

## PREVENIREA SUICIDULUI: REPERE CONCEPTUALE ȘI PRINCIPII PRACTICE

Oleg ȚURCANU<sup>1</sup>, Oleg COBÂLEANSCHI<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Spitalul Clinic de Psihiatrie,

<sup>2</sup>USMF Nicolae Testemițanu

### Summary

#### **Prevention of Suicide: conceptual landmarks and practical principles**

*The study presented many aspects of the phenomenon of suicide, which in recent decades has increased worldwide, but also in the Republic of Moldova. There have been briefly elucidated conceptual landmarks and principles to nosological approach on different types of suicide. The information is intended especially for primary physicians, who need to know how to approach a patient or a person on the edge of suicide risk. The authors draw attention that it can be achieved only through direct involvement of mental health professionals, only entitled to decide on the opportunity or the need of a complete treatment and can draw on the differentiation of individual therapeutic approach.*

**Key words:** types of suicide, suicide risk, complete treatment, individual differentiation.

### Резюме

#### **Предупреждение самоубийства: концептуальные ориентиры и практические принципы**

*Исследование представляет многие аспекты феномена самоубийства, показатель которого возрос в последние десятилетия во всем мире, а также в Республике Молдова. Были выяснены краткие ориентиры концептуального и нозологических принципов подхода к различным типам самоубийства. Информация в особенности предназначена для врачей первичного звена, которым нужно знать подход к пациентам или лицам с суицидальным риском. Авторы обращают внимание на то, что это может быть достигнуто только путем прямого вмешательства специалистов в области психического здоровья – единственные которые имеют навыки и вправе решить вопрос о возможности или необходимости комплексного лечения и которые могут иметь индивидуальный терапевтический подход.*

**Ключевые слова:** типы самоубийств, суицидальный риск, комплексное лечение, индивидуальный терапевтический подход.

### Actualitatea temei

Problema suicidului se impune tot mai categoric ca una cu valență globală, iar suicidul devine tot mai frecvent un mod de comportament, la care recurge individul în situații critice. În fiecare minut pe glob are loc o tentativă de suicid. Conform ultimelor date, anual în lume decedează prin suicid aproximativ 873000 de persoane, inclusiv 163000 în regiunea europeană. De altfel, în Europa, în grupul de vârstă 15-35 de ani suicidul ocupă locul doi după accidentele rutiere ca motiv de deces [1].

În ultimii 45 de ani, rata suicidului, la nivel mondial, a crescut cu aproximativ 60%, aceasta fiind una dintre cele trei cauze principale de deces în rândurile persoanelor cu vârste cuprinse între 15 și 44 de ani. Tentativele de suicid sunt, însă, de peste 20 de ori mai frecvente decât sinuciderea propriu-zisă. Statisticile atestă că între 8 și 30 de milioane de oameni anual încearcă să-și pună capăt zilelor, dar numai o pătrime din aceste evenimente ajung în vizorul rețelei medicale.

În baza rezultatelor unor cercetări, s-a stabilit că și în Republica Moldova suicidul este un fenomen cu tendințe de creștere, proporția bărbați / femei fiind de 6 : 1.

Peste 90% din toate cazurile de sinucidere sunt asociate cu tulburările mintale (în special, depresia și consecințele cauzate de consumul de alcool și de substanțe narcotice). Suicidul este totuși consecința unui complex de factori socioculturali și are un risc mai mare de apariție în timpul perioadelor de criză socioeconomică, familială sau individuală (de exemplu, pierderea unei persoane dragi, șomajul, probleme de onoare, divorțul, abandonurile, dezmembrarea familiei).

În acest context, preocuparea pentru diagnosticarea timpurie și, în special, pentru recuperarea pacienților cu comportament suicidar devine extrem de importantă nu numai pentru serviciul psihiatric, dar și pentru întregul ansamblu de servicii sociale care au în vizor protecția omului.

Suicidul nu este o problemă nouă, dar tendințele acestui fenomen, relaționarea lui directă cu viața socială, care în condițiile progresului tehnologic vertiginos devine tot mai solicitantă pentru condiția psihică destul de fragilă a ființei umane, au făcut ca interesul specialiștilor să se orienteze tot mai insistent spre factorii de dezadaptare, care dezechilibrează viața psihică.

Printre factorii cel mai frecvent incriminați ca fiind generatori de tensiuni și situații critice sunt: urbanizarea rapidă, instabilitatea economică, intensitatea proceselor de migrație, rata crescută a divorțurilor, încălcarea stereotipurilor de viață sub influența schimbărilor socioeconomice, accentuarea insecurității sociale, marginalizarea. În plus, creșterea numărului de migranți și a șomerilor, pierderea entității și antagonizarea grupurilor sociale, pierderea tradițiilor și relațiilor dintre generații sporesc tendințele distructive și cele autolitice.

În prezenta comunicare ne-am propus să prezentăm un set de informații, mai exact un breviar de cunoștințe necesare tuturor medicilor din sistemul primar, care adesea, volens nolens, se confruntă cu pacienți care întrunesc semiologia catalogată ca situație critică (conflicte, incidente, calamități) cu risc de suicid. Pentru a recunoaște asemenea premise și a acționa adecvat, specialiștii de pe teren au nevoie de cunoștințe clare și certe despre fenomenul analizat.

Suicidul ca atare se manifestă sub diferite variante: suicidul-amenințare, suicidul-tentativă, intenția suicidară, echivalentele suicidare și suicidul reușit. Unii oameni îi amenință doar pe cei din jur că se vor sinucide, alții încearcă să se sinucidă, pe când alții chiar reușesc.

În cazul *suicidului-amenințare*, scopul nu este moartea, ci individul, prin șantaj, urmărește atingerea unor scopuri în viață. Suicidul amenințare are un caracter teatral.

*Suicidul-tentativă* se manifestă prin ambiguitatea intenției subiectului. Este propriu femeilor, în timp ce *suicidul reușit* este propriu bărbaților.

*Intenția suicidară* este o dorință trecătoare de autosuprimare, în care actul este proiectat teoretic, însă nu este pus în practică.

*Echivalentele suicidare* caracterizează modurile de comportament care implică un risc, de care însă subiectul este perfect conștient.

În urma cercetărilor a rezultat că aproximativ 2/3 din cei care s-au sinucis anterior avuseseră cel puțin o tentativă. În toate aceste situații, specialiștii anunță univoc că este vorba de o suicidopatie, care trebuie abordată cu metode specifice medicale, psihofarmacologice și psihoterapeutice.

În general, agresivitatea se manifestă ca urmare a interacțiunii dintre două categorii de factori: impulsurile latente sau manifeste din interiorul nostru și reacțiile stimulativă din exterior. Când forța agresivă cumulată în interior se orientează spre persoana care a produs-o, aceasta devine autoagresiune. Autoagresiunea cuprinde atitudini, acte, fapte, manifestări de agresivitate și violentă față de propria persoană, dar autoagresiunea cunoaște o gamă variată de comportamente care culminează cu sinuciderea. Am consemnat aceste relevanțe, deoarece ne punem scopul să abordăm cel mai vulnerabil moment al problemei: prevenirea suicidului. Iar intenția aceasta, fie că aparține unui medic, fie altcuiva, va avea efecte nule fără a porni de la cunoașterea noțiunilor-cheie și supliciilor profunde ale acestui fenomen cu multiple determinante, dintre care cel dominant este dezechilibrul dintre forța și semnificația stimulilor interni, respectiv externi și modalitatea de răspuns a persoanei.

### **Cum se poate interveni în prevenirea suicidului?**

În primul rând se va lua aminte că între 60% și 80% din persoanele care au comis suicid au comunicat intenția lor, într-o formă sau alta, din timp.

Unii oameni încearcă să se sinucidă, în timp ce un alt număr pot face gesturi suicidare, care sunt chemări în ajutor sau încercări de a face cunoscut cât de adâncă, de mare este disperarea lor. Mulți oameni care comit suicid sunt depresivi, dar foarte mulți depresivi nu au suficientă energie să comită suicidul și, de aceea, îl comit atunci când se simt mai bine. Deși multitudinea deciziilor de comitere a suicidului poate releva stresul sau depresia, multe persoane, înainte de a comite actul suicidar, par mai puțin depresive.

Familia este un mediu puternic protector împotriva sinuciderii, ea protejând cu atât mai bine cu cât este mai puternic închegată. Statisticile arată că:

- văduvii se sinucid mai mult decât căsătorii și celibatarii;
- căsătoriile prea timpurii au o influență agravantă asupra sinuciderii, în special pentru bărbați;
- după 20 de ani, persoanele căsătorite se sinucid mai rar, în comparație cu celibatarii;
- a crescut rata comportamentului suicidar la adulții tineri și la adolescenți;
- sinuciderea este extrem de frecventă la persoanele în vârstă;
- bărbații se sinucid într-un număr mai mare decât femeile.

Se poate concluziona că sinuciderea variază invers proporțional cu gradul de integrare al grupărilor sociale din care face parte individul.

S-a constatat că sinuciderea este întâmplătoare la copii și se diminuează la cei în vârstă. Explicația acestui fapt este că și copilul, și bătrânul reprezintă aproape în întregime omul fizic, și nu omul social, iar societatea lipsește încă din conștiința primului și începe să dispară din conștiința celuiilalt.

### **Aspecte psihologice cu privire la sinucidere**

Există mai multe concepții, conform cărora "sinuciderea constituie prin ea însăși o nebunie specială" sau că "sinuciderea ar fi un episod al uneia sau mai multor forme de nebunie, neîntâlnindu-se la subiecții cu spiritul sănătos" [Durkheim, 2005].

În cazul adolescenților, un loc primordial în determinarea actului suicidar îl dețin tendințele agresive din copilărie. Încadrată în autoagresivitate, sinuciderea este o formă ambivalentă de autopedeapsă și heteropedeapsă. Adler a emis ideea că sinuciderea la adolescent este o formă de hipercompensare față de sentimentul de inferioritate. Adolescentul recurge la sinucidere pentru a demonstra lumii importanța și valoarea lui și pentru a arăta anturajului cât pierde prin dispariția lui.

Un alt factor psihologic specific personalității suicidare este carența afectivă, existentă în copilărie și adolescență. Se poate produce uneori redirectionarea autoagresivității asupra sieși, sau se poate produce fenomenul de identificare cu o persoană moartă, reală sau imaginară, eventual din literatură.

## Suicidul în bolile psihice

Riscul suicidar este prezent la orice pacient cu depresie, fără să fie, însă, corelat cu severitatea depresiei. Cel mai frecvent, poate apărea la începutul și la finalul episodului depresiv. Suicidul este expresia unei pulsioni autolitice care se înscrie în ansamblul sistemului pulsional și se relaxează pe măsură ce pacientul se cufundă în depresie. Insomnia severă din cadrul episodului depresiv este corelată cu un risc suicidar mai crescut.

*Suicidul în schizofrenie.* Studii recente insistă asupra suicidului ca prim simptom al psihozei, putând fi expresia unei ideții delirante, o manifestare în cadrul comportamentului halucinator determinat cel mai frecvent de halucinații auditive imperative, dar de cele mai multe ori este un act incomprehensibil. Dintre bolnavii cu schizofrenie, 10% fac tentative de suicid, iar 2% reușesc să le realizeze. Actul suicidar în schizofrenie are unele particularități: apare mai frecvent în perioada de debut, în cele mai multe cazuri lipsește motivația, iar modul de realizare este prin mijloace atroce, brutale.

*Suicidul în epilepsie.* Unii clinicieni sunt de părere că suicidul în epilepsie ar fi expresia unui automatism motor epileptic, fiind comis în timpul crizei în virtutea actului automat. Epilepsia poate însă cuprinde toată gama comportamentelor suicidare, de la impulsivitatea suicidară conștientă până la actul automat confuzo-oniric. Suicidul poate apărea în contextul depresiei reactive a unui bolnav de epilepsie, căruia îi este imposibil să se obișnuiască cu acest statut (dat fiind stigmatul cu care secole de-a rândul societatea a marcat epilepticul). Tulburările psihice intercritice pot avea în corolarul lor și conduita de șantaj suicidar.

*Suicidul la retardații mintal.* În oligofrenii, suicidul apare rar și nu putem vorbi de un act suicidar propriu-zis, el fiind expresia unei imitații sau a tendinței de a-i sancționa pe cei din jur. Indivizii nu au conștiința reală a morții și, în consecință, a actului suicidar.

*Suicidul în demențele adultului.* Este expresia deteriorării corticale. Statistic, după 65 de ani numărul actelor suicidare scade. Ca act intențional și deliberat, suicidul apare mai ales în perioada de debut a bolii, când bolnavul mai are încă critica necesară evaluării pantei dezastruoase pe care a început să alunece. Trecerea la act este favorizată de stările depresive cu idei de culpabilitate, inutilitate și incurabilitate. În perioada de stare, tentativele se răresc considerabil, deoarece bolnavul nu mai are critica de la început, dar și pentru că ideile delirante „se pierd în masa demenței”.

*Suicidul în alcoolism și toxicomanii.* Ratele înalte de suicid printre alcoolici și toxicomani se explică prin faptul că cca 30% din alcoolici sunt depresivi și aceștia recurg la alcool sau la droguri diverse pentru a putea suporta mai ușor supliciu depresiei lor. Există și teoria unor psihologi conform căreia alcoolul, conștient de continua degradare, recurge deznădăjduit la suicid.

Suicidul prin abuz de substanță mai poate fi ocazionat de simptome psihotice (în special halucinații), apărute în timpul stării confuzionale de delirium tremens sau în urma unei intoxicații cu diferite droguri.

Există situații în care, înainte de realizarea actului suicidar, individul consumă o cantitate mare de alcool, ceea ce duce la catalogarea lui drept alcoolic.

Suicidul este citat foarte frecvent în cadrul alcoolismului (aproximativ 15% din cei cu dependență), fără a fi neapărat expresia alcoolismului. Asocierea alcoolismului cu o simptomatologie depresivă crește riscul suicidar.

Bazat pe nivelele alcoolemiei, 40% din indivizii care au o tentativă de sinucidere au consumat alcool împreună cu medicamente. Bărbații și persoanele vârstnice au nivelele cele mai crescute ale alcoolemiei. Alte studii au arătat că indivizii alcoolici depresivi tind să caute tratament mai frecvent decât aceia care nu sunt depresivi. Există o considerabilă comorbiditate (60%) între depresie și problemele cu alcoolul în cazurile de sinucidere. Intoxicația cu medicamente este cauza morții în 90% din cazurile de sinucidere și este mult mai frecventă la alcoolici datorită interacțiunilor letale produse de combinarea celor două droguri.

Drogurile cele mai frecvent folosite sunt anti-depresivele (când pacientul a fost tratat cu ele) și tranchilizantele medii. Este evident că, atunci când medicul prescrie antidepresive, trebuie să ia cele mai mari precauții în ceea ce privește siguranța pacientului, cum ar fi supravegherea continuă a acestuia în timpul tratamentului.

*Suicidul în nevroze.* Este rar, nu este mai frecvent decât în populația generală. Atunci când apare, suicidul marchează o decompensare a stării nevrotice. Este de remarcat că în ceea ce privește tulburările anxioase, 20% din cei cu tulburări de panică au un istoric de tentative suicidare. Weissman și colab. au ajuns la concluzia că tentativele de sinucidere sunt asociate cu forme complicate sau necomplicate de panică și că riscurile sunt comparabile cu cele asociate cu depresia severă. S-a observat că asocierea crizelor de panică sau a depresiei majore cu abuzul de alcool sau droguri crește riscul tentativelor de sinucidere la femei.

*Suicidul în tulburările de personalitate.* Acest tip de suicid cunoaște o rată surprinzător de înaltă. Poate apărea fie în cadrul episoadelor depresive apărute la un moment dat în evoluția tulburării, fie este expresia unei tentative suicidare reușite, dar inițial veleitare, formale, de natură să argumenteze un șantaj.

## Repererele conceptuale ale fenomenului suicidar

Noțiunea de *suicid* tinde să fie înlocuită cu cea de *conduită suicidară*, care înglobează suicidul reușit, tentativele suicidare, ideile de sinucidere, sindromul presuicidar. Depresia de intensitate psihotică este

una dintre cauzele cele mai frecvente ale comportamentului suicidar. Ea apare fie ca o descărcare a tensiunii psihice insuportabile, fie ca o soluție univocă în fața eșecului existențial aparent, generat de trăirea ideilor delirante depresive.

*Ideea de suicid* reprezintă o dorință tranzitorie de autodistrugere, cu proiecția teoretică a actului, fără punerea lui în practică, dorința fiind generată numai de încărcătura afectivă de moment.

*Șantajul cu suicidul* apare la persoanele cu o structură psihică labilă sau la persoanele cu un coeficient de inteligență scăzut, cu scopul de a obține mai multe drepturi, un plus de libertate. Îl întâlnim mai des la femei și adolescenți.

*Tentativele suicidare* sunt, aparent, sinucideri ratate din motive independente de voința făptuitorului, cel mai frecvent tehnice (mijloace de sinucidere neadevate sau fortuite, intervenția unor persoane străine). Datele statistice arată însă că există diferențe semnificative în ceea ce privește sexul și vârsta celor care nu reușesc. Tentativa suicidară pare a avea cel mai adesea semnificația unei nevoi crescute de afecțiune și atenție din partea anturajului, față de care subiectul se simte izolat, subestimat, respins. Tentativa de sinucidere poate fi repetată.

*Sindromul presuicidar* a fost descris de Ringel ca fiind caracterizat prin strângerea câmpului de conștiință și a activității și înclinația către fantezmele suicidului.

*Suicidul disimulat (travestit)* este o acoperire, o disimulare a actului suicidar sub forma unui accident. Individul alege această modalitate de a se sinucide pentru a nu-și culpabiliza rudele, prietenii sau pentru a-i proteja pe aceștia de reacțiile anturajului.

*Raptusul suicidar* este rezultatul unei tendințe greu reprimabile de dispariție, a unui impuls nestăpânit. Persoana „se aruncă în suicid”, folosind orice mijloc are la îndemână.

*Suicidul cronic (parasuicidul)* constituie de fapt echivalențele suicidare, cum ar fi automutilările, refuzul alimentar, refuzul tratamentului, conduitele de risc, alcoolismul, toxicomaniile, asemănându-se prin caracterul simbolic, prin tendința de autodistrugere cu comportamentul suicidar, dar realizând o deturnare a actului, greu explicabilă pentru ceilalți și chiar pentru sine.

*Conduita suicidară* presupune organizarea comportamentului în vederea acestui scop, un fel de „regizare” a actului suicidar. Individul își vizitează locurile din copilărie, foștii prieteni, își scrie testamentul, după care se sinucide.

Nu este posibil să vedem un nebun în orice sinucigaș. Spre deosebire de fapta unui om normal, ce rezultă dintr-un motiv obiectiv, fapta celui alienat nu are legătură cu circumstanțele exterioare. Sinuciderea nu este nici pe departe o prelungire a stărilor psihopatice și aceasta se poate deduce și din faptul că țările cu cei mai puțini subiecți cu tulburări psihopatologice au numărul cel mai ridicat de sinucideri.

Astfel, în condiții identice, degeneratul ajunge mai ușor la sinucidere decât omul sănătos, dar acest lucru nu se datorează în exclusivitate stării sale.

### Factorii de risc pentru suicid

Contextul psihosocial poate juca un rol predictiv în actul suicidar. Principalele coordonate care anunță precipitarea suicidului sunt:

- evenimente de viață defavorabile, mai ales dacă persoana este tratată umilitor;
- rupturi afective recente (divorț, eșec sentimental);
- șomaj, schimbări sau conflict profesional;
- pierderea unei persoane apropiate;
- afecțiuni somatice cronice;
- abuz de alcool;
- izolare socială.

*Statutul marital.* Rata suicidului la celibatari este dublă față de rata generală a suicidului. Persoanele singure prezintă o rată a suicidului de patru ori mai mare decât în loturile-martor. În rândurile persoanelor văduve, riscul suicidar este de aproape 4 ori mai mare la bărbați decât la femei.

*Suicidul în funcție de sex.* În timp ce femeile au un procent mai ridicat de tentative suicidare (6:1) față de bărbați, numărul actelor suicidare este mai mare la bărbați (3:1).

*Habitatul.* Suicidul este mai frecvent în aglomerările urbane.

*Statutul profesional.* Sinuciderile sunt mai frecvente la cei fără statut profesional sau cu statut profesional nesigur. Profesia intervine în măsura în care ea implică un anumit nivel intelectual, precum și un anumit mod de viață. Există anumite profesii cu un risc suicidar mai crescut. De exemplu, la militari rata suicidului este mai ridicată cu cel puțin 25% decât în rândurile civililor.

*Factorii meteorologici și cosmici.* Suicidul este mai frecvent primăvara și toamna, corespunzător frecvenței crescute a debutului și recăderilor în psihoze.

*Factorii somatici.* Riscul suicidar crește în bolile somatice, precum în cazuri de durere cronică, operații chirurgicale recente sau boli în fazele terminale. Infecția cu HIV fără alte complicații nu pare să aibă un risc suicidar crescut.

*Ereditatea.* Suicidul este o manifestare, un simptom apărut fie în cadrul unei depresii majore, fie al unei psihoze. Așadar, nu sinuciderea este ereditară, ci boala care o cauzează.

### Tipurile de sinucidere

Există patru tipuri mai importante de sinucidere [Slama F, Bellivier F, Henry C et al., 2004]:

a) *Sinuciderea maniacoală*, care se datorează halucinațiilor sau concepțiilor delirante. Bolnavul se omoară pentru a scăpa de un pericol sau de o rușine imaginată. Halucinația apare brusc, la fel și tentativa de sinucidere, iar dacă în clipa următoare

încercarea a eșuat, ea nu mai este reluată, cel puțin pentru moment.

b) *Sinuciderea melancolică* este legată de o stare generală exagerată de depresie și tristețe, care-l determină pe bolnav să nu mai aprecieze relațiile sale cu oamenii și lucrurile din jur. Viața este văzută în negru și i se pare plictisitoare și dureroasă. Acești bolnavi sunt foarte perseverenți în țelul urmărit.

c) *Sinuciderea obsesivă* nu are un motiv real sau imaginar, ci este cauzată doar de ideea fixă de a muri.

d) *Sinuciderea impulsivă sau automată* este la fel de nemotivată ca și cea obsesivă, dar ea apare brusc și bolnavul nu-i poate rezista.

*Sinuciderea altruistă* este un tip de sinucidere contrastant cu precedentul și provine din faptul că societatea ține omul prea dependent de ea. Termenul "altruism" exprimă starea în care Eul nu-și aparține deloc sie însuși, în care se confundă cu altceva din exteriorul său.

Sinuciderea altruistă îmbracă trei forme:

- sinuciderea altruistă obligatorie;
- sinuciderea altruistă facultativă;
- sinuciderea altruistă acută.

În ceea ce privește *sinuciderea molipsitoare*, în familiile cu multe sinucideri se întâmplă deseori ca acestea să fie identice unele cu altele – au loc la aceeași vârstă și în același mod.

Dacă sinuciderile sunt sporite de crizele industriale sau financiare, fenomenul nu se datorează sărăcirii, de vreme ce și valurile de prosperitate au aceleași efecte. Orice zdruncinare a echilibrului favorizează sinuciderea (*sinuciderea anomică*) și omul își ia viața cu mai multă ușurință atunci când structura socială suferă modificări importante. Orice fel de anomie – economică, familială sau intrapersonală – favorizează creșterea ratei sinuciderilor.

*Suicidul în doi* poate îmbrăca mai multe aspecte, fiind considerat o formă de suicid altruist. Exprimă situația în care cei doi sunt de acord să se sinucidă împreună. Fiecare partener poate să se sinucidă și separat. Uneori bolnavul incurabil reușește să-și convingă partenerul/partenera să „îl urmeze în moarte”.

*Suicidul colectiv* denotă un grad crescut de sugestibilitate și un inductor persuasiv, carismatic, cu un plus cognitiv. Contagiunea suicidară se bazează frecvent pe convingeri religioase sau culturale, conform cărora moartea ar avea un rol eliberator.

Din prezentarea multiplelor aspecte ale fenomenului suicidar, pe care am încercat să o realizăm mai sus, am vrea să transpără clar că abordarea unui pacient sau a unei persoane aflate la limita de risc suicidar se poate realiza doar prin concursul nemijlocit al specialiștilor din sănătatea mentală care pot decide oportunitatea sau necesitatea unui tratament complex și (adesea) de durată și pot trasa diferențierea individuală cu privire la abordarea terapeutică.

## Concluzii

1. În ultimii 45 de ani rata suicidului, la nivel mondial, a crescut cu aproximativ 60%, aceasta fiind una dintre cele trei cauze principale de deces în rândurile persoanelor cu vârste cuprinse între 15 și 44 de ani.

2. Suicidul apare ca o reacție comportamentală extremă, având la bază dezechilibrul dintre forța și semnificația stimulilor interni și externi și modalitatea de răspuns a persoanei.

3. Cu toată diversitatea formelor de sinucidere, există o caracteristică comună a acestora: ele sunt săvârșite în cunoștință de cauză, iar caracterul rațional și conștient al sinuciderii face din acest fenomen o problemă socială.

4. Prevenirea suicidului este posibilă, deoarece în toate aceste situații specialiștii anunță univoc că este vorba de o suicidopatie, care trebuie abordată cu metode specifice medicale, psihofarmacologice și psihoterapeutice.

## Bibliografie

1. Bandura A., *Social cognitive theory*, in R. Vasta (Ed.), *Annals of Child Development*, 6. Six theories of child development (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press, 1989.
2. Ben-Ya'acov Y & Amir M., *Posttraumatic symptoms and suicide risk*, in *Personality and Individual Differences*, 2004, no. 36, p. 1257-1264.
3. Bobes J. et al., *Quality of life in schizophrenia in Quality of life in mental disorders*. Ed. de Katschni, H., Freeman, H. John Wiley & Sons, Chichester, 1997.
4. Chirita R., *Depresie și suicid – dimensiuni biologice și axiologice*. Ed. Fundației Andrei Șaguna, Constanța, 2002.
5. Dieserud G., Roysamb E., Ekeberg O., Kraft P., *Toward an integrative model of suicide attempt: a cognitive psychological approach*, in *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, no. 31(2), p. 153-168.
6. Durkheim E., *Sinuciderea*. Antet, 2005.
7. Goldberg D., *Cost-effectiveness studies in the treatment of schizophrenia: a review*, in *Schizophrenia Bulletin*, 1991, no. 2, p. 236-243.
8. Harkavy-Friedman J.M., Kimhy D., Nelson E.A., Venarde D.F., Malaspina D., Mann J.J., *Suicide attempts in schizophrenia: the role of command auditory hallucinations for suicide*, in *J. Clin. Psychiatry*, 2003, no. 64, p. 871-874.
9. Hughes R.A. et al., *Psychiatric rehabilitation*, in Breakey, W.R. (ed.), *Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry*, New York, 1996, p. 286-299.
10. Lazarescu M., *Calitatea vieții în psihiatrie*, București, InfoMedica, 1999.
11. Nock M.K., Borges G., Bromet E.J. et al., *Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts in the WHO World Mental Health Surveys*, in *Br. J. Psychiatry*, 2008, no. 192, p. 98-105.
12. Saraceno B., *Preface. La rehabilitation psychosociale en psychiatrie*, Paris, 1995, Editions e-Roche, p. 12-15.
13. Schultz S.K., Andreasen N.C., *Schizophrenia*, in *Lancet*, 1999, no. 353, p. 1425-1430.
14. Slama F., Bellivier F., Henry C., Rousseva A., Etain B., Rouillon F., Leboyer M., *Bipolar patients with suicidal behavior: toward the identification of a clinical subgroup*, in *J. Clin. Psychiatry*, 2004, no. 65, p. 1035-1039.

Prezentat la 17.10.2011

**Oleg Cobăleanski**, dr. hab. în med., prof. univ.,  
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală,  
USMF Nicolae Testemițanu  
Tel.: 857463, E-mail: [cobileanski@yahoo.com](mailto:cobileanski@yahoo.com)