

**ATITUDINE EMPATICĂ ȘI
SUICID LA
PERSOANĂ VÂRSTNICĂ**

Rozeta Drăghici

Sinuciderea dpdv psihologic

- Proces complex (Yip et al., 2012) care include mai multe etape, de la ideație și planificare, la tentativă, și în cel mai rău caz la suicid finalizat (OMS, 2012).
- Procesul începe la nivel cognitiv cu **ideația suicidară** care uneori este comunicată verbal sau non-verbal. În această fază persoana poate fi încă receptivă la măsuri informative, comunicaționale și suportive, deși gândurile suicidare reprezintă primul pas concret spre comportamentul disfuncțional.
- De multe ori urmează faza de **planificare** în care persoana analizează modul în care va proceda și se gândește la metodele letale la care ar putea apela.
- Urmează faza de mobilizare, corespunzătoare stării de criză suicidară. În acest moment persoana este pregătită să treacă la act, iar **tentativa** devine iminentă. Criza este de obicei de scurtă durată, iar o intervenție care survine la momentul potrivit (ca „barieră psihologică”) poate întârzia tentativa până în momentul în care persoana iese din starea de criză.

Yip, P., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S-S., Wu, K., & Chen, Y-Y. (2012). *Means restriction for suicide prevention*. Lancet
OMS (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. <http://apps.who.int>

Evaluarea unui individ suicidar

- Proces multiaxial de **evaluare a riscului suicidar** care coroborează date culese referitor la ideea și comportamentul subiectului precum și factorii psihosociali și istoria lui (APA, 2003).
- Scopul evaluării este de a identifica factorii care pot crește sau reduce nivelul riscului de suicid și să permită formularea rapidă a unui plan de siguranță care se adresează acelor factori favorizanți.
- Evaluarea subiectului suicidar se poate face cu ajutorul unui **interviu** nestructurat cu întrebări deschise care să permită subiectului să descrie liber trăirile și dorințele sale sau se pot aplica **instrumente structurate**, preformate, care evaluează ideea suicidară în mod standardizat.

Interviul cu un subiect suicidar

- Are ca scop formarea unei alianțe terapeutice care să permită explorarea în profunzime a gândurilor suicidare, a factorilor favorizanti, a capacității subiectului de a formula un plan de siguranța și de a-l urmări în vederea recâștigării dorinței și speranței de a trăi.
- Etapa de angajare pentru că scopul este de a-l capacita pe subiect în angajarea responsabilității proprii pentru ceea ce gândește și pentru ceea ce vrea să schimbe.

Comunicarea

Autentică: nonverbală și verbală!

- A-l asculta cu atenție, calm și căldură.
- A-l trata cu respect și seriozitate.
- A empatiza cu emoțiile lui, a le accepta și a nu-l judeca.
- A exprima grija, încrederea și capacitatea de a-l ajuta.

Sentimentele și gândurile automate ale unui individ suicidar

Sentimente	Gânduri automate
Tristețe...	Aș dori să fiu mort!
Singurătate...	Nu-i pasă nimănui!
Lipsa de speranță...	Sunt un învins!
Lipsa de ajutor...	Nu pot face nimic!
Lipsa de valoare...	Cealalți vor fi mai fericiți fără mine!

Etape

- I. Strângerea de informații privind factorii de risc, factorii protectivi și semnele de alarmă ale suicidului;
- II. Colectarea informațiilor legate de ideea suicidară, planul și intenția de suicid a subiectului;
- III. Formularea clinică a riscului de suicid bazată pe cele două feluri de informații anterioare.

Evaluarea factorilor de risc suicidar

❖ Factori demografici:

- vârsta (incidența crește cu vârsta),
- genul (rată mai mare la bărbați decât la femeil),
- statutul marital (risc mai mare indivizii separați, divorțați, văduvi, necăsătoriți sau singuri)

❖ Statutul social: șomajul, pensionarea sau pierderea statutului social avut anterior.

Rată crescută de suicid

- ❖ Prezența unei istorii de tentative de suicid;
- ❖ Prezența bolilor fizice cronice sau severe, dizabilitante sau terminale (crește riscul de depresie, consecutiv și de suicid);
- ❖ Prezența unei tulburări psihiatrice (depresie majoră, tulburare bipolară, schizofrenie, tulburare de personalitate Borderline/ antisocială, abuz de alcool/ droguri)
- ❖ Prezența comportamentului impulsiv;
- ❖ Prezența unor simptome psihopatologice (lipsa de speranță, anxietatea severă, insomnia severă, simptome psihotice).

Modelul de intervenție în 7 pași

- Intervenția cuprinde în mod logic și evaluarea subiectului suicidar.
- Cronologic se urmărește dezvoltarea relației subiect-clinician.

[Roberts, 2000]

Pasul 1. Evaluarea letalității:

1. Asigurarea imediată a siguranței subiectului suicidar.
2. Folosirea planului de urgență pentru împiedicarea suicidului.

Pasul 2. Stabilirea raportului cu subiectul:

3. Stai cu subiectul.
4. Managementul contra transferului.
5. Normalizarea subiectului conversației.
6. Oferă o atmosferă de calm.
7. Treci de la stilul autoritar la cel colaborativ.
8. Sprijină subiectul să se ajute singur.

Pasul 3. Ascultarea narațiunii subiectului:

9. Ascultă, înțelege, validează.
10. Comunică calm și combate ambivalența.
11. Creează o fereastră terapeutică.
12. Categorizează problemele.
13. Identifică mesajul.

Pasul 4. Managementul emoțiilor:

14. Încurajează ventilarea emoțiilor.
15. Validează durerea sufletească a subiectului.
16. Ajută-l să tolereze emoțiile negative.

Pasul 5. Explorarea alternativelor:

17. Reduce rezistența ideilor suicidare.
18. Stabilește un cadru pentru rezolvarea problemelor.
19. Angajează suportul social disponibil.
20. Restaurează speranța subiectului.
21. Ajută subiectul să descopere posibilități și să dezvolte reziliența.

Pasul 6. Folosirea strategiilor comportamentale:

22. Ajută să formuleze schița unui plan de acțiune pe termen scurt.
23. Formulează un plan de siguranță decât un contract de siguranță.

Pasul 7. Urmărirea:

24. Folosește conceptul de manager de caz pentru urmărirea clinică.
25. Evaluează eficacitatea intervențiilor și îmbunătățește strategiile folosite.

Managementul contratransferului

Reacțiile contratransferențiale (mânia, ostilitatea, negarea sau creșterea nivelului de impulsivitate) pot deteriora relația terapeutică și pot pune sub semnul întrebării succesul comunicării și al intervenției.

- ❑ focalizarea pe acum și aici și neglijarea aspectelor din trecut pe care subiectul suicidar are tendința să le aducă în prezent; identificarea problemei și a factorilor precipitanți ai crizei actuale și concentrarea pe un program concret de rezolvare structurată a problemei ca o alternativă la suicid;
- ❑ dobândirea unui acord în ceea ce privește planul de siguranță pentru a ține subiectul departe de orice tentativă de suicid;

- ❑ stabilirea limitelor clare în ceea ce privește responsabilitatea fiecărei părți; în ultimă instanță, subiectul este responsabil de a rămâne sau nu în viață;
- ❑ Intervenționistul trebuie să rămână calm și să nu-și ia angajamente care să-l conducă la încercări emoționale și disperate de a furniza ajutor;
- ❑ flexibilitate în receptarea criticii și impulsivității subiectului și evitarea răspunsului la acestea;
- ❑ colaborarea cu alte părți implicate în răspunsul la suicidalitate, evitarea de a se lăsa influențat de percepția subiectului asupra altora.

Abordarea psihoterapeutică

- Abordarea psihoterapeutică poate fi dintre cele mai importante rezolvări ale crizei suicidare, axată pe problema curentă și trăirile negative.
- Reflectarea empatică ca etapă s-a dovedit a fi un mod eficient de inventariere a resurselor persoanei, cu reformulări pozitive, recunoașterea și accentuarea propriilor posibilități.

Sinuciderea la persoanele în vârstă

- Este mai frecventă, persoanele în vârstă fiind puse mai des în situații sociale defavorizante (pensionare, scăderea drastică a valorii lor sociale) și având mai frecvente condiții psihice interne predispozante.
 - Îmbătrânirea înseamnă reducerea capacităților adaptative, apariția multor suferințe fizice, reducerea substanțială a trăirilor de satisfacție și plăcere, imposibilitatea retrăirii vieții, deci a altei șanse.

Persoana vârstnică vulnerabilă

❖ Mecanismul din spatele comportamentului suicidar este

de cele mai multe ori cumulativ:

o serie lungă de traume și pierderi asociate cu

un anumit tip de personalitate și

un model de reziliență disfuncțional sau depășit de supraîncărcare.

T.S. – M, 67 ani

❖ Bărbat în vârstă cu risc sever de suicid:

- externat după a treia tentativă de suicid,
- sunt prezenți mai mult de doi factori majori de suicid

(tentative multiple, probleme severe de sănătate, tulburări de dispoziție, impulsivitate, abuz de alcool, realizări nesatisfăcătoare).

<input checked="" type="checkbox"/>	Tentativa actuală de suicid	<input checked="" type="checkbox"/>	Lipsa de speranță
<input type="checkbox"/>	Tentativa întreruptă de suicid	<input checked="" type="checkbox"/>	Episod depresiv major
<input type="checkbox"/>	Tentativa întreruptă sau abortată	<input type="checkbox"/>	Episod afectiv mixt
<input type="checkbox"/>	Alte acte preparatorii pentru suicid	<input type="checkbox"/>	Halucinații care comandă vătămarea corporală
<input type="checkbox"/>	Comportament autovătămător fără suicid	<input type="checkbox"/>	Comportament impulsiv sever
Ideație suicidară		<input checked="" type="checkbox"/>	Abuz sau dependență de substanțe
<input checked="" type="checkbox"/>	Dorința de a fi mort	<input type="checkbox"/>	Agitație sau anxietate severă
<input type="checkbox"/>	Gânduri suicidare	<input checked="" type="checkbox"/>	Percepție de povară pentru familie sau alții
<input type="checkbox"/>	Gânduri suicidare cu metodă, dar fără plan sau intenție	<input checked="" type="checkbox"/>	Durere fizică cronică sau alte probleme medicale acute, inclusiv cancer
<input type="checkbox"/>	Intenție de suicid (fără un plan specific)	<input type="checkbox"/>	Ideație homicidară
<input type="checkbox"/>	Intenție de suicid cu un plan specific	<input type="checkbox"/>	Comportament agresiv față de alții
Evenimente precipitante		<input type="checkbox"/>	Metodă de suicid disponibilă
<input checked="" type="checkbox"/>	Pierdere recentă sau evenimente negative majore	<input type="checkbox"/>	Refuză sau nu agreează planul de siguranță
<input type="checkbox"/>	Describe:	<input type="checkbox"/>	Istorie de abuz sexual
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Istorie familială de suicid
<input type="checkbox"/>	Nu are adăpost sau așteaptă să fie închis	Factori protectivi (recenti)	
<input type="checkbox"/>	Izolare socială sau sentiment de singurătate	<input type="checkbox"/>	Identifică rațiuni pentru a trăi
Istorie medicală		<input type="checkbox"/>	Are responsabilitate pentru familie sau alții
<input checked="" type="checkbox"/>	Diagnostic și tratamente anterioare psihiatrice	<input checked="" type="checkbox"/>	Familie sau rețea suportivă socială
<input checked="" type="checkbox"/>	Lipsa de încredere în tratament	<input type="checkbox"/>	Frica de moarte, de durere sau suferință
<input type="checkbox"/>	Refuză tratamentul	<input type="checkbox"/>	Credința că suicidul este imoral,

Distorsiuni cognitive subiacente

- ✓ gândirea dihotomică, în alb și negru, între da și nu;
- ✓ rigiditatea cognitivă cu neacceptarea alternativelor;
- ✓ perfecționismul emoțional;
- ✓ suprageneralizarea prin folosirea unui singur eveniment ca justificare pentru o concluzie generală;
- ✓ pesimism;
- ✓ afectare a strategiei de rezolvare a problemelor;
- ✓ ruminăție și grijă excesivă;
- ✓ dificultăți în generarea motivelor și înțeleșurilor de a rămâne în viață;
- ✓ nihilism și cinism.

[Michelbaum, 2007]

Atitudine empatică!?

- "Practica" empatiei, "acceptarea" perspectivei celeilalte persoane, determină o aplicabilitate specifică în asistarea psihologică a crizei suicidare la persoana vârstnică.

MULȚUMESC PENTRU ATENȚIE!

rozetadraghici@gmail.com