

INCURSIUNE
ÎN ESENȚA
COMPORTAMENTULUI
SUICIDAR ÎN SCHIZOFRENIE

Oleg ȚURCANU¹, Oleg COBÎLEANSCHI²,

¹Spitalul Clinic de Psihiatrie, or. Chișinău,

²Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală,
USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Insight into the essence of suicidal behavior in schizophrenia

The paper did a rundown of key concepts that define the behavior of the suicidal and visions of this phenomenon to the mentally ill patients in general and in particular schizophrenics. So are analyzed briefly the theories that have tempted not only understanding the meaning, as well as providing solutions for attitude and even suicide prevention, emphasizing that the theories of neuro-psycho-biological released during the 20th century are those that have developed arguments in favor of preventing suicide through medication and psychological support step-by-step. Review of biological perspective, the suicidal act can be correlated with changes in two or more transmission systems, namely: the serotonin system, HHC axis hyperactivity, increased involvement of noradrenergic system, other systems (dopaminergic, GABA); neuroanatomic anomalies.

The suicidal phenomenon investigations have suggested different scientific approaches, but they have the support of the theory of risk factors, which are elucidated the circumstances that grow consistently the suicide-biological risk factors, existential and protective factors, which can suppress or diminish the effect of risk factors.

Keywords: suicidal behavior, schizophrenia, theory of risk factors.

Резюме

Понимание сущности суицидального поведения у больных шизофренией

Авторы статьи осуществляют обзор ключевых понятий, которые определяют суицидальное поведение, рассматривают это явление в целом у психически больных и лиц, страдающих шизофренией, в частности. Таким образом, были проанализированы теории, которые не только пытаются понять сложную сущность процесса, но и предлагают решения по предупреждению суицида, подчеркивая, что нейро-психобиологические теории, выдвигаемые на протяжении XX века, выработали медикаментозные методы предотвращения суицида и поэтапную психологическую помощь. С биологической точки зрения, суицидальный поступок может быть связан с изменениями в нескольких системах передачи, таких как: дисфункция серотонинергической системы, гиперактивность гипоталамо-гипофизарной системы, повышенная активность норадренергической системы, вовлечение других систем (дофаминергической, ГАМК), нейроанатомические аномалии.

Исследования суицидального феномена предоставили новые научные подходы, которые основываются на теории факторов риска, освещающей последовательно обстоятельства, повышающие потенциал суицида – биологические факторы риска, так и предотвращающие факторы, которые могут подавлять или снижать эффект факторов риска.

Ключевые слова: суицидальное поведение, шизофрения, теория факторов риска.

Introducere

Comportamentul suicidar a fost catalogat sub numeroase forme de-a lungul istoriei sale foarte îndelungate – practic de la începuturile omenirii, el fiind considerat fie normal sau patologic, fie moral sau imoral și, ca urmare, a fost glorificat sau pedepsit. Din punct de vedere etimologic, termenul de *suicid* provine din cuvintele latine “sui” = *de sine* și “caedere” = *omorător*, însemnând “omorâre de sine”, termen folosit pentru prima dată în 1642 de către Sir Thomas Browne, în cartea *Religio medici* [18].

Există mai multe nivele ale acestui comportament, cu grade diferite de pericolozitate, ceea ce conduce la imaginea unui continuum al comportamentului suicidar care presupune următoarele fenomene:

- ideea suicidară
- amenințarea cu suicidul
- tentativele de suicid (sau actele de autovătămare)
- suicidul consumat – producerea unor leziuni provocatoare de moarte, existând în prealabil intenția clară de a muri.

În aria suicidologiei este inclusă și noțiunea de *suicid indirect* [70], a cărei intenționalitate este mai puțin manifestă decât în cazul tentativelor suicidare vădite și se caracterizează mai degrabă printr-o probabilitate de producere a morții decât printr-un atentat direct asupra vieții.

Existența conceptului de *suicid rațional* a constituit un subiect intens de dezbatere în diferite domenii ce au în vizor această problematică. Atributul *rațional* poate să derive din faptul că unii indivizi refuză să accepte termenii condiției umane, așa încât suicidul este văzut ca o modalitate de rezolvare a problemelor, singura alternativă aptă de a răspunde cerințelor individuale la un moment dat [3, 14].

Interpretarea fenomenului suicidar la diferite etape ale dezvoltării umanității

În **Grecia antică** se evidențiază o pluralitate de opinii privind moartea voluntară, aceste opinii fiind susținute sau abrogate de

diferitele școli filozofice. Astfel, se remarcă opoziția puternică a pitagoricienilor, urmată de pozițiile, în esență contrare față de fenomenul suicidar, aparținând marilor gânditori ai Antichității, Platon și Aristotel, și continuând cu atitudinea îngăduitoare a epicurienilor și a stoicilor

Și în **Roma antică** întâlnim, datorită influenței stoicilor, o atitudine favorabilă sinuciderii, care datează din sec. al V-lea î. H. până în sec. al II-lea d. H. Numărul foarte mare de morți voluntare se datorează, în mare măsură, flexibilității autorităților de la acea vreme care a făcut posibilă declararea motivului real al acestor morți, lucru care nu s-a putut face în alte epoci [41].

În **Evul Mediu**, se remarcă o atitudine generală care nu este îngăduitoare actului suicidar. El este incriminat în aceeași măsură de religia oficială, de puterea civilă și de credințele populare, fiind considerat un act împotriva naturii, împotriva societății și împotriva lui Dumnezeu [51]. În continuare, opiniile asupra suicidului au devenit tot mai categorice, acesta fiind considerat un act reprobabil și rușinos, care trebuie condamnat public. Se remarcă afirmațiile Sfântului Toma d'Aquino, care numește trei rațiuni fundamentale pentru a interzice suicidul [62]: 1) este un atentat împotriva naturii, deoarece contrazice tendința naturală de a trăi; 2) este un atentat împotriva societății, căci facem parte dintr-o comunitate unde avem un rol de jucat; 3) este un atentat împotriva lui Dumnezeu – singurul proprietar al vieții noastre.

Renașterea a generat o clasă aparte de elite intelectuale, iar odată cu revoluția tipografiei a crescut accesul la cultura scrisă, acest fapt nu a modificat însă în esență sa percepția socială asupra suicidului, ci, dimpotrivă, se poate urmări chiar o înăsprire a pedepselor pentru aceste intenții, sancțiunile fiind retrase mult mai târziu, de exemplu, în Anglia, considerată ca fiind foarte conservativă în modularea legislației, în 1823, cele civile – în 1870, pentru ca abia în 1961 suicidul să nu mai fie considerat drept o crimă.

Toate religiile lumii condamnă suicidul, moartea fiind considerată prerogativa exhaustivă a lui Dumnezeu și doar în cazuri aparte se acceptă sacrificiul suprem – în cazul confruntării cu anumite situații ce fac atingere demnității și onoarei individului.

Teoriile etiopatogenice ale comportamentului suicidar se subdivid în:

- **teorii sociologice** (în 1897, Emile Durkheim, în lucrarea sa intitulată *Le suicide*, lansează o nouă abordare a suicidului [25], care distinge suicidul de cauză socială – suicidul egoist, suicidul altruist, și suicidul anomic, când individul nu își mai regăsește reperele la care este obișnuit să se raporteze.

- **teorii psihologice** și, în primul rând, **teoria psihanalitică** modelată la începutul secolului al XX-lea

de Sigmund Freud, teorie care explică suicidul într-un mod asemănător cu psihopatologia depresiei [22].

Tot aici se inserează **teoria psihosocială**, reprezentată de Erik Erikson, care susține ideea că rezoluția necorespunzătoare a crizelor ce apar pe parcursul vieții ar constitui factorii de risc ai producerii suicidului, care nu înseamnă altceva decât dificultăți adaptative.

Teoria cognitivă abordează suicidul din perspectivă cognitiv-comportamentală [14], actul extrem fiind asociat cu depresia. Conform acestei teorii, sistemul de gândire al unui depresiv abordează o realitate deformată, distorsionată, marcată de erori ce se datorează unor procese cognitive, cum ar fi: generalizarea, maximizarea/minimizarea, abstractizarea selectivă etc.

Teoria comportamentală admite învățarea socială a comportamentului suicidar [5], prin întărirea unor comportamente determinate de stimuli exteriori.

Teoria interpersonală, reprezentată de Harry Stuck Sullivan, plasează actul suicidar în domeniul relațiilor interpersonale, în sensul că acesta este rezultatul eșecului rezolvării conflictelor interpersonale, datorită unei anumite percepții asupra persoanei care comite suicidul în ochii persoanelor apropiate și semnificative din viața acesteia [3].

Teoria existențială a fost susținută de Albert Camus, care acorda un mare interes problemei suicidului și a emis bine cunoscuta frază în eseu *Mitul lui Sisif*: "Există o singură, cu adevărat serioasă problemă și aceasta este suicidul" [26].

Evoluția viziunilor vizavi de cauzalitatea complexă a actului suicidar se reflectă fidel în **teoriile neuropsihobiologice**, lansate pe parcursul secolului XX. Conform acestora, din perspectiva biologică, actul suicidar poate fi corelat cu modificări în mai multe sisteme de transmisie, și anume: disfuncția sistemului serotoninergic; hiperactivitatea axei HHC; activitatea crescută a sistemului noradrenergic; implicarea altor sisteme (dopaminergic, GABA etc.); anomalii neuroanatomice. Conform modelului stres-diateză propus de Mann et al. (1999), factorul stresant este reprezentat fie de o anumită tulburare psihiatrică, fie de intervenția unor evenimente psihotraumatice (dificultăți interpersonale, sociale etc.), adversități ce acționează pe un teren constituțional favorizant – influențe genetice, experiențe traumatice în copilărie etc. Toate aceste predispoziții au ca rezultat formarea unor trăsături de personalitate ce prefigurează o vulnerabilitate deosebită pentru actul suicidar, și anume impulsivitatea, agresivitatea și disperarea extremă [13].

Rezultanta îndelungatelor căutări de explicații pentru acest act, care sfidează firea lucrurilor, se poate considera abordarea științifică modernă a suicidului de pe poziția **teoriei factorilor de risc**, care are

în vedere atât dezavuarea circumstanțelor care cresc potențialitatea suicidului – factori de risc biologic, existențial, cât și cunoașterea și punerea în aplicare a factorilor protectivi, care contrabalansează efectul factorilor de risc [41]. Aici trebuie să fie citați mai mulți autori moderni, în primul rând cei recunoscuți pe plan mondial [12, 19, 31, 32, 34, 46, 55, 73].

Suicidul este o cauză majoră de deces în rândul pacienților cu schizofrenie. Cercetările indică faptul că cel puțin 5-13% din pacienții schizofrenici mor prin suicid și este probabil că limita superioară a gamei este estimarea cea mai precisă. În literatura de domeniu, problema factorilor de risc suicidar este abordată foarte frecvent și de pe diferite poziții, autorii cercetând fenomenul în raport cu numeroase circumstanțe de ordin biologic și social [3, 14, 24, 41]. În ceea ce se referă la riscul suicidar al pacienților cu schizofrenie, specialiștii invocă în unison: antecedentele anterioare de suicid, nonaderența la tratament sau terapia inadecvată a simptomelor pozitive și a celor negative, impregnarea neuroleptică, spitalizările repetate, suportul extern limitat și izolarea socială [9, 12, 20, 28, 31, 37, 66, 73, 75].

În literatura de specialitate, prezența tulburărilor psihiatrice este unul dintre cei mai frecvenți factori de risc în apariția suicidului [29].

Edwin S. Shneidman, în lucrarea sa celebră *Autopsy of a Suicidal Mind* (2004), afirma în cunoștință de cauză, el fiind considerat unul dintre cei mai versați suicidologi, cum că "în fiecare sinucidere se poate distinge o componentă schizofrenică, în sensul discordanței crase între gândire și sentimente" [60].

Despre un comportament suicidar (adică despre o acțiune autolitică conștientă și deliberată) al unui bolnav cu devieri de spectru schizofrenic se poate afirma doar în cazul în care suicidentul are discernământul propriilor acțiuni, adică nu se află sub efectul unui statut psihotic [71, 72, 73, 75].

Dacă un subiect a comis un act de suicid fiind în acces psihotic, comportamentul lui ar trebui calificat ca autoagresiune, iar în acest caz autoagresiunea are un caracter secundar, deoarece a fost condiționată de tulburări psihotice. Există, însă, situații când interpretarea cauzelor comportamentului suicidar la bolnavul cu tulburări de ordin schizotipal se face cu dificultate, de aceea mulți suicidologi tratează toate acțiunile de gen autolitic ale bolnavilor psihici ca fiind intenții suicidale [73]. Indiferent, însă, de modalitatea diversă de abordare și divergențele terminologice, autorii converg spre afirmația că rata de suicide printre pacienții schizofrenici este debordantă [19, 27, 29, 53, 73]. Se estimează astfel că cca 50% din bolnavii care suferă de schizofrenie pe parcursul a 20 de ani comit suicide, 10% dintre care sunt suicide realizate [71, 72, 73, 75].

În baza numeroaselor studii și observații de durată s-a ajuns la concluzia că cei mai periculoși sub acest aspect sunt primii 3-5 ani de maladie. Maxima suicidelor se situează la femei în intervalul a 3-4 ani, iar la bărbați – între 7 și 8 ani, adică în perioada cuprinsă între 4 și 9 ani de boală [45, 46, 56, 71, 72, 73]. Astfel, și speranța de viață a persoanelor cu schizofrenie este cu 12-15 ani mai mică decât a celor care nu au această tulburare, acest fapt fiind nu doar rezultatul frecvenței crescute a sinuciderilor printre respectivii bolnavi (în jur de 5%), ci și al problemelor de sănătate fizică care se asociază adesea bolii (Van Os J., Kapur S., 2009).

Meltzer H.Y. (2002) și alți specialiști afirmă că mai predispuși sunt pacienții cu schizofrenie paranoidă, deși, conform statisticilor, tentativele de suicid în 43-45% de cazuri sunt comise de pacienți tineri cu schizofrenie de formă simplă [12, 28, 33, 43, 72].

Probabilitatea de suicid scade odată cu vârsta, iar media de vârstă a suicidenților schizofrenici este de 33,4 ani. De altfel, media de vârstă la bărbați este cu 10-12 ani mai mică decât la femei [31, 55, 67, 73, 75]. După vârsta de 50 de ani, la pacienții marcați de această boală riscul de suicid este din nou în creștere. Raportul bărbați/femei printre suicidenții suferind de schizofrenie este de 3:2.

Factorii care potențiază sau limitează riscul suicidar al bolnavilor de schizofrenie au fost mereu un subiect de interes științific și aplicativ aparte, în literatura de specialitate fiind raportate numeroase studii, trialuri, sondaje efectuate atât pe cohorte masive de populație în ansamblu, cât și pe categorii aparte de bolnavi psihici [19, 29, 73, 75].

Este firesc faptul că asupra bolnavilor schizofrenici, care se cunoaște că au cea mai mare rată de suicide și cele mai pregnante trăsături încadrabile ca fiind comportament suicidar, au fost realizate studii avizate, în urma cărora au fost schițate diferite programe de management curativ și de recuperare psihosocială [43, 47, 68, 73, 75].

Analizând atent cercetările realizate la subiectul nostru de interes, am dedus că practic nu există spații pe glob unde fenomenul suicidar să nu fi fost cercetat sub diferite aspecte. Mai mult, foarte multe echipe de cercetători colaborează, realizând studii tranșante și comparate [6, 9, 29, 75], pentru a distinge diferențele de cel mai diferit ordin, ca în temeiul acestora să se deducă circumstanțele și factorii de ordin demografic, etnic, genetic, social, clinic și psihopatologic care concură la formarea și manifestarea comportamentului suicidar [12, 19, 33, 67, 73, 75].

Am analizat mai multe principii de delimitare a acestor factori și am desprins că, în linii mari, factorii de risc suicidar ai bolnavului schizofrenic se pot divide precum urmează (tabel adaptat după Л. Н. Юрьева. *Клиническая суицидология*, 2006, p. 223):

<i>Factorii care potențează riscul suicidar</i>	<i>Factorii care limitează riscul suicidar</i>
<p><i>Factori demografici</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Sexul – masculin. ◆ Vârsta – maxima suicidelor revine vârstei de sub 30 de ani, iar media de vârstă a suicidenților este de 33 de ani. <p><i>Factori psihosociali</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Particularitățile individuale ale personalității (vulnerabilitate, senzitivism, subaprecierea de sine, impulsivitatea). ◆ Antecedent suicidar în anamnezic. ◆ Nivel înalt de instruire și aspirații. ◆ Izolare socială, în special în cazurile în care adaptarea socială de până la îmbolnăvire fusese de bună calitate. Lipsa serviciului și a familiei. <p><i>Factori clinici</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Prezența simptomocomplexului depresiv în structura psihopatologică a psihozei – la orice etapă de evoluție. ◆ Halucinații verbale imperative de mesaj suicidal. ◆ Recidive frecvente ale bolii, în special în primii ani de la îmbolnăvire. ◆ Etapa de ieșire din psihoză, când se întâmplă conștientizarea bolii și a consecințelor ei. ◆ Etapa de constituire a remisiei. ◆ Dezadaptarea socială manifestă (inadaptivitatea la condițiile vieții extraspitalicești, de ex. după o lungă perioadă de tratament staționar forțat). <p><i>Tulburări asociate</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consum de substanțe psihoactive (alcool, opiate ș.a.). ◆ Dereglări cronice de ordin somatic și tulburări neurologice, condiționate de farmacoterapie: <ul style="list-style-type: none"> - depresie neuroleptică, - depresie achinetică, - disforii generate de consumul preparatelor antipsihotice. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Debutul tardiv al schizofreniei. ◆ Episoade unice de crize schizotipale. ◆ Prezența simptomatiei hipo- sau maniacale. ◆ Existența relațiilor sociale. ◆ Existența familiei parentale, statutul de căsătorit. ◆ Un anamnezic profesional bun până la îmbolnăvire.

Spre comparație, prezentăm un sumar al factorilor de risc suicidar la pacienții suferind de schizofrenie, la care subscriu nume recunoscute în managementul sănătății mentale, cum ar fi Meltzer H.Y., (2002; 2005); Ettlinger R., (1975); Pompili M., Mancinelli I., Ruberto A. et al. (2005); Harris E.C., Barraclough B. (1997), Har-kavy-Friedman J.M., Kimhy D., Nelson E.A. et al. (2003) și mulți alți savanți și grupuri de experți în domeniu.



Din acest complex de premise biologice, circumstanțe sociale și asociații psihopatologice rezultă că la conturarea riscului suicidar al bolnavilor cu schizofrenie își aduc aportul trei grupe distincte de factori:

- Particularitățile psihopatologice ale statutului psihic individual;
- Particularitățile personalității bolnavului (atât premorbide, cât și cele postmorbide, imprimare prin evoluția procesului schizofrenic);
- Circumstanțele psihotraumatizante cu caracter exo- și endogen.

Schizofrenia, însă, este o boală de heterogenitate considerabilă, de aceea au fost efectuate numeroase tentative de a relaționa riscul suicidar cu subtipul schizofreniei. În cele din urmă, s-a ajuns la concluzia că subtipurile clasice de schizofrenie – paranoidă, catatonică, hebefrenică și nediferențiată – nu par a fi de importanță [51, 50, 45]. Andreasen și Olsen [2] au fost cei care au propus a diferenția în spectrul de semnamente ce se intrică în formarea riscului suicidar simptomatice *pozitivă*, *negativă* și cea *mixtă*. Există doar dovezi solitare și acelea indicând o corelație slabă negativă între simptomele pozitive și suicid [30].

O altă tipologie a fost concepută de către Crow [17], care a diferențiat *tipul I* de sindroame în schizofrenie, echivalent cu schizofrenia acută, și *tipul II*, echivalent cu stările de defect rezidual, dar asociate cu un risc redus de suicid în viitor. Deși nu a putut fi delimitat un sindrom unitar, se poate totuși afirma că specificul de evoluție a bolii, recidivele frecvente [24; 44], o mare severitate a maladiei, o crasă limitare în funcționarea socială și profesională [21, 59, 63] și o conștientizare realistă a efectelor deteriorative ale bolii sunt factorii de risc suicidar specifici și omniprezenți în toate tipurile de comportament suicidar al unui schizofrenic [3].

Se aplică și multe alte modalități de clasificare a pacienților suicidari, autorii lor reieșind din propriile observații, care se pot distanța ca rezultat observațional destul de important și asta pentru că se lucrează cu contingente de suicidenți diferite ca statut etnic, cultural, ca reședință geografică, dezvoltare socială etc., multe dintre aceste tipologii sunt, totuși, aplicabile în condiția în care se întrunesc cel puțin careva dintre parametrii de start (Funahashi, 2000; Osby, 2000; Martin, 2000; Deisenhammer, 2000; Bralet, 2000; De Hert, 2001; Hiroeh, 2001; Yim, 2004; Jarbin, 2004; Kim, 2004; Kelly, 2004).

De exemplu, s-a constatat că aproximativ o treime dintre victimele suicidului îndeplinesc criteriile pentru o tulburare de personalitate [58]. Sunt importante și ratele de comorbiditate a schizofreniei cu tulburările generate de utilizarea substanțelor psi-

hoactive [55], astfel, o tipologie a suicidului bazată pe prezența sau absența unei tulburări de dependență ar putea fi luată în calcul, dat fiind faptul că abuzul de droguri sau dependența crește considerabil riscul de suicid [30].

Au fost delimitate și alte subtipuri de motivație suicidară în tulburările schizofrenice, dar acestea au fost analizate doar sub aspect clinic și s-au bazat pe studiul asupra pacienților ambulatorii psihotici și pe comportamentul lor în spitalul de psihiatrie. Astfel, Farberow et al. [27] au propus trei subtipuri de suicid în schizofrenie: (1) pacient inabordabil, distorsionat grosolan, care se opune spitalizării; (2) pacient în funcție, a cărui suicid realizat în afara spitalului pare a fi o consecință a conflictului de stres și a ambivalenței în ceea ce privește mediul de acasă; (3) pacient nemulțumit, exigent, care pare să fi pierdut încrederea în potențialul terapeutic de spitalizare.

În cadrul unor studii de anchetă privind suicidul [46, 47], autorii au încercat să diferențieze alte două tipuri clinice de suicid pe fundal de schizofrenie: (1) suicidul de *tip I*, caracterizat prin debutul timpuriu al bolii, complicat cu dificultatea gravă de adaptare psihosocială, și (2) suicidul de *tip II*, caracterizat printr-un debut mai tardiv al bolii, pacienții aceștia prezentând adesea o capacitate mare funcțională în premorbid, dar, din cauza gravității bolii, au ajuns să resimtă o mobilitate psihosocială și profesională descendentă și în degradare continuă. Pacienții din ambele tipuri, consideră cercetătorii, conștientizează starea lor și sunt capabili să-și autoevalueze realist perspectivele de viață reduse [45]. Aceștia, de regulă, comit suicid într-o stare nonpsihotică. Bolnavii de tip I își dau seama de eșecul lor în comparație cu realizările colegiilor lor, în timp ce pacienții de tip II simt că nu se pot conforma exigențelor înalte față de sine și, deci, se simt inadecvați în raport cu obiectivele lor [67]. În ambele tipuri, suicidul pare să fie rezultatul unei evaluări realiste a întregii situații de viață pe care o parcurg, inclusiv boala, incapacitatea și consecințele psihosociale negative generate de aceasta.

Rezumăm prin a consemna că un comportament suicidar la pacientul schizofren se constituie prin interferența a numeroase circumstanțe psihologice și psihopatologice, care adesea complică sau fac chiar imposibilă predicția evoluției tulburărilor psihice și a finalității lor vitale. Comportamentul autolitic, în ansamblu, și cel al persoanelor marcate de schizofrenie, în special, implică nivele diferite de vulnerabilitate, constituite prin concursul mai multor factori agresivi ce acționează pe parcursul dezvoltării ontogenetice. În cazul pacientului schizofren primează vulnerabilitatea neurobiologică, în timp ce vulnerabilitatea cognitivă, psihologică și socială au doar un rol favorizant aleator [14, 15, 16, 36, 41].

Studiile fundamentale de neurobiologie cerebrală au permis evidențierea unor indicatori de risc și/sau de predicție pentru comportamentul suicidar al schizofrenului care se cer a fi luate în calcul la evaluarea globală [67, 71, 75]. Asemenea modificări, însă, pot fi asociate sau nu cu tulburări psihopatologice încadrabile nosologic în momentul suicidului. Diminuarea transmisiei serotoninergice presinaptice pare a fi semnificativ corelată cu suicidul violent și cu comportamentul antisocial al unora din acești pacienți [22, 27, 28].

Concluzii

1. Fenomenul suicidar are o vechime ce se suprapune cu istoria umanității în ansamblu și, indiferent de atitudinea față de acesta, a fost întotdeauna un eveniment dramatic, misterios și greu de acceptat ca soluție rațională.

2. Interesul nestins față de suicid și supliciile lui complexe a generat, de-a lungul timpului, numeroase teorii, unele dintre care au tentat nu doar înțelegerea esențelor complexe, dar și oferirea unor soluții de atitudine și chiar de prevenire a gestului nesăbuit, dar numai era modernă a gândirii mediciniste, care a abordat suicidul de pe poziția *teoriilor neuro-psihobiologice lansate pe parcursul secolului XX, a oferit în cele din urmă un suport de argumente în favoarea prevenirii suicidului*.

3. Rezultanta îndelungatelor investigații asupra fenomenului suicidar a devenit abordarea lui științifică modernă de pe poziția teoriei factorilor de risc, care are în vedere atât dezavuarea circumstanțelor care cresc potențialitatea suicidului – factorii de risc biologic, existențial, cât și cunoașterea și punerea în aplicare a factorilor protectivi, care contrabalansează efectul factorilor de risc.

4. Analizat din perspectiva biologică, actul suicidar poate fi corelat cu modificările mai multor sisteme de transmisie, și anume: disfuncția sistemului serotoninergic; hiperactivitatea axei HHC; activitatea crescută a sistemului noradrenergic; implicarea altor sisteme (dopaminergic, GABA etc.); anomalii neuroanatomice.

5. Conform modelului stres-diateză propus de Mann et al. (1999), factorul stresant este reprezentat fie de o anumită tulburare psihiatrică, fie de intervenția unor evenimente psihotraumatice (dificultăți interpersonale, sociale etc.), adversități ce acționează pe un teren constituțional favorizant – stigme genetice, experiențe traumatice în copilărie, toate aceste predispoziții având ca rezultat formarea unor trăsături de personalitate ce prefigurează o vulnerabilitate deosebită pentru actul suicidar, și anume impulsivitatea, agresivitatea și disperarea extremă.

Bibliografie

1. Amador X.F., Kronengold. *Understanding and Assessing Insight*. In: *Insight and Psychosis*. 2nd edition. Edited by Amador X., David A. New York: Oxford University Press; 2004.
2. Andreasen N.C., Olsen S. *Negative v. positive schizophrenia. Definition and validation*. In: *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982, nr. 39, p. 789-794.
3. Bandura A. *Social cognitive theory*. In: R. Vasta (ed.). *Annals of Child Development*, nr. 6. Six theories of child development, p. 1-60. Greenwich, CT: JAI Press, 1989.
4. Batel P. *Addiction and schizophrenia*. In: *Eur. Psychiatry*, 2000, nr. 15, p. 115-122.
5. Beck A., Rush J., Shaw B., Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press, 1987.
6. Beck A.T., Steer R.A., Kovacs M., Garrison B. *Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation*. In: *Am. J. Psychiatry*, 1985, nr. 142, p. 559-563.
7. Beck A.T. *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row; 1967.
8. Bedrosian R.C., Beck A.T. *Cognitive aspects of suicidal behavior*. In: *Suicide Life Threat Behav.*, 1979, nr. 2, p. 87-96.
9. Bourgeois M., Swendsen J., Young F., Amador X. et al. *Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: Results of the international suicide prevention trial*. In: *Am. J. Psychiatry*, 2004, nr. 161, p. 1494-1496.
10. Bralet M.C., Yon V., Loas G., Noisette C. *Cause of mortality in schizophrenic patients: prospective study of years of a cohort of 150 chronic schizophrenic patients*. In: *Encephale*, 2000; nr. 26, p. 32-41.
11. Bronisch T. *The typology of personality disorders – diagnostic problems and their relevance for suicidal behavior*. In: *Crisis*, 1996, nr. 17, p. 55-58.
12. Caldwell C.B., Gottesman I. *Schizophrenics kill themselves too: A review of risk factors for suicide*. In: *Schizophr. Bull.*, 1990, nr. 16, p. 571-589.
13. Camus A. *The Myth of Sisyphus*. New York: Penguin, 1975.
14. Chiriță R. *Depresie și suicid – dimensiuni biologice și axiologice*. Constanța: Ed. Fundației Andrei Șaguna, 2002.
15. Cooper S.J., Kelly C.B., King D.J. *5-Hydroxyindoleacetic acid in cerebrospinal fluid and prediction of suicidal behaviour in schizophrenia*. In: *Lancet*, 1992, nr. 340, p. 940-941.
16. Correa H., Duval F., Mokrani M.C., Bailey P. et al. *Serotonergic function and suicidal behavior in schizophrenia*. In: *Schizophr. Res.*, 2002, nr. 56, p. 75-85. *J. Psychopharmacol*, 2004, nr. 18, p. 384-387.
17. Crow T.J. *Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process?* In: *Br. Med. J.*, 1980, nr. 280, p. 66-68.
18. Cunningham A. *Sir Thomas Browne and his Religio Medici: Reason, Nature and Religion*. In: Ole Peter Grell and Andrew Cunningham (eds). *Religio Medici, Medicine and in Seventeenth Century England*. Aldershot: Scholar Press, 1996.
19. De Hert M., McKenzie K., Peuskens J. *Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study*. In: *Schizophr. Res.*, 2001, nr. 47, p. 127-134.

20. Deisenhammer E.A., DeCol C., Honeder M., Hinterhuber H., Fleischhacker W.W. *In-patient suicide in psychiatric hospitals*. In: Acta Psychiatr. Scand., 2000; nr. 102, p. 290-294.
21. Dingman C.W., McGlashan T.H. *Discriminating characteristics of suicides. Chestnut Lodge follow-up sample including patients with affective disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder*. In: Acta Psychiatr. Scand., 1986, nr. 74, p. 91-97.
22. Dingman C.W., McGlashan T.H. *Discriminating characteristics of suicides. Chestnut Lodge follow-up sample including patients with affective disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder*. In: Acta Psychiatr. Scand., 1986, nr. 74, p. 91-97.
23. Drake R.E. *Suicide attempts and completed suicides among schizophrenia patients*. In: Suicide in schizophrenia. Edited by Tatarelli R., Pompili M., Girardi P. New York: Nova Science Publishers Inc; 2006.
24. Duică L., Talau R., Nicoară D., Talau G., Chiriță V. *Corelații neuro-psihiobiologice ale comportamentului suicidar*. În: Buletin de Psihiatrie Integrativă, nr. 4, 2008.
25. Durkheim E. *Le suicide*. Paris: Alcan, 1897.
26. Evans F.B. *Harry Stack Sullivan: Interpersonal Theory and Psychotherapy*. London: Routledge, 1996.
27. Farberow N.L., Shneidman E.S., Leonard C.V. *Suicide among schizophrenic mental hospital patients*. In: The Cry for Help. Edited by Farberow N.L., Shneidman E.S. New York – Toronto – London: McGraw-Hill; 1961, p. 78-97.
28. Fenton W.S. *Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia*. In: Suicide Life Threat. Behav., 2000, nr. 30, p. 34-49.
29. Funahashi T., Ibuki Y., Domon Y., Nishimura T., Akehashi D., Sugiura H. *A clinical study on suicide among schizophrenics*. In: Psychiatry Clin. Neurosci., 2000; nr. 54, p. 173-179.
30. Grise Y. *Le suicide dans la Rome antique*. Paris, 1983.
31. Harkavy-Friedman J.M., Nelson E.A., Venarde D.F., Mann J.J. *Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: Examining the Role of Depression*. In: Suicide Life Threat Behav, 2004, nr. 34, p. 66-76.
32. Havaki-Kontaxaki B.J., Kontaxakis V.O., Protopappa V.A., Christodoulou G.M. *Suicides in a large psychiatric hospital: risk factors for schizophrenic patients*. In: Topics in Preventive Psychiatry. Edited by Christodoulou G.M., Kontaxakis V.O. Karger, Basel: Bibliotheca Psychiatrica; 1994, p. 63-71.
33. Haw C., Hawton K., Sutton L., Sinclair J., Deeks J.J. *Schizophrenia and deliberate self-harm: a systematic review of risk factors*. In: Suicide Life Threat Behav, 2005, nr. 35, p. 50-62.
34. Hawton K., Sutton L., Haw C., Sinclair J., Deeks J.J. *Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors*. In: Br. J. Psychiatry, 2005, nr. 187, p. 9-20.
35. Hiroeh U., Appleby L., Mortensen P.B., Dunn G. *Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study*. In: Lancet. 2001, nr. 358, p. 2110-2112.
36. Invernizzi R., Berettera C., Garattini S., Samanin R. *d- and l-isomers of fenfluramine differ markedly in their interaction with brain serotonin and catecholamines in the rat*. In: Eur. J. Pharmacol., 1986, nr. 120, p. 9-15.
37. Kelly D.L., Shim J.C., Feldman S.M., Yu Y., Conley R.R. *Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death*. In: J. Psychiatr. Res., 2004, nr. 38, p. 531-356.
38. Kim C.D., Lesage A.D., Seguin M., Chawky N., Vanier C., Lipp O. et al. *Seasonal differences in psychopathology of male suicide completers*. In: Compr. Psychiatry, 2004; nr. 45, p. 333-339.
39. Kim C.H., Jayathilake K., Meltzer H.Y. *Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: Relation to suicidal behavior*. In: Schizophr. Res., 2002, nr. 60, p. 71-80.
40. Lewis L. *Mourning, insight, and reduction of suicide risk in schizophrenia*. In: Bull Menninger Clin., 2004, nr. 68, p. 231-244.
41. Mann J.J. *Neurobiology of suicidal behavior*. In: Nature reviews; vol. 4, 2003; p. 819-828.
42. Martin B.A. *The Clarke Institute experience with completed suicide: 1966 to 1997*. In: Can. J. Psychiatry, 2000; nr. 45, p. 630-638.
43. Mazeh D., Shahai B., Saraf R., Melamed Y. *Venlafaxine for the treatment of depressive episode during the course of schizophrenia*. In: J. Clin. Psychopharmacol., 2004, nr. 24, p. 653-655.
44. Meltzer H.Y., Alphs L., Green A.I., Altamura A.C., Anand R., Bertoldi A., Bourgeois M., Chouinard G., Islam M.Z., Kane J., Krishnan R., Lindenmayer J.P., Potkin S. *International Suicide Prevention Trial Study Group: Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT)*. In: Arch. Gen. Psychiatry, 2003, nr. 60, p. 82-91.
45. Meltzer H.Y., Conley R.R., De Leo D., Green A.I., Kane J.M., Knesevich M.A., Lieberman J.A., Lindenmayer J.P., Potkin S.G. *Intervention strategies for suicidality*. In: J. Clin. Psychiatry, 2003, nr. 6, p. 1-16.
46. Meltzer H.Y. *Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options*. In: Curr. Psychiatry Rep., 2002, nr. 4, p. 279-283.
47. Meltzer H.Y. *Suicidality in schizophrenia: pharmacologic treatment*. In: Clin. Neuropsychiatry, 2005, nr. 2, p. 76-83.
48. Modestin J., Zarro I., Waldvogel D. *A study of suicide in schizophrenic in-patients*. In: Br. J. Psychiatry, 1992, nr. 160, p. 398-401.
49. Muller D.J., Barkow K., Kovalenko S., Ohlraun S., Fangerau H., Kolsch H., Lemke M.R., Held T., Nothen M.M., Maier W., Heun R., Rietschel M. *Suicide attempts in schizophrenia and affective disorders with relation to some specific demographical and clinical characteristics*. In: Eur. Psychiatry. 2005, nr. 20, p. 65-69.
50. Mundt Ch. *Suicides by schizophrenics – comments on genesis and prevention based on several case reports*. In: Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 1984, nr. 34, p. 187-222.
51. Murray A. *Suicide in the Middle Ages*, vol. 1, New York: Oxford University, 1998.
52. Nordentoft M., Jeppesen P., Abel M., Kassow P., Petersen L., Thorup A., Krarup G., Hemmingsen R., Jorgensen P. *OPUS study: Suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis*. In: Br. J. Psychiatry, 2002, nr. 181(suppl), p. S98-S106.
53. Nordentoft M., Laursen T.M., Agerbo E., Qin P., Hoyer E.H., Mortensen P.B. *Change in suicide rates for patients with schizophrenia in Denmark, 1981-1997: nested case-control study*. In: BMJ, 2004, nr. 329, p. 261.

54. Osby U., Correia N., Brandt L., Ekblom A., Sparen P. *Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden*. In: Schizophr. Res., 2000; nr. 45, p. 21-28.
55. Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M. *The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination*. In: Arch. Gen. Psychiatry, 2005, nr. 62, p. 247-253.
56. Pompili M., Girardi P., Ruberto A., Tatarelli R. *Toward a new prevention of suicide in schizophrenia*. In: World J. Biol. Psychiatry, 2004, nr. 5, p. 201-210.
57. Pompili M., Mancinelli I., Ruberto A., Kotzalidis G.D., Girardi P., Tatarelli R. *Where schizophrenic patients commit suicide: a review of suicide among inpatients and former inpatients*. In: Int. J. Psychiatry, Med., 2005, nr. 35, p. 171-190.
58. Ran M.S., Chan C.L., Chen E.Y., Tang C.P., Lin F.R., Li L. et al. *Mortality of geriatric and younger patients with schizophrenia in the community*. In: Suicide Life Threat Behav., 2008; nr. 38, p. 143-151.
59. Salvatore A. *Professional ethics and suicide: toward an ethical typology*. In: J. Ethics Law Aging, 2000, nr. 6, p. 257-269.
60. Shneidman E.S. *Autopsy of a Suicidal Mind*, 2004, 208 p.
61. Smith T.E., Hull J.W., Huppert J.D., Silverstein S.M., Anthony D.T., McClough J.F. *Insight and recovery from psychosis in chronic schizophrenia and schizoaffective disorder patients*. In: J. Psychiatr. Res., 2004, nr. 38, p. 169-176.
62. St. Thomas Aquinas. *Aquinas's Shorter Summa*. Manchester, NH: Sophia Institute Press, 2002; p. 228-229.
63. Stephens J.H., Richard P., McHugh P.R. *Suicide in patients hospitalized for schizophrenia 1913-1940*. In: J. Nerv. Ment. Disease, 1913, nr. 187, p. 10-14.
64. Strauss J.S., Carpenter W.T. Jr. *The prediction of outcome in schizophrenia: I. Characteristics of outcome*. In: Arch. Gen. Psychiatry, 1972, nr. 26, p. 739-746.
65. Virkkunen M. *Attitude to psychiatric treatment before suicide in schizophrenia and paranoid psychoses*. In: Br. J. Psychiatry, 1976, nr. 128, p. 47-49.
66. Ward A., Ishak K., Proskorovsky I., Caro J. *Compliance with refilling prescriptions for atypical antipsychotic agents and its association with the risks for hospitalization, suicide, and death in patients with schizophrenia in Quebec and Saskatchewan: a retrospective database study*. In: Clin. Ther., 2006; nr. 28, p. 1912-1921.
67. Warnes H. *Suicide in schizophrenia*. In: Dis. Nerv. Syst., 1968, nr. 29 (Suppl 5), p. 35-40. In: J. Nerv. Ment. Dis., 1984, nr. 172, p. 613-617.
68. Whitehead C., Moss S., Cardno A., Lewis G. *Antidepressants for the treatment of depression in people with schizophrenia: A systematic review*. In: Psychol. Med., 2003, nr. 33, p. 589-599.
69. Wolfersdorf M., Neher F., Working Group "Suicidality and psychiatric hospital". *Schizophrenia and suicide – results of a control group comparison of schizophrenic suicides with schizophrenic inpatients without suicide*. In: Psychiatr. Prax., 2003, nr. 30, p. 272-278.
70. Yeates C., Pearson J., DeRenzo E. *Indirect Self-Destructive Behavior among Elderly Patients in Nursing Homes: A Research Agenda*. In: American Journal of Geriatric Psychiatry 4, 1996; no. 2, p. 152-163.
71. Абрумова А. Г., Тихоненко В. А. *Диагностика суицидального поведения*. Москва, 1980, 55 с.
72. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. *Клиническая психиатрия*. В 2-х томах. Том 1. Пер. с англ. В.Б. Стрелец. М.: Медицина, 1994, 672 с.
73. Л. Н. Юрьева. *Клиническая суицидология*, 2006, 223 с.
74. Яньшин П.В. *Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности*. СПб., 2004, 336 с.
75. Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L., Malone K.M. *Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients*. In: The American Journal of Psychiatry, 1999; nr. 156(2), p. 181-189.

Prezentat la 08.02.2013

Oleg Țurcanu, doctorand, șef secție triaj,
IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie
tel.: 022857370
E-mail: oleg.turcanu@gmail.com