



# Comportamentul autovătămător nonsuicidar la adolescenți



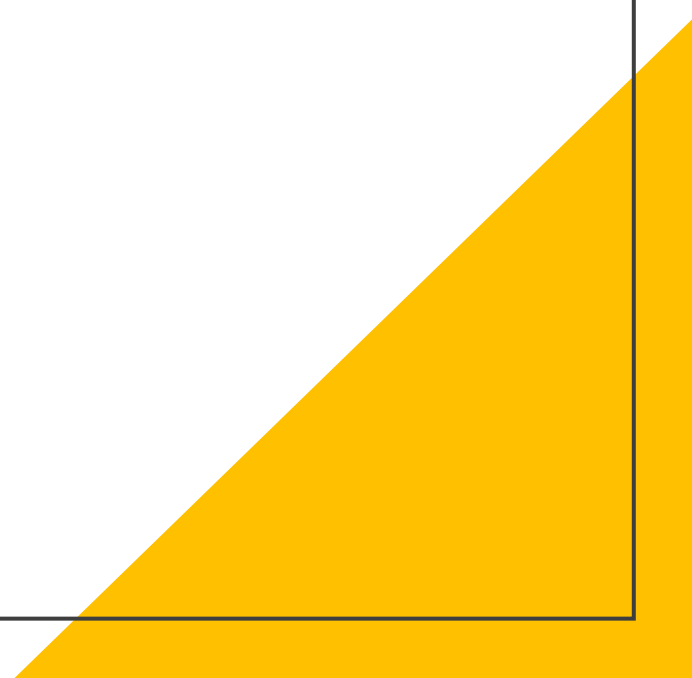
*As. Univ. Dr. Lucia-Emanuela Andrei*

As. Univ. Dr. Alexandra Mariana Buică, As. Univ. Dr. Ilinca  
Mihailescu, As. Univ. Dr. Mihaela Moise

Conf. Dr. Florina Rad



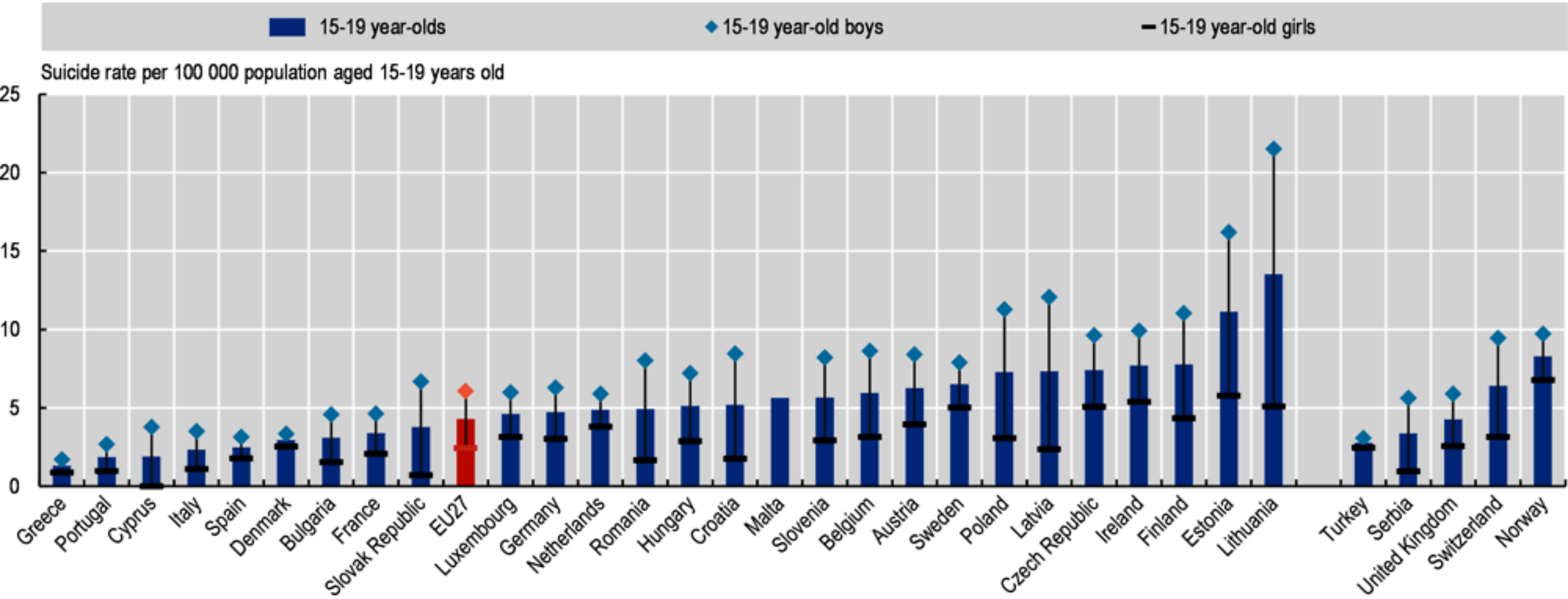
# Cuprins

1. Epidemiologie (prevalența, factori de risc, importanța problemei)
  2. Definiții, caracteristici
  3. Diferențiere NSSI / comportament suicidar
  4. Evaluarea riscului
  5. Intervenție
- 
- A large yellow triangle is positioned in the bottom right corner of the slide, pointing towards the top right.

# EPIDEMIOLOGIE

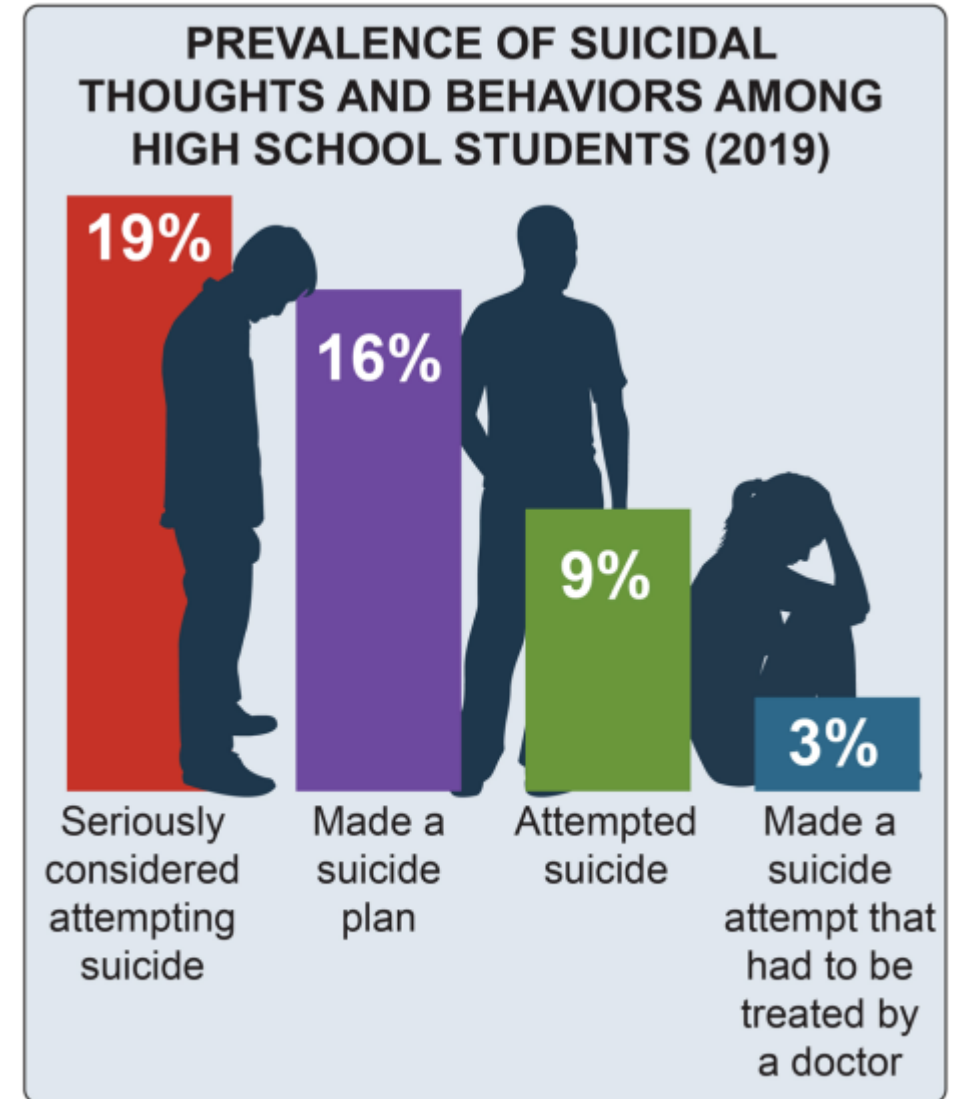


# Prevalența suicidului in randul adolescentilor 15-19 ani, Europa



## Prevalența NSSI (*non-suicidal self-injury*)

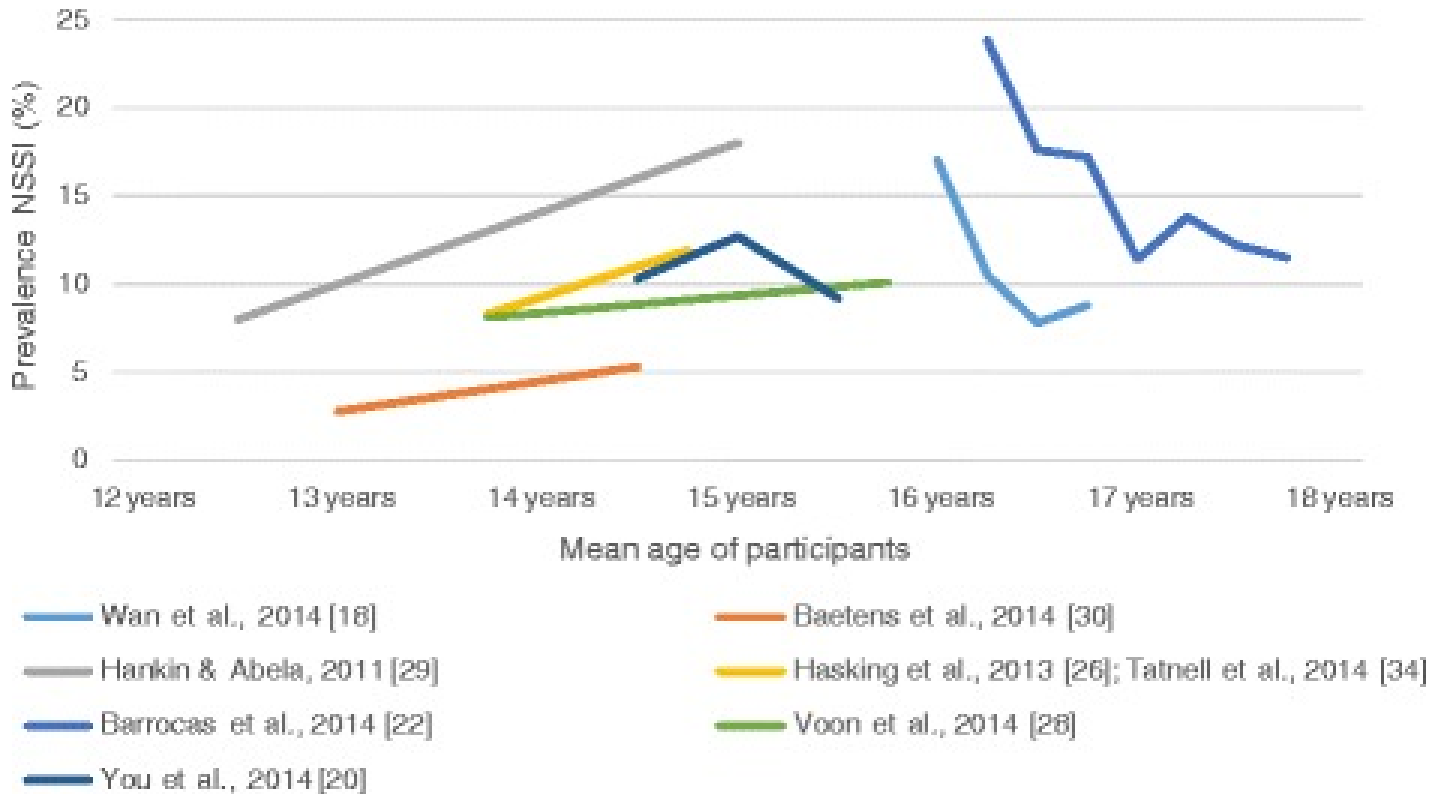
- SUA, CDC 2015 - 64671 liceeni: **6,4-30,8%** dintre adolescenți s-au implicat intenționat în comportamentul NSSI fără încercare de sinucidere în ultimele 12 luni (Monto, 2015)
- Brunner, 2014 - evaluare transversală, 12.068 de adolescenți din 11 țări europene: prevalența pe parcursul vieții a comportamentului auto-vătămător direct (D-SIB) la **27,6%**, corespunzând la 19,7% pentru D-SIB ocazional și 7,8% pentru D-SIB repetitiv; prevalența pe parcursul vieții a variat de la 17,1 la 38,6% în funcție de țări
- Swannell, 2014 - meta-analiza: prevalența medie pe parcursul vieții a apariției primare a NSSI la adolescenții de vârstă școlară din întreaga lume = **17,2%** (interval 8,0–26,3%)
- Lim 2019, meta-analiză, 686.672 de copii și adolescenți: prevalență de **22,1%** (95% CI 16,9–28,4) pe parcursul vieții a NSSI și 19,5% (95% CI 13,3–27,6) într-o perioadă de 12 luni
- Xiao, 2022- meta-analiza 62 studii, 264.638 adolescenți – eșantion non-clinic, 2010-2021: prevalența agregată a fost similară de-a lungul vieții (**22,0%**, 95% CI 17,9-26,6) și pe o perioadă de 12 luni (**23,2%**, 95% CI 20,2-26,5).



Source: 2019 United States Youth Risk Behavior Survey

## Vârsta de debut

- a ideății suicidare, < 1% până la 12 ani, creștere rapidă, constantă între 12 și 17 ani
- a planurilor și a tentativelor < 1% până la 12 ani, creștere rapidă, liniară între 12-15 ani, creștere mai lentă după 15 ani
- 88% ideăție -> plan -> tentativă în primul an de la apariția ideăției (Nock 2013)
- **vârsta medie de debut pentru NSSI în jur de 14 ani**
- prevalența NSSI crește constant până la vârsta de 12 ani, atinge vârfuri între 14 și 16 ani și arată o scădere începând cu vârsta de 18 ani (Plenner, 2015)
- cele mai mari șanse pentru a începe NSSI: 14 și 15 ani (Gandhi 2018)



# Factori de risc ai suicidului la adolescenți



- **Tentativă anterioară de suicid** (25-33% din cazurile de suicid)
- Patologia psihiatrică
  - Tulburare depresivă majoră, tulburare bipolară, tulburare de conduită, consum de substanțe
  - Mai multe tulburări mintale asociate
  - Trăsături de personalitate disfuncționale (antisociale, borderline, histrionice, narcisice)
  - Sentimente de lipsă de speranță și lipsă de valoare
  - Agresivitate impulsivă
- Factori familiali (50% cazurile de suicid)
  - Istoric familial de depresie sau suicid
  - Pierderea unui părinte prin moarte sau divorț
  - Conflicte intrafamiliale (40% din cazurile de suicid)
- Abuz fizic sau sexual
- Lipsa unui sistem de suport social, puține relații sociale, izolare
- Lipsa acceptării din partea familiei, școlii sau a comunității în cazul persoanelor homosexuale sau cu tulburare de identitate de gen
- Accesul la arme letale
- Expunere la un act suicidar (suicid sau tentativă de suicid a unui membru al familiei/ prieten sau expunere media)

Disorder	Total Sample		
	Ideation (n = 717)	Plan (n = 203)	Attempt (n = 196)
Fear/anger disorders			
Specific phobia	36.8 (2.7) <sup>d</sup>	39.0 (6.2) <sup>d</sup>	44.3 (6.3) <sup>d</sup>
Panic disorder and/or agoraphobia	10.1 (1.8) <sup>d</sup>	10.6 (2.7) <sup>d</sup>	10.4 (3.0)
Social phobia	19.9 (2.9) <sup>d</sup>	16.2 (2.8) <sup>d</sup>	25.6 (7.0) <sup>d</sup>
Intermittent explosive disorder	29.4 (2.6) <sup>d</sup>	35.7 (5.5) <sup>d</sup>	35.2 (7.0) <sup>d</sup>
Distress disorders			
Separation anxiety disorder	11.9 (2.1)	8.9 (2.7)	7.0 (2.2)
Posttraumatic stress disorder	16.1 (2.1) <sup>d</sup>	27.9 (4.3) <sup>d</sup>	25.7 (5.4) <sup>d</sup>
MDD/DYS	56.8 (3.4) <sup>d</sup>	69.7 (4.7) <sup>d</sup>	75.7 (4.7) <sup>d</sup>
Generalized anxiety disorder	8.4 (1.7) <sup>d</sup>	10.3 (3.1)	9.2 (3.5) <sup>d</sup>
Disruptive behavior disorders			
ADHD	16.3 (2.6) <sup>d</sup>	19.0 (5.4) <sup>d</sup>	21.5 (4.6) <sup>d</sup>
Oppositional defiant disorder	34.4 (3.9) <sup>d</sup>	41.6 (5.0) <sup>d</sup>	50.0 (8.0) <sup>d</sup>
Conduct disorder	20.2 (4.4) <sup>d</sup>	22.8 (5.3) <sup>d</sup>	33.5 (10.2) <sup>d</sup>
Any eating disorder	15.8 (2.8) <sup>d</sup>	11.9 (3.7)	26.7 (6.9) <sup>d</sup>
Substance abuse <sup>e</sup>			
Alcohol abuse	18.4 (2.0) <sup>d</sup>	28.6 (5.3) <sup>d</sup>	24.3 (4.4) <sup>d</sup>
Illicit drug abuse	27.4 (2.9) <sup>d</sup>	28.0 (4.5) <sup>d</sup>	34.7 (6.1) <sup>d</sup>
Other disorders			
Bipolar I or II	9.1 (1.8) <sup>d</sup>	11.9 (4.2) <sup>d</sup>	13.2 (4.3) <sup>d</sup>
Any disorder	89.3 (1.3) <sup>d</sup>	93.6 (2.2) <sup>d</sup>	96.1 (1.8) <sup>d</sup>

- 95% dintre adolescenții care au avut o tentativă de suicid au o tulburare mintală
- 75% Tulburare depresivă majoră
- 50% Tulburare de opoziție



**Psychological Model:**  
**Mental pain as a mediator of suicidal tendency:**  
**A path analysis**

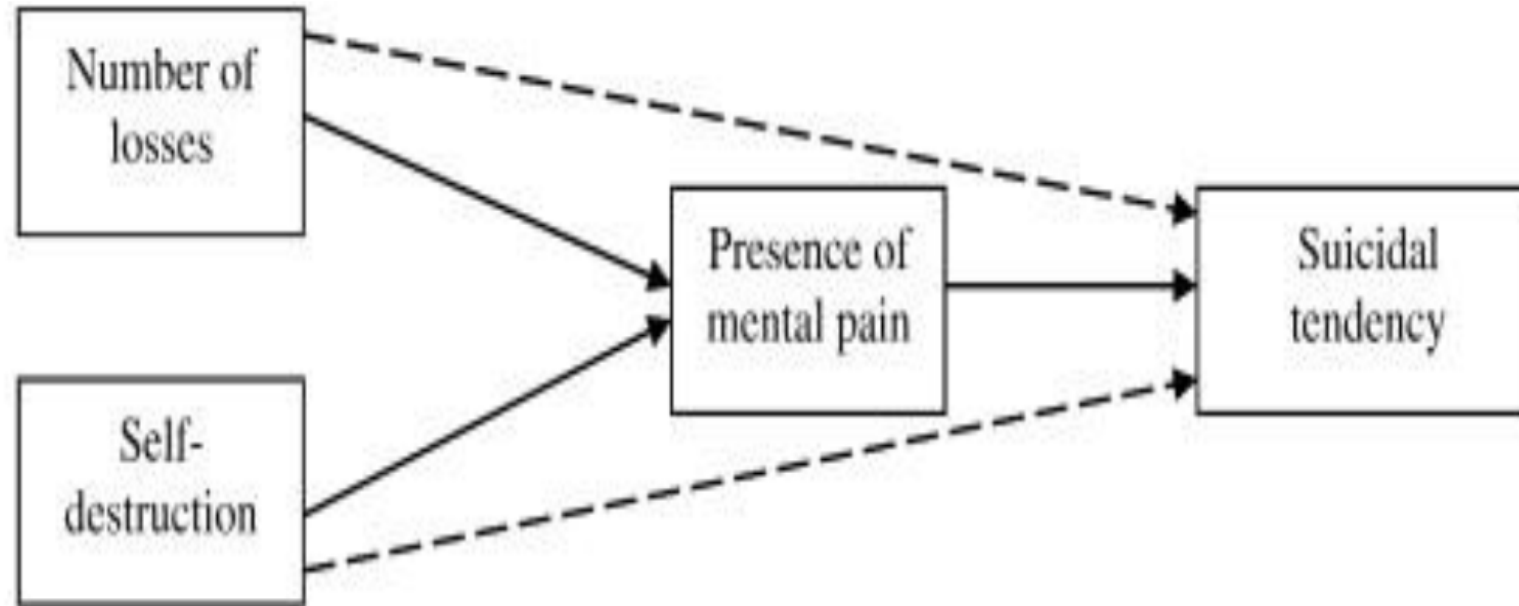
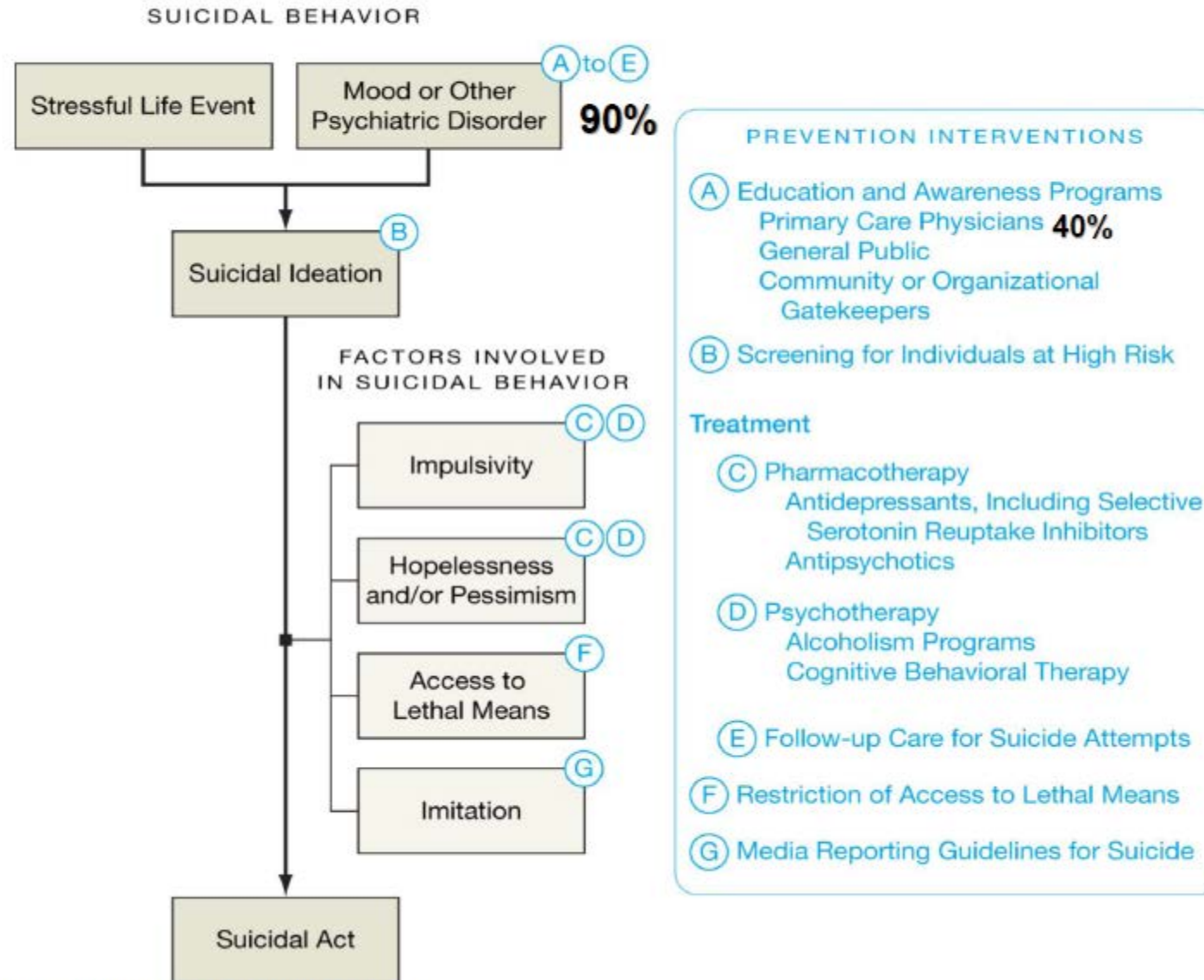
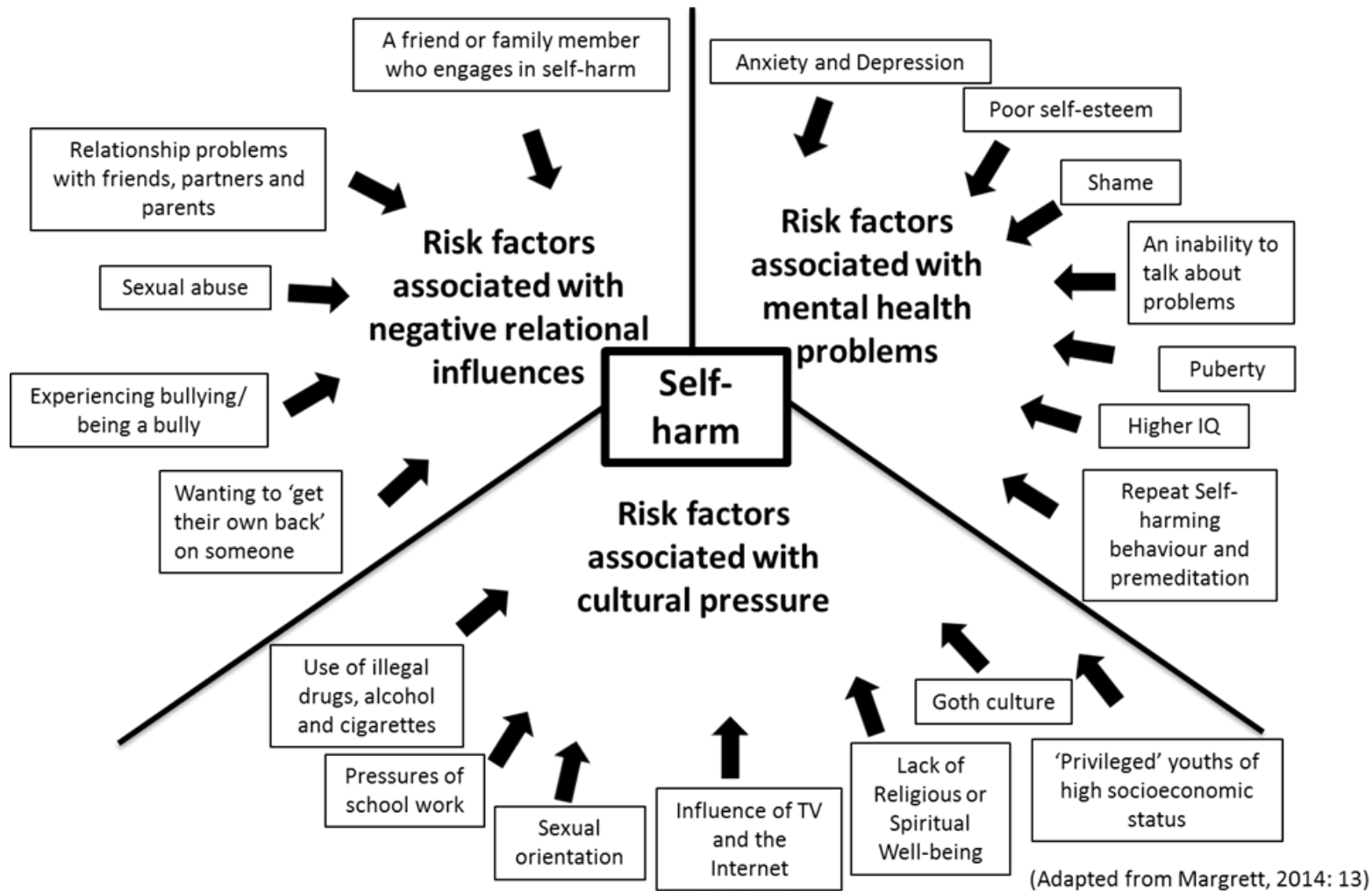


Fig. 1. Proposed model of suicidal tendency. If a mediation effect occurs, the broken lines which represent direct links between the predicting and the predicted variables are annulled (i.e. full mediation) or reduced (i.e. partial mediation).

# Suggested Model for the Suicidal Act

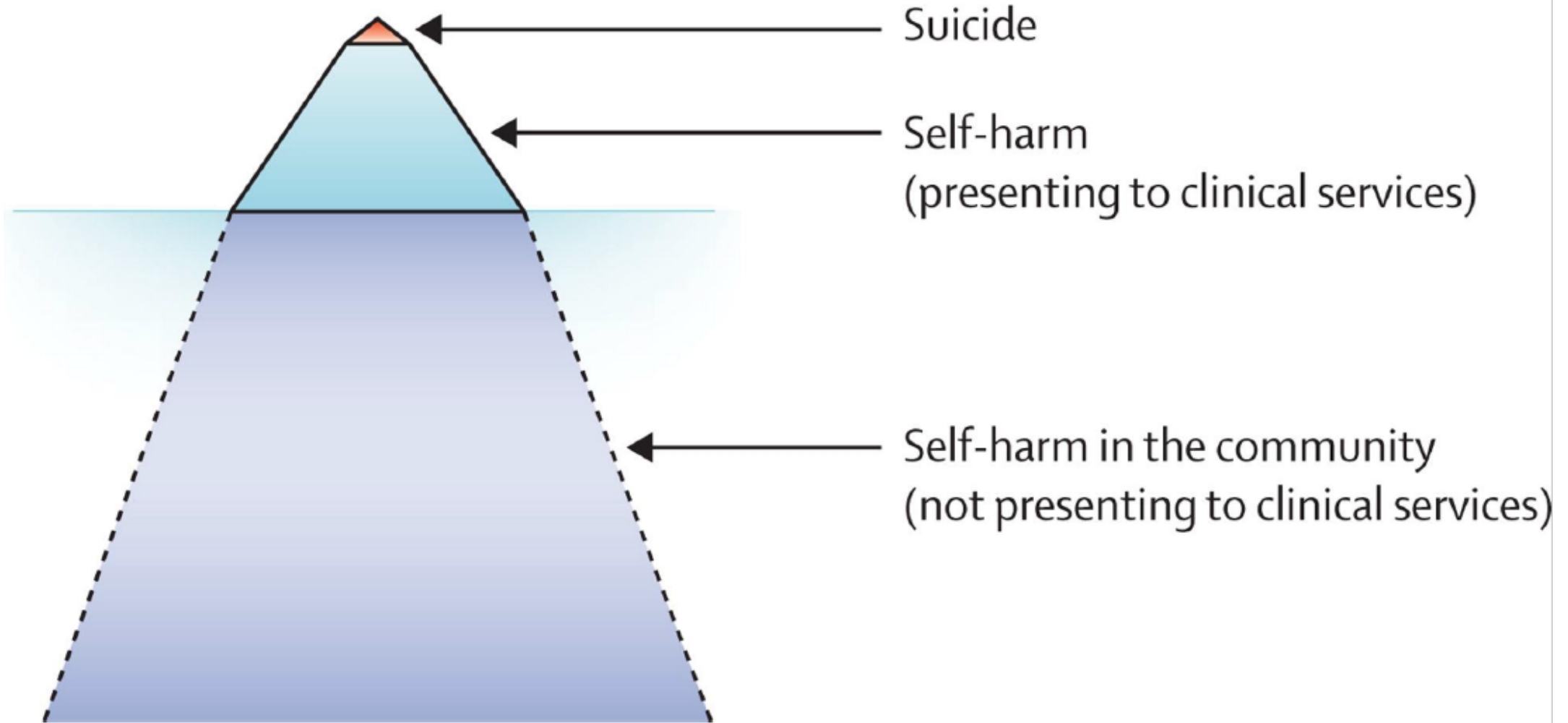


# Factori de risc ai NSSI la adolescenți



- Nu există un singur factor care contribuie la auto-vătămare
- Varietate de probleme biologice și de mediu:
  - ✓ prieteni sau membri ai familiei care au comportamente autovătămătoare
  - ✓ situații de viață stresante - evenimente traumatiche, instabilitate familială
  - ✓ izolarea socială
  - ✓ Bullying (victimă/ agresor)
  - ✓ Tulburări de sănătate mintală - depresia, anxietatea și tulburările de personalitate + consumul/ dependența de substanțe
  - ✓ Impulsivitatea
- Cu cât o persoană are mai mulți dintre acești factori, cu atât este mai mare riscul de autovătămare

# Adolescents Self Harm



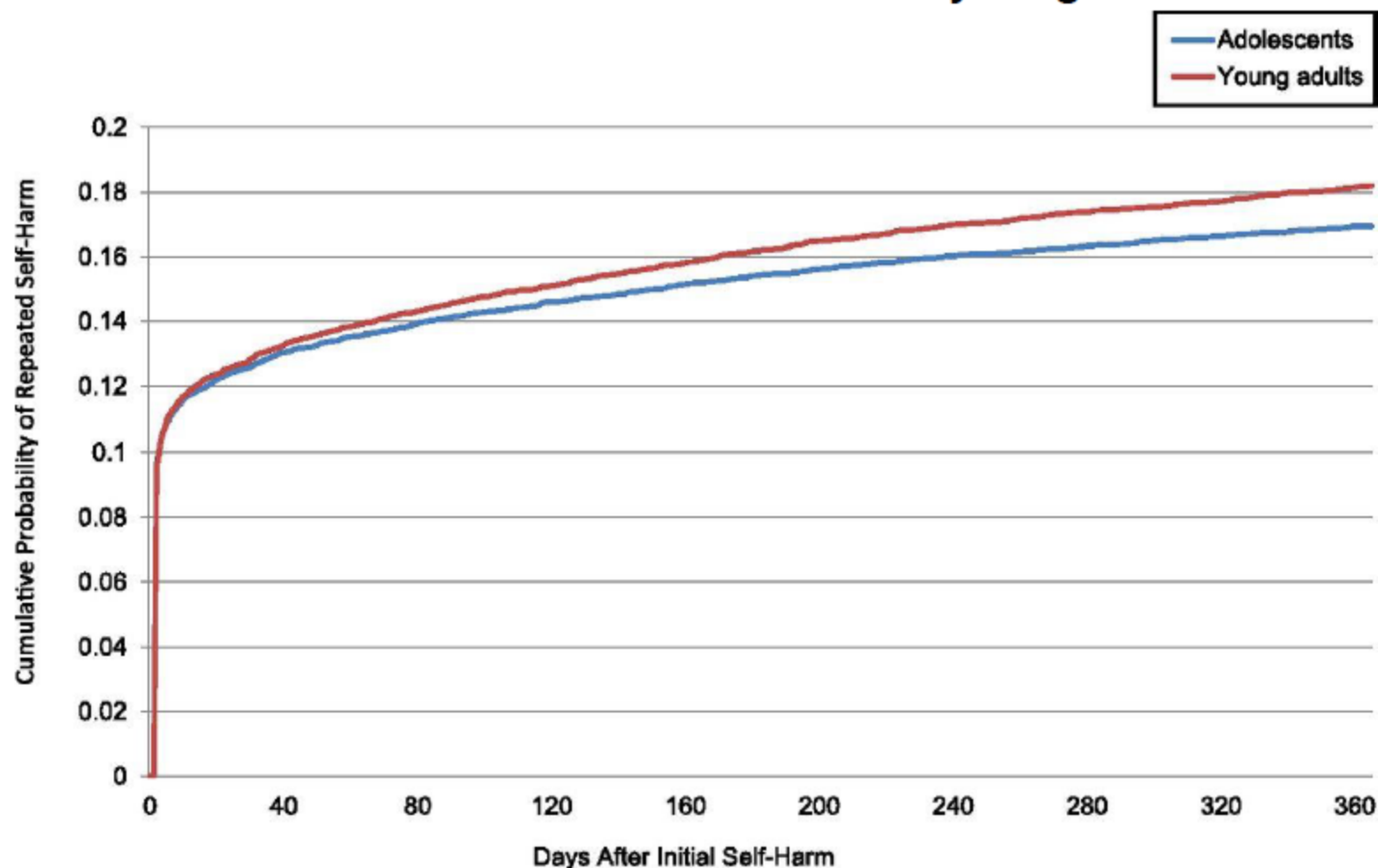


## **Nonsuicidal Self-Injury Is Predictive of Suicide Attempts Among Individuals with Mood Disorders**

MEGAN S. CHESIN, PhD, HANGA GALFAVY, PhD, CEMILE CEREN SONMEZ, MA,  
AMANDA WONG, MA, MARIA A. OQUENDO, MD, J. JOHN MANN, MD, AND  
BARBARA STANLEY, PhD

NSSI atât înainte, cât și după vârsta de 18 ani = factor predictor pentru TS precoce la subiecții cu tulburări de dispoziție

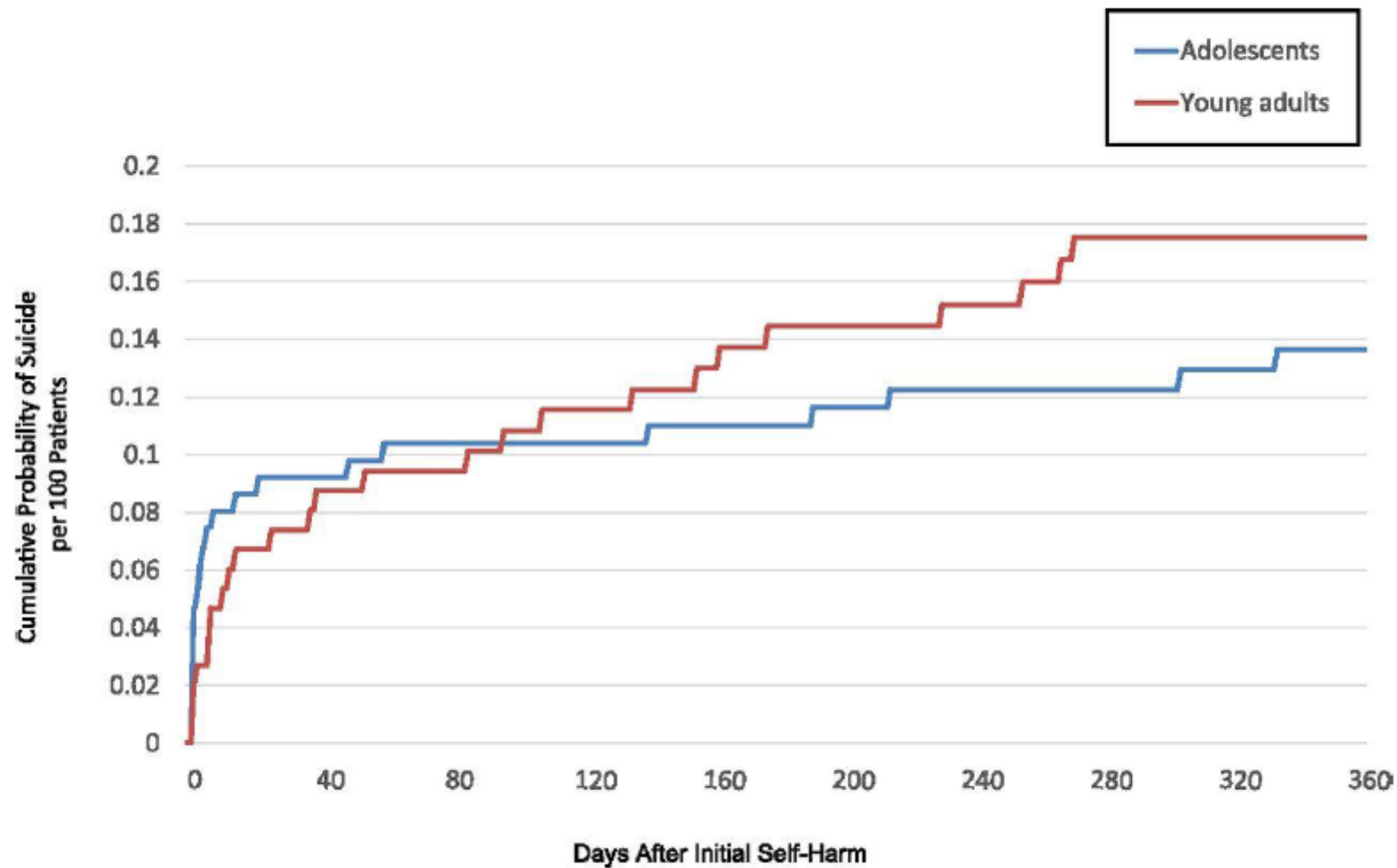
Cumulative probability of repeated self-harm during the 365 days after a self-harm event of adolescents and young adults.



Mark Olsson et al. Pediatrics 2018;141

**PEDIATRICS**<sup>®</sup>

## Cumulative probability of suicide during the 365 days after a self-harm event of adolescents and young adults.



Mark Olsson et al. Pediatrics 2018;141

**PEDIATRICS**<sup>®</sup>

# DEFINIȚII





## Comportament autovătămător non-suicidar/ NSSI/ self-harm

- Vătămare directă, repetitivă a corpului, fără intenție suicidară (Nock 2010)
- Include o varietate de comportamente cum ar fi tăierea, arderea, lovirea, zgârierea și smulgerea părului
- NSSI este un comportament complex și diferă de comportamentele generale de asumare a riscurilor; este destinat să rănească organismul, nu doar un produs secundar al comportamentului (Bresin 2013)
- Scopul NSSI la adolescenți poate varia în funcție de diverse aspecte sociale și culturale, însă opinia generală este că NSSI poate fi o strategie pentru reglarea emoțiilor negative

# Auto-vătămarea fără intenție suicidară - Criterii de diagnostic propuse în DSM 5

A. În ultimul an, individul și-a provocat intenționat de cel puțin 5 ori leziuni superficiale, într-o manieră care poate conduce, cel mai probabil, la hemoragie, echimoze sau durere (e.g. tăiere, ardere, înțepare, lovire, frecare excesivă), așteptându-se ca leziunea să determine doar prejudicii fizice minore (adică, fără intenție suicidară).

- Notă; Absența intenției suicidare a fost afirmată de către individ sau poate fi dedusă din angajarea repetată a acestuia în comportamente despre care știe, sau a aflat, că nu au risc de deces.

B. Individul se angajează în comportamente de auto-vătămare având cel puțin unul din următoarele scopuri:

1. Să obțină atenuarea unor sentimente sau stări cognitive negative.
2. Să rezolve problemele apărute în relație.
3. Să-și inducă o stare afectivă pozitivă.

- Notă: Ameliorarea sau răspunsul dorit este resimțit pe parcursul sau la scurt timp după comportamentul de auto-vătămare, iar individul poate prezenta tipare de comportament care sugerează dependența de a repeta comportamentul auto-mutilant.

# Auto-vătămarea fără intenție suicidară - Criterii de diagnostic propuse în DSM 5

C. Auto-vătămarea intenționată este asociată cu cel puțin una din următoarele:

1. Dificultăți în relațiile interpersonale sau sentimente și gânduri negative, cum ar fi depresia, anxietatea, tensiunea, furia, disconfortul generalizat sau auto-critica, apărute cu puțin timp înaintea actului de auto-lezare.
2. Înainte de angajarea în actul respectiv a existat o perioadă în care individul a fost preocupat privind comportamentul intenționat, preocupare dificil de controlat.
3. Gânduri de auto-vătămăre care apar frecvent, chiar și atunci când nu sunt puse în act.

D. Comportamentul nu este acceptat de societate (e.g. piercing corporal, tatuaj, parte a unui ritual religios sau cultural) și nu este limitat la ruperea unei cruste sau roaderea unghiilor.

E. Comportamentul sau consecințele acestuia provoacă disconfort sau disfuncție semnificative clinic, sau influențează domeniul interpersonal, educațional sau alte arii importante de funcționare.

F. Comportamentul nu apare exclusiv în timpul episoadelor psihotice, al unui delirium, al intoxicației cu anumite substanțe sau al sevrajului. La indivizii cu tulburare de neurodezvoltare comportamentul nu este parte a unui tipar de stereotipii repetitive. Comportamentul nu poate fi explicat mai bine de altă tulburare mintală sau afecțiune medicală (e.g. tulburare psihotică, tulburare din spectrul autismului, incapacitate intelectuală, sindrom Lesch-Nyhan, tulburare cu mișcări stereotipe și auto-vătămăre, tricotilomanie [tulburarea de smulgere a părului], tulburarea de provocare a excoriațiilor [de grataj cutanat]).

# Caracteristici – DSM 5

- Caracteristica esențială a auto-vătămării fără intenție suicidară este aceea că individul își provoacă repetat leziuni superficiale, dar dureroase pe suprafața corpului.
- Cel mai frecvent, provoacă repetat leziuni superficiale, dar dureroase pe suprafața corpului
- Cel mai frecvent, scopul este reducerea emoțiilor negative, cum ar fi tensiunea, anxietatea și sentimentele de vinovăție și/sau pentru a rezolva o problemă în relațiile interpersonale
- În unele cazuri, leziunea este considerată ca fiind auto-pedeapsă meritată. Individul declară de obicei o senzație imediată de ameliorare care apare în cursul procesului
- La cazurile în care comportamentul apare frecvent, acesta poate fi asociat cu senzația de necesitate și dorință puternică, iar tiparul de comportament rezultat este asemănător cu dependența.
- Plăgile provocate pot deveni mai numeroase și mai profunde.

# Caracteristici

- Cel mai adesea leziunea este produsă cu un cuțit, un ac, o lamă sau alte obiecte ascuțite.
- Zonele frecvent lezate includ zona anterioară a coapselor și fața dorsală a antebrațelor.
- Un singur episod poate include o serie de tăieturi superficiale, paralele - separate de 1-2 cm - într-o zonă vizibilă sau accesibilă.
- Tăieturile sângerează adesea și lasă în final cicatrici caracteristice.
- Alte metode includ înțeparea unei zone, cel mai adesea a părții superioare a brațului, cu un ac sau un cuțit cu vârf ascuțit; producerea unei arsuri superficiale cu o țigară aprinsă, sau arderea tegumentului prin frecarea repetată cu o radieră.
- Folosirea mai multor metode în auto-lezare fără intenție suicidară este asociată cu o psihopatologie mai severă, inclusiv cu tentative de suicid.

NSSI/ SUICID



# Suicid VS Self harm - Aspecte de diferențiere

ÎNTREBARE	SUICID	SELF-HARM
<b>Care a fost intenția, exprimată și neexprimată a actului?</b>	să scapi de durere, să închei socotelile, să pierzi conștiința	să te eliberezi (tensiune, furie, durere, gol, “stare”)
<b>Care este gradul de letalitate al actului?</b>	vătămări fizice severe, letalitate crescută a mijloacelor puse în joc	vătămări fizice ușoare, mijloace cu letalitate redusă
<b>Există un pattern cronic, repetitiv al actului?</b>	rareori o repetabilitate cronică	pattern cu repetabilitate crescută
<b>Sunt utilizate mai multe metode de autovătămare?</b>	de obicei o preferință “unică”...	de multe ori o schimbare a modus operandi
<b>Care este nivelul durerii psihice?</b>	constant ridicat, persistent	intolerabil, intermitent / fluctuant

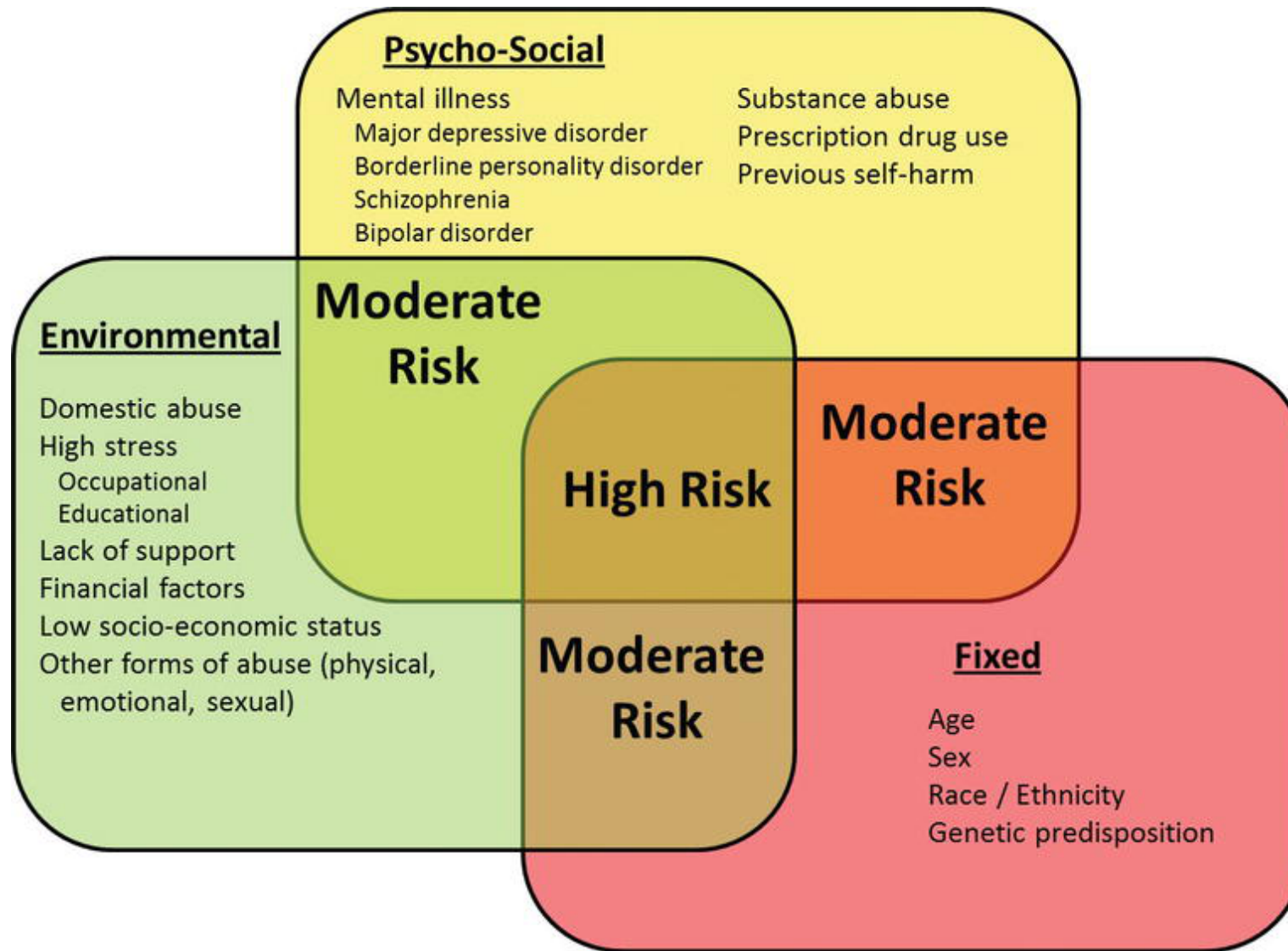
# Suicid VS Self harm - Aspecte de diferențiere

INTREBARE	SUICID	SELF-HARM
Există fenomene de blocaj cognitiv?	gîndire în tunel, suicidul privit ca unică soluție	efectul de blocaj de obicei inexistent, alternative există, dar actul este o alegere considerată a fi "soluția la îndemână"
Există fenomene de lipsă de speranță și de neajutorare?	lipsa de speranță și neajutorare marcate	perioade de optimism și un control relativ, inclusiv asupra actului de auto-vătămare
Ce se întîmplă după încheierea actului?	supraviețuitorii nu-și revin imediat, au nevoie de suport îndelungat	ameliorare rapidă cu "schimbarea pozitivă" a stării



# EVALUAREA RISCULUI





## Evaluarea riscului

- Tentativa anterioară de sinucidere
- Tulburări psihiatrice (MDD)
- Depresie precoce sau netratată
- Factori de stres acut
- Singurătate
- Sistem de suport inadecvat
- Imigrarea
- Umilirea
- Bullying și Cyber-Bullying (13 Reasons)



INTERVENȚIE



# Cine se internează?

## David 17 ani

- Al doilea dintre cei 3 frați
- Ideeație suicidară de 2s
- Depresie ușoară
- Corigent la 3 materii la sfârșitul cls. A X-a
- Fără antecedente familiale
- Mulți prieteni
- Iritabil, intră frecvent în conflicte
- Mama bolnavă – patologie oncologică
- Relații stabile

## Alexia 15 ani

- Prima din 2 frați, părinții au divorțat
- Distimie cronică
- Trăsături de personalitate din Clusterul B
- NSSI în ultimul an
- Istoric familial de tulburări de dispoziție
- Se simte singură
- Impulsivă
- Istoric de raume sexuale
- Relații instabile

# Abordarea terapeutică

1. Observație atentă
2. Mediu sigur, plan de siguranță
3. Alianța terapeutică
4. Tratamentul agresiv al depresiei
5. CBT
6. DBT
7. Terapie Familie
8. Intervenții on-line

Zalsman 2022

## Self-Harm Relapse Prevention Plan

A self-harm relapse prevention plan for teens and young adults includes suggestions for how they can distract or redirect themselves from self-harm urges as well as coping skills. Here are a few ideas for what could go into a plan.

### ✓ Distract Yourself

- Connect with a positive friend or relative.
- Do something physical (e.g., dance, walk, take a yoga class, ride a bike).
- Watch a favorite funny/uplifting TV show.



### ✓ Practice Self-Expression

- Journal about your emotions.
- Draw, paint, or make a collage.
- Make music. Sing or write lyrics.



### ✓ Try a Calming Technique

- Snuggle with a pet.
- Do a meditation or other mindfulness exercise.
- Hold a smooth rock or other object that makes you feel grounded.



### ✓ Connect With Others and Break the Silence

- Talk honestly about what you're going through with someone you trust.
- Share your story on social media or a blog to help destigmatize self-harm relapse.
- Find a self-harm recovery group, in person or online.



doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07030454.

# Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents

Robert D Gibbons <sup>1</sup>, C Hendricks Brown, Kwan Hur, Sue M Marcus, Dulal K Bhaumik, Joëlle A Erkens, Ron M C Herings, J John Mann

- In urma atentionarii emise de FDA in legatura cu riscul suicidar, rata de prescriere a antidepresivelor de tip SSRI pentru copii si adolescenti a scazut cu 22% in Statele Unite, iar rata suicidului in randul adolescentilor a crescut cu 14% intre 2003 si 2004, fiind cea mai importanta modificare a ratelor de suicid de cand sunt luate in evidenta aceste date.

## Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials

Jeffrey A Bridge <sup>1</sup>, Satish Iyengar, Cheryl B Salary, Rémy P Barbe, Boris Birmaher, Harold Alan Pincus, Lulu Ren, David A Brent

Affiliations + expand

PMID: 17440145 DOI: [10.1001/jama.297.15.1683](https://doi.org/10.1001/jama.297.15.1683)

- NNT: de la 4 (fluoxetine) la 20 (for nefazodone), medie 10 (Bridge et al, 2007).
- NNH (comportament sau ideatie suicidara) de la 112 (adolescenti cu depresie) la 200 (adolescenti cu TOC), medie 143.



> [Front Psychiatry](#). 2020 Sep 2;11:717. doi: 10.3389/fpsy.2020.00717. eCollection 2020.

# Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment

Katharine Boaden <sup>1</sup>, Aneka Tomlinson <sup>1 2</sup>, Samuele Cortese <sup>3 4 5 6</sup>, Andrea Cipriani <sup>1 2</sup>

Affiliations + expand

PMID: 32982805 PMCID: [PMC7493620](#) DOI: [10.3389/fpsy.2020.00717](#)

***“Venlafaxine was associated with a significantly increased risk of suicidal behavior or ideation when compared with placebo (OR 0.13, 95% CrI 0.00 to 0.55) and also with five other active antidepressants (namely, escitalopram, imipramine, duloxetine, fluoxetine, and paroxetine).”***

- La copii și adolescenți cu depresie, dovezile (RCT) nu acceptă evitarea utilizării SSRI din cauza riscului crescut de comportament suicidar, eși există dovezi care sugerează creșterea riscului de ideatie suicidară la această populație.
- Adăugarea terapiei cognitiv-comportamentale (CBT) la fluoxetină poate duce la diminuarea IS și a CS comparativ cu tratamentul cu fluoxetină în monoterapie (March 2007)
- Studiile ecologice la scară largă ale antidepresivelor indică faptul că inițierea farmacoterapiei nu este asociată cu un risc crescut de sinucidere, în timp ce continuarea farmacoterapiei pentru depresie este asociată cu un risc redus de sinucidere (Sondergard 2007)

**Vă mulțumesc pentru atenție!**

**Întrebări?**

[emaandrei@gmail.com](mailto:emaandrei@gmail.com)

