



# Sinuciderea adolescenților în România. Reflectarea în presă, neglijența profesorilor și erorile procurorilor

**Mihai COPĂCEANU**

**Institutul de Antropologie, București “Francisc I. Rainer”  
Francisc I. Rainer Institute of Anthropology, Bucharest**  
Personal e-mail: copaceanu\_m@yahoo.com

*Teen Suicide in Romania. Press Appearance, Teacher Negligence and Prosecutors' Mistakes*

Suicide among adolescents is the second leading cause of death among young people aged 15-24. The purpose of this article is to highlight the phenomenon of teen suicide in Romania by exemplifying the role of the press and the role of teachers. Some concrete cases are examined, including a case where the prosecutors made initially proven misstatements.

Keywords: suicide, suicide, prevention, education, teenage suicide.



Sinuciderea în rândul adolescenților este un fenomen grav, trist, șocant și deseori inexplicabil. Statisticile internaționale arată că sinuciderea este a doua cauză de deces în rândul tinerilor între 15 și 24 de ani,<sup>1</sup> în unele țări fiind prima cauză, iar în altele raportându-se o prevalență foarte scăzută (ex. Anglia)<sup>2</sup>. De fapt este singura problemă filosofică serioasă (Camus). În țările occidentale, statul reacționează prin planuri și măsuri guvernamentale eficiente. Încă din 2012, SUA elaborează o Strategie Națională de Prevenire a Suicidului pe care periodic o revizuește. În Anglia (țara în care 13 persoane se sinucid în fiecare zi), ultimul Raport de evaluarea a strategiei a fost publicat în 2017.<sup>3</sup> În 10 octombrie 2018, chiar de Ziua Mondială ONU a Sănătății Mintale, britanica Jacqueline Doyle-Price este numită Ministru al Sănătății Mintale, Inegalității și Prevenirii Suicidului, un minister nou creat de către premierul

Theresa May, probabil primul în lume.

Organizația Mondială a Sănătății estimează că anual aproape 1 milion de oameni mor în urma sinuciderii, o rată globală a mortalității de 16 persoane la 100.000 sau un deces la fiecare 40 de secunde.<sup>4</sup> În țările Europei de Est este cea mai mare rată a sinuciderii, Lituania, fiind pe primul loc cu 30 de sinucideri la 100.000 de locuitori urmată de Slovenia, Letonia și Ungaria, Belgia, Croația și Estonia. Cele mai scăzute rate ale sinuciderilor sunt înregistrate în Cipru, Grecia, Italia și Marea Britanie. Tot potrivit WHO, în anul 2017, România a avut o rată de 9.4 sinucideri/100.000, fiind pe locul 100 în lume.<sup>5</sup>

În ceea ce privește ierarhizarea pe județele României, județele cu un nivel foarte ridicat (peste 20 sinucideri/100.000) sunt Harghita, Covasna, Satu Mare și Mureș, iar cele cu nivel foarte scăzut (sub 10) sunt Caraș-Severin, Argeș, Vrancea, Bistrița-

Grupa de vârstă	Număr cazuri sinucidere	Sex masculin	Sex feminin	Mediul urban	Mediul Rural
14-19 ani	7	6	1	1	6
19-25 ani	34	29	5	18	16
26-39 ani	73	61	12	41	32
40-60 ani	183	153	30	92	91
60-69 ani	69	53	16	38	31
Peste 70 de ani	65	50	15	42	23
<b>TOTAL</b>	<b>431</b>	<b>352</b>	<b>79</b>	<b>232</b>	<b>199</b>

Năsăud, Suceava și Buzău.<sup>6</sup> În anul 2017, „Raportul activității rețelei de medicină legală din București” înregistrase un număr de 2242 de cazuri de suicid, încadrându-se în trendul descrescător înregistrat din 2010 (81% bărbați). Ca metode, pe primul loc se afla spânzurarea (74%), urmată de intoxicație voluntară (8%), precipitare (7%) și submersie (5%).<sup>7</sup>

În general suicidul este sub-raportat, unele decese precum accidente de mașină, înecul, supradoza de droguri, căderile pot fi intenționate sau nu. OMS anunța că doar 50% dintre adolescenții cu tentative de suicid ajung să primească îngrijire medicală. De aceea numărul celor tratați în spital nu reprezintă un indicator real al problemei în comunitate. Fetele deși sunt mai depresive decât băieții au abilități de a comunica mai ușor decât băieții, de a cere ajutor, băieții sunt mai agresivi și impulsivi și folosesc metode dure ceea ce contribuie la rezultate fatale.

În Sibiu, potrivit unui comunicat emis în 2019, în ultimii 10 ani (2008-2018) au fost înregistrate 431 cazuri de suicid, 352 fiind de sex masculin și 79 de sex feminin. Pe primul loc este grupa de vârstă 40-60 de ani, urmată la mare distanță de persoanele de peste 60 de ani, neînregistrându-se o diferență semnificativă între mediul urban și rural.

Grafic: *Total cazuri de sinucidere în ultimii 10 ani în Sibiu (2008-2018) = 431*<sup>8</sup>



### Pentru adolescenți cum reacționează școala

În Sibiu, în ianuarie 2019, un elev din clasa a XII-a s-a sinucis. Câteva zile mai târziu, directorul liceului făcea următoarea declarație: „[N]u predau la

clasa lui. Însă, m-am interesat după eveniment, am discutat cu profesorii, cu dirigintele, cu profesorul consilier școlar și am constatat că nu avea nicio problemă la clasă. Era printre cei mai buni. Nu a avut nici probleme de disciplină, nu absenta. Nu a fost în evidența profesorului consilier școlar.”<sup>9</sup>

În 2013, când Corina, o elevă de 15 ani din Botoșani, s-a sinucis, reacția școlii a fost similară. Diriginta o caracteriza ca fiind „un copil vioi care nu a dat niciodată de înțeles că ar avea probleme”<sup>10</sup>, iar directorul adjunct al liceului nu remarcase nimic surprinzător: „[V]ineri a fost ședința cu părinții. Părinții fetei și elevii nu au spus că ar fi ceva în neregulă. Era o elevă care nu a făcut probleme, avea rezultate medii la învățătură”. Miercuri, Corina este găsită de niște ciobani, spânzurată într-o pădure, cu propria curea. În realitate, Corina suferea și chiar își anunțase intenția de a muri, scriind un mesaj pe o rețea de socializare: „Sunt foarte stresată, supărată și tot ce cuprinde rău. În ultimul timp, mi s-au întâmplat o grămadă de răutăți, iertați-mă cei pe care v-am supărat, iertați-mă cei cărora v-am greșit și nu mi-am dat seama, dar azi explodează tot în mine. Azi simt că-mi dau duhul...”<sup>11</sup>

Din păcate, reacțiile reprezentanților școlilor sunt extrem de relevante pentru modul în care aceștia înțeleg (sau mai degrabă nu înțeleg) fenomenul sinuciderii în rândul adolescenților și astfel se explică lipsa oricăror viziuni antisuicid, strategii, măsuri și intervenții în școală. În martie 2016, o tânără de 17 ani din Valea Viilor (Sibiu) s-a sinucis tot într-o pădure, publicând cu o zi înainte un mesaj pe internet: „Dacă eu într-o zi nu voi mai fi, amintește-ți de zilele frumoase”.<sup>12</sup> În iunie 2017, o adolescentă de 15 ani din Copșa Mică se arunca de la etajul locuinței, după ce părinții au încuiat-o în casă, interzicându-i să participe la o petrecere. A ajuns la spital cu mai multe fracturi.

În foarte multe cazuri, ce-i drept nu în toate, tinerii care se gândesc la sinucidere prezintă semne



de avertizare ale stării lor, însă din păcate ele nu sunt luate în seamă. Și mai gravă este replica directorului, „nu a cerut niciodată sprijinul școlii pentru rezolvarea vreunei probleme”. Ce se ignoră este faptul că sinuciderea nu înseamnă o problemă individuală sau a familiei, a unora și nu a noastră, ea este un fenomen social și atunci necesită cu urgență implicarea instituțiilor statului, de la Guvern și Parlament până la Poliție, Ministerul Sănătății, Colegiul Psihologilor, Inspectoratele Școlare, ONG-uri etc.

O altă tragedie care a șocat comunitatea sibiană a fost tot în 2017, în martie, când Denisa, de 15 ani, moare în urma unei căderi de pe acoperișul unui bloc înalt de zece etaje din Sibiu. Au existat speculații despre faptul că a fost un act suicidal și nu un accident, făcându-se referire la un joc numit „Balena Albastră”. Ce este trist, că o lună mai târziu într-un mod extrem de eronat și condamnatibil nu vocile unor persoane neinformate, ci comunicatul oficial al procurorilor Parchetului de pe lângă Tribunalul Sibiu vorbea despre o sinucidere. Procurorii care audiaseră martorii oculari – prietenii victimei care erau lângă ea –, audiaseră părinții și verificaseră tehnologia emit un comunicat greșit. Redau în parte acest text: „S-a reținut că minoră VDȘ a descărcat, pe telefonul său mobil, jocul intitulat «Balena albastră» și a început a-l juca având mai multe postări pe Facebook și Instagram ce indică parcurgerea acestui joc, precum și unele imagini cu trimitere directă la acte de suicid. Având în vedere toate aceste aspecte, s-a apreciat că există date și indicii temeinice că decesul numitei VDȘ nu a fost unul accidental, ci un act de suicid determinat de persoane rămase neidentificate până la acest moment ce ar fi putut recurge la constrângere morală în acest scop al determinării sinuciderii, prin intermediul acestui joc «Balena albastră», în cadrul căruia sarcina finală de îndeplinit ar fi tocmai actul de sinucidere”.<sup>13</sup>

Ca psiholog, am intervenit public chiar în acele zile pe marginea acestui caz și am declarat în dezacord cu procurorul că „[d]in punctul meu de vedere, dacă nu există dovezi clare și evidente, indiciile precizate în comunicatul procurorilor nu sunt deloc serioase. În schimb, a emite o astfel de ipoteză din partea unei astfel de instituții, neavând la bază argumente puternice este o eroare gravă cu impact emoțional puternic asupra familiei, rudelor, prietenilor și comunității în general”. Și am explicat ce înseamnă adolescența, faptul că una din cinci adolescente și unul din șapte băieți adolescenți au comportamente autoagresive în dezvoltarea lor psihoemoțională, în special manifestate prin tăieturi ale brațelor/picioarelor/coapselor cu lama sau alte obiecte tăioase, care nu înseamnă însă comportament suicidal. E adevărat că fenomenul este în creștere și poate fi întâlnit încă de la vârsta de 12 ani sau mai jos.

Aproximativ 15% dintre adolescenți au simptome ale depresiei, depresia fiind atipică și uneori dificil de sesizat. Dar cu toate acestea, imaginile de pe rețele de socializare cu trimitere directă la acte de suicid, indicate în comunicatul procurorilor nu reprezintă argumente suficiente pentru ceea ce ne sugerează.

Din fericire, adevărul a ieșit la iveală, însă abia după un an, inclusiv pe aceeași cale oficială prin comunicatul procurorilor, de astă dată de la o altă instituție, D.I.I.C.O.T. Brașov. Cei care au preluat cazul l-au analizat cu mai multă seriozitate, alături de alte 9 cazuri, dintre care cinci în care copiii au decedat și alte cinci în care copiii s-au rănit, concluzionând că nu sunt dovezi care să indice că decesele au fost provocate de cei care au legătură cu celebrul joc „Balena Albastră” și au clasat dosarul. În comunicatul emis în februarie 2018 s-a amintit faptul că la data de 26.06.2017 a avut loc la Eurojust - Haga, o întâlnire de coordonare între reprezentanții mai multor state europene (printre care și România) pe tema jocului „Balena Albastră”, concluzionând că legătura directă cu Rusia ori identificarea uneia sau mai multor persoane care să fi constituit sursa malefică a jocului nu s-au putut realiza. Astfel, în consecință, în privința infracțiunilor de „determinarea sau înlesnirea sinuciderii”, instigare la „lovire sau alte violente”, „șantaj”, și „amenințare” rezultă că „nu s-a putut stabili, dincolo de orice dubiu rezonabil săvârșirea acestor fapte, devenind incidente dispozițiile art. 16 alin. 1 lit. c din Codul de procedura penală”.<sup>14</sup> În final, procurorii din Brașov au declarat că „Este greu de cuantificat și de justificat suferința prin care au trecut rudele minorilor, care, dincolo de durerea inerentă pierderilor suferite, au fost nevoite să facă față unor speculații nedrepte, ce păreau imposibil de înlăturat la momentele inițiale”.

Și totuși unele dintre aceste speculații au fost emise de procurorii din Sibiu în comunicate oficiale precizând că există date și indicii temeinice, ceea ce este foarte grav atât pentru apropiații victimei, cât mai ales pentru părinții și rudele acesteia, cei care au fost induși în eroare, prin faptul că în mod oficial, timp de 1 an de zile, li s-a spus că fetița lor s-a sinucis.

O altă problemă este cum tratezi corect și eficient persoanele care au avut o primă tentativă de suicid? Cui te adresezi și ce faci pentru ei? Chemi poliția și îi duci de urgență la psihiatrie, de unde sunt externati câteva zile mai târziu? Îmi amintesc de un alt caz cunoscut, al unui student care la câteva zile de la prima tentativă, revenind din spital în cămin, a doua tentativă a avut efectul tragic. Sau zilele trecute, când un tânăr de 20 de ani din Mureș s-a sinucis la 3 zile după ce a fost reținut și eliberat de poliție în urma unei infracțiuni rutiere.

Cercetările ne arată că riscul sinuciderii este foarte mare crescând până la 90% în primele două

săptămâni de la prima tentativă. Și aici intervenția multidisciplinară este urgentă și esențială. Supravegherea familiei este necesară. În foarte multe cazuri, ineficiența serviciilor medicale este vădită, pentru că este insuficientă. Du Roscoät și Beck (2013) subliniază importanța reorganizării sistemului de preluare și tratare a pacienților care au trecut printr-o tentativă de suicid, reorganizarea sistemului de asistență psiho-medicală, astfel încât după externarea din spital să se asigure continuitatea îngrijirii medicale prin servicii terapeutice, printr-o monitorizare intensă și colaborare între medic, psihoterapeut și familie.<sup>15</sup>

O cercetare care a analizat 12.604 cazuri de suicid (8.801 de bărbați și 3.263 de femei) din 90 de țări (zone) cu vârste cuprinse între 15 și 19 ani a concluzionat că unul din motivele pentru cele mai mici rate de sinucidere în unele din țările europene, dincolo de factorii culturali și psihosociali, poate fi conștientizarea de către medici a importanței tratamentului adecvat al persoanelor cu tulburări psihiatrice, a problemelor psihosociale și a stresului.<sup>16</sup>

Din păcate, în România, nu avem o cultură a frecventării serviciilor de psihologie. Nu avem nici o înțelegere clinică a depresiei. Diagnosticate sau nu, mare parte dintre sinucideri vin pe fondul unei suferințe psihice, în principal depresie. De aceea, condamnarea și blamarea sunt interzise. Înțelegerea și sprijinul constant sunt importante. Iar dacă elevul nu are un suport familial necesar este și mai mult datorita apropiaților și a serviciilor publice să intervină.

În mod practic, dacă vorbim de unități școlare, norma actuală prevede un psiholog la minim 800 de elevi. Cu toate acestea posturile de consilier școlar sunt de dată recentă. Cu eforturi și insistențe repetate, în ultimii ani, s-a reușit înființarea a câte un post de consilier școlar doar în câteva școli. Și, cu toate acestea, astăzi încă avem mii de școli fără psiholog. În realitate, psihologii au în norma lor peste 1.000-1.500 de elevi, unii ocupându-se de licee, școli și grădinițe în același timp. De pildă, în Neamț sunt 28 de psihologi la 60.000 de elevi, adică o medie de 2.140 de elevi per psiholog. Psihologul se află din start în incapacitatea de a intra în contact, de a cunoaște, de a interacționa cu 2.000 de elevi și mai apoi de a consilia psihologic pe cei ce au nevoie de consiliere psihologică. Violența, rezultatele școlare slabe, absentismul, consumul de alcool, comportamentele deviate și delincvente, orientarea școlară și profesională, evaluările psihologice periodice, predatul la clasă sunt doar câteva dintre zecile de sarcini ale psihologului în școală. Pe de altă parte, dacă vorbim de depresie și tentative de sinucidere, competențele consilierului școlar sunt limitate, el nu poate să facă psihoterapie în școală. Și mai există o altă problemă: ce se întâmplă cu persoanele din mediul rural. Doar în Sibiu, în

ultimii 10 ani, 200 de persoane care s-au sinucis trăiau în mediul rural. Ce acces au avut la servicii de psihoterapie în mediul lor?

Pe de altă parte, nimeni nu oprește un director de școală să solicite posturi de consilier școlar sau să angajeze psihologi/psihoterapeuți. Există totuși în România, la Cluj, un model de bună practică în acest sens. Într-un colegiu privat, au fost angajați cinci psihologi și psihoterapeuți pentru elevii, părinții și profesorii colegiului. Alături de cei 5 psihologi (numiți consilieri) lucrează în echipă alți trei profesori de sprijin și astfel colegiul a creat un departament numit Departamentul de Bunăstare [*Well-being*]. Astfel, în total, 8 specialiști se ocupă de sănătatea mintală a elevilor, îi ajută în dificultățile de învățare, corectează tulburările de comportament, facilitează relația cu familia, îi consiliază psihologic etc.

Situația s-a schimbat puțin în mediul universitar, deoarece în ultimii ani universitățile din România au început să-și creeze Departamente de Consiliere și Orientare, angajând psihologi, iar în unele locuri inclusiv psihoterapeuți. Nu știi de ce însă Ministerul Educației nu are în componența sa un (*Departament special dedicat Sănătății mintale și Emoționale*), cu zeci specialiști care nu să se ocupe de examene, programe sau manuale, ci de fericirea și sănătatea la școală? Performanța nu vine din amenințările cu severitatea testelor, examenelor naționale ci creând din școală un mediu sănătos, viu, energic și frumos.



### Ce au făcut deja alte țări

În primul rând, strategiile naționale care abordează copiii și tinerii se adresează tuturor elevilor, prin promovarea unei stări de bine în școală, acordând atenție fiecărei mici disfuncții școlare sau comportament problematic. Școlile promovează relațiile sociale de tip *supportive*, spiritul colegial, conectivitatea emoțională și sentimentul apartenenței. În al doilea rând, politicile școlii se adresează celor la risc, îi identifică din timp și le oferă lor și familiilor lor intervenție specializată. Sunt școli care aplică teste psihologice, screening-uri de evaluare a riscului suicidar tuturor elevilor, iar cei care au fost depistați pozitiv intră în contact cu un specialist, cu protejarea identității. Iar în al treilea rând, școlile sunt pregătite să răspundă prompt prin resurse și instruirea cadrelor atunci când au loc tentative de suicid.

La școală tinerii petrec mult timp din viața lor de la 4 la 7 sau mai multe ore zilnic, iar interacțiunea



socială are un grad mult mai ridicat decât acasă. Profesorii sunt primii care intră în contact cu elevii, ei sunt primii instruiți pentru a identifica semnele de îngrijorare, semnele unei stări deprimante, și de a face față atunci când identifică un elev la risc sau când acesta i se adresează cerându-i ajutor.<sup>17</sup>



### Care este profilul unui elev cu risc de suicid

Analizând 145 de sinucideri la copiii și tinerii din Marea Britanie s-a constatat că cel mai frecvent diagnostic de sănătate mintală a fost tulburarea afectivă (18%). 61% nu au avut nici un diagnostic de tulburare mentală, 36% au avut prescrise medicamente, dintre care 23% medicamente psihotrope și 15% antidepressivă.<sup>18</sup> Ca factori de risc identificați în acest grup au fost: presiunea academică, în special legată de examene (patru decese au avut loc în ziua examenului sau în ziua următoare), *bullying-ul*, față în față mai degrabă decât online, a fost raportat la 22% dintre persoane, 12% au descoperit că au căutat online metode de sinucidere și 13% dintre persoane aveau o sinucidere a unui membru al familiei sau prieten.<sup>19</sup>

Un copil poate prezenta câteva semne precum: nu are interes în activitățile sociale, i-a scăzut rezultatele școlare, își face rău (se rănește), are sau a avut idei/tentative de suicidare, sugerează că este o greutate pentru cei din jurul său, are schimbări în comportament, tulburări de somn și se retrage din activitățile online (social media).<sup>20</sup> Există și factorii protectivi precum relații pozitive de atașament cu familia și sprijinul din partea familiei, încredere de sine, abilități de a cere ajutorul când se confruntă cu dificultăți, integrarea socială prin participare la activități (cluburi, sport, biserică) sau existența unor relații pozitive cu colegii lor.

După un eveniment cu scop suicidar se iau următoarele măsuri: consiliere psihologică individuală sau/și de grup pentru cei afectați, deoarece există o formă de contagiune suicidară, iar la risc sunt martorii sau prietenii apropiați ai celui care a decedat, cei care au avut un contact cu persoana înainte de a se sinucide, cei care au gânduri de suicid sau au avut alte pierderi în trecut.<sup>21</sup> Modul în care presa anunță și descrie evenimentul are influență în contagiunea suicidară. Alte măsuri sunt:

1. „Stop a Suicide, Today!” sau „The TeenScreen”, programe de screening care identifică adolescenții cu risc de suicid!

2. O linie telefonică gratuită (*hopeline*) pentru

persoanele în crizele suicidare.

3. Instruirea consilierului școlar și a celorlați profesori din școală pentru depistarea riscului suicidar.

4. Programe la nivel local (orașe și comunități), colaborări instituționale și programe care au dovedit a avea o eficiență în reducerea sinuciderilor.

5. Aplicații pe *smartphone*.<sup>22</sup>

Specialiștii din sănătate planuiesc dezvoltarea unor aplicații online (*moodtools*) care să ajute persoane să facă față ideilor de suicidare. Conținutul aplicațiilor ar trebui să conțină cel puțin o caracteristică interactivă de prevenire a sinuciderilor (de exemplu, planificarea siguranței, facilitarea accesului la asistență pentru situații de criză) și să conțină cel puțin o strategie în concordanță cu cele mai bune practici.<sup>23</sup> Aplicațiile trebuie să conțină componente psiho-educative pentru reducerea stimei legate de ideile de suicidare și tulburările psihice<sup>24</sup>, împreună cu monitorizarea stărilor emoționale și a agenților de stres sau a altor factori declanșatori.<sup>25</sup>



### Note

1. [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)

2. K.E.A Saunders, „Risk factors for suicide in children and young people: common yet complex”, *The Lancet Psychiatry*, Volume 3, Issue 8, August 2016, pp. 699-700.

3. CC-CMH&7DAY / 11168 (2017), Preventing suicide in England: Third progress report of the cross-government outcomes strategy to save lives

4. <https://www.befrienders.org/suicide-statistics>

5. <https://www.worldlifeexpectancy.com/romania-suicide>

6. S. Rădulescu, „Evoluții și tendințe ale fenomenului suicidar în România, în perioada 1996-2012” [„Evolutions and Trends of Suicide in Romania, 1996-2012”], *Revista română de sociologie*, serie nouă, anul XXV, nr. 3-4, 2014, pp. 175-202.

7. <http://www.legmed.ro> accesat la 19 februarie 2019.

8. <https://sibiu100.ro/featured/156011-un-deceniu-de-depresie-431-de-sinucideri-in-sibiu/> accesat la 12 februarie 2019.

9. „Tragedia de la Colegiul Lazăr. «Era printre cei mai buni din clasă»” „The tragedy of the Lazăr College. 'She was among the best in the classroom'”, *Turnul Sfatului*, 21 ianuarie 2019. [www.turnulsfatului.ro](http://www.turnulsfatului.ro) accesat la 18 februarie 2019.

10. <https://adevarul.ro/locale/botosani/cine-putea-salva-corina-familia-nu-timp-ea-profesorii-stiau-vioaie->

1\_5245a8a4c7b855ff56d1c284/index.html

11. Miruna Luca, „Drama copilei care s-a sinucis la 15 ani: «Azi simt că-mi dau duhul. Gata, m-am săturat de toți cei care îmi vreți răul!»” [„The drama of a child who committed suicide at age 15: ”Today I feel like I give my spirit. All right, I’m sick of all those who want me wrong!”], *Adevărul*, 22 septembrie 2013. <https://adevarul.ro/>

12. „O tânără de 17 ani s-a spânzurat după o ceartă cu părinții, lăsându-le prietenilor un mesaj pe Facebook” [A young 17-year-old hung up after a quarrel with her parents, leaving their friends on Facebook], *Adevărul*, 17 martie 2016, [www.adevarul.ro](http://www.adevarul.ro)

13. <https://www.mediafax.ro/social/adolescenta-din-sibiu-care-a-murit-dupa-ce-a-cazut-de-la-etajul-9-al-unui-imobil-juca-balena-albastra-16222454>

14. <http://www.ziare.com/stiri/diicot/procurorii-diicot-au-clasat-dosarul-balena-albastra-cele-patru-sinucideri-nu-au-avut-legatura-cu-jocul-1500121>.

15. G.M. Havârneanu, „Sinuciderea: repere pentru strategii preventive eficiente” [Suicide: benchmarks for effective preventive strategies], în I. Dafinoiu, Ș. Boncu (Eds.), *Psihologie socială clinică* [Social Clinical Psychology], Iași, Polirom, 2014, pp.120-132.

16. D. Wasserman, Cheng, Q, Jiang, Q-X, „Global suicide rates among young people aged 15-19”, *World Psychiatry*, 4(2), June 2005, pp. 114–120. PMID: 16633527.

17. American Foundation for Suicide Prevention, <http://afsp.org/wp-content/uploads/2016/04/FAQ-on-School-Personnel-Training-Legislation-1.pdf>.

18. Saunders, K.E.A, *op.cit.*

19. Cox, et al., 2012; *American Foundation for Suicide Prevention*, 2011.

20. American Foundation for Suicide Prevention and Suicide Prevention Resource Center, 2011

21. Cox, et al., 2012; American Foundation for Suicide Prevention, 2011.

22. Idem.

23. M.E. Larsen, Nicholas J, Christensen H., *A systematic assessment of smartphone tools for suicide prevention*, *PLoS One*. 2016; 11(4):e0152285. doi: 10.1371/journal.pone.0152285.

24. C.C. Choo, Harris KM, Chew PKH, Ho RC. Does ethnicity matter in risk and protective factors for suicide attempts and suicide lethality? *PLoS One*. 2017 Apr;12(4):e0175752. doi: 10.1371/journal.pone.0175752.

25. Zhang Melvyn, Julie Prescott, Amy Rathbone, Maria Asuncion Vicente, and Ivan Neil Gomez, Carol C Choo,

and André AD Burton, *Smartphone Apps for Mindfulness Interventions for Suicidality in Asian Youths: Literature Review*, *JMIR Mhealth Uhealth*. 2018 Jun; 6(6): e139.

#### Bibliography:

Choo CC, Harris KM, Chew PKH, Ho RC. “Does ethnicity matter in risk and protective factors for suicide attempts and suicide lethality?” *PLoS One*. 2017 Apr;12(4):e0175752. doi: 10.1371/journal.pone.0175752.

Cox, et al., 2012; *American Foundation for Suicide Prevention*, 2011.

Havârneanu, G.M., „Sinuciderea: repere pentru strategii preventive eficiente” [Suicide: benchmarks for effective preventive strategies], în I. Dafinoiu, Ș. Boncu (Eds.), *Psihologie socială clinică* [Social Clinical Psychology], Iași, Polirom, 2014, pp.120-132.

Larsen ME, Nicholas J, Christensen H., *A systematic assessment of smartphone tools for suicide prevention*, *PLoS One*. 2016; 11(4):e0152285. doi: 10.1371/journal.pone.0152285.

Luca, Miruna, „Drama copilei care s-a sinucis la 15 ani: «Azi simt că-mi dau duhul. Gata, m-am săturat de toți cei care îmi vreți răul!»” [„The drama of a child who committed suicide at age 15: ”Today I feel like I give my spirit. All right, I’m sick of all those who want me wrong!”], *Adevărul*, 22 septembrie 2013.

Rădulescu, S., „Evoluții și tendințe ale fenomenului suicidal în România, în perioada 1996-2012” [„Evolutions and Trends of Suicide in Romania, 1996-2012”], *Revista română de sociologie*, serie nouă, anul XXV, nr. 3–4, 2014, pp. 175–202.

Saunders, K.E.A, „Risk factors for suicide in children and young people: common yet complex”, *The Lancet Psychiatry*, Volume 3, Issue 8, August 2016, pp. 699-700.

Wasserman, D., Cheng, Q, Jiang, Q-X, “Global suicide rates among young people aged 15-19”, *World Psychiatry*, 4(2), June 2005, pp. 114–120. PMID: 16633527

Zhang Melvyn, Julie Prescott, Amy Rathbone, Maria Asuncion Vicente, and Ivan Neil Gomez, Carol C Choo, and André AD Burton, „Smartphone Apps for Mindfulness Interventions for Suicidality in Asian Youths”: *Literature Review*, *JMIR Mhealth Uhealth*. 2018 Jun; 6(6): e139.