EVALUAREA INDIVIDULUI SUICIDAR

ASSESSMENT OF THE SUICIDAL INDIVIDUAL

Oxana ISAC, ORCID: 0000-0002-1781-0566
Universitatea de Stat din Moldova,
Chișinău, Republica Moldova

CZU: 316.624:159.9.019.4:616.89-008.441.44 e-mail: oxana.isac@usm.md

In this article the author analyzes the characteristics of the suicidal individual and the principles underlying the process of suicide risk assessment, the aim of which is to quickly lead to the classification of the subject in a specific degree of risk in order to allow the immediate implementation of an individualized intervention to protect the subject and develop a care program.

Cuvinte-cheie: *evaluare, ideație suicidară, individ suicidar, risc suicidar, specialist în criză, suicid.*

INTRODUCERE

Individul suicidar este acea persoană care manifestă direct sau indirect gândurile, dorințele și impulsurile de a-și curma viață. Spre deosebire de individul cu tentativă de suicid, acesta nu a întreprins încă niciun gest pentru a-și pune capăt zilelor. Evaluarea unui individ suicidar reprezintă o evaluare a riscului lui de suicid. Această evaluare este o încercare deosebită pentru specialistul în criza care cere multă experiență, deoarece evaluarea unui subiect suicidar este complexă și antrenează multă responsabilitate și considerente morale și sociale.

Conform *Ghidului de intervenție practică* al Asociației Psihiatrilor Americani (APA), evaluarea riscului suicidar este un proces multiaxial care implică date culese referitor la ideația și comportamentul subiectului, precum și factorii psihosociali și istoria lui. Scopul evaluării riscului de suicid este de a identifica factorii care pot crește sau scădea nivelul riscului de suicid și să permită formularea rapidă a unui plan de protecție care se adresează acelor factori favorizanți.

Scopul evaluării este să conducă rapid la încadrarea subiectului într-un grad anume de risc ca mai apoi să permită derularea imediată a unei intervenții individualizate care să protejeze subiectul și să elaboreze un program de îngrijire [1, p. 373-380].

REZULTATE ȘI DISCUȚII

D.H. Granello identifică 12 principii care stau la baza procesului de evaluare a riscului suicidar [2, p. 363-371]. El pornește de la ideea că, încercând să evalueze un individ suicidar, clinicianul uneori adoptă o atitudine minuțioasă, focusată pe detalii și, astfel, prezintă o viziune în tunel, care ignoră tabloul mai larg, de ansamblu, al vieții, intereselor și situației subiectului. Cele 12 principii de evaluare ale lui Grenello, de care trebuie să țină seama specialistul în criză pentru a face o evaluare, sunt următoarele:

1) Fiecare persoană este unică, diferită;
2) Evaluarea este complexă și provocatoare atât pentru subiect, cât și pentru clinician;
3) Evaluarea este un proces continuu care se întinde pe toată durata îngrijirii subiectului;
4) Conduce la posibile erori generate de o precauție exagerată;
5) Evaluarea este o activitate care se bazează pe colaborare și consultare;
6) Evaluarea se bazează pe judecată clinică;
7) Ia în serios toate amenințările și semnele de alarmă;
8) Pune întrebări grele, incommode, jenante;
9) Evaluarea riscului suicidar este parte componentă a intervenției terapeutice;
10) Evaluarea caută să decoperteze mesajele ascunse ale subiectului;
11) Evaluarea este făcută într-un context cultural de care trebuie să se țină seama;
12) Toate acțiunile componente ale evaluării trebuie documentate în dosarul subiectului.

Protocolul tipic de evaluare a suicidalității recomandat de APA se numește „***Evaluarea de baza în cinci pasi***" și cuprinde:
1) identificarea prezenței ideației/gândurilor suicidare și a istoriei de suicid;
2) identificarea factorilor de risc pentru suicid;
3) identificarea factorilor protective pentru suicid;
4) determinarea nivelului de risc pentru suicid;
5) documentarea evaluării și a planului de intervenție.

Pentru S.C. Shea protocolul de evaluare a suicidului cuprinde ***trei etape*** [3, p. 1-6]:
1) colectarea informațiilor privind factorii de risc, factorii protectivi și semnele de alarmă ale suicidului;
2) colectarea informațiilor legate de ideația suicidară, planul și intenția de suicid a subiectului;
3) formularea clinică a riscului de suicid bazată pe cele două feluri de informații de mai sus.

În general, specialistul în criză poate să se întâlnească cu două situații, fiecare dintre ele prezentând caracteristici specifice, dar și aspecte comune. În cele ce urmează vom prezinta un ghid pentru fiecare situație:

1. Evaluarea în cazul unei tentative nereușite de suicid:

– evaluează care este starea fiziologică a subiectului (frecvența respirației, a bătăilor cardiace, transpirațiile, starea conștientei etc.);
– determină exact ce a întreprins subiectul: ce substanțe a luat și în ce cantitate, ce răni și-a produs, timpul scurs de la tentativă până la prezentare la programul de criză;
– determină dacă este necesar să fie văzut de un medic sau să fie transportat la serviciul de urgență sau de terapie intensive;
– determină exact cu ce să fie transportat la serviciul de îngrijire medicală;
– ia legătură cu personalul din acel department pentru transferul îngrijirii și responsabilității față de subiectul în cauză;

– în cazul unei tentative ușoare de suicide, determină dacă subiectul rămâne în custodia programului de criză și asta numai după ce acesta a fost examinat de medic și au fost excluse riscurile vitate ale acestei tentative.

2. Evaluarea individului cu ideație suicidară:

a) în cazul în care subiectul afirmă intenția de a se sinucide:

– identifică gândurile suicidare, conținutul și forma lor, seriozitatea lor; începe cu întrebări mai generale (de ex.: „vi se pare că viața nu mai merită a fi trăita?”) și continuă cu întrebări directe (de ex.: „aveți gânduri să vă curmați viață?”, „vă preocupă gânduri că ar fi mai bine să fiți mort?”);

– determină dacă gândurile suicidare sunt active, dacă subiectul a setat un timp pentru a trece la acțiune (sunt legate de timpul prezent sau sunt expuse că o opțiune pentru viitor);

– stabilește dacă subiectul se prezintă cu o intenție serioasă de suicid sau este doar o alternative;

– evaluează frecvența ideilor de suicid: ocazional, frecvent sau continuu;

– concretizează cât de intense sunt aceste idei și care este gradul de control al gândurilor sale: subiectul poate să se gândească și la altceva sau este dominat de aceste idei;

– clarifică care este înțelesul pe care subiectul îl dă suicidului (să moară, să scape, să pedepsească astfel pe alții, să se pedepsească pe sine, să comunice ceva anume sau nu știe de ce);

– stabilește cum vede subiectul situația de după suicidul sau?

b) în cazul în care individul are și un plan de suicid:

– identifică care este planul de suicid; este acest plan unul letal? are mijloace să-l ducă la îndeplinire? Cât de letale sunt mijloacele de suicid pe care le are la îndemână? În ce stadiu sunt preparativele lui? Este acest plan de suicid realist sau nu? Există probabilitatea de intervenție sau de salvare? Este vorba de planificare sau de impulsivitate? Este subiectul determinat să-l ducă la îndeplinire sau este ambivalent?

– identifică în ce stadiu sunt pregătirile de suicid (a lăsat o scrisoare, și-a făcut un testament, a vorbit cu un prieten, a postat pe internet/facebook o notă de rămas bun, și-a plătit datoriile etc.).

c) elemente de evaluat în ambele situații:

– decelează care sunt problemele curente ale vieții subiectului; este această dorință de suicid o soluție a problemelor lui de viață, cât de severe sunt acestea sau vrea să comunice ceva prin acest gest și cui; a luat în considerare subiectul și alte opțiuni pentru rezovarea acestor probleme de viață?

– discută despre alternative de soluționare a problemelor dar lasă alegerea în mâna subiectului;

– în treabă dacă subiectul dorește „să ia pe cineva cu el” (să încerce să antreneze și pe alții în actul lui suicidar);

– întreabă de istoria lui de sucid, frecvența gândurilor suicidare în trecut, încercările anterioare de suicid, istorie de autovătămare corporală; nu trebuie de uitat că tentativele ante-

rioare de suicid, fie ele și cele „abortate” (contemplarea și manipularea mijloacelor de suicid fară a trece la acțiune), este unul dintre indicatorii cei mai confidenți ai riscului de suicid;

– determină starea mentală curentă (depresie, anxietate, psihoză, impulsivitate, lipsă de speranță etc.), considerând că existența unor condiții psihopatologice sau tulburări psihice pot crește riscul de suicid;

– detectează dacă subiectul a consumat recent alcool sau droguri și dacă gândurile lui sucidare sunt legate de acest consum;

– chestionează subiectul asupra prezenței tulburărilor, bolilor sau dizabilităților fizice și răsunetul lor asupra vieții și funcționarii lui;

– identifică prezența factorilor de risc;

– identifică și prezența factorilor protectivi ai suicidului; discută despre existența unor factori care l-ar putea face să amâne sau să renunțe la intenția/planul de suicid.

Algoritmul de bază al evaluării suicidalității ia în considerare factorii de risc al individului;

– determină sentimentul lipsei de speranță și de ajutor;
– identifică prezența și detaliile planului de suicid;
– evaluează contextul și semnificația suicidului pentru subiect;
– determină intenția subiectului de suicid și letalitatea acestei intenții;
– întreabă de accesul la mijloace de suicid (arme, otrăvuri, medicamente etc.);
– clarifică care sunt problemele pe care le vrea rezolvate prin suicid;
– identifică problemele mentale subiacente;
– identifică problemele fizice subiacente;
– evaluează istoria comportamentului de suicid;
– evaluează prezența și magnitudinea suportului subiectului.

3. Evaluarea factorilor de risc suicidar este un alt palier ce urmează a fi luat în considerare în evaluarea generală a unui subiect cu gânduri suicidare. R.C. Kessler și colab. decelează următorii factori de risc suicidar [4, p. 617-626]:

a) factori demografici:

– vârsta: în general, incidența suicidului crește cu vârsta, dar cu toate acestea există un vârf la bărbați și la tinerii între 14 și 24 ani; femeile în vârstă prezintă o rată mai mică a suicidului decât bărbații;

– sexul: bărbații prezintă o rată mai mare de suicid decât femeile la aceeași vârstă, în schimb, femeile au o rată mai mare la comportamentul de autovătămare;

– statutul marital: indivizii separați, divorțați, văduvi, necăsătoriți sau singuri au un risc mai mare; prezența unui copil în întreținere reprezintă un factor protectiv;

b) statutul social și vocațional: șomajul, pensionarea sau pierderea statutului social avut anterior sunt factori de risc;

c) prezența unei istorii de tentative de suicid crește probabilitatea realizării unui suicid; riscul este cu atât mai mare cu cât letalitatea tentativelor anterioare a fost mai severă; la fel, riscul este mai mare dacă tentativele anterioare au fost făcute în lipsa factorilor precipitanți; o istorie de autovătămare nu indică un suicid în viitor;

d) prezența bolilor fizice cronice sau severe sau a celor terminale crește riscul de depresie și de suicid consecutiv;

e) prezența unei tulburări psihiatrice, mai ales depresia majoră, tulburarea bipolară, schizofrenia, tulburarea marginală de personalitate, tulburarea antisocială de personalitate și abuzul de alcool/droguri crește riscul de suicid;

f) o istorie de comportament impulsiv corelează cu o rată crescută de suicid;

g) prezența unor simptome psihopatologice, precum lipsa de speranță (credința că lucrurile nu se pot schimba, viitorul este sumbru), anxietate severă, insomnie severă, simptome psihotice sunt predictori ai suicidului;

h) posesia mijloacelor de suicid, precum arme de foc sau substanțe otrăvitoare;

i) recenta externare dintr-o secție de spital reprezintă o fereastră de oportunitate pentru mulți suicidari.

În mod practic, specialistul în criză trebuie să evalueze factorii favorizanți ai suicidului într-o secvență logică, conform algoritmului de identificare a factorilor care cresc probabilitatea că subiectul cu gânduri suicidare să acționeze. În plus, se determină câți factori favorizanți prezintă subiectul în tipul evaluării, știut fiind că cu cât sunt mai mulți cu atât probabilitatea de suicid este mai mare.

Secvență de identificare a factorilor favorizanți ai suicidului:

– determină de cât timp subiectul are gânduri suicidare, continue sau intermitente;
– se simte subiectul fară speranță, viitorul i se pare sumbru;
– este subiectul unul impulsiv;
– este subiectul instabil emoțional;
– cât de mare este necazul subiectului (nivelul de distress);
– a mai încercat subiectul să se sinucidă;
– are simptome de depresie, psihoză, tulburare marginală de personalitate;
– este subiectul intoxicat cu alcool/droguri;
– identifică istoria recentă de tulburări psihice ale subiectului;
– a fost subiectul externat de curând dintr-o secție de psihiatrie;
– subiectul trăiește singur sau are familie și care este suportul social proximal;
– are subiectul copii care îi întreține sau de care are grijă;
– are subiectul vreun plan de viitor;
– ce alți factori de risc sunt prezenți, precum pierderi de status sau financiare/ deces sau separare de o persoană semnificativă;
– obține informații din alte surse.

M.D. Rudd și colab. fac deosebirea dintre factorii de risc și semnele de alarmă ale suicidului, acestea din urmă fiind sentimente și comportamente care corelează înalt cu prezența ideilor de suicid [5, p. 255-262]. În opinia acestor autori, riscul de suicid este cu atât mai mare cu cât se acumulează mai multe semne de alarmă și factori de risc într-un anume timp.

Următorul pas important după evaluarea ideației suicidare, a intenției de suicid și a planului de suicide, pe de o parte, și a factorilor de risc suicidar și a semnelor de alarmă,

pe de altă parte, este încadrarea subiectul într-o grupă de risc de suicid. Teoria acumulării factorilor ce predispun la suicid a condus în mod natural la conturarea gradelor riscului de suicid, grade care trădează ponderea și numărul factorilor de risc dintr-o categorie. De fapt, această clasificare ierarhizează letalitatea. Este foarte răspândită clasificarea riscului suicidar făcută de R.C. Schwartz și J.R. Rogers, după care avem [6, p. 89–97]:

a) risc mic de suicid sau letalitate scăzută, unde ideația suicidară este prezentă, dar subiectul neagă intenția de a se sinucide și nici nu are un plan de suicid conturat; istoria de suicid lipsește;

b) risc mediu de suicid sau letalitate moderată este atunci când sunt prezenți cel puțin doi factori majori de suicid și subiectul prezintă ideație suicidară, intenționează să se sinucidă, dar nu are un plan concret și este motivat să-și îmbunătățească starea psihologică cu un ajutor adecvat;

c) risc înalt de suicid sau letalitate mare atunci când mai mulți factori de risc sunt prezenți, subiectul verbalizează ideație și intenție suicidară, are un plan coerent și raportează acces la resurse pentru a-și duce la îndeplinire planul;

d) risc foarte înalt de suicide sau letatilate foarte mare este atunci când subiectul prezintă ideație și intenție de suicid, are un plan realistic și minuțios pus la punct cu acces imediat la mijloacele de suicid, demonstrează rigiditate cognitivă și lipsă de speranță, rejetează orice încercare de ajutor, nu prezintă suport social disponibil și are istorie de tentative de suicid.

4. Evaluarea factorilor protectivi ai suicidului este un alt aspect al evaluării globale a riscului suicidar. Factorii protectivi sunt acei factori care reduc probabilitatea că o amenințare suicidară să devină realitate. Identificarea lor se face prin evaluarea rezilienței subiectului și a capacității lui de a face față gândurilor și impulsurilor suicidare care pot apărea într-un moment de criză existențială. Acești factori sunt de natură să călăuzească subiectul în formularea unei speranțe, a unei viziuni prospective pozitive. Factorii protectivi pot acționă temporar sau pe durată mai lungă și prezența lor nu trebuie să conducă la minimalizarea riscului de suicid al subiectului respectiv. În continuare vom prezenta exemple de factori protectivi față de suicid:

Factori protectivi interni	Factori protectivi externi
• Istorie de răspuns de succes la stress; • Abilități positive de coping; • Prezența sentimentului de identitate și apartenența; • Capacitate de a testa realitatea; • Toleranță la frustrare; • Optimism; • Spiritualitate/religiozitate; • Nivel adecvat de stimă de sine; • Consum redus de alcool și substanțe.	• Are copii acasă; • Prohibiție religioasă; • Legatură terapeutică de suport cu un program de sanitate; • Responsabilitate față de familie și comunitate; • Rețea socială bogată; • Program recreațional bogat; • Acces redus la mijloace letale de suicid.

CONCLUZII

În concluzie, specialistul în criza trebuie să formuleze o judecată clinică referitor la riscul de suicid al subiectului aflat în grija lui. Această judecată clinică trebuie să se bazeze pe evaluarea ideației suicidare, a seriozității intenției și a existentei planului, pe de o parte, și pe prezența factorilot favorizanți și protectivi ai suicidului, pe de altă parte. După Shea, intenția adevărată de suicid este rezultatul unei ecuații cu trei factori: intenția declarată a subiectului, intenția reflectată și intenția de a se abține [3, p. 1-6]. Intenția reflectată de suicid este dată de cantitatea și calitatea gândurilor suicidare ale pacientului, dorințele, planurile și acțiunile întreprinse pentru a duce la bun sfârșit acest plan, lucruri care reflectă cu adevărat dorința lui de a se sinucide. Timpul consumat pentru planificare poate fi considerat un indicator fidel al seriozității cu care subiectul reflectează asupra suicidului.

Specialistul în criza trebuie să fie conștient de faptul că intenția declarată de suicid nu este totdeauna un indicator fidel. Shea spunea că subiecții cu intenție declarată vehement pot fi și cei care se vor abține cel mai mult. Adevărata intenție de suicid este o combinație între magnitudinea ideilor de suicid, amploarea planului și acțiunile întreprinse conform planificării și care reflectă această intenție de suicid. Această combinație este un indicator mai confident decât ceea ce declară subiectul.

O altă problemă care o ridică S.C. Shea este cea privind credibilitatea subiectului și pentru rezolvarea ei el propune o analiză a discrepanțelor care pot exista între ceea ce subiectul declară acum și care a fost ideația sa suicidară în trecut și care în prezent este documentată prin informații directe sau colaterale. Pentru asta el propune un instrument de evaluare cronologică a evenimentelor suicidare care evaluează ideația suicidară în patru cadre de timp [7, p. 58-72]:

1) ideația/comportamentul suicidar prezent;
2) ideația/comportamentul suicidar recent;
3) ideația/comportamentul suicidar trecut;
4) ideația suicidară imediată.

Toată activitatea specialistului în criza de evaluare a suicidalității trebuie bine documentată și înregistrată, ea constituind o piesa importantă din dosarul subiectului. Ea are atât valoare profesională, cât și juridică.

Referințe:

1. JACOBS, D., BREWER, M. APA practice guideline provides recommendations for assessing and treating patients with suicidal behaviors. In: *Psychiatric Annals*. 2004.
2. GRANELLO, D.H. The process of suicide risk assessment: Twelve core principles. In: *Journal of Counseling and Development,* 2010.
3. SHEA, S.C. *Suicide Assessment. Part 1: Uncovering Suicidal Intent A Sophisticated Art, psychiatric Times*, 2009.

4. KESSLER, R.C., BORGES, G., WALTERS, E.E. *Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Co-morbidity Survey. Archives of General Psychiatry*, 1999.
5. RUDD, M.D., BERMAN, A.L., JOINER, T.E. și colab. *Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical application. Suicide and Life Threatening Behaviour*, 2006.
6. SCHWARTZ, R.C., ROGERS, J.R. *Suicide assessment and evaluation strategies: a primer for counseling psychologists, Counselling Psychology Quarterly*, 2004.
7. SHEA, S.C. The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for eliciting suicidal ideation. In: *Journal of Clinical Psychiatry,* 1998. no 59 (suppl. 20).