

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:

- Respectul pentru persoană – bazat pe drepturile pacienților.
- Spunerea adevărului și menționarea tuturor faptelor.
- Confidențialitatea.
- Fidelitatea – a face lucrul și a fi „alături” de pacient.

#### *Autonomia și suicidul*

Principiile citate mai sus au impact asupra răspunsului clinic asupra persoanelor care se sinucid. Ele cheamă la respect, demnitate și alegere. De altfel, ultimul deseori face precedente.

*Respectul pentru drepturile persoanei:* această obligație sanctifică alegerea. Suicidul este urmarea neputinței psihologice. De menționat, că extinderea autonomiei acestor persoane facilitează suicidul. Respectul pentru individ este cel mai bine de arătat prin recunoașterea vulnerabilității lui.

*Spunerea adevărului:* pacienții cu risc suicidar merită sinceritatea medicului în ce privește expunerea la risc suicidar și mijloacele de intervenție. Clinicienii cu viziuni conservatorii trebuie ori să fie sinceri cu pacienții, ori să le recomande alți specialiști în domeniu.

*Confidențialitatea:* acest fapt este o dilemă. Suicidul și secretul sunt fenomene care pot fi o combinație fatală. Dacă pacientul prezintă pericol pentru sine însăși sau pentru alții confidențialitatea în acest caz poate să nu mai fie păstrată – se are în vedere, că medicii de alt profil trebuie să anunțe psihiatrii despre pericolul suicidar.

*Fidelitatea:* medicii trebuie să fie fideli pacienților. Riscul suicidului trebuie să fie luat în serios și recunoscut drept problemă primară. De asemenea, fidelitatea cere clinicienilor să-și înnoiască viziunile și abilitățile, deoarece părerile învechite prezintă pericol pentru pacienți.

#### *Bunătatea și suicidul:*

Medicii trebuie să fie proactivi în ce privește starea de sănătate a pacienților. Bunătatea nu este bine să fie sacrificată în favoarea autonomiei subiectului cu risc suicidar. Bunătatea nu se referă doar la tratament, ci la orice intervenție care duce spre binele acestui suferind.

#### *Non-vătămarea:*

Clinicienii trebuie să năzuiască spre protecția pacientului de vătămare, folosind totul ce ar putea asigura integritatea vieții subiectului.

#### *Justiția și suicidul:*

Medicii este necesar să trateze în mod consistent orice manifestare a riscului suicidar.

Astfel, clinicienii pun semnul egalității între ce este legal și ce este etic. În majoritatea cazurilor legea presupune un standard minim de comportament, pe când etica cere mult mai mult. Acesta este unul din adevărurile cele mai importante ale suicidului la indivizi.

În baza rolului clinicienilor pe care aceștia îl joacă, deosebim 3 forme distincte de suicid:

1. suicid neasistat.
2. suicid facilitat.
3. suicid asistat.

#### *Suicidul neasistat:*

Acesta poate avea 2 forme. Prima cuprinde cazurile când persoana care a comis suicidul n-a fost sau cel puțin, n-a fost recent în îngrijirea clinicistului. A doua formă presupune, că subiectul s-a aflat în îngrijirea medicului, dar fără nici un motiv de a presupune sau a suspecta suicidul. Victima n-a expus nici o idee, plan, amenințare sau mărturisire în acest plan.

#### *Suicidul facilitat:*

Cuprinde cazurile când subiectul a comis suicidul fiind în îngrijirea medicului și, totodată sunt îndeplinite încă trei condiții:

- a existat o relație clinică.
- clinicianul știa despre acest risc.
- mijloacele de prevenție sau intervenție erau la îndemână.

Acest tip include ignorarea pericolului cu sau fără utilizarea efectivă a resurselor prezente, care ar fi putut ameliora riscul. Nu se are în vedere, că clinicistul a cauzat suicidul, dar

faptul că nu a întreprins nimic sau a acționat pasiv sau conservativ în pofida riscului mortal al pacientului.

#### *Suicidul asistat:*

Cuprinde cazurile, când medicul știa despre dorințele victimei și a consimțit realizarea suicidului prin înzestrarea cu mijloace letale și ghidării de utilizare a lor. Acest tip asumă și raționament. Totuși, majoritatea victimelor ale suicidului asistat sunt conduse de către stres extrem și/sau durere cronică irezolvabilă care afectează capacitatea și raționamentul. A permite suicidul acestor indivizi este neetic.

#### *Volițiunea și suicidul:*

Suicidul asistat este justificat de către avocații săi în calitate de drept personal. Suicidul neasistat este în mod habitual prezentat ca o decizie personală. Care este locul suicidului facilitat? Considerăm următoarele:

Suicidul asistat=acțiune voluntară.

Suicidul facilitat= acțiune involuntară.

Suicidul neasistat= acțiune nonvoluntară.

Suicidul asistat este voluntar deoarece individul este determinat a fi capabil a lua decizii în mod independent. Suicidul facilitat este involuntar, deoarece persoana „strigă după ajutor” la clinician, care nu-i acordă atenție. Suicidul neasistat este nonvoluntar în aceeași măsură, ca și moartea în urma oricărei maladii.

### **Discuții**

Majoritatea variantelor actelor suicidare includ suicidele care aduc daună sie însăși în mod activ. Totuși, suicidul poate fi achiziționat prin acțiunea directă a altei persoane, prin omisiunea probabilității, că individul poate fi efectua suicidul, sau prin prin expunerea lui la evenimente și situații în care individul așteaptă să fie omorât.

### **Cocluzii**

Suicidul se întâmplă atunci, când toate alte alternative sunt epuizate, când nu este văzută nici o altă soluție. Managementul acestui grup de pacienți este dificil, deoarece presupune menținerea nivelului înalt de confidențialitate, care, în cazul existenței pericolului real pentru viața pacientului, trebuie reconsiderat. Indivizii care încearcă sau comit suicid, comunică deschis cel puțin două mesaje cheie: disperarea lor și lipsa capacității de a observa alte acțiuni de alternativă. Astfel, dimensiunea etică a suicidului devine importantă, codurile de ghidare a clinicienilor în aceste cazuri fiind insuficiente și de multe ori depășite. Acest fapt presupune acordarea mai deplină a atenției problemei în cauză.

### **Bibliografie**

1. A. Long, A. Long, and A. Smyth , “Suicide: A Statement of Suffering”, 1998;
2. Adina Wroblewski, “Suicide: Why?”, 1995;
3. Fairbairn, “Contemplating Suicide: The Language and Ethics of Self-Harm”, 1995;
4. Gilliland & James, “Crisis Intervention Strategies”, 1997;
5. Tony Salvatore, “The Ethics Side of Suicide”, 2009;
6. WHO , “Suicide prevention”, 2009.