

LBRIS

We know
books

Sinuciderea

Această mare necunoscută

Enrique Baca García
María Luisa Barrigón
Inmaculada Peñuelas

Traducere din limba spaniolă
de Diana Cosma

LITERA
București

Cuprins

Introducere	7
Factorii sociali	15
Comportamentul suicidar la adulți	19
Definiții în domeniul comportamentului suicidar	21
Drumul către sinucidere	27
Contextul social și factorii de mediu	40
Prevenția comportamentului suicidar	44
Sinuciderea și tulburările mintale	47
Criza suicidară	49
Depresia și sinuciderea	51
Tulburarea bipolară și sinuciderea	55
Consumul de substanțe și sinuciderea	57
Psihoza și sinuciderea	59
Tulburările de personalitate și sinuciderea	62
Tulburările de comportament alimentar și comportamentul suicidar	65
Anxietatea și sinuciderea	67
Tulburarea de stres posttraumatic și sinuciderea	69
Tulburarea obsesiv-compulsivă și sinuciderea	72

Sinuciderea la copii și adolescenți	75
Nu caută atenție, ci strigă după ajutor. Ce se întâmplă?	78
Factori predispozanți	79
Factori declanșatori	83
Factori protectori	87
Rețelele sociale și sinuciderea	89
COVID-19 și sinuciderea în rândul tinerilor	92
Mituri despre sinucidere	97
Ce trebuie să fac într-o situație de risc?	103
Dezvoltarea programelor de prevenție a sinuciderii	108
Dacă cineva se gândește că viața nu merită trăită: resurse de self-help	111
Dacă ai gânduri suicidare	112
Dacă ai încercat să te sinucizi...	115
După ce ai fost externat de către medic ...	115
Elemente care vor acționa ca factori de protecție	116
Planul de siguranță	118
Epilog	123
Frontiere și tendințe	123
Anexa 1	131
Anexa 2	133
Bibliografie	135

Introducere

Antonio este un bărbat de 42 de ani, căsătorit de la 26, care locuiește cu soția și copiii săi de 13, 8 și 5 ani. Domiciliază în același oraș cu familia sa de origine și cu a soției sale, iar relația cu ambele este bună. Atât părinții lui, cât și ai soției le dau o mână de ajutor cu copiii. După ce și-a terminat studiile secundare a avut mai multe locuri de muncă, ultimul fiind la un service auto unde era angajat permanent. Dar de doi ani se fac restructurări în firmă, iar el se află acum în șomaj tehnic. Soția lui și-a păstrat locul de muncă și nu au probleme financiare, cu toate că au fost nevoiți să facă niște ajustări și nu vor putea pleca în concedii ca în alți ani. Totodată, se apropie ziua de naștere a fiicei lor mijlocii și nu le este clar dacă o vor putea organiza cum au făcut-o pentru fiul cel mare.

Pe măsură ce trec lunile, rămâne în șomaj tehnic și nu știe când se va încheia, fapt pentru care Antonio este din ce în ce mai îngrijorat. Își petrece zilele cufundat în gânduri și în fiecare zi se bucură mai puțin de timpul petrecut alături de copii,

la care a ajuns chiar să țipe pentru că fac zgomot în casă, deși a conștientizat curând după aceea cât de excesivă a fost reacția lui. Este iritabil și față de soție și evită contactul cu ea. Când merge la culcare adoarme greu, stând pe gânduri ore întregi, întorcând situația prin care trece pe toate fețele și imaginându-și soluții ce i se îngrămădesc în minte fără să conducă la nicio concluzie. Așa că se culcă din ce în ce mai târziu, preferă să rămână în sufragerie navigând pe internet și bea vreo două beri în fiecare seară ca să se relaxeze. Dimineața își propune să îi ducă pe cei mici la școală, dar, pentru că îi este greu să se ridice din pat, de multe ori nu o face. Când îi duce, iese fără să se spele, își pune treningul, îi lasă pe copii la școală și deseori se pune înapoi în pat. Pe măsură ce trece timpul, se simte din ce în ce mai puțin valoros, începe să se vadă ca o povară pentru familie și, în cele din urmă, îi trece prin minte că, dacă nu ar fi el, tuturor le-ar fi mai bine. De ceva timp soția îi cere să meargă la medic, dar cum l-ar putea ajuta doctorul de familie? După câteva luni, Antonio este în cele din urmă concediat.

Când îi dă vestea soției, ea încearcă să îl încurajeze, dar el simte că este condescendentă și se supără tare. Țipă la ea că mai bine nu s-ar fi căsătorit cu el, că este clar că nu face doi bani. După această ceartă Antonio pleacă de acasă.

Intră într-un bar din apropiere și bea până se îmbată. Își închide mobilul, ca nimeni să nu îl deranjeze, și începe să hoinărească prin oraș, iar între timp își face idei că, dacă el ar dispărea, s-ar încheia toată această situație; în plus, soția lui ar încasa o pensie de urmaș, iar copiilor lor nu le-ar lipsi nimic. Trecând peste un pod din oraș, găsește soluția: dacă s-ar arunca pe șoseaua care trece pe dedesubt, se va termina totul...

Se gândește mult timp, ieșind din ce în ce mai mult către spațiul gol, până când atrage atenția unor trecători care alertează poliția. În câteva minute se prezintă acolo personalul medical de urgență, care reușește să se apropie de el, să îl liniștească și să îl ducă la cel mai apropiat spital.

Aceasta nu este o poveste reală, dar ar putea foarte bine să fie. Este elaborată pornind de la diverse cazuri pe care noi, ca psihiatri, le vedem în cabinetele noastre și în cadrul serviciilor de urgență din spitale.



Ființa umană poate muri de boală, în accident, din pricina altei ființe umane (omucidere) sau de propria-i mână (sinucidere). Impactul sinuciderii, la fel cum se întâmplă cu majoritatea morților traumatice, nu se încheie odată cu acest gest, ci are o acțiune ulterioară și afectează familiile și comunitățile timp de generații. După cum va putea concluziona cititorul în continuare, înțelegerea și prevenția comportamentelor suicidare și moartea prin sinucidere reprezintă o necesitate presantă și, în mare măsură, nerezolvată.

Sinuciderea reprezintă la nivel global cea mai frecventă cauză de moarte violentă, înaintea totalului de morți atribuite omuciderilor și conflictelor belice. În ciuda acestui fapt, până nu demult, mass-media nu discuta despre sinucidere ca problemă de sănătate. Din fericire, abordarea mass-mediei se schimbă; totuși, încă lipsește conștientizarea populației, pentru că sinuciderea continuă să fie o moarte redusă la tăcere,

ascunsă în majoritatea cazurilor și pe care cei apropiați ajung să o simtă ca fiind rușinoasă. Cele mai multe persoane nu cunosc realitatea care se ascunde sub vârful icebergului care este sinuciderea și consecințele devastatoare pe care le produce în jurul persoanei care se sinucide.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) estimează că în lume mor prin sinucidere aproape un milion de persoane pe an, ceea ce înseamnă o moarte la fiecare 40 de secunde. În plus, pentru fiecare moarte prin sinucidere, există 20 de persoane care încearcă să își ia viața, iar la fiecare 3 secunde are loc o încercare de sinucidere.

Deși în mod obișnuit se înregistrau rate mai înalte de sinucidere în rândul bărbaților de vârstă înaintată, au crescut cifrele în rândul tinerilor, până în punctul în care aceștia reprezintă acum grupul de risc major într-o treime din țări, atât în statele dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare. Pentru a pune impactul sinuciderii în context, nu vom ezita să comparăm mortalitatea prin sinucidere cu cea din alte cauze, prezentată în în mass-media și de a cărei gravitate suntem toți conștienți. De exemplu, în Spania numărul anual de morți prin sinucidere îl depășește pe cel al morților prin accidente în trafic încă din anul 2008, când s-a întâmplat asta pentru prima dată; în acel an au existat 3 457 de morți din această cauză, iar cele provocate de accidente au fost 3 030. În 2020, sinuciderile (3 941) au reprezentat de nouăzeci de ori mai multe decese decât cele provocate de violența de gen (45). În contextul actual al pandemiei de coronavirus, este deosebit de grăitor să semnalăm că, în 2020, în Spania, în rândul persoanelor sub 55 de ani s-au înregistrat 1 342 de decese provocate de COVID-19 și 1 919 prin sinucidere.

Aceste cifre ilustrează o situație îngrijorătoare, cu atât mai mult pentru că sinuciderea este o moarte ce poate fi prevenită. Din acest motiv, sinuciderea constituie o prioritate de sănătate publică pentru OMS și pentru Comisia Europeană. La finalul secolului trecut, OMS a creat programul „Sănătate pentru toți în anul 2000”, incluzând în obiectivul său cu numărul 12 ca „până în anul 2000, tendințele actuale de creștere a sinuciderilor și tentativelor de sinucidere să fie inversate”. Din 2003, data de 10 septembrie reprezintă Ziua Mondială pentru Prevenirea Suicidului, organizată de Asociația Internațională pentru Prevenirea Suicidului, cu susținere din partea OMS, al cărei obiectiv general constă în crearea conștientizării cu privire la lupta împotriva sinuciderii în toată lumea.

Comportamentul suicidar nu este numai o problemă de sănătate publică. Este în același timp o chestiune în care se reunesc nuanțe individuale, sociale, culturale, antropologice, morale și chiar filosofice. În primele rânduri ale cărții sale *Mitul lui Sisif*, Albert Camus exprimă în mod clar: „Nu există decât o singură problemă filosofică importantă cu adevărat: sinuciderea. A judeca dacă viața merită trăită sau nu înseamnă a răspunde la problema fundamentală a filosofiei.” Această propoziție ne introduce în alt aspect esențial pentru înțelegerea comportamentului suicidar: însăși concepția despre moarte și ireversibilitatea acesteia. În acest sens, sinuciderea este o soluție permanentă pentru probleme care de multe ori sunt temporare. Această idee este crucială în vederea abordării cu succes și speranță a îngrijirii persoanelor care prezintă dorințe de moarte și ideate suicidară.

Etimologic, cuvântul „sinucidere” provine din cuvintele latine *sui* („pe sine însuși”) și *caedere* („a ucide”), prin urmare sensul propriu al acestuia este „acțiunea de a se ucide pe sine

însuși“. Este un cuvânt relativ recent, care a apărut între secolele al XVII-lea și al XVIII-lea în engleză, franceză și spaniolă, în această ordine. Totuși, reprezintă un comportament omniprezent în diverse culturi de-a lungul istoriei. Există ritualuri funerare care includ sinuciderea rudelor, apropiaților și sclavilor, cum ar fi în Egiptul antic sau în India (*sati* sau *suttee*). În lumea Antichității, sinuciderea era considerată un act abominabil, care priva societatea de un individ, și, în consecință, cel care îl comitea era privat de înmormântare, o măsură pe care a adoptat-o ulterior creștinismul. Cu toate acestea, diverse școli filosofice, cum ar fi stoicismul, justificau sinuciderea. Seneca susținea că „cel care moare bine se ferește de pericolul de a trăi rău“ (sinuciderea rațională). În clasele înalte din Grecia și Roma, sinuciderea era justificată drept mijloc pentru a evita rușinea înfrângerii și de a restitui onoarea pierdută. Un comportament asemănător se regăsește în Japonia feudală (*seppuku*). Din perspectiva hinduismului, precum și a panpsihismului în general, sinuciderea este un gest complet inutil, pentru că nu face decât să suprimă carcasa exterioară a ființei (care nu este ființa, ci o manifestare a acesteia). Există de asemenea viziuni milostive despre suicid, precum în cultura Maya, unde zeița Ixtab, care se reprezintă cu o funie în jurul gâtului, îi conducea în chip milostiv pe cei spânzurați pe calea cea dreaptă, pentru a se odihni în paradis.

Deși *a priori* sinuciderea este un concept simplu, în realitate este polisemic și se referă la categorii de comportament foarte diverse. Abordările și explicațiile multiple care s-au dat acestor comportamente și constatarea eterogenității acestora au dus la mai mulți termeni, deseori utilizați de autori diferiți cu sensuri diferite. Primele definiții ale sinuciderii din epoca

modernă provin din polițele companiilor de asigurări din secolul al XVIII-lea. În limba engleză putem găsi peste două sute de termeni asociați cu comportamentul suicidar (Silverman, 2006). Definițiile suicidului au evoluat de la simpla contemplare a rezultatului final al acțiunii (moarte printr-un act agresiv voluntar) până la includerea cauzei, judecarea intenționalității, diferențierea între tentative și sinucidere și, în cele din urmă, considerarea acestuia în cadrul comportamentelor autodistructive.

La finalul secolului XX, s-a făcut un efort important pentru unificarea terminologiei în domeniul psihiatriei și sănătății mintale. OMS, în colaborare cu Asociația Mondială de Psihiatrie (WPA), a actualizat clasificările internaționale ale bolilor (ICD). Totuși, comportamentele suicidare au fost incluse în mai multe capitole care nu țineau de clasificarea tulburărilor mintale.

La mijlocul anilor 1980, Center for Disease Control¹ (CDC) din Statele Unite a dezvoltat criterii specifice pentru comportamentul suicidar. Astfel, a definit sinuciderea drept moartea ca urmare a unei leziuni autoprovocate în mod intenționat, luând în considerare trei elemente: moartea prin leziune, comportamentul împotriva propriei persoane și intenționalitatea. Ulterior, O'Carroll *et al.* (1996) au propus o nomenclatură (ansamblu de termeni și definiții) pentru fenomenele elementare ale suicidologiei, disciplină care s-a dovedit de mare utilitate pentru cercetare. În aceasta se distingeau sinuciderea consumată, încercarea de sinucidere și ideea suicidară. Obiectivul acestei propuneri consta în minimizarea confuziei terminologice pentru a înțelege și preveni sinuciderea.

¹ Centrul pentru Controlul și Prevenirea Bolilor, agenție federală a Departamentului de Sănătate Publică din Statele Unite ale Americii (n.tr.)

Recent, Asociația Americană de Psihiatrie (APA) a evidențiat importanța de a include aceste comportamente în manualul său de diagnostic (DSM 5) într-o rubrică separată. Fără îndoială, acest lucru va contribui la depistarea multor comportamente suicidare care înainte treceau neobservate și acestea vor face obiectul asistenței clinice, tratamentului și prevenției.

Înțelegerea comportamentelor suicidare este complexă și deseori paradoxală. Acestea reprezintă rezultatul unei înlănțuirii de factori de risc și de protecție, care acționează într-un echilibru personal / ambiental. Când acest echilibru se rupe, apare comportamentul suicidar. Acești factori sunt biologici, familiali, ereditari, culturali, de sănătate și sociali. Există factori de risc și de protecție care nu se modifică (de exemplu, constituția genetică), în timp ce alții sunt dinamici (modificabili) atât la nivel individual, cât și grupal, aceștia din urmă fiind cei mai de interes pentru a putea preveni suicidul.

Începând cu secolul al XVII-lea, sinuciderea a fost asociată cu patologia mintală. Aproape orice tulburare de acest tip face să crească riscul de sinucidere, îndeosebi tulburările afective (mai ales depresia), uzul de substanțe, psihoza și tulburările de personalitate.

Evident, există comportamente suicidare raționale, fără factorul determinant al bolii mintale, dar sunt o minoritate în totalitatea acestor morți. Anchetele de autopsie psihologică, ce reproduc cu ajutorul rudelor și apropiaților comportamentul și starea mintală a sinucigașilor în săptămânile anterioare decesului, au stabilit că aproape 90% aveau antecedente de patologie mintală. Cifre asemănătoare se găsesc în analizele încercărilor de sinucidere. Când se îmbunătățesc tratamentele și accesibilitatea

pacienților cu tulburări mintale la servicii de sănătate mintală, scad cifrele referitoare la comportamentele suicidare.

Frecvența (prevalența) comportamentului suicidar variază geografic între cinci și nouăzeci de persoane decedate la suta de mii de locuitori. Țările baltice, slave și Ungaria au cele mai mari rate de sinucidere din Uniunea Europeană, în timp ce țările mediteraneene și latino-americane prezintă ratele cele mai scăzute la nivel mondial. Există multe țări, mai ales în curs de dezvoltare, care nu dispun de registre fiabile. Cu toate acestea, sinuciderea reprezintă o problemă la nivel global, nu numai a societăților avansate: 75% din sinucideri au loc în țările cu un nivel de dezvoltare scăzut și mediu. În plus, trebuie să ținem cont că la fiecare sinucidere se produc douăzeci de tentative ale apropiaților, ceea ce generează o suferință semnificativă persoanelor apropiate și costuri pentru sistemul sanitar.

Factorii sociali

La sfârșit de secol, Durkheim, cu opera sa *Le suicide* (1897), a pus bazele cercetării cu privire la sinucidere din perspectiva sociologiei. Ipoteza sa de lucru era că „nu indivizii sunt cei care se sinucid, ci societatea se sinucide prin anumiți membri ai ei”. Viziunea lui a avut un impact important în studiul acestui fenomen, deoarece, printre alte aspecte, nu a intuit doar relația dintre crizele sociale și comportamentul suicidar, ci a integrat conceptul de *anomie*, ce corespunde unei situații în care o schimbare sau un cataclism rupe echilibrul dintre individ și societate, lăsându-l fără norme de comportament.

În ultimele crize economice, sectorul de populație în care a existat o creștere mai mare a sinuciderilor a fost cel a bărbaților tineri, posibil strâns legat de șomaj și de așteptările profesionale năruite. Este interesant că la ieșirea din pandemia de COVID-19 apare o creștere a autovătăămărilor și a încercărilor de sinucidere în rândul adolescenților. În ambele cazuri, există un alt factor comun, reprezentat de izolare socială și singurătate.

Pentru a încheia această introducere și a trezi în cititor o reflectare adecvată, enunțăm în continuare o serie de paradoxuri în ce privește comportamentul suicidar.

- *Paradoxuri epidemiologice.* Femeile au un număr dublu de încercări de sinucidere față de bărbați, deși aceștia o a mortalitate prin sinucidere consumată de cinci ori mai mare, cu excepția țării celei mai populate din lume (China). Numărul deceselor prin sinucidere este mai mare în rândul celor care mor tineri, fiind prima sau a doua cauză a morții în majoritatea țărilor, dar ratele cele mai înalte de sinucidere apar la bătrâni.
- *Paradoxuri de asistență.* Sinuciderea se poate preveni prin intervenții la nivelul populației (de exemplu, limitând accesul la arme de foc), dar nu o putem prezice la nivel individual; este imposibil să anticipăm cine și când va comite un act suicidar. Una dintre modalitățile de a ne asigura că o persoană aflată în risc de a se sinucide rămâne în viață este internarea în spital, cu toate că una dintre perioadele cu cel mai înalt risc de sinucidere este prima săptămână după externare. Se poate stabili un profil de risc clinic de sinucidere, dar acest profil nu este util în stabilirea unui prognostic.