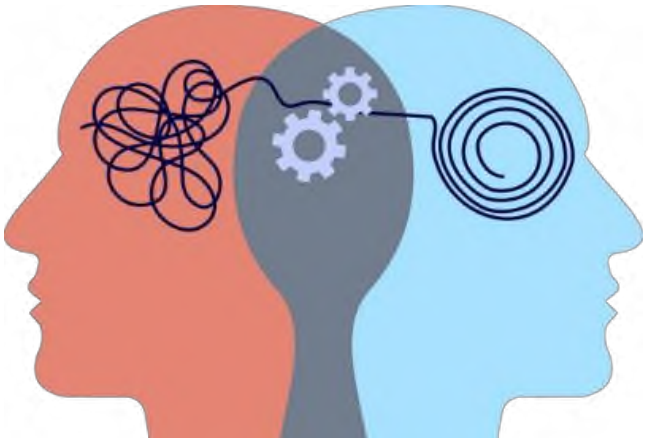
MINISTERUL SĂNĂTĂŢII AL REPUBLICII MOLDOVA

Instituţia Medico-Sanitară Publică
Spitalul Clinic de Psihiatrie

COMPORTAMENTUL SUICIDAR



Protocol Clinic Instituţional

PCN – 448

2025

Aprobat prin Ordinul IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie nr.230 din 30.12.2025 “Cu privire la aprobarea Protocolului clinic instituţional Comportamentul suicidar”. Acest protocol clinic instituţional a fost elaborat în baza Ordinului Ministerului Sănătăţii nr.973 din 24.10.2025 “Cu privire la aprobarea Protocolului clinic naţional Comportamentul suicidar”, de către grupul de lucru al IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie, instituit prin Ordinul Nr.197 din 17.11.2025 “Cu privire la instituirea grupului de lucru pentru elaborarea protocoalelor clinice instituţionale“.

Prenume, Nume	**Funcția, subdiviziunea**
Ghenadie Zaporojan	Vicedirector medical
Inga Scurtu	Şef serviciul management al calităţii serviciilor medicale
Renata Zabelinscaia	Şef (i) secţia 2
Lilia Grecu	Şef secţia 4
Vasile Alcaz	Medic internist, Secţia diagnosticare, reabilitare medicală şi medicină fizică
Andrei Nicolai	Şef secția terapie intensivă (inc.transfuzie sânge)
Zinovia Pasnicenco	Farmacist-diriginte

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT 5
SUMARUL RECOMANDĂRILOR 6
PREFAŢA 8

A. PARTEA INTRODUCTIVĂ.
A.1. DIAGNOSTICUL. COMPORTAMENT SUICIDAR (PERSOANE ADULTE) 9
A.2. Codul bolii 9
A.3. Utilizatorii 10
A.4. Obiectivele protocolului 10
A.5. Elaborat: 2025 10
A.6. Revizuire : 2029 10
A.7. Lista şi informaţiile de contact ale autorilor şi persoanelor care au participat la elaborarea protocolului: 11
A.8. Definițiile folosite în document 12
A.9. Informația epidemiologică 12
B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator, IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie 14

B.2.Nivelul de asistență medicală Spitalicească Specializată, IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie 15
C. Conduita.

C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ 17
C.1.1. Model de dezvoltare a suicidului cu tipuri de intervenții preventive țintite 17
C.1.2. Algoritm general al conduitei pacientului, algoritmul de intervenție și algoritmul de terapie medicamentoasă [36] 18
C.1.3. Algoritm rezumat pentru evaluarea și managementul autovătămării și suicidului 19
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR 20
C.2.1. Clasificarea clinică 20
C.2.2. Profilaxia 23
C.2.2.1. Factorii de risc 26
C.2.2.2. Screening-ul 28
C.2.3. Conduita pacientului 32
C.2.3.1. Anamneza 32
C.2.3.2. Manifestări clinice 34
C.2.3.3. Investigațiile paraclinice 38
C.2.3.4. Diagnosticul diferențiat (obligatoriu) 38
C.2.3.5. Prognosticul (la necesitate) 39
C.2.3.6. Criteriile de spitalizare 41
C.2.3.7. Criterii de transfer de la un nivel de asistență medical la alt nivel 43
C.2.3.8. Tratamentul 45
C.2.3.8.1. Tratamentul nemedicamentos 47
C.2.3.8.2. Tratamentul medicamentos 48
C.2.3.9. Evoluția 51
C.2.3.10. Supravegherea 53
C.2.3.11. Reabilitarea 57
C.2.4. Stările de urgență 59
C.2.5. Complicațiile 64
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Nivelul de asistenţă medicală specializată de ambulator, IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie 65
D.2. Nivelul de asistenţă medicală spitalicească specializată, IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie 65
E. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ CONFORM SCOPURILOR PROTOCOLULUI. 66
F. ASPECTELE MEDICO-ORANIZAŢIONALE PRIVIND GESTIONAREA COMPORTAMENTUL SUICIDAR ÎN CADRUL IMSP SCP 68

ANEXE

ANEXA 1. Fișa standardizată de audit medical 70
ANEXA 2. Ghidul pentru APARȚINĂTORI 71
ANEXA 3. Ghidul pentru PACIENT 73
ANEXA 4. Profilul de evaluare a letalității sinuciderii (S.L.A.P.P.) 76
ANEXA 5. Scala Columbia de evaluare a severității riscului suicidar versiunea de screening (The Columbia- Suicide Severity Rating Scale - C-SSRS) 77
ANEXA 6. Scala Columbia de evaluare a severității riscului suicidar (The Columbia-Suicide Severity Rating Scale - C-SSRS) 78
ANEXA 7. Scala de severitate din ghidul bazat pe consens din Țările de Jos 83
ANEXA 8. Planul de siguranță 84
ANEXA 9. Supravegherea în caz de tentativă / comportament suicidar. 88
ANEXA 10. Mesaje cheie privind supravegherea și prevenția suicidului [87] 93
ANEXA 11. Nivele de evidență și grade de recomandare 94

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AMP - Asistența Medicală Primară
AMS - Asistența Medicală Spitalicească
AMSA - Asistenţa Medicală Specializată de Ambulator
AMU - Asistenţa Medicală de Urgenţă
AMUP - Asistența Medicală Urgentă Prespitalicească
APA - American Psychiatric Association
BVC - Lista de verificare pentru violență după Brøset
CASE - Chronological Assessment of Suicide Events
CCSM - Centrul Comunitar de Sănătate Mintală
CIM - Clasificarea statistică internațională a bolilor și a problemelor de sănătate înrudite
CSSRS - Columbia Suicide Severity Rating Scale
CG – Cameră de gardă
DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECSM - Echipa Comunitară de Sănătate Mintală
FDA - The United States Food and Drug Administration
HIV - Human Immunodeficiency Virus
ICD - International Classification of Diseases
IMAO - Inhibitori de Monoaminooxidază
IPS - Intervenția de Planificare a Siguranței
ISRS - Inhibitorii Selectivi ai Recaptarii Serotoninei
LDH - Lactat Dehidrogenaza
LGBT - Comunitatea Lesbiană, Gay, Bisexuală, Transsexuală, etc. (non-heterosexuală)
MAO - Monoaminooxidază
NICE - National Institute for Health and Care Excellence (UK)
NSSI - Nonsuicidar self-injury (auto-vătămare non-suicidară)
NVISS - National Violent Death Reporting System (USA)
OMS - Organizaţia Mondială a Sănătăţii
PANSS - Positive and Negative Syndrome Scale
PCC - Psihoterapia Cognitiv-Comportamentală
PEP - Primul Episod Psihotic
PHQ - Patient Health Questionnaire
PTSD - Post-traumatic stress disorder
SCAN - Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SCR - Studii Clinice Randomizate
SIA - Suportul Individual pentru Angajare
SIDA - Sindromul Imunodeficienței Umane Dobândite
SIS - Scala de intenție de sinucidere
SLAPP - Profilul de evaluare a letalității sinuciderii - S (Specificitate), L (Letalitate), A (Disponibilitate), P (Proximitatea sistemului de suport), P (Tentative anterioare).
SNC - Sistemul Nervos Central
SNRI - Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors
SPA - Substanțe Psihoactive
SPS - Scala SAD PERSONS
TAG7 - Scara din 7-elemente de Tulburare de anxietate generalizată
TEC - Terapia electroconvulsivantă
TPB - Tulburarea de personalitate borderline
UPU - Unități de Primire Urgențe
WHO - World Health Organization
YMRS - Young Mania Rating Scale.

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

1. Termenul de comportament suicidar se referă la ansamblul gândurilor, actelor pregătitoare și tentativelor, care exprimă o anumită intenție de a-și pune capăt vieții [128].
2. Datele statistice privind mortalitatea cauzată de suicid, ne relevă că Republica Moldova este țara cu o rată înaltă la acest indicator. Potrivit datelor Biroului național de statistică, rata de suicid este mai mare în mediul rural fiind explicată prin consecințele negative ale proceselor socio-economice, care determină stagnarea vieții rurale, scăderea nivelului de trai, destrămarea valorilor și a moravurilor tradiționale [61].
3. Raportul dintre suicid și tentativă de suicid este de 1/25, pe când numărul indivizilor cu ideație suicidară este cu mult mai mare. Circa 20% dintre persoanele ce s-au sinucis au avut o tentativă anterioară de suicid
4. Suicidul afectează părinții, copiii, partenerul de viață, un prieten sau un coleg al celui decedat, astfel că pentru fiecare deces prin suicid suferă aproximativ alte 135 de persoane.
5. La nivel global, pentru fiecare deces prin sinucidere feminină, există aproape două decese de sex masculin, deși încercările de sinucidere sunt de aproximativ două până la patru ori mai frecvente în rândul femeilor. Bărbații sunt mai predispuși să folosească mijloace letale, explicând parțial modelul invers al ratelor de mortalitate prin sinucidere.
6. Comportamentul suicidar poate apărea în orice moment al vieții, este rar întâlnit la copiii cu vârsta sub 5 ani, însă pentru grupul de vârstă 10-19 ani rata suicidară înregistrează o creștere depășind chiar și rata mortalității tinerilor din grupul de vârstă 20-29 ani [133].
7. Comportamentul suicidar este rezultatul unei interacțiuni complexe dintre multipli diferiți factori de risc la nivel psihologic, social, cultural și biologic [115].
8. Grupurile cu risc înalt includ persoane aparținând minorităților etnice, culturale sau sexuale (LGBT), cei cu istoric de tentativă anterioară, cu tulburări mintale (în special depresie și/sau consum de substanțe), bărbații de vârstă mijlocie și vârstnicii, personal militar și veterani, populații instituționalizate (penitenciare), persoane care trec prin doliu complicat și cele cu boli somatice grave sau cronice.
9. Psihologic, intențiile suicidare evoluează de la pesimism, anxietate, nesiguranță, tendință la disperare, ideea imposibilității soluționării situațiilor („eșecurilor”) spre idea suicidară, apoi comportamentul suicidar non-fatal și, în cele din urmă, comportamentul suicidar fatal [28].
10. Riscul de suicid repetat după o tentativă de autovătămare pe parcursul următoarelor 12 luni este de 37 ori mai mare decât în populația generală și, aproximativ 60% au comis suicidul în prima lună după externare din spital [57, 77].
11. Diagnosticul de comportament suicidar (persoane adulte) conform CIM 10 este codificat la cifrul X60–X84, Y87 [48]. La fel pot fi utilizate și codurile pentru Autovătămare intenționată.
12. Comportamentul suicidar este adesea clasificat în termeni de violență a metodei. În general, supradozele cu substanțe legale sau ilegale sunt considerate metode nonviolente, în timp ce săriturile, rănile prin împușcătură și alte metode sunt considerate violente. O altă clasificare ține de consecințele medicale ale comportamentului, încercările de mare letalitate fiind definite ca fiind cele care necesită spitalizare medicală dincolo de o vizită la un departament de urgență.
13. Se va lua în considerare obligator gradul de planificare versus impulsivitatea încercării, o caracteristică care ar putea avea consecințe asupra rezultatului medical al unei tentative de sinucidere. Indivizii rămân expuși unui risc mai mare pentru noi încercări de sinucidere și deces în cele 24 de luni după o tentativă de sinucidere, iar perioada de 12-24 de luni după ce a avut loc comportamentul este specificată ca „remisie precoce”.
14. Evaluarea și conduita pacientului se bazează pe o abordare multidisciplinară (psihiatru, psiholog, asistent social, asistent medical). Se vor investiga anamneza psihiatrică și somatică (inclusiv informații de la apropiați), se va realiza un examen fizic și psihologic, vor fi utilizate scale de screening adecvate (SLAPP, C-SSRS) și se vor analiza factori precum

planificarea, impulsivitatea, existența unei rețele de suport și gravitatea antecedentelor (tentative anterioare) [72].

15. Investigațiile paraclinice se realizează în funcție de leziunile asociate tentativei (traumatisme, intoxicații, complicații) și de eventualele patologii somatice preexistente. Examenul psihologic include Scala Columbia, SLAPP sau SAD PERSONS, alături de instrumente de evaluare a altor tulburări mintale (PHQ9, TAG7, Hamilton etc.) [69, 72].
16. La nivelul de asistență medicală primară se va realiza profilaxia prin: evaluarea persoanelor din grupe de risc în special în cazul valorilor semnificative la TAG 7 sau PHQ9 și screening-ul comportamentului suicidar; suspectarea și detectarea comportamentului suicidar prin culegerea anamnezei, a datelor colaterale de la aparținători, identificarea valorilor semnificative la TAG 7 sau PHQ9, SLAPP, CSSRS; referirea pentru tratament precum rezolvarea necesităților medicale și ne-medicale, oferire de suport, informație, ghidare, plan de siguranță sau trimiterea la CCSM și/ sau spitalizare; supravegherea clinică, privind prevenirea recidivelor și monitorizarea sănătății fizice.
17. La nivelul de asistență medicală urgentă se va suspecta și detecta comportamentul suicidar prin evaluarea pacientului: anamneza, date colaterale de la aparținători, valorilor semnificative la TAG 7 sau PHQ9, SLAPP, CSSRS, examenul fizic, conlucrarea cu CCSM, iar tratamentul se va limita la gestionarea stării de criză și oferirea de suport, informație, ghidare, plan de siguranță, referire pentru tratament sau spitalizare.
18. Centrul Comunitar de Sănătate Mintală va realiza evaluarea multidisciplinară, confirmarea diagnosticului de comportament suicidar, screening-ul prin aplicarea scalelor pentru comportament suicidar, precum și inițierea îngrijirilor pe trepte: tratament biologic, intervenții psihologice, supraveghere clinică continuă și reabilitarea beneficiarului.
19. Asistență medicală spitalicească, secțiile de profil psihiatric ale spitalelor raionale și municipale, UPU/CG, Asistența medicală spitalicească specializată vor asigura stabilizarea stării psihice, creșterea siguranței, efectuarea diagnosticului diferențial, intervenții suplimentare pentru a depista patologii psihice cu risc înalt de comportament suicidar, dar și intervenții mai complexe și intensive cu asigurarea unor condiții de staționar.
20. Criteriile de spitalizare includ, în principal, situațiile cu potențial crescut de pericol pentru sine sau ceilalți, idei/planuri suicidare cu letalitate ridicată, prezența unor episoade psihotice ori dificultatea de a asigura suport și urmărire în ambulator. Se recomandă spitalizarea în secțiile de psihiatrie (spitale generale/UPU/CG) când există o tentativă severă, simptome psihotice, risc de non-aderență la tratament sau lipsă de suport familial adecvat [APA, 2010].
21. Externarea cât mai timpurie, din instituțiile spitalicești, după atingerea scopului terapeutic comun, oferă beneficii (eradicarea discriminării, stigmei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiental, implicarea în activitățile profesionale).
22. Extrasul obligatoriu va conține: diagnosticul exact detaliat, rezultatele investigațiilor efectuate, recomandările explicite pentru pacient, programul individual de recuperare elaborat în comun cu echipa comunitară de sănătate mintală și recomandările pentru medicul de familie.
23. Planul de siguranță individual reprezintă un instrument care ajută pacientul să recunoască semnele de avertizare ale crizei suicidare, să identifice strategii de reglare emoțională și să stabilească pași clari pentru a cere ajutor (familie, prieteni, linii de urgență).
24. Monitorizare și intervenții după externare trebuie să reprezinte o prioritate, dat fiind riscul înalt din primele luni. Continuitatea îngrijirilor presupune colaborarea strânsă între spital, CCSM, medicul de familie, asistentul social, comunitate și familia pacientului. Tehnicile de planificare a siguranței, precum și suportul la distanță (telefon, linii de criză) pot preveni recăderile și pot îmbunătăți prognosticul.
25. Reevaluarea planului terapeutic are loc periodic, ajustând intervențiile în funcție de evoluția clinică, de apariția unor factori de stres suplimentari (ex. conflicte familiale, șomaj, probleme judiciare) și de capacitatea pacientului de a se implica în propriul tratament

26. Prevenția primară (universală) se concentrează pe populația generală și urmărește întărirea factorilor de protecție, modificarea mediului (de exemplu, restricționarea accesului la mijloace letale, raportarea responsabilă în mass-media) și reducerea barierelor de acces la îngrijirea de sănătate mintală. Dovezile disponibile susțin în special eficiența restricțiilor privind accesul la locuri și substanțe cu potențial letal (poduri, clădiri înalte, căi ferate, agenți farmacologici), precum și politici de sănătate mintală și programe de conștientizare despre depresie și consumul nociv de SPA.
27. Prevenția secundară (selectivă) vizează grupurile vulnerabile (ex. persoane marcate de traumă, abuz, dislocare, conflicte, izolare socială). În acest caz, intervențiile includ programe pentru categorii defavorizate, linii de asistență telefonică, instruirea actorilor comunitari (profesori, lucrători sociali, lideri din comunitate).
28. Prevenția terțiară (indicată) se referă la persoanele deja afectate de comportament suicidar sau aflate în stadiul de ideație/plan semnificativ. Are ca scop reducerea factorilor de risc psiho-sociali și consolidarea celor de protecție prin intervenții integrate (supraveghere comunitară, evaluare și managementul comportamentului suicidar, asistență specifică pentru tulburările mintale și de consum de substanțe).
29. Prognosticul comportamentului suicidar evidențiază un risc crescut de recidivă, în special în primele luni după o tentativă, de unde importanța monitorizării și a continuității îngrijirilor. Istoricul de tentative rămâne cel mai puternic predictor pentru suicid.

PREFAŢĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al catedrei de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie cu suportul proiectului *"**MENSANA - Reforma Serviciilor de Sănătate Mintală în Republica Moldova"*** implementat de către consorțiumul format din Institutul Trimbos (Institutul Național de Sănătate Mintală și Adicții din Olanda), Luzerner Psychiatrie (Serviciile de Sănătate Mintală din Lucerna, Elveția) și Liga Română pentru Sănătate Mintală.

Protocolul clinic este elaborat în baza sumarului următoarelor documente:

- American Psychiatric Association. (2003). Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicide behaviors. Arlington VA: American Psychiatric Publishing, 31.
- Cipriani, A., Zhou, X., Del Giovane, C., Hetrick, S. E., Qin, B., Whittington, C., ... & Cuijpers, P. (2016). Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. The Lancet, 388(10047), 881-890.
- GGZ Standaarden. (2016). Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek. Retrieved from: PDF Export (ggzstandaarden.nl)
- Goldney, D.R. (2008). Suicide prevention. Oxford: Oxford University Press.
- Jacobs, D. G., Baldessarini, R. J., Conwell, Y., Fawcett, J. A., Horton, L., Meltzer, H., ... & Simon, R. I. (2010). Assessment and treatment of patients with suicidar behaviors. APA Pract Guidel, 1-83.
- Kleiman, E. M., Turner, B. J., Fedor, S., Beale, E. E., Huffman, J. C., & Nock, M. K. (2017). Examination of real-time fluctuations in suicidar ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. Journal of abnormal psychology, 126(6), 726.
- Platt, S., & Niederkrotenthaler, T. (2020). Suicide prevention programs. Crisis.
- Steeg, S., Quinlivan, L., Nowland, R. et al. Accuracy of risk scales for predicting repeat self-harm and suicide: a multicentre, population-level cohort study using routine clinical data. BMC Psychiatry 18, 113 (2018). https://doi.org/10.1186/s12888-018-1693-z
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. Nature reviews Disease primers, 5(1), 1-22.
- Van Hemert, A. M., Kerkhof, A. A., de Keijser, J., van Boven, C., Hummelen, J. W., de Groot, M. H., ... & Verlinde, A. A. (2012). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. De Tijdstroom. (Dutch guideline)

- Williams, J.M.G., et al. (2005). Psychology and suicidar behavior: Elaborating the entrapment model. In: K. Hawton (Ed.), Prevention and treatment of suicidar behavior: From science to practice (pp. 71-78). Oxford: Oxford University Press.
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative.

La recomandarea Ministerului Sănătății, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA ÎNTRODUCTIVĂ

A.1. DIAGNOSTICUL. COMPORTAMENT SUICIDAR (PERSOANE ADULTE)

Exemple de diagnostic clinic:

CIM 10 [48]

1. [Tulburare depresivă recurentă cu episod actual sever, cu simptome psihotice]. + **Autovătămare intenționată prin înec și submersie**
2. [Tulburare bipolară. Episod depresiv]. + **Autovătămare intenționată prin spânzurare**
3. [Schizofrenie paranoidă]. + **Auto-otrăvire intenționată prin expunere la pesticide**
4. [Tulburări mentale și comportamentale datorate utilizării alcoolului]. **Autovătămare intenționată prin săritură de la înălțime**
5. [Tulburare de personalitate de tip borderline]. + **Autovătămare intenționată prin folosirea unei lame de brici**
6. Diagnostic somatic de bază (arsură, traumă, alte leziuni, etc). + **Autovătămare intenționată prin interpunerea în mișcarea unui obiect (NT: tren, autovehicul)**
7. Diagnostic somatic de bază (arsură, traumă, alte leziuni, etc). + **Sechele ale autovătămării intenționate.**

A.2. CODUL BOLII

(CIM 10): X60–X84, Y87, R45.81, Z91.5, Z81.8, Z03.8, R45.81, T14.9. [48]

X60 Auto-otrăvire intenționată prin expunere la analgezice nonopioide, antipiretice și antireumatice
X61 Auto-otrăvire intenționată prin expunere la antiepileptice, sedative, hipnotice, antiparkinsoniene și psihotrope, neclasificate în altă parte
X62 Auto-otrăvire intenționată prin expunere la narcotice și psihodisleptice (halucinogene) neclasificate în altă parte
X63 Auto-otrăvire intenționată prin expunere la alte droguri cu acțiune asupra sistemului nervos vegetativ
X64 Auto-otrăvire intenționată prin expunere la alte (și nespecificate) droguri și substanțe biologice
X65 Auto-otrăvire intenționată prin ingestie de alcool
X66 Auto-otrăvire intenționată prin expunere la solvenți organici și hidrocarburi halogene și vaporii lor
X67 Auto-otrăvire intenționată prin expunere la alte gaze și vapori
X68 Auto-otrăvire intenționată prin expunere la pesticide
X69 Auto-otrăvire intenționată prin expunere la alte substanțe chimice și toxice, sau nespecificate
X70 Autovătămare intenționată prin spânzurare
X71 Autovătămare intenționată prin înec și submersie
X72 Autovătămare intenționată prin arme de foc ușoare
X73 Autovătămare intenționată prin pușcă și alte tipuri de arme grele

X74 Autovătămare intenționată prin alte arme de foc și nespecificate
X75 Autovătămare intenționată prin material exploziv
X76 Autovătămare intenționată prin foc și flacără
X77 Autovătămare intenționată prin abur, vapori și obiecte fierbinți
X78 Autovătămare intenționată prin obiect ascuțit
X79 Autovătămare intenționată prin obiect contondent
X80 Autovătămare intenționată prin săritură de la înălțime
X81 Autovătămare intenționată prin interpunerea în mișcarea unui obiect (NT: tren, autovehicul)
X82 Autovătămare intenționată prin accidentare voluntară a unui vehicul cu motor
X83 Autovătămare intenționată prin alte mijloace specifice
X84 Autovătămare intenționată prin alte mijloace nespecifice
Y87 Sechele de autovătămare intenționată, agresiune și evenimente cu intenție nedeterminată

Indexul alfabetic al bolilor CIM-10-OMS, ver.2019[1], prevede de asemenea pentru „Sinucidere” („suicide”):
- ideaţie (risc) **R45.81**
- - constituind parte a unei tulburări mentale - vezi afecţiune
- istoric de (personal) **Z91.5**
- - în familie **Z81.8**
- observaţie urmând unei încercări pretinse **Z03.8**
- prin otrăvire - vezi Tabel de medicamente şi substanţe chimice
- tendinţe **R45.81**
- - constituind parte a unei tulburări mentale - vezi afecţiune
- traumă NEC (vezi de asemenea natura şi localizarea leziunii) **T14.9.**

A.3. UTILIZATORII

IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie:

- Secția terapie intensivă (inc.transfuz. sânge);
- Camera de gardă/ Biroul de internare;
- Secţiile curative;
- Secția diagnosticare, reabilitare medicală şi medicină fizică.

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști, implicați în asistența medicală.

A.4. OBIECTIVELE PROTOCOLULUI

1. Facilitarea procesului de diagnostic al comportamentului suicidar.
2. Sporirea calității managementului, tratamentului și calității vieții pacientului cu comportament suicidar.
3. Depistarea precoce a pacienților cu comportament suicidar.
4. Evitarea repetării episoadelor de comportament suicidar.

A.5. ELABORAT: 2025

A.6. REVIZUIRE : 2029

[1] https://icd.who.int/browse10/2019/en

A.7. LISTA ŞI INFORMAŢIILE DE CONTACT ALE AUTORILOR ŞI PERSOANELOR CARE AU PARTICIPAT LA ELABORAREA PROTOCOLULUI:

Prenume, nume	Funcția, instituția
Jana Chihai	dr. hab. șt. med., conf. univ., șef catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ion Coșciug	dr. șt. med., conf. univ., catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Inga Deliv	dr. șt. med., conf. univ., catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Grigore Garaz	asist. univ., catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Andrei Eșanu	asist. univ., catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Alina Bologan	asist. univ., catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Recenzenți:

Prenume, nume	Funcția, instituția
Cornelia Adeola	asist. univ., psiholog clinician, psihoterapeut, doctorandă, Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Lora Gîțu	dr. hab. șt. med., conf. univ., șef studii, Catedra de Medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost examinat, avizat și aprobat de:

Structura/instituția	Prenume, nume, funcția
Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”	***Jana Chihai ,*** dr. hab. șt. med., conf.univ., șef catedră
Societatea Psihiatrilor, Narcologilor, psihoterapeuților și Psihologilor Clinicieni din Republica Moldova	***Jana Chihai ,*** dr. hab. șt. med., conf.univ., președinte
Comisia științifico-metodică de profil Sănătate mintală și Psihologie	***Jana Chihai ,*** dr. hab. șt. med., conf.univ., președinte
Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	***Ghenadie Curocichin***, dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră
Catedra de medicină legală, USMF „Nicolae Testemițanu”	***Andrei Pădure,*** dr. hab. șt. med., conf.univ., șef catedră
Catedra farmacologie şi farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	***Nicolae Bacinschi***, dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră
Catedra de Urgențe Medicale „Gheorghe Ciobanu”, USMF „Nicolae Testemițanu”	***Larisa Rezneac***, conf. univ., șefă catedră
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	***Dragoș Guțu***, director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	***Ion Dodon***, director general
Consiliul de Evaluare și Acreditare în Sănătate	***Valentin Mustea,*** director
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	***Aurel Grosu***, dr. hab. șt. med., prof. univ.

A.8. DEFINIŢIILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

Termenul de comportament suicidar se referă la ansamblul gândurilor, actelor pregătitoare și tentativelor, care exprimă o anumită intenție de a-și pune capăt vieții [128]. Comportamentul suicidar este rezultatul unei interacțiuni complexe dintre multipli diferiți factori de risc și de protecție, la nivel psihologic, social, cultural și biologic [115].

MB23.S Comportament suicidar - Acțiuni concrete, cum ar fi cumpărarea unei arme sau stocarea medicamentelor, care sunt luate în vederea îndeplinirii dorinței de a-și pune capăt vieții, dar care nu constituie o tentativă reală de sinucidere.

MB23.R Tentativa de sinucidere - Un episod specific de comportament de auto-vătămare întreprins cu intenția conștientă de a-și pune capăt vieții.

XE97V Autovătămare intenționată, persoană intenționată să moară - Autovătămare intenționată cu intenția de a provoca moartea persoanei.

MB26.A Ideație suicidară - Gânduri, idei sau ruminații despre posibilitatea de a-și pune capăt vieții, de la gândirea că, ar fi mai bine să fiu mort, până la formularea de planuri concrete în acest sens [47].

Conform ICD 10, **Sinuciderea** este actul de a se sinucide în mod deliberat.

Tentativa de sinucidere este folosită pentru a descrie orice comportament suicidar non-fatal și se referă la otrăvirea auto-provocată intenționată, rănirea sau autovătămarea care poate avea sau nu o intenție sau un rezultat fatal.

Comportamentul suicidar se referă la o serie de comportamente care includ gândirea la sinucidere (sau ideea de sinucidere), planificarea sinuciderii, încercarea de sinucidere și sinuciderea în sine.

Autovătămare înseamnă vătămare corporală fizică sau fiziologică rezultată din interacțiunea corpului cu energia (mecanică, termică, electrică, chimică sau radiantă sau din cauza presiunii extreme) într-o cantitate care depășește toleranța fiziologică [47].

Conform DSM 5 - O **tentativă de suicid** este definită ca un act autodistructiv efectuat în mod deliberat în cazul, în care există o așteptare clară a morții. Considerarea comportamentului suicidar ca o condiție independentă de depresie sau alte tulburări mintale este o schimbare de paradigmă, deoarece ideea suicidară, încercările și încercările de succes au fost definite ca comportamente asociate cu tulburările de dispoziție și cu alte tulburări mintale [31].

A.9. INFORMAŢIA EPIDEMIOLOGICĂ

Potrivit datelor Organizației Mondiale a Sănătății, suicidul este responsabil pentru a peste 800 000 de decese, adică un deces prin suicid la fiecare 40 secunde [134]. Suicidul afectează părinții, copiii, partenerul de viață, un prieten sau un coleg al celui decedat, astfel că ***pentru fiecare deces prin suicid suferă aproximativ alte 135 de persoane***. La nivel mondial cifra celor afectați de comportament suicidar (care include ideația suicidară și tentativa de suicid) ajunge la circa 108 milioane de oameni anual.

Raportul dintre suicid și tentativă de suicid este de 1/25, pe când numărul indivizilor cu ideație suicidară este cu mult mai mare.

În opinia specialiștilor, de regulă, persoanele care săvârșesc un suicid reprezintă un grup heterogen, cu factori cauzali unici, variați și complecși.

În grupul de risc suicidar sunt persoanele cu tulburări mintale, în special tulburările de depresie și consumul de alcool.

Există indicii că pentru fiecare adult care a murit prin sinucidere ar fi putut fi mai mult de 20 de alți oameni care au încercat să se sinucidă. Sinuciderea este un fenomen global - 79% dintre sinucideri s-au produs în țări cu venituri mici și medii în 2016. Sinuciderea a reprezentat 1,4% din toate decesele la nivel mondial, devenind a 18-a cauză de deces în 2016.

La nivel mondial, ratele brute de mortalitate prin sinucidere au scăzut între 2000 și 2016, cu 16% la bărbați și 20% la femei. În 2016, aproape 800 000 de decese s-au datorat sinuciderii,

echivalentul unei rate globale brute anuale a mortalității prin sinucidere de 10,6 la 100 000 de locuitori. La nivel global, pentru fiecare deces prin sinucidere feminină, există aproape două decese de sex masculin (13,5 și 7,7 decese la 100 000 de locuitori la bărbați și, respectiv, la femei). Deși încercările de sinucidere sunt de aproximativ două până la patru ori mai frecvente în rândul femeilor (67), bărbații sunt mai predispuși să folosească mijloace letale, explicând parțial modelul invers al ratelor de mortalitate prin sinucidere.

Bărbații din Regiunea Europeană a OMS și din țările cu venituri mari suferă de cele mai mari rate brute de mortalitate prin sinucidere (24,7 și, respectiv, 21,0 la 100 000 de locuitori). Ratele la femei în aceste situații sunt substanțial mai mici (6,6 și, respectiv, 7,6 la 100 000 de locuitori), producând cele mai mari rapoarte M/F (3,7 în Regiunea Europeană a OMS și 2,7 în țările cu venituri mari). Cele mai mari rate de mortalitate prin sinucidere a femeilor au fost observate în Regiunea OMS Asia de Sud-Est (11,6 la 100 000 de locuitori) și în țările cu venituri medii inferioare (8,8 la 100 000 de locuitori). Cele mai scăzute au fost observate în Regiunea Mediteranei de Est a OMS și în țările cu venituri mici, atât pentru bărbați, cât și pentru femei [129].

Statistici mondiale și naționale privind comportamentul suicidar

- tulburările mintale sunt prezente la momentul sinuciderii de la 27% până la mai mult de 90%;

- circa 20% dintre persoanele ce s-au sinucis au avut o tentativă anterioară de suicid;

- în circa 80% din cazurile de suicid persoana a fost consultată de un medic pe parcursul anului precedent decesului, iar 45% în decursul lunii precedente;

- 25-40% dintre cei care s-au sinucis au avut contact cu servicii din domeniul sănătății mintale în anul precedent;

- 15-61% din cazuri de suicid persoanele erau alcoolice;

- 2,2-3,4% din persoanele tratate de alcoolism se sinucid.

Datele statistice privind mortalitatea cauzată de suicid pentru anul 2018, ne relevă că Republica Moldova este țara cu o rată înaltă la acest indicator, situând-se pe locul 40 din cele 184 de țări, alături de alte state din fostele țări ale Uniunii Sovietice [137].

Alarmant este faptul că acest fenomen se răspândește în rândul copiilor. **Dacă în anul 2014 au fost înregistrate 5 cazuri de suicid**, cu 2 cazuri mai mult decât în anul 2013, atunci **în anul 2019 au fost înregistrate 24 cazuri de suicid în rândul copiilor**[2], dintre care în 3 cazuri de suicid vârsta copiilor este de sub 13 ani. Pentru grupul de vârstă 10-19 ani rata suicidară înregistrează o creștere depășind chiar și rata mortalității tinerilor din grupul de vârstă 20-29 ani [133].

Potrivit sociologilor, cauza creșterii numărului cazurilor de suicid în rândul copiilor o constituie particularitățile contextului social general. Intensitatea suicidară la adolescenți a început să se mărească după anii 2000, în mod special după 2009 [108].

Potrivit datelor Biroului național de statistică, rata de suicid este mai mare în mediul rural fiind explicată prin consecințele negative ale proceselor socio-economice, care determină stagnarea vieții rurale, scăderea nivelului de trai, destrămarea valorilor și a moravurilor tradiționale [61].

[2] Date referite de Ministerul Afacerilor Interne

B. PARTEA GENERALĂ

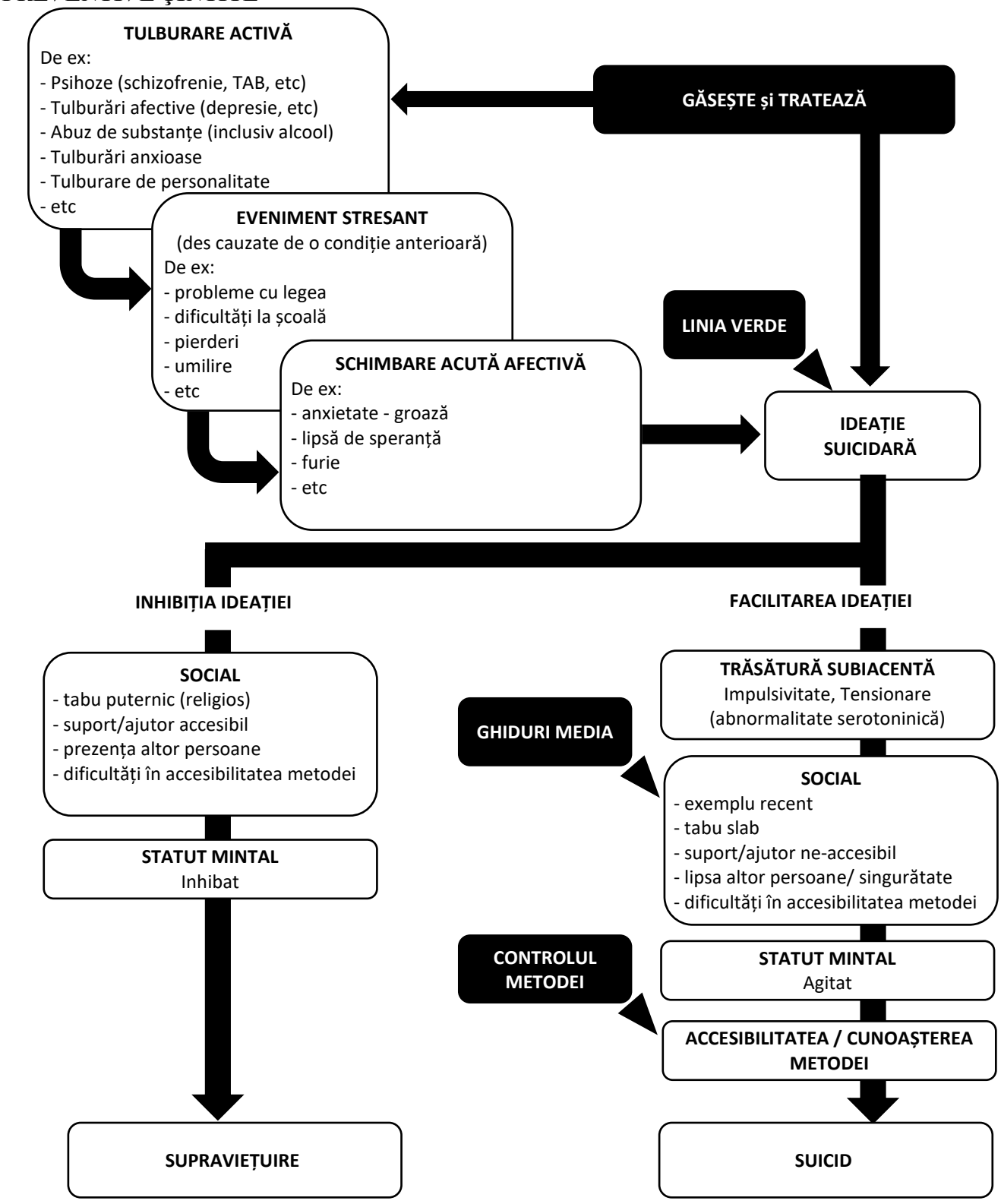
B.1. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPECIALIZATĂ DE AMBULATOR IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie		
Descrierea măsurilor	**Motivele**	**Pașii**
1. Diagnosticul		
1.1 Confirmarea diagnosticului de comportament suicidar C.1.1, C.2.1, C.2.3	Anamneza, date colaterale de la aparținători, valorilor semnificative la TAG 7 sau PHQ9, SLAPP, CSSRS	**Standard/Obligatoriu:** • Anamneza (C.2.3.1, Caseta 5, Caseta 6, Caseta 8, Caseta 9). • Examenul fizic (C.2.3.2) • Evaluare multidisciplinară (Caseta 7)
1.2 Screening-ul C.2.2.2.	La prezentarea pacientului ca fiind în grupul de risc, în cazul valorilor semnificative la TAG 7 sau PHQ9, SLAPP, CSSRS	**Standard/Obligatoriu:** Aplicarea scalelor de screening pentru comportament suicidar (Anexa 4, Anexa 5, Anexa 6, Anexa 7)
1.3 Selectarea tipului de intervenție. C.1.1**Ошибка! Источник ссылки не найден.Ошибка! Источник ссылки не найден.**	Intervențiile adecvate sunt posibile în urma unei evaluări corespunzătoare a stării psihice/fizice și a situației socio-economice a persoanei.	**Standard/Obligatoriu:** Evaluarea etapei și tipului de îngrijire (Caseta 6, Caseta 7, Caseta 17).
2. Tratamentul		
2.1 Tratament biologic. C.2.3.8.2	Beneficiu în rezultatul administrării preparatelor psihotrope (tranchilizante, antidepresive, antipsihotice, timostabilizatori)	**Standard/Obligatoriu:** • Informarea pacientului despre tulburarea de care suferă și decizia luată de comun acord referitor la necesitatea inițierii tratamentului (C.2.3.8.2). • Tratament farmacologic în dependență de diagnosticul de bază psihiatric (Caseta 17, Caseta 18, Caseta 19, Caseta 20, Caseta 21, Caseta 22, Caseta 23)
2.2 Tratament psihologic. C.2.3.8.1	Beneficiu de la inițierea și menținerea unei alianțe (conlucrări) în intervenții (psihologice, sociale).	**Standard/Obligatoriu:** • Inițierea și menținerea tratamentului psihologic (C.2.3.8.1) • Oferirea de suport, informație, ghidare (Anexa 2, Anexa 3) • Planul de siguranță (Anexa 8)
3. Supravegherea clinică continuă C.2.3.10	Pentru a asigura stabilitatea condiției medicale obținute prin intervențiile efectuate se va menține o legătură stabilă cu ECSM, inclusiv după depășirea stării de criză.	**Standard/Obligatoriu:** Menținerea stării de sănătate mintală și supravegherea clinică a persoanelor respectând recomandările (Caseta 24).

4. Reabilitarea C.2.3.11	Inițierea cât mai timpurie a procesului de reabilitare în caz de comportament suicidar oferă beneficii.	**Standard/Obligatoriu:** Recuperarea psihosocială și asigurarea psihoterapiei; includerea în procesul recuperativ a diferitor actori din viața pacientului. (Caseta 25, Caseta 26, Caseta 27)

B.2. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ SPECIALIZATĂ IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie		
Descrierea măsurilor	**Motivele**	**Pașii**
1. Decizia privind spitalizare C.2.3.6	Beneficiul constă în stabilizarea stării psihice, creșterea siguranței.	**Standard/Obligatoriu:** • Recepționarea pacienților de la CCSM • Recepționarea pacienților psihotici la solicitarea prestatorilor de servicii medicale la nivel de AMUP, poliției cu informarea imediată a echipei comunitare de sănătate mintală din CCSM (Caseta 17) • Acordarea tratamentului simptomatic și, în funcție de starea clinică a pacientului, stabilirea necesității spitalizării
2. Diagnosticul C.1.1, C.2.1, C.2.3	În caz de dubiu, sau de diagnostic concomitent ce necesită intervenții suplimentare pentru depista patologii psihice cu risc înalt de comportament suicidar	**Standard/Obligatoriu:** • Anamneza (C.2.3.1, Caseta 5, Caseta 6, Caseta 8, Caseta 9). • Examenul fizic (C.2.3.2) • Evaluare multidisciplinară (Caseta 7) • Examenul de laborator. (Caseta 14, Caseta 15) • Efectuarea diagnosticului diferențial. C.2.3.4 • Evaluarea dosarului din CCSM, după caz (C.2.3.7).
3. Tratamentul C.2.3.8.1, C.2.3.8.2	În unele cazuri sunt necesare intervenții mai complexe și intensive cu asigurarea unor condiții de staționar specializat – spitalul de psihiatrie	**Standard/Obligatoriu:** Conform recomandărilor psihiatrului din ECSM, cu acordul pacientului se acordă măsurile necesare de tratament în condiții de staționar.

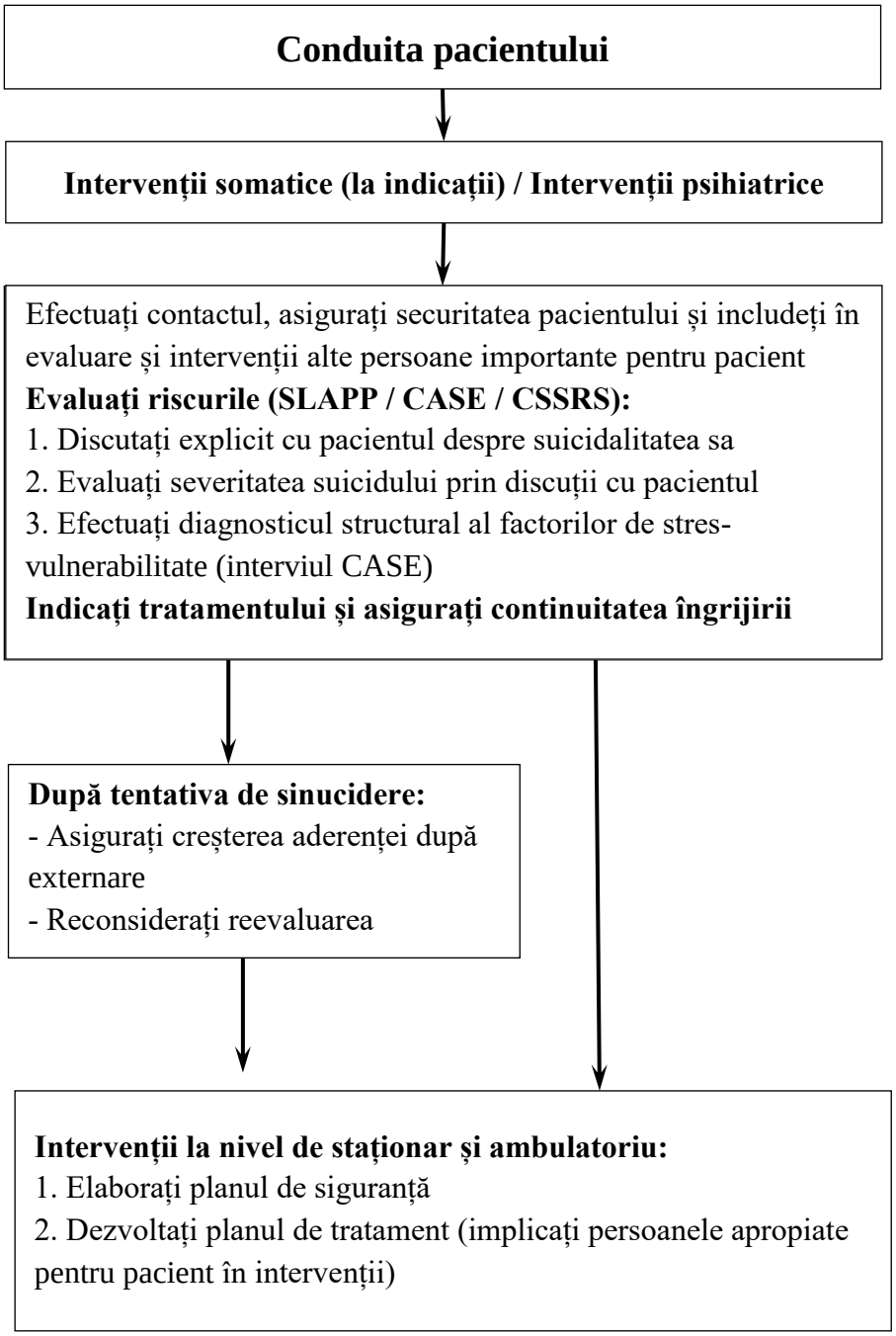
4. Externarea C.2.3.7	Externarea cât mai timpurie după atingerea scopului terapeutic comun oferă beneficii (eradicarea discriminării, stigmei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiental).	**Standard/Obligatoriu:** • Are loc conform recomandărilor psihiatrului din staționar, cu acordul pacientului și a recomandărilor psihiatrului din ECSM. Extrasul **obligatoriu** va conține: • Diagnosticul exact detaliat. • Rezultatele investigațiilor efectuate. • Recomandările explicite pentru pacient. • Programul individual de recuperare elaborat în comun cu echipa comunitară de sănătate mintală. • Recomandările pentru medicul de familie.

C. CONDUITA
C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ
C.1.1. MODEL DE DEZVOLTARE A SUICIDULUI CU TIPURI DE INTERVENŢII PREVENTIVE ŢINTITE[3]

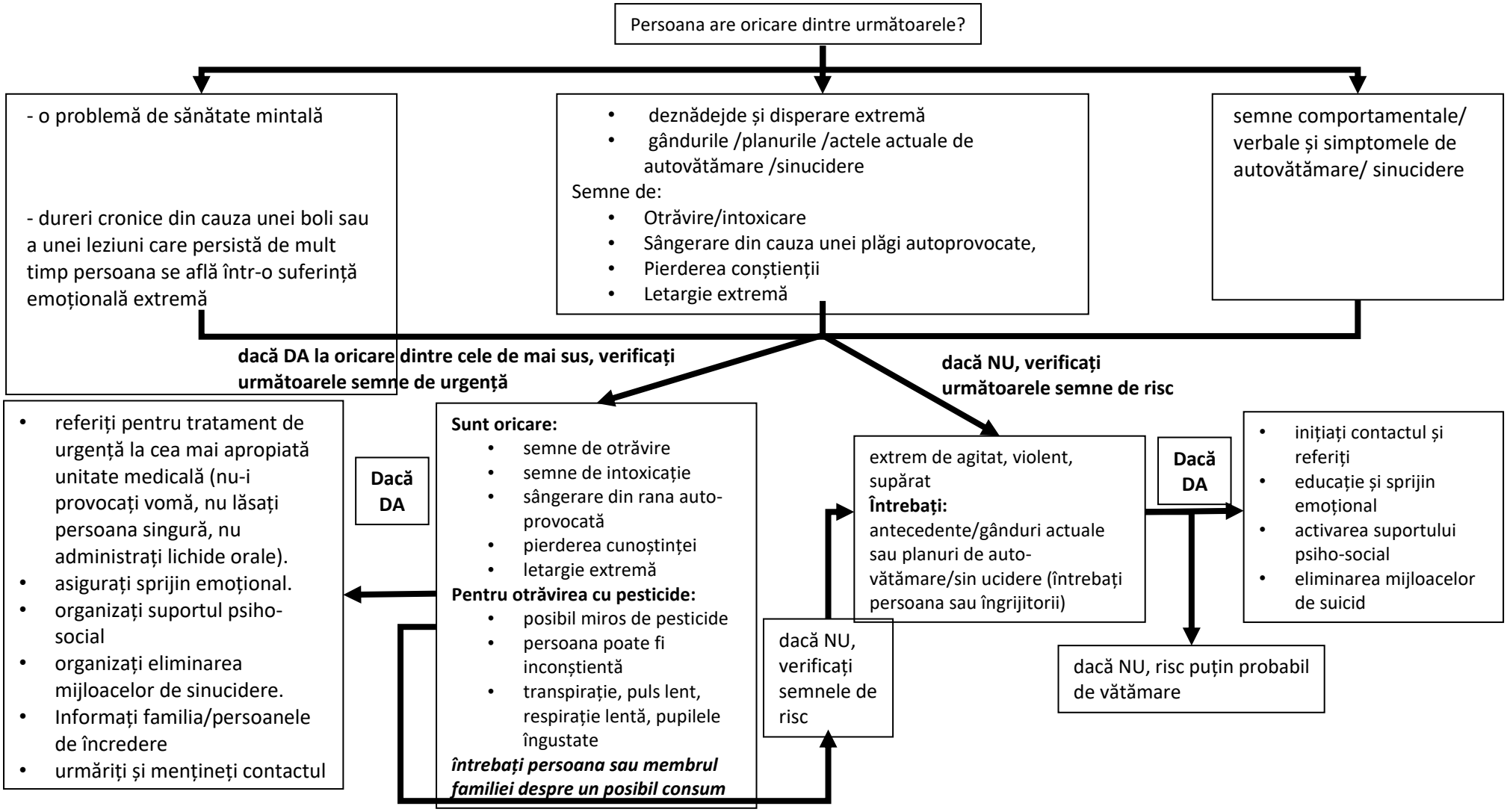


[3] Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 40 (sup):24S-51S. 2001

C.1.2. ALGORITM GENERAL AL CONDUITEI PACIENTULUI, ALGORITMUL DE INTERVENŢIE ŞI ALGORITMUL DE TERAPIE MEDICAMENSOASĂ[36]



C.1.3. ALGORITM REZUMAT PENTRU EVALUAREA ŞI MANAGEMENTUL AUTOVĂTĂMĂRII ŞI SUICIDULUI



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR
C.2.1. CLASIFICAREA CLINICĂ

ICD 10 [126]

CAPITOLUL XX Cauze externe de morbiditate și mortalitate (V01–Y98)

Acest capitol, care în revizuirile anterioare ale ICD a constituit o clasificare suplimentară, permite clasificarea evenimentelor și circumstanțelor de mediu ca fiind cauza vătămării, otrăvirii și altor efecte adverse.

Cel mai adesea, afecțiunea poate fi clasificată în Capitolul XIX, Vătămare, otrăvire și anumite alte consecințe ale cauzelor externe (S00–T98).

Cauzele decesului ar trebui, de preferință, să fie intabulate atât în conformitate cu capitolul XIX, cât și cu capitolul XX, dar dacă este înscris un singur cod, atunci codul din capitolul XX ar trebui utilizat de preferință. Alte afecțiuni care pot fi afirmate ca fiind datorate unor cauze externe sunt clasificate în capitolele I până la XVIII.

Pentru aceste condiții, codurile din capitolul XX ar trebui utilizate pentru a furniza informații suplimentare numai pentru analiza cu mai multe condiții.

Categoriile pentru sechelele cauzelor externe de morbiditate și mortalitate sunt incluse la Y85–Y89.

Cauze externe de morbiditate și mortalitate (V01–Y98)

• Autovătămare intenționată (X60–X84)

- X60 Auto-otrăvire intenționată cu expunere la analgezice neopioide, antipiretice și antireumatice
- X61 Auto-otrăvire intenționată cu expunere la medicamente antiepileptice, sedative-hipnotice, antiparkinsoniene și psihotrope, neclasificate în altă parte
- X62 Auto-otrăvire intenționată cu expunere la narcotice și psihodisleptice [halucinogene], neclasificate în altă parte
- X63 Auto-otrăvire intenționată cu expunerea la alte medicamente care acționează asupra sistemului nervos autonom
- X64 Auto-otrăvire intenționată cu expunerea la alte medicamente, medicamente și substanțe biologice și nespecificate
- X65 Auto-otrăvire intenționată și expunere la alcool
- X66 Auto-otrăvire intenționată cu expunerea la solvenți organici și hidrocarburi halogenate și vaporii acestora
- X67 Auto-otrăvire intenționată și expunerea la alte gaze și vapori
- X68 Auto-otrăvire intenționată cu expunerea la pesticide
- X69 Auto-otrăvire intenționată cu expunerea la alte substanțe chimice și substanțe nocive și nespecificate
- X70 Autovătămare intenționată prin spânzurare, strangulare și sufocare
- X71 Autovătămare intenționată prin înec și scufundare
- X72 Autovătămare intenționată prin descărcarea unei arme de mână
- X73 Autovătămare intenționată prin descărcări de pușcă și arme de foc mai mari
- X74 Autovătămare intenționată prin descărcarea altor arme de foc și nespecificate
- X75 Autovătămare intenționată prin material exploziv
- X76 Autovătămare intenționată prin fum, foc și flăcări
- X77 Autovătămare intenționată prin abur, vapori fierbinți și obiecte fierbinți
- X78 Autovătămare intenționată prin obiect ascuțit
- X79 Autovătămare intenționată prin obiect contondent
- X80 Autovătămare intenționată prin sărituri de la un loc înalt
- X81 Autovătămare intenționată prin sărituri sau culcare înainte de a muta obiectul
- X82 Autovătămare intenționată prin prăbușirea unui autovehicul
- X83 Autovătămare intenționată prin alte mijloace specificate
- X84 Autovătămare intenționată prin mijloace nespecificate

- **Sechele cauzelor externe de morbiditate și mortalitate (Y85–Y89)**
  - Y87 Sechele de autovătămare intenționată, agresiune și evenimente cu intenție nedeterminată

Indexul alfabetic al bolilor CIM-10-OMS, ver.2019[4], prevede de asemenea pentru „Sinucidere” („suicide”):
- ideaţie (risc) R45.81
- - constituind parte a unei tulburări mentale - vezi afecţiune
- istoric de (personal) Z91.5
- - în familie Z81.8
- observaţie urmând unei încercări pretinse Z03.8
- prin otrăvire - vezi Tabel de medicamente şi substanţe chimice
- tendinţe R45.81
- - constituind parte a unei tulburări mentale - vezi afecţiune
- traumă NEC (vezi de asemenea natura şi localizarea leziunii) T14.9.

• **21 Simptome, semne sau constatări clinice, neclasificate în altă parte**

Simptome mentale sau comportamentale, semne sau constatări clinice
MB23 Simptome sau semne, care implică aspectul sau comportamentul
MB23.R Tentativa de suicid (Un episod specific de comportament de autovătămare întreprins cu intenția conștientă de a-și pune capăt vieții.)
MB23.S Comportament suicidar (Acțiuni concrete, cum ar fi cumpărarea unei arme sau stocarea de medicamente, care sunt luate în vederea îndeplinirii dorinței de a-și pune capăt vieții, dar care nu constituie o tentativă reală de sinucidere.)
MB26 Simptome sau semne care implică conținutul gândirii
MB26. Ideație suicidară (Gânduri, idei sau ruminații ideative privind posibilitatea de a-și pune capăt vieții, de la gândirea că ar fi mai bine mort, până la formularea de planuri elaborate.)

- **22 Vătămare, otrăvire sau anumite alte consecințe ale unor cauze externe**

- **23 Cauze externe de morbiditate sau mortalitate**
  - Autovătămare intenționată (PB80-PB9Z; PC00-PC99; PD00-PD3Z)

Autovătămare intenționată prin eveniment de vătămare prin transport
Autovătămare intenționată prin cădere sau sărituri
Autovătămare intenționată prin contact cu o persoană, animal sau plantă
Autovătămare intenționată prin expunerea la obiect, neclasificată în altă parte
Autovătămare intenționată prin scufundare sau cădere în apă
Autovătămare intenționată prin amenințare la adresa respirației
Autovătămare intenționată prin expunerea la mecanismul termic
Autovătămare intenționată prin expunerea la efectele nocive ale substanțelor
Autovătămare intenționată prin expunerea la alt mecanism

Este deosebit de util să se clasifice leziunile în funcție de, dacă acestea au fost provocate sau nu în mod deliberat și de către cine.

Categoriile frecvent utilizate sunt:
• neintenționat (adică accidental)
• intenționat (adică deliberat):

[4] https://icd.who.int/browse10/2019/en

• interpersonale (de exemplu, agresiune și omucidere)
• autovătămare (de exemplu, abuz de droguri și alcool, automutilare, sinucidere)
• intervenție juridică (de exemplu, acțiunea poliției sau a altor persoane de aplicare a legii)
• război, insurecție civilă și tulburări (de exemplu, demonstrații și revolte)
• intenție nedeterminată

X coduri de extensie

o Aspecte ale evenimentelor de autovătămare intenționată
Intenția de a muri aspectul autovătămării
• **XE97V** Autovătămare intenționată, persoană care intenționează să moară (Autovătămare intenționată cu intenția de a provoca moartea persoanei).
• **XE5D6** Autovătămare intenționată, persoana nu a intenționat să moară (Autovătămare, tăiere sau automutilare efectuate în mod intenționat din alte motive decât pentru a provoca moartea persoanei).
• **XE2SF** Autovătămare intenționată, necunoscută sau nedeterminată dacă persoana intenționează să moară (Informații conform cărora o persoană competentă (de exemplu, psihiatru, medic legist) a ajuns la concluzia că nu a fost posibil de concretizat dacă autovătămarea intenționată a fost făcută cu intenția de a muri. Nu au fost disponibile informații sau informații insuficiente).

DSM 5 [2]

Comportamentul suicidar este adesea clasificat în termeni de violență a metodei. În general, supradozele cu substanțe legale sau ilegale sunt considerate metode nonviolente, în timp ce sărituriile, rănile prin împușcătură și alte metode sunt considerate violente.

O altă dimensiune pentru clasificare sunt consecințele medicale ale comportamentului, încercările de mare letalitate fiind definite ca fiind cele care necesită spitalizare medicală dincolo de o vizită la un departament de urgență.

O dimensiune suplimentară luată în considerare include gradul de planificare versus impulsivitatea încercării, o caracteristică care ar putea avea consecințe asupra rezultatului medical al unei tentative de sinucidere.

Dacă comportamentul suicidar a apărut cu 12-24 de luni înainte de evaluare, afecțiunea este considerată a fi în remisie precoce.

Indivizii rămân expuși unui risc mai mare pentru noi încercări de sinucidere și deces în cele 24 de luni după o tentativă de sinucidere, iar perioada de 12-24 de luni după ce a avut loc comportamentul este specificată ca „remisie precoce”.

C.2.2. PROFILAXIA

Intervențiile bazate pe dovezi pentru prevenirea sinuciderii sunt organizate într-un cadru teoretic care face distincția între intervenții universale, selective și indicate în Figura 1 leagă aceste intervenții cu factorii de risc corespunzători. Aceste legături nu sunt finite și, în realitate, ar trebui să fie determinate de context. Este important de realizat că dovezile efectului oricărei strategii de prevenire asupra ratelor efective de sinucidere sunt limitate. Cu toate acestea, există dovezi că strategiile de prevenire îmbunătățesc îngrijirea pacienților sinucigași și reduc stigmatizarea (WHO, 2014).

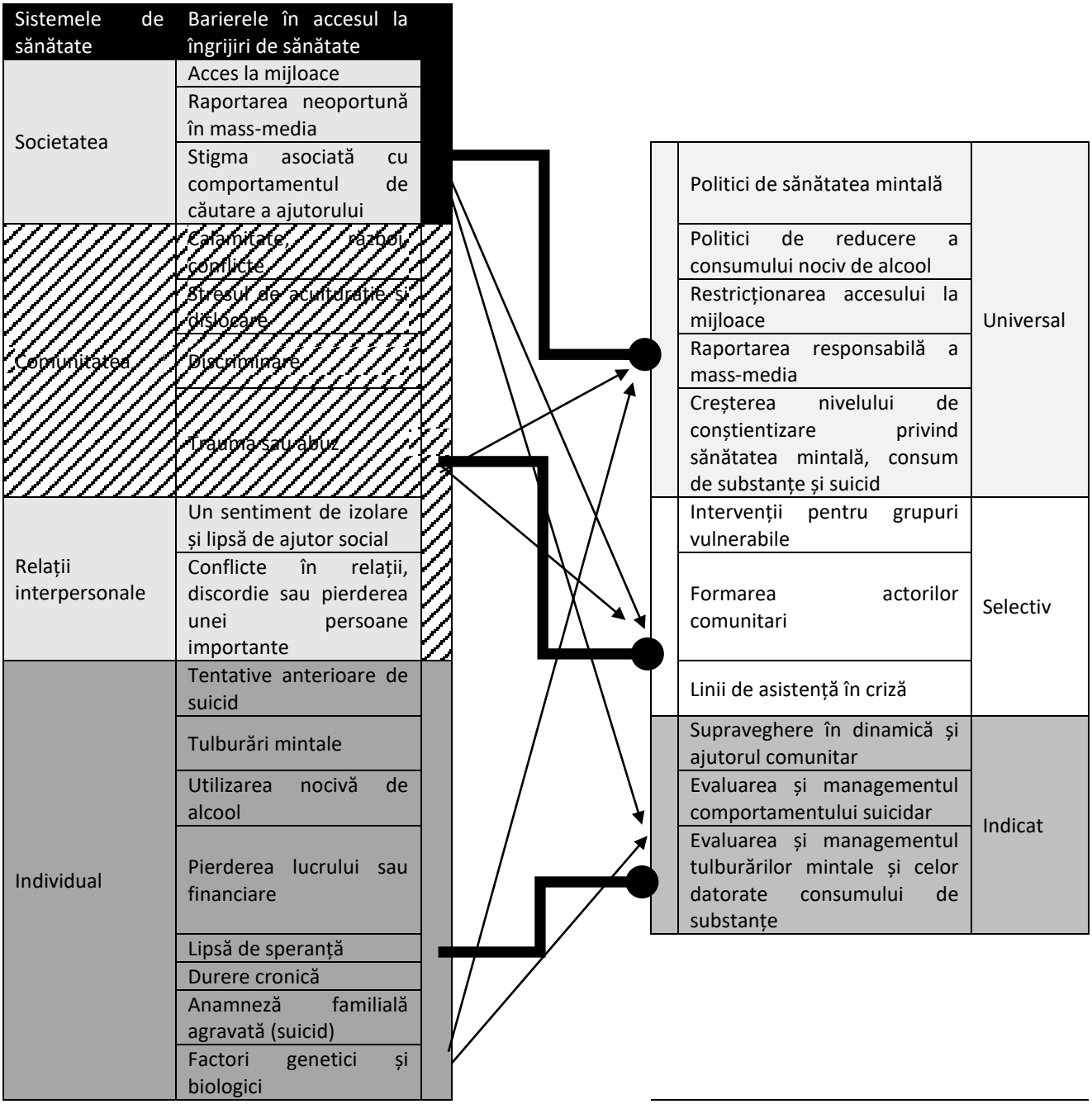


Figura 1 Factori cheie de risc pentru sinucidere aliniați cu intervențiile relevante [87]

Caseta 1 Prevenția primară cu privire la Suicid.

1. Strategiile universale de prevenire (**Universal**) sunt concepute pentru a ajunge la o întreagă populație în efortul de a maximiza sănătatea și de a minimiza riscul de sinucidere prin eliminarea barierelor din calea îngrijirii și creșterea accesului la ajutor, întărirea proceselor de protecție precum sprijinul social și modificarea mediului fizic. Sistemul de sănătate și factorii de risc societali sunt bariere în calea accesului la asistență medicală, accesul la mijloace, raportarea inadecvată în mass-media și utilizarea rețelelor sociale și stigmatizarea asociată cu comportamentul de căutare a ajutorului. (OMS, 2014)

Intervenție relevantă pentru sistemul de sănătate și factorii de risc societali: politici de sănătate mintală, politici de reducere a consumului dăunător de alcool, acces la îngrijire medicală, restricție de acces la mijloace, raportare responsabilă în mass-media și creșterea gradului de conștientizare cu privire la sănătatea mintală, tulburările legate de consumul de substanțe și sinuciderea. (OMS, 2014) Într-o meta-analiză, Platt și Niederkrotenthaler (2020) au găsit dovezi puternice de susținere pentru restricțiile privind accesul la poduri, clădiri înalte și căi ferate, precum și la agenții farmacologici și dovezi slab susținute pentru restricțiile privind accesul la arme de foc și la puncte de ligatură în cadrul instituțional.

2. Strategiile de prevenire selectivă (**Selectiv**) vizează grupurile vulnerabile din cadrul unei populații pe baza unor caracteristici precum vârsta, sexul, statutul profesional sau istoricul familial. Deși este posibil ca indivizii să nu exprime în prezent comportamente suicidare, ei pot fi la un nivel ridicat de risc biologic, psihologic sau socioeconomic. Factori de risc pentru comunitate și relație: dezastru, război și conflict, stres de aculturație și dislocare, discriminare, traumă sau abuz, sentiment de izolare și lipsă de sprijin social și conflict de relație, discordie sau pierdere. (OMS, 2014)

Intervenții relevante pentru factorii de risc din comunitate și relații: intervenții pentru grupurile vulnerabile, instruire pentru actorii comunitari, linii de asistență pentru criză. (OMS, 2014) Într-o meta-analiză, Platt și Niederkrotenthaler (2020) au găsit dovezi slabe de susținere pentru programele bazate pe setari (în școli, comunități, locuri de muncă, închisori și forțele armate), educație și formare care vizează medicii primari, actori comunitari. (OMS, 2014)

Caseta 2 Prevenția secundară cu privire la Suicid.

3. Strategiile de prevenire indicate (**Indicat**) vizează indivizi vulnerabili specifici din cadrul populației – de ex. cei care prezintă semne timpurii de potențial de sinucidere sau care au făcut o tentativă de sinucidere. Având în vedere multiplii factori implicați și numeroasele căi care duc la comportamentul suicidar, eforturile de prevenire a sinuciderii necesită o abordare multisectorială amplă care se adresează diferitelor populații și grupuri de risc și contexte de-a lungul cursului vieții. Intervențiile relevante sunt urmărirea și sprijinul comunității, evaluarea și gestionarea comportamentelor suicidare și evaluarea și managementul tulburărilor mentale și ale consumului de substanțe. (OMS, 2014)

Caseta 3 Intervenții multicomponent cu privire la Suicid.

Intervențiile cu mai multe componente pentru persoanele cu risc ridicat par, de asemenea, a fi eficiente. Un studiu din Regatul Unit a examinat efectul a nouă componente ale reformei serviciilor de sănătate asupra rezultatelor sinuciderilor, arătând că trusturile de sănătate care au implementat mai multe reforme ale serviciilor au arătat reduceri mai mari ale sinuciderilor. Trei programe au fost asociate în special cu reducerea numărului de sinucideri: un răspuns la criză de 24 de ore, politici de diagnostic dublu (adică tratarea atât a problemelor legate de alcool sau droguri, cât și a problemelor de sănătate mintală) și o revizuire multidisciplinară după un deces prin sinucidere. Aceste studii demonstrează în mod colectiv că pot exista efecte aditive și sinergice ale integrării intervențiilor multiple. Există mai multe cauze și căi de sinucidere. Prin urmare, intervențiile care conțin mai multe strategii de prevenire ar putea fi deosebit de utile pentru prevenirea sinuciderii. Într-adevăr, cercetările sugerează că strategiile programelor cu mai multe componente sunt asociate cu reduceri de succes ale ratelor de sinucidere. De exemplu, programul Forțelor Aeriene ale Statelor Unite, constând din 11 componente comunitare și de îngrijire a sănătății, cu responsabilitate și protocoale, sa dovedit a fi foarte eficient în prevenirea sinuciderilor în Forțele Aeriene. Un program cu mai multe componente care vizează tulburările depresive din Nürnberg, Germania, a redus semnificativ ratele de sinucidere și tentativele de sinucidere. Programul a constat în patru intervenții diferite: o campanie de relații publice care vizează publicul larg; formarea facilitatorilor comunitari, cum ar fi profesori, jurnaliști și poliție; formarea medicilor generalisti; și sprijinirea pacienților și a familiilor acestora.

Această intervenție cu mai multe fațete a fost aplicată acum de Alianța Europeană împotriva Depresiei, care cuprinde parteneri din 17 țări. (OMS, 2014) Într-o meta-analiză, Platt și Niederkrotenthaler (2020) au găsit dovezi slab susținute pentru programele pe mai multe niveluri bazate pe comunitate.

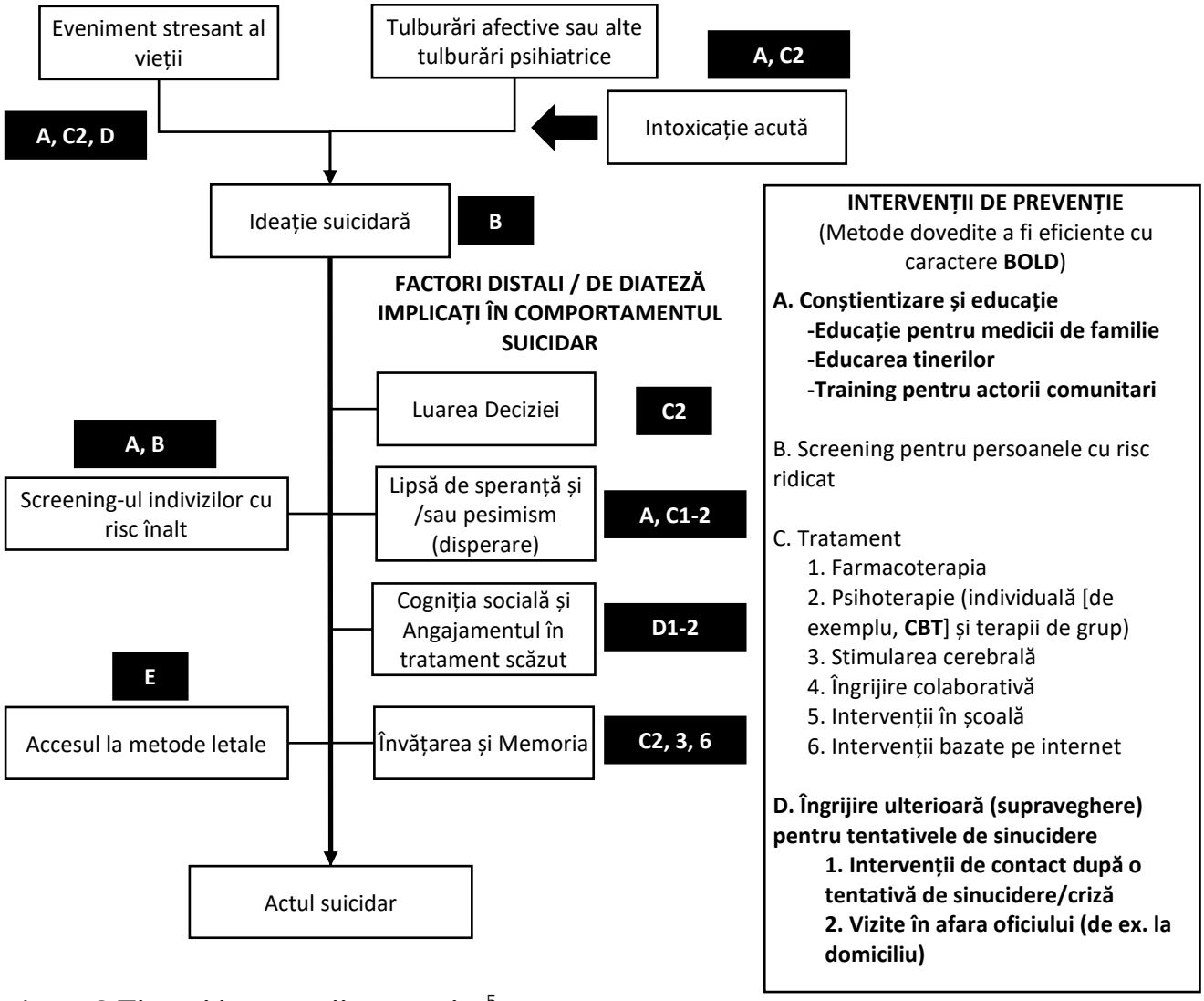


Figura 2 Ținte și intervenții preventive[5]

[5] Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. Am J Psychiatry. 2021 Jul;178(7):611-624. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20060864. Epub 2021 Feb 18. PMID: 33596680; PMCID: PMC9092896.

C.2.2.1. FACTORII DE RISC

Estimarea riscului de sinucidere, la punctul culminant al evaluării sinuciderii, este judecata clinică prin excelență, deoarece niciun studiu nu a identificat un factor de risc specific sau un set de factori de risc ca fiind predictori specifici de sinucidere sau altor comportamente suicidare. Tabelul 1 oferă o listă de factori care au fost asociați cu un risc crescut de sinucidere, care pot fi utilizați ca informații de bază atunci când este evaluat un pacient. (APA, 2010)

Tabelul 1 Factori asociați cu un risc crescut de sinucidere (APA, 2010)

Gânduri/comportamente suicidare
- Idei suicidare (actuale sau anterioare)
- Planuri de sinucidere (actuale sau anterioare)
- Tentative de sinucidere (inclusiv încercări întrerupte sau întrerupte)
- Letalitatea planurilor sau încercărilor de suicid
- Intenție suicidară

Diagnostice psihiatrice
- Tulburare depresivă majoră
- Tulburare bipolară (în primul rând în episoade depresive sau mixte)
- Schizofrenie
- Anorexia nervoasă
- Dependența de alcool
- Alte tulburări legate de consumul de substanțe
- Tulburări de personalitate din grupul B (în special tulburarea de personalitate limită)
- Comorbiditatea tulburărilor de axa I și/sau axa II

Boli fizice
- Boli ale sistemului nervos
- Scleroză multiplă
- boala Huntington
- Leziuni ale creierului și măduvei spinării
- Tulburări convulsive
- Neoplasme maligne
- HIV/SIDA
- Ulcer peptic
- Boala pulmonară obstructivă cronică, în special la bărbați
- Insuficiență renală cronică tratată cu hemodializă
- Lupus eritematos sistemic
- Sindroame dureroase
- Deficiență funcțională

Caracteristici psihosociale
- Lipsa recentă a sprijinului social (inclusiv a trăi singur)
- Șomaj
- Scăderea statutului socioeconomic
- Relație slabă cu familia
- Violența domestică
- Eveniment stresant recent de viață

Traumele copilăriei
- Abuz sexual
- Abuz fizic

Efecte genetice și familiale

- Antecedente familiale de sinucidere (în special la rudele de gradul I)
- Istoric familial de boli mintale, inclusiv tulburări legate de consumul de substanțe

Caseta 4 Factorii de risc pentru suicid și locul de muncă/profesia [67, 109]

O meta-analiză a 34 de studii a constatat că persoanele care desfășoară ocupații care necesită un nivel mai scăzut de calificare sunt mai expuse riscului de sinucidere decât persoanele care au locuri de muncă care necesită un nivel mai ridicat de calificare. Oamenii din categoriile cu cele mai scăzute competențe ocupaționale (cum ar fi curățenii de hoteluri și birouri, lucrătorii de salubritate, asistenții de pregătire a alimentelor și muncitorii necalificați din minerit, producție, construcții și transporturi) au un risc de sinucidere semnificativ mai mare decât persoanele cu ocupații semicalificate sau calificate.

Majoritatea studiilor incluse în meta-analiză au fost efectuate în Statele Unite, Canada și Europa. Autorii au consolidat cele nouă categorii profesionale din Clasificarea Internațională Standard a Ocupațiilor în **patru grupuri de competențe**, care s-au dovedit a fi corelate cu riscul de sinucidere în funcție de nivelul de calificare – persoanele din grupul ale căror locuri de muncă necesitau cele mai puține abilități erau la cel mai mare risc de sinucidere și cei din grupul ale căror locuri de muncă necesitau cele mai multe abilități cu cel mai scăzut risc de sinucidere. Motivele pentru aceasta, speculează autorii, pot include factori socio-economici care afectează mulți lucrători cu calificare scăzută: educație mai puțină, venituri mai mici și disponibilitate redusă a asistenței medicale. Cu toate acestea, unele categorii mai calificate au arătat, de asemenea, un risc crescut de sinucidere, posibil datorită includerii lor de profesioniști cu acces la mijloace letale (cum ar fi fermierii, profesioniștii medicali și poliția). S-a constatat că managerii au cel mai mic risc de sinucidere.

Autorii sugerează că meta-analiza lor demonstrează necesitatea eforturilor de prevenire îndreptate către persoanele cu ocupații mai slab calificate „mai ales că acești indivizi pot avea acces limitat la resursele economice, sociale și de sănătate (ca posibile influențe tampon sau de protecție) disponibile celor din ocupații cu calificare superioară.” De asemenea, ei avertizează că sunt necesare mai multe cercetări pentru a confirma corelația ocupației după nivelul de calificare cu riscul de sinucidere, precum și pentru a determina cauza riscului crescut asociat cu locurile de muncă care necesită niveluri mai scăzute de calificare.

Notă: ocupațiile militare au fost excluse din această analiză.

Ratele de sinucidere în funcție de principalele industrie și grupuri de ocupație

Rata globală de sinucidere în 2021 la 100.000 în populația civilă neinstituționalizată din SUA a fost de 32,0 în rândul bărbaților și 8,0 în rândul femeilor. Comparativ cu întreaga populație civilă activă neinstituționalizată, ratele de sinucidere pentru bărbați, femei sau ambele au fost crescute în nouă din 20 de grupuri industriale majore: minerit (bărbați = 72,0); Construcție (bărbați = 56,0; femei = 10,4); Alte servicii (de exemplu, reparații auto; bărbați = 50,6; femei = 10,4); Arte, divertisment și recreere (bărbați = 47,9; femei = 15,0), agricultură, silvicultură, pescuit și vânătoare (bărbați = 47,9); Transport și Depozitare (bărbați = 35,5); Servicii administrative și de asistență și de gestionare a deșeurilor și de remediere (bărbați = 35,2); Servicii de cazare și alimentație (bărbați = 34,7; femei = 11,1); și Asistență medicală și asistență socială (femei = 8,5) Ratele de sinucidere în funcție de sex au fost crescute în 12 din 22 de grupuri ocupaționale majore: Construcții și Extracție (bărbați = 65,6; femei = 25,3); Agricultură, pescuit și silvicultură (de exemplu, muncitori agricoli; bărbați = 49,9); Îngrijire și servicii personale (bărbați = 47,1; femei = 15,9); Instalare, întreținere și reparații (bărbați = 46,0; femei = 26,6); Artă, Design, Divertisment, Sport și Media (bărbați = 44,5; femei = 14,1); Curățarea și întreținerea clădirilor și a terenurilor (bărbați = 37,6); Producție (bărbați = 36,0); Transport și deplasare de materiale (bărbați = 34,9); Serviciul de protecție (bărbați = 34,8; femei = 11,6); Legat de prepararea și servirea alimentelor (femei = 10,6); Medici și tehnicieni din domeniul sănătății (femei = 9,4); și Vânzări și înrudite (femei = 8,9).

Ratele de sinucidere pe grupuri industriale detaliat.
Printre 254 de grupuri industriale detaliate, ratele de sinucidere au fost crescute pentru bărbați, femei sau ambele în 31 de grupuri. Cele cinci grupuri industriale detaliate cu cele mai mari rate de sinucidere în rândul bărbaților au fost Produsele aerospațiale și Fabricarea de piese (147,5 la 100.000 de locuitori); Artele spectacolului, sporturile pentru spectatori și industriile conexe (126,2); Exploatare forestieră (113,8); Pescuit, vânătoare (111,7); și exploatarea cărbunelui (83,9). În rândul femeilor, cele cinci grupuri industriale detaliate cu cele mai mari rate au fost Artele spectacolului, Sportul spectatorilor și industriile conexe (46,5); Locuri de băut, băuturi alcoolice (28,7); Servicii specializate de design (20,7); Saloane de frumusețe (17,3); și Saloane de unghii și alte servicii de îngrijire personală (14.7).

Rate de sinucidere în funcție de grupe de ocupație detaliat.
Printre 492 de grupuri de ocupații detaliate, ratele de sinucidere au fost crescute pentru bărbați, femei sau ambele în 60 dintre aceste grupuri. Cele cinci grupuri profesionale detaliate cu cele mai mari rate de sinucidere în rândul bărbaților au fost oamenii de știință în agricultură și alimentație (173,1); Lucrători în exploatare forestieră (161.1); Muzicieni, cântăreți și lucrători înrudiți (138,7); Lucrători din pescuit și vânătoare (130,6); și alți lucrători din extracție (128.7). În rândul femeilor, cele cinci grupuri ocupaționale detaliate cu cele mai mari rate au fost artiștii și lucrătorii afiliați (45,3); Muncitori în construcții (38,6); Bucătari și Bucătari Șefi (32,9); Masoterapeuți (25,8); și Barmani (23,8).

Caseta 5 Grupe identificate ca fiind cu risc mai înalt de suicid decât populația generală [75]

- Grup rasial/cultural/ etc minoritar;
- Persoane îndoliate de sinucidere;
- Persoanele aflate în instituții închise/penitenciare (probleme cu justiția) și în instituțiile de protecție a copilului;
- Persoanele care se angajează în auto-vătămare non-suicidară (NSSI);
- Persoane care au în anamnestic tentative de suicid;
- Persoane cu afecțiuni medicale (în special cu boli cronice, sindrom algic, de ex.: cancer, maladia Huntigton, scleroza multiplă, leziunea măduvei spinării, traumatisme cranio-cerebrale, epilepsie, migrena, HIV/SIDA, maladii cronice renale, artrite, astm);
- Persoane cu tulburări mentale și/sau consum de substanțe psihoactive;
- Populațiile lesbiene, gay, bisexuale și transgender (LGBT);
- Membri ai Forțelor Armate și veterani;
- Bărbați de vârstă mijlocie;
- Vârstnici.

C.2.2.2. SCREENING-UL

Alegerea intervenției trebuie să se bazeze nu pe simpla prezență a factorilor de risc, așa cum sunt identificați de modelele statistice, ci mai degrabă pe interacțiunea complexă a acelor factori cu manifestările personale și clinice individuale ale pacientului, pe evaluarea de către clinician a riscului pacientului la acel anume moment în timp. (APA, 2010)

Platt și Niederkrotenthaler (2020) concluzionează în meta-analiză că nu există dovezi suficiente pentru a determina beneficiile screening-ului în populațiile de îngrijire primară pentru reducerea riscului de sinucidere. Același lucru este valabil și pentru screening-ul în medii clinice. (Steeg și colab., 2018) În același timp, **screening-ul la depresie, precum și vigilența privind tulburările mintale severe ar putea oferi creșterea șansei de depistare precoce a fenomenului suicidar.**

O provocare în ceea ce privește evaluarea factorilor de risc de suicid derivă din faptul că mulți factori de risc sunt statici, nu pot fi modificați și se limitează la a ajuta la determinarea celor care au nevoie de un nivel mai mare de îngrijiri. În cadrul elaborării Ghidului Institutului Național pentru Excelență în Sănătate și Îngrijiri (NICE), Chan et al (2016) au efectuat prima examinare sistematică și meta-analiza unor studii potențiale ale factorilor de risc și a scalelor de evaluare a riscurilor pentru a prezice auto-vătămarea care conduce la suicid. Deși cei patru factori de risc identificați prezintă interes, autorii au remarcat că aceștia au o utilizare practică limitată, deoarece sunt relativ frecvenți în rândul populațiilor clinice. În plus, ei au constatat că nici o scală nu dispune de dovezi suficiente pentru a susține utilizarea sa în prevenirea suicidului, având valori predictive cuprinse între 1,3% și 16,7%. Ei chiar au recomandat prudență în utilizarea lor, pentru că, contând prea mult pe ele în practica clinică, s-ar putea ajunge la reasigurări false și, prin urmare, sunt potențial periculoase. Totodată, există o nevoie foarte mare de un instrument fiabil de evaluare pentru a fi utilizat în sălile de urgență.

Există mai multe scale ce pot fi utile în evaluarea suicidului cu scop de screening, de exemplu: SLAPP, Scala SAD PERSONS (SPS), Scala Columbia de evaluare a severității riscului de suicid (C-SSRS), etc.

1. Profilul de evaluare a letalității sinuciderii (S.L.A.P.) [69] Kenneth Morris (1998a) a creat un nou mod de a privi riscul de letalitate prin sinucidere. El a dezvoltat un instrument de evaluare a potențialului de letalitate a sinucigașului, denumit Profilul de evaluare a letalității sinuciderii (S.L.A.P.). S.L.A.P. este un instrument lung și exhaustiv, care a fost conceput pentru a oferi o imagine cuprinzătoare și bine echilibrată a comportamentului suicidar al unui beneficiar, precum și a atitudinii acestuia față de sinucidere (Morris, 1998b). Clinicienii evaluează problemele și provocările pe care beneficiarul le întâmpină în viață și care pot predispune un individ să se sinucidă, dar acest lucru este echilibrat prin luarea în considerare a resurselor beneficiarului (K. Morris, comunicare personală, 2007). Această metodă este o modalitate de evaluare a potențialului de risc de sinucidere care nu a fost încercată înainte de publicarea instrumentului (K. Morris, comunicare personală, 2007). Din păcate, până în prezent, nu s-a lucrat pentru a stabili dacă constatările produse în timpul utilizării S.L.A.P. sunt valabile (K. Morris, comunicare personală, 2007).

Instrumentul SLAPP calculează scorul de risc în baza următorilor factori: S (Specificitate), L (Letalitate), A (Disponibilitate), P (Proximitatea sistemului de suport), P (Tentative anterioare).

Pentru detalii vezi 0.

2. Patterson et al. (1983) au creat Scala SAD PERSONS (SPS) ca un ghid simplu și practic de evaluare a suicidului pentru studenții în medicină și medicii ne-psihiatri, care este încă utilizată pe larg în instituțiile clinice pentru evaluarea riscului de suicid. Într-un studiu ulterior publicat în 1988, Hockberger și Rothstein au abordat două întrebări:

1. "Poate oare un medic împovărat de atmosfera agitată dintr-o secție de urgență, de timpul limitat pentru evaluarea pacientului și de lipsa instruirii psihiatrice formale să fie la fel de exact ca un psihiatru negrăbit în solicitarea informațiilor necesare pentru calcularea unui scor fiabil?"
2. "Există un scor sub care medicul poate externa cu încredere un pacient, făcând o referire psihiatrică corespunzătoare?"

În versiunea **Modified SAD PERSONS Scale (Scala modificată SAD PERSONS)** (Tabelul 2), sunt evaluați 10 itemi cu un scor de 1 sau 2, apoi se calculează suma. Suma poate fi apoi utilizată pentru a decide privind măsurile ulterioare în managementul pacientului: o sumă de 6 sau mai mare ar indica necesitatea unui examen din partea unui specialist în psihiatrie în secția de urgență, iar un scor de 8 sau mai mult ar însemna că trebuie examinată oportunitatea internării într-un spital de psihiatrie.

Tabelul 2 Scala modificată SAD PERSONS

Itemi	**Scor**
Masculin	1
Vârsta sub 19 ani sau peste 45 de ani	1

Itemi	Scor
Depresie sau tulburare bipolară	2
Tentativă anterioară de suicid	2
Utilizare excesivă a alcoolului și drogurilor	1
Pierderea gândirii raționale	2
Lipsa suportului social (despărțit/ă, divorțat/ă, văduv/ă)	1
Plan organizat de suicid	1
N-are partener, copii	1
A exprimat intenția de suicid	2

O recentă cercetare sistematică (Warden et al. 2014) a evaluat Scala SAD PERSONS din punct de vedere al performanței sale în prezicerea evoluțiilor legate de suicid. Nici unul din cele trei studii identificate n-a arătat că scala ar prezice cu exactitate un comportament suicidar. Alte metode de screening propuse au aceeași soartă: testele psihometrice, cum ar fi Scala disperării după Beck, Scala intenției de suicid sau Scala ideației suicidare sunt de obicei mai puțin utile - există o rată înaltă a persoanelor care nu prezintă un risc de suicid, însă dau rezultate pozitive la testarea cu aceste instrumente (Chan et al., 2016).

3. Un alt posibil instrument de screening este Scala Columbia de evaluare a severității riscului de suicid (C-SSRS). Versiunea completă în limba engleză poate fi găsită la http://cssrs.columbia.edu/wp-content/uploads/C-SSRS-Baseline-Screening_AU5.1_eng-USori.pdf . Chestionarul a fost elaborat de mai multe instituții, inclusiv Universitatea Columbia, cu suportul Institutului Național de Sănătate Mintală. Pentru Republica Moldova, există o traducere în limbile română și rusă. În actualizarea referitoare la traducerile existente, se menționează că acest chestionar încă nu a fost implementat în țară. Chestionarul este ușor de administrat și necesită o pregătire minimă. Un studiu recent suedez a arătat că frecvența, durata și piedicile itemilor C-SSRS au fost asociate cu un risc înalt pe termen scurt. Cu toate acestea, capacitatea de a prezice corect un comportament suicidar în viitor este limitată.
Scala este susținută de dovezi și face parte dintr-o inițiativă națională și internațională de sănătate publică, care implică evaluarea suicidalității. Disponibilă în 103 limbi diferite, scala a fost utilizată cu succes în mai multe instituții, inclusiv școli, campusuri universitare, unități militare și de pompieri, sistemul de justiție, asistența medicală primară, precum și în cercetări științifice.
Pentru detalii vezi 0, 0.

Suicidul este asociat cu numeroase factori heterogeni de risc, dar nu există un instrument de evaluare care să poată prezice un comportament suicidar în viitor în mod fiabil. Istoricul de tentative de suicid rămâne în continuare cel mai puternic predictor. Acest lucru subliniază importanța faptului de a întreba deschis pacientul despre istoria sa anterioară și despre intențiile sale legate de prezent și viitor.

O abordare interprofesională integrată și colaborativă este necesară pentru a identifica pe cei cu cel mai mare risc de sinucidere și pentru a gestiona în mod adecvat riscul. Asistenta medicală poate realiza screening-ul pacienților pentru riscul de sinucidere folosind instrumente de screening validate. Comunicarea acestor constatări medicilor poate ajuta pacienții să primească sprijin medical și social adecvat pentru a-și reduce riscul. Asistenta comunitară, asistentul social instruit și managerul de caz pot ajuta la monitorizarea și urmărirea pacienților identificați cu cel mai mare risc de sinucidere pentru a se asigura că urmează planul de tratament recomandat și **că nevoile lor în afara terapiei medicale sunt îndeplinite.** Asistenta medicală asistă, de asemenea, medicii prin

educarea pacienților cu privire la ajutoare pentru prevenirea sinuciderii și resurse pentru a căuta ajutorul de care au nevoie dacă și când este necesar. O abordare mai multidisciplinară, oferită de o echipă interprofesională poate reduce numărul de decese legate de sinucidere fără a supraîncărca sistemul actual de asistență medicală [79].

C.2.3. CONDUITA PACIENTULUI

Caseta 6 Pașii obligatorii în examinarea pacientului cu comportament suicidar

- ***Examene de bază***:
  - ✓ examenul clinic psihiatric și somatic, neurologic complet;
  - ✓ obținerea informației din surse suplimentare (rude, prieteni, colegi etc.);
  - ✓ examenul paraclinic.
- ***Examene suplimentare***:
  - ✓ examenul psihologic;
  - ✓ consultul medical.

Caseta 7 Evaluarea multidisciplinară a pacientului cu comportament suicidar

- Efectuarea unei evaluări multi-disciplinare comprehensive a persoanelor cu comportament suicidar în cadrul serviciilor de sănătate mintală. Aceasta include evaluarea persoanelor cu comportament suicidar de către un psihiatru, psiholog, asistent social, nursă. Evaluarea trebuie să acopere următoarele domenii:
  - psihiatric (probleme de sănătate mintală, risc de vătămare a propriei persoane sau a altor persoane, consum de alcool și istorie de consum de droguri prescrise și ne-prescrise, precum și domenii forte, talente și scopuri de viață).
    - utilizați interviul semi-structurat de diagnosticare (SCAN, mini-SCAN) în cazul când suspectați o tulburare psihotică.
    - utilizați instrument simplu de screening CSSRS, SLAPP care poate fi folosit la evaluarea nivelului de risc al unei persoane care exprimă ideație suicidară (0, 0).
    - lucrați cu diagnosticul categorial și dimensional.
  - medical, inclusiv istoria medicală și examinarea fizică completă în vederea identificării bolilor fizice (inclusiv tulburări cerebrale organice) și tratamentelor medicamentoase prescrise care pot induce stări psihotice.
  - sănătatea fizică și bunăstarea (inclusiv, masa corporală, fumatul, nutriția, activitatea fizică și sănătatea sexuală).
  - psihologic și psihosocial, inclusiv rețelele sociale, relațiile și istoricul de traume precum și domenii forte, talente și scopuri de viață.
  - particularitățile dezvoltării persoanei (dezvoltarea și abilitățile sociale, cognitive și motorii, inclusiv condițiile coexistente de neuro-dezvoltare).
  - statutul social (loc de trai, cultură, etnie, activități de divertisment și recreaționale, responsabilități față de un copil sau în calitate de îngrijitor).
  - ocupațional și educațional (frecventarea unui colegiu, nivel de studii, activitate de muncă și activități cotidiene).
  - calitatea vieții, situația economică.

C.2.3.1. ANAMNEZA

Evaluarea psihiatrică este esențială pentru a evalua riscul de sinucidere, implicând analiza complexă a factorilor care contribuie la comportamentul suicidar. Profesionistul trebuie să înțeleagă gravitatea situației și să exploreze gândurile, motivele și planurile suicidare ale pacientului.
Diagnosticul include identificarea *comportamentului suicidar, investigarea istoricului de gânduri sinucigașe și evaluarea factorilor de vulnerabilitate la stres*. Este important să distingem între *comportamentele exprimate deschis și gândurile nedeclarate*, iar în cazul acestora din urmă, profesionistul trebuie să întrebe activ. Cercetarea factorilor de stres-vulnerabilitate implică evaluarea individuală a factorilor psihiatrici, psihologici și sociali legați de comportamentul suicidar [72].

Caseta 8 Abordare bazată pe CASE

Se recomandă investigarea sistematică a stării de sinucidere folosind abordarea CASE (Chronological Assessment of Suicide Events: Shea, 1998). *Primul pas* este să întrebați despre gândurile și evenimentele actuale, apoi despre istoria recentă (4-8 săptămâni) și apoi despre istoria mai largă a episoadelor anterioare de comportament suicidar. În cele din urmă, întrebați cum vede pacientul viitorul, ce planuri are și ce ar trebui să se schimbe pentru a îmbunătăți perspectiva viitorului. Abordarea CASE ajută la stabilirea contactului cu pacientul, la includerea altor persoane semnificative și la estimarea siguranței pacientului [72].

1. Contactul:
În investigarea comportamentului suicidar, o relație de tratament pozitivă cu pacientul este crucială pentru facilitarea discuției deschise despre gândurile acestuia. O relație inițială pozitivă sporește validitatea informațiilor colectate și face evaluarea gradului de cooperare a pacientului mai fiabilă. Contactul eficient cu un pacient sinucigaș depinde de interacțiunea empatică, experiența transmisă de profesionist și transparența asupra rolului și metodei sale.

2. Rude și alte persoane apropiate:
Mulți pacienți sinucigași au relații strânse cu membrii familiei, prietenii sau cunoscuții. Aceștia, alături de profesioniști, se întreabă de ce apare comportamentul suicidar, cum poate fi influențat și care sunt opțiunile disponibile. Ei se simt, cel puțin emoțional, implicați și responsabili, deoarece amenințarea este reală. Implicarea acestor persoane în îngrijire este crucială pentru obținerea informațiilor necesare, dezvoltarea unei alianțe și susținerea celor apropiați. Informațiile și sprijinul lor pot fi esențiale în diagnostic și tratament.

3. Siguranță:
În cazul în care pacientul exprimă gânduri sau planuri de sinucidere, poate fi necesară protejarea acestuia împotriva propriei sale persoane. Această măsură depinde de factori precum starea suicidară, starea psihiatrică, factorii psihologici, severitatea simptomelor, nivelul de funcționare și suportul disponibil. Profesionistul trebuie să decidă dacă intervențiile pentru protecție sunt necesare, ținând cont de acești factori [72].

4. Continuitatea îngrijirii
Continuitatea îngrijirii este esențială pentru pacienții cu comportament suicidar, acoperind diverse aspecte precum colaborarea între organizații, discipline și profesioniști. Coordonarea într-un lanț de îngrijire necesită experți, claritate în privința rolurilor, acorduri solide și încredere reciprocă. Aceasta devine crucială la trimiterea sau transferul pacienților cu risc suicidar.

Caseta 9 Recomandări pentru culegerea anamnezei la pacienții cu comportament suicidar

- Ereditatea (rude cu tulburări psihice și tentative suicidare).
- Depistarea semnelor și simptomelor

A. Funcționarea generală. Nivelul de funcționare al bolnavului este în declin sau nu corespunde nivelului necesar pentru a face față cerințelor (familiale, sociale etc.) cotidiene. Prezența familiei și a rudelor. Nivelul de comunicare cu familia și comunitatea. Vocațiile și profesiunea, părțile tari și hobby-urile persoanei. Sursele financiare și acomodarea.
B. Conținutul gândirii. Anormal (de ex., deliruri, idei de referință , suicidare etc).
C. Forma gândirii. Ilogică.
D. Percepția. Distorsionată (de ex., halucinații (de regulă, pseudo-): vizuale, olfactive, tactile, auditive).

E. Afect. Anormal (de ex., depresiv, labil, inadecvat).
F. Simțământul sinelui (perceperea de sine). Autoînvinuire, automutilare.
G. Voința. Afectată (de ex., pulsiuni sau motivații inadecvate).
H. Funcționarea interpersonală. Deficitară (de ex., retragere socială și detașare emoțională, agresivitate).
I. Comportamentul psihomotor. Anormal sau modificat (de ex., agitație sau retragere etc.).
J. Cogniția. Afectată, fixată pe moarte.

C.2.3.2. MANIFESTĂRI CLINICE

Caseta 10 Criterii orientative pentru diagnosticul Comportamentului Suicidar

Rezultatul evaluării riscului de sinucidere este rezumat într-un diagnostic structural. Diagnosticul structural este alcătuit dintr-o formulare a naturii și severității simptomelor și a gradului de competență decizională, inclusiv ipoteza preliminară despre etiologie și patogeneză. Diagnosticul structural este punctul de plecare pentru planul de tratament (preliminar). Specialistul va estima pericolul imediat și va oferi o indicație pentru intervențiile imediate și stabilirea tratamentului și pentru tratamentul pe termen mai lung. Este foarte important să se formuleze planul de tratament pe cât posibil în colaborare cu pacientul și, dacă este posibil, cu cei apropiați [72].

Diagnosticul structural constă în:
- O prezență a stării de sinucidere (gânduri, intenții, planuri, motive)
- Un rezumat al factorilor relevanți de stres și vulnerabilitate
- O ipoteză preliminară despre cauze și factori perpetuați
- O reflexie asupra competenței pacientului în ceea ce privește terapia somatică
- O severitate a riscului pe termen scurt și pe termen lung [20, 46, 51, 63, 72]

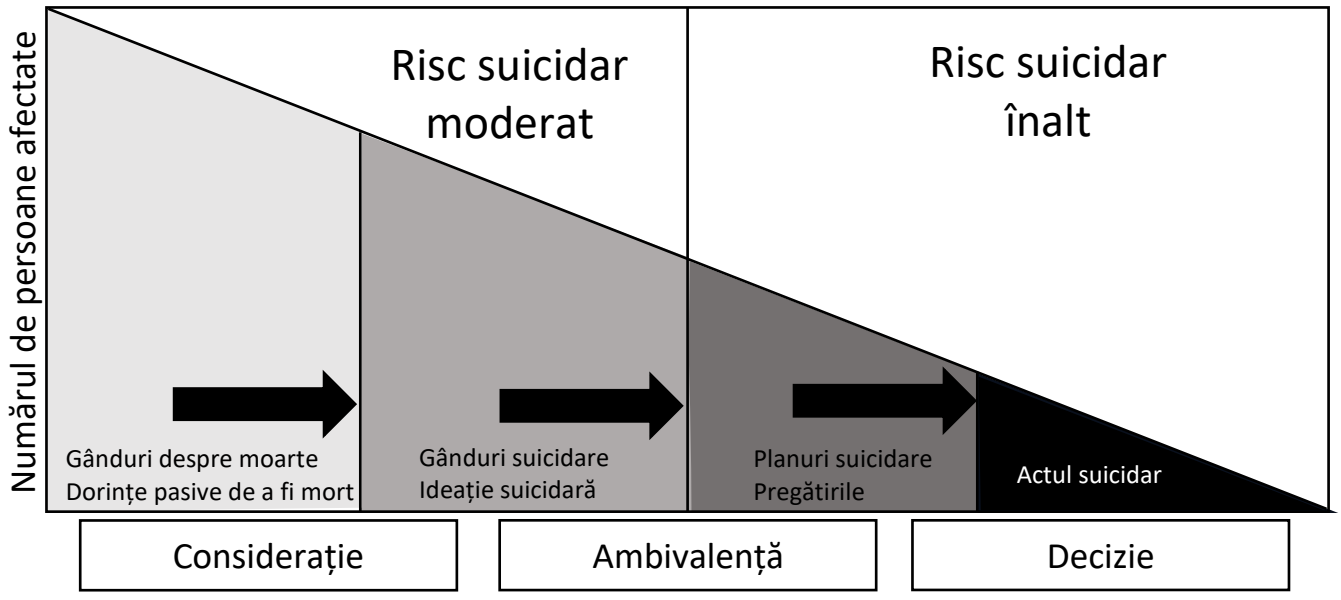


Figura 3 Etape a suicidalității[6]

Caseta 11 Criterii de identificare a comportamentului suicidar CIM vs DSM

CIM-10 / CIM-11	DSM-5
Clasificarea CIM-10 și CIM-11 nu oferă criterii de diagnostic clare.	Criterii propuse A. În ultimele 24 de luni, individul a făcut o tentativă

[6] BroniComportament suicidarand Hegerl (2011)

CIM-10 / CIM-11	DSM-5
Totuși, în CIM-11 ar putea fi găsit termenul „rănire” care este legat de comportamentul suicidar, dar nu include ideea suicidară. Conform OMS, o "rănire" este: ***„Leziunile sunt cauzate de expunerea acută la agenți fizici, cum ar fi energia mecanică, căldura, electricitatea, substanțele chimice și radiațiile ionizante care interacționează cu organismul în cantități sau la rate care depășesc pragul de toleranță umană.*** Aceasta poate implica energie mecanică, căldură, electricitate, substanțe chimice sau radiații ionizante. Rănile pot fi clasificate în funcție de cauză și intenționalitate pentru analize și intervenții eficiente. Categoriile frecvent utilizate sunt: • neintenționat (adică accidental) • intenționat (adică deliberat): • interpersonale (de exemplu, agresiune și omucidere) • auto-vătămare (de exemplu, abuz de droguri și alcool, auto-mutilare, sinucidere) • intervenție juridică (de exemplu, acțiunea poliției sau a altor persoane de aplicare a legii) • război, insurecție civilă și tulburări (de exemplu, demonstrații și revolte) • intenție nedeterminata	de sinucidere. Notă: O tentativă de sinucidere este o secvență de comportamente auto-inițiate de către un individ care, la momentul inițierii, se aștepta ca setul de acțiuni să ducă la propria sa moarte. „Timpul inițierii” este momentul în care a avut loc un comportament care a implicat aplicarea metodei.) B. Actul nu îndeplinește criteriile de autovătămare nesuicidară – adică nu implică autovătămare îndreptată către suprafața corpului, întreprinsă pentru a induce ameliorarea unui sentiment negativ/stare cognitivă sau pentru a obține o stare de dispoziție pozitivă. C. Diagnosticul nu se aplică ideii suicidare sau actelor pregătitoare. D. Actul nu a fost inițiat în timpul unei stări de delir sau de confuzie. E. Actul nu a fost întreprins numai pentru un obiectiv politic sau religios. Specificați dacă: Actual: Nu mai mult de 12 luni de la ultima încercare. În remisie precoce: 12-24 luni de la ultima încercare. Comportamentul suicidar poate fi clasificat în funcție de violența metodei utilizate. Supradozele sunt considerate nonviolente, în timp ce săriturile și rănile prin împușcătură sunt considerate violente. O altă dimensiune este gravitatea medicală, cu încercările de mare letalitate necesitând spitalizare. Planificarea versus impulsivitatea încercării este o altă caracteristică luată în considerare, cu impact asupra rezultatului medical. Dacă comportamentul suicidar a apărut cu 12-24 de luni înainte de evaluare, este considerat în remisie precoce, cu risc crescut în următoarele 24 de luni.

Caseta 12 Caracteristici de diagnosticare a comportamentului suicidar

- Manifestarea esențială a tulburării de comportament suicidar este tentativa de sinucidere.
- O tentativă de sinucidere este un comportament cu cel puțin o anumită intenție de a muri.
- Comportamentul poate sau nu duce la răni sau consecințe medicale grave.
- Factori care pot influența consecințele medicale includ planificarea proastă, lipsa cunoștințelor despre letalitatea metodei alese, intenționalitatea sau ambivalența scăzută, sau intervenția întâmplătoare a altora.
- Factori precum gradul de planificare, starea psihică la momentul comportamentului, externarea sau întreruperea recentă a unui stabilizator al dispoziției sunt marcatori de risc.
- Declanșatoare de mediu pot include învățarea unui diagnostic medical potențial fatal, pierderea bruscă a unei rude apropiate, pierderea locului de muncă sau deplasarea din locuință.
- Pentru ca criteriile să fie îndeplinite, persoana trebuie să fi făcut cel puțin o tentativă de sinucidere.
- Tentativele de sinucidere pot implica comportamente în care individul s-a răzgândit sau a fost

oprit de altcineva.
- Actul nu trebuie să îndeplinească criteriile de autovătămare nesuicidară și nu trebuie să fie inițiat în timpul unei stări de delir sau de confuzie.
- Dacă individul s-a intoxicat în mod deliberat înainte de a iniția comportamentul, pentru a reduce anxietatea anticipativă și pentru a minimiza interferența cu comportamentul intenționat, trebuie pus diagnosticul.

Tabelul 3 Evaluarea riscului suicidar[7]

	Risc înalt	**Risc moderat**	**Risc scăzut**
Statut mintal „riscant": • Depresiv • Psihotic • Lipsă de speranță, disperare, vinovăție, rușine, furie, agitație • Impulsivitate	Exemple: • Sever depresiv • Halucinații imperative sau idei delirante despre moarte • Preocupat cu lipsa de speranță, disperare, sentiment de lipsă de valoare • Furie, ostilitate severă	Exemple: • Moderat depresiv • Un grad anumit de tristețe • Câteva simptome psihotice • Careva sentimente de lipsa de speranță • Furie, ostilitate moderată	Exemple: • Ușor depresiv, trist sau deloc • Nici un simptom psihotic • Resimte speranță privind viitorul • Furie, ostilitate ușoară sau absentă
Tentativă de suicid sau gânduri suicidare: • Intenționalitate • Letalitate • Acces la metodă • Tentative anterioare de suicid	Exemple: • Gânduri necontenite / specifice • Prezența intenției clare • O tentativă cu letalitate înaltă (vreodată)	Exemple: • Gânduri frecvente • Multiple tentative cu letalitate scăzută • Amenințări repetate	Exemple: • Gânduri vagi sau absente • Nici o tentativă recentă sau o tentativă recentă cu letalitate scăzută și intenție scăzută
Tulburare de consum de substanțe (abuz curent de alcool sau alte droguri)	• Intoxicație, abuz sau dependență curentă de substanță	• Risc de intoxicație, abuz sau dependență de substanță	• Utilizare rară sau absentă de substanțe
Anamneză coroborativă • Familia, oameni dragi • Datele medicale • Alte surse și furnizori de servicii	Exemple: • Incapacitatea de a accesa informația, incapacitatea de a verifica informația sau există un conflict cu persoana expusă riscului	Exemple: • Acces la ceva informații • Dubii privitor la plauzibilitatea informației persoanei la risc	Exemple: • Este accesibilă sau verificabilă informația persoanei la risc (logic și verosimil)
Puncte forte și suporturi (coping și	Exemple: • Pacientul refuză	Exemple: • Pacientul este	Exemple: • Pacientul acceptă

[7] Framework for Suicide Risk Assessment and Management, NSW Department of Health, 2004, ISBN 0 7347 3721 1

conexiune) • Comunicare expresivă • Accesibilitatea suportului • Dorința și capacitatea persoanei de suport	ajutorul • Lipsa relațiilor de ajutor sau prezența relațiilor ostile • Rudele sau prietenii nu sunt disponibili, nu doresc sau nu sunt capabili să ofere ajutor • Părinți cu tulburări psihice • Violență sau abuz de substanțe în familie	ambivalent • Conexiune moderată • Puține relații, pot fi disponibili, dar nu doresc sau nu sunt capabili să ofere ajutor constant • Simptome moderate mintale la membrii familiei • Prezența unui grad de instabilitate sau parenting disfuncțional	ajutorul • Formare de alianță terapeutică • Foarte conectat, relații și susținere bună • Relațiile doresc și sunt capabile să ofere ajutor constant • Un mediu familial susținător
Practica reflectivă • Nivelul și calitatea angajamentului • „Schimbabilitatea" nivelului de risc • Încrederea evaluării nivelului de risc	• Încrederea în evaluare e joasă sau „schimbabilitatea" înaltă sau lipsă contactului • Angajament scăzut		• Încrederea în evaluare e înaltă și „schimbabilitatea" joasă • Contact și angajament bun
Fără risc (previzibil): În urma unei evaluări cuprinzătoare a riscului de sinucidere, nu există nicio dovadă a riscului actual pentru persoană. Fără gânduri de sinucidere sau antecedente de tentative, are o bună rețea de suport social.			

Caseta 13 Probleme de diagnosticare legate de cultură în comportamentul suicidar

- Comportamentul suicidar nu este uniform și poate varia semnificativ în frecvență și formă în funcție de cultură.
- Diferențele culturale pot fi influențate de disponibilitatea metodelor, cum ar fi otrăvirea cu pesticide în țările în curs de dezvoltare sau rănile prin împușcătură în sud-vestul Statelor Unite.
- Prezența unor sindroame specifice culturii, cum ar fi "ataques de nervios" în grupurile latino, poate contribui la comportamente care seamănă cu încercările de sinucidere sau pot facilita astfel de tentative.
- Această recunoaștere a diversității culturale în comportamentul suicidar subliniază importanța unei abordări sensibile la contextul cultural în diagnosticare și intervenție.

C.2.3.3. INVESTIGAŢIILE PARACLINICE

Caseta 14 Investigații de laborator/ paraclinice

Investigații specifice pentru diagnosticarea comportamentului suicidar nu au fost găsite în literatura de specialitate, dar **vor fi efectuate toate investigațiile ce țin de leziunea sau boala de bază asociată cu comportament suicidar** (ex.: traumatism prin cădere de la înălțime, necesită imagistica aparatului locomotor, etc)

Conform DSM 5:
Markeri de diagnosticare
Devierile de laborator ca urmare a tentativei de sinucidere sunt adesea evidente. Comportamentul suicidar care duce la pierderea de sânge poate fi însoțit de anemie, hipotensiune arterială sau șoc. Supradozajele pot duce la comă și devieri asociate de laborator, cum ar fi dezechilibre electrolitice.

Caseta 15 Investigații psihologice

- Scala Columbia de severitate a riscului suicidar (C-SSRS)
- Profilul de evaluare a letalității sinuciderii (S.L.A.P.)
- Scala modificată SAD PERSONS
- Scala de severitate din ghidul bazat pe consens din Țările de Jos

Luând în considerație că în cadrul unei serii de patologii psihice rata de comportament suicidar este mai des întâlnită se vor face eforturile necesare pentru a depista sau exclude prezența acestora utilizând scalele și instrumentele clinice necesare (vezi protocoalele clinice privind depresia, tulburarea bipolară, schizofrenia, etc).
În cazul depistării sau prezenței prezumpției că există tulburări mintale – a se vedea protocoalele clinice naționale de rigoare cu investigațiile psihologice de rigoare (de ex,: PHQ9, TAG7, Hamilton, PANSS, YMRS, etc).

Atenție pentru estimarea severității și urgenței situației:
Acestea sunt doar niște estimări. Experiența și abilitățile profesioniștilor joacă un rol important în triaj. Aceasta va determina dacă îngrijirea trebuie să fie acordată acut, intensiv, specializat și eventual obligatoriu. Sau că poate fi început un tratament regulat cu intensitate scăzută sau de autoajutorare. Gravitatea situației nu poate fi privită ca suma punctajelor pentru punctele de atenție pentru estimarea gravității și urgenței situației. În anumite situații, unele puncte de interes vor depăși altele.

C.2.3.4. DIAGNOSTICUL DIFERENŢIAT Diagnosticul diferențiat (obligatoriu)

Comorbiditate
Comportamentul suicidar este văzut în contextul unei varietăți de tulburări mentale, cel mai frecvent tulburare bipolară, tulburare depresivă majoră, schizofrenie, tulburare schizoafectivă, tulburări de anxietate (în special, tulburări de panică asociate cu conținut catastrofal și flashback-uri PTSD), tulburări legate de consumul de substanțe (în special tulburări legate de consumul de alcool), tulburări de personalitate limită, tulburări de personalitate antisocială, tulburări de alimentație și tulburări de adaptare. Se manifestă rar la persoane fără patologie perceptibilă, cu excepția cazului în care este întreprinsă din cauza unei afecțiuni medicale dureroase cu intenția de a atrage atenția asupra martiriului din motive politice sau religioase, sau la parteneri într-un pact de sinucidere, ambii fiind excluși din acest pact. diagnostic, sau atunci când informatorii terți doresc să ascundă natura comportamentului.

Comportament parasuicid. Parasuicidul este un termen introdus pentru a descrie pacienții care se rănesc prin auto-mutilare (de exemplu, tăierea pielii), dar care de obicei nu doresc să moară. Studiile arată că aproximativ 4 la sută din toți pacienții din spitalele de psihiatrie s-au tăiat; raportul femei-bărbați este de aproape 3 la 1. Incidența autovătămărilor la pacienții psihiatrici este estimată a fi de peste 50 de ori mai mare decât în populația generală. Psihiatrii notează că așa-zișii tăietori s-au tăiat de-a lungul mai multor ani. Autovătămarea se găsește la aproximativ 30% dintre toți abuzatorii de substanțe orale și 10% dintre toți utilizatorii intravenos admiși în unitățile de tratare a substanțelor. Acești pacienți au de obicei peste 20 de ani și pot fi singuri sau căsătoriți. Majoritatea taie delicat, nu grosier, de obicei în privat cu o lamă de ras, cuțit, sticlă spartă sau oglindă. Încheieturile, brațele, coapsele și picioarele sunt cel mai frecvent tăiate; fața, sânii și abdomenul sunt tăiate rar. Majoritatea persoanelor care s-au tăiat pretind că nu suferă de durere și dau motive pentru acest comportament, cum ar fi furia față de ei înșiși sau față de ceilalți, ameliorarea tensiunii și dorința de a muri. Majoritatea sunt clasificate ca având tulburări de personalitate și sunt semnificativ mai introvertiți, nevrotici și ostili decât martorii. Abuzul de alcool și abuzul de alte substanțe sunt frecvente și majoritatea tăietorilor au încercat să se sinucidă. Automutilarea a fost privită ca autodistrugere localizată, cu manipularea greșită a impulsurilor agresive cauzate de dorința inconștientă a unei persoane de a se pedepsi pe sine sau pe un obiect introiectat.

C.2.3.5. PROGNOSTICUL (LA NECESITATE)

După cum s-a menționat, comportamentul suicidar este în mod inerent dificil de prezis. Studiile inovatoare care utilizează datele de pe telefonul mobil ale pacienților individuali arată că ideea de sinucidere fluctuează puternic, chiar și în decurs de câteva ore. Prin urmare, comportamentul suicidar trebuie evaluat frecvent. Ei indică faptul că primele luni după externarea din spital este o perioadă cu risc ridicat. Prin urmare, continuitatea îngrijirii după externare ar trebui să fie o prioritate înaltă. Planificarea siguranței ar putea fi o modalitate eficientă de organizare a continuității îngrijirii. (Kleiman și colab., 2017)

Riscul de recidivă, tentativă repetată de sinucidere, după ce a fost tratat pentru o tentativă de sinucidere de urgență psihiatrică este mare în lunile care urmează unei tentative și este necesară îmbunătățirea programelor de prevenire și intervenție care vizează îmbunătățirea acestor cifre [6].

Un alt studiu demonstrează că antecedentele personale de autovătămare și vârsta mai mică de 14 ani au fost predictori ai re-tentativelor de sinucidere în primul an după prima internare a unui adolescent la serviciile de urgență.

Nouă din zece oameni care încearcă să se sinucidă și supraviețuiesc nu se vor sinucide ulterior. Acest lucru a fost bine stabilit în literatura de suicidologie. O analiză a literaturii de specialitate (Owens 2002) a rezumat 90 de studii care au urmărit de-a lungul timpului persoane care au făcut tentative de sinucidere care au dus la îngrijiri medicale. Aproximativ 7% (interval: 5-11%) dintre cei care au încercat au murit în cele din urmă prin sinucidere, aproximativ 23% au reîncercat fără a fi fatal și 70% nu au mai avut nicio încercare [80].

Chiar și studiile care s-au concentrat pe încercări grave din punct de vedere medical – cum ar fi oamenii care au sărit în fața unui tren (O'Donnell 1994) – și studiile care au urmărit tentativele timp de multe decenii au găsit rate la fel de scăzute de finalizare a sinuciderilor [74]. Cel puțin un studiu, publicat după revizuirea a 90 de studii, a constatat o rată de finalizare ușor mai mare. Aceasta a fost o urmărire de 37 de ani a auto-otrăvirilor din Finlanda, care a găsit o eventuală rată de finalizare de 13% (Suominen 2004) [107].
Această rată de supraviețuire pe termen lung relativ bună este în concordanță cu observația că crizele suicidare sunt adesea de scurtă durată, chiar dacă pot exista factori de risc subiacente, mai cronici, care dau naștere acestor crize.

Relația dintre tentativele de sinucidere și finalizare este una complexă.

Majoritatea oamenilor care se sinucid în SUA nu au făcut o încercare anterioară. Eforturile de prevenire care se concentrează doar pe cei care încearcă să se sinucidă vor rata majoritatea celor care au terminat. O analiză internațională a studiilor de autopsie psihologică a constatat că aproximativ 40% dintre cei care au murit prin sinucidere au încercat anterior (Cavanagh 2003) [19]. Proporția a fost mai mică (25-33%) în rândul studiilor privind sinuciderea tinerilor din SUA (Brent 1993, Shaffer 1996) [12, 98]. Un istoric de încercări anterioare este mai mic în rândul celor care au murit prin sinucidere cu arme de foc și mai mare în rândul celor care au murit prin supradoză (date NVISS).
Majoritatea oamenilor care încearcă să se sinucidă nu se vor sinucide complet.
Cu toate acestea, istoricul de tentativă de sinucidere este unul dintre cei mai puternici factori de risc pentru sinucidere. Între 5% și 11% dintre cei care au încercat să se sinucidă în spital se sinucidă complet, o proporție mult mai mare decât în rândul publicului larg, unde ratele anuale de sinucidere sunt de aproximativ 1 din 10.000.
Aproximativ 50% din toate persoanele care mor prin sinucidere s-au autovătămat anterior. Unul din 25 de pacienți care se prezintă la spital pentru autovătămare se va sinucide în următorii 5 ani (Carroll 2014) [17].

Un studiu prospectiv, cu durata de 32 ani, publicat în 2020 [88], a demonstrat următoarele rezultate: la urmărire, 37,6% dintre participanți au murit, 7,2% prin sinucidere și 53% dintre aceștia în decurs de 5 ani de la tentativa de sinucidere. Un diagnostic de psihoză la momentul inițial a reprezentat factorul de risc cu cea mai mare rata de pericol la urmărirea pe termen lung, adică > 5 ani, urmată de depresie majoră și antecedente de tentativă de sinucidere. Severitatea unei tentative de sinucidere măsurată prin SIS (Scala de intenție de sinucidere) a arătat o asociere neproporțională cu riscul de sinucidere de-a lungul timpului și a fost un factor de risc relevant pentru sinucidere numai în primii 5 ani după o tentativă de sinucidere.

Riscul de sinucidere după o tentativă de sinucidere persistă până la 32 de ani. Un diagnostic de bază de psihoză sau depresie majoră sau tentative anterioare de sinucidere au continuat să fie factori de risc relevanți pe termen foarte lung. Scorul SIS, precum și prezența distimiei, este un predictor mai bun al riscului de sinucidere pe termen scurt, adică în decurs de 5 ani decât pe termen lung. Acest lucru ar trebui luat în considerare în evaluarea riscului de sinucidere și în punerea în aplicare a îngrijirii acestor persoane [88].

O meta-analiză publicată [23] în 2017, cuantifică ratele de sinucidere după externarea din instituțiile de psihiatrie și examinează factorii ce ar putea influența aceste rate. Astfel rata de sinucidere a studiilor (incluse în meta-analiză) care au urmărit pacienții timp de cel mult 3 luni a fost de 100 de ori rata de sinucidere globală. Studiile cu perioade de urmărire de 3 până la 12 luni au avut rate de sinucidere de aproape 60 de ori mai mari decât la nivel global, iar rata de sinucidere în rândul pacienților externați a fost de peste 30 de ori mai mare decât în populația generală, chiar și pentru perioade de urmărire de 5 până la 10 ani.

S-a susținut că o modalitate de combatere a sinuciderii după externare este să se concentreze asupra pacienților individuali cu caracteristici clinice care semnifică un risc ridicat de sinucidere. Cu toate acestea, ratele foarte ridicate de sinucidere calculate în studiul data meta-analitic și limitările cunoscute ale evaluării riscului de sinucidere sugerează că o concentrare pe evaluarea riscului clinic ar putea induce în eroare clinicienii să creadă că unii pacienți pot fi considerați ca având un risc scăzut după externare. Descoperirile din studiul meta-analitic susțin mai bine opiniile autorilor care cred într-o abordare mai universală a prevenirii sinuciderii, care s-ar putea concentra pe perioade cu risc ridicat, dar care se extinde pe perioade de ani. Cu toate acestea, rezultatele ar trebui să reducă entuziasmul pentru intervențiile restrictive îndreptate către pacienții etichetați ca având un risc

ridicat de sinucidere în virtutea variabilelor demografice sau clinice. Cifrele sugerează că se poate aștepta ca 0,28% din toți pacienții externați să se sinucidă în primele 3 luni după externare. Puterea statistică modestă a evaluării riscului de sinucidere înseamnă că chiar și pacienții care sunt clasificați ca având un risc ridicat din cauza factorilor lor de risc de sinucidere vor avea o probabilitate absolută scăzută de sinucidere în intervale de timp semnificative din punct de vedere clinic, în timp ce pacienții cu un risc scăzut de sinucidere vor avea totuși o probabilitate de sinucidere care este de multe ori mai mare decât în comunitatea generală.
Pacienții externați au rate de sinucidere de multe ori mai mari decât în comunitatea generală. **Eforturile care vizează prevenirea sinuciderii ar trebui să înceapă în timp ce pacienții se află în spital**, iar perioada imediat după externare ar trebui să fie o perioadă de concentrare clinică sporită. Cu toate acestea, studiul sugerează, de asemenea, că pacienții internați anterior, în special cei cu suicidalitate anterioară, rămân la un risc semnificativ crescut de sinucidere timp de ani de zile și ar trebui să fie punctul central al eforturilor de reducere a sinuciderii în comunitate [23].

C.2.3.6. CRITERIILE DE SPITALIZARE

Setările de tratament includ un continuu de niveluri posibile de îngrijire, de la spitalizări involuntare la spitalizări parțiale și programe intensive de ambulatoriu până la intervenții ambulatorii mai tipice. În general, pacienții trebuie tratați într-un mediu care este cel mai puțin restrictiv, dar cel mai probabil să se dovedească sigur și eficient. În plus, setarea optimă a tratamentului și capacitatea pacientului de a beneficia de un alt nivel de îngrijire ar trebui reevaluate în mod continuu pe parcursul tratamentului. Alegerea unui loc adecvat de tratament va avea loc, în general, după ce psihiatru evaluează starea clinică a pacientului, incluzând tulburări psihiatrice specifice și simptome (de exemplu, lipsă de speranță, impulsivitate, anxietate), severitatea simptomelor, nivelul de funcționare, sistemul de suport disponibil, și activități care oferă pacientului un motiv de viață. De asemenea, psihiatrul ar trebui să ia în considerare dacă suicidalitatea actuală este legată de o criză interpersonală, cum ar fi o separare recentă, pierderea unei persoane semnificative sau alte traume. Estimarea riscului de sinucidere va fi, evident, o componentă importantă a alegerii cadrului de tratament, iar potențialul de periculozitate pentru alții ar trebui, de asemenea, luat în considerare. În anumite circumstanțe clinice, poate fi necesară o decizie de spitalizare pe baza unui potențial periculos pentru sine sau pentru alții, chiar dacă antecedentele suplimentare nu sunt disponibile sau dacă pacientul nu poate coopera cu evaluarea psihiatrică (de exemplu, în prezența de agitație extremă, psihoză sau catatonie). În același timp, beneficiile intervențiilor intensive, cum ar fi spitalizarea, trebuie să fie cântărite în raport cu posibilele lor efecte negative (de exemplu, întreruperea angajării, stresul financiar și de altă natură psihosocială, stigmatizarea persistentă a societății). Alte aspecte care trebuie încorporate în determinarea unui cadru de tratament includ capacitatea pacientului de a oferi auto-îngrijire adecvată, de a înțelege riscurile și beneficiile diferitelor abordări de tratament, de a înțelege ce trebuie făcut într-o criză (de exemplu, contactați membrii familiei sau alte persoane de sprijin). , contactați psihiatrul, solicitați asistență de urgență), oferiți feedback de încredere psihiatrului și cooperați cu planificarea și implementarea tratamentului. În consecință, alegerea unui cadru de tratament specific nu va depinde în întregime de estimarea riscului de sinucidere, ci mai degrabă se va baza pe echilibrul dintre aceste diferite elemente. O privire de ansamblu asupra factorilor de luat în considerare în determinarea unui cadru pentru tratament este oferită în Tabelul 4 (APA, 2010)

Tabelul 4 Selectarea unui mediu de tratament pentru pacienții cu risc de sinucidere sau comportamente suicidare

Spitalizarea indicată
După o tentativă de sinucidere sau o tentativă de sinucidere întreruptă dacă: o Pacientul este psihotic o Tentativa a fost violentă, aproape letală sau premeditată o Au fost luate măsuri de precauție pentru a evita salvarea sau descoperirea

o Planul de sinucidere este persistent și/sau intenția este prezentă
o Suferința este crescută sau pacientul regretă că a supraviețuit
o Pacientul este de sex masculin, mai în vârstă de 45 de ani, în special cu debut nou de boli psihiatrice sau gândire suicidară
o Pacientul are suport familial și/sau social limitat, inclusiv lipsa unei situații stabile de viață
o Comportamentul impulsiv curent, agitația severă, judecata slabă sau refuzul ajutorului sunt evidente
o Pacientul are o modificare a stării mentale cu o etiologie metabolică, toxică, infecțioasă sau de altă natură care necesită o analiză suplimentară într-un cadru structurat
În prezența unei idei suicidare cu:
o Plan specific cu letalitate ridicată
o Intenție suicidară ridicată

Spitalizarea poate fi necesară

După o tentativă de sinucidere sau o tentativă de sinucidere întreruptă, cu excepția circumstanțelor pentru care internarea este în general indicată

În prezența unei idei suicidare cu:
o Psihoză
o Tulburare psihiatrică majoră
o Încercări anterioare, în special dacă sunt grave din punct de vedere medical
o Afecțiune medicală care poate contribui (de exemplu, tulburare neurologică acută, cancer, infecție)
o Lipsa de răspuns sau incapacitatea de a coopera cu tratamentul parțial spitalicesc sau ambulatoriu
o Necesitatea unui cadru supravegheat pentru testarea medicamentelor sau tratament electroconvulsiv
o Nevoia de observare calificată, teste clinice sau diagnostic care necesită un cadru structurat
o Sprijin familial și/sau social limitat, inclusiv lipsa unei situații stabile de viață
o Lipsa unei relații continue clinician-pacient sau lipsa accesului la urmărirea în timp util în ambulatoriu

În absența tentativelor de sinucidere sau a ideii/planului/intenției suicidare raportate, dar dovezile din evaluarea psihiatrică și/sau antecedentele altora sugerează un nivel ridicat de risc de sinucidere și o creștere acută recentă a riscului
Este posibilă eliberarea din departamentul de urgență cu recomandări ulterioare
După o tentativă de sinucidere sau în prezența ideii/planului suicidar atunci când:
o Suicidalitatea este o reacție la evenimente care declanșează (de exemplu, eșecul examenului, dificultăți în relație), în special dacă viziunea pacientului asupra situației s-a schimbat de când a venit la departamentul de urgență.
o Planul/metoda și intenția au letalitate scăzută
o Pacientul are o situație de viață stabilă și de susținere
o Pacientul este capabil să coopereze cu recomandările de urmărire, cu medicul contactat, dacă este posibil, dacă pacientul este în prezent în tratament
Tratamentul ambulatoriu poate fi mai benefic decât spitalizarea
Pacientul are ideație suicidară cronică și/sau auto-rănire fără încercări anterioare serioase din punct de vedere medical, dacă este disponibilă o situație de viață sigură și de susținere și îngrijirea psihiatrică ambulatorie este în curs de desfășurare. (APA, 2010)

Caseta 16 Criteriile de spitalizare adiționale

- Secțiile psihiatrice din spitalele generale, UPU, în funcție de caz:
  - Pacient cu simptome psihotice care nu a fost posibil de gestionat în condiții de

ambulator de către ECSM.
    - Pacient cu simptome psihotice ce prezintă pericol pentru sine sau cei din jur
    - Pacient cu simptome psihotice și risc vital datorat comorbidităților (vezi caseta cu urgențe)
- Spitalele de psihiatrie, în funcție de caz:
    - Pacient cu simptome psihotice care nu a fost posibil de gestionat în condiția secțiilor psihiatrice din spitalele generale

Spitalizarea

Spitalizarea psihiatrică se recomandă pentru o evaluare suplimentară și inițierea terapiei este aproape întotdeauna indicată pentru pacienții cu comportament suicidar recent, inclusiv indicată copiilor și adolescenților cu comportament suicidar sau cu risc ridicat imediat de sinucidere [22]. (de exemplu, tentativă de sinucidere) sau cu risc ridicat iminent de sinucidere (de exemplu, pacienți cu idee suicidară moderată până la severă care include un plan și intenție) [85].

- Tulburări psihiatrice (de exemplu, depresie majoră unipolară, tulburare bipolară, tulburări psihotice sau tulburări de consum de substanțe) care stau la baza ideației și comportamentului suicidar
- Agitație
- Impulsivitate
- Deznădejde severă
- Suport social slab.

Deși standardul de îngrijiri este spitalizarea, nu există studii de înaltă calitate care să demonstreze că aceasta previne sinuciderea ulterioară. În așteptarea spitalizării, pacienții vor fi ținuți într-o cameră de unde au fost eliminate toate sursele potențiale de vătămare. Familia poate fi prezentă, dacă pacientul dorește. Se va desemna un membru al personalului care să asigure o observare constantă. Transferul pacientului se va face cu ambulanța, iar paramedicii trebuie să fie conștienți de riscul de suicid. Tratamentul spitalicesc va fi continuat până la stabilizarea siguranței pacientului [1].

Spitalizarea fără liberul consimțământ

Dacă pacienții nu sunt de acord cu spitalizarea, poate fi necesară spitalizarea fără liberul consimțământ [85]. Spitalizarea involuntară poate fi necesară în cazul în care părinții sau tutorele legal al copilului nu sunt prezenți și/sau nu sunt de acord cu planurile clinicianului de spitalizare [22]. Clinicienii certifică că pacientul prezintă pericol pentru sine sau pentru alții sau are un risc iminent de a se vătăma din cauza incapacității de a se auto-îngriji în mod adecvat. Pacienții care sunt internați împotriva voinței lor sau a voinței tutorilor lor își mențin autonomia de a-și da acordul pentru tratament [86]. Singurele medicamente care pot fi administrate fără consimțământul lor sau consimțământul tutorilor lor sunt cele necesare stabilizării în timpul unei crize. Dacă se consideră necesară administrarea medicamentelor zilnic pentru tratamentul tulburărilor psihiatrice de bază, clinicienii vor trebui să solicite instanței de judecată să dispună tratamentul.

C.2.3.7. CRITERII DE TRANSFER DE LA UN NIVEL DE ASISTENŢĂ MEDICAL LA ALT NIVEL

Caseta 17 Servicii și criterii de intervenție în caz de pacient cu comportament sau ideație suicidară

- **AMU (112), UPU/CG**
    - Evaluarea persoanei cu comportament suicidar care a solicitat serviciul (inclusiv în cazul, în care este solicitată evaluarea de către aparținători)

- Evaluarea persoanei cu simptome suicidare, agitată, auto și/ sau hetero-agresivă, comportament cu pericol social.
- Acordarea ajutorului simptomatic, în funcție de starea clinică a pacientului. În caz de leziuni, pacientul va fi referit către instituțiile medicale corespunzătoare (IMSP Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie secția arsuri etc). După caz, se va asigura referirea la ECSM, secțiile de psihiatrie din spitalele generale sau spitalele de psihiatrie.
- Recepționarea pacienților în UPU/CG.

- **Asistența medicală primară**
  - Evaluarea persoanelor cu risc înalt de dezvoltare a comportamentului suicidar.
  - Suspectarea semnelor de alarmă pentru suicid de către medicul de familie.
  - Educația, privind comportamentul suicidar
  - Descurajarea consumului de droguri și PCC
  - În cazul depistării trimitere la instituțiile de rigoare conform diagnosticului de bază (de ex.: patologie mintală – CCSM, patologie oncologică – serviciul oncologic și CCSM, leziuni termice (combustii) – serviciul traumatologie și CCSM etc)
  - Prevenirea recidivelor prin monitorizarea sănătății fizice.
  - Medicul de familie în conlucrare cu specialistul în sănătatea mintală, ori alți colegi (în funcție de caz) poate promova continuitatea îngrijirilor, contribuind astfel la creșterea siguranței persoanei/pacientului cu risc de suicid:
    - Să furnizeze cât mai multe informații relevante atunci, când trimite pacientul către un alt specialist;
    - Să informeze colegii medici de alte specializări despre comportamentul suicidar manifestat de către persoană/pacient;
    - Să evalueze repetat și regulat gândurile, intențiile, dorința persoanei/pacientului de a se sinucide, în special în cazul pacienților, care se recuperează după un episod de depresie;
    - Să ofere îngrijire ulterioară, intervievând în mod regulat și pro-activ (rudele, prietenii, colegii, membrii familiei, etc.) despre gândurile/intențiile suicidare ale persoanei/pacientului care a manifestat un comportament suicidar în trecut (recent).
- **CCSM**
  - Serviciul de bază de sănătate mintală ce deține informația despre toate persoanele cu tulburări psihice din regiunea deservită (municipiu, raion).
  - CCSM este un serviciu medico-social cu prestare de consultații, prescriere de medicamente și servicii de recuperare psiho-socială.
  - Dispensarizarea pacienților cu tulburări psihice din regiunea deservită (municipiu, raion).
  - Screening-ul tuturor persoanelor care solicită ajutor de la serviciile specializate de asistență de sănătate mintală la prezentarea semnelor de alarmă în baza SLAPP-ului, CSSRS.
  - Intervenție activă în criză, iar în caz de ineficiență, pericol pentru persoană și societate, trimitere la secția psihiatrică din spitalele generale din regiunea deservită.
  - Inițierea și menținerea tratamentului farmacologic.
  - În caz de ineficiență sau incapacitate de rezolvare a cazului în secția psihiatrică din spitalul general, se ia decizia, de comun acord cu CCSM, pentru trimiterea pacientului la spitalul de psihiatrie
  - Serviciile în CCSM sunt prestate prin ECSM:
    - Externalizate / orientate spre comunitate: beneficiarul este vizitat acasă sau la locul de reședință de către asistentele medicale și alți specialiști din echipă, la necesitate.

- Multidisciplinare: includ – managerul de caz, psihiatrul, psihologul, expertul de la egal-la-egal, nurse psihiatrice, asistentul social.
- Este posibilă ghidarea intensivă și asertivă pentru beneficiarii care au devenit clinic instabili sau prezintă risc de a intra în criză.
- Dosare comune: toți membrii echipei lucrează împreună și sunt implicați în asistarea clinico-recuperativă a fiecărui pacient.
- Continuitate: Echipa lucrează în strânsă colaborare cu alte organizații de servicii sociale. De asemenea, este implicată familia și mediul. Pacientul beneficiază de îngrijiri atât timp, cât este nevoie.

- **Secțiile psihiatrice în spitalele generale, UPU***
  - Recepționarea pacienților cu semne de alarmă pentru suicid de la CCSM.
  - Recepționarea pacienților cu semne de alarmă pentru suicid la solicitarea serviciilor de urgență, a poliției sau la adresarea de directă/sine stătătoare, cu informarea imediată a ECSM din CCSM.
  - Tratament farmacologic în condiții de staționar.
  - Direcționarea pacientului care este în stare de remisiune, spre CCSM.
  - În caz de ineficiență sau incapacitate de soluționare a cazului, de comun acord cu CCSM se ia decizia pentru trimiterea la spitalul de psihiatrie.

- **Spitalul de psihiatrie***
  - Recepționarea pacienților cu semne de alarmă pentru suicid din secțiile psihiatrice ale spitalelor generale, cu solicitarea acordului CCSM, în caz de siguranță limitată, precum și, pericol pentru persoană
  - Tratament farmacologic intensiv și alte metode invazive după caz.
  - Luarea deciziei privind tratamentul de menținere, de comun acord cu pacientul și CCSM teritorial.
  - La diminuarea riscului suicidar, stabilizarea clinică, trimiterea la CCSM teritorial.

* inclusiv spitalizare fără liberul consimțământ, în condițiile prevăzute de LEGEA Nr. 114 din 16-05-2024 privind sănătatea și bunăstarea mintală

C.2.3.8. TRATAMENTUL

Managementul persoanei cu ideație, tentative suicidare ar trebui să includă:
- Stabilizarea funcțiilor vitale
- Reducerea riscului imediat și planificarea tratamentului
- Gestionarea factorilor de bază și a tulburărilor psihice
- Monitorizare și supraveghere (pentru detalii vedeți compartimentul 0

Stabilizarea funcțiilor vitale — Prima prioritate pentru pacienții care au încercat să se sinucidă este stabilizarea funcțiilor vitale la un spital. Se va contacta serviciul chirurgical corespunzător pentru tratamentul traumei. Pacienții a căror tentativă a implicat ingestia de medicamente trebuie să fie supuși decontaminării și să primească antidoturi, conform indicațiilor [138]. Repartizarea copiilor sau adolescenților suicidari în serviciul de AMU sau de îngrijiri medicale depinde de riscul imediat de suicid [113]. Pacienții nu vor fi eliberați din unitatea de îngrijiri medicale până nu se vor verifica de către îngrijitorii lor evenimentele relatate [1, 22].

Nivelul de îngrijire și reducerea riscului imediat— Opțiunile pentru nivelul de îngrijire includ de obicei algoritmul [38]:
- Spitalizare

- Spitalizare parțială (program de zi)
- Program intensiv de ambulatoriu (de exemplu, trei zile/săptămână timp de trei ore/zi în comunitate)
- Ambulatoriu (în comunitate)

Caseta 18 Tratamentul ambulatoriu (în comunitate)

Pacienții la care riscul de sinucidere este crescut, dar nu este iminent (de exemplu, cei cu depresie sau abuz de alcool care își exprimă dorința de a se sinucide, dar care nu au un plan sau o intenție specifică) au nevoie de un tratament medicamentos care, în general, poate fi administrat într-un spital parțial (program de zi) sau într-un ambulatoriu.

Terapia ambulatoriu (în comunitate) este condiționat de un plan de siguranță care include următoarele [1, 13, 22, 86]

- Implicarea familiei pentru a monitoriza în mod regulat pacientul până când siguranța se stabilizează în continuare
- Restricționarea accesului la toate mijloacele letale de sinucidere, în special armele de foc și medicamentele
- Identificarea și evitarea factorilor declanșatori ai recidivei ideației suicidare și a semnelor de avertizare
- Educarea pacienților și a îngrijitorilor despre efectele dezinhibante ale alcoolului și ale altor droguri
- Specificarea strategiilor de coping și a activităților sănătoase pentru a gestiona sau distrage atenția de la gândurile suicidare
- Asigurarea supravegherii sănătății mintale în termen de 48 de ore pentru a urmări factorii acuți care au precipitat ideația suicidară
- Instruirea membrilor familiei să revină la secția de urgență în cazul în care pacienții se decompensează și să cheme poliția, dacă pacienții refuză.
- ***Vezi detalii în secțiunea C****.2.3.10 SUPRAVEGHEREA* ***și ANEXA 8.*** *PLANUL DE SIGURANȚĂ*

Factori de bază și tulburări psihice

Odată ce siguranța imediată a fost asigurată, clinicienii ar trebui să abordeze factorii de bază, inclusiv evenimentele precipitante, dificultățile în curs de viață și tulburările mintale.

Evenimentele precipitante includ moartea unei persoane dragi, pierderea unui loc de muncă, despărțirea unei căsnicii, eșecul școlar sau social, criza de identitate sexuală sau traumă. În plus, oamenii pot încerca să se sinucidă ca alternativă la circumstanțele intolerabile ale vieții, cum ar fi relațiile abuzive, stresul profesional și izolarea cronică. Este indicată trimiterea către tratament și implicarea sprijinului comunitar, religios și familial poate fi, de asemenea, utilă. Medicii de asistență medicală primară ar trebui să se asigure că pacienții primesc tratament psihiatric adecvat. Pacienții externați din îngrijirea psihiatrică staționară prezintă un risc ridicat pe termen scurt, mai ales dacă există o întrerupere a continuității îngrijirii [43].

Terapia intensivă la domiciliu

Terapia intensivă la domiciliu poate fi o opțiune pentru unii pacienți care au nevoie de stabilizare a crizei [22, 97].

Consultarea unui psihiatru

Dacă se suspectează o tulburare psihiatrică la pacienții care au manifestat comportament suicidar, in special depresie, se recomandă consultarea unui psihiatru. Acesta este și cazul dacă starea pacientului oferă motive pentru a face acest lucru: în caz de agitație, frică severă sau comportament care este perturbat de halucinații sau confuzie. Psihiatrul este apoi rugat să efectueze diagnostice și

să ofere o indicație pentru a face comportamentul gestionabil prin intermediul intervențiilor imediat necesare, cum ar fi medicația și/sau aranjarea internării involuntare [20, 46, 51, 63, 72].

C.2.3.8.1. TRATAMENTUL NEMEDICAMENTOS

Plan de siguranță

În cazul comportamentului suicidar și al comportamentului repetat de autovătămare, se pot utiliza identificarea timpurie și intervenția timpurie. Experiența a arătat că comportamentul suicidar și autodistructiv nu apare de obicei de la un moment la altul, ci că o acumulare treptată este recunoscută. Uneori se cunosc momente și situații de risc specifice în care apare comportamentul. Timpul de la momentul în care primele semne de dereglare sunt vizibile până la momentul escaladării în care comportamentul suicidar are loc în forță oferă oportunități pentru intervenții preventive. Răspunzând rapid și adecvat la primele semne de dereglare, poate preveni daune grave. Pentru pacienții cu vulnerabilitate pe termen lung la comportamentul suicidar, lucrul cu planuri de identificare pare a fi un plus important. Harta de răspuns la criză face parte din planul de identificare și poate fi utilizată în situațiile în care sunt necesare acțiuni urgente pentru a preveni daunele. Scopul planurilor de identificare și al hărților de răspuns la criză este de a oferi pacientului o perspectivă asupra procesului de creștere a stresului și deznădejdii și de a învăța să devină independent în a face față crizelor (sinucigașe). În cazul unui comportament suicidar recurent în mod regulat, se recomandă elaborarea unui plan de identificare și/sau a unei hărți de răspuns la criză pentru a face față comportamentului suicidar viitor. Conținutul și efectul unui plan de identificare sau al hărții de răspuns la criză ar trebui evaluate în mod regulat și după fiecare criză suicidară [72]. Vezi modelul planului de siguranță în Anexa 7.

Psihoterapie

Psihoterapia joacă un rol central în managementul comportamentului suicidar în practica clinică. Deși puține studii riguroase au examinat în mod direct dacă aceste intervenții reduc morbiditatea sau mortalitatea prin sinucidere în sine, consensul clinic sugerează că intervențiile psihosociale și abordările psihoterapeutice specifice sunt benefice pentru pacientul sinucigaș. Mai mult, în ultimii ani, studiile de psihoterapie au demonstrat eficacitatea acesteia în tratarea tulburărilor precum depresia și tulburarea de personalitate limită care sunt asociate cu risc crescut de sinucidere. De exemplu, terapia cognitiv comportamentală, terapia psihodinamică și psihoterapia interpersonală s-au dovedit eficiente în studiile clinice pentru tratamentul acestor tulburări. Un mic studiu randomizat, controlat, de tratament parțial în spital orientat psihanalitic pentru persoanele cu tulburare de personalitate limită a arătat un efect benefic asupra încercărilor de sinucidere și a comportamentelor de auto-vătămare în timpul tratamentului și al urmăririi. Aceste observații, precum și experiența clinică oferă sprijin utilizării unor astfel de abordări psihoterapeutice în tratamentul ideilor și comportamentelor suicidare. Câteva alte intervenții specifice și nespecifice au fost evaluate în studii mici, responsabile din punct de vedere metodologic, randomizate, controlate, care au implicat indivizi cu idee sau tentative suicidare, precum și alte forme de autovătămare deliberată. Terapia comportamentală dialectică a fost studiată pentru efectele la o gamă restrânsă de pacienți potențial sinucigași, în special femeile care se suicidează cronic sau care se autovătăm cu tulburări de personalitate. Prin țintirea deficitelor în abilități specifice, cum ar fi reglarea emoțională, controlul impulsurilor, managementul furiei și asertivitatea interpersonală, terapia comportamentală dialectică poate fi eficientă în reducerea tentativelor de sinucidere atunci când este aplicată pe perioade mai lungi de timp, în special pentru pacienții cu tulburări de personalitate. Există, de asemenea, unele dovezi preliminare că psihoterapia cognitivă și comportamentală poate reduce incidența tentativelor de sinucidere la pacienții ambulatori cu depresie. Cu toate acestea, alte forme de terapie cognitiv comportamentală care includ o componentă de rezolvare a problemelor au arătat rezultate mixte, sugerând necesitatea unui studiu suplimentar. Alte intervenții nespecifice au fost studiate în eșantioane relativ mici și au arătat în mod similar rezultate mixte. Cele mai multe dintre aceste studii sunt limitate în dimensiunea și domeniul de aplicare al populației de pacienți și

oferă doar un sprijin limitat pentru un efect asupra comportamentelor suicidare [14, 15, 26, 39, 41, 44, 59, 73, 90, 95, 103, 110, 114, 114, 118, 120, 125]. (APA, 2010)

C.2.3.8.2. TRATAMENTUL MEDICAMENTOS

Caseta 19 Farmacoterapia

Întrucât prezența unei tulburări mintale poate fi un factor important de risc pentru tentativele de suicid și pentru sinucideri, tratamentul adecvat și bazat pe dovezi al tulburării de bază este o necesitate urgentă. Tulburările de dispoziție sunt cele mai frecvente tulburări mintale în rândul persoanelor care s-au sinucis [124].

Administrarea emergentă de antidepresive nu are niciun rol în managementul acut al adultului, adolescentului sau copilului suicidar [138].

Pacienții cu depresie majoră acută care manifestă idee sau comportament suicidar sunt, în general, tratați cu antidepresive; dovezi de calitate scăzută sugerează că antidepresivele pot reduce probabilitatea de sinucidere [49, 78, 92].

Totodată, mulți pacienți pediatrici spitalizați pentru idei sau comportament suicidar sunt tratați cu farmacoterapie pentru o tulburare psihiatrică de bază. De exemplu, inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei sunt deseori utilizați pentru depresia majoră unipolară, în baza eficacității și tolerabilității. Toate medicamentele prescrise pentru copilul suicidar trebuie monitorizate și orice schimbări de comportament sau efecte secundare trebuie raportate imediat [1]. Deși există unele îngrijorări cu privire la faptul că antidepresivele pot mări riscul de suicidalitate la pacienții pediatrici, acesta rămâne un domeniu de controverse semnificative, iar majoritatea specialiștilor în sănătate mintală au ajuns la consensul că beneficiile terapiei antidepresive depășesc riscurile [138].

Caseta 20 Efectul antidepresivelor asupra riscului de suicid la adulți

Anti depresivele sunt eficiente pentru tratarea pacienților cu depresie, în special a pacienților grav bolnavi, care pot prezenta un risc mai mare de suicide [35, 127]. Totodată, în Statele Unite toate antidepresivele sunt însoțite de un avertisment despre faptul că acestea sunt asociate cu un risc sporit de suicidalitate la adulții cu vârsta cuprinsă între 18 și 24 de ani la începutul tratamentului (în general, în primele una-două luni) [4]. Suicidalitatea include ideație suicidară, acțiuni de pregătire a unei tentative, tentativă sau auto-vătămare non-fatală ori deces. Avertismentul se aplică de-asemenea copiilor și adolescenților.

Luân d în considerație istoria administrării preparatelor antidepresive, în 2007, FDA a emis un avertisment cu privire la medicamentele antidepresive și la suicidalitate, incluzând adulții cu vârste cuprinse între 18 și 24 de ani și toate medicamentele antidepresive. Avertismentul emis în 2007 nu oferea recomandări împotriva prescrierii antidepresivelor pentru indicațiile aprobate, inclusiv tulburările depresive și de anxietate. sublinia că:

- Pacienții cu vârsta cuprinsă între 18 și 24 de ani trebuie să fie informați cu privire la riscul apariției suicidalității în timpul tratamentului antidepresiv inițial (în general, în primele două luni).
- Clinicienii trebuie să monitorizeze atent pacienții la începutul tratamentului antidepresiv.
- Depresia și alte tulburări psihiatrice grave sunt ele însele asociate cu un risc sporit de suicidalitate.

Deși riscul de suicidalitate pe care îl prezintă antidepresivele rămâne în discuție, nu există nicio îndoială cu privire la riscul de suicidalitate la pacienții cu depresie netratată . De exemplu, un studiu observațional efectuat pe 186 de pacienți cu depresie urmăriți până la 38 de ani a constatat că 14% dintre ei s-au sinucis, rată care depășea de 27 de ori rata printre populația generală; tratamentul cu un antidepresiv a fost asociat cu o rată mai joasă a mortalității prin suicid [3, 34].

Nu există dovezi că contactele mai frecvente între clinicieni și pacienții cu depresie reduc riscul de tentative de suicid sau de moarte prin sinucidere. Totodată, există dovezi că la pacienții care

primesc îngrijiri de follow-up apar mai puține simptome de depresie, în comparație cu pacienții care nu beneficiază de asemenea îngrijiri [40]. Recomandările și avertismentele cu privire la necesitatea unei monitorizări mai frecvente nu par să fi mărit rata joasă de îngrijiri de follow up acordate în timpul tratamentului antidepresiv [68].

Caseta 21 Diferențele dintre clasele de antidepresive

Preocupări legate de antidepresive și suicidalitate au apărut mai întâi cu referire la ISRS Fluoxetinum [111], iar avertismentul FDA cu privire la antidepresive și suicidalitate s-a axat inițial pe ISRS și Bupropionum*, Mirtazapinum, Nefazodonum* și Venlafaxinum [130]. În prezent, avertismentul se extinde asupra tuturor antidepresivelor. Deși unele studii observaționale sugerează că anumite antidepresive sunt asociate cu rate mai mari de decese și tentative de sinucidere [30, 131], majoritatea studiilor clinice randomizate și studiilor observaționale sugerează că nu există nici o diferență în ceea ce privește riscul de suicidalitate între diferite clase de antidepresive, inclusiv ISRS, inhibitorii recaptării serotoninei-norepinefrinei (SNRI), antidepresivele triciclice, inhibitorii monoaminooxidazei (IMAO) și alți antidepresivi (Bupropionum*, Mirtazapinum și Nefazodonum*) [11, 55]:

- O meta-analiză a studiilor clinice randomizate a constatat că riscul de auto-vătămare non-fatală era comparabil pentru ISRS și antidepresivele triciclice [33].
- Studii observaționale multiple din diferite țări au constatat că diferite clase de antidepresive sunt asociate cu un risc comparabil de tentative de suicid și decese prin suicid [96]. Un studiu observațional care a utilizat date din registrele medicale electronice a constatat că riscul de auto-vătămare este mai mare la pacienții care încep tratamentul cu Mirtazapinum, Trazodonum sau Venlafaxinum, comparativ cu pacienții care încep tratamentul cu Citalopramum* [30]. Pe de altă parte, un alt studiu bazat pe registre, care a folosit scorul de predispunere pentru a contabiliza potențialii factori de confuzie observați, a constatat că auto-vătămarea a fost comparabilă între medicamentele individuale, precum și între clasele de medicamente [117].

Caseta 22 Lithium*

Lithium* are efecte anti-suicidare și anti-agresive bine dovedite. Este un medicament important care permite un tratament rațional, sigur (dacă este monitorizat corect) și economic al pacienților cu tulburări afective. Tratamentul pe termen lung cu Lithium* reduce ratele de mortalitate sporite de 2 - 3 ori printre pacienții netratați cu tulburări afective severe până la nivelul populației generale. Acest lucru se datorează în special riscului redus de suicid. Se consideră că efectele anti-suicid ale Lithium* ar putea fi legate de efectele sale anti-agresive (Müller-Oerlinghausen, 2010). În prezent, Lithium* nu este disponibil în Moldova, dar există speranță că situația se va schimba în viitorul apropiat [70].

O meta-analiză a studiilor clinice a concluzionat că, **Lithium* a redus cu 80%** riscul tentativelor de sinucidere, cât și numărul total de suicide finalizate cu deces (consumate) la pacienții cu tulburare afectivă bipolară [24] și, studii, care au analizat mari baze de date au arătat că, pacienții tratați cu Lithium* sunt mai puțin susceptibili de a se sinucide în comparație cu pacienții tratați cu alte medicamente care stabilizează starea de dispoziție afectivă [45].

La pacienții cu depresie unipolară, Lithium* pare să protejeze și împotriva sinuciderii, deși mecanismul acestui efect protector este necunoscut [24].

Un studiu mare, realizat în SUA, bazat pe dosarele de prescripție, a constatat că, 50% dintre cei cărora li s-a prescris Lithium* au luat aproape sistematic dozele de medicament prescrise, 25% - a luat între 50% și 80% din doza prescrisă, iar restul 25%, a luat mai puțin de 50% din doza prescrisă; în plus, 1/3 (o treime) dintre pacienți au luat Lithium* pentru mai puțin de 6 luni în total [94]. Un audit amplu a constatat că, 1 (unul) din 10 (zece) pacienți cărora li s-a prescris un tratament pe termen lung cu Lithium* avea un nivel plasmatic sub intervalul terapeutic [83]. Este clar că, aderența suboptimă la terapie, limitează eficacitatea Lithium* în practica clinică. Un alt studiu, ce a analizat o bază de date semnificativă, a sugerat că, măsura în care a fost administrat Lithium* a corelat direct proporțional cu riscul de sinucidere (mai multe prescripții = rată mai mică de

sinucidere) [53].

Caseta 23 Alte medicamente utile în gestionarea medicamentoasă a comportamentului suicidar

Există dovezi clinice că tratamentul agresiv al panicii, anxietății și agitației cu benzodiazepine poate reduce riscul de suicid. Într-o situație de urgență, îngrijorarea pentru dependența de benzodiazepină ar trebui considerată ca fiind mai puțin importantă, decât riscul de sinucidere. Neurolepticele atipice, cum ar fi Olanzapinum și Quetiapinum, au efecte anxiolitice și anti-agitante la unii pacienți și pot fi utile la tratarea pacienților suicidari. S-a demonstrat că Clozapinum a redus semnificativ comportamentul suicidar la pacienții cu tulburări schizofrenice și schizoafective [70].

În general, terapiile somatice, cum ar fi antidepresivele, antipsihoticele sau agenții de stabilizare a dispoziției, vor fi direcționate către tulburări psihiatrice specifice axei I și/sau axei II. Cu toate acestea, utilizarea timpurie a medicamentelor suplimentare, inclusiv sedative-anxiolitice sau doze mici de antipsihotice de a doua generație, poate fi, de asemenea, utilă pentru a aborda rapid agitația, anxietatea și insomnia, care sunt factori de risc suplimentari pentru sinucidere [20, 46, 63, 72].

Ar trebui luată în considerare tratarea pacienților cu comportament suicidar și depresie moderată până la severă cu antidepresive. Se recomanda prescrierea medicamentelor antidepresive pe perioade scurte si in cantitati mici pe baza de reteta. Este important să vedeți pacienții cu depresie suicidară din nou și din nou, la intervale scurte. Trebuie luată în considerare alegerea antidepresivelor non-triciclice și a inhibitorilor non-MAO pentru tratamentul medicamentos al comportamentului suicidar la pacienții depresivi, din cauza toxicității cu supradozaj. În special în cazul pacienților care se suicidează, a căror dispoziție pare să răspundă bine la antidepresive, se recomandă să se stabilească dacă și comportamentul suicidar este în scădere. La începutul tratamentului cu antidepresive, este important să fiți vigilenți la posibilitatea de creștere bruscă a comportamentului suicidar. În Țările de Jos, medicul de familie este cel care începe adesea antidepresive. Acest lucru va diferi în funcție de țară și există semnale că psihiatru ar trebui să fie primul care începe să administreze antidepresive. În orice caz, medicul de familie ar trebui să vadă adesea pacientul (la fiecare câteva zile) după începerea tratamentului cu antidepresiv pentru a verifica orice înrăutățire a dispoziției sau creșterea agitației sau a comportamentului suicidar [20, 46, 51, 72].

Pacienții sinucigași care sunt, de asemenea, agitați, anxioși sau care suferă de insomnie ar putea fi luați în considerare cu anxiolitice sau antipsihotice. Ar putea fi luată în considerare utilizarea TEC la pacienții cu depresie în comportament suicidar acut sever. Se recomandă să fii vigilent pentru o recădere a comportamentului suicidar la pacienții care sunt tratați în mod adecvat cu antidepresive, chiar și după încetarea internării sau tranziția de la tratamentul internat la cel ambulatoriu [72].

Ar putea fi luată în considerare tratamentul pacienților cu tulburări psihotice și comportament suicidar cu Clozapină [72].

Ar putea fi luată în considerare tratarea pacienților cu tulburări bipolare și comportament suicidar cu Lithium* și informarea pacienților despre apariția sau reapariția comportamentului suicidar și urmărirea îndeaproape a acestora dacă tratamentul este întrerupt [20, 46, 51, 63, 72].

În ceea ce privește adolescenții, literatura de specialitate este mai puțin clară cu privire la orice efect preventiv al medicamentelor asupra stării de spirit depresive și asupra gândurilor suicidare. Prin urmare, consensul este să abonați antidepresive doar atunci când nu există altă opțiune și să includeți întotdeauna un psihiatru pentru copii și adolescenți. (Cipriani et al., 2016)

Nu orice suicid este datorat patologiilor de sănătate mintală. Schizofrenia, tulburarea afectivă bipolară, depresia, tulburarea de personalitate emoțional instabilă (borderline), dependența de substanțe psihoactive ar fi tulburările mintale mai frecvent asociate cu comportamentul autolitic [57].
Abordarea farmacologică a unor tulburări mintale asociate cu suicidul [57]:

- Clozapinum și-a demonstrate eficiența în reducerea riscului suicidar la pacienții cu Tulburări din spectrul schizofreniei (schizotipală, schizoafectivă, etc.).
- În tulburarea afectivă bipolară pot fi eficienți: derivații sărurilor de Lithium*, Valproații.
- Antidepresivele, Ketaminum, Midazolamum – pot fi utile la pacienții cu Depresie.
- În caz de Depresii refractare la tratament poate fi eficientă TEC (Terapia electroconvulsivantă).

Clozapinum, un medicament relativ toxic, poate reduce mortalitatea generală în schizofrenie, în mare parte datorită unei reduceri a ratei de sinucidere [71, 122].

C.2.3.9. EVOLUŢIA

- Psihologic, intențiile suicidare evoluează de la pesimism, anxietate, nesiguranță, tendință la disperare, ideea imposibilității soluționării situațiilor (“eșecurilor”) spre idea suicidară, apoi comportamentul suicidar non-fatal și, în cele din urmă, comportamentul suicidar fatal [28].
- Se presupune că, fiecare tentativă următoare de suicid poate fi una mai reușită decât precedenta [37].
- Studiile longitudinale efectuate pe subiecții, care au comis o primă tentativă de suicid au arătat că, 20% dintre aceștia repetă tentativa, iar 1-2% comit un suicid consumat; din cei care manifestă comportament autoagresiv repetitiv, 10-20% comit și ei în final suicidul [37].
- Riscul de suicid repetat după o tentativă de autovătămare pe parcursul următoarelor 12 luni este de 37 ori mai mare decât în populația generală și, aproximativ 60% au comis suicidul în prima lună după externare din spital [57, 77].
- Persoanele cu comportament suicidar cronic au adesea și uneori aproape neîncetat gânduri suicidare. Acest lucru poate fi o întâmplare zilnică de ani de zile. Încercările de sinucidere de orice fel apar în mod regulat. Comportamentul suicidar cronic se găsește în toate tulburările psihiatrice majore, în special la pacienții cu o tulburare de personalitate (cluster B sau C) și în cadrul acestui grup în special la pacienții cu o tulburare de personalitate limită. În cazul comportamentului suicidar cronic, se recomandă insistent să fii reticent în a lua măsuri de protecție imediată. Este important să se caute sursa și persistența distresului psihologic într-un angajament pe termen lung cu pacientul [20, 46, 63, 72].
- Comportamentul suicidar poate apărea în orice moment al vieții, dar este rar întâlnit la copiii cu vârsta sub 5 ani. La copiii prepubertali, comportamentul va consta adesea într-un comportament (de exemplu, așezarea pe un pervaz) pe care un părinte l-a interzis din cauza risc de accident. Aproximativ 25%-30% dintre persoanele care încearcă să se sinucidă vor continua să facă mai multe încercări. Există o variabilitate semnificativă în ceea ce privește frecvența, metoda și letalitatea încercărilor. Cu toate acestea, acest lucru nu este diferit de ceea ce se observă în alte boli, cum ar fi tulburarea depresivă majoră, în care frecvența episodului, subtipul de episod și afectarea pentru un anumit episod pot varia semnificativ [2].

Schizofrenia, tulburările din spectrul schizofreniei, primul episod de psihoză și suicidul

- Tulburările de sănătate mintală din spectrul schizofreniei, precum și episoadele de psihoză pot fi asociate cu risc suicidar. Debutul schizofreniei, care poate să fie acut sau insidios, este precedat, în general, de simptome de anxietate, perplexitate, teroare sau depresie.

Simptomele prodromale (mai frecvent de nivel subclinic, nevrotic) pot să predomine în tabloul clinic timp de luni în șir, până a fi prezente simptomele psihopatologice (delir, halucinații), care orientează medicul spre diagnosticul de schizofrenie ori Prim Episod Psihotic. Debutul maladiei, mai frecvent are loc la vârsta de 15-25 ani pentru bărbați și - 25-30 ani pentru femei. Femeile prezintă o a doua perioadă critică către vârsta de 40 ani. La persoanele predispuse, episoadele de boală pot fi declanșate de evenimente precipitante (de ex., traume emoționale, consum de droguri, separare). Vulnerabilitatea la stres durează întreaga viață. În faza reziduală pot să apară episoade de depresie post–psihotică.

- Riscul de recădere este de aproximativ 40% în următorii **2** (doi) **ani** după remiterea simptomelor psihopatologice ale primului episod psihotic pe fondalul tratamentului de întreținere și, respectiv, 80% în următorii **2** (doi) **ani**, în cazul în care, pacientul nu urmează tratament de întreținere. O proporție de 50% dintre bolnavi comit tentative suicidare, 10% dintre ele finisându-se cu deces (suicid consumat) [21].
- Violența poate fi unul dintre simptomele prezente la pacientul psihotic, în special la cel ce nu administrează tratament antipsihotic de menținere. Violența poate fi cauzată de delir, halucinații, deficitele cognitive, etc. Există risc crescut de moarte subită, diverse maladii somatice, neurologice, endocrine, etc. concomitente, iar calitatea vieții bolnavilor este, în general, una redusă.
- Riscul de a comite tentative de suicid la pacienții cu schizofrenie non-aderenți la tratament, crește de **4** (patru **ori**), în comparație cu bolnavii care urmează sistematic tratamentul antipsihotic de menținere în doze adecvate cazului [58].

Tulburarea Afectivă Bipolară și suicidul

- Se estimează că **15%** dintre persoanele cu tulburare afectivă bipolară comit suicide consumate în cele din urmă [42]. Tulburarea afectivă bipolară cu ciclare rapidă, implică morbiditate depresivă considerabilă și risc crescut de sinucidere [29].
- O meta-analiză a studiilor clinice a concluzionat că, **Lithium* a redus cu 80%** riscul tentativelor de sinucidere, cât și numărul total de suicide finalizate cu deces (consumate) la pacienții cu tulburare afectivă bipolară [24] și, studii, care au analizat mari baze de date au arătat că, pacienții tratați cu Lithium* sunt mai puțin susceptibili de a se sinucide complet în comparație cu pacienții tratați cu alte medicamente care stabilizează starea de dispoziție afectivă [45].

Tulburările de Personalitate și suicidul

- Studiile privind epidemiologia suicidului au demonstrat că, 1/3 dintre persoanele ce comit suicid și 77% din cei cu tentative suicidare au fost diagnosticați cu o tulburare de personalitate [21]. În plus, mai frecvent manifestă comportament autolitic, pacienții cu tulburări de personalitate din **Clusterul B** (antisocial, borderline, histrionic, narcisist) – **48,9%**, urmați de cei din **Clusterul C** (evitant, dependent, obsesiv-compulsiv) – **36,4%** și, în final, cei din **Clusterul A** (paranoid, schizoid, schizotipal) – **15,2%** [21].
- Tulburarea de personalitate borderline (TPB) este frecventă în practica psihiatrică, cu o prevalență raportată de până la 20% [52]. TPB este mai frecvent decât ar fi de așteptat doar prin asocierea întâmplătoare, comorbidă cu depresia, tulburările din spectrul anxietății și tulburarea afectivă bipolară, iar riscul pe parcursul vieții de a avea cel puțin o tulburare mintală comorbidă se apropie de 100% [82]. Rata de sinucidere la pacienții cu TPB este similară cu cea observată în tulburările afective și schizofrenie [60, 76].
- Deși este clasificată ca o tulburare de personalitate, mai multe simptome ale TPB pot fi de așteptat intuitiv să răspundă la tratamentul medicamentos. Acestea includ instabilitatea afectivă, simptome psihotice tranzitorii legate de stres, comportamente **suicidare/de auto-vătămatare** și impulsivitatea [76]. Un număr mare de persoane cu TPB primesc

medicamente psihotrope [8, 82, 84], adesea în regim de polifarmacie [64, 81]. Într-adevăr, un studiu recent asupra practicii de prescriere, realizat în Marea Britanie a constatat că, la peste 90% dintre pacienții cu TPB li s-au prescris medicamente psihotrope, cel mai frecvent antidepresive sau antipsihotice, în special pentru instabilitatea afectivă [84]. Prevalența prescrierii de antipsihotice, antidepresive și stabilizatori de dispoziție la pacienții cu TPB - ca diagnostic psihiatric unic, nu diferă în mod semnificativ de cei cu TPB și, respectiv, un diagnostic comorbid de schizofrenie, depresie sau tulburare bipolară [84]. Niciun medicament nu este autorizat în mod specific pentru tratamentul TPB.

Tulburările de alimentație și suicidul

- Rata deceselor în tulburările de alimentație este de 6 - 8%, suicidul fiind una dintre cauzele principale, iar riscul suicidar la adolescentele cu anorexie este de 10 ori mai mare decât în populația generală [21].

Demența și suicidul

- Studiile demonstrează că, cei mai expuși suicidului (dintre cei diagnosticați cu demență) sunt pacienții cu Demență secundară maladiei Huntington, aceștia prezentând un risc suicidar de 3 (trei) ori mai mare, în comparație cu populația generală [21]. De menționat că, riscul de suicid se poate reduce o dată cu creșterea severității demenței [89].

Dependența de substanțe și suicidul

- Un studiu pe adolescenți realizat în Carolina de Nord a evidențiat corelația între consumul de droguri și comportamentul suicidar, menționând dificultatea de a diferenția cazurile reale de suicid de decesele prin supradoză; asocierea consumului de alcool a fost evidențiată ca un factor predispozant pentru agravarea efectelor neurotoxice ale consumului de droguri [32].
- Rata suicidului la dependenții de heroină este de 20 ori mai mare decât în populația generală, iar dependența de alcool, corelată cu parcurgerea unui episod confuzo-oniric sau perceperea și conștientizarea degradării continue în plan social și profesional, la fel ca și stările de ebrietate acută – favorizează suicidul [37].

C.2.3.10 SUPRAVEGHEREA

Supravegherea persoanelor/pacienților cu risc de suicid sau/și a celor, care au comis o tentativă de suicid este o intervenție necesară pentru reducerea letalității populației prin acțiuni autolitice. În continuare vor fi expuse un șir de intervenții, care ar permite supravegherea eficientă a persoanelor/pacienților cu risc de suicid.

În ultimii ani s-au dezvoltat abordări practice, bazate pe dovezi, care optează pentru reducerea riscului unor viitoare tentative de sinucidere. Unele dintre aceste abordări se bazează pe presupunerea că, comportamentul suicidar trebuie tratat ca o problemă separată de diagnosticul primar [106]. O revizuire sistematică a studiilor controlate randomizate [7], care examinează beneficiile terapiei cognitiv-comportamentale standard la adulți au confirmat această abordare, iar tratamentul pare a fi mai eficient atunci, când acesta vizează direct gândurile și comportamentul suicidar spre deosebire de vizarea psihopatologiei de bază sau a bolii mintale (de ex., lipsa de speranță, depresie) [65]. După o tentativă de sinucidere, angajarea și menținerea persoanelor într-un tratament suplimentar este o provocare semnificativă în gestionarea comportamentului suicidar, deoarece de multe ori, chiar dacă în cadrul ședințelor de consiliere persoanele ar fi fost de acord cu informațiile discutate, ulterior acestea dispar din vizorul specialistului. Dacă persoana nu se prezintă la întâlniri, în funcție de severitatea comportamentului suicidar, ar trebui luată o abordare activă a interacțiunii cu aceasta [54]. O modalitate interesantă de a aborda și, eventual, de a rezolva această dilemă a fost dezvoltată de Miller I. și coaut., (2017) în "The Emergency Department Safety Assessment and Follow-up Evaluation (ED-SAFE)" [66], studiu și intervenții pentru screening-ul și furnizarea planurilor de siguranță, cu apeluri telefonice de monitorizare către persoanele care au comis tentative de suicid. Persoanele care au beneficiat de intervenții individuale, au prezentat o

reducere absolută de 5% a riscului suicidar și, au avut în total cu 30% mai puține tentative de sinucidere în comparație cu participanții la tratamentul de grup [66].
Un alt studiu de cohortă mare, realizat de Stanley B. și coaut., (2018) [105] a prezentat rezultate similare. În grupul de studiu, intervențiile de planificare a siguranței au fost combinate cu monitorizarea telefonică. *Intervenția de planificare a siguranței* (IPS) a fost definită ca o intervenție de scurtă durată, în care strategiile de reducere a comportamentului suicidar (bazate pe dovezi) erau asociate cu dezvoltarea de abilități și strategii de coping (adaptare). Monitorizarea telefonică a persoanelor consta în apeluri telefonice de cel puțin **2 (două) ori** pentru a monitoriza riscul de sinucidere, (a) a revizui implementarea intervențiilor de planificare a siguranței (IPS), elaborate anterior de comun acord și, (b) a sprijini în continuare administrarea tratamentului. Persoanele din grupul de intervenție au manifestat mai puține tendințe de implicare în comportamente riscante (suicidare) și au solicitat cel puțin o vizită (în ambulatoriu) la specialistul în sănătate mintală [105].

Tabelul 5 Supraveghere în caz de tentativă / comportament suicidar.

Pasul 1: Explorarea prezentării evenimentelor de sinucidere [16, 99]	• ndiferent dacă persoana/pacientul ridică în mod spontan subiectul sinuciderii sau subiectul este dezvăluit cu sensibilitate cu tehnici precum normalizarea sau atenuarea rușinii, **dacă evenimentele suicidare** sunt active **în ultimele 2 zile**, ele sunt privite ca „evenimente prezentatoare", în sensul că pacientul le-a experimentat „în prezent". • **n funcție de severitatea ideii sau a tentativei, persoana/pacientul poate necesita spitalizare sau o intervenție suplimentară de criză**. • acă **nu a fost făcută nicio încercare în ultimele 48 de ore**, atunci intenția reflectată (amploarea dorinței de sinucidere, ideație, planificare și procurare a mijloacelor) este cea care va ajuta clinicianul să determine triajul (persoană/pacient care necesită spitalizare sau care poate fi asistat(ă) în condiții de ambulatoriu), dar și rapiditatea intervențiilor, ori supraveghere dacă se recomandă îngrijire în ambulatoriu.
Pasul 2: Explorarea evenimentelor recente de sinucidere [16, 99]	• venimentele recente par a fi arena în care, o persoană/pacient ale cărei mecanisme inconștiente de apărare pot minimiza conștientizarea intensității intenției sale reale de sinucidere, pot oferi o imagine mai precisă a intenției suicidare. În mod specific, *acțiunile întreprinse de persoană/pacient pentru a selecta o metodă de sinucidere și/sau timpul petrecut în preocupările de sinucidere pot trăda severitatea intenției reale mai bine decât declarațiile persoanei/pacientului*. • linicianul, care evaluează subiectul sinuciderii ar trebui să exploreze oricare **gânduri supărătoare din ultimele 2 luni** legate de același plan pe care persoana/pacientul l-a relatat prezentând evenimentele recente. Odată ce gândurile sau acțiunile recente cu privire la aceeași metodă/mijloace de sinucidere au fost explorate, se folosește o presupunere tacticoasă pentru a căuta o a doua metodă de sinucidere.
Pasul 3: Explorarea evenimentelor de sinucidere din trecut [16]	• are este cea mai gravă tentativă de sinucidere din trecut? • unt declanșatorii actuali și starea psihopatologică / de spirit actuală a pacientului / persoanei asemănătoare acum cu cei care au fost prezenți în momentul comiterii celei mai serioase încercări? • are este numărul aproximativ de gesturi și încercări suicidare din trecut? • ând a fost cea mai recentă încercare în afara celor 2 luni explorate în Pasul 2?

Pasul 4: Explorarea evenimentelor imediate de sinucidere [99]	• linicianul / actorul comunitar explorează orice idee, dorință și intenție de sinucidere pe care persoana/pacientul le-ar putea experimenta în timpul interviului și, de asemenea, întreabă concretizează dacă persoana/pacientul crede că, este probabil să aibă și alte gânduri de sinucidere după ce a părăsit cabinetul, unitatea de urgența sau spitalul, ori renunță să răspundă la telefon (la apelurile de criză). Evenimentele imediate includ, de asemenea, orice plan adecvat de siguranță, elaborat de comun acord cu clinicianul. Explorarea evenimentelor imediate pune accentul pe prezent și viitor.

Notă. Descrierea desfășurată a pașilor este expusă în 0

Caseta 24 Principii utile în realizarea supravegherii persoanelor cu risc de suicid [56, 62, 102]

- Persoana/pacientul și rudele sunt de acord să se implice în procesul de supraveghere;
- Măsura în care membrii familiei, rudele sunt implicate în îngrijire este în concordanță cu capacitatea și dorința persoanei/pacientului, dar și rudelor;
- Implicarea rudelor/membrilor familiei trebuie să fie în conformitate cu legile și reglementările privind secretul profesional;
- Persoana/pacientul ar trebui să aibă posibilitatea de a discuta chestiuni confidențiale doar cu medicul său de familie (în cazul unor patologii somatice grave) sau medicul psihiatru/psihoterapeut (în cazul problemelor de sănătate mintală).
- Asigurarea continuității îngrijirilor.
- Medicul de familie în conlucrare cu specialistul în sănătatea mintală, ori alți colegi (în funcție de caz) poate promova continuitatea îngrijirilor, contribuind astfel la creșterea siguranței persoanei/pacientului cu risc de suicid:
  - Să furnizeze cât mai multe informații relevante atunci, când trimite pacientul către un alt specialist;
  - Să informeze colegii medici de alte specializări despre comportamentul suicidar manifestat de către persoană/pacient;
  - Să evalueze repetat și regulat gândurile, intențiile, dorința persoanei/pacientului de a se sinucide, în special în cazul pacienților, care se recuperează după un episod de depresie;
  - Să ofere îngrijire ulterioară, intervievând în mod regulat și pro-activ (rudele, prietenii, colegii, membrii familiei, etc.) despre gândurile/intențiile suicidare ale persoanei/pacientului care a manifestat un comportament suicidar în trecut (recent).

Există opinii că, în realizarea practică a procesului de supraveghere al unei persoane/pacient cu dorință sau/și intenții suicidare, ori a unei persoane/pacient care a comis o tentativă de suicid, mai utile sunt întâlnirile, discuțiile scurte (15 - 20 min), dar frecvente (3 – 4 întâlniri pe săptămână), în comparație cu ședințele de lungă durată (45 min – 1 oră), dar rare (1 ședință pe săptămână / 1 ședință la 2 săptămâni) [5, 100].

Supravegherea persoanei tentativă / comportament suicidar e necesar de efectuat *până la momentul, în care persoana/pacientul își recăpătă speranța de viață, face planuri realiste pentru viitor, funcționează independent, iar ideile suicidare nu mai sunt actuale*. În plus, autorii actualului protocol, consideră că, în perioada de criză (de ex., persoana are un plan concret de suicid, scoruri ce corespund riscului înalt de suicid pe scalele de evaluare ori în perioada de câteva săptămâni, uneori luni de zile după comiterea tentativei de suicid ș.a.) persoana/pacientul are nevoie de susținere și supraveghere continuă 24 din 24 de ore 7 zile în săptămână.

Deși utilizarea proporțională a medicamentelor antipsihotice de a doua generație a crescut de la 13% la 64% în ultima perioadă de timp, diferența dintre speranța de viață a pacienților cu

schizofrenie și populația generală nu s-a extins între 1996 (25 de ani) și 2006 (22,5 ani). Comparativ cu utilizarea actuală a Perfenazinum*, cel mai mare risc de letalitate globală a fost înregistrat la pacienții tratați cu Quetiapinum și cel mai scăzut risc pentru Clozapinum. Expunerea cumulativă pe termen lung (7–11 ani) la orice tratament antipsihotic a fost asociată cu un indice al mortalității mai mic, în comparație cu pacienții, care au refuzat să urmeze tratament antipsihotic [112].

Un studiu randomizat, realizat pe pacienți cu **tulburare de personalitate** borderline a arătat că, pacienții din toate cele trei grupuri de tratament au prezentat schimbări pozitive semnificative ale scorurilor depresiei, anxietății, funcționării clinice globale și adaptării sociale pe parcursul unui an de tratament. Atât psihoterapia concentrată pe transfer, cât și terapia dialectic-comportamentală au fost asociate cu reducerea semnificativă a comportamentului suicidar. Doar psihoterapia concentrată pe transfer și tratamentul de susținere au fost asociate cu reducerea scorului furiei. Psihoterapia concentrată pe transfer și tratamentul de susținere au fost fiecare asociate cu reducerea impulsivității. Doar psihoterapia concentrată pe transfer a fost un predictor semnificativ pentru schimbarea iritabilității și a atacului verbal direct [27].
Comportamentul suicidar a fost semnificativ mai mic la pacienții tratați cu Clozapinum față de Olanzapinum. Mai puțini pacienți tratați cu Clozapinum și Olanzapinum, care au încercat să se sinucidă, au necesitat spitalizări sau intervenții de salvare iar, pentru a preveni sinuciderea a fost necesar tratament concomitent cu antidepresive sau anxiolitice sau somnifere. În general, puțini dintre acești pacienți cu risc ridicat s-au sinucis în timpul studiului (5 pacienți tratați cu Olanzapinum față de 3 pacienți tratați cu Clozapinum; P = 0,73) [112].
Cât ține de tratamentul de menținere în cazul **tulburărilor afective**, inclusiv în **tulburarea afectivă bipolară**, sursele de literatură menționează că, riscurile pentru toate actele suicidare/100 persoană-ani au fost în medie de 3,10 fără Lithium* față de 0,210 în timpul tratamentului cu Lithium* (diferență de 93%) față de aproximativ 0,315 pentru populația generală. Pentru tentativele de suicid, ratele corespunzătoare au fost 4,65 față de 0,312 (diferență de 93%), iar pentru sinuciderile finalizate cu deces (diferență de 82%). Subiecții cu tulburări afective bipolare severe, versus diferite recurențe au prezentat beneficii similare (95% față de 91% reducerea tuturor actelor suicidare). Reducerile riscului pentru cazurile de depresie unipolară, bipolară tip II și bipolară tip I au fost de 100%, 82% și, respectiv 67%. Riscul de sinucidere fără Lithium* a avut tendința de a crește din 1970 până în 2002, fără pierderea eficacității tratamentului cu Lithium* [9].
O analiză sistemică a studiilor randomizate a demonstrat că, la pacienții care au primit Lithium* au existat mai puține decese [25].

Ghidul olandez, revizuirea a treia (2013), este concentrat pe ceea ce, conform standardelor actuale, ar constitui cele mai bune practici de îngrijire pentru pacienții cu depresie, care au comis acțiuni autolitice [104].
Vezi 0 (Mesajele cheie privind supravegherea și prevenția comportamenului suicidar [87])

Pacienții care răspund la tratamentul în curs sau care sunt în remisie cu tratament de continuare sau de întreținere trebuie evaluați pentru riscul de sinucidere atunci când există dovezi ale unei schimbări clinice bruște, o recidivă sau recurență sau un eveniment advers major de viață. În acest context, noua apariție a suicidalității ar trebui să fie răspunsă printr-o modificare a planului de tratament. Natura acestei modificări depinde de situația clinică și poate include o schimbare a sediului de tratament sau a nivelului de observație, vizite crescute, o schimbare a medicamentelor sau a abordării psihoterapeutice, includerea unei alte persoane semnificative și consultarea. Odată cu schimbări în starea clinică sau pe măsură ce noi informații devin disponibile, psihiatrul trebuie, de asemenea, să fie pregătit să reevalueze diagnosticul psihiatric al pacientului și să evalueze natura și puterea alianței terapeutice. (APA, 2010)

Oferirea unui tratament optim pentru pacienții cu comportamente suicidare implică frecvent o echipă de tratament multidisciplinară care include mai mulți profesioniști în domeniul sănătății mintale. Deși coordonarea continuă a planului general de tratament este, în general, mai ușor de implementat în mediile de spitalizare sau parțial, spre deosebire de mediile ambulatorie mai puțin integrate, strategiile utile pentru coordonare în orice cadru de tratament includ definiții clare ale rolurilor, comunicare regulată între membrii echipei și planificare în avans pentru managementul crizelor. De asemenea, este util să se clarifice cu pacientul că o serie de indivizi vor fi implicați în îngrijirea sa și să se sublinieze rolurile specifice ale fiecăruia. În acest sens, este important ca pacienții să înțeleagă că membrii echipei de tratament asistă psihiatrul în multe privințe și pot furniza informații clinice care vor influența deciziile privind nivelul de precauție, pregătirea pentru externare, medicamente și alte aspecte ale planificării tratamentului. Mulți pacienți au boli medicale în curs de desfășurare pentru care primesc îngrijiri de la unul sau mai mulți medici. În special pentru persoanele ale căror tulburări medicale sau tratamente interacționează cu simptomele sau tratamentele lor psihiatrice, este util să comunici cu medicul primar al pacientului, precum și cu orice specialiști care sunt implicați activ în îngrijirea pacientului. În mediile de spitalizare, echipa de tratament este în general formată dintr-un psihiatru, asistente medicale, asistenți sociali, psihologi și alți lucrători în domeniul sănătății mintale, psihiatrul acționând ca lider al echipei. În această calitate, cu contribuția celorlalți membri ai echipei de tratament, psihiatrul va lua deciziile critice cu privire la îngrijirea pacientului. Astfel de decizii includ, dar nu se limitează la, diagnosticul pacientului, medicamente specifice, nivelul de precauție, permisiuni, externare și planul de tratament de urmărire. Având în vedere rolurile cheie și observațiile altor membri ai echipei de tratament în astfel de decizii, psihiatrul ar trebui să încurajeze comunicarea deschisă între membrii personalului cu privire la caracteristicile istorice și clinice ale pacientului. Într-un cadru ambulatoriu, pot exista și alți profesioniști implicați în îngrijirea pacientului. În unele cazuri, pacientul poate fi îndrumat către persoane cu experiență în tratamente specifice simptomelor (de exemplu, terapia cognitiv-comportamentală pentru deznădejde sau terapia comportamentală dialectică pentru comportamentul suicidar recurent). În alte cazuri, psihiatrul poate oferi în primul rând managementul psihofarmacologic, cu un alt psihiatru sau alt profesionist în domeniul sănătății mintale conducând psihoterapie. În timpul vizitelor cu pacientul, este important ca psihiatru să revizuiască răspunsul pacientului la toate aspectele tratamentului. În plus, este util ca psihiatru să comunice cu terapeutul și să stabilească linii directoare sau așteptări cu privire la când și în ce condiții ar trebui contactați terapeutul și psihiatrul în cazul unei schimbări clinice semnificative a pacientului. În plus, dacă psihiatrul are responsabilități directe de supraveghere pentru terapeut, nivelul de comunicare ar trebui să fie crescut și poate include o revizuire a diagramei. (APA, 2010)

Complianța.
Una dintre problemele care apar în îngrijirea pacienților cu comportament suicidar este aderența scăzută la tratament, în special în cazurile pacienților care au încercat să se sinucidă. Se constată adesea că pacienții nu intră în tratament sau renunță la tratament în timpul tratamentului. (Cercetările arată că patruzeci la sută nu primesc îngrijire). Este important să știm ce intervenții pot promova aderența. Se recomandă insistent să aranjați îngrijiri imediate de urmărire după o tentativă de sinucidere și să aplicați strategii care pot crește aderența, cum ar fi urmărirea telefonică sau o vizită la domiciliu [18, 72, 119, 120, 123]. (APA, 2010)

C.2.3.11. REABILITAREA

La bolnavii cu schizofrenie va fi efectuată începând cu etapele precoce de dezvoltare ale maladiei și procesul de recuperare va continua în etapele ulterioare ale maladiei.

Caseta 25 Prima etapă de recuperare psiho-socială

- Vizează prevenirea formării defectului psihic, a fenomenului de instituționalizare, care adeseori accelerează izolarea socială și conduc la invalidizarea pacientului.

- Are loc în condiții de staționar și CCSM, concomitent cu metodele de terapie biologică.
- Presupune diferite tipuri de activități psihosociale (socioterapie, psihoterapie individuală și în grup, ergoterapie, stimularea activității sociale, aptitudinilor habituale).

Caseta 26 Etapa a doua de recuperare psiho-socială

- Vizează adaptarea persoanei la condițiile vieții în societate, la activitățile ocupaționale și profesionale în comunitate.
- La această etapă terapia biologică continuă.
- Sunt binevenite diverse modalități de implicare psiho-socială pentru a stimula activitatea socială a pacientului. Se va asigura suportul psiho-emoțional (grupul de susținere); se va încuraja autoafirmarea bolnavului (intervenții organizatorice, metodice).
- Se pune accent pe angajarea persoanelor în câmpul muncii.

Caseta 27 Etapa a treia de recuperare psihosocială

- Se promovează în comunitate.
- Predomină diferite tipuri de activități psiho-sociale care în această etapă au un rol decisiv la nivelul reinserției microsociale și presupun lucrul cu mediul ambiental apropiat pacientului (membrii familiei, vecini, colegi de serviciu etc.). Se va utiliza preponderent psihoinstruirea, activarea rețelei naturale de suport social, crearea unui mediu socioterapeutic artificial – cămine pentru persoanele singuratice, socialmente vulnerabile, apartamente protejate etc.; implicarea pacienților în activități de grup, de exemplu, grupuri de autosusținere, cluburi de interes ș.a.

Caseta 28 Intervențiile recomandate pentru a promova reintegrarea în comunitate

Grupurile de suport de la egal-la-egal (contacte sociale).
Reabilitarea vocațională și profesională (lucru și educație).

Caseta 29 Grupurile de suport de la egal-la-egal (contacte sociale)

Examinați posibilitatea acordării suportului de la egal-la-egal persoanelor cu psihoză sau schizofrenie pentru a-i ajuta utilizatorului de servicii să-și îmbunătățească experiența și calitatea vieții. Suportul de la egal-la-egal trebuie oferit de către un lucrător de la egal-la-egal instruit, care s-a recuperat după psihoză sau schizofrenie și este în stare stabilă. Lucrătorii de la egal-la-egal trebuie să beneficieze de suport din partea întregii echipe, precum și suport și mentorat din partea lucrătorilor de la egal-la-egal cu experiență.

Programele de suport de la egal-la-egal trebuie să includă informații și recomandări despre:

a. psihoză și schizofrenie
b. utilizarea efectivă a medicamentelor
c. identificarea și managementul simptomelor
d. accesarea serviciilor de sănătate mintală și a altor servicii de suport
e. înfruntarea stresului și a altor probleme
f. acțiunile în caz de criză
g. crearea unei rețele de suport social
h. prevenirea recidivelor și stabilirea scopurilor personale de recuperare

Caseta 30 Reabilitarea vocațională, ocupațională și profesională (lucru și educație)

Examinați posibilitatea efectuării altor activități ocupaționale sau educaționale, inclusiv instruirea pre-profesională, pentru persoanele incapabile de a lucra sau care nu-și pot găsi un loc de muncă.

- Prestați programe de susținere la angajare a persoanelor cu psihoză sau schizofrenie, care doresc să-și găsească un loc de muncă sau să revină la serviciu.
- Recomandați din prima zi incluziunea socială și angajarea în câmpul muncii, în special pentru a evita simptomele negative prelungite; dorința pacientului fiind importantă.
- Evitați căile lungi de instruire profesională, inițial ajutați persoana să se angajeze ulterior ajutați la menținerea serviciului.
- Alegeți o metodologie de reabilitare specifică și individualizată pentru fiecare beneficiar în parte.

Caseta 31 Caracteristicile Suportului individual pentru angajare (SIA) – reabilitarea vocațională

1. Scopul principal îl constituie lucrul regulat plătit sau educația sistematică.
2. Mentorul pentru SIA face parte din echipa de sănătate mintală, prin urmare, recuperarea vocațională poate fi bine aliniată la tratamentul de sănătate mintală.
3. Fiecare beneficiar care dorește să lucreze poate beneficia de ghidare prin SIA, indiferent de locul de muncă, abuz de substanțe sau alte simptome.
4. Mentorul SIA le ajută în mod eficient clienților să-și găsească un loc de muncă plătit. Nu există cursuri lungi de pregătire cu evaluări extensive, instruire sau proiecte de muncă de voluntariat.
5. Beneficiarul și mediul său (familia, angajatorii, colegii) sunt susținuți de către mentorul SIA (atât timp cât au nevoie și cât este rațional).
6. Mentorul SIA le ajută clienților să se elibereze de la un loc de muncă și să-și găsească un alt loc. Majoritatea oamenilor își găsesc un loc de muncă potrivit după câteva încercări.
7. Preferințele beneficiarului au importanță primordială. Mentorul și beneficiarul lucrează împreună pentru a găsi un loc de muncă corespunzător abilităților, intereselor și experienței beneficiarului.
8. Mentorul SIA lucrează asupra "creării locurilor de muncă"; consacră timp și atenție pentru crearea unei rețele de angajatori.

C.2.4. STĂRILE DE URGENȚĂ

La sosire în UPU/CG pacienții sunt clasificați rapid pe baza gravității afecțiunii. După efectuarea procedurii de triaj pacientul este transportat în zona clinică, unde se efectuează examenul clinic: evaluarea primară, anamneza SAMPLE, evaluarea secundară cu stabilirea diagnosticului prezumtiv și a necesității de internare, transfer al pacientului în altă instituție medicală pentru tratament definitiv.

Indiferent de problema prezentă a pacientului, evaluarea sinuciderii este o parte integrantă a evaluării psihiatrice în UPU/CG. Un număr substanțial de indivizi se prezintă în situații de urgență cu idei suicidare sau după o tentativă de sinucidere. Chiar și atunci când suicidalitatea nu face parte din prezentarea inițială, majoritatea indivizilor văzuți în medii psihiatrice de urgență au diagnostice care sunt asociate cu un risc crescut de sinucidere. În cazul unei tentative de sinucidere, diagnosticul somatic și tratamentul au prioritate. În ambele cazuri, profesionistul efectuează cercetări exploratorii asupra comportamentului suicidar și implică un expert competent. Medicul (asistent) psihiatru sau asistentul psihiatru consultant poate fi consultat oricând ca expert in timpul examinării si tratamentului pacientului in UPU. Consultarea unui expert se face întotdeauna cu fiecare pacient care a făcut o tentativă de sinucidere sau cu pacienții care au venit la UPU/CG din cauza manifestărilor suicidare [20, 46, 51, 63, 72]. (APA, 2010).

În cadrul asistenței medicale de urgență medicul (asistent) psihiatru sau asistentul psihiatru consultant va evalua următoarele:

- ✓ ce măsuri sunt necesare pentru siguranța pacientului;
- ✓ dacă este necesar un tratament somatic.
    - • Nevoia de acţiune somatică precede diagnosticul și tratamentul psihiatric.
    - • Dacă pacientul refuză tratamentul somatic necesar, trebuie făcută o evaluare dacă pacientul este competent să ia decizii pe cont propriu.
    - • Dacă pacientul este considerat incapabil de a decide asupra tratamentului somatic necesar, medicul va solicita consimțământ alternativ, dacă este posibil [46, 51, 63, 72].

Pe măsură ce evaluarea sinuciderii se desfășoară, psihiatrul trebuie să fie atent pentru simptome nerecunoscute anterior de traumă sau toxicitate care rezultă din leziuni. Ambivalența este un element cheie la indivizii care se prezintă cu suicidalitate și, în același timp, indivizii pot căuta ajutor, dar reține informații despre leziuni recente sau traume autoinduse. Astfel, pe lângă evaluarea inițială a semnelor vitale ale pacientului, psihiatrul ar trebui să investigheze orice modificări ale stării fizice a pacientului sau ale nivelului de conștiență care se pot dezvolta pe parcursul evaluării. Pentru pacienții cărora li se administrează medicamente în UPU/CG sau care au consum concomitent de alcool sau substanțe, monitorizarea în serie a semnelor vitale este importantă pentru a detecta evenimentele adverse sau semnele de sevraj de substanță. Prezentarea simultană cu intoxicație și suicidalitate este frecventă în situațiile de urgență și necesită unele modificări în procesul de evaluare. În funcție de severitatea intoxicației, poate fi necesară intervenția medicală înainte de începerea evaluării psihiatrice. De asemenea, este adesea necesar să se mențină pacientul într-un cadru sigur până când intoxicația se rezolvă și se poate face o evaluare amănunțită a sinuciderii. În acest sens, unele instituții consideră că este utilă cuantificarea nivelului de intoxicație (cu niveluri de alcool serice sau măsurători de alcool în respirație), deoarece unele persoane pot să nu prezinte simptome fizice de intoxicație în ciuda concentrațiilor substanțial crescute de alcool în sânge. În UPU/CG se efectuează monitorizarea și evaluările în serie ale persoanelor intoxicate care prezintă suicidalitate. După caz, o astfel de observație poate fi necesar să fie efectuată într-un cadru de spitalizare medical sau psihiatric mai tipic. Deși obținerea de informații colaterale este utilă pentru toți indivizii sinucigași, în situația de urgență, astfel de informații sunt deosebit de importante de obținut de la membrii familiei implicați, de la cei care locuiesc cu pacientul și de la profesioniștii care tratează pacientul în prezent. Pacienții aflați în situații de urgență pot să nu împărtășească întotdeauna toate aspectele potențial relevante ale simptomelor lor recente și istoricul psihiatric din trecut, inclusiv respectarea tratamentului. În plus, majoritatea psihiatrilor care evaluează pacienții în situații de urgență nu au avantajul de a cunoaște și de a lucra cu pacientul pe o bază longitudinală. Coroborarea istoricului este deosebit de importantă atunci când aspecte ale tabloului clinic nu corespund altor aspecte ale istoricului sau stării mentale a pacientului. Exemplele includ pacienții care neagă ideile de sinucidere și solicită externarea în timp ce au făcut o tentativă de sinucidere extrem de letală cu intenție de sinucidere clară sau cei care solicită internarea pe baza halucinațiilor de comandă în timp ce par relaxați și jovialii și fără să pară să răspundă la stimuli interni. Procesul prin care pacientul a ajuns la UPU/CG poate oferi informații utile despre cunoștințele sale despre a avea o boală sau a avea nevoie de tratament. De obicei, persoanele care sunt auto-referite au o perspectivă mai mare decât cele care sunt aduse la spital de poliție sau care ajung fără tragere de inimă cu membrii familiei. [20, 46, 51, 63, 72].

Tabelul 6 Starea psihotică acută cu comportament violent

Simptomatologia	Recomandări pentru personalul medical
Tahipnee, pumni strânși, strigăte, cântă, agitație psihomotorie, mișcări repetitive, pas de defilare, gesticulație.	• Propria intuiție poate să vă fie de ajutor în această situație! • Dacă sunteți singur, asigurați-vă că sunteți mai aproape de ușă decât de pacient! • Nu stați singur cu pacientul; dacă este nevoie chemați ajutor, (de ex., poliția)! • Încercați să vorbiți cu pacientul și să-l calmați. Nu-i faceți observații, nu încercați să-i arătați erorile pe care le comite, nu-l contraziceți. Nu-l atingeți. • Folosiți limbajul corporal pentru a-l calma (stați liniștit, cu palmele desfăcute, ascultați-l atent)! • Obțineți consimțământul pacientului pentru acordarea tratamentului. Dacă pacientul nu este de acord, poate fi administrat tratament de urgență pentru a-i salva viața sau pentru a-i ameliora starea, care se agravează sever (cu aprobarea verbală a oricărui medic)! • Folosiți forțe minime pentru contenția (imobilizarea) fizică a pacientului!

Caseta 32 Pacientul agitat, furios, perturbator și agresiv

Gestionarea pacientului agitat, furios, perturbator și agresiv, într-un mod care să respecte drepturile omului de care se bucură persoana, este sarcina cea mai dificilă! Întâlnirile deseori escaladează sau scapă de sub control, deoarece profesioniștii din domeniul sănătății nu știu ce atitudine să adopte atunci, când se confruntă cu o astfel de situație. Mulți dintre ei nu sunt instruiți suficient pentru a o depăși în mod profesionist. Rețineți, **nu există o definiție sau un concept universal acceptat al agresiuni și violenței și cauzelor care le provoacă.**

Când evaluați și gestionați un pacient agresiv într-o situație de urgență, trebuie să țineți bine cont de două principii importante:

1. Dată fiind importanța aspectelor etice și a deciziilor ce urmează a fi luate, toate intervențiile trebuie să se bazeze pe principiul „**practicii cel mai puțin restrictive** ".

2. **Cel mai sigur factor în prezicerea unui comportament agresiv și violent în viitor este existența în trecut a unui comportament agresiv și violent.** Acest aspect trebuie explorat în mod activ în toate evaluările psihiatrice.

Abordarea pas-cu-pas în evaluarea și managementul unui pacient agresiv

Caseta 33 Managementul pacientului agresiv - Prima etapă: SIGURANȚA MAI ÎNTÂI DE TOATE!

Înainte de a vedea pacientul agresiv, trebuie să urmați niște pași importanți. **A fi pregătiți este cel mai esențial pas!** Toți profesioniștii implicați trebuie în avans să știe ce să facă. O modalitate de a asigura acest lucru este ca fiecare instituție și organizație să elaboreze instrucțiuni corespunzătoare și să ofere suficientă instruire. Scopul general este de a garanta cel mai înalt nivel de siguranță posibil pentru toate persoanele implicate.

Dacă este posibil, înainte de a vedea pacientul agitat și agresiv, vor fi clarificate următoarele puncte:

- Adunați cât mai multe informații despre persoană și despre situația curentă. Înainte de a vedea pacientul, întrebați familia, poliția, medicul care a făcut referirea, etc. despre riscurile

potențiale.

- Pacientul suferă de o tulburare psihică? A fost anterior tratat în spital sau ambulatoriu?
- Există un istoric de idei și / sau deliruri de persecuție?
- Există un istoric de abuz de substanțe?
- Pacientul are acces la arme periculoase?
- Pacientul are antecedente de comportament agresiv și violent?
- Verificați împrejurimile sau încăperile în care medicul va vedea pacientul. Care sunt mijloacele de evadare? Dacă pacientul este vizitat într-un mediu închis, medicul trebuie să se plaseze mai aproape de ieșire, decât pacientul. Este de preferat o sală de examinare cu două ieșiri.
- Asigurați-vă că există un număr suficient de oameni în jur pentru a vă ajuta, dacă va fi necesar. Când persoanele agresive se simt depășite ca număr, de obicei se calmează. Nu mergeți niciodată singur la un pacient agresiv. Trebuie neapărat să fiți cel puțin două persoane! Mai multe este chiar mai bine!
- Decideți dacă situația cere implicarea poliției și clarificați cu ei în prealabil ce rol vor avea.

Caseta 34 Managementul pacientului agresiv - Etapa a doua: Comunicarea

- Stabiliți o relație cu pacientul, în măsura posibilă. Vorbiți direct cu pacientul, nu vorbiți cu alte persoane din jur (martori, rude, etc.).
- Majoritatea pacienților ostili și agresivi reacționează bine la tehnicile de „vorbire condescendentă" (explicate mai detaliat la etapa a cincea).
- Luați în serios viziunile și opiniile pacientului.
- Fiți empatici! Pacienții cu un comportament agresiv se simt adesea vulnerabili, amenințați și atacați.
- Fii respectuoși! Nu uitați: scopul este stabilirea unei alianțe terapeutice, care poate fi una pe termen foarte lung. Pacienții își amintesc contactul inițial, mai ales dacă lucrurile „merg prost".
- Asigurați-vă că există o concordanță între comunicarea dvs. verbală și cea non-verbală.

Caseta 35 Managementul pacientului agresiv - Etapa a treia: Un pas înapoi din punct de vedere fizic

- Mențineți o distanță care este atât sigură pentru dvs., cât și ne-amenințătoare pentru pacient. Stați la o lungime de braț.
- Încălcarea spațiului personal al unui pacient cu idei de persecuție poate fi percepută ca o confruntare sau atac și persoana se poate dezlănțui în autoapărare.
- Nu atingeți pacientul. Astfel de gesturi sunt adesea interpretate greșit.
- Nu vă uitați lung în ochii pacientului, acest lucru poate fi perceput ca confruntător.
- Vorbiți calm, rar și constant. Nu ezitați și nu manifestați nesiguranță când vorbiți.
- Acționați calm și încrezător. Mișcările trebuie să vă fie lente și gentile.
- Gândiți-vă la postura dvs. Țineți brațele lăsate, neîncrucișate și mâinile deschise. Nu puneți mâinile pe șolduri sau în buzunare. Nu dați din deget.
- Respirați calm și profund.

Caseta 36 Managementul pacientului agresiv - Etapa a patra: Un pas înapoi din punct de vedere psihic

- Dacă situația s-a încălzit deja, medicul poate fi singurul care are mintea suficient de limpede pentru a evalua situația.
- Luați-vă mult timp pentru a vă gândi! Faceți un pas înapoi din punct de vedere psihic. Evaluați și reevaluați situația. Ce a declanșat comportamentul agresiv?
- Comportamentul agresiv este legat de o tulburare psihică? Sau o boală fizică, o problemă

socială, un conflict?

- Nu săriți la concluzii! Chiar dacă pacientul are un istoric de boală mintală, comportamentul său agresiv s-ar putea să nu fie direct legat de aceasta.
- Ce poate face medicul pentru a rezolva situația? Poate medicul sau membrii personalului să-i promită pacientului că îl vor ajuta, analizând problemele care îl deranjează? Dar fiți prudență - să nu faceți promisiuni false!
- Nu judecați, nu criticați, nu manifestați iritare, frustrare, furie sau răzbunare. Nu amenințați și nu "strângeți la colț" pacienții.
- Nu vă certați și nu-i spuneți pacientul că nu are dreptate și că aveți dreptate dvs.
- Nu vă lăsați prinși într-o ceartă cu pacientul, nu vă apărați sau nu vă justificați pe sine sau comportamentul dvs.
- Dacă sunteți insultat sau abuzat verbal - ignorați.
- Gândiți anticipat! Pregătiți-vă în avans pentru insulte tipice și limbaj abuziv.
- Atâta timp cât pacientul se conformează mai mult sau mai puțin – lăsați-l să-și salveze onoarea, având ultimul cuvânt.

Caseta 37 Managementul pacientului agresiv - Etapa a cincea: Intervenții non-farmacologice / tehnici de „vorbire condescendentă"

- Prezentați-vă. Utilizați frecvent numele pacientului.
- Orientați pacientul în timp, loc și persoană.
- Vorbiți clar, spuneți cine sunteți, spuneți-i care este funcția dvs., oferiți-vă ajutorul.
- Întrebați ce se întâmplă, folosiți întrebări deschise.
- Încurajați pacientul să vorbească despre preocupările sale.
- Ascultați cu atenție. Luați atâta timp, cât este necesar.
- Parafrazați și repetați ceea ce a spus pacientul. - Te-am înțeles corect ...?
- Nu ordonați și nu fiți autoritar.
- Dacă prezența altei persoane este contraproductivă, rugați-o să plece.
- Reduceți la minimum numărul de persoane implicate, mai ales dacă sunt niște martori neimplicați.
- Dacă vă aflați într-un loc foarte public sau nesigur, sugerați să vă deplasați într-un loc mai liniștit și mai protejat.
- Invitați pacientul să se așeze. Dacă este așezat, așezați-vă și dvs.! Dacă vrea să stea în picioare, puteți rămâne așezat.
- Respectați dorințele și preocupările pacientului, drepturile omului!

Caseta 38 Managementul pacientului agresiv - Etapa a șasea: Dacă spitalizarea și/sau o intervenție farmacologică este/sunt probabile

- Spuneți care sunt consecințele diferitor modalități de acțiune.
- Subliniați că scopul oricărui tratament este de a ușura situația pentru pacient. Argumentați și explicați regulile. Fiți sinceri, exprimați posibilitatea de a greși, chiar acceptați faptul că procedura sau tratamentul ar putea fi nedrept pentru pacient.
- Oferiți opțiuni și posibilitatea de a alege, dacă este posibil, lăsați pacientul să decidă cât mai mult posibil. Fiți flexibili, negociați, gândiți strategic, evitați o luptă pentru putere, faceți compromisuri, dacă este posibil.

Rețineți: O stare agitată poate dispare pentru o perioadă scurtă de timp doar pentru a reveni rapid și poate chiar cu mai multă severitate. A fi pregătiți este cel mai important!

Lista de verificare pentru violență după Brøset (BVC) din Norvegia este o listă de verificare din 6 itemi, care poate ajuta la prezicerea unui comportament violent, iminent într-o perioadă scurtă de timp (în următoarele 24 de ore). BVC este de obicei utilizată în instituțiile psihiatrice spitalicești, dar poate fi folosită ca instrument de evaluare și în secțiile de urgență. Poate fi utilizată de toți membrii personalului care lucrează cu pacienții.

BVC cuprinde următorii șase itemi:

Confuz	Arată vizibil confuz și dezorientat. Poate să nu fie conștient de timp, loc sau persoană.
Iritabil	Se supără sau enervează ușor. Nu poate să tolereze prezența altora.
Gălăgios	Comportamentul este excesiv de „sonor" sau zgomotos. De exemplu, trântește ușile, strigă când vorbește, etc.
Amenințăfizic	Există o intenție certă de a amenința fizic o altă persoană. De exemplu, ia o poziție agresivă; trage de haină o altă persoană; ridică un braț, picior, arată din pumn sau imită o lovitură cu capul îndreptată către o altă persoană.
Amenințăverbal	O izbucnire verbală care este mai mult decât o voce ridicată și există o intenție certă de a intimida sau amenința o altă persoană. De exemplu: atacuri verbale, limbaj abuziv, poreclire, comentarii neutre din punct de vedere verbal, dar rostite într-un mod agresiv.
Atacă obiecte	Un atac îndreptat către un obiect, nu o persoană. De exemplu, aruncă neselectiv un obiect; lovește sau sparge geamuri; bate cu piciorul, lovește sau dă cu capul într-un obiect; sau strică mobilierul.
Scor = 0	Riscul de violență este redus.
Scor = de la 1 la 2	Riscul de violență este moderat. Trebuie luate măsuri preventive.
Scor peste 2 puncte	Riscul de violență este înalt. Trebuie luate măsuri preventive și trebuie elaborat un plan de management al comportamentului agresiv.

Managementul farmacologic: Folosirea medicamentelor pentru calmarea unui pacient agitat sau agresat se numește „tranchilizare rapidă".

C.2.5. COMPLICAŢIILE

Comportamentul suicidar caracterizat de o tentativă nereușită (neletală) poate duce la răni sau consecințe medicale grave. Mai mulți factori pot influența consecințele medicale ale tentativei de sinucidere, inclusiv planificarea proastă, lipsa cunoștințelor despre letalitatea metodei alese, intenționalitatea sau ambivalența scăzută sau intervenția întâmplătoare a altora după ce comportamentul a fost inițiat.

Condițiile medicale ce pot apărea ca o consecință a comportamentului suicidar pot fi (de exemplu, traumatisme și fracturi ale scheletului, instabilitate cardiopulmonară, inhalare de mase vomitive și sufocare, insuficiență hepatică ca urmare a utilizării paracetamolului, insuficiență renală, ș.a.) [31].

D. RESURSE UMANE ŞI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<table>
<tr><th colspan="2">D.1. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPECIALIZATĂ DE AMBULATOR
IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie</th></tr>
<tr><td rowspan="3">NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPECIALIZATĂ DE AMBULATOR</td><td>Personal:
• psihiatru;
• psihoterapeut;
• psiholog clinician;
• asistent social;
• ergoterapeut după caz;
• asistenta psihiatrului (la 10 mii de populație).</td></tr>
<tr><td>Dispozitive medicale:
• tonometru;
• stetofonendoscop.</td></tr>
<tr><td>Medicamente (vezi 0, 0):
• Antipsihotice;
• Antidepresive;
• Tranchilizante;
• Timostabilizatoare</td></tr>
<tr><th colspan="2">D.2. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ SPECIALIZATĂ
IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie</th></tr>
<tr><td rowspan="3">NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ SPECIALIZATĂ</td><td>Personal:
• psihiatru;
• psihoterapeut;
• psiholog clinician;
• laborant;
• asistent social;
• asistente medicale;
• consultații calificate (chirurg, terapeut, neurolog, endocrinolog ș.a.).</td></tr>
<tr><td>Dispozitive medicale
• tonometru;
• stetofonendoscop;
• electrocardiograf;
• glucometru portabil;
• laborator clinic standard pentru realizarea de: analiza generală a sângelui, analiza generală a urinei, indici biochimici serici (glicemie, lactat dehidrogenaza (LDH), transaminaze, ionograma, echilibru lacido-bazic, creatinina și ureea).</td></tr>
<tr><td>Medicamente (vezi 0, 0):
• Antipsihotice;
• Antidepresive;
• Tranchilizante;
• Timostabilizatoare</td></tr>
</table>

E. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ CONFORM SCOPURILOR PROTOCOLULUI

Nr d/o	Obiectivul protocolului	Măsurarea atingerii obiectivelor	Metoda de calculare a indicatorului		
			Formula	Numărător	Numitor
1.	Facilitarea procesului de diagnosticare a Comportamentului suicidar	1.1. Proporția pacienților suspectați cu Comportament suicidar, la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an.		Numărul de pacienți suspectați cu Comportament suicidar, la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți suspectați cu Comportament suicidar, care se află la evidența psihiatrului, pe parcursul ultimului an.
2.	Sporirea calității managementului, tratamentului și a vieții pacientului cu Comportament suicidar	2.1. Proporția pacienților cu Comportament suicidar tratați în condiții de ambulator în CCSM, conform recomandărilor din protocolul clinic național „Comportament suicidar”, pe parcursul unui an.		Numărul de pacienți cu Comportament suicidar tratați în condiții de ambulator în CCSM conform recomandărilor din protocolul clinic național „Comportament suicidar”, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți cu Comportament suicidar tratați în condiții de ambulator în CCSM, pe parcursul ultimului an.
		2.2. Proporția pacienților cu Comportament suicidar tratați în spital general conform recomandărilor din protocolul clinic național „Comportament suicidar”, pe parcursul unui an.		Numărul de pacienți cu Comportament suicidar tratați în spital general conform, recomandărilor din protocolul clinic național „Comportament suicidar”, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți tratați în spital general, cu diagnosticul de Comportament suicidar, pe parcursul ultimului an.
		2.3. Proporția pacienților cu Comportament suicidar tratați în spital de psihiatrie conform recomandărilor din protocolul clinic național „Comportament suicidar”, pe parcursul unui an.		Numărul de pacienți cu Comportament suicidar tratați în spital de psihiatrie conform, recomandărilor din protocolul clinic național „Comportament suicidar”, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți tratați în spital de psihiatrie, cu diagnosticul de Comportament suicidar, pe parcursul ultimului an.
		2.4 Proporția		Proporția pacienților	Numărul total de

Nr d/o	Obiectivul protocolului	Măsurarea atingerii obiectivelor	Metoda de calculare a indicatorului		
			Formula	Numărător	Numitor
		pacienților cu Comportament suicidar cu o remisiune completă, pe parcursul unui an.		cu Comportament suicidar cu o remisiune completă, pe parcursul unui an x 100.	pacienți supravegheați de către psihiatru, cu diagnoza de Comportament suicidar, pe parcursul ultimului an.
3.	Depistarea precoce a pacienților cu un debut insidios al Comportament suicidar.	3.1. Proporția pacienților depistați cu PEP, pe parcursul unui an.		Numărul de pacienți depistați cu PEP, pe parcursul ultimului an X 100.	Numărul total de pacienți cu SCH, pe parcursul ultimului an.
4.	Evitarea dezvoltării dizabilității și a stigmatizării bazate pe efect de „instituționalizare” la pacienții cronici.	4.1. Proporția pacienților cu comportament suicidar, care au beneficiat de reabilitare psihosocială, pe parcursul unui an.		Numărul de pacienți cu comportament suicidar, care au beneficiat de reabilitare psihosocială, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți supravegheați de către psihiatru, cu diagnosticul de Comportament suicidar, pe parcursul ultimului an.
		4.2. Proporția pacienților cu comportament suicidar, care au efectuat tentative și/sau sinucidere, pe parcursul unui an.		Numărul de pacienți cu comportament suicidar, care au efectuat tentative sinucidere și/sau suicid, pe parcursul unui an.	Numărul total de pacienți supravegheați de către psihiatru, cu diagnosticul de Comportament suicidar, pe parcursul ultimului an.

F. ASPECTE MEDICO - ORGANIZAȚIONALE PRIVIND GESTIONAREA COMPORTAMENTUL SUICIDAR ÎN CADRUL IMSP SPITALUL CLINIC DE PSIHIATRIE

Gestionarea pacienților adulți cu comportament suicidar internați în cadrul IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie presupune o abordare integrată medico-organizațională, având ca obiectiv prevenirea actului suicidar, asigurarea continuității îngrijirii, respectarea protocoalelor clinice instituționale și naționale, precum și coordonarea eficientă între specialitățile implicate în procesul curativ.

1. Identificarea și intervenția medicală inițială

- La suspiciunea sau manifestarea comportamentului suicidar, pacientul trebuie evaluat imediat, conform protocoalelor instituționale.
- În lipsa unor protocoale interne, se aplică prevederile Protocolul clinic național **PCN-448 „Comportamentul suicidar”**, aprobat prin **Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 973 din 24 octombrie 2025.**
- Examinarea inițială este realizată de medicul psihiatru, în colaborare cu echipa de gardă (psiholog, asistent medical), pentru stabilirea riscului suicidar și a stării generale.
- Se respectă procedurile instituționale și acordurile interspecialitate, pentru asigurarea continuității îngrijirii și siguranței pacientului.

2. Diagnosticul clinic și paraclinic

Diagnosticul se fundamentează pe:

- **Date clinice:** antecedente de tentative suicidare, idei suicidare active, tulburări psihice asociate (depresie, schizofrenie, tulburări de personalitate), consum de substanțe.
- **Evaluări psihologice:** aplicarea scalelor standardizate de evaluare a riscului suicidar (ex. Columbia Suicide Severity Rating Scale).
- **Date de laborator:** analize uzuale (hemoleucogramă, biochimie), pentru excluderea comorbidităților somatice sau intoxicațiilor.
- **Consult interdisciplinar:** internist, neurolog, psiholog, după caz.
- **Imagistică:** doar dacă există suspiciuni de comorbidități somatice sau traumatisme asociate.
- Rezultatele evaluărilor sunt consemnate riguros în dosarul medical, incluzând datele de contact ale aparținătorilor.

3. Administrarea tratamentului în secțiile curative

La confirmarea diagnosticului de comportament suicidar:

- **Terapie psihiatrică:** tratament farmacologic conform ghidurilor (antidepresive, antipsihotice, stabilizatori de dispoziție).
- **Intervenție psihologică:** psihoterapie de criză, consiliere individuală, terapie cognitiv-comportamentală.
- **Măsuri de siguranță:** supraveghere permanentă, eliminarea obiectelor periculoase, monitorizarea atentă a pacientului.
- Administrarea se realizează sub supravegherea unei echipe multidisciplinare (psihiatru, psiholog, asistent medical, internist).

- Monitorizarea clinică și psihologică este esențială pentru evaluarea eficacității intervențiilor și prevenirea recidivelor.

4. Considerații psiho-sociale și organizatorice

- Pacienții cu comportament suicidar necesită o abordare empatică și colaborativă între echipele medicale, cu adaptarea intervențiilor la nivelul de înțelegere și cooperare al pacientului.
- Obținerea consimțământului informat trebuie să fie complet documentată, cu implicarea aparținătorilor sau a reprezentanților legali, dacă este necesar.
- Documentația medicală trebuie să reflecte fidel toate etapele procesului curativ, incluzând deciziile interdisciplinare și măsurile organizatorice adoptate pentru asigurarea unei îngrijiri centrate pe pacient.
- Se recomandă integrarea serviciilor de suport psihologic și social, pentru a sprijini pacientul și familia în procesul de adaptare și prevenirea recidivelor.
- Este obligatorie organizarea ședințelor interdisciplinare pentru reevaluarea periodică a riscului suicidar și ajustarea planului terapeutic.

Telefoanele de contact pentru coordonarea asistenței medicale:

Funcția	**Telefon de contact**
Vicedirector medical	(022) 857-255
Șef Secția terapie (inc. transfuz. sânge)	(022) 857-462
Șef Secția diagnosticare, reabilitare medicală şi medicină fizică	(022) 857-416
Șef Serviciul bioinginerie medicală	(022)857-439
Șef Serviciul de prevenire al infecțiilor asociate asistenței medicale	(022) 857-296
Șef Laborator	(022) 857-251

Telefoanele de urgență

Secția	**Telefon de contact**
Paza	(022) 857-478
Serviciul tehnic	(022) 857-259

ANEXE

ANEXA 1. FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL

Fișa standardizată de audit pentru evaluarea implementării PCN „Comportament suicidar”		
Nr	**Domenii/parametri evaluați**	**Codificare**
1.	Denumirea IMSP auditată	denumirea oficială
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	nume, prenume, telefon de contact
3.	Ziua, luna, anul de naștere a pacientei	ZZ-LL-AAAA; necunoscut = **9**
4.	Mediul de reședință	urban = **1**; rural = **2**
5.	Genul/sexul pacientului	**0**-masculin; **1**-feminin; sau **9** = nu este specificat
6.	Adresarea primară a pacientului	asistență medicală urgentă= **1**; asistență medicală primară= **2**; centrul comunitar de sănătate mintală= **3**; asistența medicală spitalicească=**4**;
7.	Evaluarea factorilor de risc	nu=**0**; da=**1**; necunoscut =**9**
8.	Screening-ul (S.L.A.P./ SPS/ Scala modificată SPS/ C-SSRS)	nu= **0**; da=**1**; necunoscut =**9**;
9.	Examinarea pacientului	examenul clinic psihiatric=**1**; examenul somatic=**2**; examenul neurologic complet=**3**; obținerea informației din surse suplimentare(rude, prieteni)=**4**; ereditatea compromisă=**5**; abordarea multi-disciplinară=**6**; investigații paraclinice=**7**; instrumente de evaluare a altor tulburări mintale(PHQ9, TAG7, Hamilton etc.) =**8**; examenul psihologic și psihosocial=**9;**
10.	Tratamentul nemedicamentos	nu=**0**; da=**1**; necunoscut =**9**; plan de siguranță individual=2; psihoterapia=3;
11.	Tratamentul medicamentos	nu=**0**; da=**1**; necunoscut =**9**; antipsihotice=**2**; antidepresive=**3**; tranchilizante=**4**; timostabilizatoare=**5**;
12.	Externarea	timpurie=**1;**prescierea tratamentului=**2**; indicarea tratamentului de susținere=**3**; programul individual de recuperare=**4**; recomandările pentru medicul de familie=**5**; monitorizarea și intervenții după externare=**6**;
13.	Reevaluarea planului terapeutic	nu= **0**; da=**1**; necunoscut =**9**;
14.	Lista de verificare pentru violență după Brøset	nu= **0**; da=**1**; necunoscut =**9**;
15.	Managementul pacientului agresiv	nu= **0**; da=**1**; necunoscut =**9**;
16.	Supravegherea pacientului la medicul de familie	nu= **0**; da=**1**; necunoscut =**9**;
17.	Supravegherea pacientului la psihiatrul din CCSM	nu= **0**; da=**1**; necunoscut =**9**;
18.	Decesul în spital	nu= **0**; da=**1**; necunoscut =**9**;

ANEXA 2. GHIDUL PENTRU APARȚINĂTORI

Broșura pacientului. Suicidul – Când o persoană apropiată este suicidară

La ce să te aștepți când o persoană apropiată este suicidară?
Situația pacientului suicidar nu influențează doar pacientul, ci și persoanele apropiate ale acestuia. Poate fi dificil să suporți pe cineva care este suicidar. Este important să aveți grijă de voi și vă recomandăm să vorbiți despre această situație cu cineva de încredere. Dacă simțiți că aveți nevoie de ajutor, puteți contacta oricând medicul generalist pentru o programare.

Dvs. (ca persoană apropiată a pacientului) puteți avea un rol important în tratament. În timpul tratamentului, este important ca pacientul, persoanele apropiate ale acestuia și îngrijitorii să lucreze împreună. Puteți ajuta persoana apropiată, având grijă de ea, ajutând-o cu tratamentul sau împărtășind informații importante prestatorului de îngrijiri pentru diagnostic și monitorizare. Este important să rețineți că nu sunteți un îngrijitor profesionist și ar trebui să-i anunțați când v-ați atins limitele.

Dacă vă este teamă că persoana apropiată prezintă un pericol pentru sine sau pentru alții, ați putea face împreună cu el/ea și îngrijitorii un plan pentru situațiile de urgență. Cu acest plan, dvs. și persoana apropiată veți ști ce să faceți atunci când apare o criză.

La ce să vă așteptați când o persoană apropiată a încercat să se sinucidă?
Persoana apropiată tocmai a fost internată în secția de urgență din cauza unei tentative de suicid. Este normal să aveți multe întrebări despre ce urmează să se întâmple în continuare. În baza gravității tentativei, se va face un plan de tratament. Pacientul poate fi internat la spital sau la o clinică de psihiatrie, dar este, de asemenea, posibil ca pacientul să fie externat din spital.

La ce să ne așteptăm la secția de urgență?
În momentul în care un pacient ajunge la secția de urgență, va fi asigurat un mediu sigur și confortabil, cu supraveghere adecvată. Persoana de contact a pacientului va fi informată despre internarea la spital. Pacientul primește mai întâi îngrijirile medicale necesare. Odată ce pacientul este stabil fizic, va avea o conversație cu un profesionist pentru a indica riscul de suicid și pentru a stabili nevoile de tratament necesare imediat. Această conversație este despre:

- circumstanțele tentativei de suicid
- emoțiile curente ale pacientului și gândurile sau planurile suicidare
- medicația, istoricul/tratamentul psihiatric, tentativele anterioare de suicid
- prezența unei rețelei sociale/suportului
- disponibilitatea pentru un tratament suplimentar

În baza acestei conversații, se va face un plan de tratament. Profesionistul va decide dacă este posibil ca pacientul să meargă acasă sau dacă este necesar să fie internat în secția de psihiatrie a spitalului sau într-o clinică de psihiatrie.

Ce se întâmplă atunci când este posibil ca pacientul să meargă acasă?
Pacientul poate pleca acasă. Împreună cu pacientul și persoanele apropiate se examinează dacă sunt necesare sau dezirabile îngrijiri de monitorizare. Poate fi o monitorizare de către medicul generalist al pacientului sau de către un psiholog. Va fi programată o consultație de monitorizare și se va începe cu planul de siguranță, împreună cu pacientul și cu persoanele apropiate. Scopul unui plan de siguranță este de a a-l face pe pacient să înțeleagă procesul de creștere a stresului și disperării și de a-l învăța să facă față crizelor (suicidare) în mod independent.

Ce se întâmplă atunci când pacientul trebuie internat?

Dacă evaluarea psihosocială arată că riscul de recidivă a tentativei de suicid este prea mare, medicul poate propune internarea (de criză) în secția de psihiatrie a spitalului general. Internarea (de criză) are loc în consultare și cu acordul pacientului (și persoanelor apropiate ale acestuia). În acest fel, echipei medicale i se acordă timp pentru a face o estimare mai exactă și pentru a organiza îngrijirile necesare de monitorizare. Acest lucru poate înseamnă că pacientul va sta în secție și nu va fi lăsat să iasă o anumită perioadă, nici chiar, de exemplu, pentru a merge împreună la cafenea. Durata necesară a internării se stabilește în consultare cu medicul, pacientul (și cei din jurul său).

Cum să aveți grijă de voi (ca persoane apropiate pacientului)?
Dacă un pacient a încercat să se sinucidă, este normal ca cei apropiați să aibă o mulțime de emoții, cum ar fi sentimentul de tristețe, frică, rușine, speranță, furie sau vinovăție. Aceste sentimente sunt o reacție normală la un eveniment anormal ca acesta. Este important să vorbiți despre aceste sentimente cu cei din jurul vostru. Dacă totuși aceste reacții persistă (mai mult timp), este bine să solicitați ajutor profesional.

ANEXA 3. GHIDUL PENTRU PACIENT

Gânduri sau emoții de moarte: CUM SĂ TE AJUȚI [136]

Sinuciderea este atunci când îți închei viața. Ideea suicidară include exprimarea gândurilor sau a unei preocupări cu privire la încheierea propriei vieți. Există multe lucruri pe care le poți face pentru a te ajuta să te simți mai bine atunci când te lupți cu aceste emoții. Multe servicii și oameni sunt disponibili pentru a te sprijini pe tine și pe alții care se luptă cu emoții similare.

Dacă simți vreodată că te poți răni pe tine sau pe ceilalți sau ai gânduri să-ți iei propria viață, obține ajutor imediat. Pentru a obține ajutor:

- Mergi la cel mai apropiat departament de urgență.
- Apelează serviciile locale de urgență (112).
- Apelează la cel mai apropiat centru comunitar de sănătate mintală
- Pentru o listă de contacte, telefoane, a centrelor comunitare de sănătate mintală (CCSM) din RM verifică pagina www.sanatate-mintala.md si centrele de sănătate prietenoase tinerilor www.neovita.md.

CUM TE POȚI AJUTA SĂ TE SIMȚI MAI BINE

- Promite-ți că nu îți vei face nimic rău sau extrem atunci când ai sentimente de sinucidere. Amintește-ți momentele în care te-ai simțit plin de speranță.
    - Mulți oameni au trecut prin gânduri și sentimente sinucigașe, vei face față și tu.
    - Dacă ai mai avut aceste sentimente înainte, amintește-ți că le poți trece din nou.
- Spune-i familiei, prietenilor, profesorilor sau consilierilor cum te simți. Nu te îndepărta de cei cărora le pasă de tine și vor să te ajute.
    - Vorbește cu cineva în fiecare zi, chiar dacă nu ai chef să vorbești cu cineva sau să fii cu alți oameni.
    - Conversația față în față este cea mai bună pentru a-i ajuta să-ți înțeleagă sentimentele.
- Contactează un furnizor de servicii de sănătate mintală (centrul comunitar de sănătate mintală cel mai apropiat ție) și lucrează cu această persoană în mod regulat.
- Fă un plan de siguranță pe care să îl poți urma în timpul unei crize /urgențe.
    - Include numerele de telefon ale liniilor telefonice de prevenire a sinuciderii, profesioniștilor din domeniul sănătății mintale și prietenii și membrii familiei de încredere pe care îi puteți apela în timpul unei crize /urgențe.
    - Salvează aceste numere pe telefon.
- Dacă te gândești să i-ai o mulțime de medicamente, oferă medicamentele cuiva care ți-le poate administra așa cum a fost prescris de specialist.
    - Dacă i-ai antidepresive și ești îngrijorat că vei supradoza, spune-i medicului tău pentru a-ți putea oferi medicamente mai sigure.
- Încercă să respecți rutinele și să urmezi un program în fiecare zi. Fă din îngrijirea de sine o prioritate.
- Fă o listă de obiective realiste și taie-le/ bifează-le când le atingi. Realizările îți pot da un sentiment de valoare.
- Așteptă până când te simțiți mai bine înainte de a face lucruri care ți se par dificile sau neplăcute.
- Fă lucruri care ți-au plăcut întotdeauna pentru a-ți lua mintea de la emoțiile tale.
    - Încercă să citești o carte sau să asculți sau să cânți muzică.
    - Petrecerea timpului afară, în natură, te poate ajuta să te simți mai bine.

URMEAZĂ ACESTE INSTRUCȚIUNI ACASĂ

- Vizitează furnizorul de asistență medicală primară (medicul de familie) în fiecare an pentru un control de sănătate fizică și mintală.

- Ia medicamentele eliberate fără prescripție medicală și medicamente pe bază de rețetă numai conform recomandărilor furnizorului dumneavoastră de asistență medicală.
    - Întrebă medicul tău despre posibilele efecte secundare ale oricăror medicamente pe care le ei.
    - Întrebă furnizorul tău de asistență medicală dacă ideea suicidară este un posibil efect secundar al vreunuia dintre medicamentele tale.
- Află despre ideea suicidară și ce crește riscul de dezvoltare a gândurilor suicidare.
- Mănâncă o dietă bine echilibrată și mănâncă mese regulate.
- Odihnește-te din plin.
- Fă exerciții fizice dacă poți. Doar 30 de minute de exerciții în fiecare zi te pot ajuta să te simți mai bine.
- Păstrează-ți spațiul de locuit bine iluminat.
- Nu utiliza alcool sau droguri. Elimină aceste substanțe din casă.

RECOMANDĂRI GENERALE

- Izbăvește-te de arme, otrăvuri, cuțite și alte obiecte mortale din casă.
- Lucrează cu un furnizor de servicii de sănătate mintală (psiholog, psihiatru) după este necesar.
- Când te simți bine, scrie-ți sieși o scrisoare cu sfaturi și sprijin pe care să le citești atunci când nu te simți bine.
- Amintește-ți că dificultățile vieții pot fi rezolvate cu ajutor. Condițiile pot fi tratate și poți învăța comportamente și moduri de gândire care te vor ajuta.
- Lucrează cu furnizorul de servicii medicale sau consilierul tău pentru a afla modalități de a face față gândurilor și sentimentelor tale.

CONTACTEAZĂ UN FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE (MEDICUL DE FAMILIE, MEDICUL PSIHIATRU) DACĂ:

- Simți că ești o povară pentru ceilalți.
- Te simți agitat, furios, răzbunător sau ai schimbări extreme de dispoziție.
- Te-ai retras din familie și prieteni.
- Consumi frecvent droguri sau alcool.

CAUTĂ AJUTOR CHIAR ACUM DACĂ:

- Vorbești despre sinucidere sau despre dorința de a muri.
- Începi să faci planuri despre cum să te sinucizi.
- Simți că nu ai de ce să trăiești.
- Începi să faci planuri pentru a-ți pune treburile în ordine, a-ți lua rămas bun sau a-ți da bunurile.
- Te simți vinovat, simți rușine sau durere insuportabilă și se pare că nu există nicio cale de ieșire.
- Ești implicat în comportamente riscante care ar putea duce la moarte.
- Dacă ai oricare dintre aceste gânduri sau simptome, obține ajutor imediat:
    - Mergi la cel mai apropiat departament de urgență sau centru de criză.
    - Apelează serviciile de urgență (**112**).
    - Sună sau trimite un mesaj la o **linie verde** de asistență în caz de sinucidere:
        - Linia pentru adolescenți „Youth Klinic” disponibilă 24/7: **0800 800 22** (apel gratuit din orice rețea)

SUMAR

- Sinuciderea este atunci când îți iei propria viață. Sentimentele de sinucidere sunt gânduri despre sfârșitul propriei vieți.

- Promite-ți sieși că nu vei face nimic rău sau extrem atunci când ai gânduri sau sentimente de sinucidere.
- Spune familiei, prietenilor, profesorilor sau consilierilor cum te simți.
- Obține ajutor imediat dacă începi să-ți faci planuri pentru a te sinucide.

NU EȘTI SINGUR. VIAȚA TA CONTEAZĂ.

ANEXA 4. PROFILUL DE EVALUARE A LETALITĂȚII SINUCIDERII (S.L.A.P.P.)

S (Specific)	*(Cât de specific (concret) este plan preconizat? Cu cât mai concrete sunt detaliile relatate, cu atât este mai înalt gradul curent de risc)*		
	o Plan vag	o Plan viabil	o Plan detaliat
L (Letal)	*(Cât de letală este metoda propusă? Cât de repede ar putea muri persoana, dacă acest plan este implementat? Cu cât este mai înalt nivelul de letalitate, cu atât este mai mare riscul)*		
	o Letalitate redusă	o Letalitate moderată	o Letalitate înaltă
A (Disponibil)	*(Cât de disponibilă este metoda propusă? Dacă mijloacele care urmează a fi folosite sunt ușor disponibile, nivelul de risc de auto-vătămare/sinucidere sau de vătămare a altora este mai mare)*		
	o Nu sunt disponibile mijloace	o Mijloacele sunt disponibil	o Mijloacele au fost deja obținute
P (Proximitate)	*(Care este proximitatea resurselor utile (acces la servicii de urgență, dar, în special, la persoane-resursă (familie, prieteni, îngrijitori, mentori...). Dacă planul ar fi implementat, cu cât mai departe sunt resursele utile, cu atât mai mare este riscul)*		
	o Resurse multe/apropiate	o Unele resurse	o Puține resurse/Nu există resurse
P (Tentative anterioare)	*(Persoana a avut loc tentative anterioare în trecut?)*		
	o Nu au existat	o O dată/letalitate redusă	o Câteva/letalitate înaltă

Figura 4 Instrumentul SLAPP

Calcularea scorului SLAPP

Pentru fiecare casetă galbenă bifată...	*adăugați 7 puncte la scor.*
Pentru fiecare casetă oranj bifată ...	*adăugați 13 puncte la scor.*
Pentru fiecare casetă roșie bifată...	*adăugați 20 puncte la scor.*

Interpretarea scorului SLAPP [69]

Scor	**Nivel de risc**	**Acțiune necesară**
Scor între 0 și 34	**RISC SCĂZUT**	✓ Acordați suport emoțional ✓ Analizați necesitatea de consiliere ✓ Elaborați un plan de siguranță ✓ Informați despre numerele de urgență
Scor între 35 și 67	**RISC MEDIU**	✓ Este necesară intervenție: referiți pentru o evaluare în profunzime a suicidalității de către un psiholog pentru a estima riscul ✓ Revizuiți planul de siguranță și informați despre numerele de urgență ✓ Reduceți accesul la mijloace letale ✓ Dacă aveți îndoieli despre nivelul de risc, nu lăsați persoana singură
Scor între 68 și mai sus	**RISC ÎNALT**	✓ Este necesară interventie urgentă și imediată ✓ Este necesară efectuarea unei evaluări comprehensive de către un psiholog și/sau psihiatru ✓ Poate fi necesară spitalizarea ✓ Nu lăsați persoana singură în timpul unei crize

ANEXA 5. SCALA COLUMBIA DE EVALUARE A SEVERITĂȚII RISCULUI SUICIDAR VERSIUNEA DE SCREENING (THE COLUMBIA- SUICIDE SEVERITY RATING SCALE - C-SSRS)

COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE
Screen with Triage Points – Recent – Romanian [135]

	Ultimele 1 luni	
	Da	**Nu**
1) V-ați dorit vreodată să fi murit sau să vă puteți culca și să nu vă mai treziți?		
2) Ați avut vreun gând concret de a vă lua viața?		
Daca Da la 2, puneți întrebările 3,4,5 și 6, dacă Nu la 2, treceți direct la 6		
3) V-ați gândit cum ați putea să faceți acest lucru? Include persoanele ce ar spune*: „M-am gândit să iau o supradoză, dar nu mi-am făcut un plan anume despre când, unde și cum să fac efectiv acest lucru… și nu l-aș pune niciodată în aplicare”.*		
4) Ați avut aceste gânduri și ați avut și o oarecare intenție de a le pune în aplicare? o oarecare intenție de a pune în aplicare aceste gânduri, diferit de: *„Am gânduri, dar în mod sigur nu le voi pune niciodată în aplicare”.*		
5) Ați început să elaborați sau ați elaborat deja detaliile modului în care să vă luați viața? **Intenționați să puneți în aplicare acest plan?**		
6) Ați făcut vreodată ceva, ați început sau v-ați pregătit sa faceți ceva pentru a pune capăt vieții dumneavoastră? *Exemple: Ați strâns pastile, ați procurat o armă, ați dăruit obiectele de valoare, ați scris un testament sau o scrisoare de adio, ați luat medicamentele dar nu le-ați înghițit, ați luat în mână o armă, dar v-ați răzgândit sau v-a fost luată, ați urcat pe acoperiș dar nu ați sărit, ați luat o supradoză, ați încercat să vă împușcați, să vă înjunghiați, să vă spânzurați, etc.?* **Dacă DA, întrebați: S-a întâmplat asta în ultimele 3 luni?**	**Pe durata întregii vieți** **Ultimele 3 luni**	

- **Risc scăzut**
- **Risc moderat**
- **Risc înalt**

ANEXA.6 SCALA COLUMBIA DE EVALUARE A SEVERITĂȚII RISCULUI SUICIDAR (THE COLUMBIA- SUICIDE SEVERITY RATING SCALE - C-SSRS)

Scala Columbia de evaluare a severității riscului suicidar (The Columbia- Suicide Severity Rating Scale - C-SSRS; Posner et al.2008) este un instrument complex, multidimensional, destinat sa evalueze: 1) severitatea ideației suicidare pe o subscală Likert în cinci ancore, 2) intensitatea ideației suicidare cu cinci trepte de severitate, 3) comportamentul suicidar și 4) letalitatea gândurilor și planului de suicid pe o scala cu trei trepte. Autorii au dezvoltat aceasta scală de evaluare pornind de la constatarea că există o folosire inconsistentă a termenilor din acest domeniu ceea ce conduce la o lipsa de acuratețe în identificarea ideației și a comportamentului suicidar iar ideația suicidară este concepută ca un construct unidimensional care se întinde pe un continuu de la ideația pasivă la intenția activă. Astfel scala C-SSRS furnizează 1) definiții pentru ideația, comportamentul suicidar și comportamentul auto-destructiv nesuicidar, 2) cuantifică întregul spectru al ideației și comportamentului suicidar, 3) distinge comportamentul suicidar de comportamentul auto-vătămător nesuicidar și 4) folosește un format atrăgător care permite integrarea informațiilor din mai multe surse [91].

SCALA COLUMBIA DE SEVERITATE A RISCULUI SUICIDAR
- evaluarea riscului suicidar -

Instrucțiuni: Bifează toți factorii de risc și protectivi. Se recomandă să fie completată după interviul cu pacientul, după evaluarea statusului mental al pacientului și după culegerea altor date de la familie și alți informanți			
Comportament suicidar sau auto-vătămător (ultima săptămână)		**Statut clinic (recent)**	
□	Tentativa actuală de suicid	□	Lipsa de speranță
□	Tentativa întreruptă de suicid	□	Episod depresiv major
□	Tentativa întreruptă sau abortată	□	Episod afectiv mixt
□	Alte acte preparatorii pentru suicid	□	Halucinații care comandă vătămarea corporală
□	Comportament auto-vătămător fără suicid	□	Comportament impulsiv sever
Ideație suicidară		□	Abuz sau dependenta de substanțe
□	Dorința de a fi mort	□	Agitație sau anxietate severă
□	Gânduri suicidare	□	Percepție de povară pentru familie sau alții
□	Gânduri suicidare cu metoda dar fără plan sau intenție	□	Durere fizică cronică sau alte probleme medicale acute inclusiv cancer
□	Intenție de suicid (fără un plan specific)	□	Ideație homicidară
□	Intenție de suicid cu un plan specific	□	Comportament agresiv față de alții
Evenimente precipitante		□	Metoda de suicid disponibilă
□	Pierdere recentă sau evenimente negative majore	□	Refuză sau nu agreează planul de siguranță
□	Descrie:	□	Istorie de abuz sexual
		□	Istorie familială de suicid
□	Nu are adăpost sau așteaptă să fie închis	**Factori protectivi (recenți)**	
□	Izolare socială sau sentiment de singurătate	□	Identifică rațiuni pentru a trai
Istorie medicală		□	Are responsabilitate pentru familie sau alții
□	Diagnostice și tratamente anterioare psihiatrice	□	Familie sau rețea de suport socială
□	Lipsa de încredere în tratament	□	Frica de moarte, de durere sau suferință
□	Refuză tratamentul	□	Credința că suicidul este imoral, spiritualitate
□	Nu primește tratament	□	Angajament în muncă sau școală

Alți factori de risc	Alți factori protectivi
□	□
□	□
Descrie orice comportament suicidar, auto-vătămător sau agresiv:	

SCALA COLUMBIA DE SEVERITATE A RISCULUI SUICIDAR

DEFINIȚIILE IDEAȚIEI SUICIDARE	Ultima săptămână	În timpul vieții
Dorința de a muri: Subiectul prezintă dorința de a fi mort sau de a nu mai fi sau dorința de a adormi și a nu se mai trezi. ***Ați dori să nu mai trăiți sau ați dori să nu vă mai treziți?*** Daca da, descrie:		
Gânduri suicidare: Gânduri generale, nespecifice de a-și curma viața/ de a comite un suicid, ("*Mă gândesc să mă omor")* fără a avea gânduri specifice referitor la metoda, intenție sau plan. ***Într-adevăr aveți gânduri de a vă curma viața?*** Daca da, descrie:		
Gânduri suicidare cu metodă (fără plan specific sau intenție de a acționa): Subiectul prezintă gânduri de suicid și are în gând cel puțin o metodă de suicid. Aceasta este diferit de cazul când subiectul are un plan specific, un timp anumit și o metodă detaliată. ("*Mă gândesc să iau pastile dar nu știu încă de care și câte, când și unde o voi face...dacă o voi face, nu sunt decis..."*) ***V-ați gândit cum ați putea să vă curmați viața?*** Daca da, descrie:		
Intenție suicidară (fără plan specific): Gânduri suicidare active și subiectul raportează că are ceva intenție să acționeze conform acestora dar încă poate să le controleze, *("Am gânduri dar în mod cert nu voi face nimic conform lor.")* ***Ați avut gânduri de suicid și ceva intenție de a acționa conform lor?*** Daca da, descrie:		
Intenție suicidară cu plan specific: Gânduri de suicid cu plan detaliat, persoana are ceva intenție de a-l duce la îndeplinire. ***Ați început să vă gândiți serios la detaliile prin care ați vrea să vă omorâți? Aveți intenția de a duce la îndeplinire acest plan?*** Daca da, descrie:		
Daca ideația suicidară este prezentă în vreun grad atunci evaluați intensitatea la nivelul cel mai serios al ideației:		

DEFINIȚIILE IDEAȚIEI SUICIDARE	Ultima săptămână	În timpul vieții
Frecvența: ***Aveți astfel de gânduri în mod uzual? De câte ori ați avut astfel de gânduri în ultima săptămână?*** (1) Mai puțin de odată; (2) Odată pe săptămână; (3) 2-5 ori pe săptămână; (4) Zilnic sau aproape zilnic; (5) de mai multe ori pe zi.		

Durata: ***Când aveți aceste gânduri cât de mult durează?*** (1) Puține secunde sau minute; (4) 4-8 ore/aproape toată ziua (2) mai puțin de o oră; (5) Mai mult de 8 ore/persistente sau continue (3) 1-4 ore/mult;		
Controlabilitatea: ***Dacă doriți ați putea sau puteți să stopați gândurile de a va omorî sau dorința de a muri?*** (1) Ușor controlabil; (4) Control cu mare dificultate; (2) Control cu puțină dificultate; (5) Totala lipsă de control al gândurilor suicidare; (3) Control cu ceva dificultate; (0) Nu a încercat să-și controleze gândurile.		
Exista lucruri - cineva sau ceva (de ex., familia, religia, durerea morții) - care vă opresc să vă gândiți să vă curmați viața sau să acționați conform acestor gânduri? (1) Există factori bine definiți care stopează încercarea de suicid; (2) Există factori probabili care ar stopa/amâna suicidul; (3) Incerta prezență a astfel de factori; (4) Existența puțin probabilă a factorilor de amânare/stopare; (5) În mod cert acest factor nu întârzie sau opresc suicidul; (0) Nu se aplică.		
Rațiuni pentru ideația de suicid: ***Ce motive aveți să vă gândiți la faptul ca ați putea să vă curmați viața?*** (1) Un mod de a atrage atenția, revanșa sau reacție față de alții; (2) În mod cert de a atrage atenția, obține o revanșă sau ca o reacție față de alții; (3) În mod egal de a atrage atenția, revanșa și reacție față de alții; (4) În principal pentru a opri durerea (nu poți îndura durerea sau sentimentele pe care le încerci); (5) Cu totul pentru a opri durerea (nu poți îndura durerea sau sentimentele pe care le încerci); (0) Nu se aplică		
DEFINIȚIILE COMPORTAMENTULUI SUICIDAR		

Tentativa reală de suicid: Un act potențial auto-vătămător comis cu dorința de a muri ca rezultat al acestui act. Comportamentul a fost în parte gândit ca o metodă de a muri. Intenția nu a fost 100%. Dacă există vreo intenție/dorință de a muri asociată cu acest act atunci el poate fi considerat ca o încercare reală de suicid. Nu trebuie să existe vreo injurie sau vătămare ci potențialul pentru injurie și vătămare. Dacă subiectul apasă pe trăgaci când ține pistolul în gură dar pistolul nu ia foc și nici o injurie nu se produce, aceasta este considerată o încercare reală de suicid. **Deducerea intenției:** Chiar dacă un individ neagă intenția/dorința de a muri ea poate fi dedusă clinic din comportament și circumstanțe. De ex. un act letal care în mod clar nu este un accident astfel încât nici o altă intenție nu poate fi dedusă decât cea de suicid (de ex. căderea de la înălțime, împușcarea în cap). La fel, dacă cineva neagă intenția de a muri, intenția poate fi dedusă după cât de letal este ceea ce a făcut subiectul. ***Ați făcut o încercare de suicid? Ați făcut ceva care să vă rănească?***		

Ați făcut ceva periculos încât ați fi putut muri? Ce ați făcut? ***Ați făcut-o ca un mod de a vă pune capăt vieții? Ați dorit să muriți când ați făcut aceasta? A fost o încercare de a muri când ați făcut aceasta? Ați gândit că este posibil să muriți când ați făcut aceasta?*** Dacă da, descrie:		
Tentativa întreruptă: Atunci când subiectul este întrerupt (de circumstanțe externe) de la inițierea unui act potențial auto-injurios (dacă nu, tentative ar fi avut loc). Supradoza întreruptă: Subiectul are medicamentele în mână dar este oprit să le înghită. Odată ce a înghițit doar o pastilă și a fost întrerupt aceasta este o tentativă chiar dacă a fost întreruptă. Împușcarea întreruptă: Subiectul și-a îndreptat arma înspre el dar arma a fost luată de altcineva și nu a mai putut apasă pe trăgaci. Odată ca a apăsat pe trăgaci, chiar dacă a eșuat să tragă, aceasta este o tentativă reală. Spânzurare: Subiectul și-a pus în jurul gâtului o funie dar nu a strâns-o din diferite motive care l-au oprit. ***A fost un moment când ați început să faceți ceva care să vă ia viața dar cineva sau ceva v-a oprit să o faceți?*** Dacă da, descrie:		
Tentativa auto-întreruptă sau abortată: Când subiectul a început preparativele pentru a face o tentative de suicid dar s-a stopat înainte de a se angaja în orice fel de comportament auto-destructiv. Exemplele sunt similare cu cele din tentativele întrerupte cu excepția că individul se stopează singur în loc de a fi stopat de alții. ***A exista un moment când ați început să faceți ceva ca să vă luați viața dar v-ați oprit înainte de a face ceva efectiv?*** Dacă da, descrie:		

Alte acte sau comportamente preparatorii: Acte sau preparative pentru o tentative iminentă de suicid. Aceasta poate include orice în afara de verbalizare sau gânduri, precum procurarea de metode specifice (de ex. cumpărarea de medicamente, procurarea unei arme) sau pregătirea lui însuși pentru suicid (de ex. scrierea unei scrisori, punerea lucrurilor în ordine). ***Ați întreprins ceva pași spre a face o încercare de suicid sau să vă pregătiți pentru a va sinucide (precum să cumpărați pastile, să obțineți o armă, să faceți cadou lucrurile Dvs, să scrieți o scrisoare de adio)?*** Dacă da, descrie:		
Comportament auto-destructiv fără intenție de suicid: Acte de auto-vătămare dar nu există nici o evidență că persoana a intenționat să se sinucidă și persoana a intenționat doar să-și producă o vătămare pentru alte motive. ***Ați făcut (numiți comportamentul) doar pentru alte motive în afara oricăror intenții de a vă pune capăt zilelor (precum a vă elibera de stres, să vă simțiți mai bine, să obțineți simpatie, etc.)?*** Dacă da, descrie:		

Evaluarea letalității numai pentru încercările de suicid	Ultima săptămână	În timpul vieții
Vătămare fizică reală: 0. Nici una sau minoră (precum zgârieturi superficiale); 1. Minoră (precum sângerare ușoară, arsura de gradul 1); 2. Moderată, solicită atenție medicală (arsura de gradul 2, sângerarea unui vas de sânge important): 3. Moderat severă, solicită spitalizare (precum stare comatoasă cu reflexele păstrate, arsura de gradul trei pe mai puțin de 20% suprafață, hemoragie extensive dar cu semne vitale stabile, fracturi importante); 4. Severă, necesită îngrijire medicală intensivă (precum, stare comatoasă fără reflexe, arsură gradul 3 peste 20% suprafață, hemoragie importantă cu semne vitale instabile, daune majore ale organelor interne); 5. Deces probabil în ciuda îngrijirii medicale.		
Dacă vătămarea fizică = 0, evaluează potențialul pentru vătămarea fizică: 0 Comportament improbabil să conducă la leziuni; 1 Comportament probabil să conducă la leziuni dar improbabil să cauzeze deces; 2 Comportament probabil să conducă la deces în ciuda îngrijirii medicale. Exemple: Punerea țevii unei arme în gură, apăsarea pe trăgaci dar arma nu se descarcă.		

ANEXA 7. SCALA DE SEVERITATE DIN GHIDUL BAZAT PE CONSENS DIN ȚĂRILE DE JOS

Scala de severitate din ghidul bazat pe consens din Țările de Jos:
În prezent, nu există modele fundamentate științific pentru clasificarea pacienților cu comportament suicidar. În ghidul bazat pe consens din Țările de Jos, se recomandă o clasificare în funcție de gradele de severitate ca instrument în evaluarea riscului. Important de menționat este că aceste note se bazează pe judecata experților și nu au fost studiate în practică.

• **Ușoară:** Pacientul are ocazional gânduri trecătoare de sinucidere, nu s-a gândit la un plan, nu crede de fapt că se va sinucide, se poate gândi și la alte lucruri, își dă seama de posibilele consecințe pentru familie și prieteni, se joacă cu ideea ca posibilitate. , pare să controleze impulsurile suicidare. Pacientul preferă să trăiască decât să moară.

• **Ambivalent:** pacientul dorește să se sinucidă, dar dorește și să continue să trăiască. Comportamentul suicidar se caracterizează printr-o ruptură cu ceilalți, vizează dezamăgiri în sfera relațională și uneori apar gânduri de răzbunare. Comportamentul suicidar este puternic impulsiv și nu s-au făcut planuri sau pregătiri ample. Pacientul vrea alternativ să moară și apoi să trăiască din nou.

• **Sever:** pacientul are în mod constant gânduri și imagini de sinucidere în cap, se simte disperat, nu se poate gândi la nimic altceva, este puternic atras de sinucidere, a luat deja în considerare diverse metode, a făcut deja un plan cuprinzător cu diverse pregătiri, crede că este mai bine pentru ceilalți când el sau ea este plecat, dar poate amâna sinuciderea pentru ceva timp. Scrisorile de rămas bun au fost uneori luate în considerare sau scrise. Prefer să mor decât să continui să trăiești. Pacientul se teme de propria impulsivitate.

• **Foarte sever:** pacientul este disperat, se poate gândi doar la sinucidere, nu are ochi la posibilele consecințe pentru cei care rămân în urmă, are un plan cuprinzător pregătit și posibil deja practicat. Pacientul este nedormit și tulburat emoțional, nu se mai stăpânește pe sine. Are loc îngustarea privirii (vedere în tunel, sindrom presuicid); pacientul este greu de abordat, uneori nu mai dorește să comunice, este neliniștit și tulburat, nu mai are energia de a trăi, nu mai vrea nici să trăiască, nu mai așteaptă să se sinucidă; în orice moment, un impuls poate duce la sinucidere.

<u>Atenție pentru estimarea severității și urgenței situației:</u>
Acestea sunt doar niște estimări. Experiența și abilitățile profesioniștilor joacă un rol important în triaj. Aceasta va determina dacă îngrijirea trebuie să fie acordată acut, intensiv, specializat și eventual obligatoriu. Sau că poate fi început un tratament regulat cu intensitate scăzută sau de autoajutorare. Gravitatea situației nu poate fi privită ca suma punctajelor pentru punctele de atenție pentru estimarea gravității și urgenței situației. În anumite situații, unele puncte de interes vor depăși altele.

ANEXA 8. PLANUL DE SIGURANȚĂ

Sarcina de a dezvolta **un plan de siguranță** este adesea facilitată prin adresarea unor întrebări, cum ar fi: *„Ce ați face mai târziu în seara aceasta sau mâine dacă ați începe din nou să aveți gânduri de sinucidere?”* Din răspunsul persoanei/pacientului, uneori se poate presupune mai bine, cât de serioasă este intenția persoanei/pacientului de a-și asigura siguranța. O astfel de întrebare oferă, de asemenea, o șansă pentru elaborarea în comun a planurilor, privind gestionarea situației în caz de reapariție a ideației suicidare. Planificarea corectă a siguranței include adesea o serie de pași pe care persoana/pacientul îi va face pentru a transforma și/sau controla ideea suicidară, dacă aceasta ar reapărea. O astfel de planificare ar putea începe cu ceva la fel de simplu, cum ar fi: **(a)** *să facă un duș cald* sau **(b)** *să asculte muzică liniștitoare* și să se termine cu **(c)** *apelarea unei linii de criză* sau **(d)** *contactarea unui taxi ori a serviciului de urgență (112) pentru a se întoarce la spital*.
O astfel de intervievare îl conduce pe clinician la problema complexă a faptului dacă „contractarea pentru siguranță”, spre deosebire de „planificarea siguranței”, poate fi sau nu utilă pentru o anumită persoană/pacient. Fiecare persoană/pacient este unică în acest sens, motiv pentru care, necesită o abordare strict individualizată.
Planul de siguranță urmărește 2 scopuri principale [99]:
(1) este o metoda de descurajare a intenției suicidare și
(2) este un mijloc sensibil de evaluare a riscului ulterior de sinucidere.

Scopurile menționate sunt radical diferite, iar avantajele și dezavantajele lor sunt la fel de radical diferite. Intensitatea discursului cu persoana/pacientul trebuie să fie axată în primul rând pe aplicarea acestui plan ca factor de descurajare a comportamentului suicidar, care are multe limitări. De exemplu, elaborarea unui plan de siguranță poate fi adesea contraproductivă pentru persoanele/pacienții, care se confruntă cu o patologie de limită (de ex., tulburare de personalitate borderline sau pasiv-agresivă). Cu astfel de pacienți, este uneori cel mai bine să se evite elaborarea planului de siguranță, deoarece acesta poate implica diada în dezbateri ineficiente cu afirmații precum: *„Nu știu ce să vă spun. Cred că sunt în siguranță, dar, pe de altă parte, nu pot face garanții. Cunoașteți pe cineva care poate face garanții?”*

Dacă cineva folosește **planul de siguranță** ca pe un factor de descurajare a comportamentului suicidar, este esențial ca acesta să fie folosit cu precauție. Planul de siguranță, de regulă, nu garantează nimic și poate genera un *fals sentiment de securitate*. Mai mult ca atât, planul de siguranță nu ar trebui să se facă niciodată înainte de a fi finalizată o evaluare detaliată a riscului suicidar. Contractarea de siguranță ca factor de descurajare este văzută de majoritatea suicidologilor ca fiind inferioară planificării sigure, deși, până în prezent, nu există nicio cercetare care să demonstreze eficacitatea planului de siguranță ca factor de protecție a comportamentului suicidar.
Puterea supra-eu-lui persoanei/pacientului, care a comis o tentativă de suicid și puterea alianței terapeutice pot juca roluri semnificative în ceea ce privește utilitatea planului de siguranță ca și factor de descurajare a comportamentului suicidar. La unii pacienți/persoane, planul de siguranță poate juca un rol protectiv (de ex., în cazul unui pacient într-o alianță terapeutică de lungă durată, cu patologie caracterologică minimă și un super-ego puternic). Mai mulți terapeuți experimentați au comentat că, pacienții au declarat în mod clar că, contractul de siguranță a funcționat ca un factor de descurajare a comportamentului suicidar, un pacient spunând într-o zi de luni după un weekend deosebit de prost: *„Singurul motiv pentru care sunt în viață astăzi este contractul nostru, căci nu ți-aș putea face asta. Nu am putut încălca promisiunea pe care ți-am dat-o în momentul întocmirii acelui plan de siguranță.”*

Procesul de elaborare a planului de siguranță poate fi mai frecvent util ca instrument de evaluare extrem de sensibil. În această calitate, este utilizat selectiv la un număr mic de pacienți, care nu prezintă patologie caracterologică, în care intervievatorul nu insistă pe spitalizare (în cazul în care persoana/pacientul refuză categoric internarea în spital) după finalizarea unei evaluări a sinuciderii,

dar este deranjat fie de intuiția sa că persoana/pacientul este mai periculos decât declară sau simte analitic că ceva „nu se potrivește aici". În astfel de cazuri, mai degrabă decât să folosească planificarea siguranței, care nu are nicio presiune interpersonală asupra persoanei/pacientului, clinicianul poate opta pentru utilizarea planului de siguranță, în care persoana/pacientul este „pus în fața realității" pentru a ajunge la un acord comun. O astfel de „împingere interpersonală" poate provoca manifestarea nonverbală a ambivalenței ascunse sau a intenției suicidare periculoase.
Când este utilizat în acest mod extrem de selectiv, deoarece intervievatorul întreabă dacă persoana/pacientul poate promite că va contacta clinicianul sau personalul corespunzător înainte de a întreprinde o acțiune suicidară, intervievatorul este foarte atent la limbajul non-verbal (expresia feței, ochilor, corpului; tonul vocii) al persoanei/pacientului pentru a depista orice semne de ezitare, înșelăciune sau ambivalență. Manifestarea non-verbală a dorinței sau intenției suicidare în acest moment poate fi, singurul indicator al riscului real imediat de suicid.

Folosind procesul interpersonal de elaborare a unui contract/plan de siguranță ca instrument de evaluare, clinicianul se poate răzgândi complet cu privire la eliberarea unui(ei) pacient/persoane pe baza unei ezitări de a contracta (de ex., evitarea contactului vizual sau a alte semne de înșelăciune sau ambivalență manifestate pe parcursul discursului), în timp ce persoana/pacientul acceptă formal ("fără tragere de inimă") un plan de securitate personală. Îmi amintesc foarte clar de un pacient, care nu dorea categoric să fie internat la spital, pe care eram pe cale să-l externam din unitatea de evaluări urgențe, dar despre care intuitiv simțeam că ceva nu este în regulă, în ciuda unei evaluări atente a riscului de suicid. S-a decis să fie folosit contractul de siguranță ca instrument de evaluare. Când pacientul a fost întrebat dacă ne poate promite că ne va telefona înainte de a comite vreo acțiune suicidară, a ezitat și a lăsat scurt privirea în jos. Când i-am subliniat: "Se pare că vă este greu să încheiați acest contract?!", s-a ridicat și a spus: *„Vreau doar să mor".* Am comentat: *„Înțelegeți că, vom fi nevoiți să vă internăm în spital fără acordul Dvs.?"*, moment în care s-a uitat la mine și mi-a spus, cu o presimțire dureroasă: *„Probabil că ar trebui".* A urmat un moment de tăcere. Apoi a acceptat să fie internat în spital.

Intervievatorul care observă astfel de indicii non-verbale de ambivalență poate întreba pur și simplu: *„Se pare că îți este greu să fii de acord cu acest contract?! Ce se întâmplă în mintea ta?"* Răspunsurile pot fi benigne sau alarmante (ca mai sus), iar piesa rezultată a puzzle-ului - care ar putea fi furnizată doar prin procesul de contractare a siguranței - poate duce la o schimbare a dispoziției. Utilizarea contractării de siguranță ca ***instrument de evaluare***, bazat pe comunicarea non-verbală a intenției suicidare, spre deosebire de contractarea de siguranță ca ***instrument de descurajare a comportamentului suicidar*** poate fi deosebit de utilă într-o unitate de evaluări urgențe. Astfel, elaborarea unui contract de siguranță este o sarcină complicată, iar clinicienii în acest caz, încearcă să ia o decizie înțeleaptă ținând cont de nevoile specifice ale persoanei/pacientului.

Modalitatea abordării cazului descrisă anterior, reprezintă o strategie flexibilă de interviu dedicată exclusiv declanșării evenimentelor suicidare, care este întotdeauna folosită în cadrul unui alt interviu clinic, cum ar fi o evaluare inițială, o evaluare în unitatea de evaluări urgențe sau un apel la linia telefonică de criză.
Modelul elucidat de soluționare a cazului nu este un protocol de evaluare al suicidului. Un protocol de evaluare al suicidului este compus din toate cele 3 sarcini:
(1) colectarea de informații referitoare la factorii de risc și de protecție și semnele de avertizare pentru sinucidere;
(2) strângerea de informații legate de ideea suicidară, planificarea, comportamentele, dorința și intenția pacientului și
(3) luarea deciziei clinice care se aplică ulterior acestor 2 baze de date pentru a elabora o formulare a riscului.

Abordarea propusă este concepută doar ca un ajutor pentru cea de-a doua componentă a unei abordări complete de evaluare a suicidului - ***culegerea de informații legate de ideația, planificarea, comportamentele, dorința și intenția suicidare ale pacientului***. Abordarea de supraveghere descrisă anterior completează și, nu înlocuiește, celelalte 2 componente critice ale unei evaluări solide a suicidului.

O astfel de abordare a cazului nu presupune descoperirea factorilor de risc/protecție pentru sinucidere; astfel de informații vitale vor fi adunate în cadrul interviului general. De exemplu, rolul consumului continuu de alcool va fi explorat în istoria abuzului de substanțe. Prezența și intensitatea anxietății/agitației persoanei/pacientului vor fi analizate în explorarea simptomelor persoanei/pacientului și a stării sale mintale. Prezența psihozei va fi explorată în examinarea tulburărilor psihotice și disponibilitatea sistemelor de sprijin (și alți factori de risc critici înrudiți, cum ar fi conceptele lui Joiner de a nu simți că aparține unui grup valoros sau sentimentul că este o povară pentru ceilalți) că, contractul de siguranță nu reprezintă nicio garanție a siguranței [16, 50].

Datele colectate cu privire la ideea, comportamentul și intenția suicidare sunt adăugate la informațiile colectate anterior sau ulterior, privind factorii de risc și de protecție. O astfel de abordare a tentativei de suicid este adaptată individual, în mod flexibil la nevoile unice și la trăsăturile de personalitate ale persoanei/pacientului precum și la cerințele unice ale evaluării situației clinice în unitatea de evaluări urgențe versus psihoterapie în curs de desfășurare, versus intenția de spitalizare. De exemplu, modelul propus de evaluare nu a fost proiectat și nici nu este recomandat pentru a fi utilizat la copii, deși unele elemente ale abordării descrise anterior se pot dovedi utile și în cazul copiilor. Abordarea de caz nu este un stil de interviu standard, aplicat în același mod cu fiecare beneficiar. Modelul de abordare descris anterior poate fi modificat semnificativ în cazul unui beneficiar care ar putea dori să manipuleze fiind internat într-un spital sau care ar putea avea trăsături de personalitate borderline și, recurge la „discursuri despre sinucidere" cu scop de a fi auzit, înțeles, consolat, compătimit de către îngrijitori; abordarea poate fi, de asemenea, semnificativ modificată în cazul unui pacient psihotic [101].

În decursul supravegherii cazului, intervievatorul ajută persoana/pacientul să împărtășească informații dureroase pe care, în multe cazuri, aceasta/acesta le-a suportat de unul singur prea mult timp. Poate că atenția și minuțiozitatea intervievării, așa cum a fost ilustrat anterior, transmit persoanei/pacientului, care a supraviețuit după o tentativă de suicid mesajul: *"Unui om îi pasă de soarta mea".* Pentru o persoană/pacient, o astfel de abordare poate reprezenta prima realizare a speranței.

Model al PLANULUI DE SIGURANȚĂ

PLAN DE SIGURANȚĂ

- **Nume, Prenume: _____**
- **Data, Luna, Anul, ora: _____**
- Semne de avertizare care confirmă că situația este foarte dificilă/insuportabilă pentru mine
  _____
  _____
  _____
- Lucruri pe care le pot face pentru a mă abate de la problemele actuale și care m-ar ajuta să fac față mai ușor suferinței
  _____
  _____
  _____
- Activități pe care le-am făcut în trecut și care, posibil să mă ajute și acum
  _____
  _____
  _____
- Lucruri pe care le pot face pentru a mă proteja pe mine și pe alții și pentru a-mi reduce suferința
  _____
  _____
  _____
- Prieteni, cunoștințe, membri ai familiei, etc. pe care îi pot contacta telefonic
  Nume_____Număr de telefon_____
  Nume_____Număr de telefon_____
- Știu ei că aș putea să-i sun? Da / Nu
- Pot să le dau o copie a acestui plan? Da / Nu
- Ce pot face ei pentru a vă ajuta?
- Specialiști sau servicii la care pot apela în caz de criză?
  Instituție_____Număr de telefon_____
  Instituție_____Număr de telefon_____
  Instituție_____Număr de telefon_____
- Numerele de telefon ale **serviciilor de intervenție în criză**_____
  _____
  _____
  _____
  _____
- Altceva...
  _____
  _____
  _____
  _____

ANEXA 9. SUPRAVEGHEREA ÎN CAZ DE TENTATIVĂ / COMPORTAMENT SUICIDAR.
Pasul 1: **Explorarea prezentării evenimentelor de sinucidere [16, 99]**

Indiferent dacă persoana/pacientul ridică în mod spontan subiectul sinuciderii sau subiectul este dezvăluit cu sensibilitate cu tehnici precum normalizarea sau atenuarea rușinii, **dacă evenimentele suicidare** sunt active **în ultimele 2 zile**, ele sunt privite ca „evenimente prezentatoare", în sensul că pacientul le-a experimentat „în prezent". Dacă o persoană/pacient prezintă un astfel de comportament autolitic actualmente sau manifestă ideație suicidară presantă, devine esențial să înțelegem severitatea acestora (comportamentelor riscante, ideației suicidare). **În funcție de severitatea ideii sau a tentativei, persoana/pacientul poate necesita spitalizare sau o intervenție suplimentară de criză**. Mai mult, formularea de către clinician a riscului imediat al persoanei/pacientului va determina urgența suprvegherii recomandate, indiferent dacă acest triaj se face de la un departament de evaluare a situațiilor de urgență sau de la o linie telefonică de criză.
Dar ce informații specifice ar oferi clinicianului cea mai precisă imagine a gravității prezentării gândurilor sau comportamentului suicidar? Răspunsul pare a fi – "să oferim înțelegere suferinței persoanei/pacientului în momentul prezenței ideii de sinucidere, pentru a afla exact cât de aproape a ajuns persoana/pacientul să încerce sau să finalizeze sinuciderea". Dacă a existat într-adevăr o tentativă de a se sinucide, atunci răspunsurile la următoarele întrebări pot oferi informații valoroase:

- Cum a încercat persoana/pacientul să se sinucidă? (Ce metodă a fost folosită?)
- Cât de serioasă a fost acțiunea înfăptuită cu această metodă? (Dacă persoana/pacientul a supradozat, ce pastile și câte au fost luate? Dacă persoana/pacientul s-a tăiat singur, unde a fost tăierea și a fost necesar să fie aplicate suturi?)
- Cât de grave au fost intențiile persoanei/pacientului? (Pacientul/persoana a spus cuiva despre încercarea de a se sinucide după aceea? Pacientul/persoana a făcut aluzii cuiva în prealabil? Pacientul/persoana a făcut încercarea într-o zonă izolată sau într-un loc în care era probabil să fie găsit(ă) repede/ușor? Pacientul/persoana a scris un testament, a scris un mesaj prin care anunța despre intenția de sinucidere sau un mesaj de adio? Și-a luat rămas-bun de la alte persoane semnificative în zilele premergătoare evenimentului? Câte pastile au rămas în flacon?)
- Cum se simte persoana/pacientul în legătură cu faptul că tentativa nu a fost letală ? (O întrebare foarte bună pentru a revizui seriozitatea intențiilor suicidare ar fi: „Ce părere aveți despre faptul că sunteți încă în viață acum?")
- A fost tentativa bine planificată sau a fost o acțiune impulsivă?
- Alcoolul sau drogurile au jucat un rol în realizarea tentativei?
- Factorii interpersonali au avut un rol major în realizarea tentativei? Acești factori pot include sentimente de eșec sau speculații că, toți s-ar simți mai bine fără persoană/pacient, precum și furia față de alte persoane (o tentativă de sinucidere întreprinsă pentru a-i face pe alții să simtă durere sau vinovăție).
- Un anumit factor de stres sau un set de factori de stres a determinat tentativa?
- În momentul tentativei, cât de deznădăjduit, disperat s-a simțit persoana/pacientul?
- De ce a eșuat tentativa? (Cum a fost găsit(ă) persoana/pacientul și cum a primit ajutor?)

Răspunsurile la astfel de întrebări pot oferi informații neprețuite cu privire la cât de serioasă a fost încercarea pacientului, reflectând adevărata intenție a pacientului de a muri, indiferent care ar fi intenția declarată a persoanei/pacientului. Factorii de risc, evidențiați de statistici, nu vor dezvălui dacă persoana/pacientul î-și dorește cu adevărat sau nu moartea. În afară de persoanele/pacienții care se pot sinucide accidental, atunci când nu intenționează să moară (adică, poate că intoxicația acută a tulburat atât de mult conștiința persoanei/pacientului încât el sau ea au devenit inconștienți de câte pastile au fost ingerate). În majoritatea cazurilor oamenii se sinucid pentru că au decis să facă acest lucru. Sinuciderea nu este doar o acțiune a „inimii" (cauzată de emoții, impulsivă), ci o acțiune a „minții" (o decizie cognitivă, deliberată). Dacă **nu a fost făcută nicio încercare în ultimele 48 de ore**, atunci intenția reflectată (amploarea dorinței de sinucidere, ideație, planificare

și procurare a mijloacelor) este cea care va ajuta clinicianul să determine triajul (persoană/pacient care necesită spitalizare sau care poate fi asistat(ă) în condiții de ambulatoriu), dar și rapiditatea intervențiilor, ori supraveghere dacă se recomandă îngrijire în ambulatoriu. Aceste informații sunt cuplate cu factorii de risc depistați, factorii de protecție și semnele, pentru a evalua dispoziția și supravegherea în siguranță, fie că este consultat pacientul/persoana într-o clinică sau într-un serviciu de urgență, fie că este ascultat telefonic la linia de criză.
Din aceste motive, este util să concretizăm: (a) a comis sau nu persoana/pacientul o tentativă de suicid; (b) să evaluăm detaliat ideația și intențiile suicidare reflectate verbal (sau nu) de persoană/pacient. La prima vedere, mai ales pentru un clinician în curs de formare, această listă de întrebări poate părea dificil de reținut. Din fericire, incidentul comportamental comis de persoană/pacient – poate oferi clinicianului o abordare mai simplă și mai logică decât memorarea setului de întrebări menționat anterior. Incidentele comportamentale pot fi utile atunci, când clinicianul cere o anumită informație (de ex., „Ți-ai pus pistolul la cap?") sau îi cere persoanei/pacientului, care a comis o tentativă de suicid să descrie secvențial ce s-a întâmplat (de ex., „Spune-mi ce ai făcut în continuare").
În timpul explorării evenimentelor de prezentare, intervievatorul îi cere persoanei/pacientului să descrie tentativa de sinucidere sau ideea însăși de la început până la sfârșit. În timpul acestei descrieri, clinicianul folosește empatic, dar persistent, o serie de incidente comportamentale care ghidează persoana/pacientul pentru a crea pas cu pas o „videocasetă verbală" a tentativei. În psihoterapia cognitiv-comportamentală (PCC) și terapia dialectic-comportamentală această strategie este unul dintre instrumentele de bază de evaluare - analiza comportamentală.

Dacă persoana/pacientul în procesul de descriere a acțiunilor comise începe să sară peste o parte importantă a tentativei, clinicianul îl va opri tacticos, cerând-ui să reia discursul de la momentul, unde a început decalajul. Clinicianul folosește apoi un șir de incidente comportamentale din acel moment înainte pentru a umple golul, până când se simte încrezător că, are o imagine exactă a ceea ce s-a întâmplat.
Expunerea în serie a incidentelor comportamentale va ajută clinicianul să înțeleagă mai bine amploarea intenției, acțiunilor suicidare ale persoanei/pacientului și, va exclude orice presupuneri nejustificate ale clinicianului care pot distorsiona imaginea factologică a tentativei.
Creând pe parcursul conversației o astfel de "casetă video verbală", clinicianul va acoperi frecvent tot materialul descris mai sus într-un mod natural, fără a fi nevoie să memoreze ce întrebări să pună și, când să înainteze aceste întrebări.
Descrierea secvențială (în serie) a incidentelor comportamentale poate fi deosebit de importantă pentru a descoperi amploarea tentativei întreprinse de persoană/pacient, în special informațiile cu referință la planul de sinucidere, un domeniu, în care persoanele, frecvent reduc la minimum informațiile oferite. ***De ex**., seria întrebărilor adresate unei persoane/pacient, care a comis tentativa suicidară folosind o armă, poate arăta cam așa: „Ai o armă în casă?" „Ai scos vreodată pistolul cu intenția de a te gândi să-l folosești pentru a te sinucide?" „Când ai făcut asta?" „Unde stăteai când ai scos arma?" — Ai încărcat arma? „Ce ai făcut în continuare?" — Ți-ai pus pistolul pe corp sau pe cap? — Ai scos siguranța sau ai încărcat arma? „Cât timp ai ținut pistolul acolo?" „Ce gânduri ți-au trecut prin minte atunci?" "Ce ai făcut atunci?" „Ce te-a împiedicat să apeși pe trăgaci?"*
În acest mod, clinicianul se poate simți mai încrezător în obținerea unei imagini valide a cât de aproape a ajuns persoana/pacientul să se sinucidă. Scenariul rezultat s-ar putea dovedi a fi radical diferit – și mai sugestiv de un pericol iminent – față de ceea ce s-ar fi presupus dacă intervievatorul ar fi întrebat doar: *„Ai fost aproape de a folosi pistolul?"* la care persoana poate răspunde rapid: *„Oh, nu, nu chiar".* Încă o dată, un exemplu de intenție reflectată poate fi mai exact decât intenția declarată de persoana/pacientul, care a comis o tentativă de suicid.
Ținând cont de secvența de mai sus, utilizarea unor întrebări precum *„Când ați făcut asta?"* și *„Unde stătea-ți când ați scos arma?"*, întrebări, împrumutate din PCC și, cunoscute sub denumirea de **„întrebări de ancorare"**, deoarece ancorează persoana/pacientul pe o situație concretă,

permițându-i rememorarea evenimentelor. O astfel de concentrare rafinată va aduce adesea mai multe informații valide pe măsură ce episodul devine mai real și mai viu în memoria persoanei/pacientului.
Explorarea prezentării evenimentelor suicidare poate fi rezumată după cum urmează. Clinicianul începe cu o întrebare, cum ar fi: *„Se pare că noaptea trecută a fost o perioadă foarte dificilă. Mă va ajuta să înțeleg exact ce ați trăit dacă puteți să-mi vorbiți pas cu pas despre cele întâmplate. Odată ce ați decis să vă sinucideți, ce ați făcut în continuare?"*
Pe măsură ce persoana/pacientul începe să descrie tentativa de sinucidere în detaliu, clinicianul folosește 1 sau 2 întrebări ancoră pentru a maximiza validitatea. Intervievatorul folosește apoi o serie de incidente comportamentale, făcându-i mai ușoară reamintirea evenimentelor care se desfășoară – „caseta video verbală". Strategia și metafora realizării unei astfel de "casetă video verbală" și-a dovedit eficiența chiar și la 3 dimineața într-un departament evaluare de urgență aglomerat.

Pasul 2: Explorarea evenimentelor recente de sinucidere [16, 99]
Evenimentele recente ar putea foarte bine să reprezinte - din perspectiva teoriei motivaționale - cea mai bogată arena pentru descoperirea intenției suicidare reflectate. O persoană/pacient care dorește cu tărie să moară și care ezită să-și împărtășească intenția reală din teama de ceea ce poate urma (de ex., spitalizare involuntară sau limitarea/eliminarea accesului la metoda și mijloacele de sinucidere pregătite), ori ideile și planificarea acțiunilor autolitice, care oferă o indicație mai precisă a intenției reale a persoanei/pacientului salvate după tentativa de suicid, pot fi identificate de un intervievator calificat.

Evenimentele recente par a fi arena în care, o persoană/pacient ale cărei mecanisme inconștiente de apărare pot minimiza conștientizarea intensității intenției sale reale de sinucidere, pot oferi o imagine mai precisă a intenției suicidare. În mod specific, *acțiunile întreprinse de persoană/pacient pentru a selecta o metodă de sinucidere și/sau timpul petrecut în preocupările de sinucidere pot trăda severitatea intenției reale mai bine decât declarațiile persoanei/pacientului*. Abilitatea de a explora în mod eficient regiunea evenimentelor recente de sinucidere reprezintă una dintre cele mai critice abilități de interviu clinic pe care trebuie să le stăpânească profesioniștii în domeniul sănătății mintale. În procesul de explorare a evenimentelor recente clinicianul este destul de explicit cu intervalul de timp, precizând durata exactă, spre deosebire de utilizarea unui termen vag, cum ar fi „recent". Această specificitate este importantă deoarece ajută persoana/pacientul să rămână concentrată asupra intervalului de timp dorit, reducând în același timp pierderile de timp.

Clinicianul, care evaluează subiectul sinuciderii ar trebui să exploreze oricare **gânduri supărătoare din ultimele 2 luni** legate de același plan pe care persoana/pacientul l-a relatat prezentând evenimentele recente. Odată ce gândurile sau acțiunile recente cu privire la aceeași metodă/mijloace de sinucidere au fost explorate, se folosește o presupunere tacticoasă pentru a căuta o a doua metodă de sinucidere. Presupunerea poate fi cea mai simplă: *„În ce alte moduri te-ai mai gândit să te sinucizi?"*

Dacă persoana/pacientul insistă pe același plan sau este descoperită o a doua metodă, incidente comportamentale secvențiale sunt folosite pentru a crea o altă "casetă video verbală", care să reflecte amploarea acțiunii întreprinse cu această nouă metodă. Intervievatorul continuă utilizarea presupunerilor blânde, tacticoase (ajutând persoana/pacientul să-și elaboreze noi "casete video verbale ulterioare") până când persoana/pacientul neagă orice alte metode când este întrebată: „În ce alte moduri te-ai gândit să te sinucizi?"

Odată ce utilizarea unei presupuneri tacticoase conduce la o negare generală a altor metode, dacă, și numai dacă, clinicianul simte (intuiește) că persoana/pacientul poate ar putea avea și alte metode de sinucidere, bazându-se pe raționamentul clinic, va folosi o serie scurtă de concretizări specifice

pentru a explora validitatea negărilor persoanei/pacientului. **De ex.**, dacă persoana/pacientul a relatat despre supradozaj, arme și conducerea unei mașini în afara drumului, clinicianul ar putea folosi următoarea listă scurtă de **negări specifice**, făcând o pauză după fiecare pentru a primi un răspuns: *„Te-ai gândit să te tai sau să te înjunghii?" „Te-ai gândit să te spânzuri?" „Te-ai gândit să sari de pe un pod sau alt loc înalt?" „Te-ai gândit la monoxidul de carbon?"* Ca și anterior, dacă o nouă metodă este dezvăluită, clinicianul evaluează amploarea acțiunii întreprinse întrebând despre o serie de incidente comportamentale periculoase. În procesul de utilizare selectivă și, în timp util a negărilor specifice – o persoană/pacient cu risc înalt de suicid, care a negat intenționat metoda pe care o alesese, o poate împărtăși brusc, fiind provocat de o ambivalență sănătoasă. Faptul că persoana/pacientul se luptă cu ideea că este „greșit" să se sinucidă poate crea atât ambivalență (bine), cât și o auto-recunoaștere distorsionată în ceea ce privește profunzimea dorinței și intenției suicidare (rău), deoarece mecanismele inconștiente de apărare ar putea să-o protejeze de a se considera o persoană rea, reducând la minimum severitatea intenției sale reale.

După identificarea listei de metode luate în calcul de persoană/pacient și amploarea acțiunilor întreprinse pentru fiecare metodă, intervievatorul se va concentra asupra frecvenței, duratei și intensității ideației suicidare ținând cont de amplificarea simptomelor. El ar putea întreba, de exemplu, *„În ultimele 2 luni, în zilele în care te gândeai cel mai mult să te sinucizi, cât timp din orele tale de veghe ai petrecut gândindu-te la asta . . . 70%, 80%? 90%?"*

Strategia de explorare a istoriei intențiilor suicidare în ultimele 2 luni poate surprinde plăcut persoana/pacientul, cât de ușor și simplu este să vorbești cu clinicianul despre probleme, care au fost adesea considerate un subiect de rușine. De asemenea, persoana/pacientul poate înțelege că este destul de confortabil să vorbească cu intervievatorul despre sinucidere, discuție, care reduce rușinea.
Cu fiecare informație oferită, clinicianul este invitat din ce în ce mai adânc în lumea unică a persoanei/pacientului. O imagine din ce în ce mai clară apare despre, cât de serioasă a devenit planificarea suicidului de către persoană/pacient; acest lucru poate reflecta mai bine intenția reală decât intenția declarată de către persoană/pacient. Mai mult, pe parcursul discuțiilor, poate fi colectată o bază de date solidă pentru alți clinicieni, privind metodele de suicid, pe care persoana/pacientul le i-a în considerare frecvent. Descoperirea unor astfel de informații ar putea fi utilă pentru a limita accesul persoanei/pacientului la metodele/mijloacele respective de suicid.

Pasul 3: Explorarea evenimentelor de sinucidere din trecut [16]

Uneori, clinicienii, în timpul interviului inițial, petrec prea mult timp pe acest domeniu. Persoanele cu antecedente psihiatrice complicate (de ex., persoanele cu o tulburare de personalitate borderline) pot avea antecedente multiple de suicid. S-ar putea petrece o oră doar revizuind aceste informații, dar ar fi o oră prost petrecută.
Sub constrângerile de timp ale îngrijirii gestionate, evaluările inițiale de către profesioniștii din domeniul sănătății mintale trebuie de obicei finalizate într-o oră sau mai puțin, colectând doar informații care ar putea modifica triajul clinic și decizia privind supravegherea clinică a pacientului (în condiții de staționar sau în ambulatoriu). Prin urmare, merită investigate următoarele întrebări:

- Care este cea mai gravă tentativă de sinucidere din trecut? (Este ideea actuală axată pe aceeași metodă? „Exercitarea metodei" poate fi mortală sau nu? Vede persoana/pacientul factorii de stres și opțiunile actuale în aceeași lumină ca în timpul celei mai periculoase încercări din trecut?)
- Sunt declanșatorii actuali și starea psihopatologică actuală a pacientului asemănătoare acum cu cei care au fost prezenți în momentul comiterii celei mai serioase încercări? (Pacientul poate fi predispus la sinucidere în urma rupturii relațiilor sau în timpul episoadelor de intoxicație acută, anxietate intensă sau psihoză.)

- Care este numărul aproximativ de gesturi și încercări din trecut? (Numărul mare de tentative poate alerta clinicianul asupra problemelor de manipulare, făcându-l mai puțin îngrijorat sau îl pot avertiza pe clinician că persoana/pacientul și-a epuizat cu adevărat orice speranță, făcându-l mai îngrijorat. Este important să fie cunoscute și să fie luate în calcul ambele situații).
- Când a fost cea mai recentă încercare în afara celor 2 luni explorate în Pasul 2? (Ar fi putut exista o încercare semnificativă în ultimele 6 luni care ar putea semnala nevoia unei îngrijorări mai imediate.)

Pasul 4: Explorarea evenimentelor imediate de sinucidere [99]
În acest sens, intervievatorul se concentrează pe „Care este intenția de sinucidere imediată a acestei persoane?" Ca și anterior, rămâne important să ne amintim că, intenția reflectată (care ar putea fi dezvăluită prin comunicări nonverbale) poate fi un indicator mai bun al intenției reale decât intenția declarată de persoană/pacient. Clinicianul explorează orice idee, dorință și intenție de sinucidere pe care persoana/pacientul le-ar putea experimenta în timpul interviului și, de asemenea, întreabă concretizează dacă persoana/pacientul crede că, este probabil să aibă și alte gânduri de sinucidere după ce a părăsit cabinetul, unitatea de urgența sau spitalul, ori renunță să răspundă la telefon (la apelurile de criză). Evenimentele imediate includ, de asemenea, orice plan adecvat de siguranță, elaborat de comun acord cu clinicianul. Explorarea evenimentelor imediate pune accentul pe prezent și viitor.
Explorarea dorinței imediate (intensitatea durerii persoanei/pacientului și a dorinței de a muri), dar și a intenției persoanei/pacientului de a se sinucide (gradul în care persoana/pacientul a decis să se sinucidă) este concretizată prin discernământul relației dintre specialist și persoană/pacient. O persoană/pacient ar putea avea o durere intensă și o dorință puternică de a muri, dar fără a avea vreo intenție. De exemplu, *„Nu aș putea niciodată să fac asta copiilor mei"*. În unele cazuri, durerea unei persoane/pacient ar putea deveni atât de intensă, încât trece peste apărările sale care au prevenit intenția, rezultând într-un comportament impulsiv.
Un bun loc de plecare poate fi întrebarea: *„În acest moment, Vă gândiți să vă sinucideți?" sau "Unele persoane fiind în situația în care vă aflați Dvs. nu-și mai doresc să trăiască, Dumneavoastră...? "*

Pot fi utile și alte întrebări pentru a explora în continuare **dorința** și intenția persoanei/pacientului de a muri:

1. „Cum ați descrie, cât de mare este pentru Dvs. durerea cauzată de momentul divorțului în acest moment, de la *„Este cam greu, dar mă descurc bine"* până la *„Dacă nu cedează, nu știu dacă-mi doresc să mai trăiesc?"*
2. „În săptămâna viitoare, cum vă veți gestiona durerea dacă aceasta se agravează?"

Întrebările ce urmează pot fi utile pentru a evalua **intenția** persoanei de a muri:

1. „Îmi dau seama că nu puteți ști sigur, dar care este cea mai bună presupunere a Dvs. cu privire la cât de probabil este să încercați să vă sinucideți în săptămâna următoare, de la *foarte puțin probabil* la *foarte probabil?"*
2. „Ce vă împiedică să vă sinucideți?"

Este important să se exploreze nivelul actual de deznădejde al persoanei și să se evalueze dacă aceasta face planuri productive pentru viitor sau este capabilă să pregătească planuri concrete pentru a face față problemelor și stresului actual. Întrebările precum *„Cum vi se pare viitorul?" „Vă simțiți plin(ă) de speranță pentru viitor?" și „Ce lucruri v-ar face să vă simțiți mai mult sau mai puțin plin(ă) de speranță în viitor?"* sunt puncte de intrare utile pentru această explorare. Dacă anterior nu au fost explorate motivele de a trăi poate fi utilă întrebarea: *„Ce lucruri din viața Dvs. vă fac să doriți să continuați să trăiți?"*.

ANEXA 10. MESAJE CHEIE PRIVIND SUPRAVEGHEREA ȘI PREVENȚIA SUICIDULUI [87]

1. Restricționarea accesului la mijloacele de realizare a acțiunilor autolitice joacă un rol important în prevenirea sinuciderilor, în special în cazul sinuciderilor impulsive. O strategie eficientă pentru prevenirea sinuciderilor și a tentativelor de sinucidere ar fi restricționarea accesului la cele mai comune mijloace, inclusiv pesticide, arme de foc și anumite medicamente.
2. Implementarea unor politici eficiente cuplate cu intervenții comunitare poate fi esențială în reducerea sinuciderii prin limitarea mijloacelor.
3. Serviciile de asistență medicală publică trebuie să includă prevenirea sinuciderii ca componentă de bază a activității sale.
4. Tulburările mintale și consumul nociv de alcool contribuie la multe sinucideri în întreaga lume. Identificarea timpurie și gestionarea eficientă a categoriei respective de beneficiari, sunt esențiale pentru a ne asigura că populația primește îngrijirile de care are nevoie.
5. Îmbunătățirea calității îngrijirilor pentru persoanele, care caută ajutor poate asigura intervenții timpurii eficiente.
6. Îmbunătățirea calității îngrijirilor (nu doar medicale, dar și sociale, economice, etc.) este cheia succesului în reducerea sinuciderilor care apar ca urmare a tulburărilor psihice și a consumului de alcool sau/și a alte substanțe psihoactive.
7. Politicile de sănătate mintală și cele care asigură gestionarea dependențelor chimice/non-chimice ar trebui să promoveze integrarea cu succes a persoanelor cu risc de dependență ori dependente în serviciile generale de sănătate și să sprijine o finanțare suficientă pentru funcționarea calitativă a acestor servicii.
8. Comunitățile pot oferi un sprijin social eficient în prevenirea suicidului, asigurând protejarea persoanelor cu risc suicidar prin formarea, menținerea și ameliorarea conexiunilor sociale și a abilităților de a face față dificultăților. Membrii comunității pot lupta împotriva stigmatizării și îi pot sprijini pe cei îndoliați de sinucidere. Mai exact, comunitatea poate oferi ajutor în situații de criză, poate menține contactul regulat cu persoanele/pacienții care au încercat să se sinucidă și să sprijine persoanele îndoliate de sinucidere.
9. Un rol esențial în asigurarea procesului de supraveghere al persoanelor cu risc suicidar ori a persoanelor care au comis o tentativă de suicid revine membrilor familiei, rudelor, prietenilor, colegilor (celor dragi, agreați de persoana în dificultate).

ANEXA 11. NIVELE DE EVIDENȚĂ ȘI GRADE DE RECOMANDARE

Grad de recomandare	**Nivel de evidență**	**Tipul dovezii**
A	1a	Reviu sistematic a studiilor clinice randomizate
	1b	Cel puțin un studiu clinic randomizat riguros
B	2a	Reviu sistematic al SCR sau studii clinice randomizate cu risc de erori
	2b	Reviu sistematic a studiilor caz-control sau de cohortă de calitate înaltă
	3a	Studii caz-control sau de cohortă de o calitate înaltă
	3b	Studii caz-control sau de cohortă cu un risc mare de erori
C	4	Studii neanalitice, descriptive (serie de cazuri, raport de cazuri)
D	5	Opinia experților nebazată pe studii de calitate