata de suicid semnificativ mai mare decat fetele de aceiasi varsta, in schimb fetele raporteaza mai des ideatii suicidare si fac tentative de suicide mai frecvent (National Adolescent Health Information Center, 2006). Tulburarile afective asociate, consumul de alcool si droguri, problemele de identitate sexuala, problemele de dezvoltare a personalitatii, factorii familiari si cei socio-economici sunt printre cei mai importanti factori de risc pentru suicid la copii si adolescenti (Weller si colab. 2001).

Viziunea asupra suicidului la copii si adolescenti este fragmentata in diverse discipline si interpretari ceea ce facea ca clinicianul din prima linie, cel pus sa evalueze si sa raspunda rapid la criza suicidara a tanarului sa nu posede un model teoretic coerent pe baza caruia sa-si fundamenteze interventiile. Totusi, de-a lungul anilor, s-au coagulat o serie de date privind factorii de risc, factorii protectivi si factorii de alarma ai suicidului la tineri. Astfel, s-a constatat ca extrem de rar copii sau adolescentii comit un suicid fara sa emita anumite semnale de alarma, ca un fel de bec rosu care anunta ceea ce o sa urmeze. Comportamentul suicidar la tineri este urmare a dezechilibrului dintre factorii protectivi si cei de risc si urmarirea ponderii acestor factori poate reprezenta un indicator de care sa tina seama cei ce se ingrijesc de siguranta lui. Factori de risc sunt acei factori care conduc sau sunt asociati cu comportamentul suicidar iar factori protectivi sunt aceia care reduc

probabilitatea suicidului și cresc reziliența individuală. Semnele de alarmă sunt modalitățile directe sau indirecte prin care un subiect comunică altora intenția sa de suicid.

Unii autori au conceput diverse modele de explicare a suicidului la copii și adolescenți precum modelul care pune accentul pe tulburările psihopatologice preexistente (Brent și Perper, 1995) sau cel care se bazează pe răspunsul cultural la amenințări și condiții sociale neprielnice (Chandler și Lalonde, 1998). Rudd și Joiner (1998) integrează multiplele fațete ale suicidului și concep un model explicativ complex care ia în considerare factorii socioculturali, psihopatologici, biologici și psihologici și sugerează ca suicidul este expresia felului cum un tânăr trăiește necazul și a capacității lui de a-l tolera.

Stallion și McDowell (1996) propun modelul “traectoriei suicidului”, un model care privește factorii de risc și factorii precipitanți ai suicidului ca expresie a ideții de suicidare de-a lungul stadiilor de dezvoltare a copilului și adolescentului. Ei împart factorii de risc pentru suicid în patru categorii și discută separat ponderea lor de-a lungul dezvoltării:

- *Factori de risc biologici:* impulsivitate crescută la copii prin lipsa mecanismelor de supresie ceea ce conduce la acte de suicidare fără prea multă planificare, incidența suicidului crescând cu vârsta ca să ajungă la un vârf în jurul vârstei de 14 ani;
- *Factori de risc psihologici:* autorii remarca frecvența crescută a sentimentelor de inferioritate, a stimei de sine scăzută, neajutorare, deziluzie, frica de rejecție și abandon la copii și adolescenți; aceștia au puține abilități de a depăși greutățile și în mod obișnuit internalizează factorii stresanți. După Poland și Lieberman (2005) peste 90% din indivizii care se angajează în comportamente de suicidare au o tulburare psihiatrică sau o istorie de tulburări psihiatrice. Printre acestea depresia, anxietate, tulburarea bipolară și schizofrenia sunt cele mai importante. La acestea trebuie adăugată vulnerabilitatea mare pe care o creează consumul de droguri și alcool.
- *Factori de risc cognitivi:* printre factorii cognitivi cei mai importanți sunt menționați viziunea distorsionată sau lipsa de înțelegere a naturii morții și vieții, o gândire simplistă asupra consecințelor actelor proprii și o incapacitate de gândire rațională;
- *Factorii de risc de mediu* cuprind pierderea unei persoane de atașament de vreme în viață, nivel scăzut de suport parental, conflict parental, structură familială haotică sau inflexibilă, prezentă de abuz fizic, emoțional și/sau sexual și comportament suicidar la părinți.

Kalafat si Lazarus (2002) intocmesc o lista cu factorii de risc pentru suicid la copii si adolescenti, factori care-i impart in cei care apartin subiectului si cei care apartin familiei (Tabelul Nr. 1).

<p>Factori de risc apartinand copilului/adolescentului:</p> <ul style="list-style-type: none"> - incercari anterioare de suicid - ideatie suicidara curenta (ganduri de suicid), intentie si plan de suicid - tulburare mentala, in special tulburari ale dispozitiei (depresie, distimie, tulburare bipolara) si tulburari care duc la scaderea contorului impulsurilor si tulburari de comportament - tulburare de comportament, in special tulburarea marginala de personalitate - concomitenta consumului de alcool/droguri - sentimente de lipsa de speranta si de ajutor - impulsivitate si/sau tendinte agresive - tulburari de identitate sexuala sau homosexualitate - izolare, sentimente de rejectie - lipsa de abilitate de coping si de rezolvare a problemelor - credinte culturale sau religioase – de ex. suicidul este o rezolvare nobila a problemelor
<p>Factori de risc apartinand familiei sau ambiantei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acces usor la arme si alte mijloace letale - expunere la suicid in familie sau istorie de suicid in familie - influenta persoanelor semnificative – membrii de familie, prieteni, celebritati care s-au sinucis - ‘epidemie’ locala de suicid, contagiozitate a ideilor de suicid - influenta nefasta a mediilor de informatie - bariere in accesul la tratamentul pentru probleme psihologice/psihiatrice

Tabelul Nr. 1: Factorii de risc pentru suicid la copii si/sau adolescenti (dupa Kalafat si Lazarus, 2002, McConaughy, 2005)

La toti acestia se mai pot adauga factorii situationali precipitanti pentru tineri in general si pentru copilul mic in special (Cunningham, 2010). Pentru tineri in general, factorii situationali se pot impartii in mai multe categorii: i) pierdere (moartea cuiva drag, pierderea familiaritatii ambientale prin mutarea cu familia in alt loc, pierderea prietenilor si izolare sociala, rejectie, despartire de cineva drag); ii) evenimente de viata stresante (lipsuri materiale, separare/despartire, probleme cu orientarea sexuala, esecuri scolare); iii) probleme familiale (violenta familiala, certuri cu parintii, abuz, lipsa de suport familial); iv) suicidul altora (expunerea la suicidul unui prieten, discutii despre suicid pe retelele de socializare, indemnul de suicid). Pe langa factorii mentionati mai sus, pentru copilul scolar este important

si prezenta depresiei, impulsivitatii, abuzului, schimbarea rolului in familie, probleme cronice de sanatate, rejectia, abandonul si lipsa modelului parental (Greening si colab. 2008).

La fel ca in cazul adultului, copilul si adolescentul prezinta si factori protectivi fata de ideatia suicidara, acestia fiind factori opusi factorilor de risc si conduc la micșorarea probabilitatii suicidului si la cresterea rezilientei individuale. Conform Departamentului Sanatatii al SUA (US-DHHD, 2001) cea mai buna protectie impotriva suicidului pentru copii este o ingrijire adecvata a problemelor lor de sanatate fizica si psihica, o protectie impotriva consumului de alcool si droguri, un acces facil in sectorul de ingrijire si incurajarea comportamentului de cautare a ajutorului atunci cand exista nevoia acestuia. In Tabelul Nr. 2 se prezinta o lista succinta cu factorii protectivi ai suicidului pentru copii si adolescenti.

Factori interpersonalii:	Factori individuali:
- legatura puternica cu familia	- abilitati de rezolvare a problemelor
- comunicare verbala deschisa	- abilitati de rezolutie a conflictelor
- implicarea parentala	- stima de sine adecvata
- retea sociala adecvata (colegi, prieteni, adulti)	- abilitati generale de coping
- religiozitate/spiritualitate	Factori specifici copiilor:
Lipsa de acces la arme de foc:	- control parental
- absenta de arme de foc in familie	- atmosfera familiala protectiva si suportiva
	- coeziune familiala

Tabelul Nr. 2: Factorii protectivi pentru suicid la copii si adolescenti (modificat dupa Cunningham, 2010)

Identificarea timpurie a semnelor de alarma a suicidului trebuie sa stea atat in focusul lucratorului in criza cat si a familiei copilului si adolescentului. Majoritatea acestor semne premonitorii apartin modului in care tanarul exprima necazul si frustrarea. Dupa Stoelb si Chiriboga (1998) suicidul copilului si adolescentului este un fenomen complex determinat de factori multipli care se intersecteaza intr-un anume moment in viata tanarului si astfel de poate intelege de ce nu exista nu singur predictor al suicidului ci o combinatie de factori. In tabelul Nr. 3 se inventariaza semnele de alarma ale tendintei de suicid la copii si adolescenti (American Association of Suicidology, 2012) iar in Anexa Nr. 1 se prezinta o lista exhaustiva

a acestor semne de alarma conform Suicide Information and Education Center -SIEC, Canada (2005).

• Prezenta ideatiei suicidare
• Cautarea unui mijloc letal (arma de foc, otrava, medicamente)
• Voarbeste despre suicid, se intereseaza despre moduri de suicid
• Consum de alcool si/sau droguri
• Anxietate
• Lipsa de speranta, deziluzie
• Retragerere sociala
• Manie
• Comportament disfunctional
• Afectivitate instabila

Tabelul Nr. 3: Factori de alarma ai suicidului la copii si adolescenti (American Association of Suicidology, 2012)

In interpretarea comportamentului de suicid la tineri, clinicianul trebuie sa tina seama de diferentele dintre copii si adolescenti. Cea mai importanta diferenta este de ordin cognitiv, respectiv in intelegerea deosebita a conceptului de moarte. Se descriu patru dimensiuni care deosebesc conceptul de moarte la copii fata de adolescenti si adulti: i) ireversibilitatea, ii) finalitatea, iii) univesalitatea si iv) inevitabilitatea (Mishara, 1999 si Hunter si Smith, 2008). Pentru copii moartea este asemanatoare cu somnul, ei nu se gandesc la ireversibilitatea mortii si conceptual despre moarte este mai mult tributar povestilor si desenelor animate. Copii nu vad moartea ca un final al vietii si nici caracterul ei universal, in sensul ca nu toti trebuie sa moara in final si mai mult, ei considera ca moartea poate fi evitata. Conceptia lor despre moarte este magic-animista dupa care orice se poate anima si oricine poate invia. Ei captureaza intelesul suicidului foarte tarziu, atat din cauza ca parintii si scoala refuza sa comenteze despre aceasta, cat si pentru ca copii cred cu putere in viata, in speranta, in recuperare si in bine.

Evaluarea suicidului la copii si adolescenti presupune identificarea factorilor precipitanti, a factorilor de risc, a celor protectivi, a ideatiei suicidare, a planului si intentiei de suicid. Simultan, se angajeaza si interventia care inseamna mobilizarea resurselor disponibile (familie, scoala, comunitate), abordarea problemelor si nevoilor copilului, formularea planului de siguranta, a contractului de siguranta si implicarea altor agentii specifice de protectie pentru copii si familiile lor, atunci cand e cazul.

Domeniile cheie ale evaluarii crizei suicidare la copii si adolescenti sunt:

- prezenta ideatiei suicidare si a comportamentului suicidar,
- istoria comportamentului suicidar;
- prezenta tulburarilor psihiatrice;
- existenta factorilor familiari stresanti sau protectivi;
- disponibilitatea mijloacelor letale.

Inainte de a evalua suicidalitatea la un copil, clinicianul trebuie sa se ancoreze intr-un model specific care sa includa recunoasterea dificultatile acestui demers, particularitatile specifice, posibilitatea de a ignora anumite aspecte care fac diferenta dintre evaluarea suicidului la adulti si copii precum limbajul si comunicarea diferite, formarea aliantei terapeutice, contratransferul, etc. Stoelb si Chiriboga (1998) propun un model al riscului de suicid la copii si adolescenti, model care poate ghida deciziile clinice ale lucratorului in criza. Modelul conduce la evaluarea a trei categorii de risc: i) factorii primari de risc care includ tulburarile afective, istoria de incercari de suicid si sentimentele de lipsa de speranta; ii) factorii secundari de risc care includ uzul de alcool si/sau droguri si tulburarile de personalitate; iii) factorii situationali de risc care includ functionarea familiei, relatiile sociale, expunerea la suicidul altora, probleme de orientare sexuali la care se adauga; iv) factori protectivi care includ factori individuali, familiali, sociali si comunitari. Luarea in considerare a acestor factori, in aceasta ierarhie, poate conduce la o evaluare corecta a riscului de suicide si la formularea unei interventii adecvate.

Barrio (2007), Jobes si colab. (2000) si Singer (2005) recomanda adoptarea la copii si adolescenti a modelul lui Roberts in 7 pasi (Roberts, 2000). Cei sapte pasi de evaluare si interventie sunt: 1) evaluarea situatiei de criza; 2) stabilirea raportului si a relatiei cu copilul; 3) identificarea problemelor majore si a factorilor precipitanti; 4) managementul emotiilor copilului; 5) explorarea si generarea alternativelor; 6) dezvoltarea si formularea unui plan de

siguranta si de protectie a copilului; 7) stabilirea planului de monitorizare si a contactelor de urmarire. Mai jos se prezinta secventa de evaluare si interventie asa cum o vede Barrio (2007):

1. Evaluarea situatiei de criza se face din primele momente ale contactului cu subiectul prin aprecierea contextului prin care copilul a fost adus in contact cu serviciul de criza. Wise si Spengler (1997) spunea ca *“evaluarea suicidului la copil este unul din cele mai grele sarcini diagnostice”*. Problema care se pune in acest moment este cine a interpretat situatia respectiva ca o situatie de criza si cine a initiat prezentarea si apelarea programului de criza. De obicei, aceasta este facuta de parinti si/sau profesori sau alti adulti care au in grija copilul. Extrem de rar copilul solicita ajutor pentru ideatia suicidara, in schimb adolescentul o face mai frecvent. In aceasta faza se culeg informatii despre situatia care a generat apelarea la serviciul de criza, cine a initiat acest contact si pentru ce si se stabileste primul contact cu tanarul printr-o comunicare empatica care sa arate interesul si consideratia pentru persoana lui. Trebuie sa se partreze o balanta intre grija fata de siguranta lui si integritatea relatiei de incredere care se construiește cu lucratorul in criza, respectiv impartasirea informatiilor cu alte persoane responsabile (de ex..printi). Se poate incepe cu: *“sti de ce esti aici?”*, *“ce s-a intamplat de te-a adus mama/profesorul/tutorele aici, de ce sunt ingrijorati?”*. De cele mai multe ori copilul raspunde: *“Nu stiu”*. Lucratorul poate continua: *“Mi-a spus mama ta ca de o bucata de timp esti trist si abatut iar eu sunt aici sa te ajut”*... *“are mama ta dreptate sa fie ingrijorata?”*... *“se intampla ca uneoricopii sa fie tristi si retrasi iar familia vrea sa stie daca ei sunt in siguranta, daca nu au ganduri negre si nu vori sa se ranesca sau sa-si faca vreun rau”*... *“daca nu vrei sa vorbești despre lucrul acesta este bine sa-mi spui acum decat sa-mi spui minciuni”*... In acest moment clinicianul poate sa intrerupa interviul si sa furnizeze informatii despre programul de criza, despre confidentialitate si despre drepturile subiectului. Se poate intampla ca copilul sa nu vrea sa vorbeasca in fata aparținătorilor sau altor persoane de autoritate si atunci clinicianul poate cere ca sa vorbeasca separat cu copilul. In cazul adolescentului, considerentele de confidentialitate si de incredere mutuala sunt foarte importante.

1. Exprima interes si ofera suport emotional:

- *Observ ca esti foarte nefericit...*
- *Te supara ceva?*
- *Nu pari in apale tale astazi...*
- *Se pare ca lucrurile nu sunt prea bune pentru tine...*
- *Te-a ajutat daca ai vorbi cu cineva despre astea...*
- *Eu sunt aici ca sa te ascult si sa te ajut..*

2. Identifica situatiile inductoare de criza:

- *Hai sa vorbim despre ce se petrece cu tine...*
- *As vrea sa stiu ce te-a tulburat...*
- *Ai vrea sa vorbești despre ce s-a intamplat rau cu tine?*
- *As vrea sa te ascult...*

3. Reformuleaza problema pentru a o clarifica

- *Asa cum am inteles, ce te-a suparat este...*
- *Situatia dificila pe care vrei sa o eviti este...*
- *Aceasta este ceea ce te-a suparat foarte tare...*
- *Inteleg cat de dureros a fost aceasta pentru tine...*

2. Evaluarea suicidalitatii la copii este o evaluare care este caracterizata de folosirea mai multor surse, a mai multor metode si a mai multor nivele (Golston, 2003). Wise si Spengler (1997) considera ca indiferent de situatie este bine sa se foloseasca o intrebare de screening: “*te-ai simtit vreodata atat de rau incat sa te gandesti sa te ranesti*”. Raspunsul la aceasta intrebare poate ghida directia ulterioara a interviului. Tot ei recomanda sa se culeaga informatii despre neglijarea recenta a ingrijirii personale, a functionarii si a aparitiei unei dezordini in comportamentul copilului sau adolescentului. Informatiile de la familie sau de la scoala sunt, la fel, foarte importante. O alta metoda si un alt strat al evaluarii este cel al observatiei din timpul contactului cu copilul, precum limbajul corporal, comportamentul motor, modul de comunicare, limbajul, naratiunile si fanteziile lui. Exista mai multe instrumente standardizate de evaluare a suicidalitatii la copii si adolescenti, scale, chestionare, interviuri, care pot fi utilizate in masura in care subiectul colaboreaza sau contextual este favorabil. Uneori se pot asocia doua sau trei din astfel de instrumente, precum un chestionar si o scala sau un interviu si o scala sau un interviu cu parintii si o scala pentru copil, combinatii dictate de situatia particulara a fiecarui caz in parte.

3. Identificarea problemelor majore și a factorilor precipitanți este o etapă crucială pentru că clinicianul trebuie să ajute copilul în descrierea întâmplării, a povestii sau a naratiunii care prezintă contextul în care a apărut criza suicidară, care au fost actorii principali, cum de a ajuns în serviciul de criză și pentru ce (care a fost rațiunea acestei hotărâri), cine a inițiat aceasta, care a fost și este poziția lui, etc. Clinicianul trebuie să țină cont de capacitatea copilului de a verbaliza și descrie astfel de situații, de vocabularul și gramatica asociată stărilor emoționale și de disponibilitatea lui de a vorbi în fața altora, mai ales în fața părinților sau profesorilor sau a altor persoanelor cu autoritate. În unele cazuri se recomandă invitarea copilului de a povesti liber iar în altele este necesar să se ajute copilul prin întrebări ajutătoare.

4.

Formulează problema și evaluează severitatea ei
<p>1. Fa cu glas tare o trecere în revistă scurtă a problemei copilului care să cuprindă structura, ordinea și elementele crizei (<i>Dupa cum am inteles pana acum problema este urmatoarea...</i>)</p>
<p>2. Evaluează severitatea problemei</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Te-ai simțit vreodată așa de rău? Când? Cu ce ocazie?</i> - <i>Cat de des te simți așa de rău? Ai emoții/gânduri așa negative?</i> - <i>Cand de mult timp dureaza acestea?</i> - <i>Cand ai avut ultima oara astfel de ganduri?</i>
<p>3. Dacă consideri că copilul cu are capacitate de coping și este în pericol, întreabă în mod direct:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Te-ai gândit vreodată că nu ai nici o speranță în viața asta?</i> - <i>Ai dorit vreodată să mori?</i> - <i>Ai vreun plan pentru asta?</i> - <i>Cum ai vrea să o faci?</i> - <i>Ai mijloacele necesare?</i> - <i>Ai încercat asta vreodată?</i> - <i>Cand ai dori sa faci aceasta?</i> - <i>Unde?</i> - <i>Pari ca nu esti decis asupra acestui plan. Exista motive care te-ar face sa nu pui in aplicare acest plan?</i> - <i>Exista cineva in familie care a vorbit, a incercat sau chiar s-a sinucis?</i> - <i>Ai printre prietenii tai vreunul care a vorbit, a incercat sau chiar s-a sinucis?</i>

Shea (2002) recomandă să se ajute copilul să se focalizeze pe concret, pe descrierea întâmplării și a comportamentelor și să se ignore interpretări sau considerații asupra gândurilor și emoțiilor. Acum se încearcă să se identifice ideea suicidară, existentă

- planului si a intentiei de suicid si prezenta factorilor protectivi sau de risc din descrierea dorintelor lui si a atitudinii parintilor si a dinamicii familiei in general, a scolii si a prietenilor copilului. Indiferent de sursele de informatie disponibile, copilul ramane sursa principala de informatie asupra prezentei sau absentei ideatiei suicidare. Culegerea tuturoa acest informatii prin mijloacele specifice evaluarii copilului/adolescentului suicidar conduce in final la posibilitatea aprecierii riscului de suicid si incadrarea acestuia intr-o categorie care dirijeaza magnitudinea interventiei ulterioare. In anexa Nr. 2 se prezinta matrica de evaluare a riscului de suicid la copii si adolescenti (Ashworth, 2001).
5. Managementul emotiilor: Din cauza ca copii mici nu au inca format un limbaj al descrierii emotiilor si a selfului, clinicianul trebuie sa fie atent la felul cum copilul exprima emotiile si sa incerce sa le deceleze dupa limbajul corporal, al expresiei fetii, a riscului vorbirii,. Copilul trebuie sa i se ofere confort si siguranta, sa i se cultive increderea si consideratia care sa-i se dizolve inhibitia, timiditatea, frica sau neincrederea. Copilul care are greutati in a vorbi i se poate acorda o pauza, sa fie lasat sa se joace, sau deseneze, sa se uite la reviste cu poze si apoi sa se incerce din nou inchegarea unei comunicari simple si inofensive. Emotiile si sentimentele lui trebuie validate prin exprimarea intelegerii a ceea traieste si simte ca fiind normal, de inteles si justificat.
 6. Explorarea si generarea alternativelor. Din cauza ca copii nu au competenta sa formuleze si sa agreeze un plan de siguranta, in aceasta etapa a interventiei parintii, tutorii sau alte autoritati de protectie a copilului sunt indrituite sa ia parte la alcatuirea acestui plan de ingrijire. Cu toate acestea, clinicianul trebuie sa se faca avocatul copilului si aparatorul intereselor lui si sa formuleze acest plan in interesul protectiei copilului. Maturitatea copilului si relatia parinte – copil sunt factori cruciali care modeleaza recomandarile din planul de siguranta. Trebuie identificate alternativele care pot conduce la depasirea situatiei de criza, la decelarea rapida a disfunctionalitatilor si a masurilor de redresare a lor si la generarea unui climat de incredere, toleranta si respect. Interesul copilului, dezvoltarea lui armonioasa trebuie sa primeze oricaror altor alegeri.

Evalueaza capacitatea de coping, resursele, suportul disponibil si discuta alternativele
1. Exploreaza sistemul de suport al copilului si mijloacele lui de a rezolva problemele
2. Dezbate solutii alternative: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ce ai facut ca sa treci peste emotiile tale negative cu alta ocazie?</i> - <i>Ce alte lucruri ai incercat ca sa depasesti astfel de situatie?</i> - <i>Ai facut si altceva pentru asta?</i> - <i>Ai pe cineva de incredere care sa te ajute?</i> - <i>La cine poti sa apelezi pentru ajutor?</i> - <i>Ai impartasit sentimentele tale cu cineva?</i> - <i>A fost aceasta de ajutor?</i> - <i>Crezi ca cineva te poate ajuta?</i> - <i>Te-ai vazut cu vreun asistent social sau consilier?</i> - <i>Ce fel de ajutor te-ar ajuta si te-ar face sa depasesti problemele tale?</i>

7. Planul de siguranta trebuie sa fie concret si cu responsabilitati precise ale parintilor/ingrijitorilor copilului, pentru a decupla candoare cu care unii parinti insista ca copilul sa fie lasat acasa ca au ei grija de el. Planul se sprijina pe abilitati si competente précis identificate ale parintilor si altor ingrijitori si nu cuprinde pareri sau activitati vagi, el trebuie sa fie adaptat atat copilului cat si parintilor/supraveghetorilor si cuprinde activitati si masuri de luat in situatii ierarhizate pe o scala de severitate a ideatiei suicidare si in functie de acumularea factorilor de risc si precipitanti.

Formularea unui plan de siguranta
Angajarea copilului in formularea planului de actiune
Stai cu copilul pana la rezolutia crizei
Formuleaza cereri concrete copilului: <ul style="list-style-type: none"> - indeparteaza toate mijloacele de suicid (atunci cand sunt disponibile) - solicita un "contract/angajament de siguranta)
Consulta-te cu profesorii/consilierii scolari care au in grija copilul
Implica parintii/tutorele copilului in planul de siguranta
Furnizeaza detaliile de contact cu serviciile de urgenta (criza, camera de garda, etc.)
Furnizeaza informatii despre resursele comunitare disponibile Dupa Stoelb si Chiriboga (1998) suicidul copilului si adolescentului este un fenomen complex determinat de factori multipli care se intersecteaza intr-un anume moment in viata tanarului si astfel de poate intelege de ce nu exista nu singur predictor al suicidului ci o combinatie de factori.
Arangeaza trimiterea la specialisti atunci cand e cazul (psihiatru, pediatru, etc.)

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

Stabilirea contactelor de urmărire:

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

În cazul evoluției suicidalității, interviul cu un copil și chiar cu un adolescent prezintă o dificultate deosebită și solicită abilități speciale din partea clinicianului. Interviul cu copilul/adolescentul este singurul și cel mai important component al unei evaluări adecvate a riscului de suicid. Acest interviu are ca scop atât obținerea de informații dar și formarea raportului și a alianței necesare pentru desfășurarea ulterioară a intervenției. Copilul sau adolescentul nu este singura țintă a interviului, părinții, îngrijitorii și/sau profesorii lui sunt deopotrivă subiect al interviului de evaluare a suicidalității tânărului. Din cauza sensibilității subiectului, clinicianul poate să se simtă intimidat, reticent, anxios și chiar sub stres atunci când trebuie să intervieze un tânăr cu risc de suicid. Existența unui protocol standard de evaluare a riscului de suicid la copil și adolescent micșorează asemenea reacții. Astfel este vorba de aplicarea metodei evaluării comportamentale care este o schemă largă care cuprinde atât intervierea cât și observarea subiectului atunci când este plasat idealic în diferite contexte ale vieții lui curente precum în activități școlare sau recreative, în familie sau în grupuri de egali. Această strategie cuprinde și intervierea persoanelor capabile de a furniza informații confidențiale. În Tabelul nr. 4 se prezintă conținutul și strategia întrebărilor adresate copilului, părinților și profesorilor în cazul evaluării comportamentale (McConaughy, 2005).

Strategia intrebarii	Continutul intrebarii in functie de informant		
	Interviul cu copilul	Interviul cu parintii	Interviul cu profesorii
Intrebari semistructurate	<ul style="list-style-type: none"> - Activitati si interese - Scoala si lectii - Relatii cu prietenii si colegii - Situati de acasa si relatiile cu parintii - Sentimente si emotii - Probleme cu identitatea - Consumul de alcool/droguri - Tulburari de comportament si incalcari ale regulilor si legilor - Relatiile cu sexul opus 	<ul style="list-style-type: none"> - Functionarea sociala - Functionarea scolara - Istoria dezvoltarii individuale - Relatiile familiale - Interesele si calitatile copilului 	<ul style="list-style-type: none"> - Performanta scolara - Interesele si calitatile copilului
Intrebari structurate		<ul style="list-style-type: none"> - Simptome si informatii referitor la tulburari psihice specifice 	
Intrebari specific comportamentale	<ul style="list-style-type: none"> - Cum vede copilul probleme actuala 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemele comportamentale si emotionale - Ingrijorarile privind copilul 	<ul style="list-style-type: none"> - Probleme comportamentala la scoala - Ingrijorarile privind copilul
Intrebari referitoare la rezolvarea problemelor	<ul style="list-style-type: none"> - Aderenta la interventia formulata 	<ul style="list-style-type: none"> - Aderenta la interventia formulata - Scopul si planul initial 	<ul style="list-style-type: none"> - Aderenta la interventia formulata - Scopul si planul initial - Formularea interventiei bazate pe scoala

Tabelul Nr. 4: Strategia si formularea intrebarilor in interviul comportamental cu copilul si/sau adolescentul (McConaughy, 2005)

Prin aceste intrebari profesionistul trebuie sa gaseasca raspuns la urmatoarele probleme (Lieberman si Davis, 2002; Poland, 1989):

- Ce semne de alarma de suicid au generat prezentarea/apelarea serviciului de criza?
- Prezinta copilul/adolescentul ganduri/ideatie de suicid?
- A incercat el sa se sinucida?

- Are el un plan de cum are vrea sa se sinucida si care este probabilitatea de a fi salvat?
- Si-a imaginat reactia altora la moartea lui?
- Intelege el finalitatea gandurilor lui de suicid, respectiv moartea lui?
- Si-a facut ultimele aranjamente inainte sa moara?
- Ce metoda si-a ales pentru a se sinucide?
- Are el o retea de suport (parinti, alti adulti, scoala, prieteni, etc.)?
- Exista ceva care l-ar face sa amane planul lui de suicid?

La acestea s-ar mai adauga explorarea intelesurilor pe care copilul/adolescentul le-ar da gestului lui de suicid (vezi Tabelul Nr. 5).

<p>Lipsa controlului generand sentimente de neajutorare si lipsa de speranta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prezinta o combinatie dintre depresie si manie - percepe pierderea ca o problema ireparabila - doreste sa scape de o durere sufleteasca de nesuportat - ca raspuns la abuzul altora - auto-acuzare
<p>Obtinerea unei revanse in fata altora</p> <ul style="list-style-type: none"> - credinta ca suicidul va cauza altora sentimente de vinovatie
<p>Comunicarea unei tulburari emotionale</p>
<p>Reintalnirea cu o persoana draga</p> <ul style="list-style-type: none"> - incapacitatea de a suporta singuratatea si pierderea - dorinta de a se reuni cu cineva drag care a disparut
<p>Contextul familial</p> <ul style="list-style-type: none"> - credinta ca este la originea conflictelor familiale - distragerea familiei de la alte probleme (de ex. divort) - perceperea ca este un copil nedorit de familie
<p>Anticiparea pierderii</p> <ul style="list-style-type: none"> - anticiparea despartirii de o persoana iubita

Tabelul Nr. 5: Intelesuri posibile ale suicidului la copii/adolescenti (Ashworth, 2001)

Exista mai multe interviuri structurate sau semistrustrate pentru evaluarea suicidalitatii la copil si adolescent insa unele din ele nu pot fi prezentate aici din cauza de copyright iar altele sunt lipsite de confidenta si validitate. De aceea se recomanda ca profesionistul sa utilizeze un interviu conform experientei sale clinice in care sa utilizeze

cateva din intrebarile cheie care nu pot lipsi din orice tip de evaluare. Majoritatea copiilor/adolescentilor raspund deschis si onest daca intrebarile sunt puse cu grija, in mod respectos si empatic. Poland (1989) furnizeaza urmatoarele recomandari pentru procesul de intervievare pentru suicid:

- culege cu calm informatii despre letalitate si identifica cursul actiunii suicidare;
- foloseste abilitatile de ascultare activa prin reflectarea sentimentelor, atitudine necritica si luarea in serios a problemelor;
- exprima grija, suport, incredere si incurajeaza efortul de coping al tanarului;
- empatizeaza cu eforturile anterioare de a depasi problemele;
- culege informatii despre familie si istoria ei;
- cauta alternative la suicid;
- nu face nici o conventie cu tanarul privind tinerea secreta a dorintei lui de suicid, exprima limitele confidentialitatii si necesitatea de a informa parintii, tutorele sau autoritatile;
- documenteaza in scris interactiunea cu clientul.

Jacobsen si colab. (1994) furnizeaza un set de intrebari care sunt adecvate evaluarii copilului cu comportament suicidar. Aceste intrebari pot fi luate ca sugestii si pot si refrazate conform experientei clinice si contextului interviului de catre lucratorul in criza. Mai jos sunt prezentate cateva din aceste intrebari:

A. Stabilirea prezentei sau a istoriei de ideatie sau comportament suicidar:

1. *Te-ai simtit atat de suparat ca ai dorit sa nu fi trait sau sa vrei sa mori?*
2. *Ai facut vreodata ceva care sa fie asa de periculos ca ai fi putut sa te ranesti grav sau sa mori?*
3. *Ai incercat vreodata sa te ranesti sau te-ai ranit vreodata?*
4. *Ai incercat vreodata sa te omori?*
5. *Ai incercat vreodata sa faci ceva ca sa mori?*

B. Evaluarea intentiei suicidare:

1. *Ai spus cuiva ca vrei sa mori sau ca te-ai gandit sa te omori?*
2. *Ai facut ceva ca sa fi gata sa te omori?*
3. *Ar fi cineva langa tine sau cu tine cand ai incerca sa te omori?*
4. *Te-ai gandit la ce ai face ca sa te omori?*

5. *Dupa ce ai incerca sa te omori si nu ai murit, ai mai vrea sa te omori ori ai vrea sa traiesti?*
- C. Pentru cazul copilului cu conceptii imature despre moarte si cauzalitatea ei:
1. *Te gandesti sa te omori mai mult de o data sau doua ori pe zi?*
 2. *Ai incercat sa te omori de cand a inceput scoala?*
 3. *Ce crezi ca s-ar intampla daca ai incerca sa sari pe fereastra?*
 4. *Ce s-ar intampla daca ai fi mort, cum ar fi?*
- D. Evaluarea impactului starii emotionale asupra ideatiei si comportamentului suicidar:
1. *Iti amintesti emotiile/sentimentele pe care le-ai avut cand te-ai gandit sau ai incercat sa te omori?*
 2. *Cat de diferite au fost acelea de felul cum simti acum?*
- E. Intervievarea parintilor despre ideatia suicidara a copilului:
1. *Ce s-a intamplat exact, pas cu pas, in ziua cand copilul Dvs a spus ca vrea sau a incercat sa se omoare?*
 2. *Cum ati aflat ca copilul Dvs vrea sau a incercat sa se omoare?*
 3. *Ca ati facut cand ati aflat ca copilul Dvs gadeste sau vrea sa se omoare?*
 4. *Ce s-a intamplat dupa ce copilul Dvs a incercat sa se omoare?*
- F. Determinarea prezentei factorilor de risc pentru suicid:
1. *Te-ai mai gandit vreodata sa te omori sau ai incercat vreodata sa te omori?*
 2. *Cum te intelegi cu familia sau cu prietenii?*
 3. *S-a intamplat recent ceva rau pentru tine sau pentru familia ta?*
 4. *Te-ai simtit recent trist, cu probleme cu somnul, fara pofta de mancare, nervos, obosit?*
 5. *Ai consumat recent alcool sau droguri?*

In cazul adolescentului, ca si in cazul adultului, Rudd (1998) furnizeaza un pachet de intrebari generale pentru evaluarea ideatiei suicidare, planului de suicid si a motivelor de a trai sau a muri. Si acestea au un rol orientativ pentru clinician care trebuie sa se simta liber sa le refrazeze si utilizeze in ordinea si felul in care considera ca este adecvat subiectului si contextului evaluarii.

A. Frecventa, intensitatea si durata ideatiei suicidare

Ati avut vreodata ganduri sa va puneti capat zilelor, respectiv 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 scala 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 scala de la 1 la 10?

De regula evaluarea copilului si adolescentului se incheie cu interviul cu parintii si/sau alti adulti implicati in dezvoltarea/educatia/protectia tanarului (tutor, profesor, asistent social, etc.). In cazul copilului mic, de cele mai multe ori evaluarea incepe cu interviul cu parintii sau cu cei care au initiat aducerea copilului in serviciul de criza, cu cei care au perceput criza suicidara a copilului si se incheie tot cu acestia. Interviul cu familia are ca tinta urmatoarele probleme (Weller si colab. 2001):

- motivul prezentarii si/sau cine a initiat prezentarea la serviciul de criza/urgenta;
- principalele probleme din prima copilului si a parintilor;
- comportamentul suicidar, istoria suicidalitatii copilului;
- relatiile dintre copil si parinti si/sau ceilalti copii din familie;
- afectivitatea copilului;
- istoria psihiatrica (diagnostice, tratamente, spitalizari, etc.)
- istoria dezvoltarii psiho-afective si fizice a copilului;
- istoria sociala (comportamentul scolar, activitati extrascolare, relatiile cu ceilalti);
- istoria familiala medicala si psihiatrica.

Se considera ca in cazul copilului si adolescentului cea mai buna metoda de evaluare a suicidalitatii este interviul direct cu subiectul. Cu toate acestea s-au dezvoltat mai multe instrumente standardizate de evaluare care se aplica in diferite imprejurari ale procesului de evaluare dar a caror confidenta variaza de la instrument la instrument. Pentru o documentare mai larga se poate consulta lucrarea lui DB Gloston (2000): "Assessment of Suicidal Behaviors and Risk among Children and Adolescents" care prezinta o documentare quasi-exhaustiv asupra instrumentelor disponibile pentru evaluarea suicidalitatii la tineri dar care nu prezinta insa nici un instrument pe larg. In cartea de fata prezint doar cateva instrumente de evaluare care pot fi introduce in practica zilnica a serviciului de criza si care au avantajul ca se pot constitui in documente confidente ale dosarului clientului in cazul in care se ridica probleme de malpractice or alte probleme legale.

Scala Columbia de evaluare a severitatii ideatiei si comportamentului suicidar (The Columbia–Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS) a fost dezvoltata de Posner si

colab. (2011) cu scopul de a cuantifica in mod standardizat ideatia si comportamentul suicidar si de a putea astfel urmari modificarea lor sub diferite interventii. Scala foloseste o nomenclatura stricta si definitii operationale ale conceptelor folosite in evaluarea suicidalitatii si prezinta versiuni pentru adulti si pentru adolescenti iar pentru fiecare din acesti, versiuni pentru screening si versiuni de evaluare de baza. Scala C-SSRS evalueaza in mod specific ideatia suicidara, intentitatea ei, intentia de suicide si planul de suicid. Calitatile psihometrice ale acestor versiuni au fost verificate in studii clinice controlate si au aratat scoruri inalte la validitate, confidenta interna si sensibilitate la schimbare (Posner si colab. 2011). In anexa Nr. 3 se prezinta scala Columbia pentru adolescenti, versiunea de screening, focalizata mai ales pentru detectia riscului de suicid.

Inventarul scurt de evaluare a motivelor de a trai versiunea pentru adolescenti (The Brief Reasons for Living Inventory for Adolescents – BRFL-A) a fost dezvoltata de Osman si colab. (1996) modificand versiunea pentru adulti a Inventarului pentru motive de a trai (Reasons for Living Inventory, Linehan si colab. 1983). Originalul continea 48 intrebari ce explorau sase tipuri de ratiuni pentru a ramane in viata si fiecare intrebarea era cotate pe o scala cu 6 trepte (de la 1= total neimportant la 6= extreme de important). Un scor mic indica pericolul de suicid prin lipsa factorilor protectivi. Versiunea pentru adolescenti contine numai 14 itemi ce reprezinta 5 factori: dezaprobari sociala, obiectie morala, supravietuire, responsabilitate fata de familie si frica de suicid. Studiile intreprinse pe doua loturi de adolescenti arata o buna validitate si consistenta interna a scalei iar analiza discriminativa regresiva evidentiaza capacitatea scalei de a diferentia dintre adolescentii cu ideatie suicidara de cei fara ideatie suicidara. Scala are si o buna senzitivitate identificand corect suicidarii in proportie de 84,2% si specificitate, identificand corect 88,9% din adolescentii nonsuicidari din lotul de studiu al acestor autori. Inventarul este recomandat sa fie utilizat pentru identificarea si documentarea ideatiei si comportamentului suicidar atat in serviciile de criza, servicii de urgenta cat si in alte situatii, precum consiliere scolara (in anexa Nr. 4 se prezinta acest inventar).

Scala “SAD PERSON” este un instrument simplu dezvoltata de Patterson si colab. (1983) care evalueaza un numar limitat de elemente esentiale pentru aprecierea riscului suicidar, elemente care ii dau prin abreviere numele: S = sex (barbatesc) – 1 punct; A = age (varsta) 25-34 si peste 65 – 1 punct; D = depresie 1 punct; P = previous attempt (incerari

anterioare) – 1 punct; E = ethanol abuse (abuse de alcool) – 1 punct; R = Rational thinking loss – psychosis (pierderea judecatii – psihoza) – 1 punct; S = social support lacking (lipsa suportului social) – 1 punct; O = organized suicide plan (plan de suicid stabilit) – 1 punct; N = no spouse – for male (fara partener in cazul barbabilir) 1 punct; S = sickness chronic/severe (boala cronica/severa) 1 punct. Pe baza acestei scale, Juhnke (1996) construiește o versiune pentru copii in care unii itemi au fost modificati ca sa corespunde varstei lor in sa abrevierea ramane aceiasi “SAD PERSON – children”. Si acesti itemi se coteaza doar cu “prezent” sau “absent” primind 1 punct pentru “prezent”. Acesti itemi sunt urmatarii:

- sex – masculin
- varsta – 15 ani sau peste
- depresie sau tulburare afectiva
- incercari de suicide anterioare sau internare in serviciu de psihiatrie
- consum de alcool/droguri
- pierderea judecatii – psihoza
- lipsa de suport social
- plan de suicid stabilit
- parinti delasatori, stress in familie, suicide in familie
- probleme scolare, tulburari de comportament la scoala, experiente umilirii (este tinta bascaliei).

Aceasta scala este prevazuta cu urmatoarele scoruri prag care determina un anumit nivel de interventie:

- 1-2 risc minim; interventia necesara este comunicarea cu parintii si ingrijitorii, scoala, observatie in continuare, copilul poate fi trimis acasa;
- 3-6 risc moderat; interventii necesare: comunicare, formularea planului de siguranta, obtinerea contractului de siguranta, observatie stransa, comunicarea cu parintii/ingrijitorii/scoala, educarea lor in vederea mentinerii sigurantei, consult psihiatric, discutarea eventualitatii internarii, contacte de urmarire, documentare;
- 7-10 risc mare: interventie necesara: internare voluntara sau involuntara, documentare.

Scala de evaluare a riscului de suicide la copii (Child Suicide Risk Assessment – CSRA) este un instrument recent dezvoltat de Larzelere si Andersen (2004) cu scopul de a identifica rapid copii/adolescentii (screening), in special cei peste 12 ani, care au nevoie de observare atenta si interventie precoce pentru a preveni un eventual suicid. Instrumentul are trei mari sectiuni: sentimente (de ex. griji, tristete, vinovatie, lipsa de speranta, etc.), familie si prieteni (relatiile cu parintii, relatiile cu prietenii, pierderi persoane dragi, suicidul in familie) si conceptia copilului asupra mortii (de ex. ce se intampla cand cineva moare, daca oamenii sunt fericiti cand mor, daca oamenii se mai intorc dup ace mor, ganduri de suicide si auto-vatamare). Scala contine 18 intrebari si este prezentata in Anexa Nr. 5. Intrebarile se formuleaza in functie de o perioada de timp aleasa de intervievator: o saptamana, o luna, ultimele 6 luni (de ex. ai fost in ultima luna...(intrebarea)?). Raspunsurile sunt DA sau Nu si se coteaza cu 1 punct raspusul afirmativ. Autorii considera ca dincolo de un scor de 8, copilul necesita evaluare atenta, observare si interventie, avand un risc semnificativ de suicide.

Indexul pentru evaluarea potentialului de suicide la copii si adolescenti (Child-Adolescent Suicidal Potential Index – CASPI) este dezvoltat de Pfeffer si colab (2000). Ei pornesc de la ideia ca majoritatea suicidului la copii si adolescenti este facut in contextual tulburarilor psihice preexistente, a familiei disfunctionale si a experientelor stresante, precum pierderea unei persoane dragi, abandon, rejectie si abuz. Autori au dorit sa construiasca un instrument de detectie a riscului de suicid bazat pe auto-raportarile copilului. Scala contine 30 intrebari si subiectul poate alege raspunsul dintre DA si NU. Intrebarile raspund la trei factori: depresie impulsiv-anxioasa (oamenii vorbesc despre mine, oamenii nu ma plac, am probleme cu concentrarea, sunt trist, nu am nici un merit, sunt nelinistiti, imi place sa fiu singur, hotarasc greu, sunt nervos, ma simt vinovat, am facut probleme familiei, ma enervez repede), ideatie suicidara (am ganduri sa ma omor, am incercat sa ma omor, am incercat sa ma ranesc, doresc sa fiu mort, imi place sa-mi risc viata) si distress familial (parintii ma bat, tata o bate pe mama, parintii striga la mine, parintii nu-mi vorbesc, parintii ma pedepsesc, parintii se cearta intre ei, parintii beau alcool). Scala prezinta note bune de validitate si confidenta dar ea nu poate fi prezentata in lucrarea de fata fara acordul autorilor.

Un alt instrument recomandat este cel dezvoltat de Brock si Sandoval (1997). Ei au construit un interviu pentru copii scolari pentru a decela ideatia suicidara si riscul de suicid.

Acest interviu este prezentat la Anexa nr. 6 cu scopul de a da clinicianului care folosește această carte sugestii și un model care poate fi încorporat în activitatea lui curentă.

Intervenția în criza suicidului copilului și adolescentului este un proces dinamic care începe de la primul contact cu copilul și care nu se termină odată cu plecarea lui din serviciul de intervenție în criză. Ea se întinde pe toate fazele evaluării și însuși exprimarea interesului, considerației, empatiei, ascultarea activă reprezintă o parte importantă a intervenției. Coleman și O'Halloran (2004) recomandă următoarea atitudine ca raport imediat în fața crizei suicidului copilului:

- fi pregătit emoțional să asisti un copil cu suicid, stai calm, privește direct și vorbește calm și clar;
- nu lăsa copilul singur, chiar dacă dorește să meargă la WC, asigură-l că tu îl vei însoți oriunde pentru că îți pasa de el, vrei să fi cu el și vrei să-l ajuti;
- “cumpara timp”: încurajează copilul/adolescentul să vorbească, indiferent despre ce, pentru că cu cât vorbește mai mult cu atât are mai puțină energie pentru a întreprinde un suicid;
- lăsa-l să înțeleagă că îl asculți și îl iei în serios, reflectă verbal și corporal ceea ce spune;
- afirmă că înțelegi că opțiunea lui este suicidul dar că împreună s-ar putea descoperi și alte opțiuni valabile pentru rezolvarea problemelor lui;
- solicită să-ți dea pastilele sau orice alt mijloc de suicid care-l are asupra sa;

Există un consens larg în ceea ce privește intervenția față de suicidul la copii și adolescenți și anume: identificarea factorilor de risc și furnizarea de recomandări în cazul unei situații acute. Brent (1997) recomandă următoarele acțiuni: i) evaluarea riscului iminent de suicid; ii) negocierea unui contract de siguranță; iii) limitarea disponibilității mijloacelor de suicid; iv) furnizarea suportului și contactului 24/24h; v) spitalizare când este necesar.

Se întâmplă foarte rar ca copilul sau adolescentul să se prezinte singur la serviciul de urgență sau serviciul de criză. De cele mai multe ori el este adus de către familie, profesori, alți îngrijitori sau de către colegi sau poliție. După furnizarea unei ambianțe confortabile, introducerea programului și a clinicianului și evaluarea rapidă a statutului fizic al copilului,

lucratorul in criza trebuie sa informeze tanarul despre datoria lui de a raporta ori ce situatie suicidara conform procedurilor legale si aceasta nu inseamna ca lucratorul isi tradeaza clientul. De multe ori tanarul este de acord sa vorbeasca de ideile si planul lui de suicid cu conditia ca aceste informatii sa ramana "secrete". Nicideata nu trebuie sa se accepte acest targ, ci din contra, trebuie sa i se explice cu rabdare ca aceasta raportare vine din responsabilitatea profesionistului, ca si a tuturor lucratorilor in ingrijirea sanatatii, fata de orice individ de care are cunostinta ca se afla la risc pentru a-si pierde viata. Aceasta nu reprezinta o spargere a confidentialitatii informatiilor obtinute in cursul interviului de evaluare. Astfel, lucratorul trebuie sa ceara cooperarea tanarului pentru informarea parintilor/tutorelui furnizand date despre numele lor, adresa, numarul de telefon si alte detalii pentru a fi contactati. Aceasta nu inseamna in mod automat ca ei vor asista la interviul de evaluare sau ca alte informatii vor fi facute public. Informatiile obtinute nu pot impartasite altor organizatii sau agentii de protectia a copilului fara acordul parintilor tanarului. Confidentialitatea si situatiile in care ea poate fi incalcata este o chestiune foarte senzitiva in cazul copilului si adolescentului pentru ca ea insasi se poate adauga distresului preexistent. Astfel, al doilea gest al lucratorului in criza este de a informa parintii/tutorele despre situatia copilului si a solicita colaborarea lor in timp util. Daca parintii sunt necooperanti sau neaga riscul de suicid al copilului lor, dar copilul este in iminenta de suicid, atunci lucratorul in criza poate notifica autoritatile de protectie a copilului iar copilul poate fi escortat la serviciul de urgenta a spitalului cautandu-se internarea lui ca modalitate de a asigura siguranta lui pentru urmatoarele 24 h.

Atunci cand tanarul este adus de altii la serviciul de criza sau de urgenta, se poate presupune ca riscul de suicid a fost apreciate de acestia sau de cei care au initiat trimiterea copilului la acest program. Informatiile de la cei ce l-au adus trebuie culese si interpretate cu grija si fac parte din documentarea cazului. Nu e neaparat necesar ca acestea sa fie confirmate de tanarul in cauza. In acest moment urmatorul pas la interventiei este indepartarea mijloacelor de suicid care s-ar putea afla inca asupra tanarului, precum medicamente, arme de foc, otravuri, cutit, etc. In tot acest timp este bine ca lucratorul in criza sa lase tanarul sa controleze oarecum situatia, sa nu-l forteze sa raspunda atunci cand evita, sa puna intrebari deschise si sa accepte versiunea lui asupra a ceea ce s-a intamplat, sa respecte cand vrea sa taca sau sa abata subiectul. Clinicianul trebuie sa incerce sa normalizezi reactiile emotionale ale subiectului si sa inchege un dialog fluent si onest. Cand

aceast flux de comunicare se constituie, lucratorul in criza trece la al 4-lea pas al interventiei care este obtinerea unui contract de siguranta.

Contractul de siguranta este o promisiune facuta de tanar de nu intreprinde nimic care sa-l raneasca sau sa-l omoare. El se formuleaza doar dupa constituirea unei solide relatii terapeutice cu tanarul. El prevede unde si cum tanarul trebuie sa ceara ajutor inloc sa comita o tentative de suicid, asta dupa ce i s-a explicat in detaliu cum ajutorul oferit poate sa-i ofere protectie si ajutor. El cuprinde numele persoanei de contact (de obicei centrul de criza) si numarul de telefon sau locul unde trebuie sa se adreseze in cazul in care prezinta ideatie suicidara intensa pe care nu o poate controla. Contractul poate fi facut verbal sau in scris. Pentru tineri, contractul de siguranta este o interventie mult mai eficienta decat in cazul adultilor pentru ca probabilitatea ca un tanar sa-si calce cuvantul in acest caz este mai mica decat la adulti.

Paralel cu obtinerea unui contract de siguranta, lucratorul de criza intreprinde tot ce este necesar pentru formularea unui **plan de siguranta/ingrijire** a copilului in cazul in care acesta se intoarce acasa. Acest document se intocmeste impreuna cu parintii sau cei in sarcina carora este copilul. Partea centrala a planului este modul cum se organizeaza si se asigura supravegherea continua a copilului. Inainte de formularea acestui plan, lucratorul in criza trebuie sa aibe toate datele disponibile despre suicidalitatea copilului, factorii precipitanti, factorii protectivi, intentia, planul si letalitatea mijloacelor, identificarea conditiilor preexistente si disponibilitatea alternativelor de terapie (diagnostice, terapii medicamentoase si nemedicamentoase), structura si dinamica familiei. Planul de ingrijire cuprinde tintele supravegherii precum identificarea comportamentului suicidar, impiedicarea accesului si procurarii de mijloace de suicid, managementul reactiilor emotionale si comportamentale, stoparea consumului de alcool/droguri, formarea unui ambiente protective si suportive in familie, libertatile si ingradirile copilului la diferite activitati scolare sau recreationale, indepartarea sau neutralizarea conditiilor care pot contribui la aparitia unor situatii de criza, contactele cu serviciile de ingrijire a sanatatii si respectarea medicatiei in cazul existentei tulburarilor psihopatologice, locurile si persoanele care pot fi contactate in cazul in care familia se simte depasita de complexitatea problemelor curente. Planul de siguranta/ingrijire este un document individualizat ce se formuleaza in functie de intensitatea si severitatea comportamentului suicidar al tanarului, de structura si conditiile familiale sau

de ingrijire de la domiciliu si de existenta factorilor psihopatologici (depresie, impulsivitate, consum de substante, etc.). El cuprinde si contactele ulterioare cu serviciul de criza (contacte follow-up) cu ocazia carora planul se trece in revista si se fac modificarile si ajustarile necesare in functie evolutia cazului. Planul de siguranta se aduce la cunostinta tanarului si trebuie sa aiba autoritatea formularii de catre profesionist, parintii sau ingrijitorii au doar rolul de colaboratori, supraveghetori si executanti, altfel el va fi vazut de catre tanar ca un alt mod de ingradire a libertatilor lui, de pedepsire si de expreie a autoritatii adultilor asupra copiilor.

Planul de siguranta trebuie sa fie unul scris in doua exemplare, unul pentru parinti/ingrijitor si altul pentru dosarul tanarului care ramane in servicul de criza.

Atata pentru contractul de siguranta cat si pentru planul de siguranta exista anumite limitari generate de particularitatile varstei copilului, a dinamicii familiei si a conditiilor psihopatologice preexistente precum distorsiunile cognitive ale copilului, severitatea depresiei sau lipsa de control a impulsurilor, consumul de alcool/drog, familie disfunctionala si conflictuala, incapacitatea familiei de a asigura supraveghere din cauza programului de lucru, aderenta scazuta fata de specificatiile din aceste documente (Ashworth, 2001).

Atunci cand situatia copilului cere internare intr-un serviciu medical, planul se siguranta va fi formulat la externare de catre personalul acelu serviciu. El poate si trebuie sa cuprinda contactele de urmarire care vor facute de serviciul de criza.

Sunt cazuri severe cand este nevoie de o supraveghere unu-la-unul, adica o supraveghere minut de minut. In conditii speciale, supravegherea unu-la-unu se poate asigura la spital si acasa atunci cand exista membrii de familie dispusi sa o faca si au responsabilitatea si educatia necesara. In tabelul Nr. 6 se prezinta indicatorii dupa care se judeca necesitatea supravegherii intensive unu-la-unu sau internarea intr-un serviciu spitalicesc de psihiatrie infantila (Ashworth, 2001).

In alte cazuri spitalizarea este indicata pentru tratament de specialitate, precum in cazuri de psihoza, tulburari afective, tulburari de comportament, agresivitate si impulsivitate extrema, nevoia de urmarire a tratamentului medicamentos, lipsa de ingrijire din partea altora sau a lui proprie.

<p>1. CARACTERISTICILE SUICIDALITATII CURENTE/TENTATIVEI ANTERIOARE DE SUICID:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ideatie suicidara activa cu plan si intentie - Intentie definita si incercare de suicide cu letalitate mare - Motivatie de a muri sau a scapa de o situatie sau de emotii dureroase - Inabilitatea de a mentine un contract de siguranta
<p>2. PSIHPATOLOGIE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depresie – severa sau comorbiditate - Tulburare bipolara - Abuz de alcool si/sau droguri - Psihoza - Diagnostic multiple
<p>3. ISTORIE DE SUICIDALITATE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lipsa de aderenta la tratamentul ambulator - Incercari anterioare de suicid
<p>4. CARACTERISTICI PSIHOLOGICE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lipsa de speranta - Agresiune/ostilitate
<p>5. PROBLEME FAMILIALE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abuz - Parinti cu tulburari mentale severe - Parinti incapabili sau nedoritori de a oferi protectie sau monitorizare copilului lor

Tabelul Nr. 6: Indicatorii necesitatii supravegherii intensive unu-la-unu a copilului suicidar (Ashwood, 2001).

Dupa prima faza de interventie in criza, cand interventia s-a adresat direct suicidalitatii subiectului, urmeaza pasul urmator, al 5-lea in conventia de fata, care are ca scop remediarea sentimentului de lipsa de speranta, a dificultatilor de coping, imbunatatirii imaginii proprii, a functionarii interpersonale si a abilitatii de rezolvare a problemelor, diagnosticarea si tratamentul tulburarilor psihice si de personalitate, psihoeducatia familiei, imbunatatirea parentingului si se termina prin recadrarea copilului/adolescentului in familie si scoala (Fristad si Shaver, 2001). Aceste probleme sunt abordate printr-un modul interventie care isi are originea in terapie scurta cognitiv-comportamentala, in terapia scurta bazata de solutie si in terapia dialectic-comportamentala. Abordarea acestui modul de terapie scurta presupune contactul cu tanarul pentru 6-8 sedinte de terapie cu clinicianul de la programul de criza.

Au fost dezvoltate mai multe tehnici de terapie cognitive comportamentala scurta pentru tineri cu suicid. Trautman (1995) concepe un program pentru adolescenti si familiile

lor care cuprinde invatarea de a identifica si denumi emotiile, gandurile automate si de a rezolva problemele iar familia este implicata pentru a invata sa comunice mai bine si sa identifice si sa rezolve problemele in comun. Rotheram-Borus si colab. (1994) manualizeaza o terapie scurta cognitive-comportamentala pentru adolescenti si familiile lor cu scopul de a incuraja interactiunea, reformularea problemelor ce conduc la riscul adolescentului pentru suicid si imbunatatirea stilului de rezolutie a conflictelor.

Terapia scurta focusata pe problema are ca scop cresterea competentei de a identifica problemele si a descoperi si construi solutii realiste. Aici subiectul este vazut ca expert si ca actor, ca parte a problemei si a solutiei ceea ce conduce la responsabilizarea tanarului in a face o schimbare semnificativa si pozitiva atunci cand prezinta ideatie suicidara (Fiske, 1998).

Terapia dialectic comportamentala dezvoltata de Linehan (1993) este o terapie efectiva in cazul suicidalitatii la adulti. Ea a fost folosita si la adolescenti de Miller (1999) si de Katz si colab. (2000). Ea se bazeaza pe invatarea unor abilitati speciale de stabilizare a dezordinii emotionale, a tolerarii distressului si a acceptarii realitatii asa cum este. Problema care se ridica aici este ca invatarea acestor tehnici solicita mai multe sedinte de terapie, insa multe din ideile acestei terapii pot fi utilizate cu success chiar intr-o singura sedinta sau cand interventia se face la telefon. Astfel clinicianul valideaza emotiile subiectului, nu le priveste critic, nu face comentarii directive si furnizeaza in mod simplu si amical sugestii pentru distragerea atentiei de la distress sau acceptarea lui ca atare, pentru dirijarea atentiei pe propria respiratie, calmarea emotiilor prin utilizarea fiecarui simt in parte, folosirea tehnicilor de imagerie creativa, acceptarea realitatii prin analiza lantului evenimential, dezangajarea de suferinta, etc. Toate aceste tehnici sunt simple si tanarul le poate invata si repeta odata cu clinicianul in timpul unei singure sedinte sau a unei convorbiri telefonice. Clinicianul trebuie educat si antrenat corespunzator pentru asemenea tehnici.

Pe parcursul evaluarii si interventiei in criza este esential sa se ia in considerare colaborarea cu medicul psihiatru infantil. De calitatea acestei colaborari depinde de cele mai multe ori deznodamantul pozitiv al interventiei in criza. Astfel, lucratorului in criza i se cere sa aiba o cunoastere adecvata a diagnosticului psihiatric al tanarului pentru ca exista o evidenta robusta ca tinerii care comit suicid prezinta in marea majoritate tulburari psihopatologice subjacente precum depresia, tulburare bipolara, tulburare de control a

impulsurilor si emotiilor, schizofrenie, tulburare de uz de substante, tulburari de comportament, etc. Aceasta justifica ca tanarul cu astfel de suspiciune trebuie sa fie referit pentru evaluare psihiatrica si tratament de specialitate. Recomandarile psihiatrului trebuie sa se regaseasca in programul de siguranta/ingrijire si sa fie monitorizate prin contactele de follow-up.

Colaborarea cu familia este capitala in interventie si planul de siguranta. Se cunoaste ca copii si adolescentii cu probleme suicidare se recruteaza in marea lor majoritate din familii cu probleme, cu comunicare distorsionata, cu conflicte si abuzuri. Aceasta colaborare se face de-a lungul intregului periplu al evaluarii si interventiei in criza, chiar si prin participarea ei la sedintele de terapie specifica. Interventia nu este niciodata completa daca nu se adreseaza si familiei tanarului. Desi de cele mai multe ori informatia ca copilul lor este suicidar face ca familia sa fie in soc sau distress, informarea parintilor despre situatia copilului este cea mai valoroasa si disponibila resursa pentru prevenirea suicidului copilului (EPSS, 2011). . Cele mai intalnite reactii ale parintilor atunci cand afla ca copilul lor este suicidar sunt: reactia acuta de soc, anxietate severa cu senzatie de paralizie, confuzie, negare, sentiment de vinovatie, manie sau beligeranta. Lucratorul in criza trebuie sa identifice aceste reactii si sa considere ca criza este a intregii familii, sa ajute parintii sa depaseasca starea emotionala, sa accepte situatia si sa recunoasca rolul important pe care il au in ajutorul copilului lor si sa participe colaborativ la activitatea lucratorului in criza si a altor specialisti implicati. Apoi lucratorul in criza trebuie sa furnizeze o serie de informatii si directii care sa ajute parintii sa fie eficienti in asigurarea securitatii si protectiei copilului si in construirea unei homeostazii familiale in care copilul sa se simt dorit, iubit, protejat si auzit. Discuta cu parintii despre factorii de risc de suicid ai copilului lor, despre factorii precipitanti si despre factorii protectivi, invata-i sa recunoasca comportamentul de risc si cum se face monitorizarea sau supravegherea unu-la-unu in caz de risc sever de suicid, supravegheaza medicatia recomandata copilului. Invita parintii sa participe la sedinte de terapie daca copilul agreeaza aceasta si invita parintii sa participe la formularea planului de ingrijire/siguranta si sa raspunda la contactele de follow-up. In tabelul Nr. 7 se prezinta unele sugestii psihoeducative pentru parintii unui copil suicidar sau cu instabilitate emotionala severa asa cum au formulate de Departamentul de Educatie in Hong Kong (EPSS, 2011).

<p>1. Asculta copilul:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asculta copilul cu empatie - Lasa-l sa exprime sentimentele lui - Nu crede ca a-l bate pe spate este un raspuns la problemele lui - Petrece cat mai mult timp cu copilul si ia-l cu tine la cumparaturi, la sport, du-l la o cofetarie, la cinematograful, etc.
<p>2. Vorbeste-i:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fi onest si cinstit - Nu da lectii si nu critica copilul - Daca se intampla ceva dificil in familie, precum conflicte, dispute, etc. explica-i copilului despre ce este vorba in mod onest - Vorbeste-i despre copilaria ta - Incurajeaza-l, premiaza-l si ajuta-l sa-si construiasca stima de sine si incredere - Ajuta copilul cum sa rezolve problemele in mod realist si eficient
<p>3. Cauta ajutor specializat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cauta consiliere specializata - Nu incerca sa rezolvi problema singur
<p>4. Raspunde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>“Vreau foarte mult sa stiu ce te supara...”</i> - <i>“Haide sa vorbim despre asta...”</i> - <i>“Lucrurile pot fi dificil de rezolvat dar eu sunt totdeauna aici sa te ajut...”</i> - <i>“Imi pare teribil de rau daca te-am suparat sau ranit...”</i> - <i>“Hai sa ne ajutam impreuna...”</i>
<p>5. Fi atent</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nu incerca sa rezolvi problema singur - Nu promite sa ti secret o problema a copilului - Nu evita sa abordezi problema suicidului - Nu lasa copilul singur acasa daca e in distress sever - Monitorizeaza sau supravegheaza minut cu minut in caz de risc sever de suicid

Tabelul Nr. 7: Sugestii psihoeducative pentru parintii unui copil cu risc suicidar (ESPP, 2011)

Monitorizarea suicidalitatii copilului este o obligatie profesionala si deontologica a lucratorului in criza. Ea se face prin stabilirea si organizarea contactelor de urmarire, cat de des (zilnic, tot la doua zile, etc.), cine le face (lucratorul in criza, parintii/ingrijitorii copilului sau tanarul insusi), la ce ora se executa, informatiile care se comunica (informatie despre situatia actuala, indicatorii riscului de suicid, trecerea in revista a planului de siguranta, facerea ajustatilor necesare), ce se intampla daca nu se primeste contactul programat.(in mod imperativ, lucratorul in criza contacteaza copilul si parintii lui daca nu primeste telefonul prevazut).

Transferul responsabilitatii ingrijirii copilului se face de la un lucrator la altul conform graficului de lucru sau de la un serviciu la altul, de la un clinician la altul si cuprinde transferul informatiile esentiale referitor la caz, nivelul de urgenta, nivelul de ingrijire necesar, planul de siguranta si criteriile si modul de monitorizare. Modul cum s-a facut transferul responsabilitatii ingrijirii este parte importanta din documentarea cazului. Un caz particular il reprezinta transferul responsabilitatii atunci cand copilul se reintegreaza in scoala. Aici exista o dilema intre a transfera informatii pentru monitorizarea copilului si a pastra confidentialitatea informatiilor. Parintii copilului sunt cei care sunt autorizati sa ofere acordul ca anumite informatii sa fie transferate profesorului, consilierului scolar, psihologului scolar. In acest caz lucratorul in criza poate face transferul informatiilor catre persoane special desemnate.

Documentarea reprezinta inregistrarea tuturor actiunilor si activitatilor in ordinea logica a procesului de evaluarea a riscului de suicid (intensitatea ideatiei suicidare, intentia si planul, factori de risc, factori protectivi) si de interventie, nivelul de urgenta si de ingrijire, planul de siguranta, contractul de siguranta, implicarea familiei, masurile psihoeducative cu parintii, monitorizarea (contactele follow-up), transferul responsabilitatii si deznodamentul cazului, respectiv cand cazul a fost inchis.

Din toate ce s-au discutat aici se vede cum criza suicidara a copilului si adolescentului este o problema cu mult mai complexa decat cea al adultului din mai multe motive: formarea cu dificultate a aliantei terapeutice cu copilul, procesul de evaluarea solicita precautii specifice, interventia se adreseaza atat copilului cat si parintilor, contractul de siguranta detine un rol important, parintii sunt parte a planului de siguranta, iar monitorizarea este indirecta (se face prin intermediar, de ex.parinti/ingrijitori).

Anexa nr. 1**Lista cu semnele de alarma ale suicidului la copii si adolescenti**

(Urmatoarele semne de alarma pot indica un tanar aflat la risc pentru suicid.

Lista este alcatuita de Suicide Information and Education Center (SIEC), Canada, 2005)

Semne fizice:	Semne comportamentale:
Neglijarea ingrijirii personale;	Redactarea unui testament, scrierea de poezii sau povestiri despre suicid sau moarte;
Schimbari bruste in modul de imbracare, neconforme cu personalitatea subiectului;	Punerea in ordine a lucrurilor, afacerilor, a situatiei financiare, locative, etc.;
Boli si dureri cronice, boli neasteptate;	Amenintari de suicid;
Slabire sau luare in greutate neasteptata;	Colectarea de pastille, ascunderea de arme, descrierea de mijloace de suicid;
Schimbare brusca de apetit;	Incercari anterioare de suicid;
Semne emotionale:	Descresterea activitatii, izolare, scaderea interesului fata de munca/scoala;
Sentiment de lipsa de speranta, de neajutorare si de inutilitate;	Pierderea interesului fata de hobby, sport, munca, etc.
Inabilitatea de a se bucura sau aprecia prietenia;	Folosirea inexplicabila de alcool si droguri;
Schimbari bruste de dispozitie si explozii emotionale neasteptate;	Izolare fata de familie si prieteni; uneori actioneaza ca sa se indeparteze de altii;
Anxietate, tensiune extrema sau agitati;	Schimbari in modul de alimentare sau de dormit;
Letargie sau oboseala;	Schimbari in relatiile de prietenie;

Schimbari in personalitate: de la deschidere la izolare, de la politicos la nepoliticos, de la linistit la manios;	Fuga de acasa sau chiul de la scoala;
Pierderea abilitatii de concentrare, visitor;	Comportament de asumare de riscuri, lipsa de grija fata de siguranta propriei persoane;
Depresie, tristete;	Promiscuitate sexuala;
Pierderea capacitate de judecata;	Da cadou lucruri personale valoroase;
Sentimente de vina sau esec;	Schimbari bruste de personalitate;
Ganduri auto-destructive;	Preocupat de ganduri de moarte.
Frica exagerata de cancer, SIDA sau afectiuni fizice;	
Sentimente de lipsa de valoare sau de a fi impovarat;	
Pierderea bucuriei in activitati altadata placute.	

Anexa Nr. 2:

MATRICEA DE EVALUARE A RISCULUI DE SUICID LA COPII/ADOLESCENTI (Ashworth, 2001)

	USOR	MODERAT	IMINENT/INALT
IDEATIE	Prezinta periodic ganduri de moarte sau de a nu vrea sa traiasca care tin destul de putin.	Ganduri de a muri sau dorinta de moarte frecvente si intense care sunt uneori greu de indepartat	Ganduri intense de a muri sau dorinta de a muri imposibil de indepartat
PLAN	Nici un plan imediat de suicid Nici o amenintare de suicid Nu vrea sa moara	Nu e sigur cand dar curand Amenintari indirecte de suicid Ambivalent	Are o data iminenta Amenintari clare de suicid Nu vrea sa traiasca Vrea sa moara
METODA	Nu dispune de mijloace de suicid Sunt nerealiste sau neprecizate	Letalitatea metodei este variabila cu o anumita probabilitate de salvare si interventie	Metoda letala, disponibila fara sansa de interventie
STAREA EMOTIONALA	Trist, plange adesea Iritabil	Model instabil al dispozitiei psihice Rar exprima vreun sentiment	Confuz emotional Tulburare emotionala (anxios, agitat si manios)
NIVELUL DISTRESULUI	Usor, afectat emotional	Moderat – intens	Distres emotional de nesuportat sau disperare Se simte rejectat, abandonat, fara suport
FACTORI PROTECTIVI	Se simte legat de – familie – colegi – alti adulti	Suport minimal sau fragil Conflict moderat cu – parintii – egalii/colegii	Intens conflict cu – parintii si/sau – egalii/colegii Izolati social
INCERCARI ANTERIOARE	Niciunul	O incercare anterioara Unele comportamente suicidare	Incercari anterioare de suicide Auto-mutilare severa
MOTIVE DE A TRAI	Vrea ca unele lucruri sa se schimbe si are ceva speranta Are unele planuri de viitor	Pesimism Planuri de viitor vagi/negative	Sentimente de lipsa de speranta, fara ajutor, lipsit de putere Vede viitorul fara sens

SIMPTOME DE DEPRESIE	Trist si abatut; iritabil; fara interese si placere; fara energie; nicio motivatie; lent sau agitat; mananca prea mult sau prea putin; doarme prea mult sau prea putin; lipsa de concentrare; se simte vinovat si fara valoare
ALTI FACTORI DE RISC	Istorie familiala de suicid; prieteni cu suicid; pierderea cuiva drag; pierderi anterioare; consum de alcool/droguri; Probleme scolare actuale; probleme legale recente; a fost diagnosticat cu tulburari mentale; este foarte impulsiv; nu vrea sa solicite ajutor; parintii/tutore/prieteni nu vor sa ia in serios gandurile lui suicidare.

Anexa Nr. 3:

**SCALA COLUMBIA DE EVALUARE A SEVERITATII SUICIDALITATII
(versiunea de screening pentru adolescenti)**

IDEATIA SUICIDARA		
Pune intrebarile 1 si 2. Daca ambele sunt negative treci la sectiunea "Comportamentul suicidar". Daca raspunsul la intrebarea 2 este DA pune intrebarile 3, 4 si 5. Daca raspunsul la intrebarea 1 si/sau 2 este DA completeaza sectiunea "Intensitatea ideatiei".	Toata viata	Ultimele 6 luni
1. Dorina de a fi mort Subiectul afirma dorinta de a fi mort sau de a nu mai trai sau dorinta de a adormi si a nu se mai trezi. <i>Ai avut ganduri de a fi mort sau ce ar fi daca ai fi mort?</i> <i>Ai dorit sa fi mort sau ai dorit sa adormi si sa nu te mai trezesti?</i> <i>Ai dorit vreodata ca ar fi fost mai bine sa nu fi?</i> Daca da, descrie:	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
2. Ganduri suicidare active non-specifice In general ganduri non-specifice de a dori sa sfarseasca cu viata/sa se omore (de ex. "M-am gandit sa ma omor") fara ganduri referitor la modul de suicid/metode de suicid, intentie sau plan in cadrul de timp al evaluarii. <i>Ai avut ganduri de a face ceva sa nu mai traiesti?</i> <i>Ai avut vreodata ganduri de a te omora?</i> Daca da, descrie:	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
3. Ideatie suicidara activa cu metoda (fara plan) si fara intentia 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. ("Ma gandesc sa iau niste pastile dar nu am un plan specific unde si cum o s-o fac...si nu as face-o niciodata") <i>Ai avut ganduri despre cum si ce ai face ca sa nu mai traiesti? Ce ai gandit?</i> Daca da, descrie:	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
4. Ideatie suicidara cu intentie de a actiona dar fara plan specific Ganduri suicidare active si subiectul afirma ca are oarecare intentie de a actiona conform gandurilor lui la care se poate opune "Am ganduri dar in mod sigur nu voi face nimic conform acestor ganduri". <i>Cand gandesti ca sa te omori crezi ca vei face aceasta cu adevarat?</i> <i>Aceasta este diferenta intre a avea ganduri si a sti ca nu vei face nimic conform lor. .</i> Daca da, descrie:	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
5. Ideatie suicidara cu plan specific si intentie de a actiona Ganduri de a se omora cu plan detaliat pe care subiectul are intentia de a-l infaptui. <i>Ai decis vreodata cum si cand vrei sa te omori? Ai planificat ceea ce tu vrei sa faci?</i> <i>Care a fost planul tau?</i> <i>Cand ai facut acest plan (sau detaliile acestuia), ai gandit cu adevarat sa-l duci la indeplinire?</i> Daca da, descrie:	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
INTENSITATEA IDEATIEI		
Urmatoarele caracteristici trebuie evaluate cu privire la ideatia cea mai severa (de ex. 1-5, 1 fiind scorul celei mai putin sever si 5 pentru cel mai sever) Cea mai severa ideatie: Tipul # (1-5) Descrierea ideatiei	Cea mai severa	Cea mai severa
Frecventa Cat de des ai avut astfel de ganduri? Scrie raspunsul _____ (1) Numai o data (2) De putine ore (3) De multe ori (4) Tot timpul (0) Nu stiu/neaplicabil	_____	_____

COMPORTAMENT SUICIDAR	Toata viata
<i>(Bifeaza tot ce se aplica atat timp cat acestea sunt evenimente separat;trebuie intrebat despre toate tipurile)</i>	
<p>Incercarea actuala: Un act potential auto-vatamator comis cu ceva dorinta de moarte ca rezultat al acestui act. Comportamentul a fost gandit ca o metoda de a se omora. Intentia nu trebuie sa fie 100%. Daca exista ceva intentie/dorinta de a muri asociata cu acest act atunci poate fi considerat ca o incercare de suicid. Nu trebuie sa fie ceva injurie sau vatamare, ci potentialul pentru injurie sau vatamare. Daca persoana apasa pe tragaci cand pistolul este in gura dar glontul nu porneste si nu exista nici o injurie, aceasta este totusi considerata incercare de suicid. Intentia dedusa: Chiar daca individual neaga intentia/dorinta de a muri, ea poate fi dedusa clinic din comportament sau circumstante. De ex. un act letal care nu este in mod clar un accident astfel ca nimic altceva nu poate fi dedus decat un suicid (de ex. impuscarea in cap, sarit de pe o constructie inalta). Intentia poate fi dedusa chiar daca o persoana neaga intentia de a muri dar ceea ce vrea sa face este totusi letal.</p> <p>Ai facut vreodata ceva care sa te omoare? Ce anume ai facut? Te-ai ranit vreodata in mod special? Ce anume ai facut? Ai facut aceasta (_____) ca sa-ti iei zilele? Ai vrut sa mori (chiar nu 100%) cand ai facut _____? Ai incercat sa-ti iei viata oricum cand ai _____? Or ai gandit ca oricum ar fi posibil sa mori cand ai facut _____? Or ceea ce ai facut a fost pentru alte motive si nu pentru a te omora (precum sa te simti mai bine sau sa se intample altceva)? (Comportament auto-vatamator fara intentie suicidara) daca da, descrie:</p> <p>S-a angajat subiectul intr-un comportament auto-injurious nesuicidal?</p> <p>S-a angajat subiectul intr-un comportament auto-injurious cu intentie necunoscuta?</p>	<p>Da Nu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nr. total incercari _____</p> <p>Da Nu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Da Nu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Incercare intrerupta: Cand o persoana este intrerupta (de circumstante externe) de la pornirea unui act potential auto-injurious (<i>altfel incercarea ar putea avea loc</i>). Supradoza: Persoana are pastilele in mana dar este oprita de la inghitirea lor. Odata ce a inghitit vreo pastila, atunci este vorba de o incercare. Impuscarea: Persoana si-a indreptat arma catre ea dar este oprita de cineva sa traga, daca arma ia foc, atunci este o incercare indiferent daca s-a produs vreo ranire sau nu. Daca a apasat pe tragaci si arma nu ia foc, este o incercare. Sarit de la inaltime: Persoana este gata sa sara dar in ultimul moment este impiedicata sa-o faca. Spanzurarea: Persoana are funia in jurul gatului dar nu este lasata sa se stranguleze.</p> <p>Ai pornit vreodata sa faci ceva care sa te omoare dar cineva te-a oprit inainte de a initia ceea ce ai vrut sa faci? Ce ai vrut sa faci? Daca da, descrie:</p>	<p>Da Nu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nr. total de incercari intrerupte _____</p>
<p>Incercarea abortata: Cand persoana incepe sa faca ceva inspre o tentativa de suicid dar se opreste inainte de a se angaja intr-un comportament auto-destructiv. Exemplele sunt similare cu cele de la incercarea intrerupta cu deosebirea ca subiectul insusi se opreste fara ajutorul altcuiva.</p> <p>A exista vre-un moment cand ai pornit sa faci ceva care sa-ti ia viata dar te-ai razgandit/oprit inainte sa-ti faci vreun rau?Ce ai vrut sa faci? Daca da, descrie:</p>	<p>Da Nu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nr. total de incercari abortate _____</p>
<p>Comportament sau acte preparatorii: Acte sau preparative pentru o iminenta tentativa de suicid. Acestea pot include orice dincolo de verbalizare sau gandire, precum dezvoltarea de metode specifice (de ex. cumparare de medicamente, otravuri, procurare de arme de foc).</p> <p>Ai facut ceva ca sa fi gata sa te omori precum sa dai lucrurile tale altora, sa scrii scrisori de ramas bun, sa faci rost de metode de suicid? Daca da, descrie:</p>	<p>Da Nu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Comportament suicidar: Comportamentul suicidar a fost prezent in timpul perioade de evaluare?</p>	<p>Da Nu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

Raspunde numai pentru incercarea actuala	Cea mai recenta incercare Data:	Cea mai letala incercare Data:	Prima incercare Data:
<p>Letalitatea actuala/problema/afectare medicala:</p> <p>0 = nicio problema medicala sau foarte minora deteriorare medicala (de ex. zgarieturi)</p> <p>1= deteriorare fizica moderata (de ex. vorbire greoaie, arsuri de gr. I, sangerare minora, leziuni minore ale muschilor sau articulatiilor)</p> <p>2= afectare fizica moderata, necesita atentie medicala (de ex. obnubilare, arsuri de gr. II, sangerare a unui vas major)</p> <p>3= afectare fizica moderat-severa, necesita spitalizare, poate si terapie intensive (de ex. coma cu reflexele pastrate, arsura gr. III 20% suprafata, pierdere de sange care poate fi suplinita, fracturi)</p> <p>4= afectare fizica severa, necesita spitalizare cu terapie intensiva (de ex. coma fara reflexe, arsura gr. III peste 20%, pierdere masiva de sange cu semen vitale instabile, afectari ale organelor interne)</p> <p>5= moarte</p>	<i>Pune codul</i> _____	<i>Pune codul</i> _____	<i>Pune codul</i> _____
<p>Letalitate potentiala: Numai daca letalitatea actuala = 0</p> <p>Letalitatea aparenta a incercarii actuale fara afectare medicala (de ex. nu are consecinte medicale dar letalitatea potentiala foarte mare: pune pistolul in gura dar arma nu ia foc)</p> <p>0 = Comportament improbabil sa conduca la injurie</p> <p>1 = Comportament probabil sa duca la injurie dar nu cauzeaza moartea</p> <p>2 = Comportament probabil sa duca la moarte in ciuda ingrijirii medicale disponibile</p>	<i>Pune codul</i> _____	<i>Pune codul</i> _____	<i>Pune codul</i> _____

Anexa Nr. 4:**Inventarul scurt al ratiunilor pentru a trai (versiunea adolescenti)**

Acest chestionar trece in revista unele din motivele pe care oamenii le au pentru a nu comite un suicid atunci cand au ganduri sa-si curme viata. Te rog citeste cu atentie fiecare afirmatie de mai jos si incercuieste numarul care corespunde modului cum te-ai raportat la acea afirmatie. Evita sa alegi numai extremele, respective 1 sau 6.

Cat de important este pentru tine acest motive de a nu comite un suicid.

Nr. item	Intrebarea	Total neimportant	Destul de neimportant	Putin neimportant	Putin important	Destul de important	Extrem de important
1	Eu tin cont de ce alti ar gandii despre mine	1	2	3	4	5	6
2	Cred ca numai Dumnezeu are dreptul sa ne ia viata	1	2	3	4	5	6
3	Mi-e frica de moarte	1	2	3	4	5	6
4	Familia mea are incredere in mine si are nevoie de mine	1	2	3	4	5	6
5	Cred ca pot gasi si alte rezolvari problemelor mele	1	2	3	4	5	6
6	Altii ar gandii despre mine ca sunt slab si egoist	1	2	3	4	5	6
7	Imi iubesc familia si ma bucur de ea prea mult ca sa o parasesc	1	2	3	4	5	6
8	Credintele mele religioase nu imi permit aceasta	1	2	3	4	5	6
9	Mi-e frica de necunoscut	1	2	3	4	5	6
10	Cred ca oricine are o cale mai buna de rezolvare decat aceasta	1	2	3	4	5	6
11	As rani familia mea prea mult si nu vreau sa o fac sa sufere	1	2	3	4	5	6
12	Consider ca aceasta este gresit din punct de vedere moral	1	2	3	4	5	6
13	Eu am curajul de a infrunta viata	1	2	3	4	5	6
14	Nu as vrea ca altii sa gandeasca ca eu nu am avut control asupra vietii mele	1	2	3	4	5	6

Foaia de scor:

1. Frica de dezaprobare sociala: itemii 1, 6, 14
2. Obiectii morale: itemii 2, 8, 12
3. Supravietuire si coping: itemii 5, 10, 13
4. Responsabilitate fata de familie: itemii 4, 7, 11
5. Frica de suicide: itemii 3, 9

Anexa Nr. 5:**Scala de evaluare a riscului de suicid la copii**

In ultima (<i>specifica perioada de timp</i>) ai simtit/ai avut	DA	NU
1. ca esti ingrijorat sau temator?	1	0
2. ca esti ingrijorat mai mult decat cu o luna inainte?	1	0
3. ca esti foarte trist?	1	0
4. ca esti trist mai mult decat cu o luna inainte?	1	0
5. ca plangi foarte mult?	1	0
6. ca plangi mai mult decat cu o luna inainte?	1	0
7. ca ai facut greseli?	1	0
8. vise despre moartea ta?	1	0
9. ca ai facut lucruri bune?	0	1
10. ganduri ca lucrurile vor merge mai bine pentru tine?	0	1
11. ca oamenii te plac?	0	1
12. pe cineva cu care sa vorbești cand te simți rău?	0	1
13. ca familia ta te iubeste?	0	1
14. probleme cu somnul?	1	0
15. pe cineva important pentru tine care murit recent?	1	0
16. pe cineva din familie care a incercat recent sa se omoare?	1	0
17. ca oamenii sunt mai fericiti cand mor?	1	0
18. ca oamenii se întorc pe pamant dupa ce mor?	1	0
Scorul total (suma scorului individual al itemilor cotate cu Da si NU)		

Factorii scalei:

- depresie: itemii nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- lipsa de suport: itemii nr. 9, 10, 11, 12, 13
- moartea ca o scapare: itemii nr. 14, 15, 16, 17, 18

Anexa Nr. 6**Interviul elevului pentru screeningul riscului de suicid
(Student Interview for Suicide Risk Screening - SISRS)**

Numele _____ Data nasteri _____

Data interviului _____

Angajarea in interviu

Se pare ca lucrurile nu merg asa de bine pentru tine in ultimul timp.

Parintii/profesorii tai au spus ca _____

Multi copii gasesc acesta ca fiind suparatore.

Esti suparat, esti nervos cand trebuie sa vorbești despre asta?

Pot eu sa te ajut sa vorbești despre sentimentele si gandurile tale?

Crezi ca lucrurile se pot indrepta sau din contra crezi ca lucrurile o sa ramana asa sau chiar mai rau?

Esti nefericit mai tot timpul?

Identificarea

Unii copii/adolescenti cu care am vorbit mi-au spus ca atunci cand sunt tristi, suparati, nevrosi ei se gandesc pentru o perioada ca mai bine ar fi daca ar fi morti. Ai avut vreodata astfel de ganduri?

Este acest sentiment asa de puternic incat tu ai dori sa fi mort?

Uneori gandesti ca vrei sa-ti iei viata?

Cat de des ai avut astfel de ganduri?

Investigarea

Ce te-a facut de te simti asa rau?

Ce probleme/situatii te-au facut sa te gandesti in felul acesta?

Spune-mi mai mult despre ceea ce te-a facut sa te gandesti sa te omori ca un fel de solutie a problemelor tale.

Ce gandesti despre cum ar fi sa fi mort?

Cum s-ar simti mama si tatal tau? Ce crezi ca s-ar intampla cu ei daca tu ai fi mort?

Evaluarea**A. Planul current de suicid**

Te-ai gandit la felul cum ti-ai lua viata?

Ai vreun plan?

Pe o scala de la 1 la 10 cat de probabil este ca te vei omora? Cand planifici asta sau cand te gandesti ca vei face asta?

Ai mijloace sa o faci, la scoala, acasa?

Cand ai planificat sa te omori?

Ai scris vreo notita, scrisoare, SMS?

Ti-ai pus lucrurile in ordine?

B. Comportamentul anterior

Ai amenintat vreodata ca te omori? Cand? Cine te-a oprit?

Ai incercat vreodata sa te omori? Ce ai facut pentru asta?

C. Resurse

Exista ceva sau cineva care te-ar putea opri?

Exista cineva cu care poti vorbi toate acestea?

Ai putea sau ai vorbit cu familia ta sau prietenii tai despre gandurile tale de a te omora?

Concluzii:

Bibliografie:

American Association of Suicidology, Know the warning signs. Retrieved June 2012, from [http:// www.suicidology.org](http://www.suicidology.org).

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.

Barrio CA (2007): Assessing suicide risk in children: Guidelines for developmentally appropriate interview, *Journal of Mental Health Counseling*, 29:50-66.

Brent DA (1997): The aftercare of adolescents with deliberate selfharm, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38:277–286.

Brent DA, Perper J (1995): Research in adolescent suicide: Implications for training, service delivery, and public policy. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 25(2):222-230.

Bridge JA, Greenhouse JB, Weldon AH (2008): Suicide trends among youths aged 10 to 19 years in the United States- 1996-2005. *Journal of the American Medical Association*, 300: 1025-1026.

Brock SE, Sandoval J (1997): Suicidal ideation and behaviors, in GC. Bear, KM Minke, A Thomas (Eds.): *Children's needs II: Development, problems and alternatives*, Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Center for Disease Control (2008): Deaths: Preliminary data for 2006. *National Vital Statistics Report*, 56:1-52.

Chandler M, Lalonde C (1998): Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry* 35(2):191-219.

Coleman L, O'Halloran S (2004): *Preventing Youth Suicide through Gatekeeper Training: A Resource Book for Gatekeepers*. Augusta: Medical Care Development, Inc.

Cunningham JM (2010): School psychologists involvement and perceived preparedness in the provision of suicide-related services: A comparison of practitioners serving different school levels, *Graduate School Theses and Dissertations, Paper 1605*, University of South Florida.

Educational Psychology Service Section (EPSS) (2011): *An eBook on Student Suicide for Schools: Early Detection, Intervention & Postvention (EDIP)*, Educational Psychology Service, Section School Administration and Support, Division Education Bureau, Hong Kong.

Fiske H (1998): Applications of solution focused therapy in suicide prevention, in

D Deleo, A Schmidtke, R Diekstra (Eds.): Suicide prevention: A holistic approach. Dordrecht, Netherlands: Kluwer.

Fristad MA, Shaver AE (2001): Psychosocial interventions for suicidal children and adolescents, *Depression and Anxiety*, 14: 192-197.

Golston DB (2003): Measuring suicidal behavior and risk in children and adolescents, Washington, DC: American Psychological Association.

Gould MS, Shaffer D, Greenberg T (2003): The epidemiology of youth suicide, in RA King and A Apter (Eds.): *Suicide in Children and Adolescents*, New York: Cambridge University Press.

Greening L, Stoppelbein L, Fite P, Dhossche D, Erath S, et al (2008): Pathways to suicidal behaviors in childhood, *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 38: 35 – 45.

Hunter S, Smith D (2008): Predictors of children's understandings of death: Age, cognitive ability, death experience, and maternal communicative competence. *Omega, Journal of Death and Dying*, 57: 142-162.

Jacobsen L, Rabinowitz I, Popper M, Solomon R, Sokol M, Pfeffer C (1994): Interviewing prepubertal children about suicidal ideation and behaviour, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33(4): 439-451.

Jobes DA, Berman AL, Martin CE (2000): Adolescent suicidality and crisis intervention, in AR Roberts (Ed.): *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research* (2nd ed.), Oxford: Oxford University Press.

Juhnke GE (1996): The adapted SAD PERSONS: As assessment scale designed for use with children, *Elementary School Guidance & Counseling*, 119:252-258.

Kalafat J, Lazarus PJ (2002): Suicide prevention in schools. In SE Brock, PJ Lazarus, SR Jimerson (Eds.): *Best practices in school crisis prevention and intervention*, Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Katz LY, Gunasekara SD, Cox BJ, Miller AL (2000): Dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. Poster Presented at the 47th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, New York, NY.

Lieberman R, Davis J (2002): Suicide intervention. in SE Brock, PJ Lazarus, SR Jimerson (Eds.): *Best practices in school crisis prevention and intervention*, Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Larzelere RE, Andersen JJ (2004): The Child Suicide Risk Assessment: A screening measure of suicide risk in pre-adolescents, *Death Studies*, 28:809-827.

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

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.

McConaughy SH (2005): *Clinical Interviews for Children and Adolescents Assessment to Intervention*, New York: The Guilford Press.

Miller AL (1999): Dialectical behavior therapy: a new treatment approach for suicidal adolescents, *American Journal of Psychotherapy* 53:413–417.

Mishara BL (1999): Conceptions of death and suicide in children ages 6–12 and their implications for suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29: 105–118.

National Adolescent Health Information Center (2006): *Fact sheet on suicide: Adolescents and young adults*. San Francisco, CA: Author, University of California, San Francisco.

Osman A, Kopper BA, Barrios FX, Osman JR, Besett T, Linehan MM (1996): The Brief Reasons for Living Inventory for Adolescents (BRFL-A), *Journal of Abnormal Child Psychiatry*, 24(4): 433-443.

Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Petterson GA (1983) Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics* 24:343-9.

Pfeffer CR, Jiang H, Kakuma T (2000): Child-Adolescent Suicidal Potential Index (CASPI): A screen for risk for early onset suicidal behavior, *Psychologic Assessment*, 12 (3):304-318.
Poland S (1989): *Suicide intervention in the schools*. New York: Guilford Press.

Poland S, Lieberman R (2002): Best practices in suicide intervention. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best Practices in School Psychology IV*. Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Roberts AR (2000): An overview of crisis theory and crisis intervention, in AR Roberts (Ed.): *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research* (2nd ed.), Oxford: Oxford University Press.

Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Miller S, Graae F, Castro-Blanco D (1994): Brief cognitive-behavioral treatment for adolescent suicide attempters and their families. *Journal of American Academy of Children and Adolescents Psychiatry* 33:508–517.

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

Rudd MD, Joiner TE (1998): An integrative conceptual framework for assessing and treating suicidal behavior in adolescents. *Journal of Adolescence* 21(4):489-98.

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

Singer J (2005): Child and adolescent psychiatric emergencies: Mobile crisis response, in AR Roberts (Ed.): *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research* (3nd ed.), Oxford: Oxford University Press.

Stallion JM, McDowell EE (1996): *Suicide across the life span: Premature exit* (2nd ed.), Washington, DC: Taylor & Francis.

Stoelb M, Chiriboga J (1998): A process model for assessing adolescent risk for suicide. *Journal of Adolescence* 21(4):359-70.

Suicide Information and Education Centre (SIEC) (2005): Available at <http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/feature3.pdf>

Trautman PD (1995): Cognitive behavior therapy of adolescent suicide attempters. In: *Treatment approaches with suicidal adolescents*. Zimmerman JK and Asnis GM (Eds.), New York: John Wiley and Sons.

US Department of Health and Human Services (US-DHHS) (2001): *National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action*. Rockville, MD: Office of the Surgeon General, US Dept, of Health and Human Services, Public Health Service.

Weller EB, Young KM, Rohrbaugh AH, Weller RA (2001): Overview and assessment of the suicide child, *Depression and Anxiety*, 14:157-163

Wise AJ, Spengler PM (1997): Suicide in children younger than age fourteen: Clinical judgment and assessment issues, *Journal of Mental Health Counseling*, 19:318-335.