

14. Lonnguist J., Mood Disorders and suicide, Suicide: Biopsychosocial Approaches, Book of abstracts, 11, Atena, 16-19 May, 1996.
15. Loyd K.J., Serotonin and 5-Hydroxyindolacetic acid and discrete areas of the brainstem of suicide victims and control patients Adv. Biochem. Psychopharmacol 2: 387, 1974.
16. M.J., Henriksson M.M., Isometsa E.T. et al. // Adolescence.- 1998.- 33(131).- P.669-681.
17. Mann J.J., Malone K.M., Deihl D.J., Demonstration in vivo of reduced serotonin responsivity in brain of untreated depressed patients. Am J Psychiatry; 153: 174-182, 1996.
18. Mann J.J., Underwood M.D., Arango V., Postmortem studies of suicide victims. In: Watson S.J., ed. Biology of schizophrenia and affective disease. New York: Raven Press, 1994.
19. Martensson B., Aberg-Vistedt A., The use of serotonin reuptake inhibitors among Swedish psychiatrists. Results of a questionnaire. Nordic J. Psychiatry 50: 443-450, 1996.
20. Marzuk P.M., Tardiff K., Leon C.A., și colab., HIV Seroprevalence Among Suicide Victims in New York City, 1991-1993, Am. J. Psychiatry 154, 12: 1720-1725, 1997.
21. Penttinen J., Hypothesis: low serum cholesterol, suicide and interleukin-2. Am J Epidemiology 141: 716-718, 1995.
22. Sahw D.M., 5-Hydroxytryptamina in the hinbrain of depressiv suicide Br. J. Psychiatr. 113: 1407, 1997

## **UNELE ASPECTE ALE MANAGEMENTULUI ȘI PROFILAXIEI ÎN SUICIDE.**

**Victor Furtună, Vasile Cazacu**

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### *Some aspects of management and prophylaxis in suicide*

The researches conducted in the last 10 years in Suicidology field had revealed the great impact that psychiatric pathology has within suicidal behavior. In this article are presented some aspects of management and prophylaxis that can contribute in diminishing and avoiding the auto aggressive tendencies not only in case of those with psychiatric pathology, but also for the whole society. The attempts of committing the suicide in different psychiatric affections can bring to repeated actions till the final realized suicide. The elaboration of efficient reforms in primary and secondary prophylaxis of this phenomenon and the correct management in different directions can avoid these tendencies.

### **Rezumat**

Cercetările din ultimii 10 ani în domeniul suicidologiei au relevat ponderea mare a patologiei psihiatrice în cadrul comportamentului suicidar. În articolul dat sunt prezentate unele aspecte de management și profilaxie care ar putea contribui la micșorarea și evitarea tendințelor autoagresive nu numai la persoane cu patologie psihiatrică ci și pentru întreaga societate. Efectuarea tentativelor de suicid în diferite afecțiuni psihiatrice pot duce la repetarea acestor acțiuni până la suicidul realizat. Elaborarea unor măsuri eficiente de profilaxie primară și secundară a acestui fenomen, managementul corect în diferite direcții pot evita aceste tendințe.

### **Actualitatea**

Luând în considerare impactul suicidului care are tendința din an în an să crească în toată societatea un menagement al profilaxiei corecte ar putea micșora frecvența acestor acțiuni. Datele studiilor efectuate în ultimii 10 ani relevă că în lume anual în rezultatul sinuciderilor decedează 500 mii de oameni, iar persoanele care comit tentative de suicid ajung la 5 mln. După datele OMS suicidul se află între locurile 5-10 între cauzele de deces. Problema acțiunilor autolitice

permanet se află în atenția specialiștilor care studiază și analizează acest fenomen care nu are nici hotare, nici limită . Tentativele de suicid și suicidul realizat e în creștere în toată lumea. Se consideră că sinuciderea este o acțiune conștientă din partea unei persoane, care își dă seama totalmente în aceasta sau e în așteptarea morții. Sinuciderile dominează în grupa 15 – 34 ani la ambele genuri și ocupă primul și al doilea loc ca urmare a decesului.

Date privitor la tentativele de suicid sunt prezentate numai de unele țări, dar ele demonstrează faptul că tentativele de suicid sunt de 20 ori mai înalte decât suicidele realizate. OMS consideră că în prezent sinuciderea este una din cele mai actuale probleme a societății și întregii omeniri. Indicele standardizat pentru bărbați constituie 24,0 la 100000 de oameni la femei 6,8 la 100000. Indicele de sinucideri la bărbați aproape în toate țările este în creștere în comparație cu indicele la femei și constituie 3,5 la 1. Datele privitor la indicele de sinucideri în dependență de răspândirea geografică sunt diferite .

Vorbind despre relația suicidului realizat și tentativa de suicid se observă o psihodinamică a comportamentului suicidar, de la apariția ideilor autolitice, care, după Schneider, au trei etape de dezvoltare. În prima etapă, dacă ideile autolitice devin persistente, atunci capătă un caracter patologic. Cioran spunea că aceste idei redau conștiința faptului că omul e suveran pe propria viață și este un sentiment de siguranță și o soluție de depășire a unei crize posibile. Ideile exprimate sub formă de amenințare constituie o a doua etapă psiho-genetică a suicidului, urmată în final de realizarea tentativei. Tentativa de suicid, ca și suicidul realizat trece printr-o fază de stupoare cu siderarea mecanismelor de apărare ( instinctul de conservare). Această fază de stupoare are un rol de alarmă, după care urmează faza de disperare totală a sentimentelor proprii de securitate și la sfârșit e faza de trecere la act , ca ultima alternativă a unei situații de disperare. Cauzele crizei de conștiință au o evoluție clinică, în care se includ factorii interni (imposibilitatea de asimilare a unor situații noi impuse de viață), și externi, care transformă tentativa de suicid în act suicidar. În comportamentul suicidar factorii interni generatori al tentativelor de suicid nu pot fi separați de factorii externi. Ringel (1953) aceste etape le-a numit “sindrom presuicidar”, care se caracterizează cu obsesia suicidului, prin izolare și impulsivitate.

În comportamentul suicidar și în manifestările lui se apreciază trei grade

- 1.gradul ușor – șantaj ( gest suicidar )
- 2.grad mediu – realizări nesigure
- 3 . grad pronunțat –realizarea are pericol pentru viață.

În dinamica tentativei de suicid se evedențiază acuitatea acțiunilor .

1. acută ( impulsivă - până la 6 ore .
2. subacută ( compulsivă ) - până la 3 luni, lupta motivelor .
3. cronică ( logică ) – tendința sigură.

După stabilitatea ideilor de suicid se împart în

1. tranzitorii
2. stabile sau recidivante .

Нарицын Н.Н. (1999) consideră, că toate suicidele pot fi divizate în: suicide propriu-zise, demonstrative și ascunse.

Suicidele propriu-zise, reprezintă nu altceva, decât suicide finalizate. Ele niciodată nu sunt spontane, cu toate, că uneori sunt săvârșite pe neașteptate. Manifestările clinice ce preced acestui tip de suicid sunt: dispoziție scăzută, starea depresivă sau cel puțin persistența gândurilor suicidale, care pot trece neobservate de rude și cel puțin persistența gândurilor suicidale. Suicidele propriu-zise sunt mai caracteristice pentru adolescenți și bătrâni, în special, când manifestă particularități caracteriale de tip psihastenic, emoțional instabil sau impulsiv.

Suicidele demonstrative sunt, de regulă, tentative de suicid efectuate cu scopul de a atrage atenția societății asupra propriilor probleme, de a cere ajutor, dar care, cu regret, se finalizează letal. Ele sunt mai des comise de către femei, copii și bătrâni care manifestă particularități de personalitate histrionice, disocial anancaste, atunci când sunt hipertutelate sau , din contra, lipsite de atenție.

Dintre subiecții care au comis suicidul sau tentative de suicid se consideră că 95% au avut un diagnostic psihiatric, astfel:

- tulburări depresive în 80% cazuri;
- tulburări de comportament impulsiv cu istoric de frecvente decompensări, agresivitate, violență și alcoolism - dependență în 25% cazuri;
- schizofrenie în 10 - 13% - 40 % cazuri;
- alcoolismul – 10 %
- delirium sau demență în 5% cazuri .

Cele mai răspândite tulburări psihice care au adus la sinucidere este depresia și schizofrenia. În unele țări a Europei Occidentale după unele date, este direct legată cu consumul alcoolului (Rossow, 2000 ).

### **Materialul de studii**

În studiul dat, în baza analizei literaturii de specialitate, datelor studiilor din diferite țări, datelor OMS, se face o încercare de a elucida unele aspecte a etiopatogeniei comportamentului suicidar, factorilor declanșatori ai suicidului, particularitățile comportamentului autolitic în cadrul unor parologii psihice, semnele de avertizare cu suicidul și de a elabora unele recomandări practice, ce țin de managementul comportamentului autodistructiv, de a cerceta particularitățile manifestării comportamentului autolitic în cadrul diferitor tulburări psihice, de a evidenția în baza datelor literaturii și rezultatelor studiului prezent semnele de avertizare cu suicidul, de a elabora recomandări practice, ce țin de managementul comportamentului suicidar și de a elucida factorii de risc ai comportamentului autolitic, în baza datelor de literatură.

Tulburările de dispoziție este cel mai frecvent diagnostic asociat cu suicidul, având o incidență de 400 / 100.000 pentru bărbați și 180 / 100.000 pentru femei. Autopsiile psihologice au evidențiat că 13-70% cazuri de suicid sufereau de o depresie majoră, aspect care accentuează ideea că orice depresie are potențial suicidar. Evaluarea privind relația suicid - depresii nonmajore au stabilit că 4 - 42% cazuri prezentaseră o depresie monopolară dar care nu se încadra în criteriile de depresie majoră. Aceste evaluări confirmă teoria mai veche a lui Kielholtz P. care afirmă că riscul suicidar nu este proporțional cu intensitatea depresiei. În baza studiilor efectuate s-a constatat, că 18,9% dintre pacienți au decedat prin suicid și au corelat această observație cu tulburările afective bipolare și unipolare recurente. Mai mult, în prezent se constată apariția fenomenului suicidar în debutul epizodului depresiv. Această constatare impune specialistului o analiză riguroasă pentru depistarea factorilor de risc la suicid în evoluția unui epizod depresiv și anume:

- primul an de evoluție a unui epizod depresiv;
- comorbiditatea cu tulburările de panică, alcoolism, tulburări de personalitate, afecțiuni somatice;
- existența unor simptome țintă, specifice: insomnia, tulburări de atenție, izolare socială;
- evenimente de viață negative recente;
- istoric familial de suicid;
- factori socio-demografici cu semnificație;
- lipsa de complianță terapeutică la antidepresive,
- depresiile rezistente la tratament cu antedepesante,

Se constată că riscul cel mai mare pentru suicid îl au pacienții cu depresie delirantă. Pentru bolnavul psihic, riscul la suicid este de 3-12 ori mai mare decât la persoanele sănătoase, în special pentru pacienții internați, comparativ cu cei aflați în ambulator. Datorită faptului că afecțiunile mentale severe necesită asistență specială, instituirea curiei cu neuroleptice, antidepresante iar în unele cazuri de rezistență farmaceutică - terapie electroconvulsivantă. Un procentaj redus, dar totuși semnificativ dintre acești bolnavi comit suicidul atunci când sunt internați în secții de alt profil sau la sfârșit de săptămână, când măsurile de supraveghere sunt mai deficitare. Pe de altă parte, momentul schimbării de tură a personalului este asociat cu perioada de timp în care se comite suicidul la persoanele internate, iar externarea este și ea un

moment favorizant pentru comiterea acestuia. Riscul suicidar este cel mai mare, pentru ambele sexe, în prima săptămână de spitalizare, iar după 3-5 săptămâni acesta este egal cu cel specific populației generale. De asemenea, la pacienții internați, rata suicidului nu crește odată cu vârsta, așa cum se întâmplă în populația generală, ci se remarcă scăderea acesteia concomitent cu avansarea în vârstă. Pentru stabilirea stărilor depresive e necesar examinarea psihologică prin testarea persoanei și aprecierea simptomaticeii.

Schizofrenia, în debutul ei, se poate manifesta prin suicid ca un prim simptom al bolii. Actul suicidar are un caracter incomprehensibil și se corelează adesea cu vârsta tânără a bolnavilor (Tsuang M.R., 1990) sau cu o depresie cu tentativă de suicid și / sau o admisie psihiatrică recentă. Pentru pacienții schizofreni depresia este un factor favorizant la suicid (Roy A., 1996), în prezent confirmându-se o mai veche afirmație a lui Eugene Bleuler conform căreia conduita suicidară este cel mai serios simptom la bolnavii schizofreni. Studiile efectuate de diferiți autori în diferite țări arată că procentul de tentative de suicid și suicid realizat variază de la 8% pînă la 40 %. Studiile efectuate de V .A Antohin arată că frecvența suicidelor corespund la bolnavii cu schizofrenie 10 – 40 %, la A. G . Ambrumova – 36 % .

În urma studiilor efectuate marea majoritate a persoanelor care suferă de schizofrenie se pot autoagresa într-o perioadă oarecare a maladiei . Studiile recente relevă că 30 % din bolnavi care suferă de schizofrenie măcar o dată în viață au efectuat o tentativă de suicid . Lângă 10 % din persoane care suferă de schizofrenie termină viața prin sinucidere . În plan global schizofrenia micșorează longivitatea vieții pacientului cu 10 ani. S-a stabilit că cel mai înalt nivel de mortalitate se depistează la pacienții cu o durată a maladiei de le 2 pînă la 10 ani. Consumul de alcool vădit mărește riscul suicidar la pacienții care suferă de schizofrenie. La schizofrenii tineri principala cauză a mortalității este suicidul. Frecvența variază între 10 și 13% și este de 21 ori mai mare la schizofreni în comparație cu populația generală și de 43 ori mai mare în cazul asocierii tulburărilor de dispoziție. Odată cu comiterea unei tentative de suicid crește cu mult probabilitatea efectuării altei tentative de suicid, care poate fi fatală pentru pacient. Tocmai de aceea este foarte important de a se cuantifica factorii de predicție ai suicidului în schizofrenie și anume:

- factori de risc genetic:
  - 2-13% dintre schizofreni își finalizează existența prin suicid;
  - la schizofreni riscul este de 10-20 de ori mai mare decât la populația generală;
- factori de risc cerți:
  - sex: risc mai mare la bărbații schizofreni;
  - vârsta: risc mai mare la bolnavii tineri;
  - asocialitate;
  - statut marital: necăsătoriți;
  - statut profesional: șomer;
  - pierderea unei persoane apropiate;
  - suport social limitat;
  - istoric de tentative de suicid;
  - depresia - pierderea speranței;
  - factori de risc dificil de identificat:
    - deteriorarea sesizată de un bolnav schizofren cu nivel socioprofesional sus situat;
    - schizofrenia cronică cu o evoluție marcată de numeroase pusee acute;
    - tulburări psihopatologice importante, disimulate sau incapsulate la externare.

Deși factorii de risc menționați sunt cunoscuți, totuși identificarea pacienților schizofreni cu potențial suicidar ridicat este destul de dificilă. În consecință nu se recomandă încercarea de a preveni suicidul prin intervenții specifice, ținute exclusiv pe grupurile de risc înalt, rezultate mult mai bune obținându-se printr-o îmbunătățire generală a asistenței psihiatrice de care ar trebui să se bucure toți bolnavii schizofreni. O problemă discutată și controversată este cea a substratului biologic al comportamentului suicidar la bolnavul schizofrenic.

În urma studiilor efectuate sa stabilit că suicidul se realizează uneori la spital, mai des la externare, în special după primele spitalizări. 25,6% dintre suicidele la bărbații bolnavi de schizofrenie și 20,2% ale femeilor suferinde de schizofrenie au avut loc a doua zi sau în primele zile după externare. Printre schizofrenii care se suicid în spital, 26% o fac în primele două zile după spitalizare, iar 35% - după o lună de spitalizare.

Independent de orice spitalizare, suicidele sunt mai frecvente în primii 10 ani ale evoluției maladiei, 44% din suicide fiind comise în primii 10 ani de la debutul bolii, 22% în următorii 10 ani și 22% între 20 și 30 ani de la debutul ei.

Unele suicide ale pacienților cu schizofrenie sunt datorate fenomenelor halucinatotrii care incită pacientul de a se sinucide, deși sunt destul de rare. Alte cazuri de suicid se datorează depresiei și sentimentelor de discorajare în momentul când își dau seama că această maladie are o evoluție cronică. Pacienții cu schizofrenie cu antecedente de depresie care s-au sinucis sunt mai numeroși decât cei care au urmat tratament antidepressiv. Prezența unei depresii majore multiplică riscul de suicid de 1,6 ori, iar prezența unui sentiment de deznădejde – de 2,6 ori. Suicidele sunt induse în mai mare măsură de sentimentele de deznădejde decât de prezența unui episod depresiv major.

La alcoolicii care au realizat un suicid, izolarea socială, conflictul interpersonal sunt mult mai frecvente decât la deprimați. O treime din alcoolicii care se sinucid o fac în primele 6 săptămâni după despărțirea de persoana apropiată.

### **Concluzii**

Încercarea de a stabili principalii factori de risc ai suicidului este de mare importanță în elaborarea metodelor de monitorizare a unei persoane care a efectuat o tentativă de suicid, dar și în elaborarea metodelor de profilaxie. Psihopatologia sporește semnificativ probabilitatea acestui fenomen, deși, în același timp, ea exprimă cel mai des efectele nefaste și durabile a multiplilor factori defavorizanți, notamente celor din domeniul afectiv și relațional. Factorii psihologici personali (printre care se remarcă importanța relațiilor intrafamiliale) par a fi determinanți. Profilaxia tentativelor de suicid trebuie realizată cu grijă și competență atât de medic, cât și de anturaj, printr-un context organizatoric de acte. În prevenirea tentativelor de suicid e necesar de a lua în considerare multitudinea factorilor etico – sociali, tratarea tuturor stărilor depresive, inclusiv mascate s-au disimulate, asanarea factorilor de trecere la act ce pot domina o criză de conștiință de cauză socială ca alcoolismul, frustrările morale, sociale. Elaborarea unor programe de sănătate privind profilaxia suicidului, pot viza profilaxia primară, secundară și terțiară, ce prevede asistența de urgență a tentativelor și postvenția. În strategia de prevenție a suicidului e necesar de a include promovarea în cadrul serviciilor psihiatrice a unui climat de încredere, educația despre suicid, inclusiv, asupra factorilor de risc, semnelor de alarmă și disponibilitatea la ajutor. Un rol important se atribuie creșterii eficacității serviciilor de asistență medicală și socială, adoptarea lor la necesitățile crescânde și variate ale populației. Efectuarea trainingului de personal medical în problemele legate de suicid. Reducerea accesului la mijloacele de suicid, reducerea substanțelor medicamentoase care se eliberează fără prescripția medicală, intervenții țintite pe grupele de risc, activizarea de cercetare în domeniul suicidologiei. Cea mai mare lacună a cercetărilor asupra suicidului este cunoașterea insuficientă a mecanismului „suicidogen” al factorilor de risc și notamente a factorilor de risc non-psihiatrici, acest domeniu necesitând a fi câmpul principal de cercetare al viitoarelor studii.

### **Bibliografie**

1. Durkheim E., Despre sinucidere, Ed. inst.europ., Iași, 1993.
2. Gh. Scripcaru, T. Pirozinschy „Repere bio-etico-psihiatrice în suicidologie” Psihiatria și societatea, Iași 1995.
3. Hawton K., Deerenin, The international Handbook of suicide and Attempted Suicide, Joan Willey and Sons Ltd. Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto, Reprinted Nov. 2000.

4. Jacobs J ., A Phenomenological Study of Suicide, Arch.Gen.Psihiatr., 1990, 9, 805.
5. Jacobs J ., Myrna M ., Panic Disorder and Suicide , Arch.Gen.Psihiatr., 1990 , 9, 805.
6. Leuzin H . , Klerman G . , Psihician Assisted suicid ,, Amer .Jurnal psych . 1993.
7. Martin J ., Violence and the Family, Ed. John Wiley , 1979.
8. Pichot W. și Hansenne M., Gonzalez Moreno A., et. al., Growth hormone response to clonidine in nondepressed patients with a history of suicide attempts. Biol. Psychiatry 38: p. 201-203, 1995.
9. Suizud prophylaxe, Regensburg, 1992, 19, 70.
10. Terre F ., Le suicide , PUF, 1994.

## **ETICA ȘI DEONTOLOGIA ÎN SUICID**

**Victor Furtună**

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală, U.S.M.F. „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### *The ethics and deontology of suicide*

Suicide has an ethical dimension. Victims are driven by pain not choice. They are affected by the accumulation of risk factors and the diminution of protective factors. Many are in relationships governed by ethical duties. Here are some thoughts on ethics and suicide from a suicide prevention perspective.

### **Rezumat**

Suicidul are o dimensiune etică. Victimele sunt conduse de durere, și nu de alegere. Ele sunt afectate de către acumularea factorilor de risc și diminuarea factorilor protectori. Mulți dintre ei sunt prezente în cadrul relațiilor dominate de principiile etice. Aici prezentăm câteva considerațiuni asupra eticii și suicidului din perspectiva prevenției suicidului.

### **Actualitatea**

Medicii se confruntă în activitatea lor cotidiană cu numeroase întrebări și probleme de ordin etic. Cu părere de rău, codurile de etică și deontologie medicală relevă doar probleme de ordin medical general. Acest fapt nu poate face față cerințelor medicinei actuale și cere imperios adoptarea normelor de conduită medicală care vor fi aplicate în cazuri concrete. Suicidul, fiind cauza numărul trei a mortalității globale, cauzează anual un milion de decese, ceea ce semnifică, că fiecare 40 sec o persoană pe glob se sinucide, aceasta fără a lua în considerație tentativele de suicid, estimate a fi de 20 ori mai multe decât numărul total de suicide, are caracter de amplificare, Suicidul este necesar să fie cunoscut bine de pshiatru și psihologii clinici, deoarece 90% din suicide sunt asociate cu tulburările psihice.

### **Obiectivele**

În articolul prezent vom încerca de a elucida dimensiunea etică a suicidului.

### **Materialul și metode**

Clinicienii se călăuzesc în activitatea lor de codul etic, care presupune protecție nominală a persoanelor care comit suicide:

- Autonomie – respect pentru autodeterminarea individului.
- Bunătate – capacitatea de a face cât mai mult bine.
- Non-vătămare – minimizarea sau prevenția daunei.
- Nepărtinire și acces egal la servicii medicale.

Conceptul bioeticii, la rândul său a dezvoltat responsabilități bazate pe autonomie: