

EVALUAREA RISCULUI SUICIDAL ÎN CORELAȚIE CU FUNCȚIONALITATEA FAMILIEI

Maria CORCEVOI, dr., lector univ.

*Facultatea de Științe ale Educației, Psihologie și Arte,
Universitatea de Stat „Alecu Russo” din Bălți*

Abstract: *Historically, the approach to suicide has come to an extreme, from civil and religious convictions, to purely pathological evaluations. In Moldova, it has become the most pressing issue that requires immediate intervention as it is influenced by the fact that many parents go to work abroad, thus multiplying the disintegrated families that lead to the lack of emotional support, to frequent family conflicts and lead to social and communication isolation of the teenager. The aim of this research is to determine the correlation between dysfunctional families and the high risk of teenage suicide, as well as to develop a model of family counseling in psychointervention with the families of adolescents with increased suicide risk.*

Keywords: *teenager, family, suicide, suicide attempt, family counseling, affective climate.*

Istoria umanității este marcată de eterna întrebare: avem dreptul și libertatea să decidem cum ni se va sfârși viața? Pentru unii, aceasta este o dureroasă și insurmontabilă dilemă, iar atunci când disperarea și senzația de pierdere a controlului depășesc resursele adaptative ale persoanei, suicidul poate fi perceput ca o soluție la problemele existențiale [4, p. 3]. Suicidul este o problemă majoră ce ține de sănătatea publică și care are consecințe sociale, emoționale, economice, culturale etc. Suicidul în lume înregistrează aproape un milion de oameni. Aproape 10 - 20 de milioane au tentative suicidale anual. Adevăratul număr de sinucideri este, probabil, mult mai mare, deoarece unele decese au fost considerate și înregistrate ca accidente, fie de mașină, fie supradoze și nu sunt recunoscute ca fiind sinucideri. În lume sinuciderea este cea de-a opta cauză de deces la bărbați și a 16-a cauză de deces la femei. Este cea de-a treia cauză de deces pentru persoane cu vârste între 10 - 24 de ani [apud 8, p. 43].

Conform Dicționarului Sănătății: „Suicidul este tulburarea instinctului de conservare, prin care o persoană se distruge singură, alegând o metodă fizicochimică (spânzurare, înec, electro-

cutare)” [7, p. 357]. O serie de date cu caracter științific le-am reiterat din studiul realizat de Cornuțiu O., și anume: conform Organizației Mondiale a Sănătății, comportamentul suicidar „este actul prin care un individ caută să se autodistrugă fizic, cu intenția mai mult sau mai puțin autentică de a-și pierde viața, fiind conștient, mai mult sau mai puțin, de motivele sale”; tentativa de suicid este „un comportament autoagresiv non-fatal”; în 1970, Kreitman propunea termenul de parasuicid, prin care înțelegea orice autoagresiune nonfatală, excluzând intoxicația supraacută cu alcool și supradozarea neintenționată cu medicamente; în 1985, Henderson propune termenul de „Comportament suicidar non-fatal”. Termenii sunt folosiți în literatură când unul, când altul. Se consideră (OMS și majoritatea autorilor) că tentativele de suicid sunt de 10-20 de ori mai frecvente decât suicidul fatal, care are un trend de creștere progresivă a ratei și a ajuns între 800 000 - 1 000 000/an, ceea ce înseamnă pentru tentative de suicid între 8 și 20 de milioane de oameni/an în lume [apud 3, p.4]. „Din punct de vedere psihologic și psihopatologic, suicidul reprezintă o autodistrugere specifică, o reacție comportamentală de tip anti-social ce implică factorul individual instinctiv, dar și cauze psihopatologice specifice: delirul, halucinațiile, ideile ipohondrice, stările obsesive-fobice, melancolia” [1].

Niciodată nu există o singură cauză a unui suicid. În cele mai multe dintre cazuri, sinuciderea este rezultatul acumulării problemelor și dificultăților până în punctul în care persoana nu mai vede altă soluție pentru a rezolva situația cu care se confruntă. Când o persoană se află într-o stare de disperare sau trece printr-o perioadă dificilă, un eveniment aparent minor poate fi declanșatorul alegerii suicidului ca soluție [2].

Suicidul în rândul adolescenților denotă prezența unei neliniști importante, este un strigăt de suferință, de disperare și de cerere de ajutor. Explicația acestui fenomen nu se poate găsi într-un factor precipitant, ci în istoria tânărului, într-o viață problematică, în conflicte anterioare. Cu siguranța în viața unui tânăr care ajunge să se sinucidă a avut loc o escaladare a problemelor care au început când acesta era foarte mic, problemele au crescut și s-au acumulat odată cu trecerea anilor, iar apoi au atins un punct culminant în perioada de adolescență.

În R. Moldova a devenit cea mai stringentă problemă care necesită o intervenție imediată, întrucât se parcurge etapa când foarte mulți părinți sunt plecați la muncă în străinătate, astfel multiplicându-se familiile dezintegrate, care duc la absența sprijinului emoțional, la conflicte familiale frecvente și conduc la o izolare socială și comunicațională a adolescentului. Toate cele menționate mai sus comportă traume psihice, stres emoțional profund, sentimentul singurătății, eșec școlar etc.

Scopul cercetării constă în determinarea corelației dintre familiile disfuncționale și riscul înalt al adolescenților la suicid, cât și aplicarea intervenției psihologice asupra familiei spre minimalizarea riscului suicidar la adolescenți.

Ipoteza studiului: *Presupunem că riscul suicidar este mai mare la adolescenții proveniți din familii cu disfuncționalitate înaltă, iar odată cu optimizarea funcționalității familiei va scădea riscul suicidar.*

Descrierea metodelor aplicate în cercetare. În cadrul investigației au fost utilizate mai multe tehnici psihologice de studiu, care vor fi descrise în continuare. Datele experimentale obținute au fost supuse prelucrării *statistice* pentru determinarea coeficienților t-Student și corelarea datelor prin calcularea coeficientului Pearson.

1. *Instrumentul de evaluare a familiei (FAD Nathan B. Epstein, Lawrence M. Baldwin și Duane S. Bishop, 1983)* identifică funcționarea familiei cu ajutorul a 60 de itemi structurați pe 6 scale și este prezentată în anexă. Noi am evaluat doar subskala **funcționarea generală a familiei**. Media mai ridicată indică funcționarea nesănătoasă a familiei, iar media scăzută presupune funcționarea sănătoasă a familiei.
2. *Scala de evaluare a riscului de suicid la copii (Child Suicide Risk Assessment - CSRA)* este un instrument recent dezvoltat de Larzelere și Andersen (2004) cu scopul de a identifica rapid copiii/adolescenții, în special cei peste 12 ani, care au nevoie de observare atentă și intervenție precoce pentru a preveni un eventual suicid.

Lotul experimental: au participat 50 de adolescenți, cu vârste cuprinse între 18 și 22 de ani, studenți ai școlii profesionale din mun. Bălți, și câte un părinte al acestora (50 de adulți). 5 familii (17 subiecți) din mediul rural au participat la experimentul formativ și de control.

În analiza ipotezei unde presupunem că riscul de suicid este mai mare la adolescenții proveniți din familii cu disfuncționalitate înaltă am corelat variabila independentă *riscul de suicid la adolescenți* cu variabila *funcționalitatea familiei* conform rezultatelor obținute de la scalele completate de adolescenți, utilizând corelația Pearson.

Tabelul 1. Rezultatele testului Pearson între funcționalitate familiei și riscului suicidar

		Funcționarea familiei pre intervenție	Risc suicid pre intervenție
Funcționarea familiei pre intervenție	Pearson Correlation	1	,703**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	50	50
Risc suicid pre intervenție	Pearson Correlation	,703**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	50	50

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

În urma corelării, am obținut un $r = 0,703$ cu un prag semnificativ ($p < 0,001$) și cu semnul corelației pozitiv, ceea ce înseamnă că indicelui mare al riscului suicidar îi corespunde un scor mare al disfuncționalității familiei; indicelui mic a riscului suicidar îi corespunde un scor mic al disfuncționalității familiei. Astfel, putem menționa că se confirmă faptul că ***riscul suicidar este mai mare la adolescenții proveniți din familii cu disfuncționalitate înaltă.***

Psihointervenția cu familiile adolescenților cu scoruri înalte ale riscului suicidar. Premisa fundamentală a intervenției cu familia este că oamenii sunt produsul contextului lor. Pentru că puțini oameni sunt mai apropiați de noi decât părinții și partenerii noștri, această noțiune poate fi tradusă prin a aprecia comportamentul unei persoane ca fiind puternic influențat de interacțiunile cu alți membri ai familiei. Semnificația clinică a contextului este că încercările de a trata indivizii prin a vorbi cu ei odată pe săptămână, timp de cincizeci de minute, poate avea mai puțină influență decât interacțiunile pe care ei le au cu alți oameni în restul de 167 de ore ale săptămânii. Sau, privind lucrurile pozitiv: adesea modul cel mai eficient de a ajuta oamenii să-și rezolve problemele este să te întâlnești cu ei și cu alte persoane importante din viețile lor pentru a-i ajuta să-și reorganizeze interacțiunile. Familia se dorește a fi, la momentul constituirii sale, unul dintre factorii de echilibru ai persoanei, poate chiar cel mai important. De-a lungul timpului, în numeroase cazuri, acest fapt se transformă în realitate, dar în altele, prea multe chiar, familia se transformă în izvor al suferinței și al izolării individului.

Consilierea de familie este planificată în pași sau etape, pentru a se atinge obiectivele. Orice problemă este definită ca implicând minim 2 oameni, dar, de obicei, sunt 3. Consilierul este cel care decide cine va prezenta problema primul și în ce fel. În continuare, consilierul va alege o metodă de intervenție care să schimbe organizarea actuală a familiei astfel, încât problema actuală să nu mai fie necesară. De obicei, schimbarea este planificată în etape, astfel încât o schimbare într-o situație sau într-un set de situații va conduce la o schimbare în altă relație sau set de relații și tot așa până când întreaga situație problematică se schimbă. Intervenția este planificată în așa fel, încât să genereze implicarea unor membri ai familiei sau dimpotrivă, neimplicarea lor. De multe ori, consilierul focalizează atenția membrilor să creeze o nouă problemă, ale cărei soluții vor genera o schimbare și vor duce la rezolvarea problemei inițiale [5, p. 154]. În consilierea de familie, focalizarea poate fi comparată cu realizarea unui montaj fotografic. Dintr-o întreagă scenă, fotograficul hotărăște că vrea să accentueze casa. Nu cerul, nu drumul sau râul; doar casa. El începe să se joace cu focalizarea. Dă zoom pentru a face ușa mai mare și face o fotografie, apoi mărește focalizarea pentru a include ușa și fereastra și face o altă poză. Se apropie mai mult și face o fotografie a cadrului ușii. Din această joacă cu multiplele puncte de vedere

ale aceluiași obiect reiese o vedere multidimensională. Transcende simpla descriere pentru a accede la conceptul mai larg: casa. Pentru a face acest lucru este necesar ca consilierul să se focalizeze pe ceva și să dezvolte o temă de lucru. În același timp, exclude multe domenii care, deși sunt interesante, nu contribuie la atingerea scopului terapeutic în acel moment [6, p. 57].

Evaluarea eficienței psihointervenției asupra preîntâmpinării fenomenului suicidar la adolescenți

După realizarea și aplicarea programului de consiliere de familie în cadrul psihointervenției cu familiile adolescenților cu risc suicidar, prin care ne-am propus să îmbunătățim interacțiunea dintre copii și părinții, am reevaluat cu aceleași instrumente: pentru adolescenți am aplicat scala de evaluare a riscului de suicid la copii și pentru părinții lor, instrumentul de evaluare a familiei.

În scopul verificării statistice a ipotezei, am utilizat *testul t* pentru eșantioane perechi, deoarece avem rezultatele acelorași subiecți, înainte și după demersul experimental formativ.

Tabelul 3. Mediile scorurilor la disfuncționalitatea familiei înainte și după demersul experimental formativ

		Mean	N
Pair 1	Funcționalitate pre intervenție	32,6000	5
	Funcționalitate post intervenție	25,8000	5

Tabelul 4. Rezultatele la testul *t* de comparare a mediilor la funcționalitatea familiei înainte și după demersul experimental formativ

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
pre intervenție post intervenție	6,800	2,28035	1,01980	3,96857	9,63143	6,668	4	,003

Mediile inițiale și finale ale familiilor participante la studiu la disfuncționalitate sunt: $M_{init}= 32,60$ $M_{fin}=25,80$. Valoarea lui *t* și a pragului de semnificație: $t(4)= 6,66$, $p=0,003$

Se constată că avem o diferență semnificativă între nivelul inițial și cel final al disfuncționalității familiei, în sens că după experimentul formativ disfuncționalitatea s-a micșorat.

Tabelul 5. Mediile scorurilor la riscul de suicid înainte și după demersul formativ

		Mean	N
Pair 1	risc. suicid. preintervenție	11,80	5
	risc. suicid. postintervenție	7,200	5

Tabelul 6. Rezultatele la testul *t* de comparare a mediilor la riscul de suicid înainte și după demersul experimental formativ

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
risc. suicid. preintervenție risc. suicid. postintervenție	4,60000	1,5	,67	2,71692	6,48308	6,78	4	,002

Mediile inițiale și finale ale adolescenților participanți la studiul formativ *riscul de suicid* sunt: $M_{init}= 11,80$ $M_{fin}=7,20$. Valoarea lui *t* și a pragului de semnificație: $t(4)= 6,72$, $p=0,002$.

Se constată că avem o diferență semnificativă între nivelul inițial și cel final la riscul de suicid, în sens că după experimentul formativ riscul de suicid s-a micșorat.

Putem confirma ipoteza studiului astfel, încât *riscul suicidar este mai mare la adolescenții proveniți din familii cu disfuncționalitate înaltă, și aplicarea tehnicilor din consilierea de familie*

cu membrii familiei adolescenților cu risc înalt suicidal face posibilă preîntâmpinarea și controlul fenomenului *suicidar la adolescenți*, dezvoltând un climat afectiv între toți membrii familiei.

Bibliografie:

1. BUTOI, Tudorel. *Sinuciderea – un paradox*. București: Ed. Științele Medicale, 2002
2. CEBAN, Liubovi. *Ghid pentru media. Reflectarea subiectului suicidal în presă*. Chișinău: AO „Altruism”, 2014. 19 p.
3. CORNUȚIU, Olivia. Aspecte epidemiologice și de profil psihopatologic a comportamentului de tip suicidal, varianta parasuicidară. Rez. tezei de doc. [online]. Cluj-Napoca [citată 12.04.19]. Disponibil: www.umfcluj.ro/sustinite-ro/category/9-rezumate
4. COSMAN, Doina. *Comunicarea sinuciderilor în mass-media. Ghid de bune practici*. Cluj-Napoca: Alianța Română de Prevenție a Suicidului. p.16
5. MADANES, Cloe. *Strategic family therapy*. Jossey-Bass Publisher, 1981. 299 p.
6. MINUNCHIN, S., FISHMAN, H. Ch. *Family therapy and techniques*. The president and Fellows of Harvard College, 1981. 299 p.
7. PORA, Eugen. A. et al. *Dicționarul sănătății*. București: Ed. Albatros, 1978
8. ȘERBAN, C., GHIORGHIU, Z. et al. *Gestul suicidal din perspectiva patologiei criminogene* [online] [citată 14.03.19]. Disponibil: <http://old.mpublic.ro/jurisprudenta/publicatii>