

**UNIVERSITATEA DE MEDICINA SI FARMACIE
"CAROL DAVILA " BUCURESTI**

**„TENTATIVA DE SUICID LA COPIL SI
ADOLESCENT – PREVENIREA
RECIDIVELOR”**

-rezumat-

**AUTOR:
ELENA BRANARU**

**Coordonator stiintific :
Prof. Dr. EUGEN PASCAL CIOFU**

REZUMAT LUCRARE DE DOCTORAT

Societatea contemporana trateaza cu multa usurinta problema sinuciderii.

OMS atrage atentia, ca in 2015 suicidul si depresia vor deveni problemele cele mai mari in domeniul sanatatii. Romania in prezent se confrunta cu un val intens mediatizat al conduitelor suicidare.

Lucrarea se constituie ca un demers menit sa atraga atentia asupra importantei «de a descoperi pe cel care ar putea experimenta un astfel de gest la un moment dat».

Acest demers a vizat copilul si adolescentul ca unitate existentiala bio-psiho-sociala, in procesul de adaptare la o realitate obiectiva data. Rolul subiectului in propria moarte, atitudinea fata de moarte, jocul si dialogul cu moartea au fost analizate si corelate cu dorinta de a scapa de suferinta unei realitati de care fug.

Repertoriul comportamentelor suicidare este extrem de larg si divers, ceea ce atrage dupa sine dificultatea de definire a fenomenului.

Termenul „suicid” trimite direct la violenta si agresivitate, dar nu exista un consens in ceea ce priveste terminologia. Controversa isi are radacina in curentele filozofice din toate epocile iar in prezent profesionistii sunt departe de a se pune de acord cu terminologia.

Milea S. propune urmatoarea clasificare a ideatiei suicidare, a tentativelor de suicid si suicidului finalizat:

1. Ideatia simpla sau cu elaborarea unui plan;
2. Tentativa cu intentia de a muri;
3. Tentativa fara intentia de a muri cu pregatire prealabila sau impulsiva;
4. Tentativa fara intentia de a muri(pentru santaj, pentru a-i pedepsi pe altii);
5. Suicidul act nefinalizat;
6. Suicidul act finalizat: accidental sau cu scopul de a muri.

Pentru Romania nu exista o baza de date la nivel national a tentativelor de suicid la copil si adolescent. Nu se poate vorbi in prezent de o monitorizare a situatiilor concrete. Statisticile sunt putine, disparate, neorganizate.

In ceea ce privesc tentativele de suicid la copil si adolescent, sunt putine tari care au date fiabile.

Raportarea tentativelor de suicid de catre clinici este dificil de interpretat tinand cont ca exista tentative de suicid ce nu au beneficiat de atentie medicala. Dintre cei care ajung totusi sa fie internati, in unele tari in care tentativa de sinucidere este susceptibila de sanctiuni penale, aceasta nu este raportata ca atare. In World Health Organization Report on Violence and Health 2006, se arata ca „in cea mai mare parte a tarilor nu se cunoaste cu adevarat amploarea tentativelor de suicid”.

O alta problema este data de dificultatile in alegerea metodologiei de studiu al fenomenului.

Colectarea si raportarea datelor de suicid si implicit valorile ratei suicidului sunt influentate de atitudinea societatii fata de suicid si nivelul de organizare al sistemului sanitar.

Toate tarile, indiferent de continent, au atras insa atentia ca ideatia suicidara este comuna la adolescenti iar experimentarea uneia sau mai multor tentative de suicid in lungul existentei acestor adolescenti este o problema greu de cuantificat de la o tara la alta.

Toate acestea limiteaza utilizarea statisticilor pentru compararea tarilor intre ele fiind discutabila calitatea datelor obtinute.

Din estimarile OMS pentru Europa, rata anuala medie pentru tarile europene este de 20,5 la 100.000 de locuitori, cu mari variatii intre tari.

Adolescentii americani experimenteaza un numar mai mare de tentative de suicid de-a lungul vietii lor decat adolescentii europeni si cei canadieni. Tentativele de suicid si ideatia suicidara par a fi mai putin comune inainte de pubertate.

Suicidologii considera ca exista o legatura directa intre comportamentul suicidar si varsta. Datele epidemiologice din ultimii 25 de ani indica o crestere de 250 % a ratei suicidare anuale, in decada de varsta 15-24 de ani.

Incidenta suicidului complet la copil si adolescent cunoaste o linie ascendenta catre adolescenta tardiva, fiind rar intalnit sub varsta de 15 ani. Pe segmentul de varsta 15-35 de ani, sinuciderea se situeaza pe locul al doilea dupa accidentele rutiere. Pentru cazurile reusite pana la varsta adolescentei precoce si tardive, ramane insa in discutie certitudinea unei morti dorite sau a unui accident.

Datele oficiale estimeaza ca sunt 1000 de cazuri de suicid la 40.000 de tentative de suicid pe an, adolescentii intre 15-20 de ani reprezentand un procent semnificativ. McIntire si colab. au observat ca intre 13 si 16 ani, 50 % dintre adolescenti cred in perpetuarea spiritului dupa moarte, 20 % au dubii asupra caracterului final al mortii si peste 20 % cred intr-o incetare completa a vietii.

Intr-un studiu finlandez pe 16.000 de adolescenti (1999) s-a constatat o prevalenta sporita a celor care erau victime ale certurilor din scoala si nu la autorii incaierarilor.

Cercetarile facute de profesionistii olandezi pe 1490 de adolescenti scolarizati au demonstrat, ca cei care fusesera victime ale violentelor sexuale manifestau un comportament semnificativ mai suicidar decat colegii lor, precum si alte probleme afective si comportamentale.

Cercetarile lui Beck, aduc in discutie cresterea dependentei de alcool la copii, in fosta Bosnie-Herzegovina. Ei au supravietuit pericolelor iminente ale razboiului, dar au clacat in fata stresului post-traumatic pe termen lung.

Metoda aleasa pentru gestul suicidar va determina printre altele si daca sinuciderea va ramane la stadiul de tentativa sau va fi desavarsita. Pentru SUA, armele de foc sunt folosite in aproximativ o treime din cazuri. In Australia, in cazul tinerilor fara arme de foc, s-a constatat o crestere a numarului de sinucideri prin spanzurare. Femeile sunt tentate sa foloseasca o metoda mai putin traumatizanta, cum ar fi ingerarea excesiva de medicamente.

Toate teoriile cu privire la problematica suicidara, stipulate in timp, isi gasesc astazi aplicabilitatea la copil si adolescent. Procesul cresterii si dezvoltarii copilului si adolescentului, trebuie privit ca factor de vulnerabilitate crescuta, fiind in acelasi timp indispensabil normalitatii. Problematika vulnerabilitatii este corelata atat cu fenomenul suicidar cat si cu nivelurile biologic, psihologic si social.

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

Abordarea sistemică a suicidului face posibilă identificarea a trei categorii de marimi: de intrare (factori situaționali și individuali), de stare (tensiunea afectivă sau perturbarea conștiinței) și de ieșire (una dintre formele sau instanțele fenomenului suicidar).

În aria psihopatologiei, Marsella elaborează un model interactionist ce include patru componente: persoana (dimensiunea coping), mediul (factorii de stres), interacțiunea dintre persoană și mediu (starea de stres), manifestările psihopatologice (S. Ionescu).

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

Impulsurile comportamentale (W. Weiten), credințele sau valorile incompatibile generatoare de conflicte la adult sunt cuplate la adolescent cu valorile și trebuințele de moment.

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

Holmes și Rahe consideră ca « orice perturbare în rutina de zi cu zi produce stres » iar B.D. Smith consideră ca schimbările sunt stresante chiar dacă sunt pozitive.

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

Doctrina sociologică își are originea în opiniile exprimate de E. Durkheim, cele două cauze majore ale suicidului fiind în opinia sa integrarea socială și reglarea socială. Respectiv în primul caz atașarea voluntară la grupul sau societatea de care aparține individul și în al doilea caz intervenția coercitivă a grupului sau a societății asupra comportamentului membrilor. A împărțit suicidul în trei mari categorii: anomic, egoist și altruist. În contextul situațional actual existența adolescentului este complicată de lipsa stabilității, clarității și a certitudinilor. Sunt elemente necesare unor opțiuni sigure, ferme, ușor de decise de către adolescent. Existența lui în prezent este complicată și de avalanșa informațională, diminuarea prestigiului familiei și a cuplului parental, promovarea unui erotism primar agresiv.

Conceptele de „integrare socială slabă” și „reglare socială inadecvată” utilizate de Durkheim sunt reluate în analiza factorului sociologic de către A. Henry și J.

Short, iar factorul psihologic pune in discutie problema Eului si al unui Superego puternic, ce ar putea participa la determinarea agresivitatii catre sine sau catre ceilalti. Cel de al treilea factor, cel economic vine sa completeze triumphiul determinant al acestei teorii, care desi contestata la acel moment de absenta instrumentelor de masurare a conceptelor elaborate, permite regandirea gestului prin prisma biologicului intr-un echilibru precar cu psiho-socialul.

Teoria integrarii statutului a lui P.J. Gibbs & T.W.Martin si teoria psihosociala a lui M.Faber pleaca de la conceptele teoriei clasice durkheimiene.

Referitor la teoria integrarii statutului a lui P.J.Gibbs & T.W.Martin, pentru cazurile analizate in lucrare, sunt de retinut afirmatiile lui Garfinkel si cele ale lui D. Phillips, ce pun accentul pe reactiile la stigmatizare si respectiv prezenta sugestibilitatii, ca factori ce pot explica ei insisi gestul autodistructiv. Explicarea suicidului raportat la studierea functionarii vietii psihice interioare doar la nivel constient din perspectiva introspectionismului, revine in atentia noastra pentru accentul pus de O. Selz pe operatiile gandirii si imaginile mentale.

Aproximativ o treime din pacientii internati pe sectia de toxicologie a Spitalului Grigore Alexandrescu au afirmat, ca ultima imagine care se sterge din amintirea lor este mana (mana cu medicamente), in timp ce treimea anterioara a picioarelor (pasii ce-i fac catre locul cu medicamente) este imaginea ce le revine in atentie imediat dupa ce reusesc sa devina constienti.

Din perspectiva psihanalizei, suicidul apare ca o expresie a unui dezechilibru intre cele trei componente ale aparatului psihic, ca expresie a fortei pulsionilor inconstiente si a incapacitatii constiintei de a le reprima. In cadrul sistemului pulsional, Freud pune bazele teoriei pulsionii viata- moarte, care dupa J. Laplanche este complementara teoriei freudiene sexualitate-autoconservare fiind modificata si reechilibrata de prima. Functionarea Eu-lui la copilul si adolescentul suicidar a constituit subiectul unui numar redus de studii de-a lungul timpului. Clinic s-au semnalat semne de regresie inclusiv majore, de decompensare a Sinelui, inversiunea afectiva si identificare cu obiectul idealizat. In literatura de specialitate sunt citate nume ca Sandler si Joffe, Arkey, Pfeffer si colab, ce au incercat prin studiile lor, sa identifice si sa coreleze tipurile specifice ale functionarii eu-lui la copiii si adolescentii cu comportament suicidar. E.S. Shneidman stabileste caracteristicile psihologice prezente la toate categoriile de persoane care au dezvoltat o conduita suicidara. Sunt trasaturi specifice actului suicidar si ele evidentiaza paleta larga de trairi ale persoanei in conditiile experimentarii gestului.

Procesul psihologic al nasterii si dezvoltarii actului suicidar aduce in discutie impulsul de moment, cumulul de factori, posibil generator al unui potential negativ autolitic, cu reducerea pana la anihilare a instinctului de conservare. In plan psihologic, se poate vorbi despre o geneza a actului suicidar, care imbraca forma unui proces complex, ce se desfasoara in mai multe etape.

Putem discuta astazi de o variabilitate istorica si culturala a atitudinii fata de sinucidere. Sunt de retinut fenomenele ingrijoratoare de suicid colectiv, manifestate in ultimii ani, petrecute mai ales in randul unor secte religioase, in care sunt implicati atat copii cat si adolescenti.

Norma juridica este diferita de cea morala iar aceasta diferenta este data de atitudinea exterioara a dreptului in raport cu constiinta. Norma juridica priveste individul in relatie si nu in sine. Ea are ca scop optimizarea relatiilor sociale in care acesta intra. Este interesata de raport. Nu interzice sinuciderea. Individul intra in sfera sa de preocupari numai daca intra in relatii cu altii. O persoana poate dispune de propria viata, dar nu poate sa ceara altuia sa intervina in propria moarte. Este motivul pentru care eutanasia intra sub incidenta Codului Penal.

Demersul psihanalitic ramane unic si singular prin libertatea de exprimare.

Abordarea psihanalitica a conceptului de adolescenta a incercat sa dea un raspuns la framantarile interioare ale adolescentului, exprimate printr-un comportamentul suicidar, in dificilul proces de adaptare. Adolescenta se caracterizeaza printr-un travaliu psihic dominat pe de o parte de imaginea noua a corpului sexualizat, ce implica identitatea si narcisismul, iar pe de alta de elaborarea unei serii de pierderi sau separari ce implica investitiile obiectuale si derivatele pulsionale.

Adolescenta, vazuta ca o repetitie a copilariei, ca o perioada bogata in schimbari, un proces de emancipare, o criza, este in acelasi timp un fapt social nu numai individual. Achizitiile din primii ani care stau la baza constructiei de sine, permit la adolescenta renuntarea la atotputernicul hipertrofiat Eu si accesul la o relatie obiectuala, in paralel cu aparitia unui ideal, al unui Eu structurant. Incercarile de atingere a autonomiei, distantarile de identificarile primare cu figurile parentale, noile moduri de viata ce le implica, obliga adolescentul la o adaptabilitate, evidentiind vulnerabilitatile acestuia in fata unor circumstante anxiogene sau depresogene. Pot apare momente de rau interior, de anxietate sau de reale depresii, care pot trece neobservate de catre anturaj. Construirea identitatii adolescentilor, se poate face cu confuzie. Trecerea spre viata adulta poate fi negociata prin comportamente de fuga. In cautarea limitelor proprii si a celorlalti, adolescentul poate impinge lupta cu sine insusi catre un joc subtil cu moartea, angajandu-se la comportamente de risc, precum suicidul, toxicomania. Comportamentele riscante, tentativele de suicid, automutilarile, folosirea substantelor toxice, sunt simptome ale unei societati fragile si ale unui proces psihic care cocheteaza cu depresia starilor imorale. Comportamentul automutilant „taie reprezentarile psihice intolerabile” fiind o „intoarcere asupra sinelui, de o violenta de nespus, dirijata spre altul, taind scurt schimbul sau relatia”. El poate deveni foarte rapid o maniera de a trai, dandu-i adolescentului iluzia exercitarii unui control asupra lui insusi si a independentei.

Psihanalistii atrag atentia asupra a trei factori comuni procesului psihic al adolescentei si psihopatologiei depresiei: ruperea echilibrului intre investitiile obiectuale si cele narcisiste, pierderile si separarile cu care adolescentul si depresivul sunt confruntati, gestionarea agresivitatii si a sentimentului de vinovatie. Acesti factori se regasesc in conceptul de „disforie pubertara” a lui Marcelli si in lucrarile de epidemiologie, ce analizeaza „ambianta depresiva” prin utilizarea de instrumente de evaluare dimensionala.

Adolescentul poate fi interesat de dezvoltarea sa, daca este sigur ca ceea ce castiga, va putea sa fie la inaltimea pierderilor. In caz contrar, pentru a-si pastra integritatea narcisista, el risca sa se replieze asupra lui insusi cu violenta. Cercetatorii

si-au pus problema daca in prezent realitatea obiectiva, externa adolescentului, poate constitui un ideal pentru acesta. In ancheta lui Choquet si colaboratorii sai, „ambianta depresiva” echivalenta „amenintarii depresive” descrise de Braconnier a fost evidentiata in 50% din cazuri. Acest procent este corelat de cercetatori cu cresterea depresiilor latente exprimate clinic la adolescent prin „a actiona”. Cercetatorii observa ca „sentimentul continuu de a exista” al lui Winnicott este inlocuit incet - incet de un sentiment de vid subiectiv, care se poate transforma in acele conduite autodistructive descrise de Jeammete. Tot Winnicott afirma ca „a creste este prin natura lui un act agresiv” facand referire la cresterea pulsionala din timpul pubertatii, tradusa printr-o tensiune interna si eliberata in adolescenta. El reaminteste de asemenea ca „daca in fantasmele din perioada primei cresteri, exista ideea de moarte, in adolescenta exista ideea de crima”. Delorme considera ca moartea ocupa un loc fundamental in chiar procesul adolescentei, intervenind in toate fazele dezvoltarii. El vede aici o utilizare imaginara a ideii de moarte „piesa simbolica esentiala pentru procesul de maturizare in adolescenta”.

Apetitul adolescentului pentru nenorocire este corelat cu dorinta dar si frica de a nu fi deceptionat. Cercetatorii au analizat contrastul intre elanul de viata al adolescentului, insecuritatea interioara si apetitul pentru nenorocire al acestuia aducand in discutie « oboseala de a fi tu insuti », descrisa de Gheolung . A suferi devine o forma a existentei si un mod de a scapa de sub influenta de putere a celui alt.

Nenorocirea inseamna epuizarea Eu-lui si izolarea progresiva. Este foarte diferita de pulsionea mortii. Nu este o pulsione ci o tentatie narcisista.

Lupta, suferinta, culpabilitatea si moartea, reprezinta pentru K.Jaspers cele patru elemente ce formeaza „situatiile-limita”. Conceptul de moarte, suferinta, lupta, culpabilitate in cazul copiilor si adolescentilor au fost corelate cu etapele de dezvoltare cognitiva si afectiva specifice etapelor de varsta cronologica, lipsei de experienta, nivelul competentelor biologice, psihologice si spirituale necesare integrarii. Lupta la adolescent este in primul rand cu sine, pentru a decodifica sensurile unei lumi, din a carei ciocnire, se cladeste propria experienta de viata.

Pentru Marcelli si Broconnier „nu exista adolescenta fara asumarea riscului”. Ei afirma existenta unei anumite continuitati intre diversele conduite care pun viata in pericol, pornind de la conduitele periculoase, trecand prin echivalentul lor suicidar pentru a ajunge la tentativele de suicid. Constientizarea dorintei de moarte face diferenta intre ele. Termenul de „echivalentul lor suicidar” este rezervat pentru comportamentele riscante in cursul carora dorinta de a muri nu este constienta, dar abordarea psihopatologica a adolescentului pune in evidenta o structurare depresiva, pentru care mediul se aseamana cu cel observat la adolescentii suicidari. In acest context, conduitele riscante, echivalentele lor suicidare, ideile de suicid sau chiar tentativele de suicid reprezinta intoarcerea spre sine a unei agresivitati initial dirijata spre obiectele oedipiene, motiv pentru care apare culpabilitatea.

Conduitele riscante au denumiri diferite, existand o intrepatrundere a definitiilor. Sibertin si Blanc fac o departajare intre „*conduitele riscante*,” si „*conduitele cu risc punctual*”. Pentru cei doi cercetatori, „conduitele riscante” exprima suferinta psihologica latentă, in timp ce „*conduitele cu risc punctual*”,

dovedesc existenta unor factori de mediu si nu pleaca de la o suferinta psihica evidenta, chiar daca aceasta ar putea sa conduca la o asemenea manifestare.

Solutia riscului este interpretata ca o „speranta magica”, martora a omnipotentei infantile care persista si care poate sa dauneze procesului de individualizare. Riscul la adolescenta este raportat ca indispensabil perioadei de emancipare. Repetarea comportamentului riscant mai mult de o data si cautarea pericolului, este corelata cu „slabiciunea adolescentului in a se autoconserva si in a avea grija de el insusi” si cu „dependenta de risc”. „A actiona” devine solutia de descarcare a oricarei tensiuni recrudescnte. Exista subiecti care la trecerea prin adolescenta recurg la o relatie ambigua cu moartea prin actiuni extreme, marcand „intrarea in viata”. Moartea, poate fi perceputa sau nu ca o miza in aceasta trecere. Pentru 5-10% dintre adolescenti moartea este o miza implicita. Restul urmeaza exemplul riturilor initiatice, moartea nefiind considerata ca miza. Este o modalitate de a incerca si de a invata „codurile sociale”. Moartea poate fi „stapanita”, transformata intr-un simbol, o „forta cu care este posibil sa negociezi, sa faci un pact pana intr-un anumit punct, prin contactul imaginar al adolescentului cu ea. Jocul cu moartea este experimentat de adolescenti in scopul autocunoasterii, explorarii si depasirii propriilor limite. Aceasta explorare se poate finaliza pentru unii printr-o „trecere in celalata lume, din intamplare, din nebagare de seama” (Sibertin si Blanc). Doldo, scrie ca in adolescenta „frontiera este delicata intre ideile de suicid si dorinta de a ajunge intr-adevar la sinucidere, intre ceea ce este imaginar si ceea ce este morbid”. Mecanismele de aparare ale eu-lui regleaza la adolescent atitudinea fata de propriile experiente de viata. Atitudinile extreme favorizeaza mentinerea si cresterea stresului intern si pot conduce la autodistrugere. Suicidul are o istorie inscrisa in cadrul traiectoriei suicidare. Mall atrage atentia asupra traiectoriei suicidare ca „traiectorie virtuala subterana adormita, latentă”, ce poate izbucni cand apar evenimente de viata percepute psihotraumatizant. Crizele suicidare sunt definite ca „momente de suferinta extrema in cadrul traiectoriei suicidare”, ce fac trecerea de la o faza la alta. Criza suicidara si eventualitatea trecerii la act corespunde atitudinii diferite a adolescentului in fata mortii. Traiectoria nu este fatala la adolescent si poate fi gestionata din momentul in care adolescentul isi exprima suferinta sau suferinta este semnalata printr-o criza suicidara. Riscul fatal al crizelor este legat de numarul lor si nu de intensitatea lor. A treia si a patra criza sunt cele mai periculoase. Recidiva exista, intr-o treime din cazuri, indiferent de gravitate. Mat afirma ca pentru detectarea traiectoriei suicidare trebuie alocat acelasi timp demersurilor profesionistilor ca cel scurs de-a lungul traiectoriei suicidare. Aceasta abordare aduce o noua viziune asupra conduitei suicidare si asupra polimorfismului crizelor suicidare.

Copilaria a adus un nou obiect de studiu pentru numeroase cercetari: conceptul de moarte la copil. S-au elaborat in timp teorii si ipoteze, in care moartea a fost corelata cu fantasmele si credintele copilului, somnul si caracterul temporar al mortii, placerea si stoparea durerii, asimilarea raului cu propria persoana. Analiza motivatiilor a evidentiat similitudini cu adultul, dar si diferente date de fantasme, dorinte, temeri, interdictii constiente si inconstiente la copilul suicidar. Perceperea si constientizarea caracterului ireversibil al mortii la copil, este corelata cu cronologia

traseului existential al acestuia. Dacă până la 6-7 ani conform lui Piaget, copilul acorda viața la tot ce este activ, după această vârstă el constientizează caracterul final al morții, pentru că după vârsta de 9 ani moartea să fie recunoscută, ca un proces intern, inevitabil, ireversibil, comun tuturor. În literatura de specialitate sunt stipulate o serie de teorii și ipoteze cu privire la influența familiei asupra comportamentului suicidal al copilului dar toate aduc în discuție problema comunicării în familie. Sunt reînțarite atât ipotezele rejecției copilului de către părinți, efectelor depresiei, psihopatologiei și acțiunilor suicidare ale părinților cât și cele ale deprinderii afective sau pierderea obiectului dragostei. Sabbath a descris ipoteza "copilului înlocuibil", concept ce presupune în interpretarea copilului "moartea" lui, ca dorința a părinților.

La copil legătura comportamentului suicidal de depresie, este complicată de controversele privitoare la existența depresiei la copil. Rochlen consideră că Supraeul nu este complet dezvoltat la copil, motiv pentru care nu este posibilă expresia depresiei și a doliului înainte de adolescență. Studiile altor cercetători printre care și Stella Chess, au pus în evidență o continuitate între tulburările din copilărie și cele din adolescență, confirmând sindromul depresiv în copilăria subiecților ca factor de risc pentru un alt episod în perioada adolescenței.

Există particularități ale psihopatologiei adolescentului deprimat față de adultul deprimat. Aceste particularități sunt evidențiate prin abordarea categorială a depresiei ce vine în completarea abordării dimensionale. Marcelli stabilește trei tipuri de depresie în funcție de legăturile care îl țin pe subiect de obiectele interiorizate, respectiv: depresia de "agatare" de omnipotentă infantilă: "obiectul excitant", depresia prin lipsa "tesaturii narcisiste": "obiect slab" și depresia prin excesul de legătura cu obiectele interiorizate: "obiectul în exces". Este depresia privită din punct de vedere psihodinamic.

Duverger și colaboratorii au analizat relația medicament – pulsione de moarte.

Ei au pus în discuție cele trei fațete ale pulsionii de moarte întâlnite în același gest suicidal la adolescent și latura subiectivă a investiției pacientului într-un medicament. Pentru Melman medicamentul este „un obiect susceptibil de a ne vindeca insatisfacția, atât față de lume cât și de sine însuși, dar și o otrăvă”. Observațiile lui Oliven Stein privitoare la suferința adolescenților dată de absența răspunsurilor despre sensul vieții lor, aduc în discuție carente a „hold”-ingului social. În fața perioadei lui „a acționa” la adolescent, nu sunt de neglijat vidul intern resimțit frecvent la această vârstă, factorii de mediu și sociali. Astfel, modificarea structurii familiale, refuzul valorilor lumii adulte, imitarea anumitor vedete de notorietate, larg mediatizate, participă la creșterea sentimentului de pierdere a reperelor resimțite în acest moment fundamental de trecere prin adolescență.

Carentele maternale precoc și adolescența au făcut obiectul a numeroase cercetări. Maica Tereza afirma, că „singurătatea și sentimentul că ești nedorit, este cea mai teribilă sărăcie”. S-a constatat, că evenimentele pe care le trăiește copilul în relațiile sale cu familia în primii ani de viață, determină în mare măsură structura întregii sale dezvoltări psihice, lăsând o amprentă asupra personalității sale. Matricea primară de atașament amprentează copilul în modul de a percepe și interpreta lumea.

Cercetătorii au atras atenția asupra existenței unui „tipar de relații” pe baza căruia se croiesc în viitor relațiile cu cei de aceeași vârstă și mai târziu cu partenerul

de sex opus, presupunand un grad de intimitate, tandrete si satisfactie securizanta. El se va transmite generatiei urmatoare prin relatia cu copilul.

In vederea relevarii necesitatii prevenirii conduitei suicidare la copil si adolescent, a fost realizat un studiu ce si-a dorit sa evidentieze importanta dezvoltarii psihomotorii a acestora, ca factor de vulnerabilitate in declansarea si exprimarea gamei de conduite suicidare.

De asemenea, studiul si-a propus evidentiarea factorilor sociali, de mediu si culturali, ca posibili factori de risc ai conduitei suicidare, precum si relevarea eficacitatii terapiei medicamentoase completate de o psihoterapie scurta.

Metoda aleasa a fost ascultarea empatica postact cu aplicarea chestionarului.

Cele doua actiuni au fost puse in practica pe sectia de toxicologie a spitalului Grigore Alexandrescu si la Centrul de Criza al spitalului prof. Dr. Alexandru Obregia. Primul contact cu pacientii s-a realizat in cadrul unei consultatii pedopsihiatrice clasice, in conditiile sectiei de urgenta a spitalului Grigore Alexandrescu si a fost realizata numai cu subiectul (copil si adolescent), empatia jucand un rol central. Am creat si am experimentat un interviu semistrukturat in scopul analizei motivatiei actului suicidar. Am recurs la intrebari simple, intr-un limbaj explicit varstei cronologice a copilului si adolescentului. Interviul a permis evaluarea emotiilor, sentimentelor si trairilor, ce au justificat trecerea la gestul suicidar. El este constituit din 24 de itemi grupati in 6 categorii, din care primele 3 categorii analizeaza relatiile interpersonale ale copiilor si adolescentilor, iar ultimii 3 itemi analizeaza manifestari ce ar putea fi presimptome ale unor stari depresive. Am preferat sa introduc treptat in consultatie itemii interviului, fara sa anunt in prealabil pacientul ca va fi testat cu acest instrument. Am recurs la aceasta strategie pentru a pastra spontaneitatea copilului si adolescentului, neluandu-mi riscul unei inhibatii emotionale. Durata interviului a fost de 1 ora. Dinamica motivationala a gestului suicidar pentru fiecare client, a fost studiata in doi timpi; cu ocazia primei consultatii pedopsihiatrice in sectia de toxicologie a Spitalului Clinic de Urgenta «Grigore Alexandrescu» ca prim timp si intr-un al doilea timp, la distanta, cu ocazia celei de a doua consultatie pedopsihiatrice la Centrul de Criza pentru Copii si Adolescenti al Spitalului Prof. Dr. Alexandru Obregia. La ambele consultatii a fost utilizat si interviul semistrukturat descris mai sus. In ceea ce priveste familia, prima consultatie s-a efectuat la Centrul de Criza. Ea a fost dirijata spre urmatoarele aspecte relationale: relatia parinte-subiect; relatia subiect-scoala; relatia parinti-scoala; timpul liber al subiectilor; ce prieteni frecventeaza; daca exista un control al parintilor in alegerea prietenilor. Nu am avut acces la interviuarea directa a profesorilor, pentru a defini perceptia subiectului nostru de catre profesori, motiv pentru care am caracterizat-o prin prisma unei terte persoane, respectiv parinte.

Selectarea lotului s-a facut conform unui singur criteriu, criteriul larg, cel al trecerii la actul suicidar. Lotul de subiecti luati in studiu a fost in numar de 2209 pacienti internati pe sectie in perioada 1999-2004. 108 subiecti (4,8%) au fost transferati direct intr-o clinica de pedopsihiatrie, gestul fiind sugestiv unei tulburari din spectrul sanatatii mintale. Pacientii baieti au fost transferati direct de pe sectia de toxicologie la spitalul «Prof. Dr. Alex. Obregia» stiindu-se, ca in cazul baietilor riscul

pentru un suicid complet este cu mult mai mare decat la fete. Este un fapt semnalat de numeroase studii internationale, ca cele ale lui Piacentini Trautman& Rotheram.

Restul de 2101 subiecti, au facut obiectul analizei noastre. Din totalul de 2101 subiecti examinati, ce nu au necesitat transferul direct de pe sectia de toxicologie la spitalul «Prof.dr.Alexandru Obregia», s-au “pierdut” 610 subiecti (27,61%), respectiv 323 de subiecti (14,8%) nu s-au prezentat la Centrul de Criza, iar restul de 286 subiecti (47,05%) au primit o indicatie scrisa de a ramane sub supravegherea unui medic din teritoriul de resedinta, adresa ce urma sa o prezinte acestuia. Pentru cei 323 subiecti care nu au dat curs invitatiei la Centrul de Criza nu s-a insistat in stabilirea contactului cu orice pret, cu toate ca dispuneam de toate datele, tocmai pentru a nu dezvolta o traire de dependenta a subiectului fata de ajutorul nostru sau ideea de a fi controlat, motiv pentru care am lasat “sa curga” totul. Dar ne-am pus intrebari, unde s-a produs ruptura in relatia initiata, tocmai pentru a preveni pe viitor aceste blocaje sau a le dapasi, in scopul manifestarii disponibilitatii noastre in cazul solicitarii de sprijin din partea subiectului respectandu-i propriul sau ritm existential.

Pentru cei 237 pacienti (73,4%) proveniti din mediul rural mentalitatea comunitatii, conformismul social al familiei, conditiile materiale precare dublate de distanta fata de Centrul de Criza si minimalizarea “incidentului” pot fi raspunsuri la intrebarile noastre, sustinute de informatiile din foile de observatie ale acestora si atitudinea parintilor pe sectia de toxicologie.

86 subiecti (26,6%) ce nu au ajuns la Centru, au provenit din mediul urban.

Aproximativ 1/3 dintre acestia veneau din familii “cu greutate”, cu o buna educatie, cu statut social si profesional inalt si profesii ale apartinatorilor din cele mai onorabile (profesori, medici, ingineri, mass-media).

1435 pacienti (65%) internati pe sectia de toxicologie au fost consultati de pedopsihiatru, de doua ori fiind spitalizati mai mult de o zi. Esantionul luat in studiu a fost analizat comparativ pe criterii de gen, provenienta, grad de instructie. Au fost evidentiata contextual situational, motivatia si trairile ce au precedat gestul suicidar.

Cifrele au fost concordante cu teoria de specialitate si concluziile cercetarilor.

Ele au reiterat efortul de integrare dinamica, responsiva si creativa a pacientilor de-a lungul existentei lor. De asemenea, au evidentiata vulnerabilitatea procesului de crestere si dezvoltare ca factor de risc in declansarea si exprimarea paletei de conduite suicidare.

Studiul a evidentiata atat psihopatologia actului suicidar vazut ca factor de maturizare, cat si polimorfismul clinic al crizei suicidare la copil si adolescent.

Criza suicidara, in studiul realizat, a aparut ca expresie a culminarii suferintei in diferite faze ale traiectoriei suicidare si ca «mici morti» «necesare», constientizarii valorii si continuitatii proprii vietii. Catamneza realizata pacientilor, a accentuat de asemenea observatiile clinice cu privire la criza suicidara. Studiul, a atras atentia asupra prezentei traiectoriei virtuale adormite, latente, la copil si adolescent, traiectorie ce a izbucnit atunci cand nevoile si trebuintele de «moment», au fost asimilate de catre pacienti, ca esentiale constituirii unui «ideal de etapa».

Minimalizarea, ignorarea si negarea de catre entourage a suferintei pacientilor, a readus in memoria acestora momentele trecutului. Internarea in Spitalul de urgenta pentru copii Grigore Alexandrescu a fost justificata de eliberarea tensiunii emotionale

prin actiune, la care s-a adaugat si efectul corector, neutralizant al unor dezechilibre biochimice subiacente prin medicatia ingerata.

Cruzimea gestului suicidar a fost analizata din punct de vedere al dimensiunii si semnificatiei acesteia fiind cuantificata si respectiv inteleasa prin analiza axului impulsivitate-cruzime.

Dramatismul traiirii momentului suicidar si nevoia de deculpabilizare fata de sine si fata de cei din jur, au fost decodificate prin marimea interogatoriilor ruminative, integrarea si justificarea actului suicidar de catre pacienti. A fost analizata seriozitatea gestului suicidar, constatand o discrepanta intre reprezentarile imaginare cu privire la moarte si realitatea mortii. S-a constatat de asemenea, o discrepanta intre aprecierea riscului de catre pacienti si riscul letal apreciat de profesionistii pediatrii.

Restructurarea psihologica (post act), i-a permis pacientului analiza severitatii actului autodistructiv. Reactia postsuicidara a imbracat aspecte diferite dar toate au avut in comun recastigarea dorintei de viata. Decodificarea semnificatiei gestului a fost vitala construirii conduitei individuale de protectie. Zilele petrecute in sectia de toxicologie si sedintele de la Centrul de Criza, au oferit pacientilor un «cadru de munca» asupra realitatii cu care s-au confruntat si a existentei lor in situatie. Trecerea prin «experienta» a fost constientizata post gest, ca un act cu valente «pozitive» in sensul regandirii grilei de valori si implicit a controlului jocului impulsivitate-agresivitate. Experienta emotionala a dialogului terapeutic, ajutat de o cantitate mica de medicamente, a condus la o restructurare pozitiva a propriei imagini de sine cu inducerea si energizarea sentimentului de incredere in sine si remodelare existentiala.

Dovada stau raspunsurile la cea de a doua administrare a interviului semistrukturat. S-au observat: raspunsuri mai clare lipsite de ambiguitati si ezitari, perceptia critica de catre pacient a gestului suicidar, relativizarea, minimalizarea propriilor dificultati si a situatiilor de viata ce au fost considerate initial de nedepasit, insurmontabile, detasarea emotionala a pacientului fata de contextul situational ce a precedat gestul suicidar, diminuarea sentimentului de nesiguranta, insingurare. Gestul in sine a mobilizat intreaga familie si a produs o schimbare in dinamica familiei pacientului, cu reglarea spatiului psihologic intre pacient si apartinator, constanta in timp a dimensiunilor acestui spatiu prin acceptarea reciproca copil-parinte, «reincalzirea» emotionala intre subiect si apartinator. Pentru 2% dintre subiecti, rememorarea situatiilor traite si percepute ca psihotraumatizante, a condus la reliefarea aspectelor placute, ironice, insolite ale contextelor situationale ce au precedat gestul autodistructiv, fiind decodificate ca un mecanism de aparare. Catamneza realizata dupa 10 ani de la incident unui numar mic de pacienti (18) ne-a facut, sa reactualizam ideea schitata cu ani in urma, aceea ca gestul in sine a rearanjat si echilibrat relatia dintre cele trei instante ale Eu-lui.

Portile lumii interioare ale acestor adolescenti, au fost lasate deschise pentru noi, simtindu-se ascultati si intelesi. Ei ne-au facut sa intelegem, ca momentele lor de suferinta extrema, ne-au adus fata in fata prin criza suicidara. Iar prin dezvaluirile lor ne-au atras atentia, ca suferinta lor poate fi gestionata. Si aceasta gestionare este posibila cu un ajutor care va redirectiona traiectoria existentiala scurtcircuitand aceste «mici morti», necesare pentru a merge mai departe. In aceste cazuri criza suicidara apare ca epuizarea solutiilor pe care le poate aduce suferinta. Acest moment a fost

raportat la gestul in sine si la timpul cronologic fizic dand sansa prevenirii gestului pentru persoana in sine si pentru cei a caror suferinta exista dar nu este inca exprimata.

Analiza raspunsurilor pacientilor la prima administrare a interviului semistrukturat a permis evaluarea emotiilor, sentimentelor si trairilor, ce au justificat trecerea la gestul suicidat si a reconfirmat gestul in sine, ca reactie la multipli factori de stres la care sunt supusi copiii si adolescentii in procesul maturational..

Raspunsurile acestora ne-au reamintit, ca indiferent de aria existentiala si intensitatea presiunii la care sunt supusi, ei reprezinta simptomul disfunctionalitatii familiei.

Toti subiectii au raspuns la intrebarea legata de semnificatia personala a unui prieten .

Raspunsurile lor au evidenciat: necesitatea existentei unei relatii interpersonale cu o comunicare reala, ce sa faca posibila impartasirea de sentimente, opinii, respectarea deplina a confidentialitatii, absenta criticii si analizei gesturilor si atitudinile, sprijin emotional in momentele de nesiguranta si ajutor in depasirea lor.

In alegerea unui prieten, 1118 pacienti (75%) au afirmat ca prioritate, satisfacerea unei nevoi de moment si nu criteriu calitativ.

Un numar de 120 subiecti (8%) invoca, principiul hedonic «daca-mi place de el» in timp ce 224 subiecti (15%) isi testeaza viitorul prieten.

Pentru 29 subiecti (2%) am constatat similitudini legate fie de statutul social al familiei, fie al situatiilor existentiale traite.

La intrebarea prezentei sau absentei unui prieten, 1372 dintre subiecti (92%) au raspuns afirmativ si 119 pacienti (8%) negativ.

In cazul raspunsurilor afirmative am constatat pentru 1070 pacienti (78%) situatii diferite, reprezentate de relatii superficiale, de scurta durata, fara o comunicare reala, numar mare de prieteni, initiere impulsiva de contacte interpersonale ce aduc satisfactii imediate.

Doar pentru 343 pacienti (25%) a existat o constanta in timp a relatiei interpersonale cu un numar cuprins intre doi si trei prieteni. In aceste cazuri, confidentialitatea a fost cel mai important criteriu in alegerea prietenului.

Au fost confirmate prietenii pierdute in 1163 de situatii (78%).

Aproximativ 1070 dintre subiecti (92%) au afirmat, ca au inteles cauza acestei pierderi. Motivele invocate au tinut de schimbarea domiciliului, a scolii, calitatea prietenului respectiv, nerespectarea confidentialitatii de catre acesta, schimbări de caracter, probleme amoroase, modificari in comportament, consumul de droguri precum si schimbarea statutului social al familiei.

De retinut in aceste cazuri : problema atribuirii responsabilitatii in incetarea relatiei interpersonale, pacientii constituindu-se in 80% din cazuri, ca parte pasiva in aceasta ruptura. Am intalnit de asemenea traieri de indiferenta la 193 subiecti (18%) si afirmativ emotii pozitive in 43 situatii (4%).

37 subiecti (10%), incearca sa faca o diferenta intre continutul conceptului de prieten si cel de amic. In cazul unei probleme cu prietenul, sfatul este cerut de catre 969 pacienti (65%), in timp ce 522 subiecti (35%) nu vorbesc si nu se sfatuiesc cu nimeni.

Pentru raspunsurile afirmative au fost invocate persoane din familia nucleara sau largita in 242 cazuri (25%), un alt prieten pentru 726 pacienti (70%), preot un caz.

In cazul raspunsurilor negative am constatat dezvoltarea unor trairi de neincredere si repliere.

Pentru 1118 subiecti (75%), exista persoane din familie sau cunostinte carora nu ar vrea sa le vorbeasca despre problema lor.

La intrebarile legate de familie, 1044 pacienti (70%) privesc familia ca un intreg fiind evocate relatiile de sange intre persoane. Pentru 447 subiecti (30%), «intregul» se rezuma la o singura persoana, mama, tata etc. Dar pentru ambele categorii, sentimentul de dragoste si suport, sunt prioritare in definirea si perceptia familiei ideale de catre subiect.

Pentru 1267 subiecti (85%), propria familie este perceputa conflictuala, cu un climat familial anxiogen, marcat de relatii tensionate intre membrii familiei.

317 subiecti (25%) din totalul de 1267 evidentieaza starea de sanatate a unuia dintre parinti etichetandu-l si atribuindu-i responsabilitatea intregului conflict intrafamiliar.

Am constatat, ca pentru majoritatea pacientilor exista un punct de sprijin in familie, pe care il constientizeaza mai mult sau mai putin, dar exista sigur disfunctionalitati in aceasta perceptie in momentele bulversante, perioadele delicate ale lor.

In ceea ce priveste comunicarea in familie, pentru 716 subiecti (48%) exista o comunicare constanta in timp, doar cu unul dintre parinti. In 328 de cazuri (22%) nu exista o certitudine a dialogului, iar pentru restul de 594 pacienti (40%), blocajul in relatia cu parintii este afirmativ totala.

In lotul luat in studiu, 985 subiecti (66%) au unul sau mai multi frati si surori.

Dintre acestia 227 (23%) nu se inteleg deloc intre ei, 424 subiecti (43%) au relatii tensionate cu fratii si surorile, marcate de agresivitati fizice si verbale. Relatia devine insa comoda, relaxata in caz de complicitate cu acestia. Doar 364 pacienti (37%) afirma ca se inteleg foarte bine cu ceilalti frati.

Legat de perceptia sprijinului familiei, 224 pacienti (15%) au dat raspunsuri afirmative si in 1267 cazuri (85%) negative. Pentru cei 1267 pacienti, motivele invocate au fost: diferenta de varsta intre parinti, conceptiile de viata diferite si lipsa timpului in relatia parintelui cu copilul.

Raspunsurile legate de perceptia scolii de catre pacienti, au fost grupate in doua categorii , respectiv bune si mai putin bune.

522 subiecti (35%) au mentionat pe primul plan dificultatile relationale interpersonale, cu profesorii in 339 situatii (65%) cu colegii, pentru 162 subiecti (31%) si in 21 de cazuri (4%) dificultati cu ambele categorii de persoane in proportii diferite.

Dintre cei 339 elevi ce mentioneaza dificultati in relatia cu profesorii, 163 elevi (48%) considera ca profesorii nu-i respecta iar 122 elevi (36%) sustin ca profesorii nu sunt corecti in aprecierea performantelor lor vocationale.

Pentru 507 elevi (34%) programa scolara este foarte incarcata, dificila din punct de vedere al continutului informational constituind astfel o problema importanta pentru ei.

Pe locul trei in ierarhizarea problemelor scolare este mentionata atmosfera clasei de catre 462 elevi (31%). Motivele invocate sunt conflictele dintre colegi, violentele verbale si fizice intre acestia, etichetarile, cu dezvoltarea sentimentului de singuratate in 65 de cazuri (14%).

In ceea ce priveste comunicarea problemelor scolare, 1118 subiecti (75%) au afirmat ca nu spun nimanui problemele scolare si doar 373 elevi (25%) comunica problema lor.

Motivele invocate de cei 1118 elevi au fost frica fata de reactia parintilor pentru 1006 din cazuri (90%) si neincrederea ca cei de acasa ii vor asculta si intelege pentru 112 pacienti (10%).

Problemele colegului de scoala nu sunt comunicate altora decat intr-o proportie mica de 7%, respectiv 104 pacienti si in aceste cazuri persoana de dialog a fost mama, dirigintele sau un prieten.

Restul de 1372 subiecti (93%) nu o comunica. Am constatat pentru 1163 pacienti (78%) trairi de detasare si in 209 cazuri (14%), indiferenta fata de cei ce au nevoie de ajutor.

Analiza sentimentului de singuratate a evidenciat in 1163 de cazuri (78%), nevoia de a nu vorbi cu nimeni, de a le fi respectata intimitatea si trairile negative de catre cei din jur. Dar si absenta suportului emotional ce sa le permita ventilarea trairilor si analiza propriilor ganduri.

656 pacienti (44%) au afirmat ca s-au simtit singuri la scoala, cu prietenii sau in familie. Pentru cei 521 pacienti (35%) ce au dezvoltat trairea de singuratate in propria familie, aceasta a fost legata de conflictele cu parintii, frati sau surori, divortul parintilor.

In relatia cu cei din jur, 1491 subiecti au afirmat ca s-au simtit dati la o parte.

Analiza motivationala a trairii a evidenciat din afirmatiile subiectilor: existenta unei imagini negative construite de cei din jur in 701 situatii (47%), dificultati de integrare in grup a persoanei in 567 cazuri (38%), nivel cultural, educational diferit pentru 149 subiecti (10%) in timp ce 75 dintre subiecti (5%) afirma ca indiferent ce fac nu pot sa intelega rejectia colegilor de clasa.

Analiza ideatiei suicidare prin aplicarea chestionarului a aratat ca din cei 1546 subiecti (70%) de pe sectia de toxicologie ce au avut ideea de a muri, 929 dintre acestia (61%) au avut o singura data aceasta idee „mai de mult”, „nu am impartasit-o nimanui si nu s-a mai repetat” iar restul de 617 subiecti (39%) au avut „adesea” ideea de a muri si in putine cazuri au impartasit-o unui prieten. In acest caz subiectii au afirmat, ca ideea „mocnea” si „tasnea” dupa intervale variabile de timp, in situatiile de viata ce aveau in comun un context situational perceput psihotraumatizant.

Continutul conceptului de moarte a fost analizat si corelat cu dorinta de a scapa de suferinta unei realitati de care fug, iar acesti pacienti ne-au aratat, ca moartea poate fi „stapanita” transformata intr-un simbol, o forta cu care este posibil sa negociezi si sa faci un pact pana la un punct.

Studiul a aratat, ca adolescentii proveniti din mediul rural, au in plus o valoare a moralitatii religioase, care nu se regaseste cu aceeaasi intensitate la grupul de copii si adolescenti din mediul urban, ceea ce a contribuit substantial la nealegerea de catre acestia a unei solutii radicale, din paleta conduitelor suicidare, ca modalitate de rezolvare a problemelor delicate existientiale.

In mediul urban, componenta religioasa este mult diminuada (in functie de modelul familial), lasand loc altor influente specifice (mass-media, cultura de suicid mediatizata intens, modelul grupului de prieteni, mirajul alcoolului, drogurilor etc).

Legat de semnificatia medicamentului, pentru foarte multi este o punte de legatura intre doua lumi: respectiv lumea reala, in care se afla in incurcatura, fiind convins ca a esuat si lumea ideala, in care se poate misca lejer intr-o deplina siguranta emotionala, pe care o poate controla, innota bine in ea, se simte securizat, inteles, acceptat cu partile sale bune si mai putin bune, valorizat, respectat ca proprie identitate, sustinut neconditionat psihologic si material de catre familie in realizarea propriilor aspiratii sau proiect de viata.

Este total gresita ideea, ca cei care vorbesc despre "sinucidere nu ajung niciodata sa se sinucida. Este important sa nu se ignore amenintarile cu sinuciderea. Ocazionale sau disimulate sub forma unei glume nevinovate, ele pot indica o ideatie suicidara serioasa. Datele au dovedit, ca aproape toti cei care s-au sinucis sau au incercat sa o faca, au dat anterior semnale de avertizare de tipul "o sa-ti para rau cand o sa mor" sau "nu vad alta cale de a rezolva decat moartea".

Copiii si adolescentii intalniti pe sectia de toxicologie a spitalului Grigore Alexandrescu au aratat, ca disperarea traita la intensitate maxima, suferinta emotionala nu sunt in mod necesar apanajul unor boli mentale. Cei care au necesitat transferul direct pe sectia de psihiatrie a spitalului Alex. Obregia au aratat, ca sentimentele lor fata de moarte oscileaza pana in ultimul moment intre dorinta de trai si cea de a muri. Ei au aratat, ca nu doreau sa moara, ci sa inceteze suferinta de care se simt coplestiti. Cei care au avut o singura data ideea de a se sinucide si au comunicat-o intr-o maniera deschisa unei alte persoane au afirmat, ca au beneficiat de ajutorul de care au avut nevoie, ceea ce contrazice ideea ca persoanele cu o conduita autodistructiva sunt persoane incapabile sa caute ajutor. Desi este perceput de anturaj ca un act irational, pacientii de pe sectia de toxicologie au dovedit ca pentru ei actul autodistructiv a reprezentat un act rational, ca raspuns la satisfacerea unei nevoi de moment.

Copii si adolescentii intalniti pe aceasta sectie au absentat nemotivat de la scoala in mai mare masura fata de colegii lor, au avut note mai mici, un comportament deviant, au devenit violenti, au consumat alcool, au avut tendinta de a manca si a dormi mult. Sunt semnele depresiei a carei natura difera de cea intalnita la adulti.

Datele obtinute de pe sectia de toxicologie a spitalului Grigore Alexandrescu, au dovedit ca exista o discrepanta intre cunoasterea stiintifica si cunoasterea comuna, intre stereotipuri variate, mentalitati inradacinate istoric, si ipoteze de natura stiintifica, validate de studii aprofundate.

De retinut ca subiectul a fost acceptat in procesul terapeutic ca un ghid, ca un co-terapeut si ca un consultant.

S-a practicat ascultarea empatica a subiectilor si a apartinatorilor.

S-a urmarit constientizarea de catre subiect si apartinatori a problemei si a ariei existentiale in care se afla aceasta precum si participarea activa a acestora la mentinerea problemei.

Au fost analizate trairile si slabiciunile psihice apreciate distorsionat de subiecti si apartinatori.

Am construit impreuna cu subiectul pas cu pas o conduita de protectie a lui, ajutandu-l sa gaseasca si sa-si accepte o noua viziune asupra lumii, sinelui si rezolvarii problemelor prin abordarea filozofiei de viata si a iluziilor.

In acest sens s-a practicat informarea subiectului pentru a-l ajuta la reconstructia personala, subiectul avand permanent un rol activ in procesul de gandire a propriei reconstructii si a regulilor adaptate.

De foarte multe ori, confruntarea terapeutica cu subiectul, mai ales subiectul adolescent, a fost dificila. Dar am constatat in final modificari esentiale la acestia.

Astfel drumul existential ales de subiect este regandit prin desprinderea de o lume fantasmatica si gasirea de solutii de adaptare realiste.

S-a constatat reinsusirea subiectiva a situatiei de catre subiect, cu reintegrarea lui in propria istorie de viata, ce-si reia firul pas cu pas.

La sfarsitul acestei prime consultatii la Centrul de Criza pentru Copii si adolescenti s-a decis sau nu continuarea psihoterapiei de scurta durata, interventie standard «de rezolvare a problemelor» terapie comportamentala si relationala.

De retinut, ca un numar de 43 de pacienti au venit singuri la prima sedinta, apoi au fost insotiti de cel putin un membru al familiei.

1012 subiecti au venit acompaniati de un singur membru al familiei iar restul de 336 subiecti au fost acompaniati de ambii parinti.

Pe parcursul sedintelor, familia s-a lasat descoperita, respectandu-i insa propriul sau ritm de a se dezvalui, fiind acompaniata intr-o deplina confidentialitate, in efortul de constientizare a problemelor existentiale si aria in care se afla acestea. Am avut revelatia partii frumoase, spectaculoase a ascultarii empaticе, prin efectul eficientei in cadrul sedintelor.

Parintii ce au venit la Centrul de Criza, au avut in comun dorinta extrema de disciplinare a copiilor lor, indiferent de varsta cronologica a acestora. Studiul a evidentiat modelul cultural romanesc ca problema, model caracterizat prin reprimare de sentimente si comportamente ce sa corespunda rigorilor sociale. Practic, parintii au demonstrat, ca nu au acceptat cresterea copiilor si nu cunosc particularitatile dezvoltarii acestora. Am constatat de asemenea o inconsecventa a stilului de educatie in familii, ceea ce a avut, din dezvaluirile parintilor repercursiuni asupra dezvoltarii si mentinerii comportamentelor pozitive ale copiilor lor. Pentru 80% din cazuri, comunicarea parinte-copil a fost dominata de pedepsele verbale (ridicatul vocii, insulte, injurii sarcasme) urmate indeaproape de pedepsele fizice (batai, palmuire) ceea ce a dus la un dialog ineficace indepartand copiii si trezind resentimente. Parintii au folosit un limbaj care a criticat comportamentele adolescentilor si nu a ocrotit sentimentele acestora. Ei si-au motivat neatentia la exprimarea verbala prin tensiunile proprii existentiale dublate de absenta timpului, timp ce este apreciat cantitativ si nu calitativ in relatia cu copilul. Cuvintele care dor, cu o putere mare de distrugere, au

fost intalnite in mai mult de jumatate din situatiile ce au declansat trecerea la gest. Sunt cuvinte cu o putere mare de distrugere, pentru ca la manie parintii au spus cuvinte grele, pe care acesti copii nu le meritau dar odata rostite pot modela destine. Parintii afirma ca au descoperit prea tarziu semnificatia mortala a unor gesturi si intamplari carora la vremea lor nu le-au dat importanta. Si ne-au spus ca de cate ori nu au vrut sa dea timpul inapoi pentru a repara ireparabilul.

Studiul a evidentiat de asemenea problema conservarii si respectarii modelelor si valorilor familiei traditionale romanesti de catre adolescenti. Am constatat doua tendinte in atitudinea adolescentilor:

- adolescentii ce provin din astfel de familii si nu vor sa pastreze aceste modele, au o adaptare din mers la o societate in care valoarea cade pe aspectele materiale, iar satisfacerea valorilor si trebuintele de moment devine instrument in comunicarea cu parintele;

- adolescentii care desi considera ca ar trebui sa respecte modelele si valorile familiei traditionale, nu pot si nu stiu sa le integreze in contextul socio-cultural actual.

Aceste situatii au declansat stari conflictuale intre parinti si adolescenti, dezacordul parintilor fiind exprimat prin ignorarea situatiei, neimplicarea sau minimalizarea problematii cu care copiii lor s-au confruntat. In ceea ce priveste educatia formala, studiul a evidentiat doua aspecte legate de nivelul de aspiratii al parintilor in functie de mediul de provenienta (urban sau rural). Indiferent de acesta toti parintii au considerat, ca este important pentru copiii lor, sa urmeze o scoala.

Diferente apar la nivelul de instructie. Majoritatea parintilor din mediul urban doreau pentru copiii si adolescentii lor frecventarea de studii universitare, in timp ce in mediul rural majoritatea optiunilor se rezumau la liceu. Au fost constatate de asemenea similitudini intre rural si urban, cu privire la comportamentele pe care parintii le-au considerat a fi cele mai importante pentru copilul lor, in vederea adaptarii la scoala. Acestea sunt politetea, sociabilitatea, controlul atentiei, respectarea disciplinei si respectul fata de opinia celorlalti. Comunicarea profesor-parinte am considerat-o esentiala, pentru a obtine informatii cu privire la modul in care profesorii percep elevii, ca ajutor in identificarea problemelor acestora. In urma studiului am constatat, ca 16% dintre parinti considera ca profesorii sunt lipsiti total de interes fata de trairile si sentimentele elevilor, deci putin preocupati sa observe problemele legate de starea afectiva a elevilor. In jur de 47% dintre parinti au afirmat, ca nu au avut timp sa mearga la scoala, avand alte prioritati si nu au putut oferi informatii in acest sens. Pentru 37% dintre parinti, profesorii sunt interesati in primul rand de problemele de atentie si de comportament ale elevilor la ore, dublate de performanta vocationala scolara si mai putin sau aproape deloc de trairile si sentimentele elevilor.

Am intalnit de asemenea in 27 cazuri forme instabile de familie.

Referitor la marimea familiei pacientilor nostri, familiile din mediul rural au avut in componenta lor un numar mai mare de membrii, respectiv patru, fata de familia din mediu urban ce ocupa un loc secund printr-un numar mai mic respectiv trei membrii. Familia nucleara a dominat net fata de cea extinsa atat in mediu rural cat si in urban. Copilul din familia monoparentala a provenit din familie biparentala

si nu de la parinti celibatari. Cazurile de familii consensuale intalnite, au fost cu preponderenta din mediu rural.

Am intalnit si familii ce s-au confruntat cu fenomenul migratiei fortei de munca, fenomen de amploare in prezent la nivelul familiei romanesti (migratie in interiorul si in afara tarii). Este cazul unui numar de 12 familii din mediul rural, copiii ramanand cu un parinte sau cu bunicii unuia dintre parinti, fiind supusi astfel riscului de abandon, de neglijare, fenomen constatat si in cazul copiilor din mediul urban ce au parinti care lucreaza multe ore peste program. In privinta nivelului socio-economic, familiile pacientilor nostri s-au diferentiat dupa mediile de rezidenta. Respectiv un nivel socio-economic mediu si ridicat predominant pentru familia de la oras, in comparatie cu cea din mediul rural.

Mamele din mediul rural au fost mult mai tinere decat cele din mediul urban.

Aceasta caracteristica a fost valabila si in cazul tatilor, cu mentiunea ca diferentele au fost mult mai mici. Nivelul de scolarizare al familiei nucleare din mediu rural, a fost pentru cazurile noastre mai redus, liceul fiind maximum de scolarizare pentru acestia, in timp ce parintii copiilor din mediu urban au avut o mai mare diversitate de forme de scolarizare inclusiv studii superioare universitare.

Statutul ocupational de salariat a predominat la distanta atat in urban cat si in rural. Aproximativ jumatate din mamele pacientilor nostri au fost active economic, participand la venitul economic al familiei, in mediu rural ponderea tatilor activi economic fiind pentru cazurile noastre, de doua ori mai mare decat a mamelor.

Majoritatea tatilor acestor copii locuiau la data examinarii cu familia. Am constatat, ca masura in care tatal participa la educatia copilului era influentata de o serie de factori cum sunt mediul de resedinta al familiei, nivelul socio-cultural al familiei, activitatile parintilor, daca lucra sau nu in ture, daca mama avea sau nu serviciu, daca unul dintre parinti lucra in alta localitate sau in alta tara, daca tatal era liber profesionist sau somer, varsta copilului.

Am constatat, ca marea majoritate a parintilor au considerat, ca fetele nu au nevoi diferite fata de baieti cu privire la educatie, dar exigentele parintilor cu privire la disciplina copiilor lor au fost ceva mai mari in cazul baietilor.

Implicarea exagerata a parintilor in activitatea adolescentilor si preadolescentilor este perceputa de acestia, ca un amestec nedorit si nemotivat in viata lor privata, in timp ce toti parintii si-au motivat gestul prin dorinta de a-i proteja ex: citirea SMS-urilor sau e-mail-urilor, ascultarea telefonului, gestionarea timpului liber al acestora, a prietenilor, a iubirilor in sensul impunerii de reguli si restrictii. Analiza decodificarii gestului evidentieaza in ~ 20% din cazuri o frica de sexualitate a parintilor si in ~70% un refuz al acestora de a accepta implicarea in mod activ a copiilor lor tinand cont de opiniile acestora .

In 11% din situatii am constatat la pacientii nostri, trairi negative din spectrul discriminarii induse in majoritate de colegii de clasa, prieteni, "cei bogati".

Intensitatea acestora este accentuata la adolescentii ce provin din mediul rural si frecventeaza scoala urbana, complexul de inferioritate dat de mediul de provenienta suprapunandu-se peste imposibilitatea obiectiv materiala a familiei de a face fata nevoilor, valorilor de moment ale acestuia. Ele capata pentru elevul adolescent statutul de valoare vitala reusitei personale existentiale si caracter obsesiv

de problema, ce-l copleseste prin presiune si trebuie rezolvata urgent. Exemple de valori de moment intalnite in cazurile noastre telefon mobil performant, obligatoriu peste un anumit prag psihologic, haine "numai de firma", muzica, distractie, frecventarea unor anumite discoteci, localuri de distractie in care totul este "cool", "tare", "super".

Problemele de scoala ca motiv de cearta, au fost semnalate in mai mult de jumatate din cazuri, fiind generatoare de emotii negative de ambele parti. Este de retinut, ca in situatiile intalnite, adevaratul motiv s-a pierdut, punandu-se accent pe trairia parintelui pus in situatia, de a i se face observatie de catre profesor in fata altor parinti. Analiza fiind facuta pe o perioada de timp ce a cuprins si 14 sesiuni de examene, am constatat un grad de libertate mai ridicat al parintilor in alegerea scolii de catre copil. El scade usor insa, cand se pun in discutie frecventarea scolii si performantele scolare.

Dar si asa am constatat o remodelare a relatiei copil-parinte pentru cei care au beneficiat de serviciile Centrului de Criza. Respectiv o "maturizare", o "coacere" a acesteia cu un grad mai mare de intelegere din partea parintilor, relatie fundamentata pe incredere si prietenie, dupa cum reiese din chestionarul aplicat prima data pe sectia de toxicologie si reaplicat la sfarsitul interventiei de la Centrul de Criza. Exceptie au facut aproximativ 10% din cazuri, cu familii purtatoare a unor conceptii puternic inradacinate in mentalitatea familiei si percepute ca obstacole in armonizarea acestei relatii.

In ¾ din situatiile intalnite a fost invocat de catre parinti petrecerea unui timp "ingrijorator" de mare in fata TV-ului, calculatorului, chat, in defavoarea temelor de scoala. Pentru noi insa, surclasarea informatiilor de la parinti de catre TV si Internet a constituit un element ingrijorator, pe care s-a lucrat cu intreaga familie. Si asta pentru ca inabilitatea copilului si adolescentului de a selecta informatiile primite pe aceste cai, pot fi sursa de formare de opinii si conceptii incorecte cu repercursiuni negative asupra personalitatii sale. Din pacate, discutiile cu "prietenii" pe chat au constituit o alternativa dezavantajoasa pentru majoritatea adolescentilor, ce au afirmat, ca se percep neascultati atunci cand isi spun parerea in familie si chiar la scoala cu colegii. Astfel 3 adolescenti (doi de 15 ani si unul de 18 ani) au experimentat ingestia de medicamente ca solutie de a iesi dintr-o situatie delicata de la scoala (model garantat ca reusita din experienta interlocutorilor de pe chat).

La Centrul de Criza s-au efectuat minimum doua sedinte si un maxim de cinci sedinte ceea ce a totalizat un numar de:

- 1193 pacienti (80%) - 5 sedinte de psihoterapie;
- 119 pacienti (8%) - 4 sedinte de psihoterapie;
- 179 pacienti (12% - 2 sedinte de psihoterapie.

Pentru 522 subiecti (35%) am considerat necesar, sa le propun o reevaluare pedopsihiatrica la distanta, respectiv la trei luni dupa gestul suicidal.

Nici unul dintre acesti copii nu a fost invatat in familie care sunt elementele esentiale pentru a-si stapani mania sau pentru a-si rezolva conflictele in mod pozitiv, ce inseamna controlarea impulsurilor, empatia, etc. Ei au fost lasati, sa invete la intamplare lectiile emotionale, pierzandu-se astfel ocazia cultivarii unui repertoriu emotional sanatos. Doar 12% dintre acestia au avut "curajul" sa discute cu unul dintre

parinti despre gandurile declansate de un sentiment. Pentru ei am constatat, ca relatia ganduri-sentimente-reactii a aparut inaintea gestului autoagresiv ca un act impulsiv, ca o actiune ce izvoreste din minte emotionala, ca "primul impuls" al inimii si nu al ratiunii. Ei s-au aruncat in actiune fara a sta macar sa cantareasca o clipa ce fac, dar au purtat cu ei in acele momente din dezvaluirile lor o senzatie puternica si speciala de certitudine. Restul au fost constienti de gandurile ce premerg emotiile, ganduri ce au fost evaluate, axa ganduri-parte cognitiva jucand rolul cheie in determinarea emotiilor declansate ulterior. In aceste cazuri pacientii au dezvoltat o reactie emotionala mai inceata decat reactia imediata, care se naste si se amplifica in gandul pacientului inainte de a ajunge la sentiment. Aproximativ 25% dintre acestia au folosit cea de-a doua cale spre emotii, cele prin intermediul gandirii "emotii care pot fi produse" celor care trebuie sa ia aminte de gest. Simbolistica gestului a fost in aceste cazuri decodificata, analizata de cei implicati si anticipata gestionarea situatiei inductoare.

Nu a existat o urmarire sistematica. Datele anecdotice culese nesistematizat au aratat, ca un numar de 580 de pacienti au revenit pentru sfatuire la diferite intervale de timp, intervale cuprinse intre 6 luni si 1 an.

Discutiile catamnezice pentru 18 pacienti, realizate in intervale de 5-10 ani de la prima intalnire au aratat: inscrierea lor intr-un nou raport cu ei si cu lumea inconjuratoare, integrarea in propria istorie de viata cu definitivarea pe trepte diferite a propriului proiect de viata, reinsertia intr-o lume marcata de o conduita protectiva, remaniere flexibila, creativ adaptativa la contexte existentiale date.

Dar au fost si situatii cu familii organizate ce aveau mari probleme relationale, caracterizate prin relatii reci parinte-copil si o mare distantare emotionala. Copiii din aceste familii prezentau probleme de atasament emotional, stima de sine scazuta, imaturitate emotionala cu cautari permanente de satisfactii in relatii personale degradante, de scurta durata. Toate acestea au dus la perpetuarea cercului vicios depresie-nemulțumire-stima de sine prabusita-foame de validare-initiere impulsiva de contacte interpersonale, ce produc satisfactie imediata. Reintalnirea dupa 5 ani in cazul a patru paciente, ce au prezentat o unica ingestie voluntara medicamentoasa, a evidentiat persoane imature emotional-afectiv, intelectual dar si sexual, incapabile "de a fi permanent impreuna" cu cineva. Sunt intr-o cautare dependenta, cu o imaturitate a Eului, ce nu se pot acomoda cu rigorile sociale si morale. Au aderat la un grup, cu un model de viata aparent usor si proiectie simbolica intr-un univers erotic imaginar, degradat instinctual.

Pentru un procent de ~20% dintre pacientii ce au revenit la Centrul de Criza fara o problema personala acuta, reamintirea experientei suicidare a fost regandita si adjudecata ca o "cursa", dupa o imagine pe care si-au format-o despre sine in adolescenta. Ei au afirmat ca "se sinucideau" pentru a exista, trairind astfel experienta "dialogului cu moartea". Lecturile lui Cioran de catre fostii pacienti adolescenti au fost invocate ca surse de "viata". "Pentru a ajunge la ideea obsedanta a sinuciderii, trebuie atat framantare launtrica, cat si spargerea atat de puternica a barierelor interioare, incat din viata sa nu mai ramana decat o ameteala catastrofala, un vartej dramatic si o agitatie stranie" (Emil Cioran).

Privind de-a lungul timpului, pentru pacientii ce au ajuns la Centru de Criza, am constatat ca jocul cu "moartea" presupune o "scena" si "roluri". Cand ia medicamentul, scena si-o alege, rolul ti-l ofera, iar el il joaca pe al lui. Este un loc unde poate fi ajutat, unde se poate lua la cunostinta ca "se intampla ceva cu el" (ex : la scoala, la un prieten etc). Te face partas la demersul lui, dar ramane tabu momentul in care se angajeaza in trecerea la act oferindu-ti in acelasi timp privilegiul de "ultim interlocutor". Pe sectia de toxicologie i s-a oferit o scena, ne oferim reciproc cate un rol, dar aparent lasi balanta sa atarne in favoarea lui, pentru ca ii respecti propriul ritm de dezvaluire. La Centrul de Criza, scena este acceptata prin negocierea initiala de pe sectia de toxicologie iar rolurile se construiesc intr-o deplina confidentialitate si neutralitate binevoitoare a interlocutorului. Este de retinut reactia de surprindere a pacientilor fata de pozitia activa in care sunt pusi, chiar de la initierea relatiei terapeutice, prin negocierea zilei si orei la care pot sa vina la Centrul de Criza. Este o postura noua pentru ei, fiind "obisnuiti" sa fie tratati, nu sa munceasca singuri, sa se "straduiasca" pentru recastigarea echilibrului mintal si fizic.

Studiul realizat a relevat necesitatea prevenirii conduitei suicidare la copil si adolescent, cu elaborarea de conduite protective la nivelul locurilor unde se produce reflexiunea gamei de conduite suicidare. Analiza evolutiei in timp a gamei de conduite suicidare dupa perioada cuprinsa in studiu, a evidentiat o schimbare a valentelor de exprimare a suferintei la copii si adolescenti si importanta crearii de noi tipuri de servicii de sanatate mintala.

In cadrul spitalului Grigore Alexandrescu s-a inaugurat primul serviciu de psihosomatica pentru copii si adolescenti in primavara anului 2007, ce corespunde normelor europene de sanatate mintala-green paper mental health.

Acest serviciu urmareste identificarea precoce in stadiul functional, inaintea somatizarii a afectiunilor cu etiopatogenie din sfera sanatatii mintale.

In noua Lege a sanatatii mintale si normelor sale de aplicare respectiv in Planul de Actiune, la Capitolul IV, sunt prevazute infiintarea de unitati specializate, de promovare a sanatatii mintale si prevenirea tulburarilor mintale. Este cadrul juridic, ce a permis infiintarea in cadrul spitalului Prof.dr.Alexandru Obregia a Centrului pilot transectorial de prevenire a tentativelor de suicid la copil si adolescenti. Activitatea centrului urmareste 3 directii, respectiv preventia primara, secundara si terciara.

Obiectivele centrului sunt: testarea screening in scoala a copiilor si adolescentilor, regandirea modelului educational familial in Romania, infiintarea unui help line pentru copii si adolescenti cu conduita autodestructiva, reconceptualizarea grilei TV prin colaborare cu mass-media, promovarea modalitatilor de prevenire si identificare a consecintelor imediate si pe termen lung a tentativelor de suicid.

Aplicarea in scoli a unor teste screening pentru depistarea copiilor si adolescentilor "la risc" cu idei de suicid, ganduri de suicid, depresie, borderline, nivele crescute de agresivitate si impulsivitate. In acest sens exista un sprijin scris din partea autoritatilor centrale catre mass-media, inclusiv pentru Ministerul Educatiei, Cercetarii si Tineretului, ce va permite si accesul profesionistilor in scoli pentru testele de screening facute elevilor.

În prezent este un model cultural cu reprimare de sentimente, comportamente, impus în viziunea familiei de regulile sociale.

Educație nu înseamnă numai probleme vocaționale, școlare și alfabetizarea emoțiilor. Astfel se impune completarea educației clasice cu educația controlului ideilor și sentimentelor.

Regândirea modelului educațional în familia românească, atrage un alt stil de comunicare, generator al unui climat familial favorabil emoțional-afectiv, protector și securizant. Acest climat va permite cultivarea unui repertoriu emoțional sănătos și va deveni o bază solidă pentru dezvoltarea inteligenței emoționale la copil.

Se impune de asemenea cuantificarea efectului neglijenței afective din punct de vedere juridic și prin urmare dreptul la sancțiune al părinților/apartinătorilor legali ai copilului sau adolescentului. Aceasta cuantificare ar putea constitui un factor de protecție. Dar nu numai familia trebuie antrenată în efortul de regândire a noului model ci și instituțiile publice centrale cu putere decizională și în acest sens propun pentru Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului introducerea în programă analitică a unui program de învățare socială și emoțională pentru copii și adolescenți.

Help line pentru copii și adolescenți cu conduită autodistructivă

Nevoia de comunicare este în acest caz o modalitate de prevenție la trecerea la act, prin două modalități: ventilarea emoțiilor negative cu reducerea încărcăturii emoționale posibil distructive, pe de o parte și pe de altă parte, posibilul ajutor ce poate veni din partea interlocutorului.

Fetele sunt mai deschise să vorbească despre problemele lor, pulsivitatea băieților dublată de agresivitatea tipică și reținerea de a vorbi despre problemele lor în comparație cu fetele, le facilitează trecerea la act.

Profesioniștii compartimentului Help Line vor acorda o atenție în plus unei «voci masculine».

Adresabilitatea la acest tip de serviciu ține de mediatizarea existenței lui.

Reconceptualizarea grilei TV care va urmări:

a) scăderea mediatizării cazurilor de suicid, fiind posibilă pe de o parte percepția conduitei suicidare ca model de rezolvare a problemelor existențiale de către copii și adolescenți, iar pe de altă parte favorizarea inducției sugestive suicidare.

În prezent, se poate vorbi de o vulgarizare în semnalarea cazurilor de suicid și chiar de o cultură a sinuciderii, prin mediatizarea inclusiv a modalităților de a renunța la viața unor vedete cu impact asupra adolescenților ex: Kurt Cobain (Nirvana), Michael Hutchins (INXS), River Phoenix (prin overdose) sau Johnathan Brandis.

b) reducerea difuzării filmelor, emisiunilor, jurnalelor cu mare încărcătură agresivă, ce pot induce, construi și potența agresivitatea la copil și adolescent;

c) creșterea și diversificarea ofertelor de mediatizare a modelelor de reușită, de rezolvare a problemelor existențiale, în manieră constructivă, ținând cont de managementul administrării informației în funcție de vârsta cronologică a celor cărora le este adresată;

d) creșterea responsabilității din partea media în ce privește maniera de relatare a cazurilor de suicid.

Orice strategie de prevenire trebuie să pornească de la cunoașterea factorilor de risc pentru sinucidere.

Pentru a reduce comportamentul suicidar si pentru a avea rezultate durabile in timp, este nevoie de o strategie ce vizeaza in aceeasi masura tramamentul bolii mentale, farmacoterapia, terapiile comportamentale, relationale, interventiile psihosociale, interventiile comunitare, scolare, scolare, interventii postsuicidare, interventii sustinute de politici de stat.

Detectarea cat mai rapida de catre medicii de familie a tulburarilor mentale cu indrumarea pacientilor catre specialist.

Farmacoterapia influenteaza procesele neurobiologice, care includ si unele stari de natura psihiatrica incercandu-se reducerea comportamentului suicidar.

Tratamentul standard pentru tentativele de suicid faciliteaza reducerea tentativelor de suicid, daca este combinat cu o forma de terapie scurta, care pune accentul pe problema identificata, ca fiind cea mai obsesiva pentru pacient.

Se stie ca riscul de sinucidere este legat de numarul relatiilor interpersonale pe care o persoana le are. Ameliorarea relatiilor sociale este importanta prin ea insasi, participand la prevenirea revenirii la un comportament suicidar.

Interventia la nivel individual este completata cu cea la nivel comunitar. Este necesara infiintarea de servicii de sanatate mentala comunitare pentru persoane care manifesta comportamente suicidare.

De asemenea, dezvoltarea de programe de formare a personalului din scoli, a personalului medical, a membrilor comunitatii, pentru a putea repera persoanele cu risc suicidar si a le indruma spre serviciile de sanatate mentala.

Abordarea la nivelul societatii se refera inclusiv la politici ce restrang accesul la mijloacele de sinucidere, dupa exemplele din Canada, SUA, Australia ce au restrans dreptul de a detine o arma (86LA).

Este necesara dezvoltarea de catre autoritatile centrale a unor politici sociale cu planuri de masuri specifice in ceea ce priveste prevenirea si relatarea comportamentelor suicidare (modelul guvernelor australian, neozeelandez etc.)(88AL)

Concluziile relevate in urma studiului au fost :

- Preventia gestului suicidar a fost evidentiata si reiterata in eforturile de integrare dinamica, responsive si creative a copiilor si adolescentilor de-a lungul existentei lor;

- Gama de conduite suicidare a fost abordata dintr-o perspectiva dinamica, sistematica;

- Decodificarea gestului la subiectii din lotul studiat, a vizat individul ca unitate existentiala bio-psiho-sociala, in dificilul proces adaptativ la o realitate obiectiva data;

- Procesul de crestere si dezvoltare la copiii si adolescentii ce au facut obiectul studiului, a fost privit ca un factor de vulnerabilitate in declansarea si exprimarea paletei de conduite suicidare;

- Cea mai buna imagine de ansamblu a fenomenului suicidar la copii si adolescenti este centrata de perspectiva psihologica;

- Am constatat schimbarea valentelor de exprimare a suferintei date de dificultatile existentiale;

- Infiintarea de noi servicii medico-psiho-sociale reprezinta o noua necesitate;

- Abordarea multidisciplinara este o realitate in efortul comun de recentrare a atentiei asupra simptomatologiei de granita, de finete;
- Suportul psihologic, emotional al copiilor si adolescentilor, a fost validat prin creerea si functionarea primului Centru de Criza pentru Copii si Adolescenti din tara;
- Scaderea ratei de suicid si schimbarea valentelor de exprimare a suferintei la copil si adolescent a facut necesara si utila infiintarea primului serviciu de psihosomatica in cadrul Spitalului Clinic de Urgenta Grigore Alexandrescu;
- Crearea unui Centru Pilot Transectorial de prevenire a tentativelor de suicid pentru copii si adolescenti in Bucuresti.

Bibliografie

- 1) Acad. Prof. Dr. STEFAN MILEA Profilaxia primara a tulburarilor psihice la copil si adolescent , vol 1 Editura Stiintelor Medicale, 2006.
- 2) ACHENBACH, T.M., EDELBROCK C.,(1978), The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts, Psychological Bulletin, 85, pp. 1275 – 1301.
- 3) ACHENBACH, T.M., EDELBROCK C., (1981), Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four to sixteen. Monographs of the Society for Research in Child Development, 46 (serial no. 188).
- 4) ACHENBACH, T.M., EDELBROCK C., (1983), Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile, Burlington, VT, University of Vermont, Department of Psychiatry.

- 5) ACHENBACH, T.M., EDELBROCK C., (1986), Manual for the Teacher's Report Form and Teacher Version of the Child Behavior Profile, Burlington, VT, University of Vermont, Department of Psychology.
- 6) AGENCE NATIONALE D ACCREDITATION D EVALUATION EN SANTE (ANAES). Recommandation pour la pratique clinique. Prise en charge hospitaliere des adolescents apres une tentative de suicide. Texte des recommandations, novembre 1998.
- 7) ALVIN P., GASQUET I., DE TOURNEMIRE R., NOUYRIGAT V., SPERANZA M. – Les adolescents aux urgencies hospitalières. A propos de d'une equate menée a l'AP-HP. Neuropsychiatries de l'Enfant et l'adolescent, 50, 571 – 576, 2002.
- 8) ALVIN P., MARCELLI D. - *Medicine de l'adolescent*, Masson, Paris 2000.
- 9) AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behaviour, J of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001,40 (7 supol), 24-51.
- 10) BALDACCI C. – Hospitalisations d'adolescents en milieu d'adultes : quelques principes. Nervure, Thome XIV, nr.8, novembre 2001.
- 11) BARRISON CZ, LEWINSHON PM, MARSTELLER F. Et coll. The assessment of suicidal behaviour in adolescents, *Suicide Life Threat Behav*, 1991,21,217-230
- 12) BECK, A.T., EMERY, G., GREENBERG R. (1985), *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*, Basic Books, N.Y.
- 13) BENADIBA M. – L'adolescent et le suicide – *Adolescence. Arcanes / Apertura* 75-88, 1999.
- 14) BERTHAULT E., MARCELLI D. – Urgences psychiatrique a l'adolescence. *La revue du praticien*, 1191 – 1195, 2003.
- 15) BOCHEREAU D. - *Adolescence, violence et psychiatrie. Synapse* nr. 165. Avril 2000
- 16) BRACONNIER A. – Dépressions a l'adolescence. et. Techniques. *Encycl. Med. Chir.* (Paris, France), Psychiatrie, 37 – 214, A – 10, 4p, 1993.
- 17) BRACONNIER A., - La menace depressive, une transformation a l'adolescence de l'angoisse de separation. *Confrontations psychiatrique* nr.29, 1988.
- 18) CHAVAGNAT J.J. FRANC R. – “ Prise en charge du suicidant ” in *Dépression et suicide*, Masson, Paris, 129-155, 2000.
- 19) CHOQUET M, et coll. – Adolescents (14 – 21 ans), enquête epidemiologique. Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. INSERM, Paris, 1998.
- 20) Choquet, M., Menckle, H., (1989), Suicidal thoughts during early adolescence: prevalence, associated troubles and help-seeking behavior, *Acta Scandinavica*, 81, 170-177.
- 21) CLAUDEL H., GILOUX N., - Les adolescents et la violence aux urgences psychiatriques. *La revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* n° 35, Février 2000.
- 22) COLE D.A, Hopelessness and social desirability, depression and parasuicide in two college student samplex, *J. Consult Clin Psychol*, 1988,56,131-136.
- 23) Conference Nationale de Consensus, La crise suicidaire, reconnaitre et prendre en charge, Textelong: Federation Francaise de Psychiatrie, 2000, 19-20 octobre.
- 24) CONSTANTIN ENACHESCU, *Tratat de igiena mintala*, Editura Didactica si Pedagogica, R.A., Bucuresti, 1996.
- 25) CORCOS M., AGMAN G., BOCHEREAU D., CHAMBRY J., JEAMMET Ph – trouble des conduites alimentaires a l'adolescence. *Encycl. Med. Chir. Elsevier, Paris, Psychiatrie/pédopsychiatrie.* 37 – 215- B – 65, 2002, 15 p.
- 26) CORCOS M., JEAMMET P – Expression névrotique. Etats limites. Fonctionnement psychotique a l'adolescence. *Encycl. Med. Chir. Elsevier, Paris, Psychiatrie/pédopsychiatrie.* 37 – 215- B –20, 2002, 10 p.
- 27) COSLIN P.G., - Violence et délinquance a l'adolescence. *Perspective psy*, vol 39, n°4, 274 – 285, sept – oct. 2000.

- 28) DE GANDT-BRUNET, Les échelles de risqué suicidaire à l'adolescence, Nervure, Journal de psychiatrie, nr.8, tome XVII, novembre 2004.
- 29) DELAROCHE P. – L'adolescence, enjeux cliniques et thérapeutiques. Nathan. Paris. 2000.
- 30) DELORME M – le concept de mort à l'adolescence. Adolescence. Monographie. ISAP, 317 – 381, 2000.
- 31) Dobrescu, I. Mateescu, L., Grozavescu R., Eparu I., (2004), Actualitati in psihofarmacologia copilului si adolescentului, Ed. Amaltea.
- 32) DOLTO F., - La cause des adolescents, Robert Laffont, Paris 1988.
- 33) FREUD A., - Le Moi et le mécanisme de défense. PUF, 1954.
- 34) Garfinkel, B.D., (1986, june), School based prevention programs. Paper presented at the National Conference on Prevention and Intervention in Youth Suicide, Oakland, CA.
- 35) Garfinkel, B.D., (1987, November), Adolescent suicide. Workshop presentation, Mendota Mental Health Institute, Madison, WI.
- 36) GUEDJ M.J. – Passage à l'acte et urgence : entre cadre et réseau. Adolescence, 20, 3, 571 – 579, 2002.
- 37) GUEDJ M.J. ASZVAZADOURIAN R., GALLOIS E., POMMERANC I., - Urgence, consultation prolongée, hospitalisation brève. Nervure, Tome XIV, n°8, Novembre 2001.
- 38) GUEDJ M.J., MASSE G., LANA H., FOUILLET M., MAZODIER I., WEILL M., SCHMIT N., RAYNAUD P. – Le CPOA, bilan et perspectives. L'information Psychiatrique, n°5, mai 2000.
- 39) HOUSEMAN M., - Qu'est-ce qu'un rituel ? L'autre. Clinique, culture et sociétés, vol 3, n°3, 533 – 538, 2002 ;
- 40) HUERRE P., PAGAN – REYMOND M., REYMOND J.M. – L'adolescence n'existe pas, Odile Jacob, 2003 ;
- 41) HURSTEL F. – Penser la maternité contemporaine, raisonner la clinique in Fonctions maternelle et paternelle. Eres, 87 – 100, 2000 ;
- 42) JEAMMET P. – Diagnostic et évaluation des troubles psychiques de l'adolescence. L'information psychiatrique, vol 79, n°8, Octobre 2003 ;
- 43) JEAMMET P. – Les liens, fondement du sujet, de la contrainte au plaisir. Adolescence, 20, 2, 227 – 239, 2002 .
- 44) JEAMMET P – Rapport au Sénat, 5 mars 2003.
- 45) KOTILA L. LONNQVIST J. Suicide and violent death among adolescent suicide attempters, Acta Psychiat. Scandinavica, 1989, 79, 453-9.
- 46) KOVACS M., - Presentation and cause of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. J. Am. Acad. Child. Psychiatr., 35, 705 – 715, 1996.
- 47) KOVACS M., AKISKAL S., GATSONIS C., PARRONE P. L., - Childhood onset dysthymie disorder. Arch. Gen. psychiatr., 51, 365 – 374, 1994;
- 48) LAURENCE FRANCOIS, Les Pactes suicidaires: données actuelles, Nervure, Journal de psychiatrie, juin 2006.
- 49) LAURENT A., FOUSSARD N., DAVID M., BOUCHARLAT J., et coll, Le devenir psychosocial d'adolescents suicidants, Synapse, 2000, 162, 19-24
- 50) Le MAT Syndrome, Synapse-mai 2006-nr.225.
- 51) MARCELLI D., - Les états dépressifs à l'adolescence. Coll. Les Âges de la vie, Masson, 2000.
- 52) McIntire, M.S., Angle C.R., (1973), Psych biopsy in self-poisoning of children and adolescents, American Journal of Disturbed Children, 126, 42-46.
- 53) MIRCEA TIBERIU Tratat de psihopatologie si sanatate mentala a copilului si adolescentului, Timisoara, Editura Augusta, Editura Artpress, 2004.
- 54) Olie, J.P., Silva, E., Costa, J.A., Marcher, J.P., (2005), Neuroplasticity. A new approach to the pathophysiology of depression, Current Medicine Group Ltd., reprinted in 2005.
- 55) Philips, D.P., (1974), The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implication of the Werther effect, American Sociological Review, 39, 340-354.

- 56) Philips, D.P., (1979), Suicide, motor vehicle fatalities and the mass-media: evidence toward a theory of suggestion, *American Journal of Sociology*, 84, 1150-1174.
- 57) Pr. PHILIPPE JEAMMET, psychanalyste(SPP), Souffrir pour exister: conduits pathologiques a l'adolescence, *Abstract Psychiatrie*-n 6-avril 2005.
- 58) psychiatriques. *L'information psychiatrique* n° 5, 1996 ;
- 59) RANGE I., KNOTT F., Twenty suicide assessment instruments: Evaluation and recommendations, *Death Study*, 1997,21,25-58
- 60) Shaffer, D., Garland, A. & Bacon, K, (1989), Prevention issues in youth suicide, in D. Shaffer, I. Philips & N. Enzer, (Eds.), *Prevention of Mental Disorders*,
- 61) The Center for Cognitive Therapy, Room 602, 133 South 36 th Street, Philadelphia, PA, 19104, USA.
- 62) TUDOREL B.BUTOI-SEVERIN Psihanaliza crimei-femeia asasin- SC "Stiinta & Tehnica"SA,1996.
- 63) VIVIANE KOVESS, F.FACY, *Epidemiologie et sante mentale*, Medecine-Sciences Flammarion, Paris, 1996.
- 64) WINNICOTT D. W – “ La tendance anti-sociale” in *De la pédiatrie a la psychanalyse*, 1956.
- 65) WINNICOTT D. W. - *Jeu et réalité : l'espace potentiel. Concepts actuels du developpment de l'adolescent*. Gallimard, Paris, 190 – 207, 1075.