

SORIN M. RĂDULESCU

SOCIOLOGIA SINUCIDERII

(Tendențe și evoluții ale sinuciderii în România)



Jacques-Louis David (1748–1825)

Moartea lui Socrate



SORIN M. RĂDULESCU

SOCIOLOGIA SINUCIDERII

(TENDINȚE ȘI EVOLUȚII ALE SINUCIDERII ÎN ROMÂNIA)

EDITURA  PANDORA
BUCUREȘTI

Copyright © Imaginea copertei: *Moartea lui Socrate* de Jacques-Louis David (1748-1825)

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
RĂDULESCU, SORIN M.

Sociologia sinuciderii : tendințe și evoluții ale sinuciderii în România / Sorin M. Rădulescu ;

ed. Ion Monafu. - București : Editura Pandora, 2015

ISBN 978-973-8147-72-0

I. Monafu, Ion (ed.)

314.424.2(498)

Editura Pandora

Blvd. Lacul tei, 123, Bl. 4, Apt. 177

București 020383

Tel 021 243 3739

Email: ionmonafu@yahoo.com

Editor senior Ion Monafu

SORIN M. RĂDULESCU

SOCIOLOGIA SINUCIDERII

***(TENDINȚE ȘI EVOLUȚII ALE SINUCIDERII ÎN
ROMÂNIA)***



2015

„Sinuciderea este cea mai imorală dintre crime”

Massimo Bontempelli

„Oamenii se sinucid pentru că viața nu merită să fie trăită”

Albert Camus

CUPRINS

INTRODUCERE.....	10
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE.....	14

CAPITOLUL I

SINUCIDERA – UN FENOMEN SOCIAL CU VALENȚE ISTORICE ȘI MULTIPLE SEMNIFICAȚII CULTURALE.....	15
---	-----------

1. Definiții și caracteristici ale actului suicidar.....	15
2. Variații istorice și culturale ale atitudinilor față de sinucidere.....	18
3. Idei și concepții filosofice cu privire la sinucidere.....	24
4. Suicidul din perspectivă religioasă.....	30
5. Transfigurarea artistică a actului suicidar și extinderea acestuia în rândul persoanelor cu notorietate.....	33
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE.....	36

CAPITOLUL II

DETERMINĂRI BIOLOGICE ȘI PSIHOLOGICE ALE SINUCIDERII.....	39
--	-----------

1. Multitudinea perspectivelor de abordare a sinuciderii.....	39
2. Rolul factorilor biologici în determinarea comportamentelor suicidare...40	
2.1. Nivelul scăzut al serotoninei ca factor cauzal.....	40
2.2. Influența exercitată de hormonii steroizi.....	41
2.3. Rolul factorilor genético-ereditari.....	41
2.4. Etiologia sinuciderii prin factori bio-chimici.....	43
2.5. Teorii „mixte” cu privire la sinucidere.....	43
2.6. Relația dintre dereglarea axei hipotalamus-glanda pituitară-adrenal (HPA) și suicid.....	46
3. Explicații psihologice ale comportamentului suicidar.....	46
3.1. Primele contribuții științifice (pozitiviste) și metateoretice în domeniul suicidologiei.....	46
3.2. Clasificarea principalelor teorii psihologice cu privire la sinucidere.....	49
3.3. Sinuciderea ca „soluție” de viață.....	49

3.4. Rolul depresiei în determinarea actului suicidal.....	51
3.5. Teoria interpersonală a suicidului.....	55
4. Explicații psihiatrice ale sinuciderii.....	57
4.1. Profilul psihic al sinucigașului.....	59
4.2. Sinuciderea între normal și patologic.....	61
4.3. Predicția sinuciderii prin intermediul scalelor și testelor psihologice.....	65
4.4. Sinuciderea un act care rezultă dintr-o constelație de factori bio-psiho-sociali.....	69
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE.....	70

CAPITOLUL III

EXPLICAȚII SOCIOLOGICE ALE SINUCIDERII.....76

1. Moartea ca fenomen sociologic. Tanatologia socială.....	76
1.1. Interpretarea sociologică a morții.....	77
1.2. Semnificații culturale ale morții.....	79
1.3. Reacții tipice ale bolnavilor afectați de boli letale.....	79
1.4. „Contextele de conștientizare” a morții iminente.....	83
1.5. Eutanasia ca problemă etică.....	84
2. Teorii clasice asupra suicidului ca fenomen social.....	86
2.1. Concepția lui Émile Durkheim asupra sinuciderii.....	87
2.2. Cauzele sociale ale sinuciderii în concepția lui Maurice Halbwachs.....	96
3. Cauze și motivații ale actului suicidal.....	100
3.1. Intențiile sinucigașului între intuire și deducție.....	100
3.2. „Descifrarea sensului” actului suicidal.....	101
3.3. Factori de risc și corelatele principale ale suicidului.....	104
4. Concepțiile sociologice cu caracter fenomenologic cu privire la actul de sinucidere.....	111
4.1. Teoria lui Jack Douglas cu privire la semnificațiile actului suicidal.....	113
4.2. Interpretarea lui J. Maxwell Atkinson privind teoriile de „bun simț” folosite de procurori (medici legiști) în definirea sinuciderilor.....	116
4.3. Sinuciderea ca mod de rezolvare a unei probleme existențiale.....	117
5. Clasificarea făcută de Steve Taylor sinuciderilor și tentativelor de	

sinucidere.....	119
6. „Mitur” cu privire la sinucidere.....	120
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE.....	124

CAPITOLUL IV

ANOMIE ȘI SINUCIDERE ÎN SOCIETĂȚILE POSTCOMUNISTE.....	129
---	------------

1. Criză și schimbare în fostele țări comuniste.....	129
2. Anomia ca model teoretic interpretativ al situației existente în țările postcomuniste.....	131
3. Anomie și criză în țările din Estul și Centrul Europei	134
4. Caracteristici generale ale stării de anomie în România.....	136
5. Tendințe ale fenomenului suicidal înainte și după evenimentele din anul 1989.....	143
5.1. <i>Caracterul „fatalist” și „altruist” al sinuciderilor din perioada totalitarismului comunist.....</i>	<i>144</i>
5.2. <i>Natura „anomică” a sinuciderilor din perioada de trecere de la regimul comunist la capitalism.....</i>	<i>147</i>
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE.....	156

CAPITOLUL V

SINUCIDERILE ȘI CRIZA ECONOMICĂ DIN PERIOADA 2008-2010.....	160
--	------------

1. Conduitele suicidare ca efect al unor tendințe și presiuni sociale.....	160
2. Sinucidere, criză și prosperitate economică.....	160
3. Relația dintre sinucidere și crizele economice.....	162
4. Sinuciderea, bunăstarea și condițiile de sănătate ale populației.....	166
5. Sinucidere, șomaj și sănătate psihică.....	169
6. Evoluția ratelor de șomaj și a ratelor de sinucidere în România.....	174
7. Starea de sănătate, inclusiv sănătatea psihică a populației din România, și impactul ei asupra sinuciderilor.....	175
7.1. <i>Rata standardizată de mortalitate – indicator reprezentativ al stării de sănătate din România.....</i>	<i>176</i>
7.2. <i>Incidența și prevalența bolilor psihice în România.....</i>	<i>177</i>

7.3. Consumul de alcool și tendințele suicidare în România.....	179
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE.....	191

CAPITOLUL VI

EVOLUȚII ȘI TENDINȚE ALE FENOMENULUI SUICIDAR ÎN ROMÂNIA, ÎN PERIOADA 1996-2012.....	195
---	------------

1. Dinamica sinuciderilor în România, în perioada 1996-2012.....	195
2. Metode principale de comitere a actului suicidar.....	197
3. Rata suicidară în România.....	198
3.1. Distribuția ratei de suicid în funcție de județele și regiunile României	201
3.2. Rata medie de sinucidere specifică regiunilor de dezvoltare ale României.....	204
3.3. Evoluția ratei suicidare pe fiecare județ în parte și la nivel regional, din anul 1999 și până în anul 2012.....	205
3.4. Rata de sinucidere în raport de sexul sinucigașilor.....	210
3.4.1. Proporția dintre ratele de suicid ale bărbaților și femeilor în funcție de județele și regiunile de dezvoltare ale României.....	213
3.5. Rata de sinucidere din țările europene, inclusiv din România, în raport de vârsta sinucigașilor.....	215
3.5.1. Ratele de suicid din România în funcție de vârstă.....	217
3.6. Fluctuația sezonieră a ratele de suicid din România.....	220
4. Deficiențele statisticilor românești asupra sinuciderii.....	221
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE.....	222

CAPITOLUL VII

CONSTATĂRI ȘI EVALUĂRI STATISTICE CU PRIVIRE LA GRADUL DE RĂSPÂNDIRE A SINUCIDERILOR ÎN ROMÂNIA.....	224
---	------------

1. Cifrele brute de sinucidere și rata de suicid la 100.000 de locuitori.....	224
2. Evoluția sinuciderilor din România în funcție de sexul sinucigașilor.....	226
3. Tendințe ale sinuciderii în rândul diferitelor categorii de vârstă din România.....	229
4. Sinuciderile în România, în perioada 2000-2012, în funcție de mediul de rezidență al victimelor.....	232

5. Distribuția ratelor deceselor violente în funcție de județele și regiunile de dezvoltare ale României.....	237
6. Ratele de sinucidere înregistrate în anul 2013, în raport de județe, gradul de populare a acestora, regiuni de dezvoltare și mediul de proveniență a victimelor.....	239
7. Evoluția ratelor de sinucidere în funcție de județele și regiunile de dezvoltare ale României în perioada 2009-2013.....	243
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE.....	247

CAPITOLUL VIII

SINUCIDERA ÎN ROMÂNIA, REFLECTATĂ ÎN MASS MEDIA ȘI MEDIUL VIRTUAL. EVALUĂRI CANTITATIVE ȘI CLASIFICĂRI CALITATIVE.....	248
---	------------

1. Carențe și deficiențe ale statisticilor oficiale din România asupra sinuciderii.....	248
2. Sursele folosite în recoltarea cazurilor de sinucidere inventariate.....	250
3. Constatări rezultate din analiza cantitativă a cazurilor.....	251
3.1. <i>Tipurile de acte suicidare evidențiate de mass media și portalurile de știri consultate.....</i>	<i>252</i>
3.2. <i>Proporția dintre bărbații și femeii care au comis diferite forme de act suicidar în funcție de județele țării.....</i>	<i>254</i>
3.3. <i>Distribuția victimelor în funcție de grupuri de vârstă și sexe.....</i>	<i>255</i>
3.4. <i>Gradul de răspândire a actelor suicidare în raport de categorii de vârstă și județele țării.....</i>	<i>257</i>
3.5. <i>Metodele cele mai frecvente utilizate de victime pentru a comite actele suicidare.....</i>	<i>259</i>
3.6. <i>Principalele motivații ale actului suicidar.....</i>	<i>261</i>
4. Analiza calitativă a actelor suicidare descrise de mass media și platformele on line.....	265
4.1. <i>Categorii și subcategorii în funcție de care se pot clasifica sinuciderile.....</i>	<i>266</i>
4.2. <i>Cauzele, motivațiile și factorii declanșatori (precipitatori) ale/ai actelor suicidare, așa cum au rezultat acestea/aceștia din evaluarea cazurilor.....</i>	<i>268</i>
5. Studii de caz.....	278

5.1. Metodologia folosită în selecția cazurilor.....	278
5.2. Cazuri clasificate în funcție de categoriile și subcategoriile cauzale/ motivaționale.....	279
(1.) BOLI (TULBURĂRI) PSIHICE.....	279
(2.) BOLI FIZICE (LETALE).....	280
(2.1.) DURERI MARI PRICINUITE DE BOALĂ.....	280
(2.2.) INCAPACITATEA DE A SUPORTA CONSECINȚELE IREVERSIBILE ALE BOLII FIZICE.....	281
(3.) GELOZIE, SENTIMENTE DE POSESIE, CONFLICTE (CERTURI, VIOLENȚE) ÎN CUPLU.....	282
(3.1.) CONFLICT CONJUGAL DETERMINAT DE GELOZIA PARTENERULUI.....	282
(3.2.) CERTURI PERMANENTE ÎN CUPLU DATORITĂ ALCOOLISMULUI SOȚULUI.....	283
(3.3.) RĂZBUNARE PE PARTENERUL DE CUPLU.....	283
(4.) CONFLICTE ÎNTRE RUDE.....	284
(4.1.) CERTURI (DISCUȚII APRINSE) CU PĂRINȚII.....	284
(5.) DIFICULTĂȚI FINANCIARE ACUTE.....	285
(5.1.) DATORII IMPOSIBIL DE RESTITUIT.....	285
(5.2.) CONFRUNTAREA CU PROBLEME FINANCIARE INSURMONTABILE.....	286
(6.) SĂRĂCIE, ȘOMAJ, DISPONIBILIZARE.....	287
(6.1.) CONFRUNTAREA CU SPECTRUL ȘOMAJUI.....	287
(6.2.) IMPACTUL DISPONIBILIZĂRII DE LA LOCUL DE MUNCĂ.....	288
(7.) PROBLEME LEGATE DE LOCUL DE MUNCĂ.....	289
(7.1.) CONDIȚII INUMANE LA LOCUL DE MUNCĂ.....	289
(8.) TEAMA CĂ AR PUTEA RĂSPUNDE ÎN FAȚA AUTORITĂȚILOR DE RESORT.....	289
(8.1.) TEAMA DE RĂSPUNDERE PENTRU FAPTE COMISE ÎN MOD ILEGAL, CU BUNĂ ȘTIINȚĂ.....	289
(8.2.) TEAMA DE RĂSPUNDERE PENTRU FAPTE COMISE FĂRĂ INTENȚIA DE A ÎNCĂLCA LEGEA.....	290
(9.) NEMULȚUMIRI (PROTESTE) CARE VIZEAZĂ PROBLEME NESOLUȚIONATE DE CĂTRE AUTORITĂȚI.....	291
(10.) INCAPACITATEA DE A SUPORTA TRATAMENTUL	

(REGIMUL) PENITENCIAR.....	292
(11.) SENTIMENTE (RESENTIMENTE) LEGATE DE NUMEROASE PROBLEME DE VIAȚĂ.....	293
11.1. RUȘINEA ȘI TEAMA FAȚĂ DE OPROBIUL PUBLIC..	293
11.2. REMUȘCAREA.....	294
11.3. EȘECUL (SENTIMENTUL RATĂRII).....	294
11.4. INCAPACITATEA DE A SUPORTA PIERDEREA UNEI FIINȚE APROPIATE.....	295
(12.) SINUCIDERI ALE COPIILOR ȘI ADOLESCENȚILOR..	295
(12.1.) PROTEST FAȚĂ DE DECIZII SAU SANȚIUNI ALE ADULȚILOR.....	296
(12.2.) SENTIMENTE DE RUȘINE ȘI REMUȘCARE.....	296
(12.3.) TEAMA DE PEDEAPSĂ.....	297
(13.) ACCIDENTE CU APARENȚĂ DE SUICID.....	298
(14.) CRIME CU APARENȚĂ DE SINUCIDERE.....	298
(15.) SINUCIDERI APARENT INEXPLICABILE.....	299
(16.) SINUCIDERI MISTICE (RITUALE).....	301
5.3. Utilitatea studiilor de caz în cercetarea și prevenirea sinuciderilor din România.....	304
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE.....	305
 CAPITOLUL VIII	
ÎN LOC DE CONCLUZII.....	307
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE.....	323

INTRODUCERE

Perioada actuală din România se caracterizează printr-o amplificare sporită a sinuciderilor, fenomenul suicidal fiind o constantă cotidiană, fapt care se poate observa atât din consultarea știrilor difuzate de mass media, cât, mai ales, din constatările experților. Zilnic, circa 7 români aleg să se sinucidă, ceea ce înseamnă o sinucidere la fiecare 3 ore și 43 de minute. Este de menționat și faptul că, aproape an de an, sinuciderile reprezintă o pondere situată între 23-31 % din totalul deceselor violente, situându-se ca pondere imediat după accidentele rutiere.

Comparativ cu alte țări europene, în date absolute, nivelul sinuciderilor din România se află sub cel al unor țări precum Franța, Germania sau Ucraina (circa 27-28 sinucideri zilnic), Polonia (16 sinucideri pe zi), Anglia sau Italia (11) sau Spania (9), pentru a nu mai menționa Federația Rusă (cu 117 de sinucideri pe zi). În schimb, din punct de vedere statistic, România înregistrează valori ale suicidului situate peste nivelul înregistrat în țări precum Belgia (aproximativ 5 sinucideri pe zi), Olanda, Elveția, Republica Cehă sau Austria (cu circa 3-4 sinucideri zilnic). De menționat că în Bulgaria se înregistrează aproximativ 2,5 sinucideri zilnic.

Aceste cifre explică ritmul de producere a sinuciderilor, dar nu exprimă decât într-o măsură limitată frecvența sinuciderilor dintr-o țară sau alta.

Deși, comparativ cu mai multe țări europene, rata sinuciderii la o sută de mii de locuitori din România (11.8 în 2011, 11.7 în 2012 și 12.2 în 2013) nu atinge intensitatea ratelor de sinucidere înregistrate, de pildă, în țări precum Ungaria (24.6), Serbia (18.8) sau Republica Moldova (17.4), ea depășește, totuși, pe cele înregistrate, de exemplu, în Anglia (6.9), Spania (7.6), Olanda (9.3) sau Portugalia (9.6). Așa cum arată cifrele Institutului Național de Statistică, pentru perioada 2000-2012, în România s-a înregistrat o rată medie a suicidului de 12.3 la sută de mii de locuitori. Într-un interval cvasimilare de timp, rata medie de sinucidere în Uniunea Europeană a înregistrat valori situate între 11.4 și 13.4.

În toate țările, cauzele sinuciderii sunt multiple, vizând, de fapt, o etiologie multifactorială în care sunt implicate, deopotrivă, motivații individuale, factori social-economici, modele normativ-culturale, deficite structurale etc. Astfel, ratele de suicid raportate la 100.000 de locuitori diferă în funcție de caracteristici personale, precum statusul ocupațional, originea etnică, gradul de sănătate psihică, tendințele individului de a consuma excesiv alcool sau droguri etc.,

disfuncțiile familiale, experiențele stresante de viață, dar, mai ales, în funcție de caracteristici sociale, precum gradul de dezvoltare sau fluctuațiile economice ale națiunii respective, distribuția demografică, gradul de religiozitate ș.a.

În esența sa, sinuciderea este un fenomen social care se manifestă în toate societățile, indiferent de întinderea lor, mărimea populației, gradul lor de dezvoltare economică, tradițiile și obiceiurile care le caracterizează, sistemul lor normativ-valoric sau convingerile religioase.

Totuși, intensitatea diferită cu care ratele de suicid apar în diverse țări ale lumii, în anumite perioade istorice, evidențiază faptul că tocmai aceste elemente caracteristice, în primul rând sistemele normativ-valorice – definiții pentru fiecare țară sau regiune în parte -, sunt responsabile de apariția sinuciderilor în țara respectivă. Cu alte cuvinte, *nu* factorii individuali, ci factorii sociali și culturali joacă un rol fundamental, actul suicidar nefiind o opțiune particulară, dependentă de ”impulsuri” conștiente sau subconștiente ori de influențe de natură genetică, ci influențată de sistemul social și cultural-valoric.

Specialiștii în domeniu subliniază că printre acești factori sociali-culturali se numără: crizele sociale și cele economice – care sporesc riscul comiterii sinuciderilor, șomajul – implicat de perioadele de criză și care accentuează starea de privațiune socială a indivizilor și sentimentele lor de inutilitate socială, dezastrele (așa cum sunt cutremurele, de exemplu, - care amplifică sentimentele de disperare și alienare al oamenilor), precum și alte elemente adiacente sau complementare cu sentimentele menționate, precum dezangajarea socială, izolarea socială, eșecul, pierderea stimei de sine, lipsa identității personale ș.a., puternic impregnate în „mentalul” indivizilor caracterizați de tendințe sau impulsuri suicidare. Nu în ultimul rând, trebuie evidențiate sentimentul apartenenței comunitare, proiecțiile de viitor sau convingerile religioase ale indivizilor. Astfel, deși nu există suficiente date statistice care să susțină ferm o asemenea ipoteză, țările musulmane au, în general, o rată scăzută a suicidului, deoarece normele religiei musulmane interzic sinuciderea. În Kuweit, de pildă, rata de sinucidere este de numai 0.1 la suta de mii de locuitori (Bertolote, J., M., Fleischmann, A., 2002, p. 7).

Statisticile evidențiază că în fiecare an se sinucid aproximativ un milion de oameni, ceea ce înseamnă o sinucidere la fiecare 40 de secunde (World Health Organization, 2002). În anul 2012, s-a sinucis, în întreaga lume, „numai” 804.000 de persoane, ceea ce semnifică o rată de sinucidere globală anuală, standardizată în raport de vârstă, de 11.4 la o sută de mii de locuitori (15.0

pentru bărbați și 8.0 pentru femei). Aceasta, în condițiile în care suicidul ca problemă extrem de sensibilă poate fi subraportat în anumite țări, iar în alte țări poate fi, adeseori, clasificat în categoria accidentelor (World Health Organization, 2014, p. 07). Conform estimărilor făcute de către Organizația Mondială a Sănătății, în anul 2020, se vor comite, în întreaga lume, un număr de circa 1,53 milioane de sinucideri, iar tentativele de suicid vor fi de 10-20 ori mai multe. În baza acestor estimări, se poate spune că, în medie, se vor înregistra un deces prin sinucidere la fiecare 20 de secunde și o tentativă de sinucidere la fiecare 1-2 secunde (Bertolote, J., M., Fleischmann, A., 2002, p. 6).

Este de menționat și faptul că în regiunea europeană, în fiecare an se sinucid circa 150.000 de persoane, ceea ce înseamnă că la fiecare trei minute se comite o sinucidere (Pray, L, Cohen, C., Mäkinen, I., H., Värnik, A., MacKellar, F., L.-Editors, 2013, p. 1), Ca urmare, cele mai ridicate rate de suicid din întreaga lume, atât pentru bărbați, cât și pentru femei, se înregistrează în Europa, cu precădere în Europa de Est. Bertolote, J., M., Fleischmann, A. (2002, p. 6) subliniază însă că cele mai multe sinucideri sunt raportate în Asia.

La toate aceste estimări, subraportate sau nu, trebuie adăugat că, în prezent, sinuciderea tinde să devină una dintre principalele cauze de deces atât pentru grupurile mai vârstnice de populație, cât, mai ales în ultimii ani, și pentru cele mai tinere (sub 35 de ani).

Sinuciderea reprezintă, de fapt, una dintre cele mai sensibile și dramatice probleme sociale ale societăților contemporane. Condamnată de prescripțiile religioase, de atitudinile opiniei publice și, nu în ultimă instanță, de reglementările legislațiilor contemporane, sinuciderea pare, cel puțin în aparență, un gen de conduită care implică numai individualitatea persoanei și ale cărei motivații interioare sunt greu de perceput sau descifrat. În realitate, în timp ce suicidul, ca atare, este un act personal, susținut de o serie de motivații individuale, procesul care-l declanșează are nemijlocit un caracter social. De aceea, sinuciderea nu reprezintă numai un domeniu de interes pentru psihologi sau psihiatri, ci și un teren de studiu pentru sociologi, în măsura în care semnificațiile unui act de sinucidere nu se înscriu în aria biologică a instinctelor, ci în contexte definite de raporturi sociale, norme, valori, prescripții morale sau religioase. Acest fapt a fost evidențiat, încă de la sfârșitul secolului al XIX-lea, de către Émile Durkhem (1897), de exemplu, care sublinia că sinuciderea este strâns legată de forțe și proprietăți sociale, care transcend simpla voință a individului. De asemenea, Durkheim a accentuat ideea că tendința de sinucidere în diferite

societăți are o coloratură proprie, care depinde, esențial, de caracteristicile societății respective.

În România, informațiile cu privire la amploarea suicidului sunt incomplete și fragmentare, fără a reflecta dimensiunea reală a acestui fenomen. Datele oficiale, de altfel greu accesibile, oferă doar o imagine parțială, fără a include corelații statistice semnificative, variabile relevante, grupuri „țintă” ori motivații concrete ale autoagresorilor.

Evaluarea mai precisă a acestei forme aparte de autoagresiune, este menită, credem, să asigure o mai buna informare instituțiilor specializate în legătură cu veritabilele motivații ale actului suicidal și cu elaborarea unor măsuri cât mai eficiente de prevenție, răspunzând, totodată, la întrebarea – pe care o vom utiliza și ca *ipoteză teoretică* principală a acestei cărți – în ce măsură sinuciderea este un indicator relevant al stării de anomie care se manifestă, astăzi, cu atâta acuitate în România.

Lucrarea noastră s-a bazat, în esență, pe constatările rezultate din cele două proiecte de cercetare pe care le-am realizat, în perioada 2011-2015, în cadrul Institutului de Sociologie al Academiei Române: „*Sinuciderea ca indicator relevant al anomiei existente în România*” și „*Etiologia actului suicidal din România în context european*”.

Cartea, care are, în mod preponderent, un caracter practic, urmărește să ofere o imagine complexă, din mai multe unghiuri și puncte de vedere, a suicidului, pentru a pune în strânsă dependență variabilele individuale de cele sociale. Pentru că unii autori vorbesc de *cauze*, iar alți autori de *motivații*, un subcapitol distinct al cărții s-a focalizat și asupra acestor perspective de abordare. Pe de altă parte, partea aplicativă a cărții include o ierarhizare a factorilor de risc cu caracter individual și social care preced actul suicidal, precum și inventarierea particularităților diferitelor cazuri. Nu în ultimul rând, ne-am propus efectuarea unor tipologii calitative.

Din punct de vedere practic, am încercat să aducem în atenția autorităților românești (și nu numai !) problematica *socială* a suicidului, propunând câteva soluții practice de prevenire. În ceea ce privește metodologia care a stat la baza cercetărilor pe care le-am întreprins, menționez, pe scurt, următoarele: analiza documentară, întreprinsă asupra principalelor teorii și modele explicative ale suicidului existente în plan național și internațional; analiza secundară a datelor provenite din diverse studii și cercetări realizate în România sau în alte țări; evaluarea tendințelor statistice ale fenomenului suicidal din țara noastră sau alte

țări cu tradiție în domeniul investigării fenomenului suicidar; analize calitative și câteva studii de caz capabile să ofere elemente pertinente pentru efectuarea unor tipologii distincte.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

Bertolote, J., M., Fleischmann, A., (2002), A global perspective in the epidemiology of suicide, în „*Suicidologi*”, erg. 7, no. 2.

Durkheim, É. (1897), *Le Suicide. Étude de sociologie*, Paris, Alcan (tradusă în limba română sub titlul *Despre Sinucidere*, Iași, Institutul European).

Pray, L, Cohen, C., Mäkinen, I., H., Värnik, A., MacKellar, F., L. (Editors)- (2013), *Suicide in Eastern Europe, the CIS, and the Baltic Countries: Social and Public Health Determinants. A Foundation for Designing Interventions Summary of a Conference*, International Institute for Applied Systems Analysis, February.

World Health Organization (2002), *Map of suicide rates* (see: http://www.who.int/mental_health/management/en/SUPRE_flyer1.pdf).

World Health Organization (2014), *Preventing suicide. A global imperative*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

CAPITOLUL I

SINUCIDEREA UN FENOMEN SOCIAL CU VALENȚE ISTORICE ȘI MULTIPLE SEMNIFICAȚII CULTURALE

1. Definiții și caracteristici ale actului suicidar

Orice sinucidere este o formă de *violență* îndreptată împotriva propriei persoane. Este un act premeditat comis cu intența suprimării propriei vieți, care sfidează instinctul de conservare și raționalitatea umană.

O asemenea definiție este însă incompletă și nesatisfăcătoare, deoarece, pe de o parte, nu evidențiază finalitatea și ireversibilitatea actului suicidar, iar pe de altă parte, nu ține seama de faptul că pot exista și sinucideri comise de către persoane ale căror psihism este incompatibil cu exigențele raționalității și cu legea naturală a menținerii integrității propriei vieți. Pentru acest motiv, un cunoscut expert în domeniul suicidologiei, D. J. Mayo (1992, p. 92), a propus patru elemente care ar trebui incluse în orice definiție a sinuciderii: (1) caracterul *fatal* al sinuciderii (nu există sinucidere decât dacă actul suprimării propriei vieți are „succes”); (2) caracterul *planificat* (gândit dinainte); (3) mijlocul prin care se produce să aibă un caracter *activ* sau *pasiv* (la fel ca și acțiunea, inacțiunea poate avea ca efect suprimarea vieții. De exemplu, ignorarea faptului că administrarea unor medicamente este absolut necesară în cazul unor boli)*; (4) caracterul *intenționat* (care diferă de cel accidental, caracteristic morților accidentale, neplanificate). Elementele menționate pun în evidență faptul că sinuciderea este o acțiune comisă în mod conștient, în condițiile existenței discernământului victimei, scopul acestei acțiuni fiind unul autoagresiv și autodestructiv. De aceea, J. Baechler (1979, XI) sublinia faptul că suicidul este, în esența sa, „o soluție logică la o problemă existențială”. Există, în mod evident, și acte suicidare comise de persoane bolnave sau dezorientate psihic, dar asemenea acte se includ în perimetrul patologiei psihiatrice, ceea ce

* Pentru a defini asemenea conduite inactive, E. Shneidman (1981, p. 232–253) a folosit noțiunea de „moarte subintenționată”, referindu-se la faptul că unele decese nu au nici un caracter suicidar, nici unul accidental, nici unul natural, fiind decese în care victima fie în mod deschis, fie inconștient, permite apariția morții. De exemplu, neatenția la traversarea unei străzi circulată intens de mașini, ignorarea regimului medical sau chiar „invitația” de a fi asasinată.

deplasează discuția înspre un alt registru de abordare.

Noțiunea de sinucidere este caracterizată de numeroase confuzii și ambiguități. Din punct de vedere al seriei largi de situații la care pot fi raportați, termenii de „sinucidere” și „caracter suicidar” sunt, întrucâtva, ambigui – observau Clinard și Meier (1979, p. 497).

Așa cum a observat, cu mai multe decenii în urmă, Jack D. Douglas (1967, Appendix 2), există numeroase definiții ale suicidului, ale căror semnificații conțin cel puțin șase dimensiuni principale: (1) *inițierea* unei acțiuni care conduce la moartea inițiatorului; (2) *intenția* („willing”) care caracterizează o acțiune ce conduce la moartea celui care are această intenție; (3) dorința de autodistrugere; (4) *pierderea voinței* de a mai trăi; (5) *motivația* morții sau a dorinței de a muri care generează inițierea unei acțiuni care duce la moartea inițiatorului; (6) *conștientizarea* de către actorul respectiv (autorul acțiunii) a faptului că acțiunile pe care le inițiază tind să producă starea obiectivă de moarte. Aceste dimensiuni diferențiază, de fapt, între decesele prin sinucidere și cele datorate unor accidente, care, adeseori, sunt interpretate ca acte suicidare.

Actul suicidar este diferit de tentativa de sinucidere, care este caracterizată de următoarele elemente (Van Orden și colab., 2010, p. 575-600): (a) comportament auto-inițiat, potențial vătămător; (b) prezența intenției de a muri; (c) rezultat nefatal (non-letal).

Dincolo de aceste delimitări conceptuale, orice act suicidar este caracterizat de un profund dramatism și o puternică încărcătură emoțională. Viața fiecărui om, în întregul ei și în ceea ce o caracterizează, se prezintă totdeauna ca un spectacol dramatic, spunea Schopenhauer. Și la fel am putea spune despre moarte. Dacă moartea, în esența sa, este un eveniment individual, cauzele, circumstanțele și chiar consecințele producerii sale au un caracter social. Voluntarismul actului suicidar, deliberarea sau premeditarea sa, dorința sinucigașului de a-și pune capăt vieții și, implicit, abandonarea unuia dintre cele mai vitale instincte, anume cel de supraviețuire, aparent ar putea fi interpretate ca fiind decizii de natură individuală, dar ele sunt determinate, de fapt, de „constelații” de fapte sociale care au un asemenea impact asupra vieții indivizilor încât aceștia preferă sinuciderea ca „soluție” sau, dimpotrivă, incapacitate de a găsi o soluție la problemele cu care se confruntă. Pe de altă parte, efectele sinuciderilor au, ele însele, un caracter *micro* sau *macro* social. Orice sinucidere – remarca J. Gibbs (1961, p. 225) este o importantă „pierdere socială”, deoarece implică costuri sociale și economice și are un impact deosebit

asupra supra familiei, apropiaților sinucigașului și colectivității în ansamblul său. În același timp, acțiunile de prevenire a suicidului implică eforturi financiare substanțiale și o alocare de resurse care ar putea fi dirijate în alte direcții prioritare de acțiune.

Din acest punct de vedere, experții în domeniu subliniază faptul că sinuciderea nu este doar o problemă individuală, ci „o problemă socială care solicită un răspuns social” (Shoko T., 2007, p. 1), reacții sociale adecvate care să descurajeze indivizii să se sinucidă și să facă cât mai eficiente eforturile de prevenție.

Statisticile sau estimările întocmite de Organizația Mondială a Sănătății sunt relevante în acest sens, punând în evidență faptul că suicidul este o problemă globală a umanității, care se manifestă în toate țările lumii cu o mare intensitate și amplificată de condițiile crizei globale, actuale (vezi Caseta 1).

CASETA 1

- Anual, aproape un million de persoane mor ca urmare a sinuciderii; aceasta înseamnă o rată de mortalitate „globală” de 16 la 100.000 locuitori sau un deces la fiecare 40 secunde;
 - În ultimii 45 de ani ratele de suicid au crescut în întreaga lume cu 60%. Sinuciderea se numără printre cele trei cauze principale de deces în rândul celor cu vârsta cuprinsă între 15-44 ani și a doua cauză principală de deces în cadrul grupului de vârstă 10-24 ani din mai multe țări; aceste cifre nu include tentativele de sinucidere, care sunt de 20 ori mai frecvente decât sinuciderile finalizate;
 - S-a estimat că sinuciderile din întreaga lume au reprezentat 1,8% din ponderea total globală a bolilor și vor reprezenta, în anul 2020, 2,4% din această pondere în țările cu foste piețe și economii socialiste;
 - Deși cele mai ridicate rate de suicid s-au înregistrat în rândul bărbaților vârstnici, ratele de sinucidere din rândul tinerilor au crescut în asemenea măsură, încât reprezintă în prezent grupul cu cel mai ridicat risc într-o treime din toate țările lumii, atât cele dezvoltate, cât și cele în curs de dezvoltare;
 - Tulburările psihice (în special, depresia și tulburările implicate de consumul de alcool) sunt un factor principal de risc în Europa și America de Nord; totuși, în țările asiatice, impulsivitatea joacă un rol un important. Sinuciderea este un fenomen complex, unde sunt implicați factori psihologici, sociali, biologici, culturali și de mediu.
- (World Health Organization, *Programmes and Projects: Mental Health, Suicide Prevention (SUPRE)*: vezi http://www.who.int/mental_health/en/).

Dat fiind faptul că suicidul nu este o problemă strict individuală, ci una care interesează întreaga societate, abordarea sa impune, imperativ, o interpretare sociologică. Totuși, deoarece în diferite societăți și perioade istorice,

sinuciderea era compatibilă cu codurile morale sau legale, fiind tolerată sau chiar încurajată, iar în alte societăți reprezenta un act ilegal, ilicit, o definiție cu caracter „universal” a actului suicidal apare problematică. De la sinuciderile cu caracter „instituțional”, la cele de natură rituală, și până la cele condamnate de către credința creștină, ori de legislație, atitudinile sociale față de un asemenea act au variat considerabil de-a lungul timpului.

În prezent, sub influența religiei creștine, sinuciderea este privită fie ca un păcat contra naturii, fie ca un act comis sub influența unei boli mentale, deși, în mod real, marea majoritate a actelor suicidare reprezintă decizii conștiente și deliberate, având deci, un caracter rațional. Conceperea sinuciderii ca un act de raționalitate plasează acest act în aria devianței și în cea a problemelor sociale, motiv pentru care o mare parte a contribuțiilor în acest domeniu aparțin sociologilor care se ocupă de aceste două domenii. Problema sinuciderii reprezintă, de altfel, una din temele „clasice” ale sociologiei ca știință, constituind un subiect care a avut o mare importanță în stabilirea ei ca disciplină sociologică independentă (Bell, 1976, p. 223).

2. Variații istorice și culturale ale atitudinilor față de sinucidere

Valorizarea negativă a sinuciderii în majoritatea societăților contemporane față de sinucidere este atât de răspândită, încât se poate trage, de aici, concluzia greșită că un asemenea act a fost și este condamnat de toate popoarele, în toate timpurile.

Totuși, așa cum demonstrează studiile efectuate în acest domeniu, nu există conduite și motivații suicidare și nici atitudini care să fie similare la toate populațiile și națiunile, existând atât o variabilitate istorică, cât și una culturală a acestor conduite, motivații și atitudini.

În Grecia antică, sinuciderea era considerată a fi o atitudine indezirabilă și condamnată. Sinucigașii erau obligați să se supună legilor cetății și să revindică în mod expres, „dreptul de a se sinucide”.

Platon pleda, în acest sens, pentru pedepsirea sinucigașilor la fel ca și criminalii de rând, iar Aristotel considera conservarea vieții ca una dintre cele mai importante datorii morale ale individului.

În Roma antică, în aceeași măsură ca și infanticidul, sinuciderea era o conduită obișnuită, răspândită, mai ales în rândurile sclavilor, condamnaților la moarte și adepților „noului stoicism” promovat de Seneca. Nu era un act care să

fie interzis de legi, dar care era prohibit în cazul sclavilor, soldaților și condamnaților la moarte.

La popoarele orientale, sinuciderea era și mai răspândită, în special datorită atitudinilor religioase hinduse (derivate din brahmanism și conținând elemente disparate din budism și jansenism), care exaltau virtuțile spiritului și disprețuiau corpul fizic.

În Egiptul antic, soțiile sau sclavii erau obligați să se sinucidă pentru a-și urma soții sau stăpânii decedați.

În India, până în secolul al XX-lea, erau încurajate așa-numitele „*satti*” (*satti* în sanscrită însemnând soție pură sau virtuoaasă), adică sacrificii ale femeilor care se sinucideau după moartea soților lor.

În China, sinuciderea era apreciată ca o acțiune de răzbunare împotriva unui dușman, în baza credinței populare că „strigoii” sinucigașului poate bântui nestingherit dincolo de moarte, pentru a stârni spaimă și înfricoșare în inima adversarului.

În Africa, o credință similară, care mai există și astăzi, consideră că sinuciderea este mijlocul cel mai eficient de răzbunare împotriva unui inamic, în sensul că sinucigașul renunță la viață în dorința de a nu mai lăsa adversarului său nici-o clipă de liniște.

În Japonia, practicile de *hara-kiri* (*seppuku*), în scopul evitării dezonoarei, erau deosebit de răspândite în rândul castei nobiliare și războinice, supraviețuind chiar în timpul celui de al doilea război mondial prin piloții *kamikaze* ale căror acțiuni de sacrificiu vizau apărarea onoarei împăratului (*mikado*-ului) prin nimicirea navelor inamice.

Ca un alt exemplu, la unele popoare, de exemplu la eschimoși, cei ajunși o povară pentru ceilalți, mai ales vârstnicii, își luau singuri viața pentru a nu prejudicia supraviețuirea colectivității. „*Sinuciderea poate fi atât de obișnuită într-o cultură – sublinia D. W. Calhoun (1971, p. 186) –, încât o persoană se va omorî ea însăși doar pentru o dezamăgire neînsemnată, ori poate să fie atât de stranie pentru o anumită populație, încât numai ideea ei poate da naștere unei incredibile veselii*”.

O parte dintre normele juridice cu privire la sinucidere existente în cursul istoriei s-au menținut până astăzi, astfel că în Anglia sau în Statele Unite, deși tentativele de sinucidere nu mai reprezintă infracțiuni, așa cum erau considerate cu decenii în urmă, există reglementări speciale care interzic plățirea unor prime de asigurare familiei sinucigașului.

Asemenea reglementări există în mai multe țări europene, care pedepsesc sever orice persoană care ajută, instigă sau sfătuiește pe un individ să se sinucidă.

În România, de exemplu, articolele 190 și 191 din noul Cod Penal actualizat în 2015, conțin următoarele formulări cu privire la sinucidere (vezi: http://www.euroavocatura.ro/legislatie/1178/Codul_Penal_actualizat_2015/page/22#nextPage):

- **Articolul 190:** *Uciderea la cererea victimei* - „Uciderea săvârșită la cererea explicită, serioasă, conștientă și repetată a victimei care suferea de o boală incurabilă sau de o infirmitate gravă atestată medical, cauzatoare de suferințe permanente și greu de suportat, se pedepsește cu închisoarea de la unu la 5 ani”;

- **Articolul 191:** *Determinarea sau înlesnirea sinuciderii* - „(1) Fapta de a determina sau înlesni sinuciderea unei persoane, dacă sinuciderea a avut loc, se pedepsește cu închisoarea de la 3 la 7 ani; (2) Când fapta prevăzută în alin. (2) s-a săvârșit față de un minor cu vârsta cuprinsă între 13 și 18 ani sau față de o persoană cu discernământ diminuat, pedeapsa este închisoarea de la 5 la 10 ani; (3) Determinarea sau înlesnirea sinuciderii, săvârșită față de un minor care nu a împlinit vârsta de 13 ani sau față de o persoană care nu a putut să-și dea seama de consecințele acțiunilor sau inacțiunilor sale ori nu putea să le controleze, dacă sinuciderea a avut loc, se pedepsește cu închisoarea de la 10 la 20 de ani și interzicerea exercitării unor drepturi; (4) Dacă actele de determinare sau înlesnire prevăzute în alin. (1)-(3) au fost urmate de o încercare de sinucidere, limitele speciale ale pedepsei se reduc la jumătate.

Exceptând asemenea exemple ale modului cum se manifestă și cum este privit suicidul la nivelul mai multor comunități, diferențele existente între diferite națiuni și popoare în ceea ce privește evoluțiile ratelor de sinucidere demonstrează, în mod ilustrativ, faptul că fenomenul suicidar nu are un caracter omogen, fiind dependent de numeroși factori de natură istorică, economică, demografică, culturală, religioasă, de norme, valori, tradiții, obiceiuri și alte elemente care definesc profilul diverselor societăți. Toți acești factori nu acționează în mod izolat de influența celorlalți, ci într-un mod combinat, sub forma unor „constelații” sau, conform cu o expresie mai tehnică, sub forma unor „clustere”.

Propunându-și să explice diferențele naționale în ceea ce privește

sinuciderea, David Lester (2007, pp. 52-61) a evidențiat următorii factori mai importanți, derivați dintre studiile cele mai reprezentative în domeniu:

(a) *Diferențele fiziologice* în ceea ce privește structura genetică, grupa sangvină și chiar gradul de concentrație a serotoninei din creier;

(b) *Diferențele psihologice/psihiatrice*, constând în apariția unor tulburări psihice, depresii, stări anxioase, instabilități emoționale etc.;

(c) *Compoziția socială* a grupurilor de populație, în special cea demografică (de exemplu, țările care au o proporție ridicată de vârstnici de sex masculin înregistrează rate mai ridicate de suicid decât alte țări);

(d) *Diferențele societale*. Acestea vizează diferite variabile sociale printre care, așa cum evidențiază Émile Durkheim (1993, p. 163) nivelul de integrare socială (gradul în care indivizii sunt legați între ei în diferite rețele sociale) și nivelul de reglare socială (măsura în care impulsurile, dorințele și emoțiile indivizilor sunt reglate de norme, tradiții și obiceiuri). De asemenea, dintre alte diferențe existente între diferite societăți, D. Lester menționează variabile asociate cu acelea diferențiate de Durkheim: gradul de frecventare a bisericii, rata imigrației și cea a migrației inter-regionale, rata divorțului, statusul marital ș.a.;

(e) *Influențele culturale asupra motivelor sinuciderii*. Există numeroase motive sucidare ale căror semnificații diferă de la o națiune la alta, dar există, în același timp, mai mulți stimuli culturali și reacții sociale menite să țină sub control tendințele sucidare. Exemple sugestive sunt furnizate de țările scandinave. Astfel, în Danemarca, stimularea conștientizării greșelii este principala tehnică folosită de mame pentru a ține sub control agresivitatea propriilor băieți, care însă a avut și are drept consecință dependența puternică a acestora și inclusiv reacțiile depresive și impulsurile sucidare manifestate în perioada adultă, urmând unei pierderi sau separări. În Suedia, ca un alt exemplu, părinții pun în educația copiilor lor un accent deosebit pe performanță și succes, fapt care are drept consecință formarea unei personalități ambițioase care nu poate suporta eșecul, care este un motiv suidar distinct;

(f) *Alegerea metodelor de sinucidere* diferă de la o națiune la alta, de la o țară sau regiune la altă țară sau altă regiune. De pildă, în Statele Unite și Canada, cea mai frecventă metodă folosită de victime este reprezentată de armele de foc (fapt explicabil și prin dreptul legal de a le deține), în Anglia este mai obișnuită inhalarea gazului toxic care asigură încălzirea locuințelor, în Elveția mai răspândită este spânzurarea etc.;

Constatările mai multor cercetări antropologice indică o mare diversitate culturală a atitudinilor diferitelor populații și societăți față de sinucidere.

Aceste cercetări au evidențiat motivele și circumstanțele extrem de diverse ale sinuciderii din cadrul unor populații așa-zis „primitive”. De exemplu (Gibbs, J. P., 1961, p. 231), certurile din cadrul familiei pentru nativii din Dobu fac intolerabilă viața în continuare; la irochezi (amerindieni), femeile se sinucid datorită comportamentului inadecvat al iubiților sau soților, în timp ce bărbații o fac din dorința de a evita teama generată de comiterea unei crime violente; pentru tribul Lepchas din Sikkim (Nepal) – rușinea și incapacitatea de a suporta muștrările cu caracter public din partea liderilor grupului; pentru indienii Chuckchee sau pentru eschimoșii din Insula St. Lawrence – conștiința unei vieți inutile, boala, suferința etc. O descriere mai detaliată a modului cum este privită sinuciderea în cadrul populațiilor cercetate de antropologi este consemnată în tabelul care urmează (vezi tabelul 1).

POPULAȚIA	OBSERVAȚII ASUPRA INCIDENTEI SINUCIDERILOR
Mohavo	Conflictul dintre cultul morții și ideea că după moarte viața se prelungește la infinit conduce la un număr extrem de ridicat de sinucideri.
Kwakiutl	Sinuciderea este foarte obișnuită ca practică.
Tanaina	Sinuciderea este mai răspândită printre bătrâni.
Havasupai	Sinuciderile sunt rare. iar referirea la ele se face în cadrul miturilor și discursurilor cu caracter funeral.
Lepchas din Sikkim	Sinuciderile sunt foarte frecvente, dacă se ține seama de dimensiunea comunității.
Indienii din Sud-Vestul S.U.A. și din Mexicul de Nord	Sinuciderile apar în majoritatea triburilor, dar în ansamblul lor, sunt rare, mai ales printre femei.
Apașii din White Mountain	În fiecare an apar unul sau mai multe cazuri de autosuprimare a vieții.
Southern Ute	Nu există practici învățate de moarte prin sinucidere.
Papago	Există sinucideri doar din auzite.
Puma	Sinuciderea este rară.

Tabelul 1. Incidența sinuciderii în cadrul unor populații non-europene (Sursa: Observații culese din rapoartele antropologilor americani, prelucrate în funcție de exemplele date de Gibbs, J., P., 1961, p. 233).

Patternurile sinuciderii pentru diverse grupuri etnice diferă diferă chiar în cadrul unei singure națiuni, așa cum este cazul Statelor Unite ale Americii, în care ratele sau metodele de sinucidere ale albilor, africanilor sau asiaticilor (ale chinezilor, în special) înregistrează multiple variații (Lester, D., 2007, p. 55).

Există o mare diversitate socială și culturală a conduitelor suicidare și a formelor lor de manifestare.

Gama mare de motivații și condiționări culturale ale actelor suicidare este extrem de dificil de interpretat „din afară” (din perspectiva out-sider-ului) și poate da impresia că sinuciderea rituală excede pe cea „obișnuită” sau că motivațiile, impulsurile ori tendințele suicidare ale populațiilor tribale non-europene ar fi mult mai omogene decât cele ale popoarelor europene. Este dificil și chiar eronat de a face asemenea comparații, cu atât mai mult cu cât nu există cercetări sau statistici comparative de amploare care să facă posibile constatări pertinente.

CASETA 2

„Rata sinuciderilor variază substanțial de la un stat la altul, influențată de mediul cultural social și economic specific țării respective, se arată în primul raport complex pe această temă, realizat de OMS.

În statele unde acest flagel face mai multe victime, frecvența sinuciderilor este de 40 de ori mai mare decât în zonele mai puțin afectate, dar se consideră că, în general, presiunile care cauzează emoții negative puternice ce conduc spre decizia suicidului sunt aceleași indiferent de coordonatele geografice.

Potrivit raportului citat de presa internațională, anual sunt înregistrate cel puțin 800.000 de cazuri de suicid. Cifrele nu sunt însă concludente, precizează OMS, atâta vreme cât multe țări au lacune în colectarea acestor date, iar în anumite regiuni suicidul este considerat ilegal sau tratat drept tabu. India, spre exemplu, o țară care interzice această practică, deține una dintre cele mai mari rate de suicid, cu 21 de decese la 100.000 de locuitori, în timp ce media globală este de 11 astfel de cazuri.

Potrivit specialiștilor, suicidul este a doua cea mai întâlnită cauză a decesului persoanelor tinere, cu vârste cuprinse între 15 și 29 de ani. Pe de altă parte însă, frecvența sinuciderilor crește semnificativ după împlinirea vârstei de 50 de ani. De asemenea, bărbații sunt mai predispuși să-și curme viața decât femeile, se mai arată în raport.

Trei sferturi dintre cazurile de suicid se petrec în țări sărace sau cu venituri medii, în special cele din Europa centrală și estică și din Asia. Surprinzător, în Coreea de Nord, rata foarte ridicată a sinuciderilor este de 39.5 la 100.000 de locuitori, foarte apropiată de cea a Coreei de Sud, de 36.6.

Țările catolice și cele musulmane tind să aibă o rată mai scăzută a suicidului, datorită opoziției religiilor respective față de această practică.

Persoanele supuse abuzurilor, discriminării sau izolării forțate – printre acestea numărându-se refugiații și imigranții – sunt considerate a prezenta un risc ridicat de suicid (La fiecare 40 de secunde, o persoană de pe glob moare luându-și viața, avertizează Organizația Mondială a Sănătății; conform cu: <http://mediascop.ro/raport-oms-la-fiecare-40-de-secunde-o-noua-sinucidere/>).

Relativ puținele studii întreprinse în acest domeniu confirmă însă marea variabilitate culturală a atitudinilor față de suicid, a motivațiilor unui asemenea act și a factorilor care îl determină sau îl condiționează (vezi Caseta 2).

3. Idei și concepții filosofice cu privire la sinucidere

În cursul vremii, observa G. Minois (2002, p. 242), aproape toți filozofii s-au ocupat de suicid, dar „în timp ce unii îl condamnă fără ezitare, iar alți câțiva, făcînd zarvă, revendică totala libertate de a dispune de propria lor viață, cei mai numeroși și cei mai cunoscuți se întrebă, ezită, se contrazic, nuanțează”.

Din punct de vedere filosofic, problema sinuciderii a fost inițiată încă de filosofia greacă din perioada antică, în care, cu excepția stoicilor, sinuciderea era considerată ca o atitudine nedemnă față de libertatea umană și ca o greșeală față de cetate.

Primul filosof care a abordat problema sinuciderii se pare că a fost Pitagora, care aprecia suicidul ca fiind un act de „sacrilegiu”, o acțiune îndreptată împotriva legilor divine.

Filosoful care avea să elaboreze însă o veritabilă concepție asupra suicidului, preluată ulterior de Biserica Creștină, a fost Platon. Acesta, în dialogul *Fedon* (sau *despre suflet*) și-a propus să dezbată dreptul omului la sinucidere și, în mod complementar, problema „detașării” omului de viață încă din timpul existenței sale. În discuția dintre Kebes și Socrate din acest dialog apare explicit ideea că „nu-i legiuit ca omul să se omoare singur”. „Sunt împrejurări - spune Socrate – când este mai bine să mori decât să trăiești”(…) dar „unor astfel de oameni pentru care este mai bine să fie morți, nu le este totuși legiuit să-și facă ei înșiși bine lor” (Platon, 1968, p. 326-327). Deși pare o eliberare de trupul („postul de pază”) pe care ni l-au hărăzit zeii, sinuciderea este, totuși, o ofensă adusă acestora, deoarece oamenii sunt o „parte din avutul lor”. Ideile lui Platon din acest dialog vor fi reluate, mai târziu de patristica creștină conform căreia sinuciderea ar fi un păcat față de Dumnezeu.

Platon a reluat aceste idei în dialogul *Legile* (Platon, 2010, p. 161), în care a subliniat faptul că sinuciderea este un act indezirabil, iar sinucigașii ar trebui „sanționați” prin incinerare și îngropare în locuri nemarcate, fără nici un ritual funerar. Totuși, este de remarcat faptul că el a considerat sinuciderea lui Socrate ca un act justificat, susținând că există și situații (rușine datorită participării la acțiuni nedrepte, stări de nenoroc sau eșec) în care actele suicidare ale unor

indivizi sunt „scuzabile”.

Urmând filosofiei lui Platon, ideile lui Aristotel despre sinucidere, consemnate în *Etica nicomahică* (Aristotel, 1988, p. 131-132), se referă la faptul că actul suicidal este un act irațional și un act de „nedreptate” atât față de sine, cât și față de cetate: „(...) cel care, aflându-se sub impulsul mâniei, se sinucide, îndeplinește acest act împotriva dreptei rațiuni, lucru pe care legea nu-l permite. El comite, deci, o nedreptate. Dar față de cine? Nu cumva față de cetate și nu față de sine?”. În continuare, referindu-se la nedreptate, Aristotel (1988, p. 132) pare să anticipeze definițiile actuale ale sinuciderii: „un act de nedreptate trebuie să fie voluntar, să aibă loc în urma unei alegeri deliberate și să fie neprovocat (subl. ns.: adică să nu fie provocat de o altă persoană)”.

Comparativ cu concepțiile filosofice menționate, stoicismul, care a promovat o morală derivată din legile naturii, conform căreia omul trebuie să-și reprime impulsurile și pasiunile, a susținut o concepție fatalistă asupra sinuciderii, considerând că dacă omului îi lipsesc mijloacele de a trăi în acord cu natura (de exemplu, nu are o stare bună de sănătate), actul suicidal este justificat și legitim.

În perioada de sfârșit a Republicii romane, Cicero (1983, p. 140), care și-a propus să realizeze o sinteză a principalelor școli de filosofie greacă (platonism, aristotelism și stoicism), a apreciat că „(...) orice argument în favoarea vieții sau a morții trebuie măsurat” cu „înțelepciune” și în conformitate cu „natura”. „Se dovedește deci că în anumite situații datoria înțeleptului este să părăsească viața chiar dacă este fericit, iar cea a nechibzuitului să rămână în viață chiar dacă este nenorocit (...)”. Decizia cuiva de a se sinucide depinde de acele circumstanțe care fie că sunt în concordanță, fie că nu concordă cu natura.

În concepția filosofului stoic Seneca, care a trăit în perioada Imperiului roman (a statului roman post-republican) și care a sfârșit prin a fi obligat a se sinucide, adevărata înțelepciune constă în a-ți cultiva voința de a descoperi fericirea în virtute și nu în bogăția materială, iar sinuciderea este un act de voință: „dacă îți place cum trăiești, trăiește, dacă nu, poți să te întorci de unde ai plecat” (Guțu Gh., 1944, Rist, J. M., 1969). Tocmai pe un asemenea enunț moral al filosofiei stoice s-au bazat legiuitorii romani atunci când au elaborat cunoscutul decret: „Dacă viața nu-ți place, îți este permis de a muri!”. O asemenea formulare era, de fapt, în contradicție cu ideile platoniciene în concordanță cu care sinuciderea este un act ilegal.

Concepțiile morale asupra sinuciderii au dobândit o tentă represivă în perioada Evului Mediu o dată cu încorporarea dogmelor Bisericii creștine în diferitele

reglementări laice. Sinucigașii erau arși în afara orașelor în locuri special desemnate, iar persoanele care aveau tentative de suicid erau excomunicate.

Asemenea atitudini extrem de severe față de actul suicidar au început să se schimbe în perioada Renașterii, pentru a deveni mai tolerante. O dată cu aceste schimbări, sinuciderea a ajuns să fie o preocupare distinctă nu numai a filosofilor, dar chiar a oamenilor de știință.

Însăși noțiunea de *sinucidere*, care cuprinde în ea suficiente echivocuri, nu a fost utilizată, ca atare, decât în mijlocul secolului al XVIII-lea, fiind elaborată, se pare, de către abatele Desfontaines, în *Supplement du dictionnaire de Trévoux* (1725)-(Chesnais, J. C., 1981, p. 201). Definițiile date sinuciderii nu au avut însă și nici nu au un caracter unitar. Cu referire la cazul Franței, G. Minois (2002, p. 9-10) observa că însuși „*termenul suicide, «suicid», ce apare în lumea franceză cu puțin înainte de 1700, înlocuind expresia «meurtre de soi-meme» („omor comis asupra propriei persoane”) utilizată pînă atunci, e un semn al unei schimbări de optică asupra sinuciderii intervenite în epoca Luminilor*”.

Deja, începând cu secolul al XVII-lea, sinuciderea dobândește o pronunțată tentă socială, evidențiată și de romantismul german (Goethe, *Suferințele tânărului Werther*), pentru ca, în secolul următor, să capete caracteristicile unui fenomen cu valențe colective, evaluat și studiat de sociologi, criminologi sau psihiatri. Printre aceștia se numără A.M. Guerry, C. Lombroso, E. Morselli, E. Ferri, M. Halbwachs, J. A. Esquirol, É. Durkheim etc.

Epoca Renașterii (vezi *Stanford Encyclopedia of Philosophy*), caracterizată, așa cum se știe, de opoziția față de dogmele scolasticii medievale și de afirmarea principiilor umanismului (fundamentarea individualității omului ca *subiect* al libertății), susținea dreptul individului de a dispune de propriul său destin, de viața personală, subliniind faptul că oricine are dreptul de a-și urma „tendențele naturale”, în contrast cu dogmele religioase. În perioada Renașterii, se manifestă, de altfel, o formă distinctă de suicid, cea determinată de „dezgustul față de viață” (Minois, G., 2002, p. 56), ilustrată deja de sinuciderea lui Lucrețiu în Roma antică (anul 55 î.e.n.). „*Renașterea a cunoscut de altfel toate tipurile de sinucidere obișnuite, cauzate de suferință, mizerie, patimă, gelozie, nebunie, teama de tortură. Fără îndoială, rata medie a morții voluntare nu a fost mai mare decît în Evul Mediu, dar se vorbește și se scrie mai mult decît înainte vreme despre acest subiect*” (Minois, G., 2002, p. 94).

Filosoful englez David Hume aprecia, de exemplu, în secolul al XVIII-lea, că

sinuciderea nu reprezintă un păcat sau un act ilegal, ci o formă de afirmare a libertății umane, deoarece nu afectează pe nimeni și, potențial, este chiar o acțiune în avantajul individului. De aceea, victima nu trebuie blamată, iar actul său nu trebuie asociat cu ceva rușinos sau nedemn. „*dacă acțiunile omenești pot fi legate printr-un lanț necesar cu Divinitatea, ele nu pot fi niciodată criminale, datorită perfecțiunii nemărginite a acelei Ființe din care sunt derivate, care nu poate urmări ceva ce nu este în întregime bun și demn de laudă*” (Hume, D., 1987, p. 170). Elaborând o concepție favorabilă sinuciderii, D. Hume a publicat în Franța în 1770 și în Anglia în 1777, lucrarea *Eseu despre sinucidere și despre nemurirea sufletului*, în care argumentează că suicidul nu este o ofensă adusă lui Dumnezeu și nici un act antisocial (p. 264-265).

Aceeași idee era susținută în Franța, de către filosofii iluminiști, printre care Voltaire, Montesquieu, Rousseau, Diderot etc., care admiteau legitimitatea actului suicidal și combăteau practicile medievale de mutilare a cadavrelor sinucigașilor. Poziția lui J. J. Rousseau în această problemă era însă mai nuanțată și oarecum apropiată de concepția religioasă. Astfel, în capitolul al V-lea al *Contractului Social*, intitulat *Despre dreptul de viață și de moarte*, el considera că orice om „*are dreptul de a-și risca propria viață cu scopul de a o conserva. S-a spus oare cândva că acela care se aruncă de pe fereastră pentru a scăpa dintr-un incendiu, ar fi vinovat de sinucidere?*” (Rousseau, 1936, p. 35). Jean-Jacques Rousseau și-a susținut, în mod și mai nuanțat, atitudinea sa despre suicid, în *La Nouvelle Heloïse* (scrisă în anul 1761).

Spre deosebire de filosofii iluminiști, în Germania, Kant a considerat sinuciderea ca un act aflat în opoziție cu rațiunea.

Majoritatea acestor poziții teoretice avea drept scop punerea la îndoială a atitudinilor autorității ecleziastice care erau încorporate în norme legale ce reglementau riguros tratamentul oficial acordat sinucigașilor.

În Franța, de exemplu, actul suicidal era judecat și supus aprobiului public în baza prevederilor unei ordonanțe penale din anul 1670, abolită de abia în 1810.

În Anglia, conform cu prevederile în vigoare („*legea confiscării*”), sinuciderea era considerată, până spre sfârșitul secolului al XVIII-lea, ca o infracțiune îndreptată atât împotriva propriei persoane, cât și contra autorității bisericii sau puterii regale, fiind sancționată cu trecerea bunurilor sinucigașilor în patrimoniul Coroanei. O reglementare similară cu privire la tentativa de sinucidere a fost elaborată în Anglia, în anul 1854, abolirea ei având loc de abia în 1961.

De asemenea, în Spania, existau legi speciale cu caracter civil, care interziceau și sancționau sinuciderea.

Filosofia existențialistă, care a promovat o concepție care a pus accentul pe afirmarea libertății și subiectivității individuale (Mounier, E., 1962), a susținut, între altele, ideea „finitudinii” ființei umane și a „iminenței” morții, omul fiind o ființă a „neantului”, în sensul că provine din neant și se îndreaptă către acest neant.

În filosofia lui M. Heidegger, de exemplu, neantul este descoperit de om prin intermediul „angoasei” (anxietății lipsite de teme), a *există* semnificând, de fapt, „a avea conștiința morții”. Pentru K. Jaspers (1955), omul nu are decât două „alegeri”: fie rămâne într-o stare de disperare și de eresemnare, fie face un „salt” spre „*Transcendență*”, exersând libertatea fără limite. În concepția lui A. Camus, absurdul este veritabilul „rău al spiritului”, care definește condiția umană, iar sinuciderea și revolta „instinctivă” par să fie cele două căi prin care poate fi depășit acest rău. În calitatea sa de „soluție” la absurdul existenței, sublinia Camus (1994), sinuciderea este „*singura problemă filosofică serioasă*”, iar o asemenea soluție este echivalentă cu „mărturisirea” pe care și-o face omul sie însăși că este depășit de viață și nu o poate înțelege. Suicidul din punct de vedere filosofic – sublinia G. Minois (2002, p. 27) -, folosește ca argument „clasic” faptul că „*moartea este asemenea somnului, ea ne salvează dintr-o existență scurtă și neferici; este irațional să continuăm să trăim atunci când nu mai putem întrevădea decât nenorociri; pentru că tot trebuie să murim într-o zi, de ce să nu hotărîm noi înșine care este momentul cel mai potrivit? După această viață pământească demnă de dispreț, sufletul nostru aspiră să părăsească temnița corpului pentru a ajunge să se bucure de o preafelică immortalitate. Sinuciderea e marca supremă a libertății noastre și ne îngăduie să ne ridicăm deasupra tuturor relelor*”.

Atitudinea lui Montesquieu din *Scrisori Persane* ilustrează cel mai bine aceste nuanțe, observa același autor pe care l-am citat mai sus.

Exceptând toate aceste concepții filosofice, teoriile cu caracter cvasiștiințific, pseudoștiințific sau științific în domeniul suicidologiei au debutat prin susținerea ideii conform căreia sinuciderea este determinată de către dezechilibrele fiziologice produse de „melancolie”, ca formă de *delir* concretizat de „*o tristețe insurmontabilă, de proastă dispoziție, de mizantropie, de o tendință evidentă pentru solitudine*” (Minois, G., 2002, p. 111).

Începând din secolul al XIX-lea, dezbaterile asupra sinuciderii cunosc o

deplasare de perspectivă, de la condamnarea religioasă sau de la dizertația filosofică sau morală la abordarea științifică sau cvasiștiințifică a acestei probleme.

Încă de la începutul secolului al XIX-lea, lucrarea doctorului Pinel, *Traité médico philosophique sur l'alienation mentale ou la manie*, publicat în 1801, pune în legătură tendințele suicidare cu deficitul mental.

O dată cu concepția lui S. Freud, capătă tot mai multă consistență ideea conform căreia sinuciderea este o conduită irațională. În 1905, Sigmund Freud a oferit o primă explicație a suicidului ca o întoarcere a agresivității împotriva eului, pentru ca, 15 ani mai târziu să susțină teza instinctului morții, prezent în fiecare persoană umană. Noțiunea de „impuls suicidar”, determinat de forțe subconștiente, este, probabil, cea mai vehiculată idee, preluată din concepția freudiană.

Ulterior acestei concepții, au fost elaborate numeroase teorii care au evidențiat rolul factorilor biologici, psihologici și sociali în determinarea sau condiționarea actelor suicidare.

O dată cu É. Durkheim, de exemplu, prinde contur prima abordare sociologică mai consistentă a sinuciderii. Trebuie menționat aici și faptul că un rol important în conturarea sinuciderii ca problemă de interes științific (implicit sociologic) a revenit, în secolul al XIX-lea, publicării primelor statistici asupra mortalității care au adus în centrul atenției publicului și a oamenilor de știință un fenomen până atunci ignorat sau tratat doar din perspectivă filosofică și religioasă. În intervalul secolelor al XIX-lea și al XX-lea a apărut, de altfel, „o vastă literatură specializată: câteva mii de titluri pînă în prezent, articole, comunicări la colocvii, cărți” (Minois, G., 2002, p. 336).

Este de menționat că un rol important în definirea și evaluarea actului suicidar a fost exercitat și de schimbarea care a intervenit, la începutul secolului al XX-lea în conceptualizarea morții ca atare, în sensul că au fost identificate și clasificate mai clar cele patru moduri de a muri: moarte naturală, accident, suicid și homicid, grupate împreună de către E. Shneidman (1973, p. 18) sub denumirea plastică de *NASH*.

În mod complementar cu această conceptualizare, au fost inițiate primele acțiuni de prevenție în acest domeniu.

Variabilitatea concepțiilor filosofice, morale și științifice asupra sinuciderii și gama extrem de largă și de nuanțată a prescripțiilor religioase, a normelor juridice și a atitudinilor opiniei publice față de sinucidere sunt mult prea vaste, pentru a

putea fi fi epuizate în cuprinsul acestor pagini.

4. Suicidul din perspectivă religioasă

Considerând orice sinucidere ca o „crimă”, un atentat la viață care este darul lui Dumnezeu, Biblia (1996) menționează următoarele personaje (Biblice) care s-au sinucis: Saul (*...Și Saul și-a luat sabia, și s-a aruncat în ea*”: I SAMUEL 31:4); Ahitofel (*...Ahitofel....și-a pus casa în rânduială și s-a spânzurat*”: II SAMUEL 17:23); Zimri (*„Zimri, văzând că cetatea este luată...și-a dat foc casei împăratului peste el*”: I ÎMPĂRAȚI 16:18); Iuda (*„Iuda a aruncat arginții în Templu, și s-a dus de s-a spânzurat*”: MATEI 27:5).

Poziția oficială a Bisericii creștine este stabilită ca urmare a textelor Sfântului Augustin din lucrarea *Cetatea lui Dumnezeu*: *„Afirmăm, declarăm și confirmăm oricum că nimeni nu trebuie să-și ia spontan viața sub pretextul de a scăpa de necazurile trecătoare, cu riscul de a cădea în chinurile veșnice; nimeni nu trebuie să-și ia viața pentru păcatul altuia; aceasta ar însemna să comitem păcatul cel mai grav, știind că greșeala celuilalt nu ne pătează; nimeni nu trebuie să-și ia viața pentru greșeli trecute; mai ales cei care au păcătuit au nevoie de viață pentru a face penitență și a se vindeca; nimeni nu trebuie să-și ia viața în nădejdea unei vieți mai bune după moarte: cei care sînt vinovați de moartea lor nu au acces la această viață mai bună”* (conform cu Minois, G., 2002, p. 34).

Însuși, *„evenimentul fondator al creștinismului”*. sublinia G. Minois (2002, p. 32), este un act suicidal, iar *„scrierile ucenicilor ridică în slăvi sacrificiul voluntar. Exemplul lui Cristos este urmat de numeroși martiri care acceptă de bunăvoie să moară”*.

Conform însă cu doctrina creștină „clasică”, sinucigașii nu fac altceva decât să respingă mântuirea prin Hristos și să zădărnicească „lucrarea lui Dumnezeu”, motiv pentru care sunt destinați infernului.

În lucrarea sa, *De civitate Dei (Despre Cetatea lui Dumnezeu)*, Sf. Augustin, unul dintre cei mai de seamă doctrinari ai teologiei creștine, aprecia că sinucigașul săvârșește, de fapt, o crimă care încalcă cea de a șasea poruncă („Să nu ucizi”), privându-se, astfel, de ocazia ispășirii. La rândul său, Thomas D'Aquino (în *Summa Theologica*) considera actul sinucigaș ca o tendință „păcătoasă”, nenaturală, reprezentând un delict îndreptat contra comunității și o uzurpare a dreptului divin. În Evul Mediu, „Moartea

voluntară e considerată consecința unei ispitiri diavolești provenite din disperare sau ca un comportament nebunesc; actul, condamnat ca un omor, este sălbatic pedepsit pe seama cadavrului, fiind urmat de confiscarea bunurilor (...). Tribunalul civil și tribunalul ecleziastic colaborează în actul pedepsirii. Cât despre motivele suicidului, ele sînt variate: sărăcia, boala, suferința fizică, frica de pedeapsă, onoarea, refuzul umilirii, dragostea, gelozia” Minois, G., 2002, p. 15).

În concordanță cu aceste idei, atât Conciliul de la Orleans (533 după Hristos) și cel de la Braga (563 după Hristos), cât și Sinodul din Nîmes (1284) au elaborat interdicții exprese în ceea ce privește îngroparea sinucigașilor (Stillion, M. J., McDowell E. E. – 1996). Dreptul canonic, stabilea, de altfel, încă din secolul al XII-lea că sinucigașii nu pot beneficia de înhumare.

Trebuie subliniat însă că Evul Mediu, în perioada sa clasică, avea „o viziune nuanțată despre suicid, foarte diferită de o condamnare unanimă. Mai mult decît actul în sine, ceea ce contează sunt motivele, personalitatea și originea socială a celui care se sinucide”. Astfel, în calitate de act social, „suicidul nobilului este, într-un anumit fel, onorabil. Suicidul omului din popor este un act izolat, egoist și laș: acesta fuge de responsabilități, spânzurându-se pe ascuns; motivul lui este disperarea, viciu fatal inspirat de diavol. Nobilul e la înălțimea răspunderilor, pînă la moartea încununată de glorie” (Minois, G., 2002, p. 25 și 22).

Odată cu procesul de secularizare urmînd răspîndirii creștinismului în rîndul țărilor europene, percepțiile religioase cu privire la sinucidere au fost încorporate în norme legale care condamnau suprimarea voluntară a vieții de către indivizi, calificînd-o drept o crimă de înaltă trădare, o erezie, un act ilegal în dreptul statului. De aceea, în legislațiile mai multor state europene erau stipulate reglementări riguroase privind tratamentul acordat trupului sinucigașilor și averii acestora. De exemplu, deplasarea corpului sinucigașului din locuința sa trebuia făcută numai printr-o gaură făcută special în perete, corpul trebuia supus mutilărilor, „târât pe străzi, atârnat în spânzurătoare, aruncat la canal, ars sau chiar pironit de un stîlp pe un drum public, ca un semn al lipsei de respect” (Clinard, M. B., Meier R. F., 1979, p. 498), iar averea victimei „criminale” era confiscată.

Toate religiile avramice (creștinismul, iudaismul și islamul) s-au declarat și se declară categoric împotriva sinuciderii, care este interpretată ca un păcat de neiertat. La fel ca și creștinismul, iudaismul accentuează asupra ideii că

sinuciderea este echivalentă cu negarea naturii divine a lui Dumnezeu. La rândul său, islamismul condamnă sinuciderea. Spre deosebire de aceste religii, hinduismul acceptă dreptul individului de a se sinucide, prin practica (lipsită de violență) a postului (conform cu Wikipedia: [http://ro.wikipedia.org/wiki/Sinucidere și Caseta 3](http://ro.wikipedia.org/wiki/Sinucidere_și_Caseta_3)).

CASETA 3

„Sinuciderea este văzută ca un păcat major în toate marile culte religioase: creștinism, mahomedanism, iudaism, budism sau hinduism. Există nuanțe, dar abordarea este aceeași: Dumnezeu îți dă viața, tot el (trebuie să) ți-o ia, iar a încălca această lege care exprimă firea lucrurilor înseamnă a te opune voinței divine (...).

În iudaismul «clasic», sinucigașii sunt considerați criminali și nu li se fac funeralii, nu li se recită Kadiș-ul și sunt înmormântați la marginea cimitirelor, împreună cu soții răpoși ne-evrei ai evreilor. «*Evreii admit sinuciderea doar în cazuri grele, de război, după pilda regelui Saul. În Vechiul Testament, după ce Cain și-a ucis fratele, Dumnezeu l-a împiedicat să-și ia viața, obligându-l să o trăiască cu conștiința marelui păcat săvârșit*», spune părintele Stan.

În ritual iudaic reformist, se consideră că sinuciderea este o manifestare a demenței sau a depresiei și nu se fac diferențieri la slujbele de înmormântare. Oricum, indiferent de felul în care a murit, corpul defunctului este considerat «spurcat» și nimeni din familie nu are voie să îl atingă. Cei care își vizitează morții în cimitir trebuie să se spele după ce ies din cimitir, ca un ritual de purificare la ieșirea din teritoriul spurcat.

Coranul nu este explicit în privința sinuciderii, dar teologii musulmani o privesc ca «o dezertare gravă de la cea mai fundamentală datorie a omului, aceea de a trăi în credința lui Allah». Într-un articol din Al-Raya, prin care combătea terorismul sinucigaș în numele Islamului, doctorul Abd Al-Hamid Al-Ansari, fost decan al Facultății de Shari'a, susține că «*sursele islamice sacre se referă la aceasta (la sinucidere - n.r.) ca fiind unul dintre cele mai mari păcate*».

Hindușii și budiștii nu pun preț pe corpul neînsuflețit, riturile de înmormântare fiind focalizate asupra sufletului. Hindușii își stropesc morții cu apa sfințită a Gangelui, dar este mai mult un ritual de „petrecere a sufletului” celui dispărut, care se va reîncarna. Budiștii din Japonia își îngroapă morții vertical, pentru a economisi spațiul. Atât în cazul hindușilor, cât și al budiștilor, sinuciderea este văzută ca un act de regresie a sufletului, în peregrinarea sa de căutare a absolutului (*Păcatul sinuciderii. Ce spun teologii despre pedepsirea lui. Asemănări și diferențe între creștini, mozaici, musulmani, budiști și hinduși, conform cu: <http://www.gandul.info/stiri/>, 16.07.2010*).

În condițiile eliminării sancțiunilor extrem de respresive din secolele anterioare, atitudinile religioase față de sinucidere se mențin în continuare. În consens cu pravilele ortodoxiei creștine, cunoscutul episcop (canonizat ca sfânt) Nicolae Velimirovici (1881-1956) sublinia următoarele: „*Sinuciderea nu este*

scurtarea suferinței, ci prelungirea ei (...)". Ea constituie „*încercarea de a fugi din această împărăție a vieții. Însă pe un dezertor nici o împărăție nu-l primește cu brațele deschise. Uciderea este o lovitură piezișă dată vieții; sinuciderea este o lovitură fățișă dată vieții. Uciderea arată în parte un dispreț al vieții; sinuciderea arată disprețul cel mai de pe urmă și deplin al vieții. Uciderea este atac asupra omului ca om: sinuciderea este un atac asupra vieții ca viață. Uciderea, în sine, este un fel de sinucidere, deoarece viața ta și viața aproapelui tău este viață. Dar, prin ucidere, tu vrei să ucizi o parte a vieții care se poate apăra de tine; pe când, prin sinucidere, tu vrei să ucizi o parte a vieții care nu se poate apăra de tine*" (Sf. Velimirovici, N., 2007, p. 248).

5. Transfigurarea artistică a actului suicidal și extinderea acestuia în rândul persoanelor cu notorietate

Arta s-a numărat printre cele mai reprezentative domenii care au abordat tema sinuciderii.

În pictură, de exemplu, sinuciderea a fost reprezentată sugestiv de către P. Rubens (moartea lui Adonis, a lui Seneca și a lui Dido), H. Rembrandt (Moartea Lucreției), G. Reni (moartea Cleopatrei), E. Delacroix și J. E. Millais (moartea prin înec a Ofeliei), É. Manet (moartea prin împușcare a unui bărbat), Edvard Munch (cuplul mort), H. Toulouse Lautrec (Spânzuratul) etc.

În literatură, problema sinuciderii a fost dezbătută încă din timpul Evului mediu, perioadă în care această problemă era prezentată ca o „*conduită ce sfârșește într-un impas, oricare ar fi motivele sau circumstanțele: personajele se sinucid din cauza iubirii imposibile, din exces de tristețe, din remușcări, din rușine; din voința de a evita umiliința în urma pierderii unei bătălii, pe scurt pentru că sunt învinse și nu-și pot suporta înfrângerea. Actul fatal este provocat de mânie, de un acces de gelozie sau de disperare, deci de un păcat. În plus, se sinucid mai ales cei răi*" (Minois, G., 2002, p. 19).

De asemenea, în perioada Renașterii – sublinia același autor (G. Minois, 2002, p. 72) -, „*prin intermediul edițiilor și traducerilor din Plutarh, Titus Livius, Tacit, Pliniu, publicul reia contactul cu seria de răsunătoare sinucideri eroice ale istoriei greco-romane*".

În dramaturgie, cel mai cunoscut scriitor care a descris suicidul a fost W. Shakespeare (sinuciderile lui *Romeo și Julieta*, ale lui Brutus și Cassius din

piesa *Julius Caesar*, a lui *Othello* din piesa cu același titlu, a Ofeliei din *Hamlet*, a lui Antoniu și Cleopatra din piesa cu nume similar). În literatură, Dante a abordat, cu profund drasmatism, problema sinuciderii, subliniind în lucrarea sa celebră, *Infernul*, că sinucigașii sunt condamnați să ajungă într-un asemenea loc.

P. Corneille este un alt mare dramaturg care a abordat tema suicidului (prin sinuciderea lui Jason din piesa *Medeea*). De asemenea, J. Racine (sinuciderea *Fedrei* din piesa cu titlu similar sau moartea Hermionei din *Andromaca*) și H. Ibsen (sinuciderea *Heddei Gabler* din piesa cu același nume și a Norei din *O casă de păpuși*) s-au ocupat de actul suicidar. E. Hemingway și V. Woolf, au ilustrat și ei tema sinuciderii, numărându-se printre scriitorii care au ales, la rândul lor, calea sinuciderii. L. Tolstoi (sinuciderea, prin aruncare în fața trenului, a *Anei Karenina*, în romanul omonim), T. Hardy (*Jude Neștiutul*), H. Melville (*Moby Dick*) au descris și ei asemenea act cu valențe dramatice.

În literatura și dramaturgia din România, tema sinuciderii a fost abordată, între alții, de Liviu Rebreanu (în romanul *Ion* și nuvela *Ițic Ștrul dezertor*), Camil Petrescu (în romanul *Patul lui Procust*), George Călinescu (în romanele *Cartea Nunții* și *bietul Ioanide*), Anton Bacalbașa (în *Moș Teacă* și *Din viața militară*), Marin Sorescu (în drama-parabolă *Iona*) etc.

Dincolo de ficțiunea artistică prin intermediul căreia toate aceste creații au abordat problematica sinuciderii, există, în viața reală, o listă lungă de personaje celebre, care, în decursul istoriei, au ales calea sinuciderii. Printre ele, personaje biblice, istorice, nume de savanți, pictori, scriitori, poeți, actori, cântăreți etc. O listă (incompletă) a acestora și a metodelor ales pentru a se sinucide este redată în Caseta 4.

CASETA 4

CELEBRITĂȚI CARE S-AU SINUCIS (LISTĂ SELECTIVĂ)

DIN AFARA ROMÂNIEI:

Iuda Iscarioteanul, personaj biblic: spânzurare;

Empedocle (490 î.Hr. – c. 430 î.Hr.), filosof grec presocratic: precipitare într-un vulcan;

Socrate (470 î.Hr.-399 î.Hr.). filosof din Grecia Antică: ingerare fierțură de cucută;

Hannibal (247 î.Hr.-181 î.Hr.), om de stat și general cartaginez: ingerare otravă;

Cleopatra a VII-a (69 î.Hr.-30 î.Hr.), regină a Egiptului: mușcăături de viperă;

Brutus (Marcus Junius Brutus)-(42 î.Hr.-85 î.Hr.), om politic roman: înjunghiere;

Seneca (Lucius Annaeus)-(4 î.Hr.- d. 65), filosof stoic roman: înjunghiere (tăierea

venelor), otrăvire și sufocare în baia de abur;

Gérard de Nerval (1808-1855), scriitor și poet francez: spânzurare;

Ludwig Eduard Boltzman (1844-1906), filosof și fizician austriac: spânzurare;

Vincent van Gogh (1853-1890), pictor olandez: împușcare;

Sigmund Freud (Sigismund Schiomo Freud)-(1856-1939), medic neuropsihiatru austriac: eutanasiere asistată prin morfină;

Rudolf Diesel (1858-1913), inginer german, inventatorul motorului cu combustie internă: înec;

Jack London (John Griffith Chaney)-(1876-1916), scriitor american: supradoză de morfină;

Stefan Zweig (1881-1942), scriitor austriac: supradoză de veronal;

Virginia Woolf (Adeline Virginia Stephen)-(1882-1941, scriitoare britanică: înec;

Max Linder (1883-1925), actor și producător francez: înjunghiere (tăierea venelor);

Adolf Hitler (1889- 1945), cancelar și, apoi, führer (conducător absolut) al Germaniei: sinucidere dublă – ingerare pastilă cu cianură și împușcare;

Vladimir Maiakovski (1893-1930), poet și dramaturg rus: împușcare;

Serghei (Alexandrovici) Esenin (1895-1925), poet rus: înjunghiere și spânzurare;

Henry de Montherlant (1895-1972), romancier, dramaturg și academician francez: cianură și împușcare;

Ernest (Miller) Hemingway (1899-1961), scriitor american: împușcare;

Charles Boyer (1899-1978), actor franco-american: supradoză de seconal (barbiturice);

Arthur Koestler (1905-1983), scriitor și ziarist britanic: împreună cu soția prin supradoză de barbiturice;

Cesare Pavese (Santo Stefano Belbo)-(1908-1950), scriitor și critic italian: supradoză de barbiturice;

Salvador Allende (1908-1973), medic și om politic, președinte al Republicii Chile: împușcare;

Marilyn Monroe (Norma Jeane Mortensen)-(1926-1962), actriță americană: supradoză de somnifere;

Sylvia Plath (1932-1963), poetă americană: gazare (prin intermediul mașinii de gătit);

Dalida (Iolanda Cristina Gigliotti)-(1933-1987), cântăreață franceză: supradoză de barbiturice;

Romy Schneider (1938-1982), actriță germană, cu cetățenie franceză: precipitare;

Robin Williams (1951-2014), actor american: spânzurare.

DIN ROMÂNIA:

Grigore Alexandru Ghica (1807-1857), fost domnitor al Moldovei: împușcare;

Alexandru Odobescu (1834-1895), scriitor, arheolog și om politic: supradoză de morfină;

Veronica Miclea (1860-1889), poet: otrăvită cu arsenic;

Ilarie Chendi (1871-1913), critic literar: precipitare (defenestrare);

Dimitrie Anghel (1872-1914), poet și prozator: tentativă de împușcare;

Avram Steuerman-Rodion (Adolf Steuerman)-(1872-1918), medic, poet și ziarist: supradoză de morfină;

Dumitru Drăghicescu (1875-1945), sociolog, filosof și diplomat: precipitare;

Urmuz (Demetru Demetrescu-Buzău)-(1883-1923), scriitor: împușcare;

Liviu Rebreanu (1885-1944), scriitor și dramaturg, sinucidere incertă!: supradoză de somnifere;

Petre Andrei (1891-1940), sociolog și filosof: ingestie voluntară de cianură;

Dragoș Protopopescu (1892-1948), scriitor, poet, dramaturg, critic și filosof: mai întâi, tentativă de sinucidere (prin tăierea venelor), ulterior sinucidere prin decapitare (din ascensorul unde se găsea, și-a băgat capul sub plafonul unuia dintre etaje);

Gheorghe I. Brătianu (1898-1953), istoric și om politic: sinucidere la Sighet în condiții neelucidate (fie s-a strangulat cu un cearceaf, fie s-a izbit cu capul de gratiile celulei);

Dimitrie Papadopol (1900-1959), traducător, sociolog, conducător al filialei Craiova al Institutului de Cercetări Sociale: sinucidere în închisoare:((probabil spânzurare).

Ilarie Voronca (Eduard Marcus)-(1903-1946), poet: spânzurare;

Chivu Stoica (1908-1975), demnitar comunist, fost prim-ministru și președinte al Consiliului de Stat: împușcare;

Gherasim Luca (Salman Locker)-(1913-1994), poet: înec;

Marin Ceaușescu (1916-1989), fratele dictatorului Nicolae Ceaușescu, șef al Agenției Economice a României în Viena: spânzurare.

Paul Celan (Paul Peisah Antschel)-(1920-1970), poet, traducător și eseist: înec;

Iosif Sârbu (1925-1964), primul campion olimpic român (Jocurile Olimpice din Helsinki): împușcare;

Irinel Liciu (1928-2002), balerină: supradoză de somnifere;

Florin (Legrel) Mugur (1934-1991), poet, prozator și eseist: supradoză de somnifere;

Dumitru Furdul (1936-1998), actor (refugiat în Franța): precipitare;

Liviu Cornel Babeș (1942-1989), electrician și pictor: sinucidere „sacrificiu” (s-a autoincendiat pe pârtia de schi, protestând împotriva regimului politic;

Gabriela Negreanu (1947-1995), poet: precipitare;

Adrian Năstase (n. 1950), jurist și om politic socia-democrat: tentativă de sinucidere prin împușcare;

Costică Ștefănescu (1951-2013), fotbalist: precipitare

Mădălina Manole (1967-2010), cântăreață de muzică ușoară: consum de furadan (pesticid toxic);

Roxana Brihan (1971-2010), cântăreață de operă: triplă sinucidere – medicamente, tăierea venelor și asfixiere cu pungi menajere;

Mălina Olinescu (1974-2011), cântăreață: precipitare.

- În mod evident, lista pe care am menționat-o mai sus, cuprinde doar o parte dintre sinuciderile unor personaje celebre din România și din afara României. O asemenea listă nu poate fi decât selectivă și ilustrativă, deoarece numărul sinuciderilor persoanelor cu notorietate este mult mai cuprinzătoare.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

Aristotel (1982), *Etica Nicomahică*, București, Editura Științifică și Enciclopedică, Colecția „Clasicii Filozofiei Universale”.

Baechler, J. (1979), *Suicides*, New York, Basic Books.

Bell, R. (1976), *Social Deviance. A Substantive Analysis*, revised edition, Illinois, The Dorsey Press.

Biblia de Studiu pentru o Viață Deplină (Versiunea C. Cornilescu)-(1996), versiunea în limba română, Springfield, Missouri, Life Publishers International.

Calhoun, D. W. (1971), *Social Science in an Age of Change*, New York, Evanston, Sar.

Camus, A. (1994), *Fața și reversul, Nunta, Mitul lui Sisif, Omul revoltat, Vara*, RAO International Publishing Company, București.

Chesnais, J. C. (1981), *Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours*, edition revue et augmente, Paris, Editions Robert Laffont, S. A.

Cicero (1983), *Despre supremul bine și supremul rău*, București, Editura Științifică și Enciclopedică.

Clinard, M. B., Meier R. F. (1979), *Sociology of Deviant Behavior*, fifth edition, New York, Chicago, San Francisco, Dallas.

Codul Penal Român (actualizat în 2015), <http://www.euroavocatura.ro/>

Douglas, J. D. (1967), *The Social meaning of suicide*, Princeton, N. J., Princeton University Press.

Durkheim, É. (1993), *Despre Sinucidere* (traducere în limba română), Iași, Institutul European, (Ediția originală, în limba franceză: *Le Suicide. Étude de sociologie*, Paris, Alcan, 1897).

Gibbs, J. P. (1961), *Suicide*, În R. K. Merton și R. A. Nisbet (Eds.), *Contemporary Social Problems. Introduction to Sociology of Deviant Behavior and Social Disorganization*, New York and Burlingame, Harcourt Brace and World, Inc.

Guțu, Gh. (1944), *Lucius Annaeus Seneca. Viața, timpul și opera morală*, Editura „Casa Școalelor”

<http://www.gotquestions.org/Romana/sinucidere-Biblia.html> (*Care este punctul de vedere al creștinismului în privința sinuciderii? Ce spune Biblia despre sinucidere?*).

Hume, D. (1987), *Cercetare asupra intelectului omenesc* (versiunea în limba română), București, Editura Științifică și Enciclopedică.

Jaspers, K. (1955), *Reason and Existenz* (translated by William Earle) New York, Noonday Press.

Lester, D. (2007), *Suicide and Culture*, „*World Cultural Psychiatry Research Review*”, April 2008.

Mayo, J. D., What is being predicted?: The Definition of „Suicide”. În R. W. Maris, A. I. Berman, J. T. Maltzberger & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and Prediction of Suicide*, New York, London, The Guilford Press.

Minois, G. (2002), *Istoria sinuciderii. Societatea occidentală în fața morții voluntare*, traducere în limba română, București, Editura Humanitas.

Mounier E. (1962), *Introduction aux existentialismes*, Paris, Gallimard.

Platon (1968), *Fedon*, în Dialoguri (versiunea românească), București, Editura pentru Literatură Universală.

Platon (2010), *Legile*, București, Editura Univers Enciclopedic Gold.

Rist, J. M. (1969), *Stoic Philosophy*, Cambridge: Cambridge University Press.

Rousseau, J. J. (1936), *Despre Contractul Social*, în românește de Șt. Freamăt, București, Editura Librăriei „Cartea Noastră”.

Sf. Velimirovici, N. (2007), *Gânduri despre bine și rău*, Constanța, Editura Predania.

Shoko, T., (2007), Suicide is a social not an individual problem: Japan in International Perspective, „*The Asia-Pacific Journal: Japan Focus*”, June 22 (paper translated and introduced by John Breen)-(vezi <http://japanfocus.org/-Taniguchi-Shoko/2507>).

Shneidman, E. S. (1973), Prologue. Five-eight years, in *On nature of suicide*, San Francisco, Washington, London, Jossey-Bass Inc., Publishers.

Shneidman, E. S. (1981) Orientations toward death: Subintentioned death and Indirect suicide, „*Suicide and Life-Threatening Behavior*”, 11, no. 4 (1981).

Stanford Encyclopedia of Philosophy (Principal Editor: Edward N. Zalta), *Suicide*, First published Tue May 18, 2004; substantive revision Tue Nov 20, 2012 (vezi <http://plato.stanford.edu/entries/suicide/>).

Stillion, M. J., McDowell E. E. (1996), *Suicide Across The Life Span: Premature Exits (Death, Education, Aging and Health Care* (2 edition), Taylor & Francis.

Van Orden, K., A., Witte, T., K., Cukrowitz, K., L., Braithwaite, S., Selby, S., A., Joiner Jr., T., E. (2010), The Interpersonal theory of suicide, în „*Psychological Review*”, Apr., 117 (2).

CAPITOLUL II

DETERMINĂRI BIOLOGICE ȘI PSIHOLOGICE ALE SINUCIDERII

1. Multitudinea perspectivelor de abordare a sinuciderii

În esența sa, sinuciderea este o acțiune ale cărei determinări, condiționări, motivații și semnificații pot fi abordate din numeroase puncte de vedere și din perspectiva a numeroase registre tematice: culturale, filosofice, religioase, biologice, psihologice, psihiatrice, sociologice, criminologice ș.a.

Ideea multidisciplinarității în domeniul suicidologiei a fost afirmată și conștientizată de multă vreme, dar abia în ultimii ani au fost făcute eforturi pentru a o pune efectiv în practică. În anul 2014, de exemplu, s-a ținut la Malaga, în Spania, prima Conferință Internațională asupra Abordărilor Multidisciplinare ale Comportamentului Suicidar.

Caracterul multidisciplinar al abordării sinuciderii se vedește cel mai bine în eforturile de prevenire, în încercarea de a descrește incidența acestui fenomen atât în cadrul populației generale, cât și al unor categorii distincte de populație cu cel mai mare risc suicidar. Dar acest caracter definește și trebuie să definească, în aceeași măsură evaluările etiologice în acest domeniu, estimarea factorilor de risc, la fel ca și acțiunile de tratament al potențialelor victime.

Din punct de vedere etiologic, al interpretărilor care și-au propus să ofere explicații apariției sau determinării conduitei suicidare, există, de fapt, următoarele categorii de teorii:

(a) teorii *biologice*, care iau ca premisă ideea conform căreia tendința spre sinucidere este o conduită moștenită, având, deci, un caracter genético-ereditar.

(b) teorii *psiho-sociale* conform cărora conduitele suicidare sunt conduite *dobândite*, datorită unor factori sau procese de natură, familială și culturală, care exercită influențe la nivel individual și microsocioal;

(c) teorii *psihologice* și *psihiatrice*, înrudite cu acelea de la punctul (b), și care susțin concepția în baza căreia structura deficitară a personalității și anumite deficiențe, tulburări sau boli psihice sunt factori care determină un comportament suicidar sau, cel puțin, idei și tendințe suicidare;

(d) teorii *sociologice* propriu-zise, care pun accentul pe factori sociali și pe structurile care acționează la nivel macrosocioal, pe procesele sociale și

elementele sistemului normativ;

(e) teorii *mixte*, care îmbină mai multe explicații de natură bio-psiho-socială.

Observând faptul că actul și comportamentul suicidar este un rezultat al unei multitudini de elemente, variabile și caracteristici de care se ocupă mai multe discipline științifice, S. J. Blumenthal și D. J. Kupher (1986 p. 327–340) au arătat că orice sinucidere implică următoarele cinci domenii: (a) biologie; (b) evenimentele vieții psihosociale; (c) bolile (fizice, cu caracter cronic); (d) trăsăturile de personalitate; (e) istoria familiei și genetica ei; (f) bolile și tulburările de natură psihică.

2. Rolul factorilor biologici în determinarea comportamentelor suicidare

O parte reprezentativă dintre specialiștii în domeniul suicidologiei susțin ideea conform căreia factorii biologici, cu precădere cei genetici, au un rol important în determinarea conduitelor suicidare. În baza acestei idei, asemenea conduite ar fi „predeterminate”, influențate în mod ereditar.

2.1. Nivelul scăzut al serotoninei ca factor cauzal

Constatările anumitor cercetări inspirate de ideea menționată au pus în evidență rolul aminelor biochimice din sistemul limbic al creierului (Davids, A., Emgen, T., 1975, p. 270), adică relația dintre nivelul scăzut al serotoninei și sinucidere. Serotonina este un compus organic care se întâlnește în sistemul nervos central și care acționează ca un neurotransmițător, având, prin dereglările produse în acest sistem, un rol principal în declanșarea depresiei și anxietății, implicit a comportamentului suicidar. Măsurarea nivelului de serotonină poate fi, deci, un predictor al comportamentului suicidar.

Pe de altă parte, o activitate serotoenergetică scăzută poate explica acte de agresivitate externă, precum homicidul, infanticidul și piromania (Träskman-Bendz, L., Mann, J. J. 2006, p. 66). M. Virkunen (1989), la rândul lui, a pus în evidență constatările unor studii care au identificat legătura existentă între nivelurile scăzute de serotonină și tentativele de suicid, stările depresive, alcoolism, izbucnirile impulsive și omucidere.

Totuși, așa cum au observat, mai mulți cercetători printre care Davison, G. C. și Neale J. M. (1994, p. 431), nu toate victimele unui act de sinucidere suferă de

depresie, iar nivelul de serotonină nu joacă nici un rol în comiterea acestui act. S-a constatat, pe de altă parte, că, de fapt, tulburările de personalitate, care induc o stare de agresivitate, sunt acelea care determină anumiți indivizi să se sinucidă. La aceasta trebuie adăugat argumentul în concordanță cu care nu există explicații convingătoare privind cauzele nivelului scăzut de serotonină din creier. Cu alte cuvinte explicația bazată pe o asemenea „cauză” trebuie, ea însăși, explicată.

2.2. Influența exercitată de hormonii steroizi

Dintre alți factori biologici care exercită un anumit rol în configurarea unor conduite suicidare pot fi menționați, de exemplu, *cortizolul*, care este un hormon steroid produs de glanda suprarenală și *colesterolul* ca principal furnizor de hormoni steroizi suprarenali. Astfel, un nivel ridicat al cortizolului poate afecta starea de depresie a anumitor categorii de pacienți, iar o anumită valoare a colesterolului poate determina impulsivitate și tendințe suicidare (Träskman-Bendz, L., Mann, J. J. 2006, p. 67).

De asemenea, așa cum au arătat rezeultatele unor studii, un anumit nivel al testosteronului, care este un hormon masculin, poate crește nivelul de adrenalină, sporind agresivitatea indivizilor, inclusiv cea îndreptată împotriva propriei persoane. Cu alte cuvinte acest hormon poate determina riscul de a comite un act de sinucidere în cazul bărbaților. Însă rezultatele acestor studii sunt contradictorii (Olweus, D., 1986), deoarece nivelul de testosteron depinde de vârsta subiectului și contextul (împrejurările) în care este plasat.

2.3. Rolul factorilor genetico-ereditari

O categorie distinctă de studii care pun accentul pe influența exercitată de factorii biologici asupra sinuciderii evidențiază rolul *componentei genetice*. Astfel, diverse studii clinice au constatat că istoriile unor familii care au avut victime ale sinuciderii sunt asociate fie cu tentativele suicidare, fie cu sinuciderile efective în toate stadiile ciclului de viață (Roy, A., Nielsen, D., Rylander, G., Sarchiapone, M., 2006, p. 210). Unul dintre cele mai ilustrative exemple îl reprezintă familia lui E. Hemingway, în care s-au sinucis 5 membri în cursul a patru generații: tatăl celebrului scriitor, o soră, doi frați și bunica sa (King, S., 2015). B. Mitterauer (1990) a constatat, în studiul lui efectuat în

Salzburg (Austria), că, dintr-un număr de 342 de pacienți caracterizați de depresii severe și având membri de familie care s-au sinucis, 100 dintre ei au încercat, ei înșiși, să se sinucidă, în comparație cu numai 9 dintr-un total de 90 pacienți cu depresii, dar fără să aibă asemenea istorii familiale.

Criticile aduse constatărilor rezultate din studiile care evidențiază rolul geneticii în determinarea comportamentului suicidal accentuează ideea conform căreia asupra familiilor ale căror membri s-au sinucis în cursul timpului se pot exercita și alți factori decât cei genetici, așa cum sunt, de exemplu, expunerea la violență în familie, alcoolism, conflicte, agresivitate, implicare parentală scăzută, boli psihice, cu precădere schizofrenie etc. (Roy, A., Nielsen, D., Rylander, G., Sarchiapone, M., 2006, p. 211).

Pentru o ilustrare mai clară a rolului caracterelor moștenite, au fost întreprinse mai multe cercetări asupra gemenilor. Astfel, tendințele suicidare par să se regăsească mai frecvent la ambii gemeni monoziгоți (rezultați din aceeași celulă-ou fecundată și care sunt de același sex), decât la gemenii dizigoți (rezultați din două celule-ou și care sunt de sexe diferite) deoarece gemenii monoziгоți sunt mai similari din punct de vedere genetic. Cercetările efectuate de Roy și colab. sunt semnificative din acest punct de vedere (Roy, A., Nielsen, D., Rylander, G., Sarchiapone, M., 2006, p. 212).

Constatățile acestor cercetări sunt însă contradictorii însă, deoarece similaritatea mai accentuată dintre gemenii monoziгоți se poate datora factorilor de mediu, condițiilor familiale și reacției părinților față de gemenii de același sex, comparativ cu cei de sex diferit. În același timp, o influență pregnantă poate fi exercitată de climatul familial, de relațiile dintre părinți, dintre aceștia și proprii copii.

Aceste relații par să susțină, mai degrabă decât ideea componentei genetice, constatarea, provenită dintr-un alt grup de cercetări, conform căreia copiii adoptați și care provin din familii ale căror membri au comis acte de sinucidere vor comite, de asemenea, într-un moment sau altul a vieții lor, acte de suicid.

Un argument suplimentar în sprijinul ideii conform căreia caracterele moștenite nu par să exercite o influență *decisivă* asupra comportamentului suicidal este furnizat de constatarea faptului că ratele crescute de sinucidere din anumite țări europene, în anii de vârf ai recente crize economice, nu pot fi atribuite, în nici un caz, unor schimbări produse în structura genetică a indivizilor, care – așa cum se știe – are o mare constanță în timp. Deși există domenii disciplinare în care genetica ar putea implicată, este puțin probabil ca

sinuciderea să aibă ca determinant principal caracterele moștenite (genele, ereditatea).

Genele, a constatat G. Carey (1989), nu pot explica nici măcar o mică parte din variația existentă între conduitele diferitelor populații sau ale aceleiași populații. *„La majoritatea indivizilor, diferențele în psihologia umană sau în privința mediului sunt considerabil mai mari decât din punct de vedere al eredității* (Carey, G., 1989, p. 321), motiv pentru care – conchidem noi - explicațiile cu caracter genetic pe cât sunt de seducătoare, pe atât sunt de limitate sau cel puțin incomplete. Este posibil ca anumite comportamente suicidare să implice și o componentă genetică, dar rămâne ca această determinare sau condiționare să fie confirmată de datele unor studii empirice convingătoare.

Factorii biologici, în ansamblul lor, detașați de contextul familial, de trăsăturile de personalitate ale indivizilor și de factorii de la nivel macrosocial nu pot explica, decât în limitele unor teorii „probabile”, de ce unii indivizi au un risc mai mare, decât alți indivizi, să manifeste, într-un anumit moment al vieții lor, tendințe și comportamente suicidare.

2.4. Etiologia sinuciderii prin factori bio-chimici

Anumite investigații au încercat să explice sinuciderea prin factori bio-chimici, care pot influența starea de depresie și agresivitate a victimei. În anii '70, a fost descoperit așa-numitul acid penta-hydroxmdol acetic, a cărui prezență în fluidul spinal este direct legată de prezența serotoninei, compus chimic cu rol important în biochimismul funcțional al creierului. Studiile de laborator au arătat că fluidul spinal al pacienților cu depresii conține cantități extrem de mici, anormale, din acest acid, deficit care ar putea explica tendințele spre sinucidere, violență, agresivitate și impulsivitate (Sue, D., Sue, D., Sue, S., 1990, p. 356). Deși acest deficit nu este o cauză directă a omuciderii, el poate constitui, cred unii cercetători, un „marcator biologic” al riscului de sinucidere (vezi și Caseta 1).

2.5. Teorii "mixte" cu privire la sinucidere

În cursul timpului, au fost elaborate mai multe teorii „mixte”, de natură bio-psihologică care pleacă de la premisa că, în marea lor majoritate, conduitele

„Oameni de știință de la Universitatea americană John Hopkins au descoperit o mutație implicată în răspunsul creierului la stres care ar putea prezice predispoziția unei persoane pentru un eventual act de suicid, ceea ce ar putea determina crearea unui test bine pus la punct, care să ajute la combaterea ratei mari a sinuciderilor, informează „The Telegraph”. Cercetătorii au observat pentru prima oară mutația SKA2 în timpul analizei genomice a unor mostre de creier prelevate postmortem de la oameni sănătoși și de la persoane cu afecțiuni mentale. Creierii oamenilor care se sinucisese au avut mai puțin din gena SKA2. Ulterior, oamenii de știință au găsit niveluri ridicate de metilare în rândul sinucigașilor. Grupurile de metil acționează ca niște întrerupătoare. Astfel, acestea activează sau dezactivează genele, și pot fi afectați de factori de mediu precum poluarea, nutriția și stresul. Zachary Kaminsky, profesor de psihiatrie și științe comportamentale la John Hopkins University, alături de echipa sa, au testat mostre de sânge de la oameni vii și au găsit niveluri ridicate de metilare și la oamenii care au spus că s-au gândit sau au încercat să se sinucidă. Oamenii de știință au folosit apoi rezultatele pentru a crea un model de analiză prin care au trecut toate mostrele anterioare și au observat că pot prezice cu o exactitate de 80 până la 90% riscul ca cineva să se sinucidă. *«Sinuciderea este o problemă majoră care ar putea fi prevenită, dar eforturile noastre au fost îngreunate de faptul că nu avem un mod clar prin care să putem determina predispoziția anumitor persoane pentru sinucidere»*, a afirmat Zachary Kaminsky. Înaintea acestui studiu, Zachary Kaminsky, și echipa sa depistaseră o deformare chimică ce poate indica dacă o femeie riscă să sufere de depresie postnatală. Sinuciderea și depresia postnatală sunt asociate cu cauze hormonale – estrogenul în cazul noilor mame și hormonul stresului, cortizolul, în cazul sinuciderii. *«În timpul unei zile oamenii trec prin perioade stresante în care nivelul cortizolului crește, după care ar trebui să scadă. Dacă oamenii au mai puțină SKA2, atunci reușesc mai greu să decupleze stresul»*, susține Kaminsky. Studiul oamenilor de știință a fost publicat în „American Journal of Psychology” (Eremia, Radu, *Testul care poate prezice predispoziția către sinucidere*, <http://adevarul.ro/sanatate/>, 30 iulie 2014).

suicidare „rezultă din prezența duală a unei vulnerabilități cu caracter biologic și un factor stresant psihosocial activ” (Aubin, H.J., Berlin, I. and Kornreich, Ch., 2013, p. 6874).

Așa cum au demonstrat rezultatele mai multor studii și cercetări raliante orientării teoretice menționate, conduita suicidară este produsul unei reacții deficitare la stres. Iar asemenea reacție, deficitară sau adecvată în alte condiții, depinde atât de factori psihologici, cât și biologici. Dintre aceștia din urmă, fiziologia, constând în funcțiile fizice și biochimice ale organismului, la care se adaugă structura corporală, are un rol aparte. Factorii fiziologici – așa cum se știe – au rolul principal în a crește capacitatea organismului până la nivelul solicitat de stres.

Determinat de elementele fiziologice, de structura somatică, sistemul nervos,

mobilitatea proceselor nervoase și resursele energetice ale organismului, temperamentul indizilor par să joce un anumit rol în determinarea comportamentului suicidar. Rezultatele mai multor studii au arătat că *„Indivizii având un tip de temperament negativist/evitant prezintă niveluri ridicate de impulsuri negative, au dificultăți în a-și controla pornirile (în special cele negative) și tind să «suprareacționeze» la factorii de stres cotidieni”* (Reiss-Staats, N., Dombeck, M., 2007). Asemenea indivizi tind să dezvolte depresii și tulburări de anxietate, inclusiv conduite suicidare. Există însă și o altă categorie de indivizi, aceia care au un temperament *impulsiv/agresiv* (denumit și *negativist/evitant/antisocial*), care nu-și pot controla emoțiile, mai ales furia, fiind mai probabil decât cei menționați anterior să comită acte de sinucidere. Aceștia *„sunt, adeseori, diagnosticați ca având o tulburare de personalitate antisocială”* (Reiss-Staats, N., Dombeck, M., 2007), constând în disimulare, iritabilitate, agresivitate și autoagresivitate, nepăsarea pentru siguranța personală și a altuia, iresponsabilitate, încălcarea frecventă a legii, angajarea în acte de risc etc.

Este de menționat faptul că trăsăturile temperamentale, care au un caracter mixt și nu „pur”, posedă atât o componentă biologică (înnăscută), cât și una psihologică, ambele manifestându-se la nivelul comportamentului indivizilor. Ca urmare, temperamentul unei persoane sau a alteia depinde parțial de genele care controlează procesul de reglare a neurotransmițătorilor (care transmit mesaje sistemului nervos) și parțial de factorii de mediu.

Caracteristicile fiziologice ale individului, inclusiv temperamentul indivizilor, pot oferi explicații relativ convingătoare cu privire la configurarea comportamentului suicidar, dar fără a exclude influența mediului (familial, microsocioal, macrosocioal și cultural).

De altfel, trebuie reținut faptul că, pentru fiecare studiu de fiziologie, care susține că oamenii caracterizați de tendințe autodestructive ar fi diferiți fizic de cei care nu au aceste tendințe, există cel puțin un studiu care arată că nu există această diferență. Am evidențiat aceeași idee și cu altă ocazie, atunci când ne-am referit la cazul persoanelor violente: *„S-ar putea ca acest lucru (violența – subl. ns.) să se datoreze faptului că ei au moștenit din punct de vedere genetic un sistem limbic anormal sau o tendință înnăscută spre hiperactivitate, dar în aceeași măsură se poate susține că cei care au fost supuși unei ambianțe abuzive, în calitate de copii, au ca rezultat fluxuri cerebrale diferite. O mare parte din evidența empirică din domeniul fiziologiei este de acest tip”* (Grecu,

2.6. Relația dintre dereglarea axei hipotalamus-glanda pituitară-adrenal (HPA) și suicid

Unele studii au încercat să evidențieze relația dintre axa hipotalamus-glanda pituitară-adrenal (HPA), care este un set de intercondiționări dintre glandele endocrine, glandele adrenale sau suprarenale (Wikipedia, *The Free Encyclopedia*) și suicid. Aceste intercondiționări controlează răspunsurile corpului la situațiile de stres, la un „rău actual, anticipat sau perceput”. Axa menționată produce glucoză, cortizol și steroizi, „pregătind” corpul indivizilor pentru confruntarea cu situații stresante (Reiss-Staats, N., Dombeck, M., 2007). În consecință orice dereglare a axei hipotalamus-glanda pituitară-adrenal, datorită unor evenimente traumatice sau unui stres care s-a cronicizat, poate determina depresii severe, anxietate accentuată și comportament suicidar.

Totuși, criticii relației cauzale menționate apreciază că modul în care dereglarea axei hipotalamus-glanda pituitară-adrenal influențează sau determină conduitele suicidare nu este deloc clar, motiv pentru care nici această explicație nu este convingătoare.

Atât teoriile biologice, cât și studiile efectuate pe baza lor nu reușesc decât parțial să demonstreze relația dintre componenta biologică și comportamentul suicidar, în primul rând pentru că nu țin seama de influența exercitată de factorii de mediu și de structurile micro și macrosociale.

3. Explicații psihologice ale comportamentului suicidar

3.1. Primele contribuții științifice (pozitiviste) și metateoretice în domeniul suicidologiei

Organizația Mondială a Sănătății definește suicidul ca fiind „un act inițiat și realizat, în mod deliberat, de către o persoană, caree cunoaște sau așteaptă, în întregime, efectul fatal al acestui act” (conform cu: <http://worldhealthorganization.com/>). Din acest punct de vedere, orice sinucidere este un act care presupune o anume raționalizare, premeditare și anticipare a consecințelor sale, nefiind o acțiune cu caracter deviant sau irațional („anormal”).

Prin particularitățile fiecărui caz în parte, ca și prin circumstanțele care-l acompaniază, sinuciderea pare cel puțin aparent, o conduită individuală determinată de profunde motivații personale: existența unei frustrări puternice care generează o stare de agresivitate îndreptată contra individului însuși. Această imagine i-a făcut pe psihologi sau psihiatri să considere inițial suicidul ca un act cu relevanță exclusiv individuală, cu cauze existente chiar în psihismul persoanei. Asemenea idei au apărut încă din secolul al XIX-lea.

Medicul francez J. Esquirol (1821, p. 1812–1822), a susținut, de pildă, ideea că sinucigașii sunt „alienați mental”, sinuciderea fiind o problemă de resortul medicinei. Cu el începe, de fapt, „medicalizarea sinuciderii”, adică „clasificarea eronată a problemelor non-medicale ca fiind probleme de natură medicală” (Pridmore, S., 2011, p. 78). Medicalizarea împiedică - sublinia S. Pridmore -, o abordare de profunzime a sinuciderii, lăsând să se creadă că toți sinucigașii sunt persoane bolnave psihic.

A.M. Guerry (1833), jurist și statistician francez, a adunat toate scrisorile lăsate de sinucigași descoperite de poliția pariziană într-o perioadă de patru ani și le-a clasificat în funcție de motivele aparente ale sinuciderilor victimelor.

Teoria medicului italian E. Morselli (1852) vizează ideea conform căreia sinuciderea este, în mod fundamental, rezultatul luptei pentru existență și al procesului evoluționist din natură. Cartea sa, *Suicidul. Un eseu de statistică morală comparativă*, a reprezentat o contribuție de seamă la geneza suicidologiei europene, o serie din statisticile evidențiate de Morselli servind ca sursă de documentare inclusiv pentru sociologul francez É. Durkheim.

În anul 1856, psihiatrul francez Brière de Boismont a publicat lucrarea *Du suicide et de la folie suicide*, în care s-a ocupat de factorii predispozanți (cei ereditari, sexul, vârsta, ocupația etc.) și determinanți (sărăcia, alcoolismul, furia, răzbunarea etc.) ai sinuciderii. O idee aparte susținută de acest savant, care a schițat multe din ideile actuale despre sinucidere, a fost aceea că ratele de sinucidere cresc în mod progresiv, o dată cu creșterea populației orașelor.

Pentru medicul și criminologul italian C. Lombroso (1876), tendința spre sinucidere, la fel ca și cea spre omucidere are numeroase motivații de natură psihologică. Ediția a doua a lucrării sale fundamentale, *Omul criminal*, apărută în anul 1878, cuprinde sublinieri distincte referitoare la suicid. „Melancolia”, observa el, este o cauză principală a sinuciderii. Ocupându-se de cazurile de homicid-suicid, Lombroso a subliniat faptul că, în majoritatea cazurilor, criminalii motivați de „pasiune” se sinucid. Dintre alte motive care determină pe

indivizi să se sinucidă, adăuga criminologul italian, se numără „dragostea, onoarea, ambițiile nobile, patriotismul” (Lombroso-Ferrero, G., 2009, p. 119, 259).

Fost student al lui Lombroso, criminologul italian E. Ferri (1892) a subliniat ideea după care la baza sinuciderii (și a omuciderii) stau „sentimente” (motivații) și „impulsuri” profunde, precum: „ura”, „vanitatea” și alte elemente asupra cărora individul nu le poate controla.

În concepția lui Sigmund Freud (1923), actul de sinucidere se datorează „pulsunii morții” ca instinct primar de autodestrucție (agresivitate îndreptată contra *eu*-lui), de trecere a organismelor vii de la starea organică la cea anorganică. Stările de culpabilitate și autopedepsire, specifice sinucigașilor, arăta Freud, sunt dependente de o „cultură pură” a instinctelor morții, prezentă în stările de melancolie și în nevrozele obsesive.

Așa cum au subliniat mai mulți psihiatri, influențați de concepția lui Freud, fiecare individ, într-o perioadă sau alta a vieții sale, dorește să moară, fapt care „explică” ideea suidară și tendințele adiacente.

Totuși, așa cum a observat E. Shneidman (1973, p. 8-9), exceptând ostilitatea îndreptată propriei persoane, care pare să fie principalul resort al concepției psihanalitice „ortodoxe”, în modelul teoretic freudian se pot identifica și alte elemente „afective” printre care rușinea, autoculpabilizarea, dependența, lipsa de speranță, sentimentul de neajutorare etc. Aceste elemente au fost preluate și dezvoltate în diferite teorii de sorginte psihologică.

Diversitatea, dar și reiterarea unora dintre ele în cadrul mai multor conduite suicidare au făcut ca majoritatea psihologilor sau psihiatrilor să considere sinuciderea ca un act exclusiv determinat de o stare psihică „ambivalentă”, implicând atât curajul, cât și lașitatea, și care este caracteristică, mai ales, persoanelor care suferă de tulburări afective, fiind incapabile de a se adapta la cerințele vieții și a găsi un sens propriei lor existențe (Freud., S., 1975).

Din acest punct de vedere, caracteristicile psihice cele mai reprezentative pentru un sinucigaș sunt: frustrarea afectivă, incapacitatea de adaptare socială, insecuritatea existenței, strânsa dependență față de alte persoane sau, dimpotrivă, izolarea, diferite tulburări cu caracter mental (nevroze depresive, stări melancolice etc.).

Raliat interpretării psihanalitice a sinuciderii, A. Adler (1968) sublinia, la rândul său, următoarele caracteristici legate de izolarea sinucigașului și absența relaționării sale cu anturajul: Sinucigașul este acel individ care „*crede prea mult despre sine*,”

prea puțin despre alții și care este incapabil să funcționeze, să trăiască și să moară împreună cu ceilalți”.

În mod evident, există mai multe concepții tributare concepției freudiene, dar esența lor este aceeași.

3.2. Clasificarea principalelor teorii psihologice cu privire la sinucidere

O clasificare cuprinzătoare a acestor teorii a fost efectuată de către Van Orden și colab. (2010, p. 575-600), care au diferențiat între următoarele categorii:

(a) teorii *psihodinamice* – pun accentul pe faptul că sinuciderea este produsă de impulsuri subconștiente. O asemenea teorie a fost elaborată, de exemplu, de către K. Menninger (1938), fost student al lui S. Freud, care a subliniat faptul că omul se confruntă cu două instincte fundamentale: cel al morții, denumit *Thanatos*, și care se află în conflict constant cu instinctul vieții, denumit *Eros*. Dacă primul instinct nu este suficient echilibrat de către cel de al doilea, conduita omului va fi autodestructivă. Circumscrise teoriilor psihodinamice sunt și alte teorii, precum cele care evidențiază rolul jucat în sinucidere de stările afective intense, dorința de a scăpa de durerea resimțită psihic, perturbarea atașamentului de ființe apropiate ș.a.;

(b) teorii *cognitiv-comportamentale* - care susțin rolul determinant exercitat, într-un act de suicid, de către: lipsa de speranță, modul suicidal cognitiv, deficitul autobiografic de memorie, dereglarea emoției etc. Teoria bazată pe modul suicidal cognitiv a lui A. T. Beck face parte din acest grup de teorii*;

(c) teorii *developmentaliste*, care subliniază rolul causal exercitat de către dezechilibrarea forțelor sociale și a sistemelor familiale. O teorie de acest gen aparține, de pildă, lui Van Orden și colab. (2010 p. 593), lui Durkheim.

Deși fiecare dintre aceste teorii aduce elemente importante în explicarea determinării sau potențării comportamentului suicidal, trebuie menționat că, de cele mai multe ori, sinuciderea este un act care are la bază nu una, ci mai multe dintre componentele psihologice menționate.

3.3. Sinuciderea ca „soluție” de viață

În general, persoanele care se sinucid, observă analiștii, sunt incapabile de a

* Nefiind psiholog, am evitat să analizez esența teoriilor menționate pentru care nu am pregătirea necesară.

găsi soluții satisfăcătoare la problemele personale frustrante și la crizele dramatice care apar inevitabil în tot cursul vieții umane. Dacă aproape toți indivizii se lasă dominați, într-un moment sau altul al vieții lor, de „gândul morții”, ca un gen de criză „existențială” cu caracter periodic, majoritatea lor sunt incapabili de a găsi în actul sinuciderii o *soluție adecvată*. O parte dintre ei adoptă genuri de comportament „subconștient suicidar”, care pot să le ofere o cale de evadare din situațiile de viață considerate a fi intolerabile. Alcoolismul, sau consumul de droguri sunt cele mai obișnuite căi de acest fel. Alți indivizi se confruntă direct cu problemele sau dificultățile personale pentru a încerca să le rezolve, iar alții vor căuta, pur și simplu, să le evite. Modurile de adaptare la condițiile dificile ale existenței sunt numeroase, depinzând de potențialul psihic al individului, de experiențele sale trecute și de contextul social în care se consumă „drama” respectivă. Sinuciderea ca *soluție posibilă*, apare numai atunci când individul consideră că a epuizat toate alternativele de răspuns posibile și când este convins că moartea asumată voluntar este unica soluție. Sinuciderea – sublinia E. H. Powell (1989, p. 21) este o soluție care, privită din afară, pare absurdă, reprezentând, de fapt, „*un răspuns lipsit de sens dat unei situații lipsite de sens*”

Încercând să construiască un model teoretic al acestui proces de elaborare a unei decizii în raport cu o situație de viață considerată, de către unii indivizi, a fi una extrem de presantă, complicată și dramatică, Erwin Ringel (1960) a distins trei constante cu caracter psihologic care intervin în actul suicidar:

(a) restrângerea alternativelor de răspuns, a soluțiilor de rezolvare a unei probleme personale de o așa manieră, încât sinuciderea este apreciată ca fiind singura soluție (decizie) posibilă;

(b) existența unei situații deosebit de frustrantă sau culpabilizantă pentru individ;

(c) prezența unor „fantasme” suicidale prin intermediul cărora individul își construiește și își imaginează actul sinuciderii.

Teoriile psihodinamice cu privire la sinucidere, care au un caracter „mixt”, reunind mai mult interpretări etiologice sau modele teoretice, susțin ideea conform căreia o „criză suicidară” este efectul combinat al existenței unei stări afective profunde, al eforturilor de a domina această stare, al pierderii autocontrolului personal și instinctului de supraviețuire, precum și al respingerii corpului (fizic) de către victimă (Aubin, H.J., Berlin, I. and Kornreich, Ch., 2013, p. 6874). Toate aceste elemente contribuie, de fapt, la declanșarea actului

suicidar.

Există mai multe interpretări teoretice reunite sub denumirea comună de teorii psihodinamice. Critica principală adusă acestor teorii vizează, cu precădere, lipsa lor de suport empiric.

3.4. Rolul depresiei în determinarea actului suicidal

Depresia este o tulburare psihică care poate determina, în anumite condiții, comiterea unor acte de sinucidere. Ea este, cel puțin în rândul unor populații europene și al populației nord-americane, cea mai răspândită tulburare psihică. Atât sinuciderile efective, cât și tentativele de sinucidere sunt mai frecvente în cadrul acelor indivizi caracterizați de stări de depresie. Organizația Mondială a Sănătății a estimat, de altfel, că, în anul 2020, depresia va ajunge să fie a doua cauză de dizabilitate din lume, depășită doar de bolile cardiovasculare (Murray, C., J., L., A.D. Lopez, A., D., 1996).

Depresia, avertizează, la rândul lor, psihiatrii români, este una dintre cele mai răspândite afecțiuni la nivel național, cu tendințe pronunțate de creștere. Referindu-se la situația existentă în România, regretatul psihiatru Florin Tudose, sublinia următoarele: *"depresia se manifestă printr-o serie largă de semne și simptome, care afectează tot organismul, nu doar sistemul psihic și tinde să devină a doua cauză de incapacitate de muncă până în anul 2020. (...). Depresia nu este o simplă tristețe, ci adevăratele ei semnale sunt pierderea interesului pentru activitățile zilnice, încetinirea mișcărilor, dificultatea în vorbire sau lipsa de vigoare fizică, insomniile și chiar tulburări ale dinamicii sexuale. La ora actuală, românii sunt la fel de depresivi în corelație cu criza, cât sunt și ceilalți europeni sau americani în raport cu acest fenomen, iar aproape 10% din populația României poate fi afectată în timpul vieții de această boală. Paradoxal, s-a constatat chiar că în unele momente de criză numărul depresiei și al sinuciderilor scade în raport cu perioadele de bunăstare. Din păcate, și în România ca și în cele mai multe țări din lume depresia este greu recunoscută de medicul de familie, rejectată de pacient sau, în cel mai bun caz, incomplet tratată"* (Safta, P., 2010).

Adeseori, o asemenea tulburare este asociată cu diferite simptome printre care (Corey, G., 1986, p. 229; Davids, A., Emgen, T., 1975, p. 270): tristețe, pesimism, sentimentul eșecului, al vinovăției, al insatisfacției, letargie, retragere în sine, atitudini negative față de sine, lume și viitor etc. O listare completă a

acestor simptome a fost făcută de A. T. Beck (1975), care a alcătuit un inventar al evaluării gradului de profunzime al depresiei, denumit Inventarul Beck al Depresiei.

Printre cauzele depresiei se numără pierderea reală sau imaginară a unei persoane apropiate, eșecul, insuccesul, dar și existența unei structuri slabe de personalitate. etc.

Depresiile netratate – arăta K. Caruso (vezi: <http://www.suicide.org/suicide-causes.html>) reprezintă cauza „numărul unu” a sinuciderilor, iar aceste depresii sunt amplificate de numeroase evenimente negative de viață, precum:

- Moartea unei ființe apropiate;
- Un divorț, o separare sau ruperea unei relații;
- Pierderea custodiei unui copil sau sentimentul că decizia asupra custodiei copilului nu este dreaptă;
- O pierdere serioasă, cum este, de pildă, pierderea unei slujbe, a casei, a banilor;
- O boală serioasă;
- O boală terminală;
- Un accident grav;
- Dureri fizice cu caracter cronic;
- Durere emoțională intensă;
- Pierderea speranței;
- Victimizarea (violența familială, violul, jaful etc);
- Victimizarea unei ființe iubite (uciderea copilului, molestarea acestuia, răpirea, violul etc.);
- Abuzul fizic;
- Abuzul verbal;
- Abuzul sexual;
- Abuzul nerezolvat (de orice fel) din trecut;
- Sentimentul de a fi „atras într-o cursă”, într-o situație percepută ca fiind negativă;
- Sentimentul că lucrurile nu vor merge niciodată „mai bine”;
- Sentimentul de neajutorare;
- Probleme juridice grave precum acuzația penală sau încarcerarea;
- Sentimentul de a fi exploatat;
- Incapacitatea de a pune capăt unei situații percepute ca fiind umilitoare;
- Incapacitatea de a trece peste un eșec perceput;

- Abuzul de alcool;
- Abuzul de droguri;
- Sentimentul de a nu fi acceptat de familie, prieteni sau societate;
- O imensă dezamăgire;
- Sentimentul de a nu fi la înălțimea așteptărilor celorlalți;
- Terorizarea (la fel ca și copiii, și adulții pot fi terorizați);
- Auto-stimă scăzută;

Unele interpretări psihologice și psihiatrice apreciază că există o strânsă corelație între sinucidere, starea de disperare (lipsa de speranță în ceea ce privește viitorul), cea de depresie (deprimare) și așa-numita „ideație suicidară” (obsesia actului suicidar). Astfel, într-un studiu publicat în anul 1985, care a sintetizat rezultatele a 10 ani de cercetări întreprinse asupra unui lot de 207 pacienți internați într-un spital de psihiatrie, obsedați de idei suicidare, dar fără să ajungă să comită un act efectiv de sinucidere, A. T. Beck & colab. (1985) au arătat că, după externarea din spital, s-au sinucis numai 14 pacienți (circa 7%). Fiecare pacient, într-un interval de circa 72 de ore după externare, a fost supus unor teste de evaluare a stării de disperare, depresie și prezenței ideilor suicidare. Scorurile obținute au demonstrat că indivizii care s-au sinucis și aceia care n-au făcut-o nu diferă între ei decât din punct de vedere al *gradului de disperare*, sinucigașii arătându-se mult mai pesimiști, decât nonsinucigașii, în ceea ce privește speranțele și așteptările lor vizând viitorul (Beck, A., T., 1985).

Dimpotrivă, alte studii au arătat că *starea de depresie* joacă rolul cel mai important în sinucidere. De exemplu, într-o cercetare efectuată în anul 1964 și reluată în anul 1987 (Sue, D., Sue D., Sue, S., 1990, p. 353), s-a evidențiat faptul că rata sinuciderilor înregistrate în rândul unor pacienți cu tulburări mentale, constând, în special, din stări depresive puternice, este de 36 ori mai mare decât rata sinuciderilor înregistrată în populația generală. Această constatare a fost întărită de rezultatele unor studii retrospective care au consemnat faptul că o proporție de 80% dintre sinucigași au experimentat înainte de a se omorî o profundă stare de depresie (Barraclough, B., M., Nelson B., H., J., Sainsbury, P., 1969), stare constatată, mai ales, în cazul copiilor și adolescenților.

Totuși, aceste rezultate par neconvingătoare și contradictorii în măsura în care datele altor studii ori cercetări au demonstrat că indivizii se sinucid rareori în timpul perioadelor lor de depresie, deoarece această stare favorizează o energie mai scăzută și o întârziere a reacțiilor motorii, care sunt prea puțin propice realizării

efective a unui act sinucigaș. Riscul de sinucidere crește de abia după încheierea perioadei de tratament a depresiei, atunci când această stare tinde să dispară (Sue, D., Sue, D., Sue, S., 1990, p. 353).

Se poate aprecia, deci, că, deși ar fi hazardat să presupunem că starea de depresie cauzează suicidul, între ele există o corelație strânsă.

Așa cum au constatat mai mulți specialiști din medicina psihiatrică, depresiile sau alte tulburări psihice nu sunt, în mod necesar, factori declanșatori ai tendinței spre suicid. Importanți sunt, mai ales, factorii sociali. Mai ales în ultimii ani, criza economică și socială și problemele asociate cu acestea, au determinat și determină, în continuare, aceste tulburări psihice și, implicit tendințe suicidare.

”Perioadele de dificultăți economice și sociale se asociază – sublinia Eugen Hrișcu, medic psihiatru la Spitalul «Alexandru Obregia» -, în primul rând cu o creștere a ratelor tuturor tulburărilor psihice, depresia, anxietatea și a consumului de substanțe. Și, ca urmare a acestora apare și o creștere a ratei suicidului” (Ailincei, A., 2010).

În același context, psihologul Hanibal Dumitrașcu observa că, în ultima vreme, *„cauzele care împing individul la un asemenea act sunt diferite față de alți ani. De exemplu, dacă în urmă cu patru ani cazurile de suicid din dragoste erau mai mari, astăzi ele au fost înlocuite cu suicid provocat chiar de criza*

CASETA 2

„Cauzele depresiei pot fi variate. Ne afectează stresul, în funcție de fragilitatea personală, trauma emoțională, divorțul, pierderea unei persoane dragi, pierderea locului de munca, șomajul, nivelul scăzut al educației. Declanșarea depresiei poate fi asociată și cu afecțiuni somatice, cum sunt bolile cardiovasculare sau diabetul (...). În situații de tulburare depresivă majoră se poate ajunge la suicid. În general, dezechilibrul economic, religios și moral împing individul spre sinucidere. La fel și izolarea socială și excluderea din grup. Există semnale de atragere a atenției. E vorba de acel strigăt, dar, de la apariția primelor simptome și până la sinucidere este un drum cu mai mulți pași. Sunt prezente semne specifice: retragere socială, insomnie, anxietate. În singurătate apar gândurile care te pot prinde în vârtejul lor, vârtej care dacă nu e prins la timp alunecă către pasul decisiv (...). Comportamentul care sugerează suicidul trebuie privit foarte serios și reprezintă urgență medicală psihiatrică (...). Depresia este principala cauză a suicidului. Poate să apară și la vârstnici, având drept cauze pensionarea, lipsa unui statut social, veniturile mai mici” (Iacobuțe, Ramona, Interviu cu Daniela Nițu, psihoterapeut: „Dezechilibrele economice, religioase și morale împing individul spre sinucidere”, vezi: <http://adevarul.ro/locale/iasi/>, 13 septembrie 2014).

economică, financiară” (Ailincei, A., 2010)-(vezi și Caseta 2).

3.5. Teoria interpersonală a suicidului

Încercând să suplinească deficiențele numeroaselor (și, adeseori, neconvingătoarelor) teorii din domeniul suicidologiei, Van Orden și colab. (2010, p. 575-600) au propus o teorie interpersonală asupra sinuciderii, în concordanță cu care *„forma cea mai periculoasă a dorinței de sinucidere este determinată de prezența simultană a două constructe interpersonale – apartenență frustrantă (thwarted belongingness) și povară percepută (perceived burdensomeness)”*, la care se adaugă capacitatea efectivă de angajare într-un comportament suicidar.

La baza acestei teorii stă ideea (aparent foarte simplă) conform căreia *„oamenii mor din cauza unui act de sinucidere deoarece doresc să moară”* și, în plus, au și capacitatea să o facă. Atunci când oamenii se confruntă cu două stări psihice în mod simultan și atunci când această confruntare durează mai mult timp timp, potențialele victime dezvoltă dorința de a muri (Joiner, T., 2009). Cele două stări sunt, așa cum am consemnat mai sus, *apartenență frustrantă și perceperea unei poveri*.

Prima stare se referă la înstrăinarea individului, la conștientizarea de către individ a faptului că *nu* este o parte integrantă a familiei, a grupului de prieteni și a altor grupuri evaluate ca având importanță pentru individ. Cu o asemenea stare se confruntă, de obicei, tinerii adolescenți, studenții, vârstnicii și bolnavii psihic.

Cea de a doua stare vizează familia, prietenii și societatea în ansamblul ei și este sintetizată de următoarea idee: *„Moartea mea va valora mai mult decât moartea mea pentru familie, prieteni, societate”*. Există, în acest sens, o legătură strânsă între această stare și ideea suicidară.

Semnificația teoriei interpersonale a sinuciderii constă în faptul că, evitând concepțiile tradiționale, care pun accentul, în explicația sinuciderii, pe psihismul singular al individului, pe stările psihice *individuale*, o asemenea teorie pune accentul atât pe caracterul *interpersonal* al actului și comportamentului suicidar (individul în relație cu alții), cât și pe natura sa *interactivă, în sensul că* pentru ca un asemenea comportament să se actualizeze este nevoie de interacțiunea celor două stări psihice menționate mai sus.

Indiferent de semnificațiile acordate de teoria interpersonală a suicidului primului „construct interpersonal”, așa-numita „apartenență frustrantă”, este de menționat faptul că înstrăinarea individului de familie, grup de prieteni,

comunitate, se manifestă, în mod concret prin singurătate și izolare – două stări care se pot „obiectiva” în actul suicidal (vezi Caseta 3).

CASETA 3

„Drama unui bătrân de 75 de ani din județul Suceava, care s-a autoincendiat din cauza singurătății, a făcut înconjurul țării. Situația bătrânului din Suceava confirmă o problemă socială majoră a României: singurătatea. Într-un documentar pentru un radio creștin, un jurnalist din Timișoara a tratat problema singurătății și a adunat mărturii impresionante ale unor oameni care se simt singuri (...). În documentarul său, difuzat în mai multe seriale, jurnalistul timișorean I.C. a adunat mărturii impresionante ale unor oameni care au ajuns să se simtă singuri, fie pentru că încă nu s-au căsătorit, fie pentru că unul din soți a murit, fie din cauza unor suferințe fizice. *«Am văzut foarte mulți oameni „singuri în doi” și foarte multe familii unde partenerii trăiesc în aceeași casă, mănâncă aceeași mâncare și se simt cumplit, cumplit de singuri»*, este mărturia unui consilier creștin intervievat de ziarist. Spre exemplu, o doamnă care a fost violată în copilărie, a povestit momentele de singurătate pe care le-a trăit în acele momente. *«Comportamentul meu ajunsese să fie orientat spre a face rău. Bineînțeles că tatăl meu mă influența prin felul cum se purta cu mine, dar și când eram la școală aveam tendința de a le face rău colegilor, de a-i contrazice mereu, de a-i pune în situații neplăcute, de a mă răzbuca aiurea»*, a explicat femeia efectele singurătății ei. De asemenea, o femeie divorțată și imobilizată fizic a mărturisit prin ce experiențe a trecut ca om...singur. *«Am stat în Sanatoriul din Mangalia 14 ani și 5 luni, pe urmă într-un institut de reabilitare fizică și motorie din București, apoi am venit acasă la părinții mei. Părinții mei bineînțeles că nu au fost bucuroși, pentru că nu m-au iubit, mai ales mama mea nu m-a dorit cu nici un chip. Tatăl meu a murit de cancer. A avut cancer la laringe și faringe pentru că a băut și a fumat foarte mult. Și despre frații mei nu mai știu nimic. M-am simțit foarte singură. Pentru că aveam acest handicap, fratele meu cel mare mă trata foarte distant. Când eram pe stradă se făcea că nu mă cunoaște. Rudele mele niciodată nu m-au iubit. Niciodată. Deci s-au ferit toți de mine, din cauza handicapului meu»*, a declarat femeia, care s-a tratat de singurătate refugiindu-se în credință (...).

Un paradox cu care se confruntă România este singurătatea bătrânilor cu copii plecați în străinătate să îngrijească alți bătrâni. Potrivit psihologului Z. B., la astfel de situații se ajunge, pe de o parte din greșeala părinților, care poate au făcut la fel cu copiii lor atunci când au fost mici, pe de altă parte, pur și simplu din cauza situației economice. *«Se pune problema. De ce ai rămas singur? Ce ai făcut cu copiii tăi de ai rămas singur? Ar trebui să fim pregătiți pentru diferite etape ale vieții. Așa cum nu suntem pregătiți când devenim părinți, neglijăm copiii, avem carieră, îi trimitem la părinți la bunici și ne mirăm că copiii au probleme de comportament. Într-o astfel de situație ei se simt abandonați, iar după aceea ne mirăm că copiii ne abandonează la bătrânețe»*, a explicat psihologul timișorean. El crede că singurătatea bătrânilor cu copii plecați să îngrijească alți bătrâni este un punct foarte sensibil pentru societatea noastră. *«Dacă nu merge economia și relațiile interumane suferă. De ce trebuia să plece patru milioane de oameni în perioada lor cea mai productivă. Chiar și dacă jumătate din ei se întorc, nu vom mai avea pensii, iar toată societatea este dată peste*

cap, ceea ce afectează și relațiile interumane», a mai spus specialistul. Un caz special îl reprezintă bătrânii singuri care pur și simplu aleg această stare pentru că nu se pot dezlipi de locul în care s-au obișnuit. Este cazul R. V., o bătrână din localitatea timișeană Iohanisfeld. Stabilită la fiica sa în Germania, femeia înaintată în vârstă și bolnavă s-a întors în România, unde trăiește singură, în condiții grele, singurii oameni cu care intră în contact fiind alți doi etnici germani și vecina sa, care o ajută cu tot ce are nevoie. «Am fost două luni în Germania și nu mi-a plăcut. Acolo trec 100 de oameni pe lângă tine și nu îți spune nimeni nimic. Nu îmi place acolo (...)» a declarat R. V.

Chiar dacă singurătatea îmbracă diferite forme, iar cauzele pentru care se ajunge aici sunt complexe, există tratament pentru această boală cumplită. «Singurătatea se manifestă ca un fel de gol interior, ca o izolare lăuntrică despre care se spune că la ora actuală este una dintre cele mai obișnuite, cele mai comune probleme de sănătate mintală și una dintre cele mai mari cauze ale suferinței umane pe plan mondial. Milioane de oameni suferă de singurătate, de golul ăsta interior, unii pentru toată viața. O soluție pe care aș vedea-o este să faci din singurătatea ta o matcă a creativității. Adică, dacă îți este dat, poate prin faptul că ești bolnav, ai o boală gravă, poate prin faptul că ai avut un accident și dintr-odată ești scos din circuit într-un amume fel, atunci partea aceea de timp ar putea deveni uneori chiar o șansă de viață. Te descoperi, descoperi ceea ce n-ai avut, valorifici astfel ceea ce n-ai știut că ai. Poate începi să scrii, poate începi să compui, poate începi să faci lucruri pe care nu le-ai făcut până atunci. Cred că o relație personală cu Dumnezeu este cea care alungă durerea singurătății», a punctat consilierul creștin R. C. în documentarul radio „Singurătatea o viață pustie?” (Dancea, D., 2015, *Singurătatea - o viață pustie?*, Un documentar tulburător despre dramele cu care se confruntă oamenii singuri - explicațiile bolii care ne ucide sufletul, în adevarul.ro/locale/timisoara/, 17 mai 2015).

4. Explicații psihiatrice ale sinuciderii

Așa cum evidențiază numeroasele cercetări în domeniul suicidologiei, principalii factori de risc ai comportamentului suicidar sunt următorii (Van Orden și colab., 2010, p. 575-600): bolile sau tulburările mentale, tentativele de sinucidere din trecut, izolarea socială, conflictele din cadrul mediului familial, șomajul, prezența unor boli fizice, adeseori letale etc.

În ceea ce privește bolile sau tulburările psihice, acestea pot determina, în anumite condiții, comportamente suicidare, dar nu în toate cazurile. Menționând, de exemplu, faptul că aproape 90% din cazurile de sinucidere pot constitui probleme de interes pentru psihiatri, E. S. Shneidman (1987) sublinia că majoritatea schizofrenicilor și celor definiți de tulburări mentale nu se sinucid.

Dacă boala psihică, ca atare, nu este un determinant al sinuciderii, în schimb,

psihologia sinucigașului contribuie decisiv la comiterea actului de suicid. Referindu-se la acest aspect, medicul român Bogdan Delavrancea (1992, p. 227) considera că „frontiera” dintre sinuciderea „psihologică” și cea „patologică” este foarte confuză, întrucât actul suicidar este, adeseori, singurul „simptom” pe care îl are medicul la dispoziție pentru a diagnostica sau nu o stare patologică. Deși există opinii conform cărora nici o sinucidere nu are un caracter „logic”, alte păreri apreciază că, exceptând cazul bolnavilor psihici, sinuciderea are un caracter normal (așa cum *trebuie să fie* - în sensul postulat de Émile Durkheim), determinat de motivații cu substrat real.

Printre aceste motivații, R. S. Mintz (1868) a menționat următoarele: agresivitatea orientată către propria persoană, răzbunarea împotriva altor persoane, prin inducerea unor sentimente de vinovăție acestora, conștientizarea unor greșeli trecute, eliberarea de unele sentimente considerate inacceptabile (de exemplu, atracția sexuală pentru o persoană de același sex), dorința de reîncarnare, dorința de regăsire a unei persoane apropiate care este decedată, tendința de eliberare de stres, durerea, diformitatea sau presiunile emoționale etc.

La rândul său, E. S. Shneidman (1987, p. 167) a stabilit următoarele caracteristici, prezente aproape în totalitate într-o conduită suicidară: (a) scopul obișnuit al sinuciderii este căutarea unei soluții; (b) scopul obișnuit al sinuciderii îl reprezintă dorința de a pune capăt unei stări care implică angajarea profundă a conștiinței; (c) impulsul obișnuit în actul suicidar îl constituie o suferință (durere) psihică intelorabilă; (d) factorul stresant obișnuit în actul suicidar îl reprezintă frustrarea unor trebuințe psihice; (e) sentimentul obișnuit în sinucidere îl constituie disperarea și neajutorarea; (f) starea cognitivă obișnuită în sinucidere este ambivalența; (g) starea de percepție (conștiință) obișnuită în sinucidere este senzația de apăsare (constrângere); (h) acțiunea obișnuită în sinucidere este evadarea; (i) actul interpersonal obișnuit în sinucidere îl constituie comunicarea intenției; (j) rezistența obișnuită în actul suicidar o reprezintă confruntarea cu modelele (*patterns*) vieții.

Toate aceste caracteristici evidențiază starea de angoasă, constrângere și disperare în care se găsește sinucigașul, în condițiile existenței unei situații definite de o îngustare severă a opțiunilor și libertăților de alegere, însoțită, adeseori, de o cerere de ajutor (vizibilă în comunicarea intenției), iar alteori, de o retragere definitivă într-un univers inviolabil ce pare preferabil vieții.

Prezența celor zece caracteristici într-un act suicidar demonstrează că

răzbunarea sau ura nu sunt singurele motivații implicate, așa cum credea Freud, care aprecia că sinuciderea reprezintă rezultatul unei ostilități dirijată lăuntric contra unei persoane iubite și cu care sinucigașul se identifică, de unde și sentimentul de ambivalență pe care-l încearcă. După cum au demonstrat numeroase „autopsii psihologice” (evaluări *post mortem* ale semnificațiilor și motivațiilor actului suicidal), în orice act suicidal este cuprinsă o arie diversificată de sentimente sau emoții umane între care rușinea, vinovăția, durerea, lipsa de speranță, frica, nesiguranța, solitudinea, izolarea etc. (Sue, D., Sue, D., Sue, S., 1990, p. 355).

Chiar dacă nu boala psihică, ca atare, este o cauză a suicidului, unii suicidologi susțin ideea că acesta este, totuși, un act patologic, deoarece sensul existenței umane îl reprezintă viața și nu moartea, orice dificultate fiind compatibilă cu condiția umană. Malraux considera că orice dialog cu moartea începe pe plan irațional, iar Papini sublinia că adevărata putere a omului este să trăiască atunci când toate temeiurile sale sunt distruse (Scripcaru, G., Terbancea, M., 1983, p. 441).

4.1. Profilul psihic al sinucigașului

În registru psihiatric, sinuciderea este privită ca „o sociopatie, o reacție de comportament aberant, o reacție de fugă în fața dificultăților, o reacție de șantaj, probă ordalică de nevinovăție, act de imitație sau heteroagresivitate, transformată în autoagresivitate (...), fiind apanajul unor (...) personalități fragile la care actul suicidal este precipitat și pretextat de o situație conflictuală de viață” (Scripcaru, G., Terbancea, M., 1983, p. 441). Noțiunea de sociopatie arată că nu sunt implicate atât determinante de natură psihică, cât determinante și circumstanțe de natură socială, sinuciderile sau tentativele de sinucidere corelându-se cu o serie de factori sociali.

Datorită incapacității de a-și controla impulsurile și asumării unor riscuri, indiferent de circumstanțe, personalitățile de tip sociopatic (antisociale) au cele mai mari șanse de a comite acte suicidare sau accidente disimulate în forma unor sinucideri. H. Cleckley (1976, p. 395-403) a sintetizat următoarele caracteristici specifice unei personalități de tip antisocial: (a) farmec superficial și inteligență adecvată, capacitatea de a manipula alte persoane; (b) sentimente lipsite de profunzime și lipsă de empatie; (c) absența conștientizării greșelilor și lipsa remușcărilor, indiferența manifestată față de consecințele negative ale faptelor comise; (d) conduite impulsive, de cele mai multe ori, nemotivate, acțiuni

dificile de înțeles sau de anticipat; (e) incapacitatea de a învăța din experiențele trecute și absența temerilor. În pofida sancțiunilor, personalitățile antisociale reiterează actele și conduitele; sunt caracterizate de egocentrism patologic, centrarea asupra propriului eu, incapacitatea de atașament afectiv; (f) atitudini de neîncredere, nesinceritate, iresponsabilitate și rea-credință. Pentru manipularea altor persoane, personalitățile antisociale pot recurge la simularea unor emoții. Relațiile lor sociale sunt instabile și de scurtă durată.

Există numeroase tipologii în domeniu, astfel că o sinteză a principalelor caracteristici care definește profilul psihic al sinucigașului se impune. O asemenea sinteză a fost efectuată, între alții, de către J. M. Williams și L. R. Pollock (2006, p. 81-91), care au identificat următoarele trăsături: (a) impulsivitatea; (b) gândirea dihotomică (tendința de a gândi în termeni absoluți, totul sau nimic, precum: „*dacă nu-l pot aduce înapoi pe prietenul meu, atunci nu mai are rost să trăiesc*”); (c) rigiditate cognitivă; (d) incapacitatea de a găsi o soluție alternativă la problemele de viață; (e) memorie autobiografică (tendințele suicidare sunt asociate cu evenimentele negative din trecutul vieții personale, fapt care influențează negativ capacitatea subiectului de a găsi soluții alternative la problemele cu care se confruntă); (f) lipsa de speranță, ceea ce influențează negativ ideile despre viitor; (g) comportamentul suicidar ca un „strigăt de durere”.

Pentru persoanele care nu se sinucid, dar comit tentative de sinucidere, mai mulți cercetători în domeniu au evidențiat următoarele trăsături prevalente (Davison, G., C., Neale, J., M., 1990, p. 247): (a) rigiditatea și lipsa de flexibilitate în abordarea diverselor probleme; (b) incapacitatea de a găsi soluții satisfăcătoare pentru rezolvarea acestor probleme; (c) impulsivitatea, dar și evitarea unui act suicidar cu rezultate ireversibile (vezi și Caseta 4).

CASETA 4

„Psihologii spun că există trei categorii de oameni cu tendințe sinucigașe. Cei care nu vor cu adevărat să-și pună capăt zilelor aleg metode cu șanse mici de reușită, în speranța că vor fi găsiți la timp și salvați. Alții se sinucid în momentul unei crize puternice, fără a-și planifica actul în sine, ca un gest disperat, ca o salvare de moment. Cei din a treia categorie își plănuiesc cu atenție și în detaliu moartea. Și sunt hotărâți să nu dea greș. Aleg o metodă violentă, ca să fie siguri că nu pot fi salvați.

«*Simucigașilor le este de cele mai multe ori și rușine de alegerea lor. De aici și gestul de a-și da jos hainele și de a-și scoate papucii. Pentru a nu le murdări. Cei care și-au plănuit pe îndelete moartea sunt cei care lasă de obicei un bilet în care își motivează gestul*», spune Ion Spânu, psiholog” (adevarul.ro/locale, 3 iulie 2013).

Referindu-se la „semnalele” în baza cărora se poate anticipa că o persoană se va sinucide, A. Lickerman (2010) a identificat șase „motive” pentru care oamenii se sinucid:

- Depresia severă, care este însoțită, întotdeauna, de sentimentul, larg răspândit, al suferinței și de convingerea că a scăpa de ea este un fapt lipsit de speranță;
- Psihoza – este caracteristic schizofrenicilor, de pildă, să clameze că o „voce ” (interioară) le-a comandat să se omoare;
- Impulsivitatea, asociată, adeseori, cu alcoolismul și consumul de droguri, determină victimele să ia decizia bruscă, neașteptată (nepredictibilă în cazurile în care victimele acționează impulsiv) de a se sinucide:
- „Strigătul de ajutor” care, de obicei, precede tentativa de sinucidere și care se vrea un avertisment adresat anturajului de către victimă, care, totuși, nu ar dori să moară, strigăt care clamează că lucrurile „nu merg așa cum trebuie”;
- Dorința de a prelua controlul asupra propriului „destin” și a-și alina durerile de nesuportat, mai ales în cazurile în care potențialele victime se confruntă cu boli fizice (terminale);
- Sinuciderea comisă în baza greșelii făcute de unele victime care își asumă în mod conștient riscul de a comite un act „periculos care le va „aduce plăcere”. Este cazul, destul de răspândit, astăzi, a acelor adolescenți, care se privează în mod voluntar de oxigen, prin strangulare sau alte mijloace.

Deși există o aparentă „lipsă de sens” a actului suicidal, el este asociat, aproape întotdeauna, cu excepția bolilor psihice, cu anumite raționalizări și „motivații” – oricât ar părea de absurde acestea outside-rilor.

4.2. Sinuciderea între normal și patologic

În pofida evidențelor bazate pe factorii sociali, o mare parte dintre psihiatri apreciază că suicidul implică o serie de factori de risc care îmbracă o formă clinică și implică motivații *patologice*. Un indicator important, în acest sens, îl reprezintă persistența ideii de suicid, care are, ea însăși, un caracter patologic, în măsura în care individul este obsedat de ideea că numai moartea sa poate fi soluția conflictelor cu care este confruntat. Diferiți autori disting între sinuciderea „normală” (rațională), determinată de instinctul universal al morții și implicând raționalizarea motivațiilor sinucidare (în sensul că sinuciderea este privită ca fiind unica soluție

„logică” a problemelor cu care se confruntă sinucigașul), și sinuciderea „patologică” în cadrul căreia scopul final al actului de sinucidere este „moartea pentru moarte”. Dacă încă din secolul al XIX-lea, medicul francez Etienne Esquirol considera, așa cum am menționat deja, că sinuciderea este produsul unei boli psihice, această idee s-a menținut și se menține în continuare. Cunoscutul psihiatru, psihanalist și filosof francez Henri Ey (1950) sublinia, în deceniul 5 al secolului al XX-lea că „veritabila” conduită suicidară este cea patologică.

Majoritatea psihiatrilor sunt de acord, în prezent, că sinuciderea *normală* este foarte rară, frecvența cea mai mare deținând-o sinuciderea *patologică*. Din acest punct de vedere, sinuciderile sau tentativele de sinucidere caracterizează, cu prioritate, următoarele categorii de bolnavi psihici (Predescu, V., Nica-Udangiu, Șt., Nica-Udangiu, L., 1983, p. 127-132): melancolicii (depresivii endogeni) - din care două treimi săvârșesc tentative de sinucidere, iar circa 10% se sinucid, alcoolicii - din care 20% comit tentative, toxicomanii, - care se sinucid, mai ales, ca urmare a sindromului de abținere sau a decompensărilor depresive, epilepticii - în rândul cărora procentele de sinucidere sunt de la 3 până la 5%, psihopații, - care prezintă conduite suicidare într-o proporție de 1/3, cei definiți de depresii psihice, - pentru care raptusul suicidar și suicidul delirant sunt formele cele mai obișnuite.

Formele de comitere a suicidului sunt, la rândul lor, extrem de diverse, implicând următoarele conduite (Predescu, V., Nica-Udangiu, Șt., Nica-Udangiu, L., 1983, p. 131-132):

- (a) refuzul alimentației, automutilarea, raptusul suicidar, sinuciderea elaborată sau frenezia suicidară (în cazul melancolicilor);
- (b) castrarea, sinuciderea halucinatorie, delirantă și cea depresiv-reaktivă (în cazul schizofrenicilor);
- (c) sinuciderea de protest, de revendicare sau de răzbunare (în cazul paranoicilor);
- (d) sinuciderea în stare confuziv-onirică (considerată ca o „falsă” sinucidere datorită nepremeditării ei) și cea depresivă, întâlnită, cel mai des, la alcoolici;
- (e) sinuciderea” confuzional-halucinator-delirantă și cea depresiv-reaktivă, mai frecventă în rândul toxicomanilor;
- (f) sinuciderea impulsivă, inconștientă și amnezică sau, dimpotrivă, conștientă și mnezică (memorată), care definește pe epileptici;
- (g) sinuciderea impulsivă și agresivă, alături de predominanța tentativelor de sinucidere (frecvent întâlnită la psihopați) etc.

Diferențiind între aceste forme patologice, Gh. Scripcaru și M. Terbancea (1983, p. 442) au efectuat următoarea clasificare: suicidul *psihotic* (cu disimulare și premeditare patologică), *depresiv* (precipitat de motive circumstanțiale și de personalitatea fragilă a bolnavului), *halucinator* (impus de o serie de halucinații), *confuziv-oniric* (predominant în stările de etilism), *impulsiv* (frecvent în psihopatii), *pasional* (care apare ca un rezultat al stărilor afectiv-patologice), *automatic* (răspândit în formele de epilepsie), „*de șantaj*” (manifestat în cazurile de psihopatie histero-impulsivă, în care individul lasă, întotdeauna, șansa eșecului suicidar).

La rândul său, Virgil-Tiberiu Dragomirescu (1990, p. 272) considera că, din punct de vedere psihic și psihopatologic, „*suicidul apare ca o autoagresiune specifică, reacție comportamentală de tip antisocial, implicând factorul individual instinctiv și cauzele psihopatologice particulare, ca delirul, halucinațiile, ideile ipohondriace, stările obsesivo-fobice, melancolia și, în general, stările depresive*”.

Același autor, bazat pe datele unui studiu epidemiologic, confirmă conținutul psihopatologic al actului suicidar pentru următoarele cazuri: antecedente psihiatrice (12,67% din totalul cazurilor cercetate), afecțiuni psihice acute cu stări confuzionale (6,52%), etilism cronic (16,16%), reacții psihogene (12,46%), psihoze (6,2%), psihopatie (5,7%), nevroze (5,6%). Din cele 1.171 de cazuri cercetate, etilismul cronic a ocupat primul loc.

Semnale puternice în cazurile producerii unui act de sinucidere pot fi reprezentate de stări și tulburări psihice, așa cum sunt lipsa de speranță, incapacitatea de a mai spera și crede în viitor, perturbările constante ale somnului etc.

Cel puțin o parte din aceste constatări par să contrazică evaluările acelor autori care consideră că bolile psihice n-au nici-o relevanță în identificarea cauzelor sinuciderii. În general, paradigmele de tip psihologic și psihiatric tind să exagereze importanța psihismului sinucigașului, minimalizând, în același timp, circumstanțele sociale în care se găsește acesta. La rândul lor, sociologii tind să acorde o importanță exagerată proceselor și structurilor sociale, luând, mai puțin în considerare rolul psihismului. Rareori, explicațiile unora se conjugă armonios cu explicațiile altora. Acest lucru apare firesc în condițiile în care *suicidologia* nu este încă o arie unificată de studiu, ci un domeniu care polarizează preocupările unor specialiști aparținând mai multor discipline științifice, caracterizată fiecare de ipoteze și modele teoretice distincte ca și de

finalității particulare.

Așa cum se știe, sinuciderea ca fenomen este definită de o multitudine de dimensiuni, de la cele de ordin filosofic, la cele de ordin psihiatric-medical, medico-legal, psihologic și sociologic. Din punct de vedere filosofic, preocuparea principală o reprezintă căutarea unui răspuns la întrebarea fundamentală (pusă de filosofii existențialiști) *dacă viața merită sau nu să fie trăită?* Din punct de vedere psihiatrico-medical, sinuciderea înseamnă un produs al psihismului patologic, al deteriorării acestuia. Din punct de vedere medico-legal, sinuciderea presupune expertizarea motivației actului, a determinării victimei și a mijloacelor folosite. Din punct de vedere psihologic, contează rolul trăsăturilor de personalitate, iar din punct de vedere sociologic, importanți sunt factorii sociali. Fiecare dintre aceste discipline contribuie, în felul ei, la evidențierea etiologiei sinuciderilor. Dincolo de cauzele sale, orice act de sinucidere „normală” cuprinde un evantai de motivații, sentimente sau resentimente profund umane și raționale, care implică „un strigăt de ajutor” adresat ceilalți, o renunțare la viață datorită unor conflicte insurmontabile. În orice act de suicid intervin o serie de simțiri sau sentimente deosebit de nuanțate, pe care le-au descris extrem de nuanțat și de expresiv scriitorii importanți ai literaturii universale (Tolstoi, Melville, London, Hemingway etc.), unii dintre ei confruntându-se, ei înșiși, cu asemenea sentimente.

Este evident, nu numai în baza acestor sublinieri, dar și în concordanță cu constatările făcute chiar de psihiatri, că sinuciderea nu este legată, în mod direct, de o boală mentală. Înseși tezele psihanalitice în această privință au fost infirmate de evidență, analiza atentă a notelor și scrierilor sinucigașilor demonstrând că, cel puțin pentru jumătate din cazuri, actul sinucigaș nu reprezintă ura împotriva persoanei iubite, ci dimpotrivă afecțiunea și gratitudinea.

Diverse studii făcute asupra notelor și scrisorilor sinucigașilor au arătat că ele se corelează cu o serie de variabile demografice, astfel că femeile, mai ales, cele divorțate sau separate de partener redactează, mai frecvent decât bărbații sau decât femeile căsătorite, asemenea note în care exprimă sentimente extrem de intense precum sunt autoculpabilizarea, dar și ura ori răzbunarea” (Dragomirescu, V.-T., 1990, p. 358). Aceste studii par să confirme, cel puțin parțial, ideile lui Freud.

Edwin Shneidman (1985) a încercat să efectueze o clasificare a motivelor principale ale actului suicidar pornind de la analiza documentelor lăsate de

sinucigași:

(a) sinuciderea *egoistă* – ca rezultat al unei profunde lupte lăuntrice, al unei intense dezbateri intrapsihice, suferința interioară a victimei fiind de natură filosofică sau religioasă;

(b) sinuciderea *diadică*, care are un caracter interpersonal și este determinată, în esență, de dorințele sau de nevoile neîmplinite legate de o altă persoană. În acest tip de sinucidere sunt implicate sentimente eterogene, așa cum sunt frustrarea, furia și încercarea de a culpabiliza pe celălalt;

(c) sinuciderea *ageneratoare*, care caracterizează persoanele care și-au pierdut sensul participării la „fluxul transgenerator” (creator sau înnoitor) al vieții umane, de a aparține „schemei lucrurilor”. Cele mai caracteristice sentimente ale acestui tip de sinucidere sunt alienarea, dezangajarea, izolarea și starea existențială, dorința de contopire cu nonexistentul.

Dacă sinuciderea este un comportament „normal” sau unul „patologic” este o întrebare care își caută, în continuare răspunsul. Mai degrabă însă de a da un răspuns tranșant la o asemenea întrebare, pare mai potrivit de a considera că sinuciderea este, de fapt, o conduită înscrisă într-un „continuum” – de la normalitate, la devianță, tulburare și până la boală psihică (Zubin, J., 1974), p. 5).

4.3. *Predicția sinuciderii prin intermediul scalelor și testelor psihologice*

Pentru a putea înțelege și, mai ales, a preveni, actele de suicidare, este necesară, mai întâi, evaluarea „riscului suicidar”, adică diferite *caracteristici asociate* cu sinuciderea, care nu trebuie confundate cu cauzele sau motivațiile sinuciderii.

Factorii de risc, în acest sens, acționează la mai multe niveluri (individual, familial, microsocioal, comunitar, macrosocioal). Cei mai frecvenți factori sunt următorii (*Suicide: Risk and Protective Factors*, 2014; National Suicide Prevention Lifeline, 2012):

- Istoria familială a sinuciderii;
- Istoria familială a maltratării copilului (traume sau abuzuri);
- Tentativele anterioare de suicid;
- Istoria tulburărilor psihice, cu precădere a depresiei cu caracter clinic; Boli sau tulburări psihice, cu precădere schizofrenia, tulburările de personalitate, anxietatea;
- Istoria abuzului de alcool și droguri;

- Sentimentele vizând lipsa de speranță;
- Eșecurile;
- Tendințele impulsive sau agresive;
- Credințele culturale și religioase;
- „Epidemiile” locale ale sinuciderii;
- Expunerea la „modele” de suicid, provenind din viața reală, media și Internet;
- Izolarea, singurătatea, sentimentul de a fi „în afara” celorlalți;
- Absența ajutorului primit de la ceilalți (familie, anturaj) și stigma asociată cu cererea de ajutor;
- Barierele impuse accesului la tratamentul bolii psihice;
- Pierderile (cu caracter relațional sau social, financiare, a locului de muncă);
- Bolile fizice (terminale);
- Accesul facil la metode letale;
- Oportunitățile (existența unor condiții favorabile);
- Refuzul de a căuta ajutor din cauza stigmei atașate bolilor psihice, a consumului excesiv de droguri și a ideății suicidare.

Pornind de la noțiunea de „risc suicidar”, unii psihologi au încercat să prezică o eventuală sinucidere în baza scorurilor obținute ca urmare a aplicării testelor psihologice. Aceste teste pot stabili principalele trăsături de personalitate ale indivizilor care au experimentat tentative de sinucidere (Davison, G., C., Neale, J., M., 1990, p. 246-247). Aplicarea acestor teste de personalitate ridică, însă, în activitatea cercetătorului următoarele dificultăți:

(a) sunt aplicate, uneori, unor indivizi care, ulterior, pot comite un suicid efectiv, fără nici-o posibilitate de a interveni în acest sens, pentru a-l putea preveni;

(b) oferă date și evaluări despre o persoană după ce tentativa de sinucidere a eșuat, ceea ce influențează asupra conținutului informației obținute, în condițiile în care starea psihismului persoanei este diferită față de cea existentă înaintea tentativei de suicid; cei care au trecut prin această experiență sunt, de cele mai multe ori, rezervați în răspunsuri, simțindu-se stânjeniți, ori chiar vinovați, iar aceste stări pot influența scorurile obținute;

(c) nu iau în considerare, decât în mică măsură, influența factorilor sociali și

culturali.

În pofida acestor limite, aplicarea unor teste de personalitate și culegerea de informații cu privire la detaliile biografice ale vieții subiecților au permis evidențierea unor *predictori* specifici ai sinuciderii. De exemplu, unele studii au pus în evidență corelația strânsă între lipsa de speranță sau de aspirații în viitor a subiectului și intențiile de sinucidere, care pare că este mult mai adecvată ca predictor decât corelația între aceste intenții și starea de depresie (Beck, A. T., Steer, R., A., Kovacs M., 1985, p. 559-563). Alte studii au identificat corelații între tentativa de sinucidere și caracteristicile cognitive ale subiectului, printre care rigiditatea în abordarea problemelor personale și lipsa de flexibilitate a gândirii sunt cele mai importante (Neuringer, C., 1964, p. 54-58). Aceste trăsături pot determina incapacitatea subiecților de a-și rezolva problemele de viață astfel că sinuciderea apare ca o „*soluție*” în raport cu aceste probleme. O serie de cercetări au încercat să pună în dependență starea de impulsivitate, care caracterizează personalitatea subiectului și tentativa de suicid, dar rezultatele au fost mai puțin convingătoare, demonstrând că actul suicidar nu este de natură impulsivă, ci presupune o lungă perioadă de reflecție și îndoială (Davison, G., C., Neale, J., M., 1990, p. 247).

Pornind de la aceste teste, psihologii au elaborat diverse scale de predicție a sinuciderii, așa cum este „*Scala Intenției Suicidare*” a lui Beck sau „*Scala Ideatiei Suicidare*” a lui Beck, Kovacs și Weissman (Davison, G., C., Neale, J., M., 1990, p. 247).

Una dintre cele mai cunoscute scale de evaluare a riscului suicidar este așa-numitul *Inventor Beck al Depresiei* (BDI-II). Acesta este un instrument de autoraportare cu 21 de itemi care evaluează simptomele depresiei pe o scală tip Likert, de la 0 la 3. Li se cere indivizilor să indice care răspuns din patru pentru fiecare item reprezintă cel mai bine modul în care s-au simțit în ultimele două săptămâni, inclusiv la data evaluării. Scorurile cele mai ridicate indică simptome depresive mai severe, astfel că acelea mai mari decât 22 sunt un indiciu al unui risc crescut de sinucidere. Cel de al noulea item evaluează ideatia și intenția suicidară. Scopul acestei scale constă în măsurarea gradul de severitate al simptomelor depresive cu care se confruntă, în mod curent, indivizii. Din acest punct de vedere, această scală este un instrument extrem de util în evaluarea riscului suicidar (conform cu: Appendices Air Force Guide, 2014, p. 19).

O scală complementară cu cea precedentă este *Inventorul Beck al Lipsei de*

Speranță (BHS), care este un instrument de autoraportare cu 20 de itemi având două variante de răspuns (*adevărat-fals*). Acești itemi evaluează „lipsa de speranță” prin intermediul a trei dimensiuni: (1) sentimentele privind viitorul; (2) pierderea motivației de a trăi; (3) așteptările. În ceea ce privește scorul itemilor, cele mai mari scoruri indică o lipsă de speranță mai ridicată ca nivel. Pentru fiecare item, răspunsurile care arată o lipsă de speranță mai mare (în ceea ce privește o stare de pesimism sau negarea unei stări de optimism) sunt evaluate cu scorul 1. Scopul acestei scale constă în măsurarea sentimentelor individului cu privire la viitor, constituind, în acest fel, un indicator valid pentru riscul suicidar (vezi: Appendices Air Force Guide, 2014, p. 20).

Din punct de vedere clinic, au fost stabilite mai multe categorii de variabile cărora li s-a acordat un anumit scor în măsură să estimeze riscul mai înalt sau mai scăzut al riscului suicidar. Printre aceste variabile pot fi menționate următoarele (Zung, W., W., K., 1974, p. 221):

- (1) DEPRESIE;
- (2) ANXIETATE;
- (3) ALCOOLISM
 - (a) Pattern;
 - (b) Cantitate.
- (4) SĂNĂTATE GENERALĂ
 - (a) Ajutor specializat;
 - (b) Acuze somatice;
 - (c) Sănătate fizică;
 - (d) Abuz de medicamente;
 - (e) Prezența fizică.
- (5) STATUS EMOȚIONAL
 - (a) Lipsă de sprijin;
 - (b) Lipsă de alternative;
 - (c) Lipsă de speranță;
 - (d) Autoblamare;
 - (e) Sentimentul vinovăției;
 - (f) Sentimentul pedepsei;
 - (g) Sprijin disponibil;
 - (h) Autocontrol;
 - (g) Agresivitate;
 - (h) Responsabilitate personală.

(6) COMPORTAMENT SUICIDAR

- (a) Proiecție, idee;
- (b) Proiecție, acțiune;
- (c) Reflectare (la suicid);
- (d) Metodă;
- (e) Amenințare anterioară (cu sinuciderea);
- (f) Tentativă anterioară.

Pentru stabilitatea gradului de severitate a acestor variabile cu caracter clinic, au fost stabilite trei forme de evaluare: *intensitate, durată și frecvență*.

Deși utile în analizele clinice, variabilele menționate par să nu cuprindă factorii legați de contextele (familial, microsocioal, macrosocioal) în care se găsesc indivizii predispuși să comită acte suicidare.

În general, majoritatea interpretărilor sau predicțiilor psihologice sunt unilaterale pentru că nu țin seama, decât în mică măsură, de determinantele sociale ale actului suicidar. Într-un studiu efectuat asupra unui procent de 20% dintr-un număr de 22.000 de sinucigași din cadrul posesorilor de polițe de asigurare, întreprins la cererea unei cunoscute companii de asigurare din S.U.A., nu s-a putut identifica nici-un simptom semnificativ care să evidențieze prezența, la vreunul din sinucigași, a unei boli psihice (Clinard M., B., și Meier, R., F., 1979, p. 519).

4.4. Sinuciderea un act care rezultă dintr-o constelație de factori bio-psiho-sociali

Deși unele tulburări maniacale, stări depresive, melancolie sau de alienare pot reprezenta indicii ale unei eventuale tendințe către comiterea suicidului, există numeroase studii care arată că, în multe cazuri, sinuciderea reprezintă un act rațional planificat de oameni perfect echilibrați și al căror psihism nu diferă de cel al oamenilor obișnuiți, „normali”. Singurele deosebiri constau, probabil, în intensitatea trăirilor emoționale, care, în cazul sinucigașilor, se corelează cu stări puternice de stres, alienare, izolare, lipsă de comunicare, cu incapacitatea de a găsi soluții adecvate pentru problemele vieții. Din acest punct de vedere, actul sinucigaș are semnificația unei reacții de „apărare” sau de „evaziune” în raport cu o situație extrem de critică față de care nu există nici-o cale de ieșire. În alte cazuri, victima este dominată de sentimente de autoculpabilitate, răzbunare față

de supraviețuitori, dorința de a-și crea o „notorietate” pe care n-a dobândit-o în timpul vieții, dorința de „deresponsabilizare”, aspirația către un univers „eliberator” etc. Câmpul de motivații este extrem de larg și cuprinde o multitudine de elemente aflate în corelație directă cu evenimente, stări, procese și relații sociale. Orice sinucidere, crede Jean-Claude Chesnais (1981, p. 295), este rezultatul unei combinații de factori bio-psiho-sociologici. Constatările rezultate din diferite studii în acest domeniu arată că (Hassan, R., 1996, p. 5): „Problemele *relaționale* (o dragoste nefericită, problemele familiale/maritale, rușinea și sentimentul de vinovăție), problemele *instrumentale* (financiare, acelea vizând șomajul, sentimentul eșecului în viață) și problemele legate de *sănătate* sunt câteva din circumstanțele principale care preced sinuciderea”. La toate acestea se adaugă factorii care condiționează, precipită sau chiar determină actul suicidal.

În acest sens, *statisticile vitale* (cele care se referă la sinucideri și alte evenimente care afectează viața indivizilor) semnaleză că, în evaluarea suicidului, trebuie ținut seama de două aspecte principale:

(a) aspectele *biodemografice* – vulnerabilitatea față de actul suicidal crește o dată cu înaintarea în vârstă; bărbații se sinucid mai frecvent decât femeile; există o imunitate relativă față de suicid a persoanelor căsătorite și care au copii în întreținere etc.;

(b) aspectele *sociale* – sinuciderea este influențată de apartenența la clasa socială, grupul etnic etc.; există o mare incidență a sinuciderilor în timpul unor mari evenimente istorice, așa cum sunt războaiele, crizele, catastrofele naturale etc.

Toate aceste aspecte, care se manifestă în forma unor regularități statistice demonstrează că mediul social și determinantele sale au o influență deosebită asupra sinuciderii.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

Adler, A. (1968), *Suicide*, în vol. *Suicide* (Jack P. Gibbs – Ed.), New York, Evanston and London, Harper & Row.

Ailincei, A. (2010), *Românii nu se mai sinucid din dragoste, ci din cauza crizei economice*, conform cu: http://www.realitatea.net/romanii-nu-se-mai-sinucid-din-dragoste-ci-din-cauza-crizei-economice_714565.html.

Appendices Air Force Guide for Suicide Risk Assessment, Management, and Treatment 2014), June 27 (Revision f 2002 Air Force Guide for Managing Suicidal Behaviors).

Aubin, H.J., Berlin, I. and Komreich, Ch. (2013), The evolutionary puzzle of suicide, în „*International Journal of Environmental Research and Public Health*”, 10.

Barracough, B., M., Nelson B., H., J., Sainsbury, P., (1969) *Diagnostic Classification and Psychiatric Treatment of 180 Suicides*, Proceedings of the Fifth International Conference for Suicide Prevention, London.

Beck, A., T. (1975), *Depression: causes and treatment*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T., Steer, R., A., Covacs M. (1985), Hopelessness and Eventual Suicide. A 10-year Study of Patients Hospitalized with Suicidal Ideation, în „*American Journal of Psychiatry*”, nr. 142 p. 559–563 (Conform cu Davison Gerald C. și Neale John M., 1990, p. 247).

Beck, A., T. (1985), Cognitive Therapy, Behavior Therapy, Psychoanalysis and Pharmacotherapy: A Cognitive Continuum, în M. Mahoney, A Freeman (eds.), *Cognition and Psychotherapy*, New York, Plenum Press.

Blumenthal, S.J., Kupfer, D., J. (1986), Generalizable Treatment Strategies for Suicidal Behavior, în „*Annals of the New York Academy of Sciences*”.

Boismont de Brière (1859), *Du suicide et de la folie suicide*, Paris, G. Baillière.

Carey, G. (1989), *Genetics and Violence: Human Studies*, U. S. A., National Academy of Science, 1989.

Caruso, K., *Suicide causes* (vezi: <http://www.suicide.org/suicide-causes.html>).

Chesnais J.-C. (1981), *Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jour*,. edition revue et augmentée, Paris, Editions Robert Laffont, S. A.

Cleckley, H. M. (1976), *The Mask of Sanity*, fifth edition, St. Louis, Mosby.

Clinard, M. B., Meier, R. F. (1979), *Sociology of Deviant Behavior*, fifth edition, New York, Chicago, San Francisco, Dallas.

Corey, G. (1986), *Theory and practice of counseling and psychoterapy*, third edition, Pacific Grov, California, Brooks/Cole Publishing Company.

Dancea, D. (2015), *Singurătatea - o viață pustie?*. Un documentar tulburător despre dramele cu care se confruntă oamenii singuri - explicațiile bolii care ne ucide sufletul; conform cu adevarul.ro/locale/timisoara, 17 mai.

Dauids, A., Emgen, T. (1975), *Introductory Psychology*, New York, Random House, Inc.

Esquirol, J. E., (1838), *Des maludies mentales*, Paris, Baillière.

Davison, G., C., Neale, J., M. (1990), *Abnormal Psychology*, fifth edition, New York, John Wiley and Sons.

Delavrancea, B., V. (1992), *Autonomia și independența conștiinței și raporturile ei cu actul sinucigaș. Avem două realități în om, corp și suflet?*, Brașov, Edit. Transcendent.

Dragomirescu, V.-T. (1990), *Determinism și reactivitate umană*, București, Editura Științifică.

Esquirol, J. (1821), *Societe de Medecins et de Chirurgiens*, în *Dictionnaire des sciences medicales*. LIII. Paris (FR): CLF Panckouke; Suicide; pp. 1812–1822.

Ey, H. (1950), Le suicide pathologique în „*Etudes psychiatriques*”, vol. II, Paris, Desclée de Brouwer et Cie.

Ferri, E. (1892), *L'omicidio-Suicidio*, Torino, Bocca.

Freud, S. (1923), *Le moi et la ça*, (1923), traducerea S. Jankelevitch, în *Essais de psychanalyse*, Paris, Payton.

Davison, G.C., Neale, J. M., *Abnormal Psychology*, New York, John Wiley & Sons.

Greco, F., Rădulescu, M., S. (2003), *Delincvența juvenilă în societatea contemporană*, București, Editura Lumina Lex.

Guerry, A., M. (1833), *Essai sur la statistique moral de la France*, Paris, Crochard.

Joiner, T. (2009), The Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior: Current Empirical Status, în „*Psychological Science Agenda*”, June (vezi: <http://www.apa.org/science/about/psa/2009/06/sci-brief.aspx>).

Hassan, R. (1996), Social Factors in Suicide in Australia, în „*Australian Institute of Criminology*”, no. 52, February (vezi: http://www.aic.gov.au/media_library/publications/tandi_pdf/tandi052.pdf).

King, S. (2015), The Hemingways and Suicide, „*Today in Literature*”, may.

Lickerman, A. (2010), The Six Reasons People Attempt Suicide. Suicide is far more understandable than people think, în „*Hapiness in this world*”, April 29 (vezi: <https://www.psychologytoday.com/blog/happiness-in-world/201004/the-six-reasons-people-attempt-suicide>).

Lombroso, C. (1876), *L'uomo delinquente*, Torino, Boca.

Lombroso-Ferrero, G. (2009), *The Project Gutenberg Ebook of Criminal Man*, p. 119, 259 (vezi <http://www.gutenberg.org/files/29895/29895-h/29895-h.htm>).

Menninger, K. (1938), *Man against Himself*. New York: Harcourt, Brace & World.

Mintz, R., S. (1968), *Psychotherapy of the Suicidal Patient*, în H. L. Resnik (ed.), *Suicidal Behaviors*, Boston, Little Brown.

Mitterauer, B. (1990), A contribution to the discussion of the role of the genetic factor in suicide, based on five studies in an epidemiologically defined area (province of Salzburg, Austria), „*Comprehensive Psychiatry*”, 31.

Morselli, E. A. (1852), *Suicide. An essay on comparative moral statistics*, New York, D. Appleton and Company (Book digitized by Google from the library of the University of Michigan and uploaded to the Internet Archive by user tpb: <https://archive.org/details/suicide00morsgoog>).

Murray, C., J., L., A.D. Lopez, A., D. (1996), *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Geneva, Switzerland, World Health Organization.

National Suicide Prevention Lifeline (2012), *Suicide Risk factors*, adapted from „*Understanding Risk and Protective Factors for Suicide*” and „*Risk and protective factors for suicide*” by the Suicide Prevention Resource Center (vezi: <http://www.suicidepreventionlifeline.org/learn/riskfactors.aspx>)

Neuringer, C. (1964), *Rigid Thinking in Suicidal Individuals*, în „*Journal of Consulting Psychology*”, nr. 28, p. 54–58 (citată după Gerald C. Davison, John M. Neale, 1990, p. 247).

Olweus, D. (1986), *Aggression and Hormones: Relationship with Testosterone and Adrenaline*, în D. Olweus (Ed.), *Development of Antisocial and Prosocial Behavior*, Academic Press.

Organizația Mondială a Sănătății: <http://worldhealthorganization.com/>.

Powell, E., H. (1989), *The Design of Discord. Studies of Anomie*, New Brunswick and London, Transaction Publishers.

Predescu, V., Nica-Udangiu, Șt., Nica-Udangiu, Lidia (1983), *Urgențe în Psihiatrie*, București, Editura Medicală.

Pridmore, S. (2011), *Medicalization of suicide*, în „*The Malaysian Journal of Medical Sciences*”, Oct-Dec., 18(4).

Reiss-Staats, N., Dombeck, M. (2007), *Becoming Suicidal: Biological*

Contributions, în *Suicide*. Community Counseling Services, Inc. (vezi <https://www.mentalhelp.net/articles/becoming-suicidal-biological-contributions/>).

Ringel, E. (1960), *The Presuicidal Syndrome*, în „*Suicide and Life-Threatening Behavior*”, nr. 6.

Roy, A., Nielsen, D., Rylander, G., Sarchiapone, M. (2006), *The genetics of Suicidal Behaviour*, in *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (Keith Hawton, Kees van Heeringen – Eds.), Chicester, New York, John Wiley & Sons, Ltd.

Safta, P. (2010), *Sinuciderea, a treia cauză de moarte prin violență în România. 10% din populație, afectată de depresie*, Antena3.ro, 05 mai (vezi: <http://www.antena3.ro/romania/sinuciderea-a-treia-cauza-de-moarte-prin-violenta-in-romania-10-din-populatie-afectata-de-depresie-98492.html>).

Scripcaru, Gh., Terbancea, M. (1983), *Patologie medico-legală*, București, Edit. Didactică și Pedagogică.

Shneidman, E. S. (1973), *Prologue. Five-eight years*, in *On nature of suicide*, San Francisco, Washington, London, Jossey-Bass Inc., Publishers.

Shneidman, E., S. (1985), *Definition of the Suicide*, New York, Wiley and Sons.

Shneidman, E., S. (1987), *A Psychological Approach to Suicide*, în G. R. Vandendos, B. K. Bryant (Eds.), *Cataclysms, Crises and Catastrophes. Psychology in Action*, Washington, D.C., American Psychological Association.

Sue, D., Sue, D., Sue S. (1990), *Understanding Abnormal Behavior*, third edition, Boston, Houghton, Mifflin Company.

Suicide: Risk and Protective Factors (2014), December 23 (vezi: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/riskprotectivefactors.html>).

Träskman-Bendz, L., Mann, J. J. (2006), *Biological aspects of suicidal behaviour*, în *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (Keith Hawton, Kees van Heeringen – Eds.), Chicester, New York, John Wiley & Sons, Ltd.

Tudose, F. (2010), *Sinuciderea, a treia cauză de moarte prin violență în România. 10% din populație, afectată de depresie*, Antena3.ro (<http://www.antena3.ro/romania/sinuciderea-a-treia-cauza-de-moarte-prin-violenta-in-romania-10-din-populatie-afectata-de-depresie-98492.html>).

Van Orden, K., A., Witte, T., K., Cukrowitz, K., L., Braithwaite, S., Selby, S., A., Joiner Jr., T., E. (2010), *The Interpersonal theory of suicide*, în

„*Psychological Review*”, Apr., 117 (2).

Virkunnen M. (1989), Psychobiological Concomitants of History of Suicide Attempts among Violent Offenders and Impulsive Firesetters, „*Archives of General Psychiatry*”, 46.

Wikipedia, *The Free Encyclopedia* (vezi: http://en.wikipedia.org/wiki/Hypothalamic%E2%80%93pituitary%E2%80%93adrenal_axis).

Williams, J., M., Pollock, L., R. (2006), *The Psychology of Suicidal Behaviour*, în *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (Keith Hawton, Kees van Heeringen – Eds.), Chicester, New York, John Wiley & Sons, Ltd.

Zubin, J. (1974), Historical and philosophical perspectives on classification, în (Aaron T. Beck, Harvey L. P. Resnick, Dan J. Lettieri – Eds.), *The prediction of suicide*, Bowie, Maryland, The Charles Press Publishers, Inc.

Zung, W., W., K. (1974), Index of Potential Suicide (IPS). A rating scale for suicide prevention, în (Aaron T. Beck, Harvey L. P. Resnick, Dan J. Lettieri – Eds.), *The prediction of suicide*, Bowie, Maryland, The Charles Press Publishers, Inc.

CAPITOLUL III

EXPLICAȚII SOCIOLOGICE ALE SINUCIDERII

În timp ce sinuciderea, ca atare, este un act personal, susținut de o serie de motivații individuale, procesul care-l declanșează are nemijlocit un caracter social. De aceea, sinuciderea nu reprezintă numai un domeniu de interes pentru psihologi sau psihiatri, ci și un teren de studiu pentru sociologi, în măsura în care semnificațiile unui act de sinucidere nu se înscriu în aria biologică a instinctelor, ci în contexte definite de raporturi sociale, norme, valori, prescripții morale sau religioase etc. Evidența acestui fapt poate fi identificată chiar în reglementările normative ale diferitelor societăți tradiționale sau chiar contemporane, care interziceau sau interzic, în continuare, suprimarea vieții prin mijloace proprii.

Moartea, însăși, este „reglementată” în mod social și cultural, motiv pentru care contextele, circumstanțele, consecințele ei asupra grupului familial, anturajului, comunității, în ansamblul ei, prezintă interes, nu numai pentru filosofi, juriști, criminaliști sau medici, dar și pentru sociologi.

1. Moartea ca fenomen sociologic. Tanatologia socială

În ultimele decenii, o dată cu generalizarea preocupărilor de sociologie clinică și de tanatologie socială (Rădulescu, M., S., 2002, p. 53-59), s-au intensificat cercetările cu privire la problemele sociale ale bolnavilor sau bătrânilor aflați în curs de a muri, cele vizând reacțiile sociale la apariția morții și acelea referitoare la categoriile de profesioniști aflați în contact direct cu persoanele care au murit sau în curs de a muri, printre care medici, asistente, surori, clerici, reprezentanți ai serviciilor funerare etc. De aceea, majoritatea lucrărilor de sociologia medicinei includ, în prezent, capitole sau secțiuni speciale dedicate preocupărilor de tanatologie socială, printre care atitudinile, valorile și reacțiile bolnavilor incurabili față de moarte, reacțiile familiei și ale societății, ceremoniile și formele de organizare instituționalizată care intervin odată cu apariția acestui eveniment etc.

Următoarele domenii sunt cele mai reprezentative pentru toate aceste preocupări, care ar putea fi sintetizate într-o veritabilă „sociologie a morții” (Cox, R., G., Fundis, J., R., 1990, p. 59): atitudinile față de moarte; perspectivele transculturale asupra morții; relațiile dintre viață, moarte și etică; medicină, tratament și deontologie medicală; aspecte juridice ale morții;

filosofia și moartea; atitudinile copilului față de moarte; copiii care mor; profesia medicală și moartea; azilul; tratamentul bolilor incurabile; dirijarea suferinței; riscul de a muri; moartea violentă; moartea în război; fumatul, drogurile și moartea; suicidul; prevenirea suicidului; ceremoniile funerare: abordări culturale comparative etc.

Așa cum se poate observa, în centrul acestor preocupări se află *moartea*, privită nu atât ca fenomen biologic, ci în calitate de fenomen social.

Referindu-se la faptul că, în pofida contribuțiilor lui E. Durkheim la analiza sinuciderii, „sociologia morții” reprezintă o „arie de cercetare neglijată”, numeroși sociologi, printre care W. Faunce și R. Fulton (1958, p. 205-209) sau E. Kübler-Ross (1969) au apreciat că însăși moartea reprezintă un *fenomen sociologic* sau, oricum, un eveniment de interes pentru sociologi. G. Vernon, autor, între altele, a unei lucrări de *Sociologia morții* (1970, p. 3), sublinia următoarele caracteristici ale acestui fenomen:

- moartea are multiple dimensiuni sociale;
- trecerea în neființă este un proces social;
- moartea și procesul morții sunt implicate în toate sistemele sociale;
- condițiile sociale pot contribui la evitarea sau la apariția morții.

1.1. Interpretarea sociologică a morții

Dintre noțiunile sociologice cele mai frecvent utilizate în domeniul tanatologiei pot fi menționate următoarele: „moartea”, „suferința”, „devianța”, „definirea situației” (conform teoremei lui Thomas: *dacă oamenii definesc situațiile ca fiind reale, atunci ele sunt reale în ceea ce privește consecințele lor*), „etichetarea” („stigmatizarea”), „reacția socială” etc.

Astfel, orice boală, inclusiv cea incurabilă, poate fi definită, în termeni funcționaliști, ca *devianță* de la rolurile sociale normale (Parsons, T., 1951, p. 452-460) sau ca *abatere* de la normele cu caracter biologic, datorită unor mecanisme patogenice (Clark, J., E., Fritz, M., J., Rieker, P., P. - editors, 1990, p. 3). Spre deosebire, însă, de rolul de bolnav „obișnuit”, așa cum a fost definit de către Parsons și care implică o deviere temporară, legitimată de societate, de la cerințele normative, bolnavul incurabil are o situație specifică, definită ca fiind ireversibilă, care nu-i mai permite revenirea la rolurile normale și la condiția de bunăstare fizică, psihică și socială, anterioară. Întrucât în societatea contemporană nu există cerințe sau așteptări pe linie de rol în ceea ce privește

bolnavul incurabil, nu există nici prescripții normative pentru comportamentul acestuia sau pentru comportamentul altora față de el. Această absență a normelor cu privire la conduita adecvată a bolnavului incurabil – sublinia E. J. Clark (1990, p. 4) – sporește suferința acestuia și face să crească gradul său de alienare, de înstrăinare față de societate.

În condițiile punerii unui diagnostic care califică drept ireversibilă starea unui pacient incurabil, intervin o serie de mecanisme de etichetare, care pot avea, în majoritatea cazurilor, consecințe negative pentru situația pacientului. Sociologii au evidențiat faptul că, în aceste condiții, cei mai mulți profesioniști ai domeniului medical încep să utilizeze tehnici de „evitare” sistematică, pentru a se ține cât mai la distanță față de bolnavul incurabil. Surorile, de exemplu, răspund mai puțin frecvent solicitărilor acestuia, decât o fac în cazul pacienților obișnuți. Pe de altă parte, în marea majoritate a cazurilor, evaluările făcute de medici sau surori, la fel ca și atitudinile acestora sunt elaborate în baza unor criterii care diferențiază „pierderea socială” implicată de moartea diferiților pacienți în funcție de o serie de variabile individuale și sociale printre care vârsta, ocupația, clasa socială, statusul familial, statusul etnic, frumusețea, înzestrarea, harul și cunoștințele bolnavilor (Glaser, B., Strauss, A., 1964, p. 119). La rândul lor, membrii familiei și prietenii adoptă o conduită diferită de cea normală față de bolnavul incurabil, angajându-se într-o „suferință” (tristețe) anticipativă” (Lindemann E., 1944), care nu poate avea decât consecințe negative asupra stării bolnavului. În același timp, această suferință anticipativă are și o funcție pozitivă pentru membrii familiei, întrucât îi obișnuiește cu rolul de supraviețuitor, obligându-i să se socializeze în raport cu cerințele acestui rol și să experimenteze câteva dintre posibilele răspunsuri la suferință.

Considerând că, o dată cu punerea diagnosticului de bolnav incurabil, acesta este privit de către medic, familie sau prieteni ca fiind „mort”, ca atare, atributele sale sociale încetând să mai funcționeze ca o condiție de acordare a unui tratament adecvat, unii sociologi, printre care R. Kalish, au subliniat importanța morții „sociale” sau „simbolice” care are ca efect reducerea implicării afective a membrilor familiei față de problemele bolnavului și deplasarea preocupărilor lor spre alte sfere de interes. R. Kalish (1966, p. 153) a clasificat moartea socială în două categorii sau roluri, cel mai adesea complementare: (a) atunci când individul se definește el însuși ca fiind „mort” sau ca și cum ar fi murit deja; (b) atunci când individul este definit ca atare de către alții. Acceptarea acestor definiții produce o *predicție* (profeție)

constructivă, care grăbește moartea bolnavului incurabil.

1.2. Semnificații culturale ale morții

Moartea, însăși, are înțelesuri și semnificații diferite pentru variate societăți și grupuri sociale. Unele societăți reacționează într-un mod diferit față de alte societăți în raport cu actul morții, de la un mod „fatalist” de a privi acest act, la un mod „instrumental”, de intervenție activă care mobilizează resursele colectivității pentru a-l combate. Atât indivizii, cât și societățile prezintă atitudini diferite în fața acestui fenomen, atitudini care reflectă sisteme normative și practici culturale deosebite.

În cursul istoriei, atitudinile față de moarte au evoluat, aceasta schimbându-și semnificațiile în funcție de mai multe elemente, printre care: *interpretările religioase* (de la sacru la profan), *configurațiile demografice* (de la cei mai tineri la cei mai vârstnici); *localizările morții* (de la moartea în căminul familial la cea „instituționalizată”), *tipul de moarte* (ofrandă-sacrificiu, rituală, eroică, comandată de autoritate, moartea ca martiraj, eutanasia) etc. Deoarece moartea a fost și este, în continuare, un eveniment care afectează grupuri, comunități și, în unele cazuri, chiar societatea ca întreg, toate societățile au elaborat rituri, obiceiuri și practici funerare distincte, menite să marcheze trecerea în neființă a indivizilor.

Spre deosebire de societățile tradiționale, caracterizate de un slab nivel tehnic și de o mortalitate ridicată, în care rolul indivizilor aflați pe moarte era fixat prin obiceiuri și tradiții, în societățile contemporane, caracterizate de progresul tehnicilor și metodologiilor medicale, care au redus procentele de mortalitate, „rolul” indivizilor care sunt în curs de a muri este caracterizat de o serie de ambiguități. Practic nu mai există modele normative pentru acest rol.

1.3. Reacții tipice ale bolnavilor afectați de boli letale

O serie de studii efectuate în acest domeniu (Kübler-Ross, E., 1969) au evidențiat următoarele cinci etape prin care trec bolnavii incurabili în drumul lor spre moarte: (1) refuz și izolare; (2) furie; (3) negociere; (4) deprimare; (5) acceptare (resemnare).

Deși nu toate persoanele aflate în curs de a muri trec prin cele cinci stadii menționate, unii autori consideră că acestea, reprezintă o succesiune *tipică* (în

sensul unui tip ideal), cu caracter prescriptiv, care atrage din partea medicilor și surorilor cele mai nuanțate interpretări cu privire la comportamentul pacientului, făcându-i să adopte anumite atitudini și reacții, cel mai adesea cu rol de predicție constructivă.

Stadiile menționate, evidențiate de către Elisabeth Kübler-Ross, în lucrarea sa *Death and Dying* (1968), au fost identificate ca urmare a informațiilor oferite de un lot de peste 400 de bolnavi incurabili cărora li s-au aplicat interviuri în profunzime. Aceste interviuri au arătat că următoarele reacții sunt mai frecvente ca urmare a trecerii bolnavilor incurabili prin cele cinci stadii :

(1) primul stadiu, *refuzul și izolarea*, este caracterizat de șocul pe care îl are bolnavul o dată cu aflarea diagnosticului, șoc concretizat în reacții tipice de genul: „*Nu poate fi posibil!*”, „*Nu mi se poate întâmpla tocmai mie!*”. O asemenea reacție de respingere a unui adevăr evident este determinată, se pare, de o anumită concepție contemporană asupra morții, conform căreia împotriva acestui eveniment trebuie mobilizate toate forțele și resursele, indiferent de eforturi sau costuri. Acceptarea diagnosticului de boală incurabilă echivalează, de fapt, cu eșecul, cu recunoașterea faptului că nu mai e nimic de făcut în față unui destin implacabil;

(2) cel de al doilea stadiu, *furia*, este acompaniat de o reacție complementară cu prima, de genul: „*Nu eu!*”, „*De ce tocmai eu?*”. Această reacție este determinată de conștientizarea faptului că moartea, atât de impresionantă și depărtată de obicei, a ales dintre toți tocmai pe bolnavul în cauză. De aceea, furia acestuia este îndreptată împotriva „supraviețuitorilor”, contra personalului de îngrijire (medici și surori) cărora i se reproșează tot felul de lucruri mărunte. La rândul lor, membrii personalului medical reacționează în mod tipic față de bolnavul incurabil, întârziind să răspundă solicitărilor sau chiar chemărilor acestuia. Furia bolnavului incurabil reprezintă, de fapt, singura resursă de care mai dispune acesta în raport cu situația caracterizată de incapacitate, suferință, alienare și, mai ales, neputință de a schimba destinul. O asemenea situație pare, cumva, comparabilă cu starea de *anomie individuală*, definită de absența oricărei alternative;

(3) stadiul *negocierii* apare în momentul în care bolnavul incurabil renunță la reacțiile sale de furie în favoarea adoptării unei conduite care ar putea extinde cât mai mult perioada de timp rămasă până în momentul morții. Conștientizând faptul că furia sa nu are nici-un efect asupra schimbării cursului bolii, pacientul adoptă strategia prelungirii, cât mai mult posibil, a timpului ce i-a mai rămas de

trăit. Majoritatea negocierilor au loc între conștiința bolnavului și concepția sa religioasă, exprimate în forma: „*Dacă tu, Dumnezeu meu, îmi mai acorzi un an de trăit, voi deveni un bun creștin*” sau „*Pentru încă un an de viață, îmi voi dona organele mele cuiva care are nevoie de ele*”. Această strategie a negocierii cu sine și cu Dumnezeu reprezintă, de fapt, promisiunea unei schimbări de conduită în schimbul obținerii prelungirii vieții. Tranzacțiile pot avea loc și între pacient și membrii personalului medical, luând forma unui schimb cu aceștia. De exemplu, adoptarea unei conduite mai maleabile în schimbul permisiunii de a petrece sfârșitul săptămânii în familie, de a se plimba în curtea spitalului etc.;

(4) stadiul *deprimării* este însoțit de recunoașterea faptului că procesul negocierii s-a încheiat și urmează actul final al morții. Deprimarea îi face pe bolnavii incurabili să refuze orice contact cu vizitatorii lor, cu excepția, poate, a unei persoane foarte apropiate. În acest stadiu, bolnavul începe să se „pregătească” pentru pierderea persoanelor apropiate separându-se de acestea și adoptând un gen de conduită similară unei „*morți simbolice*” care-l desparte de toți ceilalți și de realitățile vieții;

(5) ultimul stadiu, cel al *acceptării (resemnării)* nu se manifestă ca o renunțare sau o abdicare în fața morții, ci, mai degrabă, ca o conștientizare pozitivă a lucrurilor care au fost realizate de bolnav, exprimată în forma „*Mi-am pus la punct afacerile personale, am rezolvat toate problemele, de acum pot să mor liniștit*”. O asemenea conștientizare echivalează cu un gen de rememorare sau bilanț al lucrurilor bune sau rele realizate în viață, reprezentând o etapă care face egali pe cei care se pregătesc să moară cu cei care de abia încep să trăiască. Ambii au trebuințe fizice care trebuie îndeplinite de ceilalți (hrană, îmbăiere etc.), ambii au diverse necesități pe care doar o persoană apropiată și iubită, de care individul este dependent, le poate realiza.

Modelul descris de E Kübler-Ross a adus o serie de clarificări și interpretări asupra procesului morții, mai ales din perspectiva persoanelor care experimentează acest proces. Totuși, criticii acestui model teoretic au evidențiat următoarele deficiențe ale ciclului format din cele cinci stadii (Wolinski, D., F., 1988, p. 186-187) :

- aceste stadii se aplică strict numai bolnavilor incurabili care au suficient timp și destulă capacitate pentru a evalua și a se confrunta cu procesul morții. Cu alte cuvinte, modelul se aplică numai acelor bolnavi conștienți de sfârșitul lor apropiat, nu și indivizilor care mor în accidente cu caracter traumatic

sau celor care nu-și mai pot prezerva discernământul și capacitatea de interpretare ;

- la fel ca și modelul lui Parson cu privire la rolul de bolnav, modelul schițat de Kübler-Ross este aplicabil, mai ales în ceea ce privește stadiul negocierii și cel al acceptării, numai culturii, valorilor, conduitelor și reacțiilor emoționale ale membrilor clasei mijlocii, ale persoanelor cu un grad mai ridicat de instrucție ;

- nu toți indivizii trec prin aceleași stadii și nici nu le parcurg în aceeași ordine, întrucât există o varietate de situații și conduite determinate de factori sociali și culturali.

Realizat dintr-o perspectivă *fenomenologică* (situarea în universul bolnavilor incurabili ca grup social distinct), modelul menționat are, totuși calitatea de a sugera căile prin intermediul cărora bolnavii incurabili pot fi ajutați să îndure mai ușor „stigmatul” determinat de diagnosticul „*bolnav incurabil*” și alienarea indusă de acesta.

E. Mansell Pattison (1977), de exemplu, a distins șase căi principale prin care poate fi acordată asistență operațională unor asemenea bolnavi:

(a) reducerea anxietăților, incertitudinii și șocului emoțional dat de diagnostic, prin asumarea unor responsabilități precise în raport cu situația bolnavului și împărtășirea, împreună cu acesta, a problemelor cu care se confruntă;

(b) clarificarea și punerea în ordine a problemelor specifice ale vieții pacientului, pentru a evita alte tulburări și șocuri emoționale;

(c) menținerea unui contact uman stimulat în tot cursul procesului apropierei de moarte;

(d) ajutorul acordat bolnavului pentru a menține o relație semnificativă între situația sa individuală și realitățile vieții, între el și cei apropiați de care începe să se izoleze;

(e) îndeplinirea trebuințelor fizice și psihice ale pacientului, fără a-l face să-și piardă respectul de sine;

(f) încurajarea bolnavului de a accepta situația sa dramatică cu demnitate.

Totuși, aceste căi de intervenție diferă, totuși, în funcție de stadiile prin care trece bolnavul și de caracteristicile lui individuale și social-culturale. Unii bolnavi reacționează diferit față de alții, confruntându-se, pe rând, cu sentimente

de neîncredere în diagnosticul dat de medic, cu trecerea de la emoția puternică la indiferența totală, cu dorința puternică de a muri mai rapid, cu speranța că nu este pierdut totul etc.

Stadiile menționate de E Kübler-Ross – aprecia C Charmaz (1980, p. 132) –, sunt, mai degrabă, consecința cererilor instituționale și ale trebuințelor personalului medical, decât un model „universal” al experienței morții. Din acest punct de vedere, etapa acceptării (resemnării), este, de fapt, un mijloc de a introduce un sens al „ordinei” în procesul de trecere în neființă, făcându-l pe pacient să-și accepte situația și să adopte o conduită corespunzătoare.

1.4. "Contextele de conștientizare" a morții iminente

Considerând procesul morții dintr-o perspectivă sociologică, B. Glaser și A. Strauss (1964, p. 120), care au utilizat observația participantă și interviul în mai multe spitale americane, au evidențiat procesul de interacțiune care se stabilește între pacienții incurabili și familiile lor, pe de o parte, și cu membrii personalului medical, pe de altă parte. Autorii menționați au elaborat următoarea tipologie a acestei interacțiuni, distingând patru „*contexte de conștientizare*” a morții iminente :

- *conștientizarea închisă (restrânsă)* – pacientul nu recunoaște că moartea sa este iminentă, deși ceilalți știu acest lucru;

- *conștientizarea presupusă* – pacientul bănuiește că va muri, dar ceilalți nu-i spun nimic despre acest lucru;

- *prefăcătoria reciprocă* – fiecare dintre părți, inclusiv pacientul, știe că moartea este inevitabilă, dar acționează și se comportă ca și cum prognosticul bolii ar fi optimist;

- *conștientizarea deschisă* – toate părțile recunosc deschis și discută între ei caracterul inevitabil al morții.

Aceste contexte de conștientizare nu grăbesc, așa cum consideră diferiți autori, procesul morții, ci determină doar modalitățile de interacțiune între pacient, membrii familiei lui și cei ai corpului medical, care, de cele mai multe ori, evită să recunoască dechis iminența morții. Conștientizarea deschisă a acestei iminențe permite, însă, atenuarea sentimentelor de alienare ale bolnavului incurabil.

În domeniul tanatologiei sociale există multiple alte preocupări ale

sociologilor, mai ales acelea care vizează contextele organizaționale în care se produce moartea indivizilor și care au un caracter din ce în ce mai „birocratizat” și mai puțin important pentru comunitate.

În spitale, de exemplu, în care au loc majoritatea deceselor, moartea nu mai este „controlată” de către individ sau familia sa, ci de către membrii personalului medical, care privesc decesul pacienților ca pe un eveniment predictibil sau ca un procedeu de rutină. Aceasta contribuie la fenomenul de „*depersonalizare*” a morții și chiar de „*criză*” a morții (Blauner, R., 1966, p. 394), în sensul că nu există, în prezent, abordări și definiții adecvate care ar putea individualiza esența acestui fenomen sau eveniment, așa cum se petreceau lucrurile în societățile tradiționale. R. Fulton (1976) vorbește, în acest sens, chiar de o „*deritualizare*” a funeraliilor, care devin, tot mai mult, un act formal, golit de conținut, care înlocuiește valențele sacre ale riturilor de altă dată ce aveau rolul important de a întări conștiința colectivă a unei comunități.

1.5. Eutanasia ca problemă etică

O preocupare relativ recentă a sociologilor în domeniul tanatologiei sociale o constituie *eutanasia* (*sinuciderea acceptată și asistată*), adică intervenția directă în grăbirea morții acelor care nu mai au nici-o șansă de supraviețuire.

În ultimele două decenii, dezbaterile legate de problemele etice și juridice ale eutanasiei au devenit, din ce în ce, mai frecvente, evidențiind interesul crescând pe care-l prezintă acest subiect atât în rândul medicilor sau al altor oameni de știință, cât și în rândul publicului. În mai multe țări, au fost publicate diferite cărți pe marginea acestui subiect și s-au constituit organizații speciale având scopul declarat de a oferi asistență acelor bolnavi afectați de boli letale, care doresc să le fie curmate suferințele. O serie de cazuri popularizate prin intermediul mass mediei au alimentat, la rândul lor, tendințele în creștere, favorabile practicării eutanasiei, accentuând ideea că aceasta nu este un act incompatibil cu exigențele etice sau cu cerințele imperative ale deontologiei medicale („*să nu faci rău*” bolnavului), ci un act care se impune chiar, cu necesitate, în anumite cazuri.

În Statele Unite, cazul pacientei Karen Ann Quinlan a provocat o mare emoție în rândul publicului și a stârnit aprige dispute în cadrul medicilor și juriștilor. Aceasta, aflată în stare complet nefuncțională, a *obținut dreptul* de a muri de abia după câțiva ani, după ce părinții săi au obținut o ordonanță specială

din partea tribunalului, care le-a permis să ceară medicilor decuplarea aparatelor care-i întrețineau, în mod *artificial*, viața.

În acord cu opinia mai multor experți, eutanasia este, mai înainte de toate, o problemă de *etică*, care implică nu numai opțiunea pacientului sau a medicului, ci întreaga comunitate. J. Rachels (1986) aprecia, în acest sens, că moralitatea „tradițională”, conform căreia scopul principal al bunăstării trebuie să-l reprezinte maximizarea *fericirii*, tinde, în prezent, să fie înlocuită cu o concepție etică utilitaristă, în virtutea căreia principalul obiectiv al bunăstării trebuie să-l reprezinte nu fericirea, ci *interesele* indivizilor. Ca urmare, așa cum sublinia Rachels (1986, p. 43; 180):

- dacă o anumită acțiune promovează cele mai bune interese ale unei persoane, atunci o asemenea acțiune este acceptabilă și chiar dezirabilă din punct de vedere moral;
- eutanasia se află în concordanță cu principiul promovării celor mai bune interese ale indivizilor;
- de aceea, ea este o practică acceptabilă din punct de vedere moral.

Cea mai dificilă problemă cu care se confruntă specialiștii în legătură cu eutanasia o constituie evaluarea oportunităților ei de aplicare, pentru a putea determina, cât mai precis, dacă este necesară sau nu în anumite cazuri, când trebuie aplicată și în ce condiții? F. Wolinsky (1988, p. 190-191) diferențiază, de exemplu, între eutanasia *activă*, constând în intervenția directă în provocarea morții individului, și eutanasia *pasivă*, care se referă la nonintervenție, pentru a lăsa o persoană să-și aleagă singură mijloacele de a muri.

Dincolo de această dilemă, există numeroase alte probleme cu privire la instituirea unor modalități adecvate de control asupra practicării eutanasiilor, pentru evitarea abuzurilor și funcționarea unor protocoale, care să specifice, fără ambiguități, condițiile de aplicare și procedurile aplicabile în diferitele cazuri, care solicită această intervenție.

Urmare a unor dezbateri prelungite asupra acestui subiect, în anul 2000, Parlamentul olandez a aprobat, cu o largă majoritate de voturi, legea privind autorizarea eutanasiilor, Olanda devenind, astfel, primul stat din lume care a autorizat această practică medicală, îndelung contestată. Potrivit legii olandeze, medicii vor putea, în condiții bine reglementate, să curme suferințele bolnavilor, care nu au nici-o șansă de vindecare, fără a fi urmăriți, pentru acest fapt, în justiție.

În prezent (2015), eutanasia a devenit o practică legală și în alte țări (vezi: Wikipedia.The Free Encyclopedia), printre care: Belgia, Columbia, Luxemburg, Elveția, Germania, Albania, Japonia și în șase state din Statele Unite (Washington, Oregon, Vermont, New Mexico, Montana și, recent, California).

*

Integrându-se unui domeniu distinct al sociologiei aplicate denumit *sociologie clinică*, preocupările de tanatologie socială și sociologie clinică câștigă tot mai mult teren, mai ales în domeniul evaluării și intervenției practice.

Cel mai adesea, sociologii clinicieni se ocupă de comportamentul social care apare spontan în situații problematice, la nivelul relațiilor interpresonale, grupurilor mici, organizațiilor, comunităților locale și chiar al comunității internaționale (Fritz M. J., 1990). În general, sociologia clinică este considerată ca o contraparte a psihologiei clinice, ale cărei acțiuni se desfășoară la nivelul grupului ca unitate de diagnostic și tratament (Rădulescu, M., S., 1993, p. 576-577). Contribuțiile ei, care își revendică tradițiile din preocupările Școlii de la Chicago, implică toate tipurile de situații problematice printre care abandonul copiilor, tulburările de comportament sau tendințele spre delincvență a acestora, conduitele antisociale ale unor adulți, divorțurile, avorturile, problemele „vârstei a treia”, cele cu care se confruntă bolnavii, persoanele maltratate și, nu în cele din urmă potențialii sinucigași, indivizii cu tentative singulare sau repetate de sinucidere.

2. Teorii clasice asupra suicidului ca fenomen social

Referindu-se la diversele interpretări de natură morală, filosofică sau religioasă ale suicidului din cursul timpului, E. H. Powell (1989, p. 5) sublinia următoarele: *„Pentru două secole și jumătate, filosofii au speculat asupra semnificației sinuciderii, dar nici unul dintre ei nu a studiat în mod sistematic fenomenul. Hume, Rousseau, Goethe, Montesquieu – toți având cel puțin un eseu asupra suicidului, și-au propus să răspundă la întrebări de genul dacă el este o crimă, un păcat, un drept inalienabil, o formă de autoeliberare. Până ce nu s-au acumulat statisticile asupra sinuciderii, în secolul al XIX –lea nu a fost posibil să obținem o evaluare empirică a fenomenului. Ulterior au intervenit contribuțiile lui Boismont (1856), Morselli (1882) și Durkheim (1899)”*.

Primele evaluări empirice ale fenomenului suicidal au vizat, cu precădere, cauzele sale determinante, cu caracter științific, deosebite de cele valorizate în interpretările anterioare de natură prioritar filosofică. Punând în evidență începuturile interpretării științifice (pozitiviste) ale sinuciderii, Cristina Brădățan (1999, p. 85) observa, de pildă, faptul că „*Secolul al XIX-lea aduce o schimbare în discuțiile asupra sinuciderii: începe să se discute mai mult despre cauzele fenomenului – sociale sau psihologice*”.

Primii cercetători care au abordat un asemenea subiect au legat sinuciderea de omucidere, ambele fiind considerate două impulsuri agresive cu caracter complementar.

O dată cu concepția lui Andre-Michel Guerry (1833), problematica sinuciderii începe să fie despărțită de cea a omuciderii, autorul francez constatând că, în Franța, harta sinuciderilor nu este altceva decât contrariul hărții omuciderilor, astfel că primele sunt mai frecvente în Nord, iar ultimele sunt mai frecvente în Sud.

Doi ani mai târziu, statisticianul și sociologul belgian Jacques Adolphe Quételet (1835) a constatat, ca o lege cu caracter „universal”, că sinuciderile sunt mai puțin frecvente în primii ani de viață, numărul lor crescând o dată cu vârsta indivizilor și fiind relativ mai mare în cazul bărbaților. De altfel, numărul de sinucideri în rândul categoriei de vârstă 65 de ani și peste, observa Quételet, comparat cu cel al sinuciderilor în grupul de vârstă între 15–24 ani, este de 9 la 3. Excepții de la această lege universală nu se întâlnesc decât în cazul etniilor aflate într-o „criză de adaptare” (eschimoși, amerindieni, negri americani etc.).

Criminologul italian E. Morselli (1879), reprezentant al școlii pozitiviste, a încercat, și el, să demonstreze corelația inversă existentă între infracțiunile contra persoanei și tendința de suicid.

2.1. Concepția lui Émile Durkheim asupra sinuciderii

Cel mai reprezentativ autor în domeniul interpretării sociologice a sinuciderii rămâne Émile Durkheim, a cărui concepție, elaborată la sfârșitul secolului al XIX-lea (1897), reprezintă încă și astăzi una dintre cele mai relevante și valide interpretări pe care analizele ulterioare nu au făcut altceva decât să o confirme și să o rafineze.

Până ca Durkheim să-și elaboreze concepția, cauzele suicidului erau explicate fie prin accentul pus pe „liberul arbitru” (dreptul individului la alegere), fie prin

accentuarea determinismului biologic (în sensul „predispozițiilor înnăscute”, care-l determină pe individ să se sinucidă).

Propunându-și să ofere o interpretare unitară a fenomenului sinuciderilor din epoca în care a trăit, fenomen asociat cu crizele și falimentele economice, Durkheim a conceput aceste crize drept un veritabil „barometru” al variațiilor și perturbațiilor din acest domeniu care determină amplificarea conduitelor suicidare. *„Din 1845 până în 1869 – sublinia sociologul francez – au existat trei asemenea simptome de criză, în timp ce creșterea anuală medie a numărului de falimente a fost în această perioadă de 3,2%, în 1847 creșterea anuală a fost de 26%, în 1854 de 37%, în 1861 de 20%. În cele trei momente de criză indicate s-a constatat și o creștere bruscă a numărului de sinucideri. Deși creșterea anuală medie a perioadei a fost 2%, anul 1847 a adus o sporire a numărului de sinucideri de 17%, 1854 o creștere de 8%, iar 1861 una de 9%”* (Durkheim, É., 1993, p. 194).

Ideea principală a lui Durkheim, formulată în lucrarea *Sinuciderea*, este aceea că sinuciderea este strâns legată de forțe și proprietăți sociale, care transcend simpla voință a individului. În același timp, tendința de sinucidere în diferite societăți are o coloratură proprie, care depinde, esențial, de caracteristicile societății respective.

Evitând să ia în considerare explicațiile de natură nonsocială, sociologul francez a încercat să rămână consecvent, în explicația sinuciderilor, propriei sale reguli metodologice conform căreia *„faptele sociale trebuie izolate de manifestările lor individuale”* și, în acest sens, *„cauza determinantă a unui fapt social trebuie să fie căutată printre faptele sociale antecedente, iar nu printre stările conștiinței individuale”* (Durkheim, É., 1974, p. 95, 151).

În calitatea sa de act de autoagresiune sau de autodestrucție, îndreptat contra individului însuși, sinuciderea părea să contrazică concepția utilitaristă, răspândită în epocă, în concordanță cu care scopul fundamental al acțiunii umane îl reprezintă căutarea interesului individual. Oponându-se acestei concepții, promovate de către filosofii englezi Jeremy Bentham și John Stuart Mill, Durkheim și-a propus să demonstreze că rata sinuciderilor în cadrul populației nu poate fi explicată pornind de la caracteristicile personale ale indivizilor, ci numai prin evidențierea influențelor și „presiunilor” exercitate de către societate asupra indivizilor și care determină ceea ce Durkheim a denumit *„curente suicidogene”*.

Din acest punct de vedere, variațiile sinuciderilor nu pot fi evaluate prin intermediul unor variabile extrasociale, așa cum sunt stările psihice ale individului (ipoteză des folosită în epoca în care a trăit Durkheim) sau factorii cosmici

(ipoteză la fel de seducătoare), ci numai prin analiza tendințelor existente în societate. Un argument principal, în acest sens, îl reprezintă faptul că numărul total de sinucideri în cadrul unei populații este constant în fiecare an. Există – observa Durkheim (1993, p. 262) – „*pentru fiecare societate, un număr definit de sinucideri pe o perioadă de timp determinată*”. Cauza acestei legități constante o constituie așa-numitele „curențe suicidogene”, care apar la nivelul societății și care nu sunt comportamente, ci curențe de opinie sau stări morale cu caracter social, care apar ori de câte ori echilibrul unei societăți apare amenințat.

În ceea ce privește definiția sinuciderii, ca atare, Durkheim a observat că nu orice moarte asumată voluntar este o sinucidere: *Acela care „moare de mâna călăului este, în aceeași măsură, autorului propriului sfârșit, ca și în cazul în care și-ar fi dat el însuși lovitura mortală”* (Durkheim, É., 1993, p. 10).

Date fiind contradicțiile semantice ale noțiunii de sinucidere, Durkheim (1993, p. 10-13) a elaborat mai multe definiții ale acestui fenomen:

(a) sinuciderea poate fi desemnată ca „*orice moarte care rezultă mijlocit sau nemijlocit dintr-un act pozitiv sau negativ săvârșit de victima însăși*”. O asemenea definiție nu poate face, însă, distincția între sinuciderea patologică și cea normală, nediferențind actul comis de un bolnav psihic și de către o persoană normală psihic;

(b) sinuciderea este „*o omucidere intenționată a propriei persoane*”. Dar nici o asemenea definiție, observa Durkheim, nu este adecvată, întrucât ea atribuie victimei un mobil potențial care poate să nu corespundă cu cel real. În plus, sinuciderea nu apare numai în cazurile în care individul dorește să moară, cazul unui soldat care se sacrifică pentru regimentul său, al martirului care moare pentru credința sa, sau cel al mamei care își dă viața pentru copilul său fiind exemple sugestive pentru ideea că moartea asumată voluntar poate fi și o „*condiție regretabilă*”;

(c) „*se numește sinucidere orice caz de moarte care rezultă direct sau indirect dintr-un act pozitiv sau negativ, săvârșit de victima însăși, și despre care aceasta știe ce rezultat va produce*”. Această definiție, credea Durkheim, este cea mai potrivită, întrucât acoperă toate semnificațiile precedente, indicând că victima a comis actul suicidar în cunoștință de cauză, știind la ceea ce trebuie să se aștepte ca urmare a acestei decizii. Fie că este agentul conștient al propriului său deces, fie că este agentul său inconștient, sinuciderea reprezintă un „abandon”, o renunțare voluntară la viață. La rândul ei, tentativa de sinucidere este un act definit la fel ca o sinucidere, dar oprit înainte ca moartea să

se producă.

Analizând în mod comparativ statisticile asupra sinuciderii existente într-o serie de țări europene, Durkheim a ajuns la concluzia că ratele de sinucidere nu pot fi explicate prin atribute individuale, factori de natură biologică sau stări psihice. Pentru el, sinuciderea semnifica *un fapt social* dependent de gradul de coeziune sau de integrare socială, de starea „conștiinței colective”, în ansamblul său. Dacă dorim să aflăm de unde provine sinuciderea considerată ca fenomen colectiv, ar trebui să o analizăm în „*forma sa colectivă*”, sublinia Durkheim (1993, p. 108).

Sinuciderea nu poate fi, deci, interpretată decât în raport cu anumite stări ale mediului social, fiecare grup social sau fiecare societate având particularități distincte, care le determină pe cele individuale. Dar, în același timp, există o serie de trăsături comune pentru toate societățile constând în faptul că există „*o forță superioară ce le canalizează în aceeași direcție și a cărei intensitate, mai mică sau mai mare, scade sau amplifică numărul de sinucideri... Cu alte cuvinte, fiecare popor are în mod colectiv o tendință spre sinucidere care îi este proprie și de care depinde importanța tributului pe care îl plătește morții voluntare*” (Durkheim, É., 1993, p. 247). Acest lucru este dovedit, sublinia Durkheim (1993, p. 247-261), de faptul că, *atât timp cât societatea nu se schimbă, numărul de sinucideri rămâne constant*. Fiecare societate exercită, în acest sens, influențe sau presiuni, determinând așa-numite „curente suicidogene” sau stări „de opinie” cu caracter generalizat, pe care Durkheim (1993, p. 113, 225) le-a clasificat în felul următor: starea de egoism, starea de altruism, starea de anomie și starea de fatalism. Aceste stări sau curente de opinie dau naștere, la rândul lor, următoarele tipuri de sinucidere:

(1) sinucidere *egoistă* – este un produs al integrării sociale insuficiente a indivizilor, o rezultată a individualizării excesive. Egoismul, nota Durkheim (1993, p. 169), „*nu este un factor auxiliar, ci chiar cauza sa generatoare (a sinuciderii – subl.ns.)*. *Dacă ceea ce îl leagă pe om de viață dispăre, înseamnă că a dispărut chiar legătura lui cu societatea*”. Sinuciderile egoiste apar atunci când societatea nu mai este suficient de încheată, când legăturile între ea și individ se rup și când acesta din urmă nu mai speră să realizeze scopurile propuse. „*Sinucigașul egoist se distinge printr-o depresiune generală, manifestată fie printr-o apatie melancolică, fie printr-o indiferență epicuriană*” (Durkheim, É., 1993, p. 231). Protestanții, de exemplu, se sinucid în număr mai mare decât catolicii, iar numărul de sinucigași înregistrat de celibatari sau văduvi este mai

mare decât cel al sinucigașilor căsătoriți. Explicația constă în gradul de atașament față de grup și în presiunile diferite exercitate de acesta. Protestantismul se caracterizează printr-o mai mare libertate religioasă și printr-o presiune morală mai scăzută decât catolicismul, care este definit de reguli mai riguroase și de practici religioase în raport cu care indivizii nu pot manifesta nici-o inițiativă personală. La rândul său, statutul celibatarului sau al văduvului implică mai mult individualism și mai multă libertate morală, decât statusul marital, „societatea familială” exercitând mai multe presiuni asupra individului pentru a se integra. În lipsa unui sprijin adecvat din partea grupului, individul este integrat în mod deficitar, iar această integrare deficitară poate determina tipul de sinucidere egoistă, care variază invers proporțional cu gradul de socialitate și direct proporțional cu gradul de individualizare a persoanei;

(2) sinuciderea *altruistă* – constituie efectul contrar al integrării excesive a indivizilor, adică al unei pronunțate lipse de individualizare. Omul se poate sinucide, nu numai când este integrat deficitar, dar și când este integrat peste măsură. Un exemplu sugestiv îl reprezintă sinuciderea bărbaților ajunși la bătrânețe sau atinși de boală, cea a femeilor la moartea soțului și cea a sclavilor ori supușilor la moartea stăpânului. În toate aceste cazuri, sinuciderea apare întrucât societatea ține individul prea dependent de ea, în așa fel încât acesta nu-și mai poate aparține sie însuși. Moartea martirilor creștini sau sinuciderile soldaților care preferă moartea în locul umilinței înfrângerii fac parte din aceeași categorie de sinucideri altruiste, care variază invers proporțional cu gradul de individualizare și direct proporțional cu gradul de socialitate sau de integrare socială a persoanei.

În toate cazurile menționate, sublinia Durkheim, „*omul își ia viața nu pentru că și-ar lua singur dreptul s-o facă, ci pentru că are datoria să o facă, ceea ce e cu totul altceva (...). Societatea îl constrânge, deci, să se autodistrugă. Ea intervine, bineînțeles, și în cazul sinuciderii egoiste, însă într-un mod total diferit. Într-un caz, societatea îl împinge pe om la detașarea de existență, în celălalt îl obligă să pună capăt acesteia; prima dată, sugerează sau cel mult sfătuiește; în cazul al doilea, obligă și stabilește condițiile și circumstanțele îndeplinirii obligației*” (Durkheim, É., 1993, p. 173). Sinuciderea altruistă este una activă și generoasă, asumată, de cele mai multe ori, în mod voluntar, în condițiile în care individul crede că ea va putea servi celorlalți;

(3) sinuciderea *anomică* – este produsul unei insuficiente reglări normative și, implicit, al lipsei de determinare a scopurilor acțiunii umane. În mod obișnuit, rolul normelor sociale constă în orientarea acțiunii, în așa fel încât mijloacele să fie

adecvate scopurilor, dorințele (aspirațiile) indivizilor să fie în concordanță cu posibilitățile lor, iar nevoile să nu depășească strictul necesar și echitabil. Perioadele de criză, însă, dar și cele de abundență materială fac ca normele sociale să nu mai funcționeze cum trebuie, dislocând echilibrul social stabilit, astfel că relația normală între scopuri și mijloace este perturbată, acțiunea depășește limitele permise, dorințele indivizilor nu mai cunosc limite, iar nevoile lor apar excesive în raport cu posibilitățile de a le satisface. În acest sens, frâna impusă de societate asupra acțiunilor indivizilor își suspendă temporar funcționalitatea, ceea ce are drept consecință instaurarea stării de *anomie*.

Durkheim a reluat, în acest context, tema „răului de infinit” (a „infinitului fără margini”), prezentă în lucrarea *Diviziunea muncii sociale* (1893): „*Dorințele scăpate din frâu nu mai știu unde să se oprească și, de altfel, se găsesc într-o stare de exaltare naturală, prin simplul fapt că vitalitatea generală este mai intensă. Prada mai bogată le stimulează, le face mai exigente, mai nerăbdătoare în respectarea regulilor, exact în momentul când regulile tradiționale își pierd autoritatea. Starea de dereglare sau de anomie este întărită de faptul că pasiunile sunt mai puțin disciplinate exact în momentul când ar avea nevoie de mai multă disciplină*” (Durkheim, É., 1993, p. 205).

Există - observa celebrul sociolog - atât o anomie a crizei, cât și a abundenței în care dorințele indivizilor se manifestă exacerbat, scala valorilor este răsturnată, astfel că nu se mai știe ce este sau nu posibil, ce este sau nu moral, just sau injust, în care se estompează diferențele între revendicări și speranțe legitime și în care dispar vechile principii care asigurau anterior repartitia și satisfacerea nevoilor individuale. Ca urmare a crizelor economice, unii indivizi sunt declassați din condiția socială avută inițial, într-o nouă condiție resimțită ca fiind intolerabilă, ceea ce determină scăderea dorinței lor de a mai trăi. Pe de altă parte, perioadele de bunăstare și prosperitate economică propulsează pe unii indivizi într-o condiție superioară, de la înălțimea căreia pretind din ce în ce mai mult, fără a fi niciodată satisfăcuți, stare care determină, de asemenea, frustrări puternice și, implicit, tendințe de sinucidere. Sinuciderea anomică se datorează, deci, deficitului de reglare socială, care are două consecințe principale: fie limitează excesiv acțiunea indivizilor (în cazul crizelor economice), fie determină absența limitelor acțiunii care nu mai are obiect și finalități precise (în cazul perioadelor de prosperitate economică)

Ocupându-se de raporturile existente între rata sinuciderilor și crizele economice, Durkheim a analizat anomia, în lucrarea *Sinuciderea*, într-un context

diferit de cel schițat în lucrarea anterioară (*Diviziunea muncii sociale*) Astfel, prin criză el nu mai înțelege falimentele sau perioadele de depresiune economică, ci numai simplele perturbații economice. Dar la fel ca și în prima lucrare, în lucrarea *Sinuciderea*, noțiunea de anomie este utilizată pentru a sintetiza stările de lucru existente în lumea economiei, a industriei și a comerțului, unde anomia are un caracter „cronic”. În timp ce în prima lucrare, Durkheim menționa absența unei reglementări de tip juridic, în cea de-a doua lucrare, el viza absența unei reglementări de tip economic, fiind vorba, deci, de o anomie economică, ca atare. Pe de altă parte, anomia poate caracteriza și relațiile între sinucidere și divorț. *„Divorțul – observa el – presupune o slăbire a reglementării matrimoniale. Acolo unde divorțul este posibil, acolo mai ales unde legea și morala îl acceptă sau îl favorizează, căsătoria este o formă slăbită a ei înșiși și nu-și mai realizează influența benefică. Limita pe care o impunea dorințelor este zdruncinată, pasiunea se supune tot mai puțin constrângerilor”* (Durkheim, É., 1993, p. 222). *„Dezvoltarea paralelă a divorțurilor și sinuciderilor provine deci din starea de anomie conjugală, produsă de instituția divorțului”* (Durkheim, É., 1993, p. 222-223) și care afectează, mai ales, bărbații. Divorțul, aprecia Durkheim în raport cu concepția dominantă în epocă, nu afectează la fel pe femeie, deoarece pentru limitarea dorințelor acesteia, „natural temperate”, căsătoria nu-i este absolut necesară, la fel ca în cazul bărbatului (1993, p. 222). Ca o altă varietate de sinucidere anomică, Durkheim menționa „anomia sexuală” a celibatarilor bărbați, care determină, între vârsta de 20 și 45 de ani, o creștere de aproximativ patru ori a numărului de sinucideri în rândul acestei categorii;

(4) sinuciderea *fatalistă* – reprezintă un produs al reglării normative excesive și al unei discipline morale resimțite ca fiind extrem de constrângătoare. Deși, Durkheim nu s-a ocupat de asemenea tip de sinucidere, ca atare, menționând-o doar într-o notă de subsol, ea este un produs logic al clasificării pe care a efectuat-o. În acest sens, el preciza următoarele: *„Din considerațiile anterioare vedem că există un tip de sinucidere opus sinuciderii anomice, așa cum sinuciderea egoistă se opune celei altruiste. Este vorba de moartea voluntară rezultată dintr-un exces de constrângere: cea pe care o comit subiecții al căror viitor este închis fără milă, ale căror pasiuni sunt comprimate violent de către o disciplină asupritoare. Este sinuciderea soților prea tineri, a soției fără copii. Ar trebui deci să constituim un al patrulea fel de sinucidere; el este însă lipsit de importanță azi din cauza numărului redus de cazuri. Poate avea însă o*

însemnătate istorică, referindu-se desigur la sinuciderile sclavilor..., la toate morțile voluntare care pot fi atribuite exceselor despotismului material și moral. Pentru a reliefa caracterul ineluctabil și inflexibil al regulii stricte, în opoziție cu expresia „anomie” pe care am folosit-o, am putea numi acest ultim gen de moarte voluntară «sinucidere fatalistă» (Durkheim, É., 1993, p. 225).

Exemplul cel mai ilustrativ al acestui tip de sinucidere îl constituie persoanele a căror viitor este îngădit fără milă și a căror dorințe sunt reprimite profund de o situație fără ieșire. Este cazul sclavilor care se sinucideau datorită exceselor puterii despotice, al deținuților care resimt ca fiind intolerabile servituțile disciplinei închisorii, al femeilor căsătorite, fără copii, care se sinucid pentru a se elibera de constrângerile și vicisitudinile mariajului etc.

Deși divorțul a fost privit, în general, de Durkheim ca o cauză de sinucidere anomică, el nu a considerat că el acționează direct, ci prin intermediul altor factori, printre care sexul și mediul de apartenență au un rol principal. În mediul rural („în provincie”, observa Durkheim), unde constrângerile sunt mai mari pentru femei, sinuciderile au un caracter fatalist, iar în mediul urban, unde lipsa de constrângere este mai caracteristică pentru bărbați, sinuciderile iau forma tipului anomic. Cei căsătoriți sunt mai imuni la sinucidere decât celibatarii, dar aceste raporturi între căsătorie și celibat se nuanțează prin efectul contextului ecologic. Din punct de vedere sexual, instinctele sexuale diferențiate ale bărbatului sau ale femeii determină și ele diferențieri în tipul de sinucidere practică de aceștia. Caracterul *nelimitat* al dorinței genezice la bărbat determină, adeseori, anomia sexuală și, implicit, sinuciderea cu acest caracter, în timp ce natura *limitată* a dorinței sexuale la femeie se regăsește în căsătoria monogamică, cu servituțile ei, care influențează sinuciderea cu caracter fatalist.

Deși extrem de sugestivă și de relevantă, concepția lui Durkheim a fost supusă mai multor critici, dintre care următoarele sunt mai relevante:

(a) tipurile de sinucidere evidențiate de el implică o serie de neclarități sau echivocuri conceptuale și interpretative. De exemplu, nu există o distincție clară între sinuciderea anomică și cea egoistă, ambele fiind legate între ele (Gibbs, J., P., 1961, p. 255). Astfel, anomia, prin lipsa de determinare a scopurilor acțiunii, generează egoism, întrucât fiecare individ va căuta să-și realizeze scopurile indiferent de ceea ce fac ceilalți indivizi. La rândul său, fatalismul poate fi interpretat și ca o anomie „regresivă” (Besnard, Ph., 1987, p. 93-98; Rădulescu, S., M., 2006, p. 169), în sensul că implică declasarea individului

din condiția avută anterior și incapacitatea de adaptare la noile condiții;

(b) nu întotdeauna, observațiile lui Durkheim sunt sprijinite de evidența empirică, sociologul francez ignorând definiția explicită a noțiunii de integrare socială sau necesitatea stabilirii unui set de criterii riguroase de măsurare a acestei noțiuni (Clinard, M., B., Meier, R., F., 1979, p. 501). În acest sens, Ronald Moris (1969) a propus înlocuirea noțiunii de integrare socială cu cea de constrângere socială;

(c) Durkheim nu a stabilit o bază empirică pentru predicția sinuciderii, ci doar a elaborat interpretări *ex post facto* (exterioare și posterioare comiterii suicidului)-(Gibbs, J., P., 1961, p. 255-256), motiv pentru care concepția lui nu poate fi testată riguros;

(d) tipurile de sinucidere stabilite de Durkheim sunt, mai degrabă descriptive, decât explicative, ele neavând capacitatea să explice pentru ce anumite persoane care fac parte din categoriile menționate se sinucid, în timp ce altele nu o fac (Sue, D., Sue, D., Sue, S., 1990, p. 355).

Unele din aceste obiecții nu ni se par întemeiate. În lucrarea *Între Homo Sociologicus și Homo Sociologicus* (Rădulescu, S., M., 2006), am încercat să demonstrăm că, noțiunile utilizate de Durkheim, mai ales cea de anomie, au determinat și mai determină încă o serie de erori de înțelegere și distorsiuni interpretative, datorate, între altele, și sensurilor contradictorii cu care sociologul francez a utilizat termenii. În acest sens, concepția durkheimiană asupra sinuciderii a fost și mai este privită, încă, ca o teorie „operațională”, care implică două variante principale (Besnard, Ph., 1987, p. 50-51:

- *integrarea socială* – constând în gradul de atașament al indivizilor la valorile „conștiinței colective” și a cărei deficit sau exces dă naștere sinuciderilor de tip egoist sau altruist;

- *reglarea socială* – constând în capacitatea autorității colective de a impune limite acțiunii umane, și a cărei deficit sau exces determină sinuciderile de tip anomic sau fatalist.

- integrare socială +
egoism altruism

- reglare normativă +
anomie fatalism

Totuși, o distincție foarte precisă între cele două variabile este foarte greu de făcut, mai ales că însuși Durkheim a elaborat interpretări echivoce și chiar

divergente între ele. Lectura atentă a concepției lui lasă să se întrevadă faptul că integrarea socială are, ea însăși, funcții reglatoare, ceea ce înseamnă că cele patru tipuri de sinucidere nu se pot trata în mod separat, așa cum cred unii critici ai concepției lui Durkheim. De exemplu, absența reglării oferite de normele morale este o stare echivalentă cu absența integrării sociale, în condițiile în care această coeziune se referă și la capacitatea grupului de a produce și aplica norme. Aceasta constituie un argument puternic pentru a nu trata sinuciderea anomică, în mod separat de celelalte forme de sinucidere. Egoismul (ca izolare de societate) și anomia (ca absența unui scop) pot fi folosite intersanjabil, ambele caracteristici fiind determinante puternice ale sinuciderii.

Exceptând asemenea contradicții, analiza efectuată de Durkheim constituie prima teorie sociologică nuanțată asupra sinuciderii, tratată, pentru prima dată, ca un fenomen social, determinat de cauze sociale și nu de cauze biologice sau psihologice.

2.2. Cauzele sociale ale sinuciderii în concepția lui Maurice Halbwachs

La fel ca și Durkheim, Maurice Halbwachs (1930) a efectuat o analiză a statisticilor asupra sinuciderilor, nu înainte de a sublinia o serie de dificultăți și erori în înregistrarea acestora sau în analiza lor comparativă pe țări și regiuni.

De exemplu, înregistrarea sinuciderilor este o sarcină administrativă care revine membrilor oficiilor (birourilor) statistice, care nu au timpul necesar să efectueze o analiză detaliată și nu pot îndeplini, deci, evaluări riguroase așa cum procedează sociologii. În plus, în nici-o țară nu există procedee similare de înregistrare a sinuciderilor, ceea ce face dificile comparațiile în acest domeniu. În unele țări se înregistrează sinuciderea drept cauză a morții, în alte țări este înregistrat doar decesul ca atare, fără nici-o mențiune. Există, pe de altă parte, nenumărate autorități care participă la procesul de înregistrare a sinuciderilor printre care medici, polițiști, reprezentanți ai administrației judiciare etc., și, date fiind legislațiile diferitelor țări, unele din acestea consideră tentativele de sinucidere ca un delict.

Toate aceste surse și procedee de înregistrare pot provoca o serie de erori sau distorsiuni, cu atât mai mult cu cât multe sinucideri sunt disimulate sub forma unor accidente. Se poate admite – sublinia Halbwachs – că cel puțin un sfert din decese scapă oricărui control științific. Idei elaborate de către Durkheim în acord cu care proporția sinuciderilor rămâne constantă într-un larg interval de

ani, Halbwachs (1930, p. 38) i-a adăugat sublinierea că această constantă a sinuciderilor rezultă din „*constanța forțelor care produc disimularea sinuciderilor*”. Atunci când, de exemplu, sentimentele familiale se adaugă sentimentelor religioase, această disimulare este și mai mare, date fiind tentativele frecvente ale membrilor familiei sau ai comunității religioase de a ascunde caracterul voluntar al deceselor unuia dintre membrii lor.

Numai așa se poate explica – credea Halbwachs – că celibatarii sau văduvii se sinucid mai frecvent decât cei căsătoriți sau că numărul sinuciderilor în rândul catolicilor este mai mic decât în rândul altor confesiuni religioase.

Pentru a suplini aceste deficiențe cu caracter statistic care introduc distorsiuni în statistica sinuciderilor, Halbwachs a propus, în acord cu o idee anterioară a statisticianului Michel Guerry, analiza diverselor mijloace (metode) utilizate în scopul sinuciderii. Din acest punct de vedere, toți statisticienii sunt de acord cu faptul că proporția diferitelor mijloace utilizate pentru comiterea suicidului prezintă, de la un an la altul, o constantă remarcabilă. Însuși Durkheim (1999, p. 237) observase acest lucru, subliniind faptul că „*frecvența relativă a diferitelor metode de sinucidere rămâne aproape invariabilă în cadrul unei anumite societăți, dar variază sensibil de la o societate la alta. Fiecare popor are deci, un tip de moarte preferat, iar ordinea preferințelor se schimbă foarte greu, fiind chiar mai constantă decât cifra totală a sinuciderilor*”.

Însă studiul modalităților de comitere a suicidului, a subliniat Halbwachs, nu ne poate învăța nimic asupra sinuciderii ca atare, întrucât aceste modalități nu reprezintă decât un aspect superficial și exterior al deceselor voluntare. Totuși, prin faptul că sunt direct observabile, spre deosebire de sentimentele umane care nu sunt observabile, ele reprezintă fapte obiective, „lucruri” în sensul postulat de Durkheim, care pot fi evaluate fără nici-un fel de judecăți de valoare.

Examinarea diverselor mijloace utilizate, în diverse țări pentru săvârșirea actelor de sinucidere este dependentă de tradiții, obiceiuri și stiluri de viață culturale. Sinucigașii englezi, de exemplu, preferă să se otrăvească, cei germani să se spânzure, francezii par să prefere înecul, în timp ce italienii sau spaniolii optează, mai ales, pentru armele de foc. Există deci un raport constant între alegerea mijloacelor de sinucidere și cauzele sinuciderilor. Fiecare grup social, național sau regional (rural-urban) își are rata sa proprie de sinucidere, explicabilă și prin preferințele pentru o anumită metodă de suprimare a vieții (Halbwachs, M., 1930, p. 66).

Analiza cauzelor sinuciderilor de către M. Halbwachs este extrem de

laborioasă, sociologul francez ocupându-se, în mod detaliat de diversele variabile explicative care determină ratele suicidului, așa cum sunt: sexul, vârsta, ocupația, naționalitatea, zona geografică, starea civilă, apartenența religioasă, evenimentele economice și politice (crizele, în general), bolile psihice etc.

În baza analizei statistice întreprinse, Halbwachs a ajuns la concluzia că sinuciderea nu poate fi definită ca un act individual îndeplinit de victimă, cu intenția de a-și produce moartea, întrucât nu este posibil de a stabili precis intențiile sinucigașului. La această concluzie ajunsese și É. Durkheim (1993, p. 11), care subliniase că *„intenția este un lucru prea intim pentru a fi intuit din afară altfel decât prin aproximații grosiere”*.

Totuși, dacă nu se pot cunoaște, întotdeauna, intențiile sinucigașului, ele se pot prezuma, iar mijloacele alese pentru comiterea sinuciderii pot oferi anumite indicații asupra sensului unor acte de sinucidere. Sinuciderea, conchidea M. Halbwachs (1930, p. 457), urmând îndeaproape concepția lui Durkheim, nu este atât un act individual, cât un act determinat social, care apare ca o formă de constrângere impusă individului de diferite atitudini și valori sociale ori culturale printre care resemnare, sacrificiu, acceptare și chiar adeziune tacită. Deoarece numărul de sinucideri rămâne constant de la un an la altul, totul se petrece ca și cum societatea fixează, ea însăși, dinainte extensia sacrificiului pe care ea îl autorizează pentru o parte din membrii săi Aceasta înseamnă că sinucigașul nu decide sau nu-și alege moartea dintr-o voință proprie decât în aparență. *„(...) El cedează unor forțe mai puternice decât el”* (Halbwachs, M., 1930, p. 461), care sunt impuse de societatea din care face parte.

Pe de altă parte, societatea modernă, care privește sinuciderea ca un delict la adresa caracterului sacru al vieții, impune individului sacrificiul de a nu renunța la această viață și de a îndura privațiunile ei. De aceea, sinuciderea este privită de societățile moderne ca o „dezertare” sau ca un „act de lașitate”, deși, adeseori, actul sinucigaș poate implica o revoltă contra societății.

Există, deci, o ambiguitate a naturii sinuciderilor din societățile moderne: pe de-o parte, societatea condamnă sinuciderea, pe de altă parte ea comandă victimei să se sinucidă, mai ales în cazul așa-numitelor „sacrificii ispășitoare” în cadrul cărora individul își ia viața ca urmare a unor greșeli săvârșite față de societate. Acest lucru este demonstrat, de exemplu, de faptul că, adeseori, omuciderea este urmată de sinuciderea ucigașului Asemenea cazuri sunt, însă, rare, în alte cazuri, sinuciderile luând forma unor acte de exasperare, furie, revoltă sau răzbunare Dar, și în aceste cazuri, în care individul se revoltă

contra societății sau grupului social din care face parte, sinuciderea pare comandată de forțe sociale: „întreaga tristețe și melancolie colectivă se întrupează în el (în sinucigaș - subl.ns.), se ridică, prin ele (aceste forțe sociale – subl. ns.), la o conștiință și mai înaltă de sine (...). Nu în el, ci în societate, omul care suferă percepe cel mai bine imaginea propriului său destin” (Halbwachs, M., 1930, p. 47).

CASETA 1

„(...)Fiecare persoană care se sinucide are propriile motive: intime, necunoscute și extrem de tulburătoare. Nu e ceva neobișnuit ca o persoană să cadă pradă disperării și să se sinucidă chiar și din cauza unor chestiuni care pentru unii sunt minore. Când se simt rănite și nu pot să facă nimic în acest sens, victimele văd în propria lor moarte un mijloc de a se răzbuna pe cei ce le cauzează suferință. Astfel, aceștia pot încerca să-și pună capăt zilelor când ajung să aibă probleme la școală sau să fie certați cu legea, când suferă o decepție, când sunt copleșiți de griji legate de viitor sau când au probleme financiare. La adulți, problemele financiare sau cele legate de locul de muncă sunt evenimente declanșatoare des întâlnite. «Omul intră într-o regresie în ceea ce privește încrederea în propria persoană, nu se mai apreciază, nu mai găsește niciun fel de resursă emoțională în a se valoriza. Acest fenomen apare pe fondul unor schimbări radicale în viața unei persoane. S-a observat că, atunci când există o instabilitate din punct de vedere financiar, apar cele mai multe sinucideri», explică psihoterapeutul Cristina Gemănaru. Mesajele întâlnite foarte des în bilețelele lăsate de cei ce se sinucid sprijină această convingere. Expresii cum ar fi „Nu mai suport” sau „La ce bun să mai trăiesc?” arată o dorință profundă de a scăpa de realitățile crude ale vieții. Dar, așa cum a explicat un specialist în materie, comiterea unui suicid „se aseamănă cu tratarea unei răceli cu o bombă nucleară”. Specialiștii spun că cei care lasă bilete de adio îi învinovătesc pe cei lăsați în urmă de ceea ce au făcut.

«Cei care lasă un bilet de adio sunt cei care își doresc să transmită un mesaj extrem de dureros către familie, că într-o oarecare măsură și ei sunt responsabili de ceea ce li s-a întâmplat, iar ceilalți, care nu lasă un bilet de adio, nu-și doresc să învinovătească sau să pună pe umerii celor lăsați în urmă gestul lor», spune medicul (...). «Există și persoane care nu reușesc să facă față unei despărțiri, atât în ceea ce privește o relație, dar și în cazul în care apare decesul unei persoane dragi. Mai există acea categorie de victime care recurg la astfel de gesturi dramatice atunci când au deformat propria persoană, adică se consideră slabi emoțional, psihic, nu reușesc să facă față în niciun fel de situație și atunci există o ultimă soluție: sinuciderea. Foarte mare atenție trebuie să avem la perioadele depresive prin care trece victima. Poate acestea nu par un semnal mare de alarmă, dar la un moment dat, când aceste depresii încep să apară în mod constant, persoana trebuie sprijinită emoțional», explică psihoterapeutul” (Iliescu, Andreea, De ce se sinucid constantenii? Ce înseamnă biletul de adio, în „Cuget Liber”, 23 octombrie 2013; conform cu <http://www.cugetliber.ro/stiri-eveniment-de-ce-se-sinucid-constantenii-ce-inseamna-biletul-de-adio-195309>).

Spre deosebire de Durkheim, Halbwachs a subliniat faptul că nu numai *cauzele* sinuciderii dar, și *motivele* individuale ale sinucigașilor (vezi și Caseta 1) sunt determinate de tipul de societate, de credințele, cutumele, normele și valorile acesteia. Plasate în mediul social, circumstanțele particulare ale sinuciderilor nu reprezintă altceva decât o expresie a tendințelor generale existente în societate.

3. Cauze și motivații ale actului suicidar

3.1. *Intențiile sinucigașului între intuire și deducție*

În concordanță cu ideea susținută încă de M. Halbwachs în prima parte a secolului al XX-lea, o parte dintre specialiștii în domeniul suicidologiei au plecat de la premisa că între cauzele și motivațiile sinuciderii există o deosebire esențială.

Problema cauzelor suicidului, la fel ca și cea a intențiilor sinucigașului reprezintă, de altfel, una dintre cele mai dezbătute chestiuni în domeniul suicidologiei. Așa cum observa, cu îndreptățire, Jack P. Gibbs (1968, p. 13), nu există o definiție unanim acceptată a sinuciderii, astfel că orice act de deces calificat ca sinucidere este, în mod necesar, „inferențial”, adică bazat pe deducții și nu pe certitudini, în așa fel încât, adeseori, bazate pe declarațiile apropiaților sinucigașului, autoritățile pot decide că nu este vorba de sinucidere. Aceasta se întâmplă, cel mai adesea, atunci când nu se poate cunoaște, cu siguranță, dacă este vorba de o sinucidere sau un accident. Pentru acest motiv, multe sinucideri sunt raportate ca fiind accidente, lipsind, astfel, din statisticile oficiale asupra suicidului.

În baza analizelor statistice pe care le-a întreprins, Maurice Halbwachs (1930, p. 66), de exemplu, a subliniat faptul că sinuciderea nu poate fi definită ca un act individual îndeplinit de victimă, cu scopul de a-și produce moartea, întrucât nu este posibil de a stabili precis intențiile sinucigașului. La această concluzie ajunsese și É. Durkheim (1993, p. 11), care subliniase că „*intenția este un lucru prea intim pentru a fi intuit din afară altfel decât prin aproximații grosiere*”.

Deși, dacă nu se pot cunoaște, întotdeauna, intențiile sinucigașului, sinuciderea constituind o mare necunoscută, menționa Halbwachs, aceste intenții pot fi intuite sau presupuse, în condițiile în care *sensul* unui act suicidar poate fi

descifrat pornind de la investigarea mijloacelor alese pentru comiterea acestui act. La fel ca și Émile Durkheim, Maurice Halbwachs a definit suicidul ca o conduită determinată și „constrânsă” social de atitudinile existente în societate și care implică, între altele, chiar acceptarea morții ca atare. Nu cel care alege să se sinucidă decide, prin propria voință, acest fapt, ci societatea prin forțele coercitive pe care le impune. Atât cauzele, cât și intențiile (motivațiile) sinucigașilor sunt determinate și condiționate de credințele, tradițiile, normele și valorile sociale.

3.2. „Descifrarea sensului” actului suicidar

Plecând de la necesitatea descifrării *sensului* unui act de sinucidere, experții suicidologi enumeră următoarea „confruntare” între ideea sinucidă, *semnalele* sau *semnele* care par a veni din perspectiva insider-ului (a victimei) și *interpretările* date de outsideri (cei care interpretează aceste semne)-(vezi *Making sense of suicide*):

(a) *Cât de rău se simte victima?* Oamenii cred, adeseori, că sinuciderea este un „barometru” al modului în care se simt aceia care doresc să se sinucidă. Dacă unele persoane se simt rău, este de presupus că ele nu se simt chiar atât de rău încât să se sinucidă. În realitate, un asemenea mod de gândire ignoră un factor important circumscris unui risc suicidar potențial;

(b) *Sinuciderea este un act de lașitate sau de eroism?* Această întrebare este irelevantă și distrage atenția de la problemele implicate de ideea sinucidă;

(c) *Sinuciderea rezolvă problemele individului?* Un asemenea mod de gândire, tributar individualismului specific culturilor occidentale, ne împiedică să-i ajutăm pe aceia care cred că sinuciderea este singura soluție dată unor probleme cu care se confruntă;

(d) *Actul de suicid va face ca membrii anturajului victimei (familia, prietenii etc.) să se simtă mai bine?* Un asemenea raționament nu ține seama de faptul că sinuciderea victimei provoacă celor apropiați un sentiment de pierdere nemăsurată;

(e) *Sinuciderea este, de fapt, un act de „răzbunare” pe cei rămași în viață.* Este evident că o asemenea interpretare denotă o suprasimplificare a unui act care nu reprezintă, în nici un caz o „soluție” în relația cu ceilalți.

Deși sinuciderea pare, de cele mai multe ori, *outsiderilor* ca un act lipsit de sens – subliniază suicidologii -, pentru *insideri* (victime) este o *opțiune*

determinată de numeroase motivații care par „de neînțeles” pentru primii. O durere intolerabilă, o pierdere de nesuportat, o gamă de probleme pentru care nu există soluții, o viață dusă în izolare, plină de singurătate, o boală letală care aduce sfârșitul iminent, o umilință care nu poate fi tolerată, o stigmatizare care determină o frustrare imposibilă, un sentiment de remușcare de neevitat, sunt doar câteva din „motivele” care fac ca unele persoane să prețuiască mai mult moartea decât viața. Sinuciderea este, în acest sens, o *alegere* între viață și moarte.

Deoarece depresia este strâns legată de sinucidere, Asociația psihologilor americani a listat următoarele conduite care reprezintă „semne” caracterizând o persoană depresivă, cu ideeație suicidară (American Psychological Association, 2001):

- Gânduri și discuții despre sinucidere;
- Perturbări ale nutriției și somnului;
- Schimbări radicale în comportament;
- Retragerea din grupul de prieteni sau din activitățile sociale;
- Pierderea interesului față de școală, activitate sau hobby-uri;
- Pregătiri pentru moarte, prin redactarea unui testament sau efectuarea unor aranjamente financiare;
- Donarea unor bunuri sau câștiguri în condițiile existenței unor tentative de sinucidere anterioare;
- Asumarea unor riscuri atunci când nu este cazul;
- Confruntarea cu pierderi serioase (grave);
- Preocuparea (obsesivă) față de moarte și trecerea în neființă;
- Pierderea interesului în privința prezenței fizice;
- Creșterea gradului de consum de alcool și de droguri.

Evidențiind principalele „semne consensuale” de avertizare în ceea ce privește o sinucidere potențială, psihiatrii americani au elaborat următorul instrument de evaluare (Rudd, M.,D., Berman, A.,L., Joiner Jr., T., E., Matthew K. Nock, M., K., Silverman, M., K., Mandrusiak, M., Van Orden, K., and Witte, T., 2006, p. 259):

Dvs. sau altcineva v-ar place să vă asumați riscurile unei sinucideri? Ați trece la fapte sau a-ți cere ajutor de la un profesionist din domeniul sănătății atunci când auziți, vi se relatează sau vedeți următoarele conduite?

- Cineva amenință să se rănească sau să se omoare;

- Cineva caută mijloace pentru a se omorî: vrea să aibă acces la pilule, arme sau alte mijloace;
- Cineva vorbește sau scrie despre moarte, trecerea în neființă sau sinucidere.

Căutați ajutor prin contactarea unui cadru medical sau sunați la linia de urgență în legătură cu una sau mai multe dintre aceste conduite pe care le prezintă o persoană, la care ați fost martor sau pe care le-ați auzit sau văzut?

- Lipsă de speranță;
- Supărare, furie, răzbunare;
- Angajarea în acțiuni nesăbuite, pline de risc, care par iraționale;
- Pare că persoana respectivă se simte prinsă într-o cursă, unde nu există cale de ieșire;
- Creșterea consumului de alcool și droguri;
- Retragerea din grupul de prieteni, din familie și societate;
- Anxietate, agitație, insomnie sau, dimpotrivă, somnolență permanentă;
- Schimbări radicale de dispoziție;
- Absența motivației de a mai trăi;
- Lipsa scopurilor în viață.

În cursul timpului, au fost elaborate numeroase scale pentru a putea evalua intențiile/motivațiile potențialelor victime ale actelor de sinucidere. Unele dintre acestea le-am menționat în capitolul al II-lea (subcapitolul 4.3.), legate, mai ales, de evidențierea principalilor factori predictorii ai sinuciderii.

O scală de acest tip, caracterizată de validitate și eficiență operațională a fost elaborată, de exemplu, în anul 2013, de către A. May și D. Klonsky (2013, p. 532-546), cercetători la University of British Columbia, care și-au propus să dezvolte un instrument de măsurare adecvată a *motivațiilor* persoanelor care comit tentative de sinucidere, așa cum sunt prezentate acestea în principalele teorii cu privire la suicid. Denumită *Inventory of Motivations for Suicide Attempts* (IMSA), scala a fost administrată indivizilor aparținând unor două loturi de victime ale unor tentative suicidare: 66 de studenți și 53 de pacienți externati. Cu această ocazie, au fost evidențiate două categorii de motivații: (a) *intrapersonale* – constând în necesitatea de a scăpa, prin intermediul tentativei suicidare, de emoții și gânduri negative, scăpate de sub control; (b) *interpersonale* -

caracterizate de dorința de a comunica cu alte persoane și a le influența.

Constatările studiului au demonstrat că în orice tentativă de sinucidere există, de fapt, două motivații cu valoare generală: *depășirea unei dureri emoționale intense și sentimentul lipsei de speranță*. Pe de altă parte, motivațiile intrapersonale au fost dirijate în mod mai puternic de dorința efectivă de a muri, în timp ce motivațiile interpersonale au fost legate mai puțin de intenții suicidare efective cât, mai degrabă, de intervenția așteptată de la alte persoane. Asemenea constatări – au subliniat autorii studiului -, sunt compatibile cu studiile precedente care au evidențiat faptul că motivele intrapersonale se corelează cu intenția (de sinucidere) și cu pregătirea actului suicidar, în timp ce motivațiile interpersonale *nu* se corelează cu asemenea elemente, ci, cu precădere, cu semnalarea situației victimei altor persoane.

Aceste constatări au și o incontestabilă valoare practică, servind ca instrumente de predicție, care contrazic, într-o anumită măsură, presupunerile frecvente cu privire la motivele tentativelor de suicid. Cu alte cuvinte, asemenea tentative nu sunt determinate – așa cum se crede de obicei -, de sărăcie sau probleme financiare, ci de suferința emoțională intensă și de sentimentul lipsei de speranță.

În mod evident, scala menționată, dincolo de valoarea sa operațională pentru descifrarea motivațiilor generale ale tentativelor de suicidare, nu este aplicabilă identificării motivelor reale ale sinuciderilor efective.

3.3. Factori de risc și corelatele principale ale suicidului

Principalii factori de risc ai comportamentului suicidar sunt – așa cum am menționat în capitolul al doilea -: bolile (tulburările) psihice, bolile fizice (cu caracter letal, terminal), tentativele repetate de sinucidere din trecut, izolarea socială (singurătatea, pierderea unui apropiat ș.a.), conflictele din cadrul familiei, șomajul etc. Alături de acești factori de risc, variabile asociate cu conduita suicidară pot fi experimentarea unui act de abuz în cursul copilăriei, încarcerarea, lupta armată, accesul ușor la mijloace letale etc.

Toți acești factori de risc sunt indicatori principali care stau la baza procesului causal sau motivațional ce determină conduitele de suicidare. Ei reprezintă (Van Orden și colab., 2010, p. 575-600): „*variabile care sunt asociate cu o probabilitate crescută că va apare un anumit rezultat*”, elemente necesare construcției unei teorii etiologice asupra sinuciderii.

Pe de altă parte, ca fenomen social, prezent la nivel național și internațional, actul suicidar, sinuciderea ca atare, se corelează cu anumite variabile cu caracter personal, micro și macrosocial.

Din punct de vedere clinic, principalii factori predictori, prospectivi, dar și retrospectivi, ai sinuciderii sunt următorii (Maris, R., W., 1992):

- Depresia, tulburările psihice;
- Alcoolismul, abuzul de droguri;
- Ideea suicidară, ideile religioase;
- Tentativele anterioare de sinucidere;
- Metodele letale folosite;
- Izolarea, singurătatea, pierderea sprijinului;
- Lipsa de speranță, rigiditatea cognitivă;
- Vârsta înaintată;
- Modelul folosit, sinuciderile din cadrul familiei și genetica acesteia;
- Probleme la locul de muncă, ocupația victimei;
- Probleme maritale, patologie familială;
- Stres, evenimente de viață;
- Furie, agresivitate, iritabilitate;
- Boală fizică.

În ceea ce privește principalele variabile individuale și sociale, care se află în corelație cu sinuciderile dintr-o țară sau alta, acestea sunt următoarele (Rădulescu, S.M., 2014, p. 22-26):

(1) *Sexul* – așa cum am menționat deja, suicidul reprezintă, în primul rând, o conduită și un mod de reacție tipic masculină, statisticile din diferite țări arătând că sinuciderile bărbaților sunt de aproximativ 3-4 ori mai frecvente decât cele ale femeilor. În schimb, tentativele de sinucidere ale femeilor sunt mult mai numeroase, decât cele ale bărbaților. În România, 83% dintre sinucigași sunt bărbați și numai 17% sunt femei. În ceea ce privește proporția dintre ratele de sinucideri ale bărbaților și acelea ale femeilor, aceasta este de circa 1/5 sau 1/6, adică la 5 sau 6 sinucideri ale bărbaților există o singură sinucidere din partea femeilor. Diferența dintre numărul sinuciderilor bărbaților și cel al femeilor se explică atât prin faptul că bărbații folosesc, pentru a se sinucide, metode mult mai brutale și letale decât cele utilizate de femei, cât și prin aceea că, spre deosebire

de femei, bărbații se confruntă, în timpul vieții lor și, mai ales, în perioada vârstei mijlocii, cu mai multe evenimente stresante (șomajul, de pildă, însoțit de reducerea drastică a veniturilor), cărora nu le mai pot face față (vezi Casetă 2).

CASETA 2

„Potrivit unor statistici noi, bărbații americani de vârstă mijlocie sunt cele mai dese victime ale sinuciderilor (...).

În număr mai mare decât femeile, bărbații aleg să comită gestul iremediabil atunci când sunt deconectați de instituțiile societății precum mariaj, religie, sau atunci când prospectele economice se scufundă, fiind vorba de șomaj în cele mai multe cazuri. «Bărbații vor încerca să lupte mai mult și să supraviețuiască atunci când au un job, o soție sau o comunitate de care sunt legați», scrie The Atlantic.com (...).

Concluziile studiilor și ale specialiștilor arată că efectele economice se resimt mult mai pregnant la bărbați, pentru că, potrivit arhetipurilor sociale, rolul bărbatului este să asigure traiul zilnic. Iar când acesta nu mai poate avea grijă de familie, adâncirea în criză este sigură. Bărbații sunt mult mai expuși decât femeile la depresie și suicid (...)-(adevarul.ro, 31 mai 2013)”.

Ca o curiozitate, China este singura țară din lume în care rata de sinucidere a femeilor este mai ridicată decât a bărbaților;

(2) *Vârsta* – sinuciderile apar cel mai frecvent la vârste înaintate, astfel că – așa cum evidențiază statisticile mai multor țări -, peste o treime din sinucideri se produc după vârsta de 60 de ani. Este de menționat și faptul că, în rândul copiilor sub vârsta de 15 ani, frecvența sinuciderilor este foarte rară, suicidul la copil fiind, de fapt, - așa cum semnaleză medicii psihiatri - un „pseudosuicid”, motivat de acte nepremeditate, involuntare, ludice sau imitative. În schimb, în rândul adolescenților, sinuciderea este de 5–6 ori mai frecventă decât la copii, datorită particularităților specifice perioadei adolescente. În același timp trebuie menționat că peste o treime din sinucideri apar după vârsta de 60 de ani, iar un sfert după vârsta de 65 de ani, datorită stării de „anomie” și izolare socială în care se află vârstnicul. Spre deosebire de femei, pentru care riscul de sinucidere crește treptat până la vârsta de 50 de ani, după care începe să scadă, la bărbați acest risc crește progresiv după vârsta de 60 de ani.

Trebuie spus că sinuciderea vârstnicilor este asociată, în mod obișnuit, cu pierderea statusului ocupațional, în condițiile în care, în societatea contemporană, pensionarea este o „virtuală excomunicare”, iar a „nu munci înseamnă a trăi fără nici un scop” (Powell, E., H., 1989, p. 16)-(vezi Casetă 3).

„În medie, 43 de persoane se sinucid zilnic în Coreea de Sud, statisticile conturând profilul unei țări în care depresia și lipsa dorinței de a trăi sunt atât de răspândite, încât s-ar crede că sunt contagioase. Potrivit unui articol apărut în ediția electronică a revistei „*Time*”, rata sinuciderilor este de trei ori mai mare în Coreea de Sud decât în Statele Unite și a crescut cu 101,8% din 2000 până în 2010. Cei mai afectați sunt vârstnicii.

În articolul apărut pe site sunt analizați factorii din spatele acestor sumbre statistici. Cercetătorii indică factorul istoric ca fiind unul crucial: industrializarea forțată, transformarea economică și valorizarea membrilor societății în funcție de venituri i-au determinat pe cei vârstnici să se simtă mai puțin utili și mai puțin valoroși, în comparație cu alți membri ai societății.

Cetățenii în vârstă sunt considerați a fi mai puțin productivi, așadar sunt văzuți a fi și mai puțin valoroși. «*Societatea noastră a devenit extrem de competitivă în ultimii 30, 40 de ani de dezvoltare economică și am devenit o societate căreia nu îi pasă de membrii mai slabi*», explică Kim Dong-hyun, profesor de medicină la Universitatea Hallym.

Transformarea economică a declanșat alte schimbări în societate. Tinerii preferă să părăsească țara și să se stabilească peste hotare, în timp ce părinții lor – care, potrivit tradiției, s-au bazat pe copiii lor ca să îi îngrijească – ajung să se simtă deprimati și neputincioși. Mai mult, studiile arată că membrii cei mai în vârstă ai societății sunt și cei mai expuși sărăciei și foarte puțini pot beneficia de ajutoare sociale.

Creșterea numărului de sinucideri a atras în cele din urmă atenția guvernului. Acum doi ani, se avea în vedere o lege de prevenire a sinuciderilor, dar restricțiile bugetare au influențat negativ eficacitatea politicilor guvernamentale (...). În același timp, problema nu poate fi rezolvată cât timp autoritățile doresc să diminueze numărul de sinucideri prin combaterea efectelor, nu a cauzelor. Lupta pe termen lung a Coreei de Sud în acest sens implică o serie de măsuri de protecție socială a vârstnicilor, mai multe locuri de muncă pentru aceștia și creșterea valorii ajutoarelor sociale, pentru ca factorii care contribuie la propagarea acestei tendințe să fie eliminați, treptat” (adevarul.ro/international, 26 martie 2013).

În România, grupurile de vârstă 45-59 ani, (cu circa 32% din totalul sinuciderilor), 30-44 ani (cu aproximativ 27% din totalul sinuciderilor) și 60-69 ani (cu o pondere de 14,5 % dintre sinucideri) domină categoria sinucigașilor. Este de menționat și faptul că, în rândul țărilor europene, grupul de vârstă 15-29 de ani înregistrează o pondere mai mare de sinucigași decât grupul 60-69 ani, așa cum este cazul României;

(3) *Profesia și ocupația* – Dacă absența muncii (în cadrul șomajului sau al pensionării) poate fi un predictor al sinuciderii, trebuie spus că munca, ca atare, nu oferă „imunitate” contra suicidului (Powell, E. H., 1989, p. 16). Dimpotrivă, trebuie spus că există anumite profesii în care riscul suicidar este

mult mai ridicat decât în alte profesii ori ocupații. De exemplu, cel mai mare număr de sinucideri se înregistrează, în Europa, în rândul intelectualilor, mai ales, al medicilor. În S.U.A., se pare că se sinucid, în primul rând, persoanele caracterizate de un status profesional scăzut (muncitorii necalificați, mai ales), situație datorată, între altele, consumului și abuzului de alcool sau de droguri, care definește, cu prioritate, aceste persoane. Pe de altă parte, asemenea persoane nu au un loc de muncă statornic, iar discontinuitatea în sfera ocupațională le creează o atmosferă de „dezordine” cotidiană, ca sursă de frustrare și anxietate (Powell, E. H., 1989, p. 17)-(vezi și Caseta 4).

CASETA 4

„Se pare că unele meserii sunt mai periculoase decât altele dacă ne uităm la statisticile sinuciderilor în funcție de profesia celor care au comis gestul fatal. Presiunea psihică și stresul pe care le implică anumite profesii pot fi elemente care predispun la sinucidere. Cei mai mulți sinucigași provin din ocupații cu înaltă calificare, potrivit publicației „*Business Insider*”.

Pe primul loc în topul sinuciderilor se află inginerii marini și arhitecții navali, (care sunt de 1,8 ori mai predispuși la sinucidere decât ceilalți) conform statisticilor citate de publicația americană.

Un grad aproape similar de risc îl prezintă medicii (probabilitate de sinucidere de 1,8 ori mai mare decât restul meseriilor) și dentiștii (risc de 1,6 ori mai mare decât alte ocupații).

Urmează veterinarii, economiștii și brokerii, șefii de șantier, urbaniștii, agenții imobiliari și maseurii.

Alte meserii în care incidența sinuciderilor este peste media generală: avocații, electricienii, operatorii de echipamente electrice, dar și fermierii și farmaciștii” (Realitatea.Net, 2011).

România nu deține, din păcate, date complete și credibile cu privire la profesia sau ocupația victimelor;

(4) *Mediul de rezidență* (rural sau urban) – dat fiind caracterul solidar al relațiilor sociale din mediul rural, pare că numărul de sinucideri este mai mic în acest mediu, comparativ cu mediul urban. Această situație este valabilă, însă, numai pentru țările în curs de dezvoltare, unde se mențin încă diferențe importante între cele două medii, în țările dezvoltate economic distribuția sinuciderilor în funcție de urban/rural fiind relativ aceeași, cu anumite excepții (vezi Caseta 5). Este de menționat însă faptul că, în România, cele mai multe sinucideri (56,8%) au loc în mediul rural, în mediul urban înregistrându-se doar 43,2% din totalul actelor suicidare;

„Un nou raport tulburător asupra sinuciderilor tinerilor arată că s-a lărgit ruptura dintre decesele din rural și cele din urban. Din 1996 până în 2010, ratele de sinucidere în rândul copiilor, adolescenților și tinerilor adulți au fost aproape duble în comunitățile rurale, comparativ cu cele urbane.

Această discrepanță, spune coordonatoarea studiului, C.F. de la Ohio State University, este un semn că trebuie făcute mai multe eforturi pentru a înțelege experiențele tinerilor din mediul rural. Autoarea a solicitat mai multe fonduri pentru a aduce în centrul atenției profesioniștilor din domeniul sănătății care activează în școli și a managerilor programelor de medicină primară problemele privind sănătatea psihică a pacienților (...). *«Seamănă cu o epidemie silențioasă. Aproape 67.000 de copii au murit prin sinucidere în perioada menționată»* spune C.F. Studiul a fost publicat în revista medicală JAMA Pediatrics” (conform cu Huffington Post, 16 martie 2015; vezi: http://www.huffingtonpost.com/2015/03/16/rural-youth-suicides_n_6867420.html).

(5) *Starea civilă* – Cercetările întreprinse asupra rolului acestei variabile au evidențiat faptul că persoanele celibatate înregistrează cel mai mare număr de sinucideri, de aproximativ 2 ori mai mult decât cele căsătorite, precum și persoanele divorțate sau văduve (de circa 4–5 ori mai mult decât persoanele căsătorite)-(vezi Caseta 6). În România, trebuie din nou subliniat, nu

„Cercetările anterioare au demonstrat că, în mod general, persoanele căsătorite au rate de suicid mai scăzute decât persoanele celibatate sau cele care sunt divorțate sau văduve. Totuși nici un studiu efectuat la nivel național nu a fost efectuat pentru a examina sinuciderile persoanelor aparținând unor grupuri diferite de vârstă, categoriilor de femei și bărbați, precum și indizilor din grupuri rasiale distincte, în funcție de statusul marital. Folosind statisticile vitale naționale și datele recensămintelor, pentru a calcula ratele de sinucidere în funcție de statutul marital, cercetătorii americani au constatat că, indiferent de vârstă și sex, persoanele căsătorite au cele mai scăzute rate de sinucidere, iar bărbații tineri văduvi au rate extrem de înalte” (Smith, J., C., James, M., S., Mercy, A., Conn, J., M., 1988, p. 78-80)

există date complete și credibile asupra stării civile a victimelor;

(6) *Anotimpul și luna anului* – Diferite studii au evidențiat faptul că cele mai multe sinucideri se înregistrează vara, datorită căldurii și activității mai intense din această perioadă, când ziua este mai mare. Lunile iunie și iulie se pare că sunt cele mai propice acestei tendințe. Totuși, aceste constatări contrazic observațiile lui Durkheim, care aprecia că primăvara, atunci când totul revine la

viață, este sezonul cel mai propice pentru comiterea celor mai multe sinucideri. În concordanță cu statisticile (nu totdeauna credibile) Institutului Național de Medicină Legală, în România cele mai multe acte de sinucidere se petrec în timpul verii (în lunile iunie, iulie și august), iar cele mai puține se comit în cursul lunilor de iarnă (noiembrie, decembrie și ianuarie)-(vezi și Caseta 7);

CASETA 7

„An de an, în preajma sărbătorilor se fac publice diverse cazuri de sinucidere. Unii specialiști au afirmat că în această perioadă există chiar un trend ascendent al sinuciderilor. Care este adevărul însă?

Potrivit datelor furnizate de Universitatea din Pennsylvania, rata cea mai mică a sinuciderilor din Statele Unite se înregistrează în lunile noiembrie, decembrie și ianuarie. Cele mai mari rate ale sinuciderilor se înregistrează în timpul primăverii și verii. Cercetătorii americani au analizat date strânse în perioada 1999-2010. S-a constatat, astfel, că în anul 2010, de exemplu, s-au înregistrat 38.364 de sinucideri, cu o medie de 105 pe zi. Luna cu cele mai multe sinucideri a fost iulie – 111. Luna cu cele mai puține sinucideri a fost decembrie – 98. Potrivit studiului, în 2010, sinuciderile au fost cea de-a 10-a cauză de deces în Statele Unite. *«Deși pare greu de crezut, mai ales că în această perioadă (decembrie – subl. ns.) se accentuează stările depresive din cauza filmelor și a cântecelor de sezon, faptul că sunt mai multe sinucideri de Sărbători este doar un mit. Aceste mituri se perpetuează și din cauză faptului că rata sinuciderilor din anii 2000 se apropie de cea din timpul Marii Depresiuni economice»*, a explicat Dan Romer, coordonatorul studiului” (Antena3.ro, 17 decembrie 2012).

(7) *Religia* – Religia are un anumit rol în măsura în care, așa cum a observat și Durkheim, se sinucid mai mulți protestanți decât catolici. Această teză se menține, cu unele excepții (vezi Caseta 8). Pe de altă parte, extinderea

CASETA 8

Cercetările asupra relației dintre religie și sinucidere s-au bazat aproape în mod exclusiv pe conceptul de integrare religioasă ca variabilă cauzală (É. Durkheim – subl.ns.). În articolul său, Steven Stack (1983, p. 362-374), propune o legătură alternativă, bazată pe conceptul de «angajare (*commitment*) religioasă». Teoria sa argumentează faptul că un nivel înalt de angajare față de anumite credințe, valori și practici religioase religioase, păstrate în tot cursul vieții, vor determina scăderea nivelului sinuciderilor (...). O analiză de regresie multiplă a ratelor de suicid specifice pentru un număr de 25 de națiuni indică faptul că angajarea religioasă este legată în mod negativ de rata totală de sinucidere (...)"-(Stack, S., 1983).

fanatismului și terorismului religios a determinat amplificarea numărului de sinucideri cu caracter „altruist” din rândul populațiilor islamice. În legătură cu

acest factor, nu există în România nici un fel de informații și nici o instituție abilitată să le culeagă, cu excepția, poate, a Serviciului Român de Informații;

(8) *Alte corelate de natură socială* – Crizele economice (vezi Caseta 9), catastrofele naturale (vezi Caseta 10), adeseori, perioadele de război (vezi Caseta 11) ș.a.

CASETA 9

„Numărul sinuciderilor la nivel mondial a crescut de la debutul crizei economice, din 2008, arată un raport publicat de *«British Medical Journal»*. Criza economică ar putea fi cauza creșterii numărului sinuciderilor din Europa și America, consideră autorii. Analiza a inclus date din 54 de state ale lumii. În primul an de la declanșarea crizei, rata sinuciderilor în rândul bărbaților a crescut cu 3,3%. Cazurile s-au înregistrat, cu precădere, în statele unde au fost desființate numeroase locuri de muncă, afirmă autorii studiului, citați de BBC News.

Cercetătorii de la universitățile Oxford și Bristol din Marea Britanie, alături de cei de la Universitatea Hong Kong, au utilizat date colectate de la Organizația Mondială a Sănătății, Centrul pentru Controlul și Prevenirea Bolilor și de la Fondul Monetar Internațional.

În 2009, rata șomajului a crescut cu 37%, iar produsul intern brut mediu a scăzut cu 3%. În același timp, numărul sinuciderilor a început să crească. În 2009, la nivel mondial s-au înregistrat 4.900 de cazuri de suicid peste media așteptată.

În Europa, datele au arătat că cea mai mare creștere s-a consemnat în rândul tinerilor cu vârste cuprinse între 15 și 24 de ani, în timp ce pe continentul american cea mai afectată grupă de vârstă a fost 45-64 de ani. Rata sinuciderilor în rândul femeilor a stagnat în Europa în timp ce în America a înregistrat o ușoară creștere.

În opinia cercetătorilor, relația dintre recesiune și rata sinuciderilor este una de cauzalitate, stresul emoțional împingându-i pe oameni la gesturi extreme” („Criza economica a dus la creșterea numărului de sinucideri - Raport”, conform cu ziare.com/, 18 septembrie 2013).

Așa cum a subliniat însă É. Durkheim, revoluțiile (și chiar războaiele) nu determină creșterea numărului de sinucideri datorită implicării active a oamenilor în aceste evenimente.

4. Concepțiile sociologice cu caracter fenomenologic cu privire la actul de sinucidere

După cum apreciază reprezentanții sociologiei fenomenologice, realitatea socială nu este un „dat”, o entitate obiectivă, exterioară indivizilor, ci o rezultată a propriei activități a indivizilor, o lume „semnificativă” pe care o construim, noi înșine, în procesul de interacțiune cotidiană între indivizi.

„Numărul sinuciderilor a crescut net anul trecut, în Japonia, după seismul urmat de un tsunami, care au devastat la 11 martie coastele nord-estice ale arhipelagului, a anunțat vineri Guvernul, citat de AFP. Această creștere de peste 20 la sută a numărului de sinucideri înregistrate într-o lună se datorează probabil, cel puțin parțial, anxietății care a cuprins societatea japoneză în săptămânile care au urmat catastrofei, a apreciat un oficial.

În mai 2011, 3.375 de persoane s-au sinucis, adică mai mult de o zecime din totalul anual și peste 20 la sută mai multe în raport cu aceeași lună din anul precedent. Conform statisticilor poliției și Guvernului, numărul sinuciderilor a atins 30.651 în 2011. «*Un sentiment de anxietate s-a extins în toată societatea japoneză după catastrofă și bănuim că acesta a fost un factor agravant*», a declarat un oficial guvernamental. El a adăugat că numărul sinuciderilor a fost deosebit de ridicat în rândul bărbaților de 30 de ani.

Seismul urmat de un tsunami, care s-au soldat cu 19.000 de morți și au provocat cea mai gravă catastrofă nucleară după cea din 1986 de la Cernobâl, au avut consecințe grave asupra economiei japoneze, cu o creștere considerabilă a falimentelor. Japonia are una dintre cele mai mari rate de sinucideri din lume, potrivit Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (O.C.D.E.)-(*Țara care a definit onoarea prin harakiri distrusă de teamă. Cu 20% mai multe sinucideri în Japonia, conform cu Pro TV, 9 martie 2012*).

CASETA 11

”În timpul perioadei de război din Croația, a crescut numărul victimelor sinuciderilor aflate sub vârsta de 40 de ani, cu 45,3% în comparație cu perioada dinainte de război și cu 56,6% comparativ cu perioada de după război. Folosirea armelor de foc ca metodă de comitere a suicidului a crescut de patru ori în timpul războiului, spre deosebire de perioada dinaintea războiului. De asemenea, gradul de intoxicare cu alcool al victimelor în momentul sinuciderii a crescut semnificativ în timpul războiului. Războiul a avut un impact direct asupra caracteristicilor cantitative și calitative ale sinuciderilor din Croația” (Bosnar, A., Stemberg, V., Coklo, M., Koncar, G., Z., Definis-Gojanovic, M., Sendula-Jengic, V., Katic, P. (2005).

În acest sens, între constatările rezultate din *observațiile* așa-zise științifice și *semnificațiile* pe care le acordă indivizii faptelor există o deosebire esențială.

De aceea, - apreciază sociologii fenomenologi -, doar „*intenția subiectivă*” a unei acțiuni este un criteriu fundamental pentru a putea determina, în mod corect, diversele situații sociale. Aceasta nu înseamnă o negare a valorii științei ca atare, ci doar o valorizare prioritară a experiențelor și intențiilor individuale, care nu pot fi „înțelese” *din afară*.

Fenomenologia nu încearcă să explice natura umană prin intermediul științei. Mai degrabă, ea *iși propune să clarifice (semnifice) raționalitatea și practica*

științifică prin analize detaliate ale cunoașterii formelor variate de experiență intențională a subiectului” (Overgaard, S., Zahavi, D., 2009, p. 93-115).

4.1. Teoria lui Jack Douglas cu privire la semnificațiile actului suicidar

Concepția fenomenologică a fost preluată, între alții, de către Jack Douglas (1967), care a subliniat faptul că sinuciderea nu are o singură semnificație, așa cum cred acei analiști care analizează cazurile din „exterior”, ci o multitudine de asemenea semnificații (cu conținut cognitiv, moral sau afectiv), motiv pentru care *sensul* unui act suicidar are un caracter „problematic”. Din acest punct de vedere, Douglas a supus criticii acele concepții, printre care și cea a lui É. Durkheim, care pleacă de la presupunerea (*eronată !*) că orice sinucidere este „nonproblematică”, adică bazată pe o semnificație care este împărtășit, în comună de toată lumea, și de profani, și de specialiști ai domeniului. De aceea, J. Douglas a pus în evidență faptul că explicația dată de Durkheim sinuciderii nu este operațional definită, nu subliniază în mod clar ce înțeles acordă suicidului și, nu în ultimul rând, se bazează, în acordarea unui sens anume, suicidului, doar pe observația conduitelor individuale, așa cum sunt reflectate, de pildă, în statisticile oficiale, și nu pe semnificațiile sau motivațiile care au determinat, în realitate, aceste conduite. În consecință, Douglas a subliniat faptul că statisticile cu privire la incidența suicidului, într-o țară sau în alta, sunt eronate, deoarece confundă între *cauzele* (sociale) ale sinuciderii, și *motivele* (individuale) ale sinucigașului.

Așa cum observa J. Douglas, acțiunile sinucigașe sunt privite frecvent de către membrii familiei, de prieteni sau procurori ca fiind *semnificative*, în sensul că ceva nu este în regulă cu persoana sinucigașă. Dar semnificația reală a unei sinucideri nu este, în mod necesar, echivalentă cu cea declarată de apropiații sinucigașului sau consemnată de medicii legiști, ori procurori. Pe de altă parte, persoanele din anturajul victimei pot privi sinuciderea ca un act irațional și lipsit de sens, datorită capacităților mentale deficitare ori tulburării psihice a sinucigașului, iar pe de altă parte, cauzele sau motivele unei sinucideri se consemnează *post festum*, după ce actul s-a produs, ceea ce constituie un motiv în plus ca semnificațiile sinuciderii să fie distorsionate.

Pentru J. Douglas, nu statisticile sunt instrumentele care trebuie utilizate pentru descifrarea motivelor sinuciderii, așa cum au procedat Durkheim și Halbwachs care au apelat la documentele cantitative, ci *documentele* (notele,

scrisorile sau jurnalele de însemnări) lăsate de sinucigași.

Stereotipurile sau clișeele publicului au o deosebită importanță în stabilirea semnificațiilor sociale ale actului suicidar, întrucât, adeseori, chiar aceste semnificații pot fi interpretate drept cauze ale sinuciderii. În acest sens, de multe ori, indicatorii ratelor de sinucidere, adică factorii sociali cu caracter structural asociați cu sinuciderea, nu sunt altceva decât interpretări *post festum* ale unor situații sociale pe care analistul sau statisticianul le învestește cu diferite semnificații.

Critica întreprinsă de J. Douglas modelului durkheimian al sinuciderii, inclusiv conceptelor „abstracte” (precum anomia, egoismul, fatalismul sau altruismul) folosite de către Durkheim în studiul acestui fenomen, își propune să demonstreze ideea că semnificațiile atribuite actului suicidar au cea mai mare importanță în stabilirea cauzelor acestui act, fără a mai recurge la „*semnificații interne ale unor asociații externe*” (Maris, R., 1975, p. 99), așa cum a procedat Durkheim, care a ignorat complet studierea semnificațiilor acordate de sinucigași actelor lor suicidare. Este de menționat, în acest context, faptul că Durkheim, însuși, a considerat credințele și sentimentele colective, simbolurile sociale în general, ca fiind *cauze* determinante ale sinuciderii. În această privință, cele două fenomene problematice pentru sociolog sunt, pe de-o parte, semnificațiile reale atribuite de sinucigaș actului său, iar pe de altă parte, semnificațiile atribuite actului de către *alții*, în special de cei care întocmesc statisticile oficiale ale ratelor de sinucidere. Cei care „interpretează” aceste semnificații, observatorii externi, pot privi un act de sinucidere ca fiind irațional sau lipsit de sens, în timp ce persoana sinucigașă își poate „raționaliza” acest act, identificându-l cu răzbunarea, protestul, disperarea etc. Studiarea scrisorilor ori jurnalelor lăsate de sinucigași sau interviurile luate aceluia care au avut tentative de sinucidere relevă, mult mai adecvat decât statisticile oficiale, o multitudine de semnificații atribuite actului suicidar. Analiza de conținut, de exemplu, aplicată scrisorilor sinucigașilor, pentru a identifica starea lor psihică în momentul comiterii actului suicidar, a arătat, de exemplu, că, spre deosebire de sinucigașii simulanți, cei autentici sunt caracterizați de o mai mare tendință spre stereotipie și „șantaj” al altor persoane, mesajele lor tinzând către inducerea unor sentimente de vinovăție celor apropiați cu care s-au aflat în conflict sau revendicând diferite lucruri care să se producă după moartea lor.

J. Douglas (1967, p. 284-319) a subliniat, în acest sens, că sinucigașii utilizează mai multe modele de semnificații sociale pe care le-au construit fie în

mod personal, fie în relațiile cu alții și care demonstrează că sinuciderea nu are o singură definiție (semnificație), ci o multitudine.

Aceste modele de semnificații sunt următoarele:

(a) sinuciderea este un mijloc de transmutare a sufletului din lumea prezentă în altă lume. Sinucigașii care folosesc această motivație doresc să moară ca să poată „ trăi ”, iar, din acest punct de vedere, viața este considerată ca o entitate situată înafara persoanei, într-o lume a lui Dumnezeu;

(b) sinuciderea este o modalitate de transmutare a identității reale a persoanei în lumea prezentă sau în altă lume. Sinucigașul urmărește să arate că este diferit de modul în care a fost perceput de către ceilalți, dovedind prin actul său că „ a plătit ” pentru greșelile făcute;

(c) acțiunile suicare pot servi ca mijloace de dobândire a compătimirii celorlalți, de stârnire a unor sentimente de simpatie, milă și compasiune, sentimente pe care însuși sinucigașul le împărtășește cu ceilalți, autocompătimindu-se;

(d) acțiunile suicare pot avea și semnificația culpabilizării (blamării) altora pentru autosuprimarea vieții, servind, astfel, ca mijloc de răzbunare;

(e) acțiunile suicare pot reprezenta modalități distincte de evaziune din câmpul responsabilităților personale și sociale. Sinucigașii care se înscriu în acest model de semnificație sunt caracterizați de frământări ori tensiuni determinate de sentimentul inutilității și dezgustului față de viață;

(f) acțiunile suicare pot fi urmarea comiterii unei crime sau a unei fapte imorale ori penale, care aruncă asupra sinucigașului blamul rușinii. În Anglia, de exemplu, circa o treime din omoruri sunt urmate de o sinucidere, revenind, în medie, o sinucidere de acest tip la circa 100 de sinucideri (Clinard, M., B., 1979, p. 518). Alteori, sinuciderea este o urmare a comiterii unor fraude, delapidări etc.

Una dintre observațiile cele mai reprezentative ale concepției lui Jack Douglas este aceea că, adeseori, înșiși sinucigașii nu înțeleg ce sens să atribuie actului lor suidar (Nota Bene: *dacă viața este lipsită de sens, de ce nu ar fi și sinuciderea la fel?*) astfel că, înseși semnificațiile atribuite unui asemenea act sunt inadecvate. De aceea, în complet dezacord cu modelul teoretic durkheimian al sinuciderii, Douglas a subliniat faptul că este imposibil de prezis diverse evenimente sociale, printre care și suicul, în funcție de concepte abstracte, precum sunt *integrarea socială, anomia, fatalismul etc.* În acest sens, el a accentuat necesitatea unei reorientări a activității sociologilor în general, cu

precădere a specialiștilor preocupați de studiul sinuciderii, către analiza *cazurilor individuale* de suicid, ceea ce înseamnă, de fapt, o întoarcere la *modelul medical* al examinării actelor sau conduitelor suicidare (Maris, R., 1975, p. 101). El a pus accentul pe importanța studiilor de caz, a interviurilor nestructurate și pe analiza jurnalelor personale ale sinucigașilor.

4.2. Interpretarea lui J. Maxwell Atkinson privind teoriile de „bun simț” folosite de procurori (medici legiști) în definirea sinuciderilor

Idei relativ similare cu acelea formulate de J. Douglas au fost elaborate, între alții, de către J. Maxwell Atkinson (1978), care a considerat că statisticile oficiale asupra sinuciderilor nu reflectă realitatea, ele nefiind altceva decât un produs al presupunerilor prealabile ale procurorilor (medicilor legiști), care utilizează, în acest scop, o teorie de bun simț (*common sense*) ce le influențează deciziile cu privire la calificarea unei morți ca fiind un act suicidar. O asemenea teorie implică următoarele „arii de evidență:

- *Biletele de adio* ale sinucigașilor, care sunt prezente în circa 30% dintre sinucideri. Din păcate, multe dintre acestea sunt distruse chiar de către familii, datorită acuzațiilor cuprinse în ele;

- *Modul* în care sinucigașii își iau viața – Astfel, unele decese sunt apreciate ca fiind, mult mai frecvent, sinucideri, decât altele. De exemplu, „accidentele” de mașină sunt interpretate mult mai rar drept sinucideri, în comparație cu înecurile, spânzurările, intoxicațiile cu gaz sau supradozele de medicamente, care apar, mult mai „vizibil” ca sinucideri efective;

- *Locul și circumstanțele* morții – Medicii legiști sunt tentați să creadă, adeseori, că victimele preferă să se sinucidă în locuri și în condiții care nu vor fi descoperite, astfel ca actul suicidar să se finalizeze „cu succes”. De exemplu, intoxicațiile cu gaz vor fi considerate, cu mai multă probabilitate, drept suicid, dacă ușile sau ventilatoarele din locuința sinucigașilor au fost găsite blocate;

- *Istoriile de viață și condiția psihică* a prezumtivilor sinucigași – Cel mai adesea, medicii legiști cred că antecedentele privind o boala psihică, existența unei copilării „agitate” și evidența unei stări de depresie acută sunt cele mai frecvente motive pentru care victimele aleg să-și ia viața. De asemenea, un divorț recent, moartea unei rude sau a unui apropiat, problemele de la locul de muncă și problemele financiare deosebite sunt privite, în mod frecvent, drept cauze ale suicidului.

În tentativele și procedurile lor de a defini și clasa decese din cauze nenaturale – sublinia Atkinson –, procurorii (medicii legiști) analizează caracteristicile acestor decese și biografiile victimelor luând ca bază sau premisă presupunerile privind ceea ce constituie un „*suicid tipic*” sau o „*biografie tipică pentru comiterea unui suicid*”. Din acest punct de vedere, sinuciderea este, mai degrabă, o *interpretare* bazată pe un set de presupuneri prealabile, decât un fapt ca atare.

Teoriile de *bun simț* folosite de procurori (medici legiști) – a conchis Atkinson – sunt similare, în mare măsură cu acelea ale sociologilor și psihologilor, deoarece nu se bazează pe evidențe reale, ci pe presupuneri (ipoteze) prealabile.

4.3. Sinuciderea ca mod de rezolvare a unei probleme existențiale

În continuarea concepției elaborate de Jack Douglas, sociologul francez Jean Baechler (1979) a susținut ideea în concordanță cu care numai factorii de natură individuală pot explica, în modul cel mai adecvat, sinuciderea. În opinia sa, suicidul nu este altceva decât un *răspuns* la o anumită problemă și, în același timp, o metodă de a soluționa această problemă. Din acest punct de vedere, orice act suicidal răspunde unei probleme de viață a individului, printr-o agresiune exercitată chiar asupra vieții sale personale. Sintetizând caracteristicile principale ale suicidului, Baechler a efectuat următoarea tipologie a sinuciderilor:

(1) Sinuciderea ca *act de evaziune* - adică fuga de situații considerate ca fiind intolerabile, prin suferință și, implicit, pedepsirea propriei persoane. O asemenea sinucidere poate fi clasificată în următoarele trei categorii: (a) sinuciderea „zbor”; (b) sinuciderea „suferință”; (c) sinuciderea „pedeapsă”;

(2) Sinuciderea *agresivă* - ca mod de a pedepsi alte persoane sau a se răzbuna pe ele, pentru a le face să se simtă culpabile. La rândul ei, un asemenea tip de sinucidere are ca subcategorii: (a) sinuciderea „răzbunare”; (b) sinuciderea „crimă”; (c) sinuciderea „șantaj”; (d) sinuciderea „cerere”;

(3) Sinuciderea ca *dar și ofrandă* („oblativă”) – ca mod de îndeplinire a unui act de sacrificiu, cu valoare deosebită pentru victimă, precum salvarea unei alte persoane cu prețul propriei vieți. Cele două subcategorii circumscrise sinuciderii oblativă sunt: (a) sinuciderea „sacrificiu” și sinuciderea „transfigurare” („transformare”);

(4) Sinuciderea *ludică* - adică asumarea unui risc deliberat. Un asemenea tip de suicid poate fi, la rândul lui, clasificat în două subtipuri: (a) sinuciderea „probă” ca o *confruntare* cu o experiență îngrozitoare, prin asumarea unor riscuri și manifestarea unui curaj ieșit din comun (de exemplu, salvarea unei persoane dintr-o clădire în flăcări); (b) sinuciderea bazată pe un *joc* ludic, adică asumarea unor riscuri infernale în baza unui „joc” (de pildă, „ruleta rusească”).

Tipologia schițată de Baechler implică, în total, 4 categorii mari de sinucidere și 11 subcategorii.

Este de menționat faptul că, în mod complementar, cu clasificarea (teoria) lui J. Baechler, A.T. Beck și colaboratorii (1979) au subliniat faptul că sinuciderea este o *soluție dezirabilă*, atunci când strategiile obișnuite de confruntare cu situația de viață respectivă eșuează.

La rândul lui, M.E. Weishar (2000, p. 112-140) a menționat faptul că sinucigașii nu pot tolera stările de anxietate asociate cu încercările de a rezolva o problemă de viață și, în plus, ei nu pot conștientiza erorile logice pe care le fac atunci când consideră că moartea este singura soluție. Intoleranța față de anxietate și lipsa de conștientizare sunt determinanți ai sinuciderii.

Pe de altă parte, Orbach, Rosenheim and Hary (1987, p. 181-185) au constatat faptul (aplicabil în cazul copiilor) că, spre deosebire de adulți, copiii manifestă o atracție deosebită către moarte, atunci când nu au abilitatea necesară pentru a identifica soluții alternative la o anumită problemă.

Idei relativ asemănătoare au mai elaborat între alții, H. Hendin (1991, p. 1150-1158), care a subliniat ideea conform căreia că, mai ales, în cazul sinuciderilor tinerilor, cele mai multe motivații suicare vizează idei referitoare la reîntâlnirea, după moartea, cu ființa iubită, la „renașterea” determinată de actul suicidar, punerea semnului de egalitate între somn, moarte și eliberare etc.

Așa cum observa, cu îndreptățire, Prabashini A. (2002), toate aceste idei, teorii sau concepții pot fi reduse la un numitor comun, deoarece se află în concordanță cu sublinierea lui E. Shneidman (1999, p. 83-93), conform căreia scopul oricărei sinucideri este „*întreruperea stării de conștiință*” a subiectului victimă.

Sinuciderea – afirmă toate aceste teorii -, poate fi interpretată, în ansamblul ei, ca un mod de rezolvare a unei (unor) probleme existențiale cu care se confruntă individul ca persoană detașată de contextul social.

5. Clasificarea făcută de Steve Taylor sinuciderilor și tentativelor de sinucidere

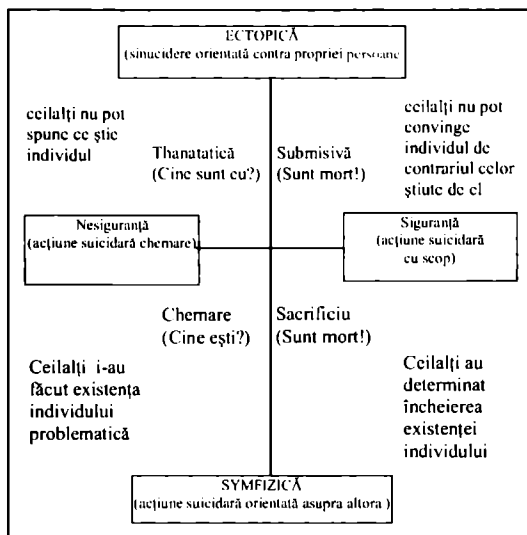
Atât concepția lui J. Gibbs, cât și cea a lui J. Baechler au fost supuse criticii de către Steve Taylor (1982), care a pus la îndoială, mai ales, modul de clasificare a sinuciderilor utilizat de către Baechler, subliniind faptul că această clasificare depinde, la rândul ei, de o anumită interpretare a cercetării suicidului, nefiind, în acest sens, nici mai credibilă, nici mai viabilă decât statisticile oficiale asupra acestui fenomen. În sprijinul acestei critici, Taylor a efectuat, timp, de un an, o investigație care și-a propus să demonstreze că sinuciderea nu poate fi abordată decât în mod empiric, realist, eliminând orice concepție aprioric pozitivistă sau orice interpretare fenomenologică. Din acest punct de vedere, Taylor a identificat un număr de 32 cazuri de sinucigași care au pierit sub șinele trenului de la metrou și a evaluat modul în care au fost clasificate aceste decese. Astfel, din cele 32 de cazuri, 17 (53,1%) au fost considerate acte de suicid, 5 (15,6) au fost definite drept accidente, iar 10 (31,3%) au fost deschise oricărei decizii, putând fi apreciate fie ca accidente, fie ca sinucideri. Printre factorii principali care determină, cu mai mare probabilitate, ca deciziile să conțină clasificarea deceselor respective ca fiind acte sinucigașe se numără: istoria bolii psihice a sinucigașului, eșecul social al acestuia, dezonoarea socială, rapoartele martorilor asupra stării mentale a victimei și, nu în ultimul rând, faptul că sinucigașul nu avea nici un motiv special să se afle într-o stație de metrou.

În baza constatărilor făcute și a analizei efectuate asupra altor cazuri de suicid, S. Taylor a efectuat următoarea clasificare a sinuciderilor și tentativelor de sinucidere:

- „*ectopice*” - îndreptate împotriva sinelui, determinate de imaginea pe care o are o persoană despre sine;
- „*symfizice*” – dirijate împotriva altora, care rezultă din relațiile avute cu acele persoane.

La rândul lor, aceste tipuri mari de sinucidere pot fi clasificate în patru sub categorii (vezi tabelul 1):

- (a) sinuciderea „*submisivă*” - în cazurile în care victimele manifestă siguranță în legătură cu propria lor viață și cu actul lor suicidal, văzându-se deja ca fiind moarte, așa cum este cazul bolilor terminale;
- (b) sinuciderea „*thanatică*” - în cazurile în care victimele manifestă



Tabelul 1 – Categoriile de sinucidere identificate de Steve Taylor (conform cu *Suicide*, în „*Sociology Factsheet*”, Number 23)-(www.curriculum-press.co.uk).

nesiguranță atât în legătură cu propria lor viață și cu tentativa lor de suicid, privind acest act ca un fel de „joc de noroc”;

(c) sinuciderea „*sacrificiu*” - în acele cazuri în care persoana crede că alte persoane i-au făcut viața imposibilă, ei fiind, de fapt, aceia care i-au adus sfârșitul;

(d) sinuciderea „*chemare*” *rugămintele sau implorare* (appeal) - în cazurile în care persoana sinucigașă simte nesiguranță în legătură cu atitudinile altora despre ea, în sensul că presupune că ceilalți i-au făcut existența problematică, motiv pentru care actul suicidar sau tentativa de suicid este un gen de încercare de a schimba comportamentul celorlalți.

6. „Mituri” cu privire la sinucidere

Aria semnificațiilor unui act suicidar este deosebit de largă și diversificată, solicitând interpretarea „din interior”, cu caracter empatic, în locul unei interpretări „obiectiviste”, din exterior, care ignoră motivațiile pentru a le înlocui cu „cauzele”, care sunt în afara semnificațiilor cu care investește sinucigașul propriul său act. Există, în acest sens, semnificații care definesc percepția de către public a acestui act. A.D. Pokorny (1968) și E.S. Shneidman (1973) au evidențiat următoarele *mituri* sau interpretări eronate ale sinuciderii de către public:

- Oamenii care discută despre sinucidere, amenințând că se vor

sinucide, nu vor comite efectiv acest act. În mod real, peste trei pătrimi din sinucigași au comunicat intenția lor dinainte, probabil ca o cerere de ajutor sau ca un reproș adresat supraviețuitorilor apropiați;

- Sinuciderea este comisă fără nici-un fel de avertizare asupra intenției sinucigașului de a-și lua viața sau fără nici-un indiciu prealabil asupra acestei intenții. În mod real, majoritatea sinucigașilor semnalează dinainte intenția lor, comunicând celorlalți că lumea ar fi mai bună fără ei, sau dăruind, în mod aparent neașteptat și inexplicabil, diferite cadouri apropiaților, majoritatea de o deosebită valoare materială sau sentimentală;

- Numai oamenii aparținând unei anumite clase sociale se sinucid. De fapt, se sinucid nu numai săracii sau nu numai bogații, ci cei care aparțin ambelor categorii, în egală măsură;

- Apartenența la un grup religios, distinct, este un bun predictor pentru a prezice că o persoană nu va intenționa să se sinucidă. Credința că religia catolică, caracterizată printr-o prohibire puternică a suicidului, micșorează riscul membrilor săi de a se sinucide, este greșită, nefiind susținută de evidența empirică. Aceasta și din cauză că, adeseori, identificarea formală a individului cu o anumită religie nu reprezintă un indicator adecvat al unei adevărate credințe religioase;

- Motivele oricărei sinucideri sunt ușor de stabilit. În mod real, aceste motive pot fi foarte greu descifrate din afară. De exemplu, faptul că o importantă pierdere bănească precede suicidul, nu înseamnă că acest „motiv” poate explica, în mod adecvat, actul sinuciderii;

- Toți cei care se sinucid sunt persoane deprimare. În mod real, nu toți cei care se sinucid sunt deprimați, ci manifestă, adeseori, un calm deosebit și împăcare cu ei înșiși sau cu lumea;

- O persoană care suferă de o boală fizică incurabilă nu se va sinucide. În mod real, conștientizarea unei morți iminente, datorată bolii, nu exclude sinuciderea. Dorința de a pune capăt suferinței induse de boală, resimțită personal sau de către cei apropiați, constituie, probabil, unul dintre impulsurile principale ale sinuciderii acestor categorii de bolnavi incurabili;

- Comiterea unui act sinucigaș este irațională. În mod real, majoritatea sinucigașilor sunt deplin raționali și în deplin contact cu realitatea;

- Tendința de sinucidere este înnăscută. Această convingere este alimentată de faptul că într-o familie pot avea loc mai multe sinucideri în cursul

timpului. Nu există, însă, nici-o evidență care să sprijine această presupunere într-un mod neîndoielnic;

- Sinuciderea este influențată de anotimpuri, latitudinea zonei geografice, fronturile atmosferice, presiunea atmosferică, umiditate, precipitații, înnoirări, viteza vântului, temperatura și zilele săptămânii. În mod real, nu există suficiente date pentru a demonstra aceste corelații;

- Sinuciderea este influențată de factori cosmici cum ar fi petele de soare sau fazele lunare. Nu există evidență însă pentru a susține această presupunere;

- Ameliorarea unei stări emoționale reduce riscurile de suicid. De fapt, pentru că indivizii se sinucid, adeseori, după ce nivelul lor energetic și spiritual se îmbunătățește, această situație este constatată în cazul pacienților care suferă de stări de depresie;

- Sinuciderea este un eveniment singular. În mod real, acest eveniment poate fi o consecință a unei relații frustrante sau dureroase cu alte persoane (soț, soție, iubit, iubită, copil, coleg etc.);

- Cei care se sinucid doresc cu adevărat să moară. În mod real, o mare parte din sinucigași sunt caracterizați de o stare de ambivalență în ceea ce privește autosuprimarea vieții.

Din totalitatea semnificațiilor exterioare atribuite unui act suicidar o parte, cele mai relevante, aparțin celor cu care sinucigașul s-a aflat în contact strâns (familie, prieteni, șefi etc.). Deseori, aceste categorii de persoane resimt diferite sentimente de vinovăție în legătură cu moartea sinucigașului, mai ales, când sunt implicate, în mod afectiv. În consecință, ele reacționează față de sinucidere utilizând o serie de tehnici de „neutralizare a vinovăției proprii”.

Într-un studiu întreprins de James Henslin (1970), au fost evidențiate următoarele tehnici de neutralizare:

- definirea altor persoane sau a unor factori impersonali ca fiind principalii agenți ai actului suicidar. În acest sens, persoana în cauză consideră că nici nu a contribuit cu nimic și nici nu a neglijat să facă ceva care să producă actul sinucigașului, apreciind că acțiunile și relațiile sale cu sinucigașul au fost, pe deplin, corespunzătoare;

- definirea actului suicidar ca fiind inevitabil, motiv pentru care persoana respectivă caută să se convingă că nu a avut nici-o putere în a-l preveni sau nu a avut nici-o cunoștință despre intenția sinucigașului;

- definirea sinuciderii în termeni pozitivi, prin minimalizarea evenimentului în sine sau prin sublinierea consecințelor sale favorabile. Din acest punct de vedere, persoana în cauză poate aprecia pe sinucigaș dintr-o perspectivă mai favorabilă decât înainte de actul suicidal, considerând că *Dumnezeu* l-a luat cu el tocmai pentru că a fost o ființă deosebită. Semnificația atribuită actului suicidal este cea a altruismului, în măsura în care sinucigașului nu i se atribuie intenția evaziunii (fugii) de cei pe care i-a iubit sau de care s-a simțit apropiat, ci dorința de a-i scuti de durere, chin sau suferință pe toți aceștia (membri ai familiei sau prieteni).

Semnificațiile atribuite de ceilalți unui act suicidal pot diferi, astfel, în mare măsură, de semnificațiile reale ale sinucigașului. Ambele categorii de semnificații constituie, în opinia sociologilor fenomenologi, una dintre cele mai importante linii de cercetare ale sinuciderii ca eveniment personal și social.

Încercând să diferențieze între cunoașterea comună și cunoașterea științifică în acest domeniu, între presupunerile de bun simț, dependente de stereotipurile ori clișeele publicului, și ipotezele metodei derivate din constatări reale supuse controlului metodologiei științifice, S. Laboviz (1968, p. 62-73) a formulat următoarele enunțuri cu privire la cauzele sinuciderii, apreciate drept a doua cauză principală de deces, după accidente, al tinerilor din S.U.A.:

(1) Majoritatea oamenilor se sinucid, mai degrabă iarna, decât vara, întrucât este una dintre cele mai deprimante perioade ale anului;

(2) Femeile se sinucid mai frecvent decât bărbații, datorită faptului că sunt mai dependente și chiar oprimate;

(3) Sinuciderea este mai ridicată în cadrul tinerilor decât al bătrânilor, deoarece tinerețea implică un grad mai mare de stres și de nesiguranță în viață;

(4) Negrii se sinucid mai frecvent decât albi, datorită unor ani îndelungați de inegalitate și discriminare;

(5) Sinuciderea este mai ridicată în țările în curs de dezvoltare decât în țările dezvoltate economic, datorită unor condiții mai proaste de viață.

Supuse testării sau verificării empirice, fiecare dintre aceste enunțuri s-a dovedit fals. Astfel, ratele de sinucidere sunt mai ridicate în lunile de vară decât în cele de iarnă, întrucât vremea caldă, nu cea rece, induce sentimente de deprimare (în unele zone tropicale, așa cum este cazul Malayeziei, de exemplu, căldura excesivă provoacă chiar o stare de violență sau furie inexplicabilă denumită *amoc*, stare potențată și de abuzul de stupefiante sau excitante).

Statisticile arată, de asemenea, că bărbații se sinucid mai frecvent decât femeile, datorită capacităților mai scăzute de adaptare masculină față de vicisitudinile vieții (astfel, femeile suportă mai ușor loviturile vieții, fiind mai deprinse decât bărbații să îndure stări de umilință sau declasare socială, deși sunt mai fragile din punct de vedere afectiv).

La rândul lor, bătrânii se sinucid mai frecvent decât tinerii, datorită stării lor de izolare și reducere a interacțiunilor comunicaționale, sentimentelor de alienare determinate de pierderea partenerului de viață sau prietenilor apropiați etc.

Pe de altă parte, ratele de sinucidere sunt mai scăzute în rândul negrilor decât al albilor, datorită unei capacități de adaptare mai adecvată.

În fine, sinuciderea în țările în curs de dezvoltare este mai scăzută decât în țările dezvoltate economic. Statisticile arată, de asemenea, că rata sinuciderilor în rândul celor care se bucură de prosperitate, afluență și au un status educațional ridicat este mai înaltă (Popenoe, D., 1986, p. 5-6). Durkheim, însuși, a subliniat faptul că numărul sinuciderilor crește odată cu gradul de dezvoltare și complexitate al societăților. Claude Fisher (1978) a arătat și el că, dacă în cursul secolului al XIX-lea sinuciderile erau mai frecvente în zonele urbane decât în cele rurale, în prezent această diferență tinde să se atenueze.

*

Dincolo de anumite limite tributare accentului prea mare pus pe subiectivitate, concepțiile fenomenologice asupra sinuciderii au contribuit, în cea mai mare măsură, la „reînnoirea” metodelor și tehnicilor de studiere și interpretare a actelor suicidare, printre care se pot menționa studiile de caz, biografiile sociale (istoriile de viață), biletele de adio și jurnalele personale ale sinucigașilor. Așa cum observa James Aho (1998), acceptarea de către sociologii non-fenomenologi a metodelor calitative reflectă, de fapt, dorința acestora de a integra, în activitatea lor, abordările subiectiviste.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

Aho, James A. (1998) *The Things of the World: A Social Phenomenology*. Westport, Conn.: Praeger.

American Psychological Association (2001), Warning Signs, în „*Monitor of Psychology*”, vol. 32, 10, November (vezi: <http://www.apa.org/monitor/nov01/>).

Atkinson, M. (1978), *Discovering Suicide: Studies in the Social Organization of Sudden Death*, Pittsburg, University of Pittsburgh Press.

Baechler, J. (1979), *Suicides*, New York, Basic Books.

Bosnar, A., Stemberg, V., Coklo, M., Koncar, G., Z., Definis-Gojanovic, M., Sendula-Jengic, V., Katic, P. (2005), Suicide and the war in Croatia, în „*Forensic Science International*”, Jan., 17 (147), Suppl: S13-6.

Beck, A., T., Rush, A., J., Shaw, B., F., Emery, G. (1979), *Cognitive Therapy of Depression*, New York: Guilford Press.

Besnard, Ph. (1987), *L'anomie, ses usages et ses fonctions dans la discipline sociologique depuis Durkheim*, Paris, P.U.F.

Blauner, R. (1966), Death and Social Structure, în „*Psychiatry*”, no. 29.

Brădăţan, C. (1999), Sinuciderea ca fenomen social, în „*Sociologie românească*”, II.

Charmaz, C. (1980) *The Social Reality of Death: Death in Contemporary America*, MA, Addison-Wesley.

Clark, J., E., Fritz, M., J., Rieker, P., P. (editors)-(1990), *Clinical Sociological Perspectives on Illness and Loss. The Linkage of Theory and Practice*, Philadelphia, The Charles Press, Publishers.

Clinard, M., B., Meier, R., F. (1979), *Sociology of Deviant Behavior*, fifth edition, New York, Chicago, San Francisco, Dallas.

Cox, R., G., Fundis, J., R. (1990), Teaching the Sociology of Dying and Death, în Clark, J., E., Fritz, M., J., Rieker, P., P. (editors)-(1990), (editors)-(1990), *Op. cit.*

Douglas, J. (1967), *The Social Meanings of Suicide*, Princeton, New Jersey, Princeton University Press.

Durkheim, É. (1993), *Despre Sinucidere*, Iaşi, Institutul European (versiunea originală: *Le Suicide. Étude de sociologie*, Paris, Alcan, 1897). Citatele se pot identifica în ediţia românească.

Durkheim, É. (1974), *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Alcan (1895) - tradusă în limba română sub titlul *Regulile metodei sociologice*, Bucureşti, Edit. Ştiinţifică. Citatele se pot identifica în ediţia românească.

Faunce, W., Fulton R. (1958), The Sociology of Death : A Neglected Area of Research, în „*Social Forces*”, nr. 36.

Fritz, M. J., The Uses of Sociology in Clinical Settings (1990), în vol. Clark,

J., E., Fritz, M., J., Rieker, P., P. (editors)-(1990), *Clinical Sociological Perspectives on Illness and Loss. The Linkage of Theory and Practice*, Philadelphia, The Charles Press, Publishers.

Fulton, R. (1976), *Death and Identity*, revised edition, Bowie, MD, Charles Press.

Gibbs, J., P. (1961), Suicide, în *Contemporary Social Problems, Introduction to Sociology of Deviant Behavior and Social Disorganization* (edited by R. K. Merton și R. A. Nisbet), New York and Burlingame, Harcourt Brace and World, Inc.

Gibbs, J., P. (1968), *Introduction*, în *Suicide* (Jack P. Gibbs – Editor), New York, Evanston and London, Harper and Row Publishers, 1968.

Glaser, B., Strauss, A. (1964), The Social Loss of Dying Patients, în „*American Journal of Nursing*”, nr. 64, (6).

Guery, A. M. (1833), *Essais sur la statistique morale de la France, précédé d'un rapport à l'Académie royale des sciences*, Paris, Crochard.

Halbwachs, M. (1930), *Les causes du suicide*, Paris, Alcan.

Hendin, H. (1991), Psychodynamics of Suicide with Particular Reference to the Young, în „*American Journal of Psychiatry*”, 148 (9).

Henslin, J., M. (1970), Guilt and Guilt Neutralization: Response and Adjustment to Suicide, în *Deviance and Respectability: The Social Construction of Moral Meanings* (Jack D. Douglas-Ed.), New York, Basic Books.

Kalish, R. (1966), Social Distance and the Dying, în „*Community Mental Health Journal*”, no. II.

Kübler-Ross (1969), E., *On Death and Dying*, New York, Macmillan.

Labovitz, S. (1968), Variation in Suicides Rates, în Gibbs, J., P. (Editor), *Suicide*, New York, Harper and Row.

Lindemann E., *Symptomatology and Management of Acute Grief*, în „*American Journal of Psychiatry*”, nr. 101, 1944 (citată conform cu Clark, J., E., Fritz, M., J., Rieker, P., P. - editors, *Op. cit.*, p. 8).

Making sense of suicide, conform cu: <http://studentsagainstdepression.org/get-support/check-suicide-and-self-harm/making-sense-of-suicide/>.

May, A., M., Klonsky E., D. (2013), Assessing Motivations for Suicide Attempts: Development and Psychometric Properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts, în „*Suicide and Life-Threatening Behavior*”, vol. 43, issue 5, October.

Morris, R. (1969), *Social Forces in Urban Suicide*, Illinois, Homewood

Dorsey Press.

Maris, R. (1975), Sociology, în vol. *A Handbook for the Study of Suicide* (Seymour Perlin – Ed.), New York, Oxford University Press, Inc.

Morselli, E. (1879), *Il Suicidio*, Milan, Fratelli Dumolard.

Orbach, I., Rosenheim, E., Hary, E. (1987), Some Aspects of Cognitive Functioning in Suicidal Children, în „*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*”, 25 (2).

Overgaard, S., Zahavi, D. (2009), Phenomenological Sociology - The Subjectivity of Everyday Life, în Jacobsen, M.H. (ed.), *Encountering the Everyday: An Introduction to the Sociologies of the Unnoticed.*, chap. 3, Basingstoke, Palgrave Macmillan.

Parsons, T. (1961), Illness and the Role of the Physician : A Sociological Perspective, în „*American Journal of Orthopsychiatry*”, nr. 21, 1951, p. 452-460.

Philipson, M., Roche, M. (1974), Phenomenology, Sociology and the Study of Deviance, în Paul Rock, Mary McIntosh, *Deviance and Social Control*, London, Tavistock Publications, 1974.

Pokorny, A., D. (1968), Myths About Suicide în H.L.P. Resnik (edit.), *Suicidal Behaviors*, Boston, Little Brown.

Powell, E., H. (1989), *The Design of Discord. Studies of Anomie*, New Brunswick and London, Transaction Publishers.

Predescu V., Nica-Udangiu, Șt., Nica-Udangiu, Lidia (1983), *Urgențe în Psihiatrie*, București, Edit. Medicală.

Prabashini, A. (2002), *The Development of a Process Theory of Suicidal Behaviour*, Dissertation for the degree of Master of Social Science in the School of Psychology, University of Natal, Pietermaritzburg, January.

Quételet, J. A. (1835), *Sur l'homme et le developement de ses facultes ou essai de physique sociale*, Paris, Bachelier.

Rachels, J. (1986), *The End of Life: Euthanasia and Morality*, Oxford, Oxford University Press, 1986.

Rădulescu, M., S. (1993), Sociologie clinică, în *Dicționar de Sociologie* (coordonatori: Cătălin Zamfir, Lazăr Vlăsceanu), București, Editura Babel.

Rădulescu, S., M. (2002), *Sociologia sănătății și bolii*, București, Editura Nemira, 2002.

Rădulescu, S., M. (2006), *Între Homo Oeconomicus și Homo Sociologicus. O istorie a sociologiei moderne din perspectiva raționalității și iraționalității acțiunii umane*, București, Editura Lumina Lex.

Rădulescu, S., M. (2014), Evoluții ale fenomenului de sinucidere din România, în „*Revista de Criminologie, Criminalistică și Penologie*”, 1-2.

Realitatea.Net (2011), *Vezi 10 meserii care împing la sinucidere*, 19 octombrie (vezi: http://www.realitatea.net/vezi-10-meserii-care-imping-la-sinucidere_880183.html).

Rudd, M.,D., Berman, A.,L., Joiner Jr., T., E., Matthew K. Nock, M., K., Silverman, M., K., Mandrusiak, M., Van Orden, K., and Witte, T. (2006), Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications, în „*Suicide and Life-Threatening Behavior*”, 36(3) June 2006.

Shneidman, E., S. (1973), Suicide în *Encyclopedia Britanica*, Chicago.

Shneidman, E., S. (1999), Perturbation and Lethality: A Psychological Approach to Assessment and Intervention, în D.G. Jacobs (Ed.), *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.1999.

Smith, J., C., James, M., S., Mercy, A., Conn, J., M. (1988), Marital Status and the Risk of Suicide, în „*American Journal Public Health*”, 78.

Stack, S. (1983), The effect of religious commitment on Suicide: A cross-national analysis, în „*Journal of Health and Social Behavior*”, vol. 24 (December).

Sue, D., Sue, D., Sue, S. (1990), *Understanding Abnormal Behavior*, third edition, Boston, Houghton, Mifflin Company.

Suicide, în *Sociology Factsheet*, no. 23, www.curriculum-press.co.uk (<http://ww2.ecclesbourne.derbyshire.sch.uk/ecclesbourne/content/subsites/sociology/files/Crime%20and%20Deviance%20Factsheets/Suicide.pdf>).

Taylor, S. (1982), *Durkheim and the Study of Suicide*, Palgrave, Macmillan.

Van Orden, K., A., Witte, T., K., Cukrowitz, K., L., Braithwaite, S., Selby, S., A., Joiner Jr., T., E. (2010), The Interpersonal theory of suicide, în „*Psychological Review*”, Apr., 117 (2).

Vernon, G., M. (1980), *The Sociology of Death*, New York, Ronald Press.

Weishaar, M., E. (2000), Cognitive Risk Factors in Suicide., în S.S. Canetto, S.L McIntosh, M.M Silverman (Eds.), „*Review of Suicidology*”, New York, Guildford Press.

Wikipedia.The Free Encyclopedia, *Legality of Euthanasia* (http://en.wikipedia.org/wiki/Legality_of_euthanasia).

Wolinsky, F. D. (1988), *The Sociology of Health. Principles, Practitioners and Issues*, second edition, Belmont, California, Wadsworth Publishing Comp.

CAPITOLUL IV

ANOMIE ȘI SINUCIDERE ÎN SOCIETĂȚILE POSTCOMUNISTE

„Analiza sociologică a cauzelor sinuciderii relevă că, în cazurile unde este posibil să obținem date relevante, aproape jumătate din sinucideri sunt, în principal, anomice” (Hassan, R., 1996, p. 5).

O asemenea subliniere pare să fie aplicabilă, cu precădere, societăților în schimbare, așa cum este cazul societăților postcomuniste din Estul și Centrul Europei, inclusiv al României, în care există o reglare normativă insuficientă sau deficitară, iar acțiunile unei mari părți dintre indivizi se înscriu în aria devianței, a „lipsei de determinare” a scopurilor și aspirațiilor. Cel de al „treilea val de democratizare”, așa cum definea Samuel P. Huntington (1991) trecerea unor țări din Europa Centrală, Europa de Est și Asia, de la comunism la capitalism de la începutul deceniului 9 al secolului al XX-lea, nu a adus, după sine, rezultatele așteptate, ci, dimpotrivă, a produs instabilitate politică și dezorganizare economică, scăderea autorității și eficacității funcționării instituțiilor și, nu în ultimul rând, costuri sociale și umane greu de suportat.

1. Criză și schimbare în fostele țări comuniste

Pare evident că prăbușirea comunismului în țările din Europa Centrală și de Est a impus o veritabilă *criză*, o schimbare radicală în toate sferile social-economice, implicit în modul de viață a indivizilor. Tranziția de la o economie planificată la o economie de piață și restructurarea vieții sociale au determinat numeroase efecte pozitive din punct de vedere macrosocial, negative însă din punctul de vedere al indivizilor, care s-au adaptat cu greu schimbărilor aduse de procesele de tranziție. Polarizarea puternică a societății, sărăcia, reducerea drastică a veniturilor, scăderea puterii de cumpărare, șomajul, disponibilizările de forță de muncă din sectoare largi ale economiei, nesiguranța zilei de mâine, contractarea unor credite fără posibilitatea de a le restitui și, pe această cale, evacuarea din locuință, creșterea inechității sociale, extinderea intoleranței etnice și a discriminării unor grupuri, radicalizarea conflictelor sociale, sunt numai câteva din schimbările cu caracter dramatic care au afectat indivizii și largi comunități din aceste țări. Este ușor de presupus că toate aceste schimbări

nu puteau să nu aibă un impact și asupra evoluției sinuciderilor din țările postcomuniste.

Ca urmare, relația dintre sinucidere și criză a ajuns, din nou, în atenția specialiștilor.

Spre deosebire de economie, sociologia are relativ mai puține resurse teoretice sau instrumentale pentru a interpreta crizele. În economie există trei mari paradigme de interpretare a crizei (Barrère, C., Kebabdjian, G., Weinstein, O., 1983, p. 16-72):

(a) paradigma *neoclastică*, bazată pe o teorie a „echilibrului” care consideră criza ca un ansamblu de perturbații ce pot fi eliminate prin raționalitatea agenților economici și prin autoreglarea dată de mecanismele economiei de piață;

(b) paradigma *keynesiană*, care apreciază criza drept o abatere contingentă, aleatoare, de la starea obișnuită a sistemului economic, datorată dezechilibrelor și contradicțiilor între structura producției și a consumului, între obiectivele investitorilor și deponenților de monedă, între oferta și cererea de muncă etc. În scopul eliminării sau atenuării acestor dezechilibre, intervenția statului este decisivă;

(c) paradigma *marxistă*, care consideră criza ca o consecință fundamentală a modului de producție capitalist, determinată de raportul între muncă și capital, care, la rândul lui, generează tot felul de dezechilibre economice. Criza, care are un caracter ciclic, este o necesitate pentru sistemul capitalist, întrucât este o „soluție” momentană față de problemele determinate de dezechilibrul economic cu caracter immanent (supraproducția).

Interpretarea teoretică conținută în cadrul acestor trei paradigme poate fi divizată în două modele:

- unul care afirmă caracterul „*exogen*” al crizei, în sensul absenței unui mecanism de reglare a sistemului economic;
- altul care subliniază caracterul „*endogen*” al crizei, în sensul că aceasta este provocată chiar de către legile economice.

Aplicabile, cu precădere domeniului economic, cele trei paradigme menționate nu reușesc, decât poate intuitiv să explice configurarea comportamentului suicidar în fostele țări comuniste. Deși sunt definite de o serie de elemente utile și sugestive, aceste paradigme nu reușesc să caracterizeze, decât în mod parțial, amplele dimensiuni ale crizei din societățile postcomuniste,

în primul rând, pentru că sunt aplicabile societăților care au experimentat, de multă vreme, virtuțile și deficiențele economiei libere de piață și, în al doilea rând, pentru că se concentrează, cu precădere, asupra dezorganizărilor și disfuncțiilor procesului economic (Rădulescu, M., S., 2006, p. 363). Modelul economic al crizei poate oferi însă o analiză sugestivă a raportului dintre rațional și irațional în acțiunea agenților economici, constituind premisa unei demonstrații în concordanță cu care *Homo economicus* este inadecvat ca interpretare teoretică cu valoare generală, mai ales în fostele țări comuniste, unde comportamentul unor indivizi sau grupuri de indivizi este lipsit de raționalitate.

2. Anomia ca model teoretic interpretativ al situației existente în țările postcomuniste

Așa cum am subliniat și în alte ocazii (Rădulescu, M., S., 2006; Rădulescu, S., M., 2010), un model de criză mai adecvat decât cele cu caracter economic și care ar putea interpreta, cel mai bine, din punct de vedere *sociologic*, starea de lucruri din fostele țări comuniste, inclusiv din România, este cel al *anomiei*, atât cel utilizat de către clasici ai sociologiei, precum É. Durkheim (1897) și R. K. Merton (1937), cât și de alți sociologi care au adus revizuirii, corecturi sau îmbunătățiri concepțiilor originare elaborate de clasici.

Trebuie precizat că noțiunea de anomie a fost frecvent folosită pentru evaluarea situației societăților postcomuniste aflate în tranziție. Modelul teoretic al anomei a fost, de pildă, aplicat următoarelor țări (conform cu Lytkina, E., 2015, p. 3): Germania de Est, Ungaria, Ucraina, Rusia, Kazahstan.

Ekateria Lytkina (2015), a folosit atât noțiunea de anomie, cât și cea de alienare pentru a evidenția, în mod comparativ, situația economică și socială existentă în Rusia și Kazahstan.

O reluare sau o extindere a interpretărilor cu privire la anomie poate da la iveală o mulțime de filoaane teoretice încă neexploatate. Pe de altă parte, modelul teoretic al anomiei, așa cum a fost folosit de Durkheim, este aplicabil crizelor care se manifestă în perioadele de tranziție, deși, așa cum se știe, Durkheim l-a folosit pentru interpretarea trecerii de la societatea tradițională la cea modernă.

Apreciem ca fiind cea mai potrivită semnificație interpretativă, pe care o aduce modelul anomiei, pe aceea circumscrisă teoriei acțiunii („raționalității”), ca unic cadru de referință în stare să lege, în mod unitar, concepția lui É.

Durkheim de cea a lui R. K. Merton.

Așa cum se cunoaște, există o ruptură între cele două concepții, lui Merton reproșându-i-se, chiar, că a distorsionat și „trădat” semnificațiile originare ale noțiunii de anomie existente în concepția lui Durkheim. Teoria acțiunii poate acoperi această ruptură, convingere pe care a avut-o, pentru prima dată, T. Parsons.

O comparație de profunzime între modelul teoretic al lui Durkheim și cel al lui Merton a fost efectuată de către R. Zhao și L. Cao (2010, p. 1213), care, evidențiind diferențele și convergențele dintre cele două concepții, au alcătuit un tabel care descrie sursele, caracteristicile anomiei, precum și modul în care

TABELUL 1: DIFERENȚE ȘI CONVERGENȚE ASUPRA ANOMIEI ÎNTRE DURKHEIM ȘI MERTON (conform cu: Zhao, R., Cao, L., 2010, p. 1213).

	Durkheim	Merton
Diferențe		
Ideea de bază	Societatea franceză în stadiul său de tranziție de la societatea rurală la cea urbană la sfârșitul secolului al XIX-lea.	Statele Unite în anii '30 și ulterior; societatea este relativ stabilă.
Surse ale anomiei	Industrializarea rapidă combinată cu creșterea mai puțin rapidă a forțelor care ar putea-o regla.	Scopurile sociale promovate în mod instituționalizat și cultural, într-o societate democratică, așa cum este cazul Statelor Unite.
Natura umană	Apetitul ființei umane este, în mod natural insașiabil.	Apetitul ființei umane nu este format natural. El este indus.
Modul cum este privită anomia	În societatea organică, anomia este un fenomen patologic împotriva căruia se poate lupta.	Anomia limitată este o stare normală, care este o parte permanentă a unei societăți democratice.
Convergențe		
Definiția anomiei	Pentru Durkheim, lipsa de norme, mai largă, include atât comportamentul utilitar, cât și cel nonutilitar. Pentru Merton, absența normelor, mai îngustă și utilitaristă, lipsa de consens asupra normelor fiind apreciată a fi legitimă.	
Caracteristici	Anomia leagă circumstanțele de stările psihologice individuale.	
Devianță/Suicid și anomie	O stare de dereglare este un factor care determină devieri de la standarde stabilite. În condiții de anomie se așteaptă să existe rate ridicate de sinucidere și devianță.	
Existență	Anomia este endemică în societățile în tranziție pentru Durkheim și este endemică în societățile democratice pentru Merton.	

este privită anomia de către cei doi autori (vezi tabelul 1).

Ca diagnostic al stării „patologice” care însoțește tranziția de la societatea de tip tradițional la societatea de tip modern, anomia are, în concepția lui É. Durkheim (1897), câteva semnificații mai importante, printre care:

(a) *absența reglării raționale a acțiunii* sociale datorită lipsei de coordonare a funcțiilor sistemului social;

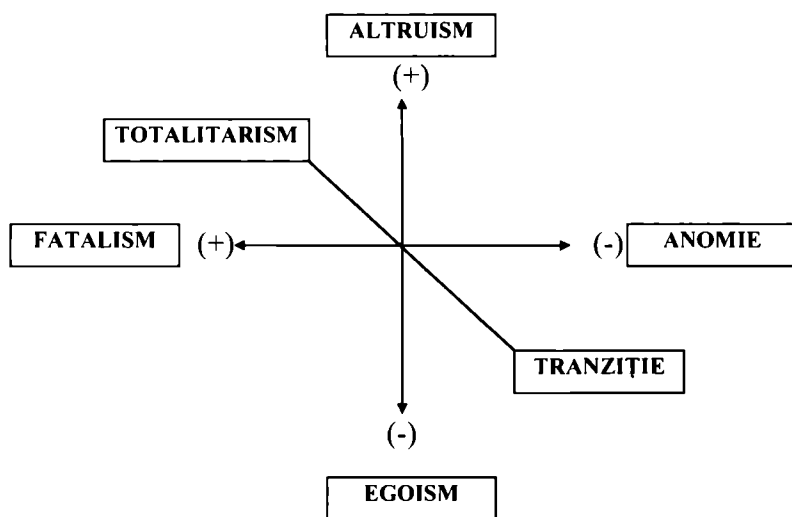
(b) *absența limitelor impuse acțiunii*, care, fiind privată de norme raționalizatoare, se extinde în direcții nepredictibile, suprimând, astfel, obiectul și finalitatea ei;

(c) *lipsa raționalității acțiunii* în sensul că există norme, dar ele nu au caracter rațional, nemaifiind adecvate realităților existente;

(d) *dezorientarea acțiunii*, determinată de contradicția între norme: o dată cu transformarea societății, unele norme nu mai au obiect, dar continuă să funcționeze în mod parazitar, altele intră chiar în contradicție cu noile tendințe ale vieții sociale.

Aceasta este, în opinia noastră, interpretarea cea mai adecvată care poate fi făcută concepției lui Durkheim, pentru a o putea aplica la cazul fostelor societăți comuniste.

Întreaga concepție despre anomie a lui Durkheim, elaborată, inițial, în lucrarea „*Diviziunea muncii sociale*” și îmbogățită, ulterior, în lucrarea „*Sinuciderea*”, operează cu două variabile principale, care se pot situa pe două axe (Besnard, Ph., 1987, p. 70-74; Allardt, E., 1971, p. 15-26)-(vezi schema).



- *axa orizontală* – pe care se situează variabila „*reglare socială*”, adică

măsura în care acțiunile și dorințele indivizilor sunt controlate și frânate de norme;

- *axa verticală* - pe care se situează variabila „*integrare socială*”, constând în gradul de atașament al indivizilor față de societate, în sentimentul lor de apartenență și de adeziune la valori comune.

Fiecare dintre capetele celor două axe este definit de semnul (+) sau (-), care desemnează „excesul” sau, dimpotrivă, „deficitul” caracterelor respective. Rezultă patru tipuri, care nu sunt comportamente morale, așa cum au fost interpretate adeseori, în mod eronat, ci *stări sociale* sau „*curențe de opinie*”, care apar ori de câte ori societatea se află în criză.

Aplicată, de exemplu, la cazul societății românești (și nu numai), această schemă sugerează că sensul tranziției este acela al trecerii de la o societate totalitară definită de presiuni normative excesive și de conformare obligatorie la norme (stări echivalente cu *fatalismul* ca „exces” de reglare), de excesivă lipsă de individualizare (stare identică cu *altruismul* ca „exces” de integrare), la o societate cu caractere tranzitorii, „anomice”, așa cum sunt: presiunile normative slabe și contradictorii, lipsa acută de determinare a scopurilor acțiunii (stări echivalente cu *anomia* ca „deficit” de reglare), insuficiența integrării sociale, lipsa de socialitate și de aderență la un câmp axiologic comun (stare care se confundă cu *egoismul* nu ca stare morală, ci socială, definită de „deficitul” integrării sociale).

Sugerată, din punct de vedere social și politic, de către politologul finlandez Erik Allardt (1971, p. 15-26), schema menționată are meritul de a ilustra principalele repere ale crizei din perioada trecerii de la socialism la capitalism: pe de o parte, *insuficiența reglării* (din punct de vedere politic, economic sau juridic), iar pe de altă parte, *insuficiența integrare socială*, nu în sens funcționalist, conformist, ci al lipsei de aderență la un set de valori comune care ar putea facilita convergența acțiunilor actorilor sociali. La aceasta se adaugă o slăbire drastică a mecanismelor de control social, atât a celor cu caracter formal, cât și informal.

3. Anomie și criză în țările din Estul și Centrul Europei

Așa cum au observat cercetătorii din Centrul de Studii Baltice și Est-Europene din cadrul Universității Södertöm, Stockholm, Suedia (Jukkala, T. &

Mäkinen, I., H., 2010, p. 10-16), tranziția țărilor din Europa de Est a a afectat mortalitatea prin sinucidere în două forme distincte: (a) prin însăși existența schimbării sociale ca atare, care - în concordanță cu teoria lui É. Durkheim -, provoacă anomie și, consecutiv, creșterea ratelor de suicid: (b) prin caracterul negativ al schimbărilor economice, care au redus puterea de cumpărare a oamenilor și au determinat creșterea șomajului.

É. Durkheim (1993, p. 197) a susținut ideea fundamentală conform căreia crizele economice constituie principalul factor explicativ al sinuciderilor. În acord cu teoria sa, crizele economice sau perioadele de schimbări sociale perturbă „echilibrul social”, generând creșterea numărului de sinucideri.

Supunând criticii ideile profesorului său, M. Halbwachs a evidențiat faptul că, de fapt, crizele financiare și nu crizele economice ca atare, determină creșterea nivelului sinuciderilor, astfel că „atunci când prețurile sunt ridicate, sinuciderile se diminuează, iar când prețurile sunt scăzute, sinuciderile cresc” (Halbwachs, M., 1930, p. 373). Pe de altă parte, *„Nu criza ca atare (trecerea bruscă de la prețuri ridicate la prețuri mai scăzute), ci perioada de depresiune care urmează crizei, este cea care determină numărul deceselor cu caracter voluntar. Ne-am putea mira de ce oamenii se omoară mai ales atunci când prețurile scad (...). Starea de spirit a comercianților și a industriașilor, speranțele lor, temerile lor, avânturile și panicile lor modifică atmosfera morală a țării în întregime (...). Nu suferința, muncitorilor care șomează, falimentele, eșecurile și ruinările sunt cauze imediate ale majorității sinuciderilor. Ci pentru că un sentiment obscur de oprimare apasă sufletele oamenilor, pentru că există mai puțină activitate la nivel general, pentru că oamenii participă mai puțin la o viață economică care îi depășește și pentru că atenția lor nu mai este îndreptată asupra vieții exterioare, ci, mai degrabă, atât asupra necazurilor și sărăciei materiale, cât și asupra tuturor motivelor individuale, care îi pot determina să capete dorința de a muri”* (Halbwachs, 1930, p. 374).

Aplicate țărilor postcomuniste, sublinierile lui É. Durkheim și M. Halbwachs par să sugereze că, date fiind dificultățile cu care se confruntă aceste țări, nevoite să-și ajusteze modelul centralizat economic pentru a adopta necanisme economiei de piață, recesiunea pare inevitabilă. La aceasta se adaugă trecerea de la un model totalitarist de reglare la unul democratic care implică mai multe posibilități de opțiune și o libertate mai mare de acțiune.

În mod paradoxal, poate, centralizarea economică și politică, specifică regimurilor comuniste cu caracter totalitar, pare *protectivă*, deoarece impune

mecanisme de reglare coercitivă, care limitează libertatea indivizilor și îi constrânge să adopte conduite conformiste, impuse de modelele normative dominante. Dimpotrivă în economiile de piață și, în mod complementar, în societățile democratice, libertatea indivizilor se extinde, cresc aspirațiile și speranțele acestora, se diversifică acțiunile și comportamentele, fapt care generează, de asemenea, și stări de frustrare puternică. Pe de altă parte, renunțarea la planificare și la rolul „conducător” al unui singur partid, prin implementarea pluripartidismului, au înlăturat din start existența unor mecanisme reglatoare, fie ele și extrem de coercitive, așa cum a fost cazul în fostele societăți comuniste.

Incapacitatea de a mai putea funcționa ca societăți „tradiționale” în sensul accentului pus pe religie, ca factor integrativ, estomparea funcționalității familiei și creșterea numărului de divorțuri sau separări, în condițiile abandonării rolurilor maritale tradiționale și ale migrației temporare a mamei sau tatălui ca forță de muncă în alte țări, cu efecte directe asupra educației copiilor, au constituit alte cauze pentru care dereglarea funcțiilor tradiționale ale comunității a impus o lipsă acută de reglare a acțiunii și absența unor mecanisme de protecție a indivizilor. Epocile de schimbări sociale profunde – sublinia G., A., Katsas (2012, p. 98) -, generează „*deconstrucția instituțiilor și obiceiurilor*”, în așa fel încât „*oamenii din societate își pierd punctele lor standard de referință, constantele pe care le-au folosit în cursul vieții lor*”.

4. Caracteristici generale ale stării de anomie în România

În România, planificatorii reformei, fie ei specialiști români sau experți străini, au adoptat, încă de la început, o perspectivă prioritar economică (*Homo Oeconomicus*) și juridizantă (*Homo Juridicus*) asupra modului de derulare a acestui proces (Rădulescu, S., M., 2006, p. 365-371).

Din punct de vedere strict politic, logica unei asemenea abordări este relativ simplă: eșuând ca proiect istoric de societate, socialismul s-a prăbușit ca sistem politic și economic; apare, deci, necesitatea aplicării unui proiect *alternativ* de societate, care nu poate fi alta decât cea capitalistă. Totul se reduce, de fapt, la realizarea câtorva obiective principale ale căror artizani de bază sunt economiștii, finanțistii și juriștii: privatizare, crearea economiei de piață, liberalizarea prețurilor, cursul liber al schimbului valutar ș.a.m.d.

În consecință, în perioada de tranziție, magia formulelor economice pure și

implementarea lor prin exercițiul legislativ au sedus atât de mult pe politicieni încât, exceptând atitudinile populiste cu caracter ideologic, au ignorat, cu desăvârșire, individul și l-au înglobat unui nou experiment istoric. În această strategie raționalizatoare a reconstrucției cu caracter imitativ, în care schimbările se măsoară prin confruntarea cu un model preexistent, cel al capitalismului occidental, individul este din nou sacrificat, iar rolul sociologului și-l asumă economistul și juristul. Costurile sociale ale tranziției sunt ignorate, iar efectele perverse ale implementărilor nu par altceva decât *deviații* de la modelul „pur” oferit de Occident. Totul trebuie luat de la capăt, totul trebuie reclădit de la temelie („*pentru a clădi o casă nouă, trebuie să o demolezi pe cea veche*”, clama, la începutul procesului de tranziție, un politician român). Pentru sociolog, logica unei asemenea abordări pare, cel puțin, „derutantă”. Se poate clădi ceva pe niște ruine mortificate?, Poate fi, oare, adus, ca într-o operație de transplant, fără riscul respingerii de către întregul organism, un întreg sistem care s-a format, în mod *organic*, în decurs de sute de ani, și poate fi el sădit într-un mediu lipsit de instituții, infrastructuri și mentalități corespunzătoare?

În raport cu această problemă, chiar o parte din analiștii occidentali au fost nevoiți să admită că prăbușirea regimurilor comuniste nu a produs și un nou tip de ordine socială ci, dimpotrivă, o „*nouă dezordine mondială*”, apreciind că societățile postcomuniste sunt medii ale „*Genezei*”, Facerii lumii (Jowitt, K., 1991) în care dislocarea, nesiguranța și traumele sunt trăsături principale. În aceste medii, charisma liderilor se substituie instituțiilor, îndemnând oamenii la sacrificiu în schimbul unui pretins pământ al făgăduinței.

Starea de criză, dereglarea și perturbarea raporturilor economice, blocajul financiar, amplificarea, fără măsură, a fenomenelor de devianță, violență, corupție, anarhie și liber arbitru sunt simptome tipice ale unei pronunțate *stări anomice*, determinate de imitarea mecanică a unui model de sistem care nu-și regăsește organicitatea și cadența originală, întrucât îi lipsesc funcțiile autoreglatoare, raporturile și tranzacțiile care, anterior, erau circumscrise statului-partid sau partidului-stat.

În acest mod, o lungă perioadă de timp, „... *fragmente din vechea ordine socialistă supraviețuiesc împreună cu noi elemente care se supun unei alte logici*” (Jowitt, K., 1991, p. 15). În consecință, *tranziția este un proces hibrid*, iar o parte din ceea ce s-a realizat până acum nu este altceva decât un *non-sistem* fără nici o raționalitate sau logică internă. La aceasta se adaugă patologiile trecutului, ambiguitățile și echivocurile unor mentalități ezitante, care oscilează

între etatism și descentralizare, planificare și liber arbitru, pluripartidism și tendințe hegemonice de monopartidism.

Direcția crizei este, așa cum am menționat, aceea a unei tranziții de la o stare de fatalism, în sens durkheimian, în care totul era determinat și prevăzut de mecanismele coercitive ale puterii, unde singura șansă de supraviețuire era (super)conformismul, la o *profundă stare de anomie*, de dezordine normativă, unde aproape nimic nu mai poate fi prevăzut, în care este posibil orice, în care conduitele indivizilor oscilează în jurul unor indicații ale normelor, vechi și noi, care se contrazic între ele. De aceea, nu pare surprinzător că asemenea conduite se pot extinde, fără măsură, în direcții nepredictibile, individualiste, determinate, între altele, și de absența unui sistem comun de credințe și valori.

Atât ca *deregulare* în planul economicului, cât și ca o *criză* a valorilor, a personalității, a elitelor, anomia în care se găsește societatea românească se manifestă într-o diversitate de forme. În *economie*, de exemplu, cel puțin în primii ani de tranziție, s-a instaurat, în cea mai mare măsură, legea liberului arbitru, renunțându-se aproape complet la forma planificate sau la relații ferme, cu caracter contractual, între unități, permițându-se, în același timp, crearea unor firme „căpușe”, care au reușit să stoarcă mari beneficii din exploatarea resurselor unor întreprinderi de stat. Pe de altă parte, blocajul financiar, fraudele, evaziunea fiscală, infracțiunile economice și actele de corupție nu sunt decât consecința firească a unei economii care funcționează fără nici o reglare internă, ci doar sub „controlul” unor reguli *exterioare*, care îmbină o mixtură de centralizare și liber arbitru.

Din punct de vedere *politic* și *juridic*, anomia se regăsește încă în absența separării distincte a puterilor în stat, în opoziția dintre stat și societatea civilă, în incapacitatea factorului legislativ de a se sustrage intereselor politice de conjunctură, ceea ce face ca dreptul să nu fie încă o expresie a voinței generale (Rădulescu, M., S., 1992, p. 11-20). Este de menționat, în acest sens, și faptul că, multă vreme, justiția românească a fost o veritabilă „slujnică” a factorului politic, de abia în ultimii doi ani, o dată cu judecarea marilor cazuri de corupție, putându-se vorbi de autonomia ei. Dar chiar și în prezent (2015 – subl. ns.) unii comentatori de presă și reprezentanți ai clasei politice acuză „complicitatea” dintre puterea politică, Procuratură și serviciile de informație în instrumentarea unor cazuri „mari” de corupție, care, în mod paradoxal – subliniem noi -, provoacă „victime” și din rândul opoziției și din rândul puterii.

În România, chiar procesul de legiferare a fost, multă vreme, un factor de

instituționalizare a anomiei, cu atât mai mult cu cât nu a existat un corp de legi, cu caracter unitar și coerent, care să fie circumscris unei finalități comune - introducerea și stimularea continuă a obiectivelor reformei.

În România a existat, în același timp, o anumită contradicție între discursul puterii și realitatea reformei. Nimeni nu neagă faptul că singurul drum pe care trebuie să meargă România este trecerea la economia liberă de piață și crearea structurilor necesare aplicării obiectivelor reformei. În realitate, însă, dincolo de tendințele de liber arbitru, s-au manifestat tendințe etatiste, mai mult sau mai puțin disimulate, demonstrate, de pildă, de proporția majoritară a capitalului de stat în economie, de existența, în continuare, a statului ca fiind cel mai mare proprietar, de ezitarea față de trecerea la privatizarea marilor întreprinderi de stat, care au creat atâtea „găuri negre” în economie. Aceasta, fără a mai socoti, eșecurile vădite ale unor privatizări de „răsunet”, care nu au adus beneficii, ci numai pierderi avuției naționale, și fără a mai menționa privatizările frauduloase, așa-zis „strategice” intermediare sau facilitate de către reprezentanți ai statului, care s-au soldat cu mari beneficii atât pentru aceștia, cât și pentru investitori*.

Date fiind aceste efecte deloc pozitive ale reformei în economie, poate tocmai din această cauză, strategiile diverselor guverne au inclus toate „soluțiile” posibile, dar și toate erorile sau contradicțiile posibile, aceasta reprezentând încă o sursă de anomie.

Constituie o realitate incontestabilă că orice economie de piață implică capitalism și capitaliști. În România nu există încă, decât cu rare excepții, marea proprietate, dar există, ca un alt paradox, generat de starea anomică, *mari* capitaliști, care lucrează în sensul acumulării și reinvestirii de capital. Și nu, întotdeauna, cu mijloacele cele mai ortodoxe.

Majoritatea întreprinzătorilor privați din România nu sunt însă capitaliști în sensul real al termenului, ci doar „mânuitori” de capital. Adevăratul capitalist, sublinia Ștefan Zeletin (1991, p. 29), este acela mânat de „*eterna goană spre un țel ce nu se mai realizează niciodată, fiindcă odată realizat, face să apară la orizont un altul mai mare*”. Apare în această formulare una dintre principalele

* Un caz tipic l-a reprezentat, de pildă, privatizarea I.P.R.S. (Întreprinderea de Piese Radio și Semiconductori) Băneasa, vândută, prin complicitatea unor funcționari corupți ai statului, pe o sumă modică unui „investitor” sirian (acuzat, ulterior, de spălare de bani și de terorism), care a obținut, ca urmare, 10 hectare de teren într-o zonă de lux a Capitalei.

semnificații durkheimiene ale noțiunii de anomie: anomia ca *absență a limitelor acțiunii*, ca „rău de infinit”, temă preluată de Durkheim de la Goethe. Veritabilul capitalism, aprecia Zeletin, începe odată cu liberalismul economic, cu extinderea relațiilor de schimb în întreaga economie, care nu se pot realiza decât prin marea proprietate și prin capitalul de tip industrial, prin obținerea unor credite și realizarea unor investiții din partea străinătății, prin formarea unor modele de educație economică influențate de raporturile cu capital străin.

Puține din aceste premise au fost realizate în România. Oscilația între liberul arbitru și intervențiile etatiste, ambiguitățile discursului politic între ideologia liberală și cea populistă, legislația instabilă, menținerea agriculturii într-o stare de confuzie și anarhie, povara fiscalității (în condițiile unor permanente schimbări ale Legii fiscalității care o fac complet nepredictibilă), obținerea de către investitori sau persoane fizice a unor credite în condiții net defavorabile, cu clauze netransparente, evaziunea fiscală de amploare, privatizările dubioase (care s-au soldat cu mari prejudicii pentru economia națională), „marea” corupție, absența mentalităților economice de tip capitalist sunt, toate, simptome ale unei stări anomice, care, dintr-o „patologie de tranziție”, s-a transformat într-o criză permanentă, instituționalizată. Schimbările și restructurările menite să facă din România o țară modernă, compatibilă cu instituțiile europene și „spiritul” european au determinat o serie de efecte „perverse” pe care le menționăm (selectiv) în cele ce urmează:

- Procesele de privatizare au creat din punct de vedere macrosocial devalorizarea și înstrăinarea unei mari părți din avuția națională, precum și polarizarea accentuată a societății românești, iar din punct de vedere al intereselor indivizilor au determinat șomaj, disponibilizare, sărăcie;

- Restituirea proprietăților a generat, la rândul ei, numeroase inechități, pe lângă corupția de amploare în care au fost implicați înalți funcționari sau demnitari ai statului, reprezentanți ai autorităților din justiție sau poliție, politicieni ș.a.;

- Restructurarea instituțiilor a determinat nu atât funcționalitatea lor mai adecvată, ci o amplificare a birocrăției și o multitudine de deficiențe; adeseori, o parte dintre aceste instituții sivesc, mai degrabă, interese ale unor persoane influente sau grupuri de presiune, decât – așa cum este firesc –, interesele cetățenilor;

- Intrarea țării (complet nepregătită) în Uniunea Europeană nu a adus – pe pe cât se spera – numai beneficii, ci, dimpotrivă, a determinat, între altele,

deprecierea peste măsură a monedei naționale, sărăcirea unor contractori de credite, scăderea nivelului de trai, „aliniera” prețurilor (nu și a salariilor!) la cele din Vest, scumpirea utilităților, conectarea României la efectele crizei din „zona euro” etc. De aceea, chiar preconizată intrarea a României în zona Euro ridică numeroase îndoieli privind beneficiile aderării la moneda unică (vezi Casetă 1);

CASETA 1

„În ultima vreme, avantajele adoptării monedei unice au devenit mai puțin evidente comparativ cu costurile care sunt tot mai vizibile. Apartenența unui stat nu mai implică în mod automat reducerea costurilor de finanțare, care reprezenta principalul avantaj al monedei unice, prin eliminarea riscului valutar. Cel mai elocvent exemplu este situația Greciei, care nu s-a mai putut împrumuta de pe piețele internaționale, iar România și Cehia din contră, mai ales dacă ne referim la faptul că pentru România costul de împrumut a ajuns mai scăzut decât cel pentru Italia, țară membră a Zonei Euro. Atunci apare imediat *întrebarea* «*De ce să ader la Zona Euro?*», «*Ce beneficii îmi aduce?*». Astfel, este de remarcat și faptul că moneda unică a început să piardă teren, tot mai mulți fiind de părere că adoptarea monedei Euro nu aduce unui stat numai avantajele sperate, ci din contră (Ghițu, A.E. (2014, p. 232).

- Reformele repetate din domeniul învățământului („câți miniștri, atâtea reforme”) și așa-zisele „manuale alternative” n-au adus nici pe departe efectele pedagogice scontate, ci au provocat, dimpotrivă, derută, în rândul elevilor și părinților, performanțe școlare slabe, neconcordanța dintre programe și manuale, percepții negative ale dascălilor ș.a.

Sunt mai multe lucruri de menționat, în legătură cu efectele perverse ale reformei din România, dar pentru toate aceste stări de lucruri nu este responsabilă căderea moralității sau lipsa normelor, așa cum a fost interpretat, adeseori, modelul teoretic durkheimian, ci absența unui mecanism de reglare „internă” care poate asigura organicitatea funcțiilor sistemului social și economic. Este de reținut faptul că Durkheim nu s-a referit la o reglare din „exterior” și că el a negat rolul intervenționist al statului. Anomia poate implica norme (legi), dar acestea nu sunt raționale, adică nu sunt adecvate scopului urmărit. O lectură atentă a concepției durkheimiene lasă să se întrevadă că autorul *Diviziunii muncii sociale* nu s-a referit la lipsa de moralitate, drept cauză a anomiei, ci la *lipsa de raționalitate* a actorilor sociali. De altfel, însuși Durkheim (1974, p. 59) a subliniat faptul semnificativ că „*un industriaș care*

lucrează cu procedee și metode din alt veac va eșua lamentabil, ruinându-se”.

În România nu s-au creat însă instituțiile, mecanismele și structurile care să favorizeze formarea unor noi mentalități favorabile reformei. În noile condiții ale tranziției, la fel ca și în regimul trecut, funcționează aceeași scală răsturnată de valori care permite, nu celor mai buni sau celor mai competenți să aibă acces la oportunități, ci acelor care dispun de resurse și relații, putând trece mai ușor peste barierele normative sau organizaționale. Acest fapt se poate observa, între altele, și din numeroasele cazuri de corupție sau plagiat în care au fost implicați înalți funcționari ai statului, ca să nu mai amintim lipsa de competență sau de expertiză a unor persoane care ocupă funcții de conducere.

Așa cum observa, cu temei, unul dintre cercetătorii din cadrul Institutului de Sociologie al Academiei Române, costurile sociale ale reformei (tranziției), ar putea fi acceptate cu condiția ca rezultatul punerii în balanță a beneficiilor și pierderilor să fie favorabile primelor. Aceste costuri ar putea fi acceptate doar dacă: *„1. efectele pozitive ale schimbărilor ar depăși (pe plan societal) pe cele negative, ar exista „o raționalitate socială” a măsurilor întreprinse, pentru a nu avea, în locul „distrugerilor creative”, o simplă „distrugere sterilă”, care nu aduce nimic benefic oamenilor, deoarece costurile fără tranziție nu pot fi considerate, teoretic, costuri ale tranziției; 2. efectele negative ar fi rezultate directe și relativ inevitabile, ale schimbărilor benefice presupuse de modelul teoretic dezirabil al tranziției și nu izvorâte din acțiuni ce nu au legătură cu obiectivele stabilite (...)...ar exprima deci o eficacitate socială (ca raport dintre scopurile urmărite și rezultatele obținute) în condițiile în care ar putea determina și „efecte perverse” rezultate din „efectele dezirabile” și dacă nu ar fi doar „perversiuni ale acțiunii umane”; 3. efectele negative directe ar fi just repartizate pe întreaga societate, astfel ca să existe o echitabilă repartiție socială a costurilor sociale, împiedicând reproducerea cunoscutului paradox al lui Brooks Harvey (conform căruia beneficiile devin privilegiul unor grupuri, iar costurile sunt suportate de alte grupuri)”*- (Hoffman, O., 2000, p. 32).

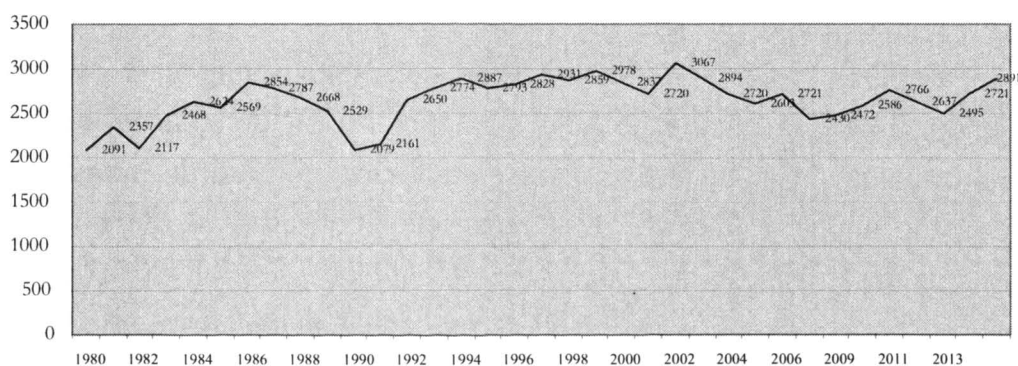
Tocmai această injustă repartiție societală a beneficiilor și costurilor schimbărilor determinate de tranziția societății românești de la un regim totalitar la unul democratic a constituit esența reformei, motiv pentru care generalizarea anomiei a devenit una dintre cele mai vulnerabile și distructive efecte ale reformei din România. Aceste efecte au avut consecințe directe asupra economiei, nivelului de trai al populației și, nu în cele din urmă asupra moralului membrilor societății și, implicit asupra tendințelor suicidare ale unor

indivizi copleșiți de dificultățile și climatul de insecuritate cu care au fost nevoiți să se confrunte.

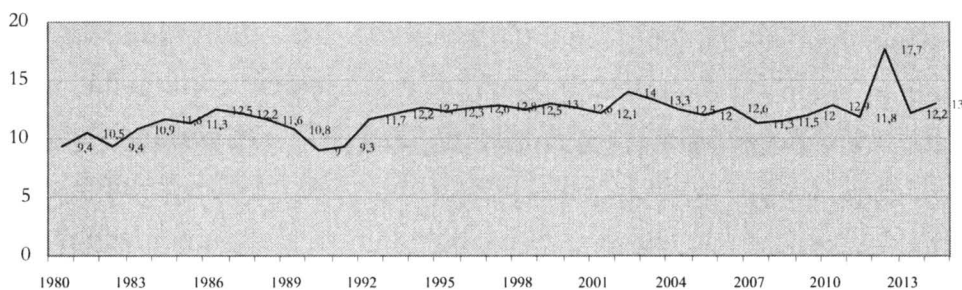
5. Tendințe ale fenomenului suicidar înainte și după evenimentele din anul 1989

Evoluția numărului brut de sinucideri și a ratelor de sinucidere din România, într-o perioadă îndelungată de timp, 34 de ani (perioada 1980-2014)*, evidențiază următoarele tendințe vizibile în graficele următoare (vezi graficul 1 și graficul 2):

GRAFICUL 1
EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE SINUCIDERI ÎN PERIOADA 1980-2014, ÎN ROMÂNIA



GRAFICUL 2
EVOLUȚIA RATELOR DE SINUCIDERE ÎN PERIOADA 1980-2014, ÎN ROMÂNIA



* Informațiile pe care le-am avut la dispoziție nu vizează decât acest interval de timp. Pe de altă parte, trebuie ținut seama de faptul că numeroase statistici din timpul regimului comunist din România erau „fardate”, pentru a ascunde realitățile existente, astfel că unele date cu privire la sinucidere (mai ales, cele dinainte de 1989) sunt puțin credibile.

Cele mai ridicate valori ale ratei de suicid și, implicit, cel mai mare număr de sinucideri din timpul regimului comunist din România au fost înregistrate în 1986 și 1987, iar cele mai mici valori ale acestor rate și cel mai mic număr de sinucideri s-au înregistrat în primii trei ani ai deceniului 8.

După anul 1989, cea mai scăzută rata de sinucidere și, în mod complementar, cel mai mic număr de sinucideri, s-au înregistrat în perioada 1990-1991, iar cea mai ridicată rată și cel mai mare număr de sinucideri au fost înregistrate în anul 2002.

5.1. Caracterul „fatalist” și „altruist” al sinuciderilor din perioada totalitarismului comunist

Valorile mai ridicate ale actelor suicidare din perioada 1986-1987 au, cel puțin în aparență, o explicație clară: constrângerile impuse românilor de măsurile aberante ale regimului dinainte de 1989, printre care raționalizarea energiei electrice, a combustibilului și a alimentelor, demolările, împiedicarea liberei circulații în afara țării, măsuri cicumscrise politicii de industrializare și urbanizare forțată promovate de Ceaușescu și obsesiei acestuia de a achita datoria externă înainte de scadență: „*La sfârșitul anilor 80, România era considerată țara cu cel mai scăzut de trai din Europa, urmată de Albania*” (Roșulescu, V., 2013). Efectele măsurilor menționate, luate de regimul dictatorial, nu puteau să rămână fără urmări. Ele s-au concretizat într-o criză de amploare din punct de vedere economic, social, moral și spiritual, care a demoralizat numeroși români și i-a obligat să se sinucidă.

Trebuie subliniat că, așa cum am menționat deja în subcapitolul 3, presiunile normative excesive și pronunțata lipsă de individualizare („curente suicidogene”, în sens durkheimian) din perioada comunistă au imprimat sinuciderilor din epocă atât un caracter „fatalist”, cât și unul „altruist”. Dacă sensul sinuciderilor fataliste poate fi ușor intuit (lipsa de speranță, incapacitatea de a mai aștepta ceva bun de la viitor), semnificația sinuciderilor altruiste s-a concretizat în tentativa a numeroși români de a face dintr-un asemenea act o formă de protest, cu riscul propriei vieți. Sinuciderea altruistă este una activă și generoasă, asumată, de cele mai multe ori, în mod voluntar, în condițiile în care victima crede că ea va putea servi celorlalți (Durkheim, É., 1993, p. 173). Exemplul cel mai sugestiv este acela al electricianului (pictor) Liviu Cornel Babeș, care, în martie 1989, și-a dat foc pe pârtia de schi în semn de protest contra politicii

dictatorului Ceaușescu. Și nu pare improbabil ca asemenea acte suicidare să fi mai existat, ținute sub tăcere sau consemnate în statistici ca „simple” accidente.

Politica din ce în ce mai aberantă, a regimului ceaușist, devenită extrem de apăsătoare pentru români în anii anteriori evenimentelor din 1989, nu explică, însă, în totalitate creșterea ratelor de sinucidere din anii 1986 și 1987. Calendarul (nonpolitic) din acei ani ne poate lămuri în mod suplimentar în această privință.

Este, astfel necesar să ne reamintim că, în anul 1986, românii (și nu numai) s-au confruntat cu două catastrofe naturale majore: cutremurul din Vrancea din 31 august, care a avut magnitudinea de 7 pe scara Richter și accidentul nuclear de la Cernobâl (26 aprilie), considerat cea mai mare catastrofă nucleară civilă. și ale cărei efecte s-au resimțit extrem de puternic, inclusiv în România. Nu avem suficiente informații pentru a putea specula asupra legăturii dintre aceste două catastrofe și sinuciderile din acel an, dar – dacă ținem seama de faptul că mulți români erau încă traumatizați încă de amploarea dezastrului provocat de cutremurul din 1977 (cu magnitudinea de 7,2 pe scara Richter), care a provocat peste 1.600 de morți, aproape 12.000 de răniți și prăbușirea a circa 35.000 de locuințe, putem intui o asemenea legătură.

În mod evident pare „puțin probabil ca un cutremur să provoace per se sinucideri”, dar traumele psihice provocate de el pot constitui factori de risc (Chou, Y.-J., Huang, N., Lee, C.-H., Tsai, S.-L., Tsay, J.-H., Chen, L.-S., Chou, P. (2003, p. 1007-1014). Să ne amintim, de exemplu, că, în timpul cutremurului din 1977, mulți oameni, înfricoșați, au coborât pe scările blocurilor ori s-au aruncat pe ferestrele locuințelor, sporind, în acest fel, numărul de victime. Este dificil de apreciat dacă toate aceste acțiuni „instinctive”, „iraționale” au fost, pur și simplu, sinucideri sau accidente. Pe de altă parte efectele cutremurului asupra psihicului unor indivizi au durat ani de la producerea catastrofei. Pare foarte posibil, astfel, ca traumele psihice determinate de amintirea marelui cutremur din martie 1977 să fi produs noi victime cu ocazia cutremurului din 1986, caracterizat de o magnitudine aproape la fel de mare. Și apare, din nou aici, întrebarea dacă o parte dintre victime s-a sinucis de teamă sau a pierit în accidente cu aparență de suicid?

În ceea ce privește catastrofa de la Cernobâl pare foarte puțin probabil ca ea să fi provocat sinucideri în rândul populației din România. Sinucideri au fost comise numai în rândul populației evacuate din localitatea unde s-a petrecut catastrofa (Bahnarel, I., Corețchi, L., Moldovanu, M., 2003, p. 152).

În același timp, misiunea, ca atare, a celor 800.000 de oameni folosiți pentru decontaminarea zonei afectate și securizarea reactorului nuclear a avut chiar ea un caracter sinucigaș. Nu se poate afirma însă că fenomenul Cernobâl, ca atare, ar fi avut vreo influență asupra fenomenului suicidar din România, nici direct, nici indirect.

Revenind la registrul politic, printre alte evenimente care au determinat, în opinia noastră, *înregistrarea* unor rate crescute de sinucidere în anii 1986 și 1987 se numără, cu precădere, trecerea frauduloasă a frontierelor și, implicit, violența cu care a fost reprimat acest fenomen, larg răspândit în acei ani (vezi Caseta 2).

CASETA 2

„La sfârșitul anilor '80, România comunistă trecea printr-o gravă criză economică și politică. Scăderea nivelului de trai și izolarea internațională în care se găsea Nicolae Ceaușescu a afectat starea de spirit a populației, provocând un val migraționist. Deoarece migrația legală era interzisă, a crescut procentul trecerilor frauduloase ale frontierelor. Datele statistice indică o corelație între accentuarea crizei economice și creșterea tendinței de migrație ilegală a românilor. Poliția de Frontieră a județului Timiș a dat publicității o evidență a tranzitului ilegal spre Iugoslavia în perioada 1980-1989, conform căreia numărul românilor care și-au riscat viața încercând să părăsească țara în această perioadă a crescut de 2,7 ori, de la 913 persoane în 1980, la 2.483 persoane în 1989. Tranzitarea ilegală a granițelor în anii '80 prezenta mari pericole din cauza creșterii violenței grănicerilor, pe fondul escaladării fenomenului. În multe cazuri se trăgea spre grupurile de fugari în plin, fără a fi respectate salvele de avertizare” (Țiu, I., 2011, p. 116).

Exceptând acțiunea de trecere a frontierei în sine, care a reprezentat, ea însăși, un act sinucigaș, de asumare a unor riscuri deosebit de mari, este foarte posibil ca victimele grănicerilor din acei ani să fi fost înregistrate ca persoane sinucigașe sau decedate în circumstanțele unor accidente („pseudoaccidente”, de fapt), ca urmare a preocupării obsedante a regimului de a truca realitățile.

Pentru a finaliza „rememorarea” evenimentelor din perioada deceniului 8 caracterizate de un potențial risc suicidar, mai trebuie adăugat că, în plan politic, în anul 1987, a avut loc revolta muncitorilor de la Brașov, care a reprezentat un semnal previzibil al răsturnării regimului totalitar comunist în luna decembrie 1989, revoltă care a fost reprimată, cu sălbăticie de către autorități. Este posibil, ca ipoteză de lucru care trebuie mai atent verificată, ca și acest eveniment să fi avut un anumit impact asupra sinuciderilor din acea perioadă sau, cel puțin, asupra modului lor de înregistrare.

5.2. Natura „anomică” a sinuciderilor din perioada de trecere de la regimul comunist la capitalism

Analiza ratelor de suicid și a numărului de sinucideri din România, în perioada urmând imediat evenimentelor din decembrie (1989-2014) evidențiază următoarele constatări:

- Dacă în anul 1989, anul spectaculoaselor, dar și tragicelor evenimente care au adus după sine prăbușirea regimului comunist, rata de sinucidere (10.8 la suta de mii de locuitori) se afla aproape de nivelul atins în 1981 și 1983, în anii imediat următori (1990 și 1991), această rată a scăzut dramatic (la 9, respectiv 9.3 la suta de mii de locuitori). Acestea sunt nivelurile cele mai scăzute înregistrate după căderea regimului comunist, niveluri care nu au mai fost atinse în întreaga perioadă care a urmat;

- Începând cu anul 1992, rata de sinucidere a început să crească (la 11.7 în anul 1992, 12.2 în anul 1993 și 12.7 în anul 1994), ritmul de creștere menținându-se relativ constant (în jurul valorii medii de 12.5 la suta de mii de locuitori) până în anul 2001);

- În anul 2002, rata de sinucidere a crescut brusc, la nivelul de 14.0 la o suta de mii de locuitori, care este nivelul cel mai ridicat atins în perioada „postrevoluționară”^{*};

- După anul 2002, evoluția ratei de sinucidere a cunoscut mai multe fluctuații: de exemplu, 13.3 în anul 2003; 12.4 - valoarea medie a acestei rate atinsă în perioada 2004-2006 și 11.4 - valoarea medie înregistrată în 2007 și 2008;

- După doi ani consecutivi (2009 și 2010) în care această rată atinge nivelul de 12.0, respectiv 12.9 la 100.000 de locuitori, urmează alți doi ani (2011 și 2012) în care rata menționată a scăzut la un nivel atins doar în anul 1992, pentru ca ulterior să-și reia tendința de creștere, dar numai până la nivelul de 13.0 la suta de mii de locuitori, nivel atins în anul 2014.

Aceste constatări, care au un caracter „pur” statistic, nu au valoare explicativă în sine, ci trebuie comentate, ele însele.

^{*} Am pus cuvântul între ghilimele, deoarece nu toți cetățenii români (specialiști sau nespecialiști) consideră că, în decembrie 1989, a avut loc o veritabilă revoluție.

Astfel, explicația ratelor scăzute de sinucidere din România anilor 1989, 1990 și 1992 este relativ simplă. Durkheim (1993, p. 158-163) a subliniat, încă de la sfârșitul secolului al XIX-lea, că foarte puțini oameni se sinucid în timpul perioadelor de război și de revoluție. „*Toate revoluțiile care au avut loc în Franța în acest secol (secolul al XIX-lea – subl. ns.) au diminuat în momentul producerii lor numărul sinuciderilor (...). Marile războaie naționale au aceeași influență ca și tulburările politice*” (Durkheim, É., 1993, p. 158 și 160). Aceste constatări – adăuga sociologul francez -, au o singură explicație: „*Aceea că marile șocuri sociale, ca și marile războaie populare, înviorează sentimentele colective, stimulând spiritul de partid și patriotismul, credința politică și credința națională și, concentrând toate activitățile spre un singur scop, determină, cel puțin pentru un timp, o integrare sporită a societății* (Durkheim, É., 1993, p. 163).

Începând cu anul 1992 (11.7 de sinucideri la o sută de mii de locuitori) și mai ales în anii care au urmat, 1993-2001 (cu o valoare medie de 12.5 de sinucideri la sută de mii de locuitori), rata de sinucidere din România (în creștere față de anii anteriori) a cunoscut mici fluctuații de la un an la altul, valoarea sa tinzând să se stabilizeze, pentru a deveni relativ constantă. Este extrem de dificil însă de a pune în relație sinuciderile comise în această perioadă cu anumite evenimente distincte, de orice natură ar fi fost ele. Este o perioadă de mare efervescență, de perturbații economice, tulburări politice, schimbări sociale și restructurări instituționale (vezi Caseta 3).

CASETA 3

„Dacă primii doi ani postrevoluționari au fost ani de căutare și confuzie, următorii 4 ne-au învățat cât de greu de gestionat poate fi libertatea (...). În acei ani, România a înregistrat un număr record de șomeri, fabricile au falimentat una după alta, iar leul s-a devalorizat de 7 ori (...). O țară în criză după o revoluție, trei mineriade și o brumă de democrație (...). În tot acest timp, în ciuda măsurilor luate de guvernul Stolojan, criza economică se agravează (...). Criza e agravată de introducerea Taxei pe Valoare Adăugată, de 18%, în locul vechiului impozit pe circulația mărfurilor. Taxa îi sperie pe români și duce la scumpiri în lanț (...)-(1992-1995. Românii visează la capitalism și bogăție, dar se trezesc din coșmarul primelor țepe”, Pro TV, 16 decembrie 2013, vezi: <http://stirileprotv.ro/special/1992-1995-dupa-ce-si-au-castigat-libertatea-romanii-au-inceput-sa-viseze-si-la-bogatie.html>).

Întreagă această perioadă a coincis cu mari schimbări în economie, în societate, la nivel politic și instituțional, care au avut efecte puternice asupra mentalităților și moralului celor mai mulți români.

Dacă în timpul comunismului, oamenii erau „uniți” prin adversitatea, chiar ura, împotriva lui Ceaușescu, după prăbușirea regimului totalitar, o dată cu introducerea sistemului politic pluralist au ajuns să fie „dezbinați” prin incapacitatea de mai urî cu adevărat un singur lider. Divizarea societății românești între partide, lideri, „simpatii” sau afinități politice, vizibilă, mai ales, în timpul „mineriadelor”, confirmă o asemenea idee.

Performanțele și beneficiile economice scăzute, deteriorarea standardelor de sănătate și de viață, creșterea consumului de alcool și de droguri stresul, depresia, răspândirea bolilor fizice, dar mai ales psihice, incapacitatea de adaptare la schimbări, la noile modele normative și culturale, de a găsi soluții la noi probleme de viață, șomajul, sărăcia, disoluția a numeroase grupuri familiale, emigrația capilor de familie, scăderea numărului de copii, îmbătrânirea populației ș.a. sunt numai câteva din efectele schimbărilor de la nivel macrosocial și care au favorizat, condiționat sau determinat creșterea ratelor de suicid.

Apare evident, în acest sens, că aceste efecte au fost determinate fundamental de procesul de trecere de la comunism la capitalism. Dacă din punct de vedere politic, procesul de democratizare a polarizat organizarea socială și statală, scoțând la iveală rănilor istorice ale conflictelor etnice și civile, procesul de tranziție* în plan economic a determinat deteriorarea bunăstării materiale a membrilor societății (Zhao, R., Cao, L., 2010, p. 1210). Prăbușirea comunismului în țările din Europa de est – sublinia Yuka Minagawa (2013, p. 1036) -, „a condus la un sistem social caracterizat de un nivel ridicat de anomie și de instabilitate continuă din punct de vedere politic, economic și social”.

În societățile în curs de tranziție (vezi Casetă 4), așa cum este încă societatea românească în care nu mai există mecanisme (auto)reglatoare capabile să coordoneze acțiunile indivizilor, lipsesc, în mare măsură, instituțiile de protecție sau acțiunea celor care există este slabă și inefficientă. Protecția socială, însăși, este o „opțiune politică”, care opune ideologiile liberale concepțiilor social-democrate. Lăsați să se descurce singuri, adeseori, fără sprijin instituțional, indivizii aleg diferite strategii de acțiune, cele mai multe cu caracter ilicit și ilegal, în sensul vizat de R. K. Merton (1938).

* Deși majoritatea comentatorilor politici din România clamează că tranziția este un proces „încheiat”, există încă voci autorizate care apreciază că, departe de a se fi încheiat, tranziția continuă.

„Tranziția a reprezentat unul dintre principalele subiecte politice în România postcomunistă. O întreagă agendă politică a fost gândită ca adjuvant al unui amplu proces de transformare socio-economică. Eșecurile acestei agende, pentru că de succese nu prea putem vorbi, au fost justificate, exact ca în perioada comunistă: sacrificii temporare și justificabile în lumina unui viitor „luminos”, care se lasă însă așteptat pe termen nedefinit. Dar, în 2007, odată cu integrarea țării în Uniunea Europeană, viitorul a devenit trecut. Tranziția s-a **încheiat** (subl. ns. – Rădulescu, M., S.), cel puțin în accepțiunea sa postcomunistă. A început în schimb un alt fel de tranziție, cea europeană, care mă tem că nu se va încheia atât de repede ca precedenta” (Zamfir, C., 2004, p. 34)

În societățile menționate, libertatea de alegere este, de multe ori, echivalentă cu alegeri iraționale sau, cel puțin, contrare legii. „În regimul autoritar comunist, ordinea socială era menținută prin măsuri draconice, iar sistemul juridic era construit pe teamă, nu pe consens. O dată cu răsturnarea sa, oamenii au devenit stăpânii propriului destin și se bucură, pentru prima oară, de libertatea de alegere” (Zhao, R., Cao, L., 2010, p. 1210). O libertate care permite – adăugăm noi - și alegeri cu caracter irațional.

Pe de altă parte, *anomia normativă* specifică trecerii de la comunism la capitalism, concretizată în legi și reglementări care se contrazic, adeseori, între ele, dezorientează indivizii, nevoiți să se orienteze după indicații normative conflictuale. Asemenea situație a fost evidențiată de É. Durkheim (1897), care a subliniat că atunci când o societate se află în criză sau este afectată de schimbări bruște, ea nu mai are un rol reglator asupra conduitelor indivizilor și nu mai poate impune modele normative, capabile să le modeleze, într-un mod legitim și licit, trebuințele, dorințele și aspirațiile. Este specific unei asemenea societăți să fie caracterizată de un spirit slab de disciplină și de un egoism accentuat al indivizilor, cu efecte destructive asupra moralului acestora, inclusiv asupra creșterii ratelor de sinucidere.

„Tranziția de la comunism la capitalism în Europa și Asia Centrală – observau Stuckler, D., King, L. și McKee, M. (2009) - , în timpul primilor 5 ani ai deceniului 9 a avut consecințe devastatoare asupra sănătății. UNICEF atribuie tranziției mai mult de 3 milioane de decese premature”. Pierderea slujbei, amplificarea șomajului și creșterea nivelului de sărăcie, în condițiile insuficientelor și ineficacelor măsuri de protecție luate de guvern, au făcut din privatizare, dacă nu un factor cauzal, cel puțin o importantă variabilă explicativă a deteriorării stării de sănătate fizică și psihică a indivizilor și implicit asupra

creșterii ratelor de sinucidere.

Un studiu ilustrativ, care a ajuns empiric la aceste constatări, este cel întreprins de către Kølves, K., Milner, A. și Vărnik, P. (2013, p. 956-970) asupra relației dintre tendințele ratelor de suicid și factorii socioeconomiци în 13 țări din fostul bloc sovietic, în perioada 1990-2008, care au evidențiat faptul că, printre factorii principali care au influențat ratele de sinucidere s-au numărat șomajul, starea economiei, nivelul veniturilor, inegalitatea socială, consumul de alcool, starea de sănătate și resursele medicale precare.

Toate efectele negative anterior menționate s-au manifestat mai puternic în țările care au aplicat terapii de șoc în ceea ce privește măsurile de implementare a reformei. În România și Bulgaria – subliniază (Minagawa, Y., 2013, p. 1038) -, reformele au fost mai „conservatoare” (mai lente), fapt care explică – spunem noi -, ratele relativ mai scăzute de sinucidere din aceste țări, comparativ cu altele, precum Rusia și țările care au făcut parte din fostul imperiu sovietic, unde nivelul ratelor de sinucidere este ridicat. Pe de altă parte, țările care au aplicat terapii de șoc au reușit să depășească mai rapid efectele crizei determinate de prăbușirea regimului comunist, în timp ce țările care au aplicat, în mod gradual, politica de reforme, se confruntă, în continuare, cu dificultățile crizei.

Evoluția ratelor de sinucidere în fostele țări comuniste după prăbușirea „sistemului” comunist este redată în tabelul 2, în care am folosit, pe de o parte, statisticile Organizației Mondiale a Sănătății, valabile (din cinci în cinci ani) pentru perioada 1990-2009, iar pe de altă parte, am utilizat statisticile EUROSTAT, valabile pentru 2011 și 2012, pentru fostele țări comuniste, membre ale Uniunii Europene (vezi tabelul 2).

Așa cum se poate observa, în ierarhia ratelor de sinucidere înregistrate în fostele țări comuniste, România ocupă locul 17 dintr-un total de 27 de țări.

Trebuie menționat că Germania de Est lipsește din acest clasament, probabil datorită dificultăților de înregistrare ca urmare a Reunificării celor două Germanii, dar, mai ales, din cauza situației economice, politice și sociale a Germaniei de Est, mult îmbunătățită după procesul reunificării. Pentru o analiză în profunzime a diferențelor dintre cele două Germanii după Reunificare, în ceea ce privește factorii responsabili pentru mortalitate, este util de consultat articolul semnat de Marc Luy (2004).

Din conținutul tabelului 2 se poate observa că țările care au avut cel mai mult de suferit efectele tranziției de la comunism la capitalism au fost acelea care au făcut parte din fostul Imperiu Sovietic, pe primele locuri situându-se Lituania,

TABELUL 2. RATELE DE SINUCIDERE ALE FOSTELOR ȚĂRI (REPUBLICI) COMUNISTE

Nr.	ȚARA	ANUL					DATE VALIDE PT. ȚĂRILE DIN UNIUNEA EUROPEANĂ	
		1990	1995	2000	2005	2009	2011	2012
1	LITUANIA	26.1	45.6	44.1	38.6	34.1	33.4	30.7
2	FEDERAȚIA RUSĂ	26.5	41.5	39.4	32.2	30.1	-	-
3	BELARUS	20.4	31.2	34.9	35.1 (2003)	27.4 (2007)	-	-
4	UNGARIA	39.9	32.9	32.6	26.0	24.6	24.6	24.1
5	LETONIA	26.0	40.7	32.4	24.5	22.9	21.2	21.9
6	KAZAHSTAN	19.1	28.6	29.9	25.9	25.6	-	-
7	SLOVENIA	27.7	28.9	29.7	25.1	21.9	21.7	21.5
8	UCRAINA	20.7	28.4	29.6	22.6	21.2	-	-
9	ESTONIA	27.1	40.1	27.5	20.2	18.1	16.3	18.3
10	CROAȚIA	23.9	19.5	21.1	19.7	17.8	16.6	18.2
11	SERBIA	-	19.3 (1998)	20.6	19.4	18.8	18.0	17.3
12	REPUBLICA CEHĂ	19.3	17.5	16.1	16.3	14.0	15.2	16.0
13	POLONIA	13.0	14.3	15.1	15.8	14.9	16.0	16.7
14	BULGARIA	14.6	17.0	16.9	12.7	12.3	10.4	12.1
15	REPUBLICA MOLDOVA	14.8	18.5	14.9	17.6	17.4	-	-
16	SLOVACIA	15.0 (1992)	13.7	13.5	12.6	-	10.6	11.1
17	ROMÂNIA	9.0	12.3	12.6	12.0	12.0	13.0*	12.7*
18	KIRGHISTAN	12.5	13.5	10.5	9.2	8.8	-	-
19	BOSNIA ȘI HERȚEGO-VINA	10.3	11.8 (1991)	-	-	-	-	-
20	TURKMENISTAN	8.1	5.4	8.6 (1998)	-	-	-	-
21	UZBEKIS-TAN	7.2	6.5	7.8	4.7	-	-	-
22	TADJIKISTAN	4.4	3.5	2.9	2.6 (2001)	-	-	-
23	GEORGIA	3.6	4.1	2.9	2.2 (2001)	4.2	-	-
24	ARMENIA	2.8	3.5	1.6	2.4 (2006)	1.9 (2008)	-	-
25	ALBANIA	-	2.8	1.8	4.0 (2003)	-	-	-
26	AZERBAI-DJAN	1.6	0.7	0.8	1.3 (2004)	0.6 (2007)	-	-

* În statisticile românești, valoarea ratei pentru 2011 este 11.7, iar pentru 2012, valoarea ratei este 12.2 (Surse: 1. www.who.int/mental_health/media/: Pdf. Suicide rates (per 100,000), by gender; 2. EUROSTAT, Death due to suicide by sex. Vezi: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table>)

Federația Rusă, Belarus, Letonia, Kazahstan, Ucraina și Estonia.

Dintre fostele state „satelit” ale Rusiei Sovietice se pot menționa, cu precădere, Ungaria și, cu excepția Bosniei și Herțegovinei, țările care au aparținut fostei Iugoslavii (Slovenia, Croația, Serbia).

Mai trebuie menționat și faptul că, din cei 360 milioane de locuitori ai Rusiei, Estoniei, Letoniei, Lituaniei, Belarusului, Ucrainei, Kazahstanului, Moldovei și ai celorlaltor țări care au alcătuit blocul comunist, circa 100.000 mor, anual, prin sinucidere (Pray, L., Cohen, C., Makinen, I., H., Varnik, A., MacKellar, F., L., 2013, p. IX).

Cauzele acestei tendințe – subliniau autorii citați -, nu au fost cercetate sistematic, dar majoritatea ipotezelor atribuie aceste cauze schimbărilor sociale asociate cu destructurarea fostului bloc răsăritean.

Un factor structural important care a contribuit și contribuie, în continuare la extinderea mortalității prin sinucidere este reprezentat de *consumul excesiv de alcool* atât în rândul bărbaților, cât și al femeilor. Alcoolul este, probabil, o formă de „compensare” a dificultăților cu care se confruntă oamenii în cursul unei tranziții parcă fără sfârșit și care aduce noi și noi probleme (șomaj, sărăcie, mari inegalități sociale, înrăutățirea stării de sănătate etc.) în loc să le soluționeze pe cele vechi. Există, de exemplu, o corelație clară între consumul de alcool din Rusia (circa 15-18 litri de persoană, anual) și mortalitatea prin sinucidere din această țară (aproximativ 35-40 la suta de mii de locuitori în fiecare an)-(Pray, L., Cohen, C., Makinen, I., H., Varnik, A., MacKellar, F., L., 2013, p. 84).

În concordanță cu informațiile cuprinse în Raportul Organizației Mondiale a Sănătății, din anul 2014, cu privire la relația între alcool și sănătate (WHO, 2014), în anul 2010, Belarus, Moldova și Lituania, urmate de Rusia, au ocupat primele patru locuri din lume în ceea ce privește consumul de alcool pur (în litri per capita) al adulților. În mod surprinzător, poate, România a ocupat locul al cincilea, cu un consum total de 14,4 litri dintre care 7,2 litri de bere, 4,2 litri de vin și 3 litri de spirtoase, consum mai mare decât al unor țări cu „tradiție” în domeniu, precum Ucraina și Ungaria (vezi tabelul 3).

Există, în mod evident, o relație strânsă între consumul de alcool și mortalitatea prin suicid, care se confirmă, mai ales, în cazul Lituaniei (locul 1 la sinucidere din rândul fostelor țări comuniste), Rusiei (locul 2) și Belarusului (locul 3). Această relație este mediată însă și de alți factori necesar de identificat, mai ales, în cazul altor țări așa cum sunt România, Moldova, Republica Cehă, Ucraina ș.a., care, deși se situează pe locuri fruntașe din punct

TABELUL 3. Consumul de alcool pur (în litri per capita) în rândul adulților (de peste 15 ani) din fostele țări comuniste, în anul 2010

Nr.	ȚARA	BĂUTURI							
		TOTAL	CONSUM		Bere	Vin	Spirtoase	Altele	Proiecție pentru 2015
			Înregistrat	Neînregistrat					
1	BELARUS	17,5	14,4	3,2	17,3	5,2	46,6	30,9	17,1
2	MOLDOVA	16,8	6,3	10,5	30,4	5,1	64,5	0	17,4
3	LITUANIA	15,4	12,9	2,5	46,5	7,8	34,1	11,6	16,2
4	RUSIA	15,1	11,5	3,6	37,6	11,4	51	0	14,5
5	ROMÂNIA	14,4	10,4	4	50	28,9	21,1	0	12,9
6	UCRAINA	13,9	8,9	5	40,5	9	48	2,6	11,8
7	UNGARIA	13,3	11,3	2	36,3	29,4	34,3	0	12,4
8	REPUBLICA CEHĂ	13	11,8	1,2	53,5	20,5	26	0	14,1
9	SLOVACIA	13	11,4	1,7	30,1	18,3	46,2	5,5	12,5
10	SERBIA	12,6	9,6	2,9	51,5	23,9	24,6	0	12,9
11	POLONIA	12,5	10,9	1,6	55,1	9,3	35,5	0	11,5
12	LETONIA	12,3	10,5	1,8	46,9	10,7	37	5,4	10,6
13	CROAȚIA	12,2	10,2	2	39,5	44,8	15,4	0,2	11,7
14	SLOVENIA	11,6	10,6	1	44,5	46,9	8,6	0	10,9
15	BULGARIA	11,4	10,3	1,1	39,3	16,5	44,1	0,1	11,3
16	ESTONIA	10,3	9,5	0,8	41,2	11,1	36,8	10,9	9,4
17	KAZAHSTAN	10,3	6,8	3,5	31,8	3,1	65,1	0	8,2
18	GEORGIA	7,7	5,4	2,3	17	49,8	33,2	0,1	6,7
19	BOSNIA ȘI HERȚEGOVINA	7,1	4,6	2,5	73,3	9,7	17	0	7,5
20	ALBANIA	7	4,9	2,1	31,8	19,8	48,4	0	6,6
21	MONGOLIA	6,9	4,9	2	27,6	2,8	69,6	0	7,8
22	MACEDONIA	6,7	3,9	2,8	47,4	39,9	12,6	0	5,7
23	ARMENIA	5,3	3,8	1,5	9,7	5,3	84,9	0	5,5
24	UZBEKISTAN	4,6	2,4	2,1	18,3	6,3	75,4	0	4,8
25	KIRGHISTAN	4,3	2,4	1,9	22,6	4,2	72,9	0,3	3,9
26	TURKMENISTAN	4,3	2,2	2,2	15,4	26,1	58,4	0	5
27	TADJIKISTAN	2,8	0,3	2,5	10,2	1,1	88,7	0	2,4
28	AZERBAIDJAN	2,3	1,3	1	28,7	7,6	63,3	0	2,1

Sursa: Prelucrare după informațiile date în: *WHO Global Status Report on Alcohol and Health* (2014)

de vedere al consumului de alcool, ocupă locuri mijlocii în privința ratei de sinucidere.

Ca „răspuns” la o stare de depresie, tensiune sau anxietate (Shaw, V., N , 2002), consumul de alcool, alături de bolile psihice și sinucidere, se numără printre cei mai relevanți indicatori ai anomiei, ca variabilă structurală care explică situația existentă în cele mai multe țări excomuniste, inclusiv în

România, care au experimentat și experimentează, în continuare, dificultățile și vicisitudinile trecerii de la comunism la capitalism.

Așa cum a observat, în mod justificat, Y. Minagawa (2013), efectele negative ale reformelor urmând prăbușirea regimului comunist:

- s-au manifestat, în mod diferit, de la o țară la alta, urmând ritmul, mai rapid sau mai lent, al acestor reforme;
- au afectat într-o măsură mai ridicată bărbații, decât femeile, datorită rolurilor sociale diferite ale celor două categorii, primii mai implicați în viața socială, comparativ cu femeile mai implicate în viața familială și mai apte să beneficieze de sprijinul partenerilor;
- s-au atenuat, de la o perioadă la alta, de la anii urmând căderii regimului comunist până la anii urmând „încheierii” reformelor cu caracter social, economic și politic.

Dacă alte țări excomuniste, printre care Polonia, Republica Cehă și țările baltice au putut beneficia mai curând de rezultatele pozitive ale reformelor, România a fost nevoită să se confrunte cu un proces de tranziție mai îndelungat și cu mari decalaje față de celelate țări menționate în aplicarea reformelor structurale..

În luna noiembrie 2001, de exemplu, Raportul de monitorizare al Comisiei Europene cu privire la îndeplinirea criteriilor de aderare de către România (pentru implementarea *acquis*-ului comunitar*) sublinia faptul că (*Europa. Summaries of EU Legislation*) nu au fost făcute progrese importante în această privință. Un an mai târziu, în octombrie 2002, un alt raport al aceleiași Comisii nota faptul că România nu a făcut decât progrese limitate în adoptarea *acquis*-ului comunitar. În fine, Raportul din noiembrie 2003 al Comisiei Europene de Monitorizare menționa că România nu a făcut nici un progres în acest domeniu de la ultimul Raport (din 2002).

Așa se poate explica, din punctul nostru de vedere, rata ridicată de sinucidere din anul 2002, care nu poate fi atribuită unui singur eveniment sau unui ansamblu de asemenea evenimente, ci prelungirii peste măsură a unei tranziții

* Termenul de *acquis comunitar* desemnează totalitatea drepturilor și a obligațiilor comune care decurg din statutul de stat membru al Uniunii Europene, incluzând, pe lângă tratate, și actele adoptate de către instituțiile UE.

parcă „fără sfârșit”, care i-a dus la exasperare pe mulți români (vezi și caseta 5).

CASETA 5

„După căderea regimului Ceaușescu, România s-a scufundat într-o profundă criză economică și socială. Autoritățile românești n-au manifestat suficientă voință politică pentru a pune în aplicare reformele. De abia după alegerile prezidențiale și legislative din noiembrie 1996 noul guvern a început să implementeze un program radical de stabilizare macroeconomică și reforme structurale. Raportul (Comisiei de Monitorizare – subl. ns.) observa că România a făcut progrese puține în stabilirea unei economii de piață, iar capacitatea sa de a rezista la presiunile competitive și forțelor pieței s-a deteriorat. Un an mai târziu, țara încă suferea de absența unei strategii economice bine definite. Aspectul economic nu s-a îmbunătățit fundamental în anul 2000. Raportul Comisiei din anul 2002 sublinia că România nu a făcut nici-un progres în ceea ce privește convergența cu Uniunea Europeană (UE) din punct de vedere al venitului pe cap de locuitor. Produsul Intern Brut (PIB), per capita, exprimat în puterea de cumpărare a fost echivalent cu numai 25% din media UE din 2001 (...). În raportul său din 2002, Comisia a subliniat că structura economiei reflectă încă natura incompletă a procesului de tranziție (...)”. (Europa. Summaries of EU Legislation).

De abia din anul 2004, Raportul de monitorizare al Comisiei Europene semnala progresele făcute de România, cu precădere în domeniul alinierii legislației la cerințele acquis-ului comunitar, pentru ca un an mai târziu, în 2005, să sublinieze faptul că *„România își îndeplinește angajamentele, satisfăcând cerințele rezultate în urma discuțiilor privind accesul în Uniunea Europeană”*, fiind necesare însă ajustări viitoare ale legislației.

Tratatul privind intrarea în Uniunea Europeană a fost semnat pe 25 aprilie 2005, iar intrarea efectivă a României în U.E. a avut loc pe data de 1 ianuarie 2007.

Este evident faptul că tendințele sinuciderii în România, în perioada 2000-2005, nu au fost determinate de îndeplinirea sau neîndeplinirea criteriilor de aderare la Uniunea Europeană. Sublinierile anterioare cu privire la acest aspect au rolul de a sublinia însă drumul „sinuos” parcurs de România pe calea reformelor și dificultățile lungului proces de tranziție, caracterizat de anomie și soldat cu numeroase costuri sociale și, nu în cele din urmă, *umane*.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

Allardt, E. (1971), Émile Durkheim et la sociologie politique, în *Sociologie*

Politique, tome I, textes réunis par Pierre Birnbaum et François Chazel, Paris, Armand Colin.

Bahnarel, I., Corețchi, L., Moldovanu, M., (2003), *Efectele medico-biologice ale accidentului de la Cerrnobâl*, Raport, Chișinău, Academia de Științe a Moldovei (vezi: <http://www.asm.md/administrator/fisiere/editii/fl1.pdf>).

Barrère, C., Kedadjian, G., Weinstein, O. (1983), *Lire la crise*, Paris, P.U.F.

Besnard, Ph. (1987), *L'anomie, ses usages et ses fonctions dans la discipline sociologique depuis Durkheim*, Paris, P.U.F.

Chou, Y.-J., Huang, N., Lee, C.-H., Tsai, S.-L., Tsay, J.-H., Chen, L.-S., Chou, P. (2003), Suicides after the 1999 Taiwan earthquake, în „*International Journal of Epidemiology*”, volume 32, Issue 6.

Documente de raportare ale Comisiei Europene (vezi: http://www.mie.ro/_documente/dialog_Ro_UE/documente_raportare_CE.htm).

Durkheim, É. *Regulile metodei sociologice* (1974) - traducere din limba franceză, București, Edit. Științifică, 1974.

Durkheim, É. (1993), *Despre Sinucidere*, Iași, Institutul European (versiunea originală: *Le Suicide. Étude de sociologie*, Paris, Alcan, 1897). Citatele se pot identifica în ediția românească.

Europa. Summaries of EU Legislation, vezi: http://europa.eu/legislation_summaries/enlargement/2004_and_2007_enlargement/romania/e01108_en.htm.

Ghițu, A.E. (2014), Aderarea României la Zona Euro, în „*Colecția de working papers ABC-ul Lumii financiare*”, WP nr. 2 (vezi: http://www.fin.ase.ro/ABC/fisiere/ABC2_2014/lucrari/2.5.Anca%20Ghitu_PAPER.pdf).

Halbwachs, M. (1930), *Les causes du suicide*, Paris, Félix Alcan.

Hassan, R. (1996), Social Factors in Suicide in Australia, în „*Australian Institute of Criminology*”, no. 52, February (vezi: http://www.aic.gov.au/media_library/publications/tandi_pdf/tandi052.pdf).

Hoffman, O. (2000), Costurile sociale și (sau) costurile erorilor în procesul tranziției în România, în „*Revista Română de Sociologie*”, Serie nouă, anul XI, nr. 1–2.

Huntington, S., P. (1991), *The Third Wave: Democratization in the Latter Twentieth Century*, University of Oklahoma Press, Norman, Publishing Division of the University.

Jowitt, K. (1991), The New World Disorder, în „*Journal of Democracy*”, nr.

2, Winter.

Jukkala, T. & Mäkinen, I., H. (2010), Suicide in changing societies. Essay, în „*Baltic Worlds*”, vol. III: 1 (vezi: <http://balticworlds.com/wp-content/uploads/2010/03/suicid.pdf>).

Katsas G., A. (2012), Anomie, Social Change and Dysfunctional Socialization, în „*Encephalos*”, No. 49.

Kölves, K. Milner, A. și Värnik, P. (2013), Suicide rates and socioeconomic factors in Eastern European countries after the collapse of the Soviet Union: trends between 1990 and 2008, în „*Sociology of health and Illness*”, July, 35(6).

Luy, M. (2004), Mortality differences between Western and Eastern Germany before and after Reunification. A macro and micro level analysis of developments and responsible factors, în „*GENUS*”, LX (No. 3-4).

Lytkina, E. (2015), Anomie and Alienation in The Post-Communist Area: A Reapplication of the Middleton Scale in Russia and Kazakhstan. Basic Research Program. Working Papers. *Series Psychology WP BRP 32/PSY/2015*.

Merton, R., K. (1938), Social Structure and Anomie, în „*American Sociological Review*”, volume III, issue 5, October (p. 672-683).

Minagawa, Y. (2013), Social Consequences of Postcommunist Structural Change: An Analysis of Suicide Trends in Eastern Europe, în „*Social Forces*”, 91 (3), March.

Pray, L., Cohen, C., Makinen, I., H., Värnik, A., MacKellar, F., L. (Editors)- (2013), *Suicide in Eastern Europe, the Commonwealth of Independent States, and the Baltic Countries: Social and Public Health Determinants*, A Foundation for Designing Interventions Summary of a Conference, International Institute for Applied Systems Analysis, February.

Rădulescu, M., S. (1992), Procesul legislativ ca factor de anomie în perioada de tranziție, în „*Sociologie Românească*”, nr. 1.

Rădulescu, S., M. (2006), *Între Homo Oeconomicus și Homo Sociologicus. O istorie a sociologiei moderne din perspectiva raționalității și iraționalității acțiunii umane*, București, Editura Lumina Lex.

Rădulescu, S., M. (2010), *Sociologia devianței și a problemelor sociale*, București, Editura Lumina Lex.

Roșulescu, V. (2013), *România – efectele economice ale comunismului*, Compendiu, 30 mai (vezi: <http://vladimirrosulescu-istorie.blogspot.ro/2013/05/romania-efectele-economice-ale.html>).

Shaw, V., N. (2002), *Substance use and abuse. Sociological Perspectives*,

Oxford, Praeger Publishers.

Stark, D. (1992), From System Identity to Organizational Diversity: Analysing Social Change in Eastern Europe, în „*Contemporary Sociology*”, vol. 21, nr. 3, May, p. 299.

Stuckler, D., King, L., McKee, M. (2009), Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis, în „*Lancet*”, vol. 373, January 31.

Țiu, Ilarion (2011), Migrația ilegală a românilor în anul 1989. Aspecte socio-demografice, în „*Sfera Politicii*”, nr. 166, decembrie.

Zamfir, C. (2004), *O analiză critică a tranziției. Ce va fi „după”*, Iași, Editura Polirom.

Zeletin, Ș. (1991), *Burghezia română. Originea și rolul ei istoric*, ediția a doua, București, Editura Humanitas.

Zhao, R., Cao, L. (2010), Social Change and Anomie: A Cross-National Study, în „*Social Forces*”, 88 (3), March.

World Health Organization (2014), *Global Status Report on Alcohol and Health*.

CAPITOLUL V

SINUCIDERA ȘI CRIZA ECONOMICĂ DIN PERIOADA 2008-2010

1. Conduitele suicidare ca efect al unor tendințe și presiuni sociale

În esența sa și prin consecințele multiple pe care le implică, sinuciderea este o problemă socială extrem de importantă, care prezintă un interes justificat pentru sociologi, psihologi, criminologi, juriști, medici, pentru diferite categorii de specialiști, practicieni, reprezentanți ai autorității și, nu în ultimul rând, pentru public. O problemă socială – evidențiază sociologii – este o condiție indezirabilă și dăunătoare pentru societate, care afectează exigențele ei de ordine, împiedică schimbarea socială și are un impact negativ asupra existenței, securității și bunăstării membrilor societății (Rădulescu, M., S., 2010, p. 192).

Statisticile sau estimările întocmite de Organizația Mondială a Sănătății sunt relevante în acest sens, punând în evidență faptul că suicidul este o problemă globală a umanității, care se manifestă în toate țările lumii cu o mare intensitate, fiind amplificată de condițiile crizei actuale.

În consens cu această interpretare a sinuciderii ca problemă socială, sociologii consideră că ratele suicidare nu pot fi explicate decât prin factori de natură socială, independent de trăsăturile biologice, caracteristicile și tendințele psihice ale individului. Dacă actul suicidar ca atare poate implica asemenea caractere și motivații individuale, ratele de suicid se supun obligatoriu unor tendințe și presiuni sociale, fiind – așa cum sublinia cunoscutul sociolog É. Durkheim – o consecință a „faptelor sociale” care se manifestă și acționează într-o anumită societate. Iar asemenea fapte sociale sunt, de fapt, un produs al relațiilor sociale și formelor de asociere umană, constând în „*moduri de a lucra, de a gândi și simți, exterioare individului și care sunt înzestrate cu o putere de constrângere în virtutea căreia ele i se impun*” (Durkheim, É., 1974, p. 59).

2. Sinucidere, criză și prosperitate economică

Émile Durkheim (1993, p. 247-261) este, probabil, primul sociolog care a subliniat faptul că „*fiecare popor are în mod colectiv o tendință spre sinucidere care îi este proprie*” (1993, p. 247–261), lucru demonstrat de faptul

că, „atât timp cât societatea nu se schimbă, numărul de sinucideri rămâne constant”.

Creșterea amplitudinii sinuciderilor – observa Durkheim – apare atunci când societatea este în schimbare, adică fie într-o stare de criză economică (în sens negativ), fie într-o stare de prosperitate economică (în sens pozitiv). „Orice zdruncinare a echilibrului, chiar dacă provoacă belșug și sporirea vitalității sociale, favorizează sinuciderea” (Durkheim, É., 1993, p. 197).

Teoria lui Durkheim pare, într-un fel sau în altul, testată de criza economică din perioada 2008-2010, deși datele diverselor cercetări efectuate în acest domeniu sunt contradictorii între ele. Astfel, unele studii au evidențiat faptul că perioadele de criză economică determină o creștere semnificativă a sinuciderilor, alte studii au accentuat asupra faptului că în asemenea perioade se sinucid, mai ales, persoanele vulnerabile (care sunt afectate deja de stres, tulburări psihice, șomaj, consum de alcool ș.a.), în timp ce alte studii au subliniat, dimpotrivă, că în perioadele de recesiune economică scade numărul de sinucideri, datorită faptului că indivizii se mobilizează mai puternic decât în vremuri „normale” pentru a face față dificultăților vieții (Carey, B., 2011).

Cercetările întreprinse în Statele Unite au pus, pe de altă parte, în lumină faptul că, opus concepției lui Durkheim, ratele de sinucidere scad în perioadele de expansiune economică, cu unele excepții, legate de categoriile de vârstă. Astfel, în timpul *boom*-ului economic din anii '60, în Statele Unite au crescut ratele de sinucidere ale populației cuprinse în intervalul 30–50 de ani, iar în timpul recesiunii apărute în mijlocul deceniului 7 au scăzut ratele de sinucidere din rândul populației vârstnice, beneficiară, între altele, a programului de Securitate Socială din deceniul anterior (Carey, B., 2011).

R.B. Ginsberg (1966) a subliniat că sinuciderea are un caracter „prociclic”, în sensul că ratele de sinucidere scad în timpul perioadelor de depresiune economică și cresc în perioadele de expansiune economică. Dimpotrivă, A.F. Short și J.F. Short (1954) au evidențiat faptul că sinuciderea are un caracter „anticiclic”: astfel, în timpul perioadelor de prosperitate economică rata sinuciderii scade, iar în timpul perioadelor de criză economică crește.

Un studiu efectuat de către Bijou Yang (1992, p. 87–99) asupra evoluției ratei de sinucidere în Statele Unite, în perioada 1940–1984, a infirmat ipotezele circumscrise concepției elaborate de Durkheim. În acest sens,

studiul a constatat că ratele de sinucidere nu au crescut în timpul perioadelor de *boom* economic sau de criză economică din Statele Unite, orice schimbare a acestor rate fiind dependentă de caracteristicile grupurilor sociale implicate. Pe de altă parte, ratele de șomaj au avut un efect negativ semnificativ numai asupra ratei de sinucidere caracteristice bărbaților albi, iar rata de participare a femeilor la forța de muncă a avut o influență benefică pentru ratele de sinucidere, atât cele caracteristice femeilor albe, cât și cele specifice femeilor de culoare.

3. Relația dintre sinucidere și crizele economice

Un exemplu sugestiv care evidențiază faptul că suicidul este determinat de factori sociali-economici sau se află în corelație cu aceștia îl constituie constatarea – rezultată din studiile de istorie socială – conform căreia, în timpul perioadelor de recesiune economică, crește numărul de sinucideri ale populației incluse în intervalele de vârstă 25–64 de ani.

Perioada Marii Depresiuni, de exemplu, care a început cu un deceniu mai devreme decât cel de al Doilea Război Mondial, este un exemplu sugestiv din acest punct de vedere. Astfel, declinul puternic al indicatorilor economici, în special scăderea producției, a comerțului, a șomajului și, implicit, a veniturilor a determinat numeroase sinucideri.

În Statele Unite, de exemplu, rata medie de deces prin suicid la 100 000 de locuitori a crescut, față de perioada precedentă (1920–1928), cu aproape 50% în anul 1929 și cu 27% între 1930–1940. În aceeași țară, în perioada cea mai accentuată de criză, 1928–1933, atunci când rata șomajului a atins cifra de 24%, s-au atins cele mai ridicate rate de suicid din întreaga istorie a Americii. Dimpotrivă, în anul 2000, atunci când rata șomajului din SUA nu depășea cifra de 4%, s-a înregistrat cea mai mică rată de suicid din istoria acestei țări (Sternheimer, K., 2011).

Dincolo de asemenea constatări, se poate sublinia că ratele suicidare înregistrate în timpul crizei începute în anul 2008 au fost mult mai pronunțate, decât în perioada Marii Depresiuni, mai ales în Europa, (Stuckler, D., 2011, p. 124–125).

Ca un exemplu, țările care s-au confruntat cel mai mult cu dificultățile crizei economice începute în anul 2008, precum Grecia și Irlanda, au înregistrat cea mai mare creștere a ratei sinuciderilor (conform cu statisticile WHO).

În Grecia, numărul de sinucideri a sporit cu 17% în perioada 2007–2009, iar unele date neoficiale menționează chiar o creștere cu 25% în anul 2010 (Kentikeles, A., Stucker, D. and collab., 2011). Potrivit Ministerului Sănătății de la Atena, în prima jumătate a anului 2011, numărul sinucigașilor a crescut cu 40% față de aceeași perioadă a anului trecut (Stancu, D., 2011). Înainte de criza financiară, Grecia avea una dintre cele mai scăzute rate de suicid din Europa: 2,8 la suta de mii de locuitori. În anul 2011, această cifră s-a dublat. Au crescut, de asemenea, tentativele de sinucidere (Smith, E., 2011).

Aceste tendințe, la care se adaugă cele care vizează dublarea numărului de crime și furturi în perioada 2008–2010, complementară cu deteriorarea sistemului sănătății publice din cauza lipsei de fonduri, i-au determinat pe cercetătorii americani de la Universitatea din Cambridge, Alex Kentikelenis și David Stuckler, să aprecieze că se poate vorbi de o veritabilă „tragedie greacă” (Kentikeles, A., Stucker, D. and collab., 2011).

În Irlanda, în perioada 2007–2009, atunci când această țară a resimțit cel mai puternic efectele crizei economice și financiare, rata de sinucideri a crescut cu 15%. În concordanță cu datele Raportului elaborat de către Oficiul Central de Statistică al Irlandei, de la sfârșitul anului 2006 și până în 2009, rata de sinucideri a crescut cu 25%, cea mare rată anuală înregistrată vreodată în această țară (National Office for Suicide Prevention and Suicide Prevention Network in Ireland, 2010).

Cele mai mari creșteri ale ratei suicidare au avut loc în rândul populației tinere (15–24 ani): cu 23% în cazul bărbaților și cu 13% în cazul femeilor. Sinuciderea tinerilor a fost, în perioada menționată, pe locul 5 din Europa, după cea înregistrată în Estonia, Letonia, Lituania și Finlanda (Thomas, Z., 2012). Ca o tendință caracteristică Irlandei, actele suicidare au fost comise, în anii de criză, cu precădere de către capii familiilor tinere, care s-au confruntat cu numeroase probleme financiare, fapt care i-a determinat să consume alcool în mod excesiv. Pe de altă parte, s-a evidențiat o creștere a sinuciderilor în zonele rurale și în industria construcțiilor, care au fost afectate cel mai mult de criza economico-financiară. Alături de efectele acestei crize, abuzul de alcool și de droguri au fost factorii care au potențat puternic conduitele suicidare (Thomas, Z., 2012).

Exceptând aceste două țări, aproape toate țările europene au înregistrat creșteri ale ratei de sinucideri determinate de criza economică (vezi Caseta 1).

Un studiu efectuat, de exemplu, de David Stuckler și colaboratorii săi, cu

„Încetinirea creșterii economice la nivel mondial în perioada 2008-2009 și urmările acesteia au provocat un val masiv de sinucideri în Europa și America de Nord, transmite B.B.C. News care citează „*British Journal of Psychiatry*”.

Psihiatrii care au realizat studiul în 24 de țări din Uniunea Europeană, în SUA și Canada, au remarcat că, până în 2007, numărul sinuciderilor a scăzut în mod constant aproape peste tot, dar din 2009 a sărit din nou, ajungând la o rată de creștere de 6,5 la sută. În total, în perioada recesiunii globale, circa 10.000 de persoane și-au pus capăt zilelor. Acest nivel a rămas constant până în 2011. Psihiatrii explică acest fapt prin pierderea locurilor de muncă, executarea silită a persoanelor, evacuri de locuințe sau imposibilitatea de a rambursa datoriile bancare. Numai în trei țări s-a observat stabilitate sau chiar scăderea numărului de sinucideri. Este vorba despre Suedia, Finlanda și Austria. Oamenii de știință au explicat că aceste țări au aplicat cele mai active programe de asistență socială pentru persoanele afectate de recesiune. Creșterea șomajului în aceste țări nu a fost la fel de pronunțată ca în alte țări din U.E., SUA sau Canada.

Economia globală a cunoscut între 2008-2009 cea mai gravă criză de la Marea Depresiune încoace. Criza a apărut inițial pe piața creditelor ipotecare din SUA, dar ulterior s-a extins și în celelalte sectoare ale economiei. Mai multe bănci mari au intrat în faliment, o parte semnificativă a supraviețuit datorită sprijinului din partea statului. Practic, toate țările dezvoltate au înregistrat recesiune economică. Cele mai multe dintre ele nici până astăzi nu s-au întors la nivelurile precriză în ceea ce privește PIB-ul și veniturile pe cap de locuitor. În Europa, situația s-a înrăutățit în perioada 2010-2011, atunci când datoria publică excesivă a unor țări, în special cele din sudul continentului, a condus la declanșarea crizei datoriilor europene” (Răileanu Iacob, Recesiunea globală a fost cauza a 10.000 de sinucideri, în „*Income Magazine*”, 13 iunie 2014; vezi: <http://incomemagazine.ro/articole/recesiunea-globala-a-fost-cauza-a-10-000-de-sinucideri>).

privire la evoluția ratei de mortalitate înregistrate în 26 țări europene, în cursul crizelor economice din ultimele trei decenii, a evidențiat faptul că șomajul este unul dintre factorii principali asociați cu creșterea sinuciderilor în rândul populației având vârsta sub 65 de ani. Astfel o creștere cu peste 3% a ratei șomajului a avut efecte puternice asupra suicidului comis de această categorie de populație. Pe baza analizelor efectuate, autorii menționați au prezis că perioada de criză economică începută în anul 2008 va avea consecințe similare (Stuckler D. and collab., 2009, p. 315–323).

Autorii studiului au prelucrat datele asupra cauzelor mortalității pe grupuri de vârstă existente în datele elaborate de Organizația Mondială a Sănătății, iar informațiile cu privire la tendințele șomajului caracteristic populației adulte le-au preluat din statisticile publicate de EUROSTAT.3 (*Calendarul Euro-indicatorilor*). Deoarece lipseau informațiile complete asupra a 17 dintre cele 27

de țări europene, analiza s-a concentrat, cu precădere, asupra a 10 țări, dintre care 6 (șase) au aderat la Uniunea Europeană înainte de 2004 (Austria, Finlanda, Grecia, Irlanda, Olanda și Marea Britanie), iar alte 4 (patru) au aderat la Uniunea menționată după 2004 (Republica Cehă, Ungaria, Lituania și România). Datele obținute cu privire la situația existentă în cele două grupuri de țări au fost ponderate în funcție de dimensiunea populației (Stuckler D. and collab., 2011, p. 124–125).

Constatările studiului au arătat următoarele:

– în ambele grupuri de țări, ratele de șomaj, înregistrate în mod oficial, nu au crescut până în anul 2009, an care a urmat debutului crizei economice. Începând din acest an, rata șomajului a crescut rapid în toate cele 10 țări, cu aproximativ 35% față de nivelul atins în anul 2007, această creștere atingând între 2% și 6% în toată Uniunea Europeană;

– totuși, tendința de scădere constantă a ratelor suicidare, care a fost observată în cadrul ambelor grupuri de țări înainte de începutul crizei, s-a inversat în mod simultan în toate țările analizate. Astfel, în anul 2008, creșterea ratelor suicidare s-a situat sub 1% în țările care au aderat mai recent la Uniunea Europeană și cu circa 7% în acele țări care au aderat mai demult la Uniune;

– în anul 2009, tendința de creștere s-a accentuat în toate țările (situându-se la cel puțin 5%, comparativ cu anul 2007), cu excepția Austriei, care, în anul 2009, a înregistrat mai puține sinucideri (cu circa 5%), decât în anul 2007;

– în mod surprinzător, Finlanda, care are unul dintre cele mai puternice sisteme de protecție socială, a înregistrat o creștere de peste 5% a sinuciderilor, comparativ cu Austria, care are, de asemenea, un sistem de protecție socială extrem de funcțional;

– Grecia și, mai ales, Irlanda, așa cum am menționat deja, au avut cele mai mari creșteri ale sinuciderilor. De asemenea, Letonia a avut o creștere cu peste 17% în perioada 2007–2008;

– în Marea Britanie, rata sinuciderilor a crescut de la 6,14 pentru 100 000 de persoane în 2007, la 6,75 la 100 000 în 2008, înregistrând, deci, o creștere cu 10%, care s-a menținut la același nivel în anul 2009;

– în pofida acestor fluctuații, studiul menționat nu a putut identifica o tendință certă de deviere, în perioada de criză, față de trecut, în ceea ce privește toate cazurile de mortalitate, cu excepția sinuciderilor, care au crescut în amploare și intensitate, și a accidentelor auto, care au scăzut semnificativ,

probabil din cauza micșorării disponibilității de utilizare a mașinilor și a folosirii unora mai uzate, care nu au permis o viteză excesivă în trafic.

Exceptând dificultățile cu care s-au confruntat autorii studiului menționat, datorate, în special, dificultăților de ponderare a datelor, precum și variațiilor pronunțate de la o țară la alta, în ceea ce privește disponibilitatea lor (este menționată, în acest sens, România), acest studiu a evidențiat, în mod sugestiv, legătura de asociere (nu neapărat cauzală) între perioadele de criză economică și creșterea ratelor de suicid.

4. Sinuciderea, bunăstarea și condițiile de sănătate ale populației

În mod evident, sinuciderea nu este un efect al unor factori sau procese care acționează în mod izolat sau autonom. Trebuie precizat, în acest sens, că perioadele de criză nu determină, prin ele însele, creșterea ratelor de sinucidere, ci numai prin intermediul unor variabile intermediare, precum sunt: șomajul, scăderea veniturilor, deteriorarea calității vieții, consumul de alcool sau de droguri, perturbarea sănătății fizice, dar mai ales mentale a indivizilor etc. O perioadă de criză este complementară, de fapt, cu aceste schimbări în viața indivizilor, care afectează – așa cum evidențiază rezultatele mai multor studii și cercetări – bunăstarea socială a populației în ansamblul ei. Suicidul, ca atare, este un indicator semnificativ al scăderii bunăstării sociale și, în primul rând, – așa cum subliniază numeroși experți în domeniu –, al stării de sănătate mentală.

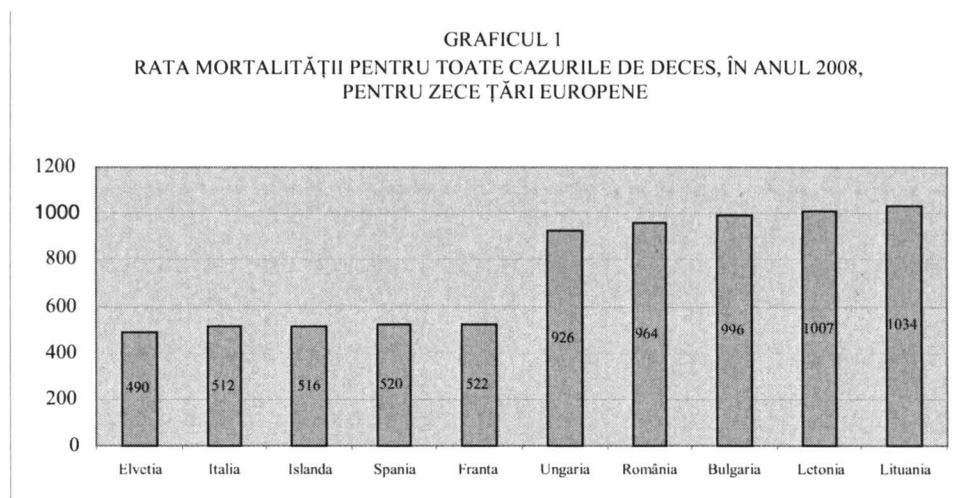
Așa cum este definită de Organizația Mondială a Sănătății, sănătatea, în integralitatea ei, este o dimensiune esențială a vieții umane, care constituie un indicator important al bunăstării sociale și calității vieții. Ea este o „*condiție de bunăstare fizică, psihică și socială*”, care reflectă, de fapt, standardele de viață ale unei anumite comunități (Rădulescu, M., S., 2002, p. 7).

Totuși, în ansamblul lor, constatările cercetărilor empirice focalizate asupra legăturii dintre perioadele de criză economică și deteriorarea bunăstării sociale, inclusiv a stării de sănătate sunt contradictorii între ele. Astfel, unii analiști apreciază că, excluzând sinuciderile – care sunt o „*excepție*” –, crizele economice nu au efecte negative asupra sănătății (Anderson, P., 2011, p. 2). În mod paradoxal, în perioada Marii Depresiuni, care a precedat cel de al Doilea Război Mondial, rata mortalității generale a descrescut pentru toate grupurile de vârstă, dar ratele de sinucidere au crescut.

Exceptând influențele crizelor economice, între starea de sănătate a unei

populații și tendințele ei către sinucidere există o legătură de asociere, cu variații de la o țară la alta. Starea de sănătate se poate evidenția, cel mai bine, prin intermediul ratelor de mortalitate. Dar, datorită faptului că mortalitatea este diferită în cadrul diferitelor grupuri de vârstă și de la o țară la alta, institutele sau oficiile de statistică sunt nevoite să le însumeze și să le standardizeze în diferite moduri comparabile.

În perioada 2008–2009, de exemplu, perioadă în care a debutat și s-a extins criza economică, cele mai scăzute rate de mortalitate pentru toate cazurile de deces din cadrul țărilor europene au fost înregistrate în Elveția, Italia, Islanda și Spania (între 490 și 520 de decese la o sută de mii de locuitori), iar cele mai ridicate rate au fost înregistrate în Lituania și Letonia (peste 1.000 decese la o sută de mii de locuitori). Bulgaria, România și Ungaria au avut, la rândul lor, rate de mortalitate situate la un nivel de peste 900 de decese la o sută de mii de locuitori (OECD, 2010, p. 30–31) – (vezi Graficul 1).

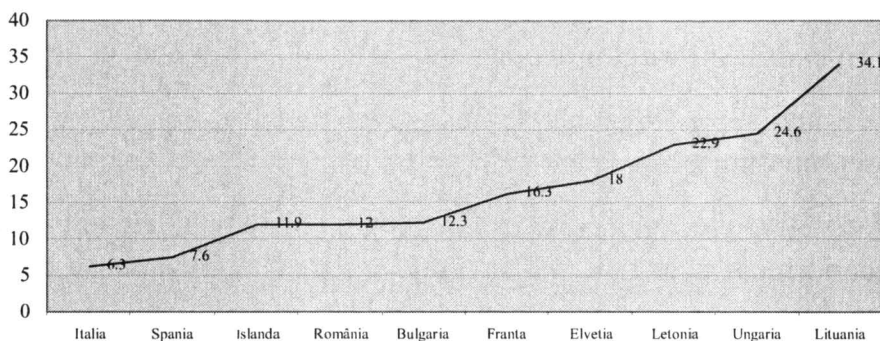


(Sursa: OECD Health Data 2010)

În ceea ce privește ratele de suicid, acestea au fost mai scăzute în Italia, Spania și Islanda (între 6.3 și circa 12 la o sută de mii de locuitori) și mai ridicate în Lituania (peste 34 la o sută de mii de locuitori), Ungaria și Letonia (aproximativ între 32–25 la o sută de mii de locuitori). Bulgaria, respectiv România, au înregistrat circa 12 sinucideri la sută de mii de locuitori (vezi Graficul 2).

Pe baza datelor menționate, se poate infera o corelație pozitivă între ratele de mortalitate – în calitatea lor de indicatori ai stării de sănătate a populației – și ratele de sinucidere. Astfel, Italia, Spania și Islanda, care au avut cele mai scăzute rate de mortalitate dintre țările europene, au înregistrat și cele mai

GRAFICUL 2
RATA DE MORTALITATE PRIN SINUCIDERE, ÎN ANUL 2008 (2009), ÎN 10 ȚĂRI
EUROPENE



Sursa: Eurostat Statistics Date, 2010

scăzute rate de sinucidere. Excepție face Elveția, care a avut cea mică rată de mortalitate din Europa, dar a înregistrat o rată de sinucidere de nivel mediu (18 la suta de mii de locuitori). În schimb, Lituania și Letonia, care au înregistrat cele mai ridicate rate de mortalitate dintre toate țările europene, au avut și cele mai ridicate rate de sinucidere. O excepție o reprezintă și cazul Ungariei, care a avut o rată medie de mortalitate, dar a înregistrat, în schimb, una dintre cele mai ridicate rate de sinucidere. O situație aparte au înregistrat România și Bulgaria, care, deși au avut rate ridicate de mortalitate (imediat după cele înregistrate de Lituania și Letonia), au avut rate de sinucidere relativ mici, dar aproximativ de două ori mai mari decât cele înregistrate, de pildă, de Elveția.

Aceste excepții se explică, între altele, prin variațiile înregistrate între diferite țări în ceea ce privește rata șomajului, consumul de alcool și de droguri, starea de depresie care caracterizează indivizii și, implicit, gradul lor de sănătate mentală.

Trebuie menționat, pe de altă parte, faptul că atât ratele de mortalitate, cât și ratele de suicid sunt mult mai ridicate în rândul bărbaților, decât în rândul femeilor. În consecință, ratele de mortalitate ale bărbaților ajung să le depășească cu 50% până la 100% pe cele ale femeilor. În mod complementar, ratele de sinucidere ale acelorași bărbați depășesc pe acelea ale femeilor chiar de 3–4 ori (OECD, 2010, p. 35).

În cazul tentativelor de sinucidere diferențele între cele două sexe sunt mai mici, între altele și datorită faptului că femeile tind să folosească metode de suicid mai puțin letale (de exemplu, mijloace de intoxicare voluntară: sedative) decât cele utilizate de bărbați (care preferă, de pildă, să se sinucidă prin

5. Sinucidere, șomaj și sănătate psihică

În majoritatea țărilor cu economii de piață se manifestă un „*ciclu al afacerilor*”, caracterizat de o creștere a șomajului în perioadele de recesiune economică și o reducere a sa în perioadele de expansiune economică (Kposowa, A., J., 2003, p. 559). Un asemenea ciclu are, implicit, un impact aparte asupra sinuciderilor, cu precădere asupra celor comise de populația activă.

Unul dintre obiectivele principale ale studiilor focalizate asupra rolului acestui ciclu, în general, al factorilor socio-economici în creșterea sau, dimpotrivă, scăderea ratelor de sinucidere îl reprezintă relația dintre suicid și șomaj. Variabilele socio-economice par să contribuie, în cea mai mare măsură, la impactul statusului ocupațional asupra sinuciderii (Preti, A., 2003, p. 557). Mai multe studii au subliniat faptul că un nivel scăzut al statusului ocupațional al indivizilor se corelează cu un risc mai ridicat de sinucidere. În multe țări europene, schimbările care au avut loc la nivelul ratelor ocupaționale au influențat ratele de sinucidere. Riscul suicidar este legat, între altele, de temerea angajaților că își vor pierde locul de muncă și de stresul care îi caracterizează pe șomeri în privința reducerii drastice a venitului și a deteriorării standardelor lor de viață (Yur'iev, A. and collab., 2010). Una dintre analizele cele mai semnificative a studiilor care au abordat relația dintre șomaj și sinucidere a fost întreprinsă de către S. Plat (1984). Constatările rezultate din această analiză au demonstrat că există o relație de asociere între cele două variabile, în sensul că amplificarea șomajului determină un risc crescut atât asupra sinuciderilor finalizate, cât și asupra tentativelor de sinucidere. Totuși, analiza menționată a arătat că o asemenea relație de asociere pare să fie valabilă mai degrabă la nivel individual, decât la nivel agregat. Pe de altă parte, așa cum au observat D. Lester și B. Yang (2003), relația dintre șomaj și sinucidere pare să fie mediată de alte variabile, între care *sănătatea mentală* a indivizilor are un rol distinct.

Aproximativ jumătate din riscul crescut al deceselor prin suicid – subliniau, în mod similar, T. A. Blakely și colab. (2003, p. 594–595) –, se poate atribui rolului *mediator* al creșterii nivelului bolilor psihice. La rândul lui, dr. Benedetto Saraceno, director al Departamentului de Sănătate Mentală al Organizației Mondiale a Sănătății, arăta că „*peste 90% din toate cazurile de*

sinucidere sunt asociate cu tulburări medicale precum depresia, schizofrenia și alcoolismul (...). De aceea, reducerea ratei globale de sinucidere semnifică rezolvarea efectivă a creșterii ponderii și gravității bolii mentale în lume” (World Mental Health, 2006).

În general, o stare de sănătate deficitară precede sau poate fi un predictor atât al șomajului, cât și al deceselor, determinând o relație falsă, directă, între șomaj și suicid. Bolile, ca atare, par să prevaleze, cu precădere, în rândul populației inactive, nu în rândul șomerilor. În mod real, relația dintre șomaj și sinuciderea are ca variabilă intermediară o stare *mentală* deficitară și nu bolile în general, care îi afectează, așa cum se știe, mai ales pe vârstnici.

Evidența empirică în această privință este controversată. De exemplu, constatările rezultate dintr-un studiu longitudinal întreprins de OPCS (The Office of Population Censuses and Surveys), în Anglia, a pus în evidență o asociere puternică între șomaj și mortalitatea prin toate cazurile de deces, inclusiv prin sinucidere, atât în perioade de amplificare a șomajului (1981), cât și în perioade de reducere a ratei de șomaj (1971). În mod contrar, o cercetare întreprinsă în Finlanda și ale cărei rezultate au fost publicate în 1996 a evidențiat faptul că, în perioadele de creștere a ratei șomajului, se poate infera un risc relativ mai mic de sinucidere pentru șomeri, comparativ cu cei angajați ocupațional (Blakely T., A. and colab., 2003, p. 594). Există, de asemenea, studii care au constatat că persoanele (în mod special, bărbații) care se confruntă cu problema șomajului, implicit cu reducerea veniturilor și cu diverse probleme familiale, au un risc semnificativ mai mare de a dobândi diverse tulburări mentale, printre care depresie sau alcoolism, care, la rândul lor, au un deosebit impact asupra creșterii sinuciderilor (World Health Organization, 2011, p. 6). Șomajul are deci o influență distinctă asupra deteriorării sănătății psihice și propensiunii spre suicid.

Cercetările întreprinse în țările membre ale Uniunii Europene au arătat, de exemplu, că tendințele de creștere ale ratelor naționale de șomaj au fost și sunt asociate, în continuare, cu creșterea ratelor de sinucidere și, între alți factori, cu incidența crescută a bolilor sau tulburărilor psihice (World Health Organization, 2011(1), p.7)-(vezi și Caseta 2).

Exceptând aceste constatări, mai multe studii și cercetări (Kposowa, A., J., 2001, p. 127–138) au ajuns la concluzia că efectul șomajului asupra sinuciderii este mai pronunțat *imediat* după intrarea în șomaj a indivizilor. În

„Fiecare creștere cu 10% a șomajului a dus la o mărire cu 1,4% a ratei suicidului la bărbați, la femei nefiind înregistrat, în schimb, un astfel de trend, arată un studiu citat miercuri, de Ziua Mondială a Sănătății Mintale, informează Mediafax.

Numărul cazurilor de sinucidere în rândul bărbaților a crescut pe plan mondial în ultimii trei ani, pe fondul crizei economice, potrivit aceleiași cercetări.

Criza economică și socială, prin efectele ei, precum șomajul, reprezintă un factor de risc dramatic pentru suicid, potrivit studiului publicat, în rezumat, în ediția din septembrie a revistei „*Hipocrate*”, care a examinat evoluția ratei șomajului și a celei a suicidului în mai multe regiuni din Marea Britanie. Datele cercetării arată că, anual, fiecare creștere cu 10% a șomajului a dus la o creștere cu 1,4% a ratei suicidului la bărbați. La femei, însă, nu s-a constatat o astfel de evoluție. *«Efectul mai pregnant asupra bărbaților are la bază arhetipurile sociale potrivit cărora rolul bărbatului este de a asigura traiul zilnic al familiei. În perioade istorice tulburi, bărbații sunt mult mai expuși decât femeile la depresie și suicid. Trebuie să acționăm cu toții, pentru că ieșirea din criză nu poate să se întâmple decât dacă avem oameni sănătoși, capabili să muncească la maximum»*, a spus profesorul Ian Banks, președinte al European Men's Health Forum - partener în Inițiativa pentru Sănătatea Bărbatului” (*Creșterea șomajului influențează rata sinuciderilor în rândul bărbaților*- Studiu, <http://www.romanalibera.ro/>, 10 octombrie 2012).

măsura în care trece timpul, noii șomeri se adaptează la noul lor statut, motiv pentru sunt mai puțin înclinați să se sinucidă. În plus, odată cu trecerea timpului, șomerii își pot găsi de lucru și părăsesc statusul de șomer. Aceste aspecte au fost ignorate de studiile care s-au ocupat de legătura de asociere dintre șomaj și sinucidere și care nu au luat în considerare *durata* perioadei de șomaj.

Sintetizând principalele caracteristici și efecte ale relației dintre sinucidere, șomaj și starea de sănătate, Centrul Strategic de Prevenire a Sinuciderii din Statele Unite a pus în evidență următoarele constatări (Suicide Prevention Resource Center, 2008):

Șomajul afectează starea de sănătate generală.

– Șomajul este asociat cu o proastă stare de sănătate și cu mortalitatea prin toate cazurile de deces (cu excepția cancerului și a accidentelor vasculare).

Șomajul contribuie la riscul suicidar, dar nu „cauzează” sinuciderea prin el însuși.

– Statutul ocupațional este doar unul dintre factorii care interacționează cu indivizii, comunitățile și societățile, afectând riscul suicidar.

– Deși șomajul este asociat cu creșterea ratelor de suicid, mulți indivizi pot avea rate de ocupație mai scăzute din cauza sănătății mentale precare și consumului de droguri, care sunt, de asemenea, asociate cu rate crescute de sinucidere.

Șomajul determină dificultăți financiare și poate duce la depresii sau alte probleme pe care indivizii le percep ca o pierdere a controlului personal.

– Condițiile economice, ca atare, nu sunt suficiente pentru a cauza un act suicidar; în mod real, nu cunoaștem nici un factor singular, adică suficient prin el însuși, care să „determine” un act suicidar. Factori stresanți precum pierderea unei slujbe, unei locuințe sau pensionarea pot produce sentimente de rușine, umilință și disperare, iar în acest context pot precipita tentativele de suicid ale acelor persoane care sunt deja vulnerabile sau nu au suficiente resurse pentru a obține sprijin. În majoritate, dar nu în toate cazurile, problemele vizând sănătatea mentală se numără printre factorii care cresc această vulnerabilitate.

– Șomajul (și constrângerile financiare adiacente) sunt asociate cu starea de depresie, cu problemele implicate de abuzul de droguri și cu perturbările căminului, factori care sunt legați, în mod independent, de riscul suicidar.

– Putem să ne așteptăm ca o criză acută în domeniul economic să determine un risc suicidar în rândul adulților cu statut ocupațional și în cadrul adulților vârstnici a căror securitate la pensionare este amenințată.

– Creșterea peste măsură a șomajului, de obicei în contextul unor condiții economice instabile sau în declin, este legată puternic cu creșterea ratelor de suicid; schimbările de amploare în ciclul economic determină cele mai ample creșteri ale sinuciderilor. Această legătură între șomaj și suicid este puternică, mai ales pentru bărbații angajați ocupațional, dar este vizibilă și în cadrul altor grupuri, inclusiv pentru femei.

Aceste constatări se explică prin deteriorarea, cu precădere, a sănătății mentale a indivizilor, care este acea dimensiune a sănătății cea mai afectată de crizele economice. Astfel, în perioadele de criză, șomajul, dificultățile financiare, starea de sărăcie, deprivarea socială, erodarea sentimentului de apartenență la colectivitate și, adeseori, legat de acestea, consumul de alcool, reprezintă importanți factori de risc în creșterea ratelor de sinucidere, mai ales în rândul bărbaților. *„Șomajul este, de asemenea, o sursă considerabilă de stres*

social, care conduce la creșterea tensiunilor familiale, creșterea izolării față de ceilalți și pierderea încrederii și stimei față de propria persoană” (Preti, A., 2003, p. 557). Dimpotrivă, securitatea slujbei, sentimentul de control al muncii, sprijinul social la locul de muncă, buna calitate a relațiilor sociale, conștiința apartenenței la comunitate și angajarea civică se numără printre cei mai importanți factori care promovează sănătatea mentală a indivizilor și a populației, în ansamblul ei (World Health Organization, 2011, p. 3). Organizația Mondială a Sănătății definește sănătatea mentală ca fiind *„o condiție de bunăstare prin intermediul căreia individul își poate exercita capacitățile, se poate confrunta cu stresurile normale ale vieții, poate munci în mod productiv și benefic, și este capabil să aducă o contribuție la viața comunității”* (European Communities, 2008, p. 5).

Poate exista însă și o relație inversă, în sensul că starea de șomer este determinată, adeseori, de o stare de sănătate mentală deficitară. Astfel persoanele caracterizate de anumite tulburări psihice se pot confrunta atât cu riscul de a deveni șomeri, cât și cu riscul de a se sinucide (Lönnqvist, J., K., 2000, p. 107–120).

Este de menționat faptul că É. Durkheim a negat rolul tulburărilor psihice în creșterea ratelor de suicid: *„Nu se găsește un raport între variațiile sinuciderii și nebuliei nici dacă diferite societăți sunt comparate din acest punct de vedere (...)”*. *„Rata socială a sinuciderilor nu are deci nicio legătură cu tendința spre nebulie, ori spre alte forme de neurastenii”*(...). *„Nu există, așadar, nicio stare psihopatică aflată într-o relație regulată și incontestabilă cu sinuciderea”* (Durkheim, É., 1993, p. 38, 41, 47). Acest fapt se explică prin întreaga sa concepție cu privire la regulile metodei sociologice, sintetizată de ideea conform căreia: *„Cauza determinantă a unui fapt social trebuie să fie căutată printre faptele sociale antecedente, iar nu printre stările conștiinței individuale”* (Durkheim, É., 1974, p. 151).

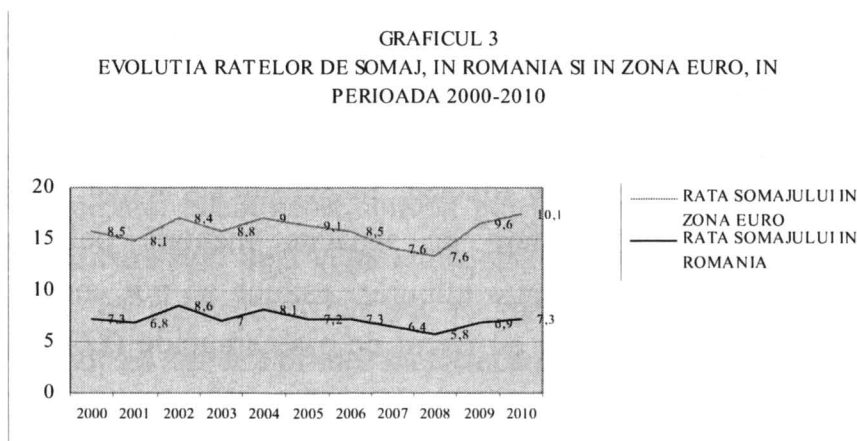
Trebuie precizat însă că Durkheim nu a efectuat cercetări empirice asupra acestui subiect, iar analiza sa de amploare asupra statisticilor cu privire la distribuția sinuciderilor în diferite țări din Europa, inclusiv în funcție de *„numărul de nebuni la 100 000 de locuitori”*, cuprinde constatarea în concordanță cu care nu există niciun raport între variațiile celor două fenomene: boala psihică și sinuciderea.

Este evident, în acest sens, că celebrul sociolog francez a rămas și aici fidel concepției sale care pune accentul pe factori sociali și nu pe cei psiho-patologici.

6. Evoluția ratelor de șomaj și a ratelor de sinucidere în România

Ca măsură a prevalenței șomajului dintr-o anumită țară, rata șomajului poate fi un indicator reprezentativ al intensității cu care se manifestă criza economică în țara respectivă.

O evaluare comparativă a evoluției șomajului în România și în întreaga zonă Euro, în perioada 2000–2010, permite, de exemplu, evidențierea următoarelor constatări (vezi Graficul nr. 3):



(Sursa: EUROSTAT, february 2012)

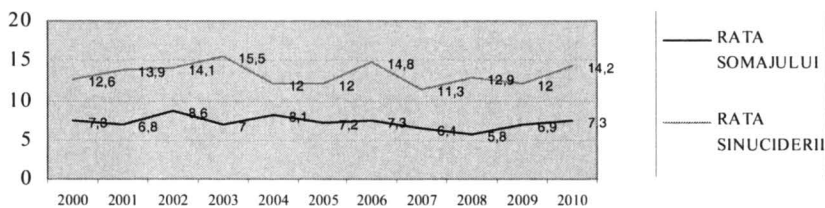
– cu excepția anului 2002, atunci când rata șomajului înregistrat în România a depășit ușor pe cea înregistrată în întreaga zonă Euro (8,4 față de 8,6), cele mai semnificative abateri (peste 2,5) ale evoluției acestor rate în țările europene față de România s-au produs în anul 2009 și 2010, atunci când criza a atins o intensitate maximă în țările din zona Euro;

– în România, în mod paradoxal, rata șomajului înregistrată în anul 2008, atunci când criza economică s-a extins pe plan european și mondial, a atins cel mai scăzut nivel (5,8) din întreaga perioadă analizată (2000–2010), fapt care poate fi explicat, între altele, și prin relativa „întârziere” cu care au fost resimțite efectele crizei în țara noastră;

– chiar dacă vizăm anii de manifestare deplină a crizei (2009 și 2010), nivelul ratei șomajului din România s-a situat fie la nivelurile înregistrate în anii anteriori, fie sub acest nivel.

În ceea ce privește relația dintre șomaj și sinucidere (vezi Graficul nr. 4), perioada prea scurtă de timp pe care am luat-o în considerare și pentru care există informații disponibile face dificilă evidențierea unei corelații pozitive

GRAFICUL 4
EVOLUTII PARALELE ALE RATELOR DESOMAJ SI DE
SINUCIDERE, IN ROMANIA, IN PERIOADA 2000-2010



(Sursa: Eurostat, 2012; Institutul Național de Statistică, World Health Organization)

certe între cele două fenomene, cu atât mai mult cu cât o asemenea corelație este mediată de influența a numeroase alte variabile, a căror evidență este greu de obținut din statisticile existente în România.

Cele mai mari rate de *sinucidere* au fost înregistrate în perioada 2000–2003 și, ulterior, în 2006 și 2010, în timp ce rate de *șomaj* mai mari au fost înregistrate în 2002 și 2004. Nu se poate vorbi însă de un paralelism integral al evoluției acestor rate, scăderi sau creșteri coincidente înregistrându-se doar în perioada 2000–2001 (scădere), 2001–2002 (creștere), 2005–2006 (creștere), 2006–2007 (scădere) și 2009–2010 (creștere).

În general, - așa cum observau cu îndreptățire A. Ceccherini-Nelli și S. Priebe (2011) -, șomajul (și statusul ocupațional, adăugăm noi) influențează doar pe termen lung sinuciderile.

Din acest punct de vedere, efectuarea unui viitor studiu longitudinal de amploare ar putea scoate în evidență existența unei asocieri pozitive sau negative între cele două fenomene, pe care cercetările actuale din România – întreprinse cu resurse limitate – nu sunt încă în stare să le infereze.

7. Starea de sănătate, inclusiv sănătatea psihică a populației din România, și impactul ei asupra sinuciderilor

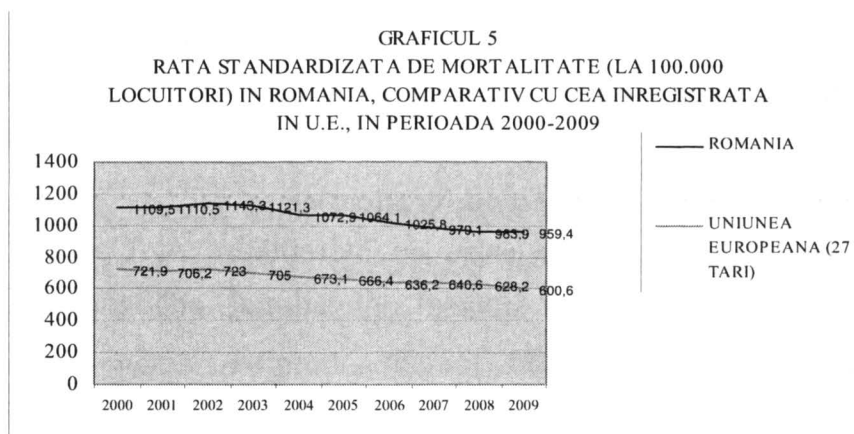
Așa cum au arătat diverse studii și cercetări, un rol important asupra tendinței spre sinucidere poate fi exercitat de starea de sănătate a indivizilor, cu precădere de sănătatea psihică (mentală). Se știe că, mai cu seamă, depresia, are un rol important în această privință. Și așa cum a subliniat É. Durkheim, cu aproape 150 de ani în urmă, mai ales în perioadele de criză și instabilitate economică,

indivizii se confruntă cu numeroase probleme de sănătate, inclusiv cu tulburări și boli psihice.

În mod evident, aceste tulburări sau boli sunt determinate de mai multe categorii de factori din care nu pot fi excluși cei ereditari, psihologici și sociali.

7.1. Rata standardizată de mortalitate – indicator reprezentativ al stării de sănătate din România

Criza economică mondială s-a extins rapid în toate țările Uniunii Europene, inclusiv în România, determinând declinul activității economice, creșterea șomajului și a sărăciei și având efecte asupra sănătății populației, cu precădere asupra sănătății psihice (World Health Organization, 2011, p. 1). Dacă luăm în considerare nivelul mortalității ca indicator semnificativ al stării generale de sănătate, cel puțin în România, acesta nu pare că a fost afectat, în mod drastic, de către criză (vezi Graficul nr. 5).



Astfel, după o ușoară tendință de creștere din 2000 până în 2003, atunci când a atins nivelul ei maxim, rata standardizată de mortalitate (la 100 000 locuitori)* a înregistrat o scădere constantă, în România.

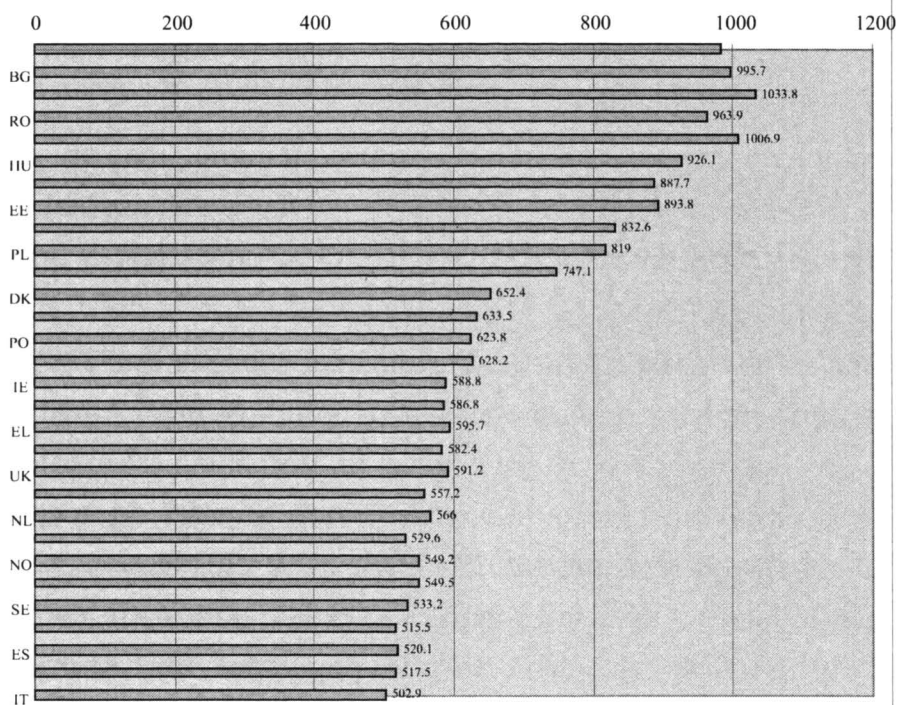
Creșteri relativ mai mici au fost atinse în perioada 2007-2009, atunci când efectele crizei economice au început să fie resimțite și în țara noastră. În general, cu câteva excepții, evoluția ratei standardizate de mortalitate din România a

* Această măsură a stării de sănătate, specifică unei anumite țări, este un indicator mult mai adecvat decât rata generală de mortalitate, deoarece permite eliminarea influenței pe care o exercită structura diferită pe grupuri de vârstă a populației asupra mortalității. În același timp, ea permite posibilitatea de comparație a două sau mai multe populații diferite din punct de vedere structural.

urmat tendințele înregistrate în medie, în Uniunea Europeană, inclusiv în ceea ce privește faptul că aceste tendințe nu par să reflecte efectele crizei economice.

Exceptând această similitudine, totuși rata menționată înregistrată, în diverși ani, în România, a depășit cu peste 60% pe cea înregistrată, în medie, în Uniunea Europeană, în anul 2009, această diferență (959,4 față de numai 600,6 cazuri la suta de mii de locuitori) fiind de circa 63%. Trebuie precizat, în acest sens, că, dacă luăm ca an de referință 2008, doar Letonia, Lituania și Fosta Iugoslavie au avut rate standardizate de mortalitate mai mari decât cele înregistrate în România (vezi Graficul nr. 6). Cu alte cuvinte, comparativ

GRAFICUL 6
RATA STANDARDIZATĂ DE MORTALITATE ÎN ȚĂRILE U.E., ÎN ANUL 2008



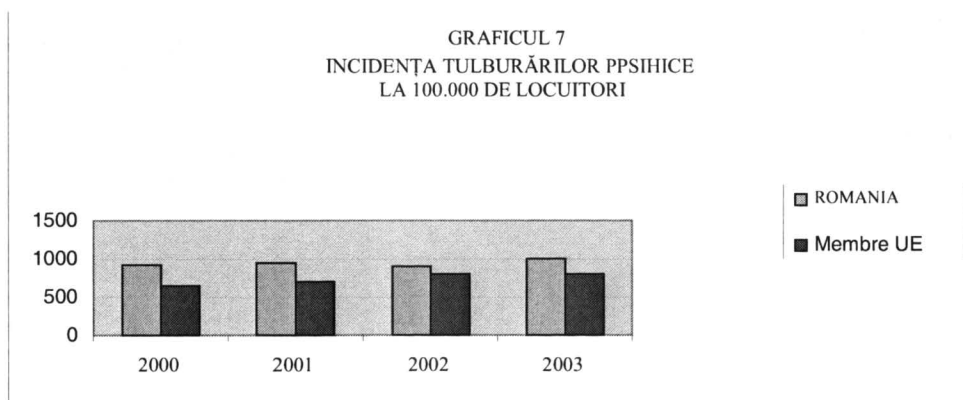
(Sursa: European Community Health Indicators, 2010)

cu alte țări din Uniunea Europeană, România s-a situat, în anul 2008, pe *locul patru* în ceea ce privește rata standardizată de mortalitate.

7.2. Incidența și prevalența bolilor psihice în România

În ceea ce privește incidența și prevalența bolilor psihice în România, se estimează (European Communities, 2008) că aproximativ 1% din populație suferă de tulburări sau boli psihice, iar anual, apar circa 1.018 noi cazuri la 100

000 de locuitori. Comparativ cu incidența tulburărilor mentale (între 600 și circa 800 la 100 000 de locuitori), înregistrată, de exemplu, în țările care au aderat la Uniunea Europeană începând din mai 2004, în România această incidență a fost mult mai mare, situându-se între 900 și aproximativ 1 000 la suta de mii de locuitori (vezi Graficul nr. 7).



(Sursa: Conform cu Ministerul Sănătății, Date_comparative.doc:
<http://vechi.ms.ro/pagina.php?id=110>)

O extrapolare a incidenței bolilor psihice în lume, inclusiv în Europa și România, făcută de experții americani (RightDiagnosis) a arătat, de pildă, că în țara noastră, 22% din populația înregistrată în iulie 2004 a fost afectată de boli sau tulburări psihice*.

La fel ca și în alte țări europene, în România, depresia este cea mai frecventă și cea mai prevalentă formă de manifestare a bolilor psihice. Anual, circa 23 000 de cazuri de depresie sunt diagnosticate în România, estimările evidențiind faptul că aproximativ 10% dintre români sunt afectați de această tulburare psihică (Botezat-Antonescu, I., M., 2014; Alexa, A., 2014).

Exceptând toate aceste informații, nu există informații complete asupra situației sănătății mentale caracteristice populației din România, puținele anchete epidemiologice cu caracter comparativ, efectuate de experții europeni, evidențiind doar parțial amploarea acestei probleme. Aceeași dificultate se ridică în legătură cu estimarea bolilor și tulburărilor mentale existente în alte țări.

* Autorii fac precizarea că extrapolările se bazează pe statisticile prevalenței bolilor psihice din Statele Unite, Anglia, Canada și Australia, iar calcularea lor este „automată” și nu ține seama de diferențele existente între țări în ceea ce privește elementele genetice, culturale, sociale, rasiale sau cele care vizează mediul.

Informații cu privire la acest aspect pot fi obținute și prin intermediul anchetelor comparative, întreprinse cu ocazia elaborării unor *eurobarometre* speciale, sub egida Comisiei Europene, în cadrul cărora subiecții selectați, aparținând celor 27 țări membre ale Uniunii Europene, sunt chestionați cu privire la autoperceperea gradului lor de sănătate mentală, ei declarând, între altele, dacă și de câte ori au căutat ajutor și tratament specializat, dacă au luat medicamente antidepresive etc. (vezi, de pildă, European Commission, 2010).

Pentru acest motiv, specialiștii sunt de acord cu ideea că suicidul poate fi folosit, adeseori, ca un veritabil „*indicator-surogat*” al nivelului sănătății mentale (European Communities, 2008; World Health Organization, 2001(1), p. 16)-(vezi și Casetă 3).

CASETA 3

„Suicidul este folosit, indirect, ca indicator indirect al sănătății mintale a unui popor, deoarece acest comportament apare mai ales în depresia clinică și în alte forme de boli mintale, în perioadele de criză personală - divorț, traume fizice, în alcoolism și în toxicomanie. Sinuciderea semnifică nu doar deteriorarea existenței individuale, ci și degradarea contextului socio-economic în care funcționează oamenii - au arătat dr. Camelia Popa, psiholog clinician, cercetător la Departamentul de Psihologie al Academiei Române și dr. Adela Ciobanu, medic primar psihiatru la Spitalul «Prof. Dr. Al. Obregia» București și cadru didactic la UMF „Carol Davila”, cu ocazia lansării amplei cercetări „Tulburarea depresivă. Noi direcții de cercetare”, rezultată din colaborarea dintre psihologi și medicii psihiatri.

România depășește substanțial media UE-28 la suicid, în cazul tinerilor cu vârste între 15 și 19 ani și al adulților cu vârste cuprinse între 50 și 54 de ani, conform celor mai recente date ale Eurostat, ceea ce provoacă îngrijorare în rândul psihiatrilor și al psihologilor din țara noastră. Sinuciderile sunt «decese evitabile», iar eforturile la nivel global se îndreaptă către reducerea semnificativă a numărului lor. În Europa, suicidul are legături puternice cu inechitățile sociale, au mai adăugat cei doi specialiști (...).

«În cazul copiilor și al tinerilor, comportamentul suicidar include o motivație depresivă, probleme emoționale, comportamentale și sociale, abuzul de substanțe, pierderea relațiilor romantice, inabilitatea de a depăși dificultățile școlare sau de a face față altor stresori de mediu, stima de sine scăzută sau neputința de a rezolva problemele din relațiile familiale», a declarat dr. Adela Ciobanu” (www.ziarelive.ro, 18 martie 2014.

7.3. Consumul de alcool și tendințele suicidare în România

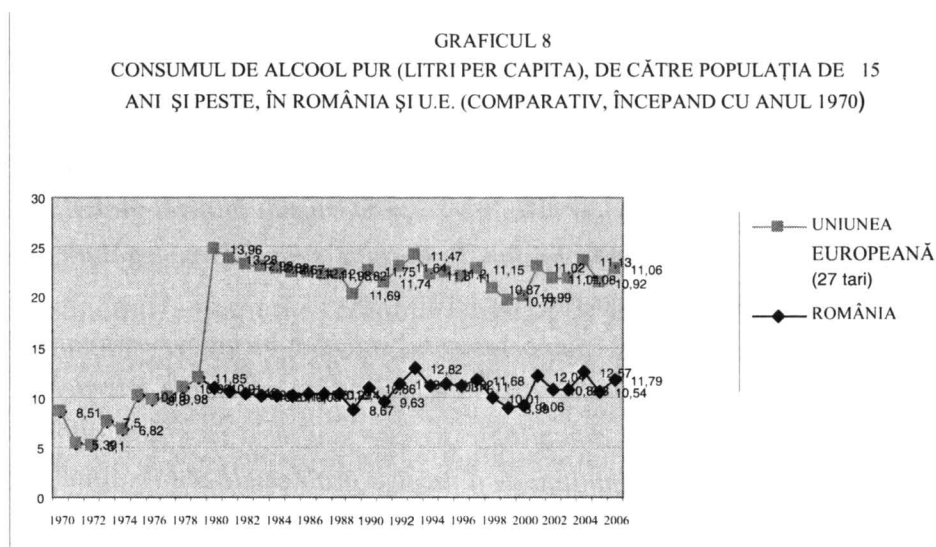
Așa cum au arătat numeroși cercetători, consumul excesiv de alcool se află într-o relație puternică cu starea de depresie, ambele variabile având o influență

puternică asupra sinuciderilor. La rândul ei, starea de anomie are o influență puternică asupra tendinței spre alcoolism, depresiei, inclusiv asupra sinuciderii.

În general, statisticile cu privire la tendințele consumului de alcool dintr-o țară sau alta nu reflectă consumul total al locuitorilor țării respective, omițând să ia în calcul, consumul băuturilor făcute în casă, consumul de alcool provenit din contrabandă, consumul de alcool ocazionat de deplasările în străinătate, consumul de băuturi de la magazinele cu regim *duty-free* etc.

Pe de altă parte, aceste statistici nu țin seama de deprinderile reale ale indivizilor în legătură cu acest aspect și ignoră pattern-urile de consum caracteristice anumitor grupuri sociale. Pentru a remedia aceste deficiențe ale statisticilor sunt necesare anchete reprezentative la nivel național asupra populației, care pot estima diferiți itemi ce vizează consumul neînregistrat de alcool (Leifman Håkan, Österberg Esa, Ramstedt Mats, 2002, p. 31). Asemenea anchete au fost întreprinse deja în diferite țări ale Uniunii Europene, inclusiv, de către Organizația Mondială a Sănătății, în România

În ceea ce privește evoluția consumului de alcool în România, cele mai mari valori au fost atinse în anul 1993 (12,82 litri alcool pur per capita), 2001 (12,04 litri) și 2004 (12,57 litri), iar cele mai mici valori au fost înregistrate în perioada 1971-1974 (în medie aproximativ 6,20 litri alcool pur per capita)-(vezi graficul 8).



(Sursa: European Commission, Public Health, 2010)

Dacă vizăm întreg intervalul anilor 1970-2006, se observă că, după o perioadă (între 1970-1977) de creșteri și descreșteri (între 5,10 și 10,17 litri per capita), consumul de alcool a început, cu unele excepții, să se „stabilizeze”

în jurul cifrei de 10-11,80 litri per capita.

În mod comparativ cu media înregistrată în Uniunea Europeană, începând din anul 1980, consumul de alcool pur per capita a fost relativ mai scăzut în România până în 1993, după care s-a situat fie la egalitate fie peste media înregistrată în Uniunea Europeană.

Aceste diferențe nu trebuie însă atribuite doar consumului real de alcool, ci și modului în care au fost elaborate statisticile în țara noastră în perioada dinainte de 1989, în condițiile în care exista tendința de a prezenta lucrurile în cel mai favorabil mod cu putință.

O imagine mai completă și mai sugestivă rezultă din informațiile furnizate de O.M.S. (World Health Organization, 2011, p. 273-277), care a efectuat, în acest sens, la nivel mondial, în anul 2008, o anchetă de proporții vizând consumul de alcool înregistrat și neînregistrat, tipul de băuturi alcoolice preferate în diverse țări și zone ale lumii, ponderea băutorilor în funcție de sex etc. Pentru țările din zona europeană, inclusiv pentru România, am preluat selectiv informațiile rezultate din ancheta O.M.S., rezultând următoarea situație (vezi tabelul 1):

Tabelul 1 - Informații asupra consumului de alcool în țările europene – date culese în anul 2008
(Sursa: World Health Organization, 2011, p. 273–277).

ȚARA	CONSUM LITRI		T Con- sum	BERE	VIN	DISTI- LATE AL- COOL	AL- TELE	Total B Bău- tori	Total F Bău- toare	Total Bău- tori
	Înre- gistrat	Neînre- gistrat								
Republica Moldova	8,22	10,00	18,22	4,57	4,67	4,42	0,00	32,00	13,60	23,40
Republica Cehă	14,97	1,48	16,45	8,51	2,33	3,59	0,39	26,60	12,40	19,50
Ungaria	12,27	4,00	16,27	4,42	4,94	3,02	0,14	29,50	11,00	20,00
Federația Rusă	11,03	4,73	15,76	3,65	0,10	6,88	0,34	35,40	16,30	26,70
Ucraina	8,10	7,50	15,60	2,69	0,58	5,21	0,02	37,40	17,10	27,90
Estonia	13,77	1,80	15,57	5,53	1,09	9,19	0,43	36,10	12,20	22,00
Andorra	14,08	1,40	15,48	3,93	5,69	3,14	0,00	27,70	20,40	25,00
România	11,30	4,00	15,30	4,07	2,33	4,14	0,00	31,80	15,00	24,50
Slovenia	12,19	3,00	15,19	4,10	5,10	1,33	0,00	24,20	11,40	17,90
Belarus	11,22	3,91	15,13	1,84	0,80	4,08	2,67	28,00	11,30	19,20
Croația	12,61	2,50	15,11	4,66	5,80	1,91	0,14	32,00	18,80	26,30
Lituania	12,03	3,00	15,03	5,60	1,80	4,50	0,60	27,50	11,10	18,80
Portugalia	12,45	2,10	14,55	3,75	6,65	1,27	0,51	32,30	19,90	27,50
Irlanda	13,39	1,00	14,41	7,04	2,75	2,51	1,09	26,20	12,20	19,30
Franța	13,30	0,36	13,66	2,31	8,14	2,62	0,17	21,10	8,80	14,90
Anglia	11,67	1,70	13,37	4,93	3,53	2,41	0,67	21,60	9,50	15,60
Danemarca	11,37	2,00	13,37	5,06	4,43	1,78	0,00	19,50	8,40	14,40
Slovacia	10,33	3,00	13,33	3,90	1,70	5,40	0,00	28,20	8,10	17,30
Polonia	9,55	3,70	13,25	5,27	1,23	2,97	0,00	26,10	9,50	17,90

Austria	12,60	0,64	13,24	6,70	4,10	1,60	0,40	21,90	9,50	15,70
Luxemburg	12,01	1,00	13,01	1,59	8,16	2,00	0,00	-	-	-
Germania	11,81	1,00	12,81	6,22	3,15	2,30	0,00	19,50	7,80	13,40
Finlanda	9,72	2,80	12,52	4,59	2,24	2,82	0,31	20,60	8,70	14,20
Letonia	9,50	3,00	12,50	3,61	1,10	6,24	0,10	24,90	9,70	16,50
Bulgaria	11,24	1,20	12,44	3,53	2,44	4,88	0,10	22,90	9,30	17,00
Spania	10,22	1,40	11,62	4,52	3,59	1,31	0,61	24,80	15,60	21,10
Armenia	10,05	1,30	11,35	1,05	0,39	0,65	9,36	24,40	12,10	18,30
Serbia	9,97	1,12	11,09	4,40	2,21	3,42	0,04	-	-	-
Elveția	10,56	0,50	11,06	3,10	5,10	1,80	0,10	17,70	8,40	13,40
Belgia	9,77	1,00	10,77	5,49	3,55	0,62	0,03	17,50	7,80	12,80
Grecia	8,95	1,80	10,75	2,20	4,51	2,38	0,13	18,40	10,80	15,00
Italia	8,33	2,35	10,68	1,73	6,38	0,42	0,00	17,10	8,20	13,00
Azerbaidjan	7,30	3,30	10,60	7,00	0,03	0,97	0,00	-	-	-
Suedia	6,70	3,60	10,30	2,60	2,90	1,10	0,00	16,70	7,80	12,50
Olanda	9,55	0,50	10,05	4,72	3,26	1,56	0,00	15,60	12,20	13,80
Bosnia și Herțegovina	9,63	0,00	9,63	2,22	0,34	7,08	0,00	60,30	33,00	56,00
Cipru	8,26	1,00	9,26	3,25	2,97	2,95	0,12	-	-	-
Macedonia (din fosta Iugoslavia)	5,61	2,90	8,51	2,11	1,62	2,08	0,00	-	-	-
Norvegia	6,21	1,60	7,81	2,98	2,00	1,28	0,11	12,50	5,30	8,70
Albania	4,58	2,10	6,68	1,61	0,94	2,30	0,02	-	-	-
Georgia	3,90	2,50	6,40	0,76	0,83	2,56	0,02	14,80	9,40	13,10
Islanda	5,91	0,40	6,31	3,67	1,95	1,33	0,10	10,80	5,00	7,70
Malta	3,85	0,42	4,27	1,79	1,45	1,86	0,15	-	-	-
Turcia	1,37	1,50	2,87	0,78	0,07	0,46	0,00	31,20	19,40	29,40

- cel mai mare consum de alcool (înregistrat și neînregistrat) a fost identificat în Republica Moldova (18,22 litri, anual, per capita), Republica Cehă (16,45 litri) și Ungaria (16,27 litri), iar cel mai mic consum de alcool (înregistrat și neînregistrat) a fost identificat în Malta (4,27 litri, anual, per capita) și Turcia (2,87 litri);

- niveluri ridicate (peste 15 litri) de consum de alcool înregistrat și neînregistrat au fost identificate, de asemenea, în țările spațiului ex-sovietic, în Andorra și România;

- în ordinea ierarhiei consumului total de alcool, România ocupă un loc „fruntaș” (8) în ansamblul celorlalte țări din Europa, cu 15,30 litri, consumați anual per capita;

- din punct de vedere al consumului oficial înregistrat, cel mai mare nivel a aparținut Republicii Cehe (14,97 litri, anual, per capita) și Andorrei (14,08 litri), iar cel mai mic nivel al acestui consum a revenit, din nou, Maltei (3,85 litri) și Turciei (1,37 litri);

- în ceea ce privește consumul neînregistrat, estimările au arătat că

Republica Moldova (10 litri) și Ucraina (7,50 litri) au cel mai înalt nivel de consum;

- comparativ, pe diferite țări, berea este consumată, cu precădere, în Republica Cehă, Irlanda, Azerbaidjan, Austria și Germania, vinul este băutura preferată a locuitorilor din Luxemburg, Franța, Portugalia și Italia, iar băuturile distilate făcute din alcool sunt preferate, cu prioritate, de către populația băutoare din Estonia, Bosnia-Herțegovina, Federația Rusă și Letonia;

- românii preferă, în special, produsele distilate din alcool (4,14 litri consum anual per capita) și berea (4,07 litri per capita anual).

- ca o ultimă constatare, așa cum este și firesc, în toate țările totalul băutorilor bărbați întrece pe cel al femeilor băutoare, această diferență fiind mai puțin pronunțată în Olanda și Grecia.

Consumul de alcool, luat ca atare, nu evidențiază însă și efectele pe care le poate avea asupra sănătății. Așa cum am menționat deja, consumul excesiv de alcool, dar, mai ales, dependența față de acesta (vezi Caseta 4), determină

CASETA 4

”Dependența față de alcool constituie un pattern inadecvat de consum al alcoolului, care conduce la o ruinare a sănătății sau depresie clinic semnificativă, manifestată prin trei (sau mai multe) din elementele următoare, care apar oricând în aceeași perioadă de 12 luni: (i) toleranță; (ii) evaziune din viața socială; (iii) alcoolul este, adeseori, consumat în mari cantități sau o perioadă mai lungă decât s-a intenționat; (iv) există o dorință persistentă sau eforturi fără succes de a micșora sau controla consumul de alcool; (v) o mare parte din timp este petrecută în activități necesare obținerii de alcool, consumului de alcool sau pentru a scăpa de efectele lui; (vi) activitățile sociale, ocupaționale importante sau activitățile recreaționale sunt date la o parte ori sunt reduse ca urmare a consumului de alcool; (vii) consumul de alcool continuă în pofida conștientizării problemei persistente sau recurente, cu caracter fizic sau psihic, care a fost, în mod probabil, determinată sau exacerbată de consumul alcoolului”.

American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn, Text Revision, Washington DC, American Psychiatric Association., p. 191–223.

numeroase boli și este implicat în mai multe cazuri de deces ale căror proporții diferă de la o țară la alta. O expresie ilustrativă a relației între consumul de alcool și mortalitate o reprezintă suicidul. Legătura dintre alcool și sinucidere este mai pronunțată în Europa de Nord și este slabă sau inexistentă în

Europa Centrală și Europa de Sud (Leifman, H., Österberg, E. & Ramstedt, M., 2002, p. 31).

În mod concret, din punct de vedere al efectului consumului excesiv de alcool asupra mortalității, în zona europeană, țările cele mai afectate de un asemenea consum sunt, în ordine, Danemarca, Estonia, Germania și Letonia, iar țările cele mai puțin afectate sunt Malta, Grecia, Cipru, Spania, Republica Macedonia etc. (vezi tabelul 2). Totuși, variațiile înregistrate de la an la an

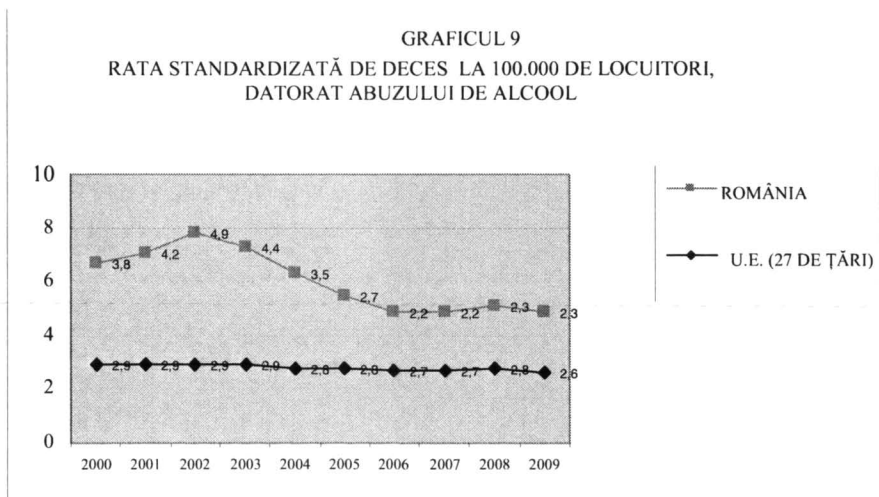
Tabelul 2. Rata de deces (la 100.000 de locuitori) datorată consumului de alcool în țările Uniunii Europene (Sursa EUROSTAT, 2010 și Geocommons (<http://geocommons.com/overlays/15331>))

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Uniunea Europeană (27 țări)	-	-	2.9	2.9	2.9	2.9	2.8	2.8	2.7	2.7	2.8	2.6
Belgia	2.8	2.4	-	-	-	-	2.6	2.7	-	-	-	-
Bulgaria	1.3	1.4	0.9	1.0	0.7	0.7	0.9	0.6	0.5	0.3	0.4	0.4
Republica Cehă	0.6	0.6	0.8	0.9	1.0	1.4	1.5	2.3	1.4	1.3	1.8	1.2
Danemarca	5.5	8.8	8.1	8.6	10.4	9.6	11.9	11.9	12.6	13.5	13.5	11.5
Germania	6.3	6.1	5.4	4.9	5.0	5.1	4.9	5.1	4.7	4.7	4.7	4.6
Estonia	1.0	1.6	1.5	4.4	4.3	10.6	9.8	13.5	10.1	15.8	10.9	7.9
Irlanda	3.1	2.3	2.4	2.5	2.2	1.5	2.1	1.9	2.3	1.9	1.1	-
Grecia	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.2	0.2	0.3	0.3	0.2
Spania	0.6	0.8	0.6	0.8	0.6	0.7	0.7	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5
Franța	4.2	4.5	4.7	4.7	4.7	4.5	4.4	4.6	4.5	4.3	4.4	-
Italia	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	-	-	0.3	0.3	0.3	-
Cipru	-	-	-	-	-	-	0.4	0.1	0.3	0.5	0.5	0.4
Letonia	9.2	9.8	7.6	9.7	3.6	2.5	2.3	3.2	3.4	3.5	3.7	4.0
Lituania	2.3	1.2	1.2	1.4	0.6	0.8	0.8	0.6	0.9	1.2	1.1	0.8
Luxemburg	5.3	4.5	5.2	5.5	3.9	5.0	3.9	4.5	3.1	3.1	-	-
Ungaria	8.0	8.8	5.1	3.4	3.4	3.9	4.1	4.9	4.5	3.7	3.6	3.3
Malta	0.7	0.5	-	-	-	0.2	0.5	0.4	0.9	0.2	-	0.2
Olanda	1.4	1.5	1.6	2.0	1.4	1.1	1.0	1.2	1.1	1.0	1.1	1.1
Austria	3.4	3.2	3.3	3.7	3.2	4.0	4.0	3.5	3.6	3.9	4.3	4.9
Polonia	-	4.0	3.4	3.5	3.2	3.6	4.0	4.0	4.6	5.0	4.7	4.2
Portugalia	0.6	0.6	0.5	0.8	1.4	1.0	1.0	0.8	0.8	1.0	1.2	1.1
România	-	4.4	3.8	4.2	4.9	4.4	3.5	2.7	2.2	2.2	2.3	2.3
Slovenia	5.4	4.4	5.7	6.2	6.4	4.4	4.6	3.7	3.0	2.6	4.4	4.3
Slovacia	0.1	-	-	-	0.0	-	-	-	-	-	-	0.0
Finlanda	5.7	6.0	5.2	4.5	4.0	4.1	4.0	2.8	2.9	2.4	2.4	2.6
Suedia	5.2	4.9	4.5	3.2	3.5	3.8	4.1	3.1	2.8	2.8	2.6	2.6
Anglia	1.1	1.1	1.1	1.5	1.4	1.4	1.6	1.6	1.6	1.3	1.6	1.5
Islanda	0.5	2.9	1.3	1.3	0.9	0.4	1.8	1.2	2.3	1.5	0.8	0.8
Norvegia	3.9	4.5	4.2	4.5	4.1	3.5	3.4	3.3	3.7	2.8	3.4	3.2
Elveția	2.7	2.6	2.9	2.9	2.7	2.9	2.6	2.4	1.8	3.3	-	-
Munte negru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Croația	-	-	4.5	4.0	2.7	3.5	3.5	3.7	3.9	4.9	5.1	4.9
Republica Macedonia	-	1.1	1.1	0.9	1.6	1.9	1.1	1.8	0.6	0.6	0.3	0.4
Turcia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

împiedică o clasificare ierarhică bine definită a acestor țări în ceea ce privește influența consumului de alcool asupra mortalității.

Spre deosebire de alte țări din Uniunea Europeană, România a înregistrat, în perioada 1998-2009, o rată de mortalitate datorată consumului de alcool care a

variat între 2,2% și 4,9%. Un indicator mai adecvat, în acest sens, este rata standardizată de deces la 100 000 de locuitori, deces datorat abuzului de alcool. Evoluția anuală a acestei rate, în intervalul de timp 2000-2009, a fost cea consemnată în graficul 9 (vezi graficul 9), care ilustrează faptul că România



s-a situat, din acest punct de vedere, deasupra celorlalte țări membre ale U.E. (4.9 față de numai 2.9 în anii de vârf ai evoluției acestei rate). Pe de altă parte, comparativ cu media înregistrată în Uniunea Europeană și care a avut o evoluție relativ lineară (între 2.6 și 2.9), în România, această rată a avut, mai întâi (din 2000 până în 2002) o tendință de creștere, apoi (din 2004 până în 2006) și, în cele din urmă (din 2006 până în 2009, o evoluție constantă, în jurul a 2.2-2.3 la suta de mii de locuitori.

Conform informațiilor publicate în *Atlasul asupra mortalității în Uniunea Europeană* (EUROSTAT, 2009, p. 175-181), exceptând Franța, Scoția și Germania (partea de est), care au niveluri ridicate de mortalitate datorată consumului excesiv de alcool, printre țările noi membre ale Uniunii Europene, care au înregistrat, de asemenea, o mortalitate crescută determinată de asemenea consum se numără Ungaria, România, Slovenia, Croația, Slovacia și partea de est a Republicii Cehe, care se află în vârful listei. Din punct de vedere al mortalității feminine datorate consumului de excesiv, România și Ungaria ocupă unul dintre primele locuri, urmate de Scoția, partea de nord-est a Franței și Angliei, și, de partea de est a Germaniei. Dacă ne referim numai la România, ponderea mortalității premature datorată alcoolului este de 2,7 ori mai mare decât media înregistrată în întreaga Uniune Europeană (EUROSTAT, 2009, p. 175).

Date relativ mai recente cuprinse într-un raport din anul 2014 al Organizației

Mondiale a Sănătății (O.M.S.) cu privire la consumul de alcool pe cap de locuitor la nivel mondial, în anul 2010, indică faptul că în țările europene, cu unele excepții, s-a înregistrat cel mai înalt nivel al acestui consum, iar din rândul acestor țări, cea mai mare parte a fost reprezentată de țările din fostul bloc comunist. Dintre cele 194 țări evaluate de către O.M.S. în scopul ierarhizării consumului de alcool din Europa, am selectat un număr de 46 țări aparținând acestui continent (vezi tabelul 3).

TABELUL 3. Consumul de alcool pur (în litri per capita) în rândul adulților (peste 15 ani) din Europa, în anul 2010

Nr.	ȚARA								
		T	CONSUM		Bere	Vin	Spir-toase	Alte-le	Pro-iecție pt. 2015
			Înre-gistrat	Neînre-gistrat					
1	BELARUS	17,5	14,4	3,2	17,3	5,2	46,6	30,9	17,1
2	MOLDOVA	16,8	6,3	10,5	30,4	5,1	64,5	0	17,4
3	LITUANIA	15,4	12,9	2,5	46,5	7,8	34,1	11,6	16,2
4	RUSIA	15,1	11,5	3,6	37,6	11,4	51	0	14,5
5	ROMÂNIA	14,4	10,4	4	50	28,9	21,1	0	12,9
6	UCRAINA	13,9	8,9	5	40,5	9	48	2,6	11,8
7	ANDORRA	13,8	12,4	1,4	34,6	45,3	20,1	-	9,1
8	UNGARIA	13,3	11,3	2	36,3	29,4	34,3	0	12,4
9	REPUBLICA CEHĂ	13	11,8	1,2	53,5	20,5	26	0	14,1
10	SLOVACIA	13	11,4	1,7	30,1	18,3	46,2	5,5	12,5
11	PORTUGALIA	12,9	11	1,9	30,8	55,5	10,9	2,8	12,5
12	SERBIA	12,6	9,6	2,9	51,5	23,9	24,6	0	12,9
13	POLONIA	12,5	10,9	1,6	55,1	9,3	35,5	0	11,5
14	LETONIA	12,3	10,5	1,8	46,9	10,7	37	5,4	10,6
15	FINLANDA	12,3	10	2,3	46	17,5	24	12,6	11,9
16	FRANȚA	12,2	11,8	0,4	18,8	56,4	23,1	1,7	11,6
17	CROAȚIA	12,2	10,2	2	39,5	44,8	15,4	0,2	11,7
18	IRLANDA	11,9	11,4	0,5	48,1	26,1	18,7	7,7	10,9
19	LUXEMBURG	11,9	11,4	0,5	36,2	42,8	21	0	11,2
20	GERMANIA	11,8	11,3	0,5	53,6	27,8	18,6	0	10,6
21	SLOVENIA	11,6	10,6	1	44,5	46,9	8,6	0	10,9
22	ANGLIA	11,6	10,4	1,2	36,9	33,8	21,8	7,5	12
23	DANEMARCA	11,4	10,4	1	37,7	48,2	14,1	0	10,2
24	BULGARIA	11,4	10,3	1,1	39,3	16,5	44,1	0,1	11,3
25	SPANIA	11,2	10	1,2	49,7	20,1	28,2	1,8	10,6
26	BELGIA	11	10,5	0,5	49,2	36,3	14,4	0,1	10,8
27	ELVEȚIA	10,7	10,2	0,5	31,8	49,4	17,6	1,2	10,4
28	AUSTRIA	10,3	9,7	0,6	50,4	35,5	14	0	8,5

29	ESTONIA	10,3	9,5	0,8	41,2	11,1	36,8	10,9	9,4
30	GRECIA	10,3	8,3	2	28,1	47,3	24,2	0,4	9,3
31	KAZAHSTAN	10,3	6,8	3,5	31,8	3,1	65,1	0	8,2
32	OLANDA	9,9	9,4	0,5	46,8	36,4	16,9	0	9,6
33	CIPRU	9,2	8,2	1	40,9	24,7	33,7	0,7	9,1
34	SUEDIA	9,2	7,2	2	37	46,6	15,1	1,4	8,7
35	MUNTENEGRU	8,7	4,9	3,9	10,9	47	41,7	0,4	13,3
36	NORVEGIA	7,7	6,7	1	44,2	34,7	19	2,1	7
37	GEORGIA (EURASIA)	7,7	5,4	2,3	17	49,8	33,2	0,1	6,7
38	ISLANDA	7,1	6,6	0,5	61,8	21,2	16,5	0,5	6,9
39	BOSNIA și HERȚEGOVINA	7,1	4,6	2,5	73,3	9,7	17	0	7,5
40	MALTA	7	6,6	0,4	39,4	32,7	27,2	0,7	7,2
41	ALBANIA	7	4,9	2,1	31,8	19,8	48,4	0	6,6
42	ITALIA	6,7	6,5	0,2	23	65,6	11,5	0	6,1
43	MACEDONIA	6,7	3,9	2,8	47,4	39,9	12,6	0	5,7
44	ARMENIA (EURASIA)	5,3	3,8	1,5	9,7	5,3	84,9	0	5,5
45	AZERBAIDJAN (EURASIA)	2,3	1,3	1	28,7	7,6	63,3	0	2,1
46	TURCIA (EURASIA)	2	1,4	0,6	63,6	8,6	27,9	0	2,4

(Sursa: Prelucrare după informațiile cuprinse în *WHO Global Status Report on Alcohol and Health*, 2014)

Pe primele 6 locuri din întreaga lume s-au situat, în ordine, Belarus, Moldova, Lituania, Rusia, **România** (vezi Caseta 5) și Ucraina. Ungaria, Republica Cehă și Slovacia au ocupat și ele, locuri „fruntașe”.

Dintre alte țări, din afara fostului bloc comunist, pe primele locuri în ceea ce privește consumul de alcool pe cap de locuitor, s-au situat Andorra, Portugalia, Finlanda, Franța și Irlanda.

Consumul cel mai mic din ierarhia întocmită de noi a fost înregistrat de Turcia și Azerbaidjan, țări cu religie musulmană.

Este interesant de observat că, din cele 194 de țări care au constituit obiectul analizei din cuprinsul raportului O.M.S., pe primele 20 de locuri s-au situat 13 țări europene foste comuniste, 4 țări europene din afara blocului comunist și alte 3 țări situate în afara continentului european.

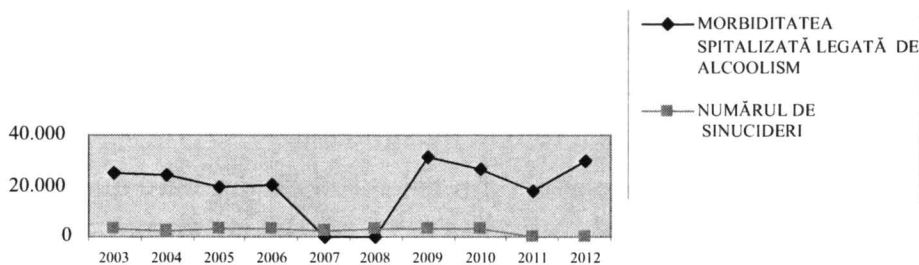
Dintre puținele date pe care le-am avut la dispoziție, am încercat să facem o comparație între evoluția morbidității spitalizate pentru boli legate de alcoolism și evoluția sinuciderilor din România în perioada 2003-2012 (vezi graficul 10).

Astfel, în ceea ce privește morbiditatea spitalizată pentru boli datorate consumului excesiv de alcool, aceasta a scăzut între anul 2003 și 2005 cu circa

„Românu-i frate cu paharul, iar unii se opresc din băut doar la spital». În cazul lor, statul cheltuiește 25 de milioane de euro pe an cu tratamentul. Cu acești bani ar putea fi modernizat un întreg spital. Dar ei se duc pe apa sâmbetei pentru că suntem fruntași în Europa la consumul de alcool (...). Cei care sunt dependenți de băutură au adunat 570 de mii de zile de spitalizare în ultimul an. Deși nu excelăm la foarte multe capitole, atunci când vine vorba de băutură, suntem printre campioni cu 13 litri de alcool pur. Asta înseamnă că în 12 luni un român poate să dea gata 177 de sticle de vin. Una la doua zile. Sau 330 de pahare de tărie. De asemenea, suntem capabili să golim 532 de doze de bere. Una jumătate în fiecare zi. Cu un asemenea consum, să nu ne mai mire de ce avem 69 de mii de bolnavi tratați în spitale într-un an. Evident, totul costă. Și iată nota de plata. *«În anul 2012, CNAS a plătit 25 de milioane de euro pentru persoane care au fost internate în spital din cauza bolilor provocate de alcool»*, spune Florentina Furtunescu, medic primar. *«Suma reprezintă doar vârful icebergului și asta pentru ca nu au fost luate în considerare costurile cu urgențele sau concediile medicale cerute din cauza problemelor provocate de consumul prea mare de alcool (...). Peste 15 mii de români mor anual din cauza consumului de alcool. 3500 sunt femei. Grav este faptul că tot mai mulți tineri cad în această capcană. 47% dintre adolescenții de 15 ani recunosc că au băut cel puțin de două ori în viață»* (Graficul consumului de alcool în România, țara care «toarnă» 25 mil. EUR pe an în lupta cu dependența, conform cu *Știrile Pro tv*, <http://stirileprotv.ro/stiri/social/graficul-consumului-de-alcool-in-romania-tara-care-toarna-25-mil-euro-pe-an-in-lupta-cu-dependenta.html>).

GRAFICUL 10

EVOLUȚII PARALELE ALE MORBIDITĂȚII SPITALIZATE PRIN BOLI LEGATE DE ALCOOLISM ȘI NUMĂRULUI DE SINUCIDERI, ÎN PERIOADA 2003-2012



(Sursa: Școala Națională de Sănătate Publică și Perfecționare în domeniul sanitar; Activitate Medicină Legală, 2010)

20%, după care, din 2006 până în anul 2009, a înregistrat o creștere puternică (cu aproximativ 52%), pentru ca ulterior să scadă constant până în anul 2011.

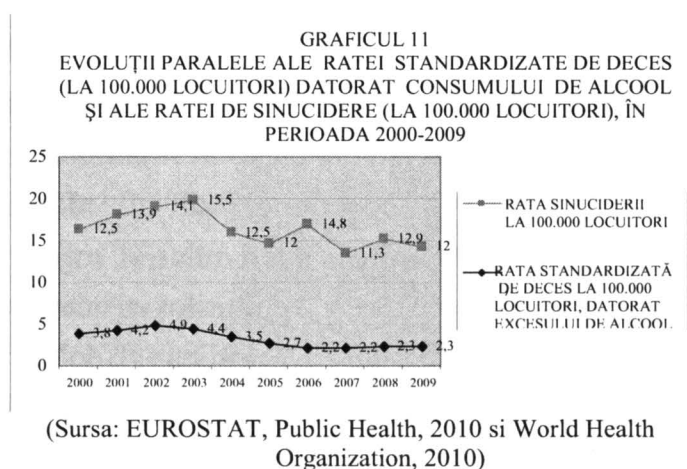
Tendința pentru anul 2012 este de creștere puternică (cu circa 60%) față de anul precedent.

În mod comparativ, evoluția sinuciderilor pentru aceeași perioadă de timp

(2003-2012) indică, mai întâi, o tendință de scădere cu 25% în perioada 2003-2005, apoi – în anul 2006 -, o creștere cu aproximativ 9% față de anul precedent, pentru ca ulterior, din 2006 până în anul 2009, să înregistreze, iarăși, o tendință de scădere (cu 7% numai), apoi o creștere ușoară cu circa 3%.

Exceptând ponderile inegale ale creșterilor sau descreșterilor de la o perioadă la alta, evoluțiile celor două fenomene sau evenimente sunt paralele în perioada 2003-2009, după care (din 2009 până în 2012) tendințele se inversează (scădere în cazul morbidității spitalizate prin boli datorate alcoolismului și creștere în cazul sinuciderilor).

O evaluare similară se poate face între rata standardizată de deces la 100.000 de locuitori, datorat excesului de alcool și rata sinuciderii (vezi graficul 11).



Astfel, în perioada 2000-2003, tendința de creștere caracterizează atât rata standardizată de deces la 100.000 de locuitori, datorat excesului de alcool, cât și rata sinuciderilor la 100.000 de locuitori. Începând din anul 2003 și până în 2006, ambele rate menționate au înregistrat o tendință de scădere, mai accentuată în cazul ratelor de sinucidere. Ulterior, până în anul 2009, ratele standardizate de deces la 100.000 de locuitori au fost caracterizate de tendințe diferite: în timp ce rata sinuciderilor a înregistrat, anual, fie o tendință de creștere, fie una de descreștere, rata standardizată de deces (la o sută de mii de locuitori), datorat abuzului de alcool, s-a menținut constantă în perioada 2006-2007 și a înregistrat o ușoară tendință de creștere constantă în perioada 2008-2009.

În mod evident, este dificil de a susține faptul că există o corelație directă între morbiditatea spitalizată prin boli datorate alcoolismului și numărul anual de sinucideri. Pentru a ne exprima în cunoștință de cauză în această

privință avem nevoie de mai multe informații și de analiza unei perioade mai îndelungate de timp. Oricum, alcoolul consumat în mod excesiv, prin intermediul stării psihice asociate acestei forme de abuz potențează, în cea mai mare măsură, propensiunea spre sinucidere a indivizilor, fapt evidențiat în mai multe investigații cu caracter psihologic sau sociologic.

*

În general, schimbările sociale bruște sau perioadele de criză vulnerabilizează cel mai mult indivizii, pentru a-i face să comită sinucideri într-o proporție mai mare decât în alte perioade de timp.

Criza economică, care s-a răspândit rapid în întreaga lume, inclusiv în Europa, între 2008-2010, a avut numeroase consecințe negative asupra vieții indivizilor și comunităților, generând, între altele, o creștere puternică a ratelor de suicid, în special asupra bărbaților incluși în rândul populației active. Amplificarea șomajului, declinul economiei și al afacerilor, frânarea investițiilor, falimentul mai multor întreprinderi mici și mijlocii, deteriorarea standardelor de viață, reducerea drastică a veniturilor și alte asemenea efecte distructive au determinat, între altele, un nivel ridicat al bolilor și tulburărilor psihice, constând în creșterea numărului de depresii, a tentativelor de suicid și sinuciderilor ca atare.

Asemenea efecte s-au manifestat mai puțin în România (vezi Caseta 6), unde

CASETA 6

„Ultimul raport al Institutului Național de Medicina Legală relevă o situație îmbucurătoare și paradoxală în același timp: numărul deceselor violente a scăzut la cote nemaîntâlnite după Revoluție.

Predicțiile sociologilor nu s-au adevărit: criza economică nu a sporit rata sinuciderilor și a crimelor, scrie ziarul „Adevărul” (...). Numărul sinuciderilor este în scădere. Din 2008, adică de la începutul crizei financiare, anul trecut (2011 – subl. ns.) a avut cele mai puține sinucideri (2.784 de români și-au luat viața. Doar în anul de boom economic - 2007 -, am mai stat atât de bine). Capitala a fost la cele mai scăzute valori din 1989 încoace. Doar 164 de bucureșteni s-au sinucis anul trecut, față de 511, câți au fost în anul 2001 - un an de vârf. România se află pe locul 33 în clasamentul mondial al numărului de sinucigași la sută de mii de locuitori” (*Numărul crimelor și al sinuciderilor, la cele mai scăzute cote de după Revoluție*, conform cu: <http://www.ziare.com/stiri/sinucideri>, 16 septembrie 2012).

nu există încă suficiente informații sau evaluări care să evidențieze cu

certitudine o legătură directă între criza economică și creșterea numărului de de sinucideri. Dacă în majoritatea țărilor europene au fost întreprinse mai multe cercetări cu privire la acest subiect, în România asemenea preocupări sunt încă timide, nereușind, până în prezent, decât să producă prezumții intuitive, dar nu constatări științifice ferme.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

Alexa, A. (2014), *Peste două milioane de români suferă de depresie. Tinerii de azi, mai depresivi decât generațiile anterioare*, Mediafax.ro (vezi: <http://www.mediafax.ro/social/peste-doua-milioane-de-romani-sufera-de-depresie-tinerii-de-azi-mai-depresivi-decat-generatiile-anterioare-13296658>).

American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn, Text Revision, Washington DC, American Psychiatric Association, p. 191–223.

Anderson, P. (2011), Economic crisis and mental health and wellbeing. A background prepared for the WHO Regional Office for Europe publication, *Impact of economic crises on mental health*, World Health Organization.

Blakely, T., A., Collings, S., C., D., Atkinson, J. (2003), Unemployment and suicide. Evidence for a causal association?, în „*The Journal of Epidemiology & Community Health*”, 57, p. 594–600.

Botezat-Antonescu, I., M. (2014), *Cele mai frecvente tulburări psihice în România – anxietatea, depresia și tulburările psihosomatice*, conferință de presă, Agerpres, 7 octombrie.

Caan, W. (2009), Unemployment and suicide: is alcohol the missing link?, în „*The Lancet*”, vol. 374, issue 9697, October 10, p. 1241–1242.

Carey, B. (2011), Study ties suicide rate in work force to economy, în „*The New York Times*”, April 14.

Ceccherini-Nelli, A, Priebe, S. (2011), Economic factors and suicide rates: associations over time in four countries, în „*Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*” Oct; 46 (10). p. 975–82.

Durkheim, É. (1974), *Regulile metodei sociologice*, traducere în limba română, ediția a doua, București, Editura Științifică (versiunea originală: *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Librairie Félix Alcan, 1894). Citatele sunt date în conformitate cu ediția românească.

Durkheim, É. (1993), *Despre Sinucidere*, Iași, Institutul European (versiunea

originală: *Le Suicide. Étude de sociologie*, Paris, Alcan, 1897). Citatele sunt date din ediția românească.

European Communities and World Health Organization (2001), *Highlights on health in Estonia* (vezi: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1999/monitoring/estonia_en.pdf).

European Commission (2010), *Mental Health*. Part 1, Report, Special Eurobarometer 345, October.

European Communities (2008), *Mental Health in the EU. Key facts, Figures, and activities*. A background paper provided by the support-project, Contribution to the EU high-level conference „*Together for Mental Health and Well-being*”, Brussels, 13 June.

EUROSTAT (2009), *Health statistics – Atlas on mortality in the European Union*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

EUROSTAT (2010), *Statistics explained, Causes of death statistics*.

GeoCommons, *Death due to Alcohol Abuse by Country, Europe - World, 1996 – 2007* (vezi: <http://geocommons.com/overlays/15331>).

Ginsberg, R., B. (1997), Anomie and aspirations, „*Dissertation Abstracts*” 27A:3945–3946 (citat by Lester David and Bijou Yang).

Kentikelenis, A., Stucker, D. and collab. (2011), Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy, în „*The Lancet*”, Volume 378, Issue 9801, 22 October. p. 1457–1458

Kposowa, A., J. (2001), Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National longitudinal Mortality Study, în „*Psychological Medicine*”, vol. 31, p. 127–138.

Kposowa, A., J. (2003), *Research on unemployment and suicide*, în „*The Journal of Epidemiology & Community Health*”, 57, p. 559–560.

Leifman, H., Österberg, E. & Ramstedt, M. (2002), *Alcohol in postwar Europe: a Discussion of indicators on consumption and alcohol-related harm*, European Comparative Alcohol Study – ECAS Final Report, Stockholm.

Lester, D., Bijou, Y. (2003), Unemployment and suicidal behaviour, în „*The Journal of Epidemiology & Community Health*”, 57, p. 558–559.

Lönnqvist, J., K. (2003), Psychiatric aspects of suicidal behavior: depression, în Hawton K., Heeringen K.E., *The International handbook of suicide and attempted suicide*, New York: Wiley, 2000, p. 107–120 (citat de Kposowa A.J.,

p. 560).

Mediafax, (2011), 8 iulie (conform cu: <http://www.mediafax.ro/externe/criza-economica-determina-mai-multe-sinucideri-dar-mai-putine-accidente-auto-in-europa-8463984>).

National Office for Suicide Prevention and Suicide Prevention Network in Ireland (2010), *Annual Report* (vezi: http://www.nosp.ie/annual_report_2010.pdf).

National Office for Suicide Prevention and Suicide Prevention Network in Ireland (2011), *Annual Report* (vezi: http://www.nosp.ie/annual_report_2011.pdf).

OECD (2010), *Health at a Glance: Europe 2000*, OECD Publishing.

Platt, S., D. (1984), Unemployment and suicidal behavior, în „*Social Science & Medicine*”, vol. 19. p. 93–115.

Preti, A. (2003), Unemployment and suicide, în „*The Journal of Epidemiology & Community Health*”, 57. p. 557–558.

Rădulescu, S., M. (2002), *Sociologia sănătății și a bolii*, București, Editura Nemira.

Rădulescu, S., M. (2010), *Sociologia devianței și a problemelor sociale*, București, Editura Lumina Lex.

RightDiagnosis, *Statistics by country for mental illness*, (vezi: http://www.rightdiagnosis.com/m/mental_illness/stats-country.htm).

Short, A., F., SHORT J., F. (1997), *Suicide and Homicide*, New York: Free Press, 1954 (citat by Lester David and Bijou Yang).

Smith, E. (2011), Greek woes drive up suicide rate. Experts attribute rise to the country's economic crisis following release of statistics that show a 40% jump since last year, în „*The Guardian*”, 18, December.

Stancu, D. (2011), *Criza economică i-a îmbolnăvit pe greci*, în „*Evz.ro*”, 11 octombrie 2011 (conform cu <http://www.evz.ro/detalii/stiri/criza-economica-i-a-imbolnavit-pe-greci-949156.html>).

Sternheimer, K. (2011), Social Problems and Anomic Suicide, în *Everyday Sociology Blog*, W.W. Norton Company, Inc., may 23 (conform cu <http://www.everydaysociologyblog.com/2011/05/social-problems-and-anomic-suicide.html>).

Stuckler, D. (2011), and collab., Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data, în „*The Lancet*”, Volume 378, Issue 9786, July 9.

Stuckler, D. (2009), The public health effect of economic crises and

alternative policy responses in Europe: an empirical analysis, în „*The Lancet*”, Volume 374, Issue 9686, july.

Thomas, Z. (2012), Drugs, Alcohol and a Financial Crisis: Ireland's Fight to Lower Suicide Rates, în „*Die News*”, (conform cu <http://dinews.posterous.com/drugs-alcohol-and-a-financial-crisis-irelands>).

Suicide Prevention Resource Center (2008), *Relation between the economy, unemployment and Suicide*, november 12.

Ziare.Com (2011), *Aproape 900 000 de copii din România au probleme de sănătate mintală*, 15 aprilie.

World Mental Health Day (2006), *Building Awareness – Reducing Risks: Suicide and Mental Illness*.

World Health Organization (2011), *Impact of economic crises on mental health*, Geneva; vezi, de asemenea, World Health Organization (2011) *Global Status Report on Alcohol and Health*.

World Health Organization, Regional Office for Europe (2012), *Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches* (Peter Anderson, Lars Møller and Gauden Galea Eds.).

Yang, B. (1992), The Economy and Suicide: A Time-Series Study of the U. S. A., în „*American Journal of Economics and Sociology*”, 51(1), p. 87–99.

Yur'yev, A., Värnik, A., Värnik, P., Sisask, M., Leppik, L. (2010), Employment status influences suicide mortality in Europe, în „*International Journal of Social Psychiatry*”, XX (X), p. 1-7.

CAPITOLUL VI

EVOLUȚII ȘI TENDINȚE ALE FENOMENULUI SUICIDAR ÎN ROMÂNIA, ÎN PERIOADA 1996-2012

1. Dinamica sinuciderilor în România, în perioada 1996-2012

În concordanță cu statisticile anuale publicate de către Institutul Național de Medicină Legală „Mina Minovici” din București, anual, se înregistrează în România un număr de circa 2.500-3.500 sinucideri, cu diferite variații, mai mari sau mai mici, de la un an la altul.

Deși statisticile menționate nu au încă acuratețea necesară unei analize riguroase a fenomenului suicidal din România*, ele oferă, totuși, premisele unei evaluări de ansamblu a modului în care acest fenomen a evoluat într-o perioadă de 16 ani (1996-2012).

Astfel comparativ cu anul 1996, până în anul 2003, sinuciderile din România au înregistrat o tendință cvasiconstantă de creștere. Această creștere, care a atins circa 16% în 2003 comparativ cu 1996, a existat an de an, cu o singură excepție (în 2001 față de anul precedent), înregistrând un ritm mediu de spor anual de 6,7% (vezi tabelul 1 și graficul 1).

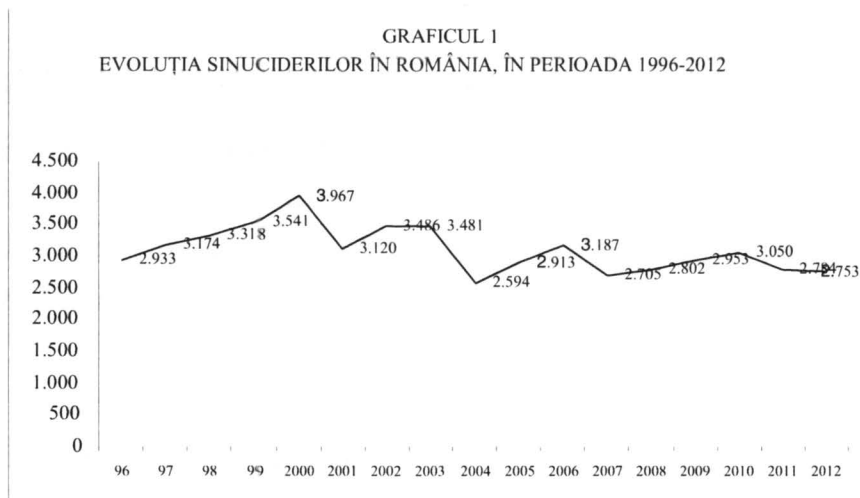
Ulterior, începând din anul 2004 și până în 2012, evoluția fenomenului suicidal a cunoscut o serie de fluctuații, concretizate fie în descreșteri, fie în creșteri de la un an la altul. În ceea ce privește ritmul anual, cu excepția anului 2004, 2007 și 2011, când se înregistrează scăderile cele mai mari față de anul precedent, tendința generală pentru întreaga perioadă analizată este una de creștere moderată de la un an la altul.

Exceptând această evoluție neregulată, se poate aprecia că, în întreaga perioadă 1996-2012 au existat trei vârfuri ascendente: în anul 2000 – atunci

* Este de remarcat și de neexplicat faptul că statistica sinuciderilor din România raportată de către Institutul Național de Medicină Legală nu corespunde cu cea a Institutului Național de Statistică. De exemplu, pentru perioada 1996-1998, Institutul Național de Statistică (fosta Comisie Națională de Statistică) furnizează următoarele cifre cu privire la sinucideri: 1996 – 2.612; 1997 – 3.251; 1998 – 3.474, în timp ce Institutul Național de Medicină Legală oferă alte cifre: 1996 – 2.933; 1997 – 3.174; 1998 – 3.318 (vezi, între altele, Rădulescu, M., S., 1999; Sorin M. Rădulescu, M., S., 2010 și alte lucrări în care am prezentat diferite statistici cu privire la suicid).

ANUL	NUMĂR DE SINUCIDERI	Creștere sau scădere față de anul precedent	Creștere sau scădere față de anul 1996	% din Totalul deceselor violente
1996	2.933	-	-	<i>date absente</i>
1997	3.174	+ 8,2	+8,2	<i>date absente</i>
1998	3.318	+ 4,5	+13,1	26,0
1999	3.541	+ 6,7	+20,7	25,3
2000	3.967	+ 12,1	+35,3	30,1
2001	3.120	-21,4	+6,4	28,3
2002	3.486	+ 11,7	+18,9	31,0
2003	3.481	+ 0,2	+18,7	29,4
2004	2.594	- 25,5	-11,6	28,8
2005	2.913	+ 12,3	-0,7	26,6
2006	3.187	+ 9,4	+8,7	27,7
2007	2.705	- 15,1	-7,8	22,8
2008	2.802	+ 3,6	-4,5	23,6
2009	2.953	+ 5,4	+0,7	25,3
2010	3.050	+ 3,3	+4,0	26,1
2011	2.784	- 8,7	-5,1	27,0
2012	2.753	- 1,1	- 6,1	26,8

Tabelul 1 – Evoluția sinuciderilor în România, în perioada 1996-2012 (Sursa: Rapoartele anuale ale Institutului Național de Medicină Legală)



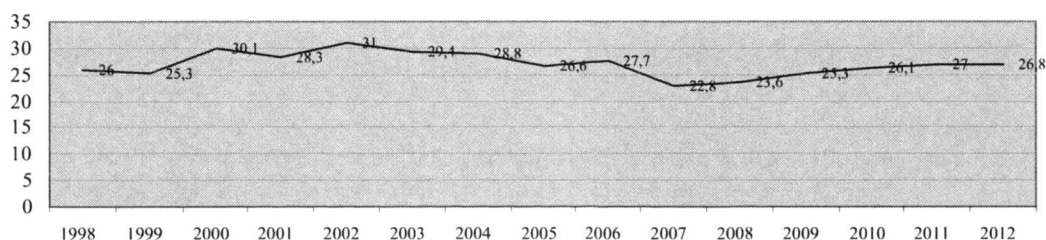
(Sursa: Rapoartele anuale ale Institutului Național de Medicină Legală)

atunci când s-au comis cele mai multe sinucideri (3.967) din istoria celor 16 ani analizați -, în perioada 2002-2003 (3.486, respectiv 3.481 de sinucideri) – atunci când fenomenul suicidal și-a reluat tendința de creștere, întreruptă de scăderea abruptă care a început din anul 2001 -, și în anul 2010 (3.050 de sinucideri), care reprezintă vârful cel mai înalt al unei noi perioade de creștere care s-a manifestat începând cu anul 2007 și până în anul 2010. În ultimii ani,

2011 (2.784 de sinucideri) și 2012 (2.753 de sinucideri), fenomenul suicidal din România a tins să revină întrucâtva la nivelul atins în anul 1996 (2.993 de sinucideri).

Dincolo de aceste constatări, este de menționat și faptul că în fiecare an, în intervalul 1998-2012 (de notat că datele pentru anii 1996 și 1997 lipsesc din statisticile Institutului Național de Medicină Legală), sinuciderile au reprezentat o pondere situată între 23-31 % din totalul deceselor violente care au avut loc, în perioada menționată, în România (vezi graficul 2), situându-se ca pondere imediat după accidentele rutiere.

GRAFICUL 2
EVOLUȚIA PONDERII SINUCIDERILOR ÎN TOTALUL MORTILOR VIOLENTE DIN ROMÂNIA, ÎN PERIOADA 1998-2012



(Sursa: Rapoartele anuale ale Institutului Național de Medicină Legală)

2. Metode principale de comitere a actului suicidal

Așa cum subliniază experții în domeniu, cei europeni în special, identificarea metodelor (tehnicilor) utilizate de sinucigași pentru a-și lua viața constituie o premisă necesară a strategiilor de prevenire și intervenție în acest domeniu.

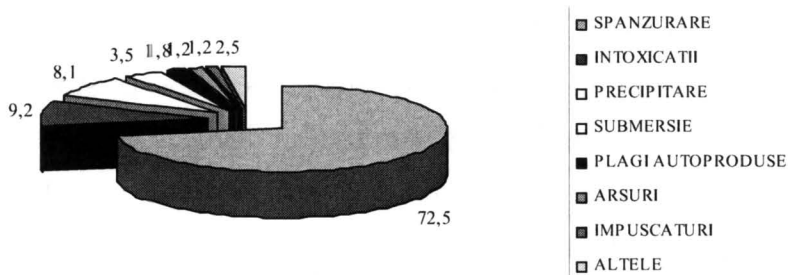
În concordanță cu statisticile Institutului Național de Medicină Legală, cea mai frecventă metodă de comitere a suicidului, folosită în România, este *spânzurarea*. Astfel, peste 72% dintre sinucigași aleg să-și pună capăt vieții această metodă (vezi diagrama 1).

Această pondere este comparabilă cu cea a sinucigașilor din țările Europei de Est, care preferă spânzurarea ca metodă de sinucidere preponderentă (Ajdacic-Gross, V., Weiss, M., G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., Rössler, W., 2008, p. 726-732).

Urmează, în ordine, *intoxicațiile* (voluntare) și *precipitățile* (aruncările de la înălțime), care sunt folosite de aproximativ 8-9% dintre sinucigași.

Este de menționat că aceste metode sunt folosite, de asemenea, dar într-o

DIAGRAMA 1
 METODELE SUICIDARE CELE MAI FRECVENTE FOLOSITE IN
 ROMANIA,
 IN PERIOADA 1999-2012



(Sursa: Rapoartele anuale ale Institutului Național de Medicină Legală)

proporție mai mare decât în România, de sinucigașii din alte țări europene, precum Anglia și țările nordice (care aleg, ca principală metodă, după spânzurare, intoxicațiile), de cei din Luxemburg, Malta și Spania (care preferă, imediat după spânzurare, precipitățile)-(Ajdacic-Gross, V., Weiss, M., G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., Rössler, W., 2008, p. 730).

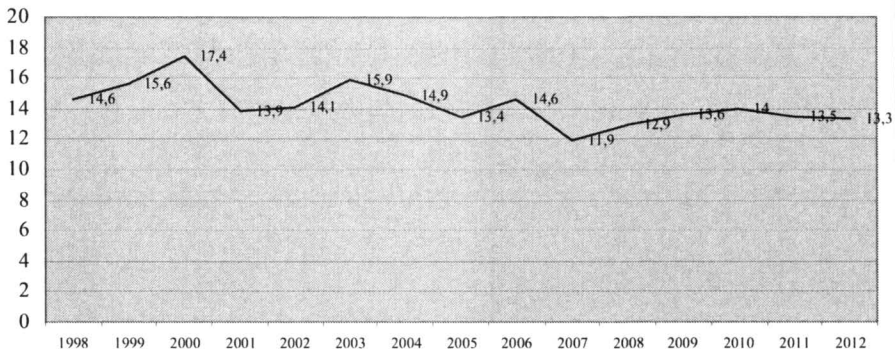
Exceptând asemenea metode, în România mai sunt folosite, dar într-o proporție mai mică, *submersia* sau înecul (3,5%), *plăgile autoproduse* (1,8%) și *arsurile*, la egalitate cu *împușcăturile* (2,1%). Deosebirea față de alte țări europene se manifestă, mai ales, în privința împușcăturilor cu arme de foc, care, exceptând spânzurarea, constituie o metodă preferată de sinucigașii din Serbia, Croația, Elveția, Finlanda, Franța și Norvegia (vezi: Euragenas), dar este mult mai puțin folosită de cei din România, astfel că numai 1,2 dintre aceștia o preferă ca mijloc de sinucidere.

3. Rata suicidară în România

În perioada 1998-2012, rata suicidară, adică numărul de sinucigași la 100.000 de locuitori din România, s-a situat între 11.9 (cea mai scăzută rată, care a fost înregistrată în anul 2007) și 17.4 (cea mai ridicată, dar și cea mai neverosimilă rată, care a fost stabilită în anul 2000 de către I.N.M.L.). Pe toată durata acestei perioade, cele mai ridicate rate de suicid (peste 15 la suta de mii de locuitori) au fost stabilite în anul 1999, 2000 și 2003, iar cele mai scăzute (sub 13 la o sută de mii de locuitori) au fost înregistrate în anul 2007 și 2008 (vezi graficul 3).

Dacă considerăm valide, informațiile publicate în 2007, de către Cristina

GRAFICUL 3
EVOLUTIA ANUALA A NUMARULUI DE SINUCIDERI LA 100.000 DE LOCUITORI, IN ROMANIA, IN PERIOADA 1998-2012

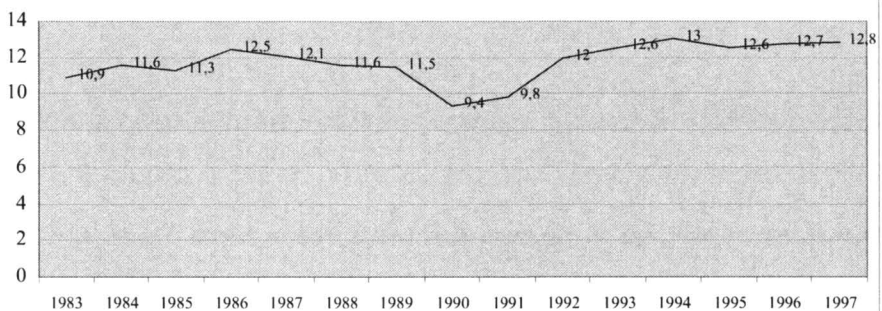


(Sursa: Rapoartele anuale ale Institutului Național de Medicină Legală)

Bradatan (2007, p. 423), se poate aprecia că valorile înregistrate de rata de suicid din România, înainte de 1989 și în primii 8 ani după prăbușirea regimului comunist au fost sensibil mai mici (vezi graficul 3 BIS) decât cele înregistrate după 1997 și pe care Institutul Național de Medicină Legală le-a semnalat în rapoartele sale anuale.

Nu putem cunoaște însă cu certitudine dacă informațiile cuprinse în aceste rapoarte sunt mai valide decât statisticile Institutului Național de Statistică și pe care autoarea citată le prezintă în articolul său din *International Journal of Comparative Sociology*. Aceste date le-am consemnat în graficul 3BIS (vezi graficul).

GRAFICUL 3 BIS
EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE SINUCIDERI LA 100.000 DE LOCUITORI, ÎN ROMÂNIA, ÎN PERIOADA 1983-2002



(Sursa: Cristina Bradatan, 2007, p. 423).

De exemplu, raportată la valoarea celorlalți ani, valoarea ratei de suicid din anul 2000, raportată de Institutul Național de Medicină Legală, este

inexplicabil de mare, motiv pentru care, credem, că ar putea să fie atribuită unor erori de înregistrare, frecvente, de altfel, în unele statistici din România. Această idee pare confirmată de valorile diferite ale ratei suicidare din România, care apar și în alte statistici ale Institutului Național de Medicină Legală spre deosebire de cele evidențiate în diferite statistici europene.

Astfel, conform cu diferite surse de informare de pe Net (de pildă, *Wikipedia*), rata de suicid consemnată pentru România, în anul 2009, a fost de 11.9 la suta de mii de locuitori, în timp ce statisticile oficiale (EUROSTAT) consemnează 11.2 la o sută de mii de locuitori sau - în concordanță cu statistica Institutului Național de Medicină Legală -, 13.6 la o sută de mii de locuitori.

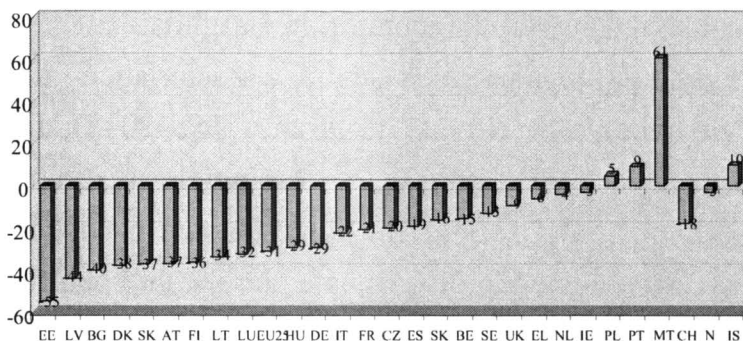
Începând din anul 2003, rata de suicid caracteristică României a scăzut în mod constant (în mod mai pronunțat după anul 2007), cu fluctuații însă de la un an la altul. Pe ansamblul perioadei 1998-2012, dacă ignorăm fluctuațiile inexplicabile înregistrate în anumiți ani (de exemplu, în 2000 sau 2003), tendința generală este una de descreștere.

Dacă ne raportăm, în mod comparativ, la valorile ratei suicidare atinse în alte țări europene, în România această rată a scăzut cu aproximativ 9%, din anul 1995 (Bradatan, C., 2007, p. 423), în condițiile în care a fost înregistrată o valoare de 12.3 la suta de mii de locuitori și până în anul 2010, atunci când această rată a atins valoarea de 11.2 la o sută de mii de locuitori (OECD, 2012, p. 29). Această scădere are o valoare egală cu scăderea înregistrată pentru această perioadă de timp în Anglia (-9%), dar sub scăderea ratelor suicidare atinse (între 1995-2010) în Suedia (-13%), Belgia (-15%), Slovacia (-16%) etc. Trebuie menționat faptul că rata de suicid specifică României, care este consemnată în graficul din lucrarea OECD (2012), adică 11.2 în anul 2010, este mai mică decât cea stabilită în Raportul Anual al Institutului Național de Medicină Legală, care este 14.0 pentru același an, 2010.

În rândul țărilor europene, cele mai pronunțate și spectaculoase scăderi ale ratei suicidare s-au înregistrat în Estonia (-55%), Letonia (-44%) și Bulgaria (-40%), iar cele mai mici au fost înregistrate în Irlanda (-3%). Olanda (-4%) și Grecia (-6%). Singurele țări din Europa care au avut creșteri ale ratei de suicid, în intervalul 1995-2010, au fost Malta (61%), Portugalia (9%) și Polonia (5%).

Este de menționat și faptul că media scăderii ratei de suicid pentru toate țările europene, în întreaga perioadă 1995-2010, a fost, conform cu raportul OECD, de -31% (vezi graficul 4), adică de peste 3 ori mai mult decât scăderea (mult prea lentă) care a avut loc în România.

GRAFICUL 4
SCHIMBAREA ÎNREGISTRATĂ ÎN RATELE DE SUICID DIN ȚĂRILE EUROPENE,
ÎN PERIOADA 1996-2010

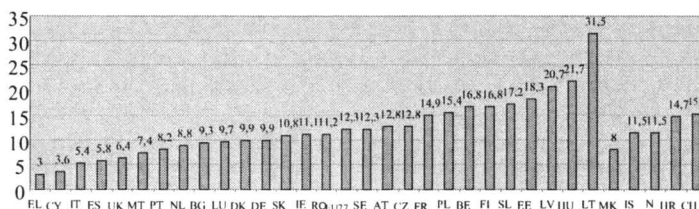


(Sursa: *Health at a Glance: Europe 2012*)

Conform cu datele cuprinse în raportul OECD, în anul 2010, rata de suicid atinsă în România a fost de 11.2 la suta de mii de locuitori, valoare, de asemenea, diferită de aceea comunicată de către Institutul Național de Medicină Legală, care este de 14 la suta de mii de locuitori. Considerând ca fiind valide numai datele cuprinse în raportul OECD, rata suicidară din România se situează cu puțin sub media înregistrată în țările europene, care a atins 12,3 în același an de raportare 2010.

De altfel, în graficul înscris în raportul menționat, de către experții europeni, care cuprinde ratele suicidare ale diverselor țări europene stabilite în 2010, România ocupă locul 15, rata ei de suicid fiind apropiată de cea a unor țări precum Irlanda și Slovacia, de peste 3 ori mai mare decât aceea a Greciei sau Ciprului și de aproximativ 2 ori mai mare decât rata de suicid caracteristică Italiei sau Spaniei (vezi graficul 5).

GRAFICUL 5
RATA DE MORTALITATE PRIN SUCID ÎN ȚĂRILE
EUROPENE. ÎN ANUL 2010



(Sursa: *Health at a Glance: Europe, 2012, p. 29*)

3.1. Distribuția ratei de suicid în funcție de județele și regiunile României

Distribuția sinuciderilor în funcție de județele României, evidențiază

disparităţi mari, rata de sinucideri la 100.000 de locuitori variind, de exemplu, de la circa 8,9 sinucigaşi la sută de mii de locuitori în Caraş-Severin, la peste 32% sinucigaşi la o sută de mii de locuitori în Harghita.

Pentru a evidenţia tendinţele constante, caracteristice diferitelor judeţe, am luat în considerare o perioadă de 11 ani (1999-2012), din care am exclus anul 2000, 2001 şi 2002 pentru care Rapoartele Institutului Naţional de Medicină Legală nu furnizează nici un fel de date cu privire la ratele de suicid pe judeţe. Din însumarea mediilor anuale a rezultat, pentru fiecare judeţ o valoare medie care, în opinia noastră, reflectă, în mod mult mai adecvat decât fiecare medie anuală în parte, numărul de sinucideri la o sută de mii de locuitori.

Aşa cum se poate observa din tabelul 2, judeţele cu *cel mai mare* număr de sinucideri la sută de mii de locuitori, sunt, în ordine, Harghita, Covasna şi Satu Mare, iar judeţele cu *cea mai mică* rată suicidară sunt Caraş-Severin şi Argeş (vezi tabelul 2).

<i>Judeţe</i>	<i>Rata de suicid (în medie, pe un interval de 11 ani)</i>	<i>Judeţe (continuare)</i>	<i>Rata de suicid (în medie, pe un interval de 11 ani)</i>
Harghita	32.3	Botoşani	13.1
Covasna	31.6	Olt	13.0
Satu Mare	23.3	Bucureşti	12.3
Mureş	21.4	Cluj	12.3
Constanţa	19.2	Braşov	12.3
Dolj	18.8	Ialomiţa	12.3
Arad	18.6	Vaslui	12.2
Sălaj	17.4	Vâlcea	12.1
Tulcea	17.3	Maramureş	11.8
Giurgiu	16.2	Dâmboviţa	11.8
Iaşi	16.1	Prahova	11.8
Bihor	15.9	Teleorman	11.6
Hunedoara	15.3	Alba	10.8
Timiş	14.6	Gorj	10.8
Ilfov	14.1	Mehedinţi	10.6
Călăraşi	13.9	Buzău	9.9
Neamţ	13.8	Suceava	9.9
Galaţi	13.7	Bistriţa-Năsăud	9.7
Brăila	13.7	Vrancea	9.6
Bacău	13.4	Argeş	9.3
Sibiu	13.4	Caraş-Severin	9.0

Tabelul 2 – Ierarhizarea judeţelor României în funcţie de media ratelor anuale de suicid (Sursa: Rapoartele Anuale 1999-2012, Institutul Naţional de Medicină Legală)

Este de menționat faptul că etnicii maghiari (care, conform datelor ultimului recensământ, numără aproximativ 1.300.000 de persoane, adică 6,5% din totalul populației din România) au o pondere ridicată în statistica sinuciderilor din România, astfel că județele care au o populație majoritară maghiară (Harghita – peste 86% din totalul populației sau Covasna - peste 75% din totalul populației județului) au înregistrat și înregistrează cele mai mari rate suicidare.

De asemenea, județe precum Satu Mare (unde 40% din populație cuprinde etnici maghiari) sau Mureș (în care aproape 39% din populație este de naționalitate maghiară) au avut și au, în continuare, rate de suicid dintre cele mai ridicate din România (vezi tabelul 3).

JUDEȚE	Maghiari	% din totalul populației județului	<i>RATA DE SUICID la nivelul județului</i>
Harghita	262.463	86,1	32.3
Covasna	154.998	75,1	31.6
Satu Mare	131.456	40,0	23.3
Mureș	206.550	38,9	21.4

Tabelul 3 - Distribuția ratei de suicid în funcție de județele care cuprind etnici maghiari fie în proporție majoritară, fie în proporții situate în jurul a 40% (Sursa: Prelucrare după datele recensământului din 2011, existente la Institutul Național de Statistică)

Ratele ridicate de suicid ale etnicilor maghiari din România sunt „coincidente” cu acelea ale cetățenilor din Ungaria, fapt explicat de unii suicidologi atât prin genele similare, cât și prin consumul excesiv de alcool ale ambelor categorii de populație.

Cu scopul de a reprezenta în mod ilustrativ diferența dintre județe în ceea ce privește ratele de sinucidere, am stabilit, în mod operațional, 5 niveluri de ierarhizare: nivel *foarte ridicat* al ratei suicidare, nivel *ridicat*, nivel *moderat*, apropiat de medie, nivel *scăzut* și nivel *foarte scăzut*. În mod evident, intervalele scalei de ierarhizare folosite de noi oferă doar o imagine sugestivă a datelor pe care le-am prelucrat, motiv pentru care nu sunt egale (vezi tabelul 4).

În timp ce în 12 județe s-a înregistrat, în perioada 1999-2012, un nivel ridicat și foarte ridicat al ratei de sinucidere la o sută de mii de locuitori, în alte 13 a fost înregistrat un nivel scăzut și foarte scăzut al acestei rate. De asemenea, într-un număr de 16 județe și în municipiul București s-a stabilit un nivel moderat al

Nivelul ratei suicidare	Nr. de sinucideri la 100.000 de locuitori	Județ
<i>Nivel foarte ridicat</i>	Peste 20	Harghita, Covasna, Satu Mare, Mureș.
<i>Nivel ridicat</i>	16-19	Bihor, Iași, Giurgiu, Tulcea, Sălaj, Arad, Dolj, Constanța.
<i>Nivel moderat</i>	12-15	Vâlcea, Vaslui, Ialomița, Brașov, Cluj, București, Olt, Botoșani, Sibiu, Bacău, Brăila, Galați, Neamț, Călărași, Ilfov, Timiș, Hunedoara.
<i>Nivel scăzut</i>	10,6-11,8	Mehedinți, Gorj, Alba, Teleorman, Prahova, Dâmbovița, Maramureș.
<i>Nivel foarte scăzut</i>	Sub 10	Caraș-Severin, Argeș, Vrancea, Bistrița-Năsăud, Suceava, Buzău.

Tabelul 4 - Ierarhizarea județelor României în funcție de numărul de sinucideri la 100.000 de locuitori (Sursa: Prelucrare după Rapoartele anuale -1999-2012- ale Institutului Național de Medicină Legală)

aceleiași rate.

3.2. Rata medie de sinucidere specifică regiunilor de dezvoltare ale României

În funcție de regiunile de dezvoltare, cele mai ridicate rate de suicid, în medie, au fost identificate în Centrul și Nord-Vestul României, adică în județele transilvănene și cele din Maramureș și Crișana (vezi tabelul 5).

Dimpotrivă, cele mai scăzute rate de suicid au fost înregistrate, în medie, în Sudul României, adică în județele din Muntenia. Este de menționat, în același timp, faptul că zona Nord-Est și zona Sud-Vest, alături de București și Ilfov au, în medie, o rată de suicid similară (13.1-13.2 la suta de mii de locuitori).

Există, însă, chiar în cadrul aceleiași regiuni, disparități mari între județe. De exemplu:

- în zona Nord-Est: între județul Iași (16.1 la o sută de mii de locuitori) și județul Suceava (9.9 la suta de mii de locuitori);

- în zona Sud-Est: între județul Vrancea sau Buzău, pe de o parte (ambele cu o rată de suicid de 9.6-9.9 la 100.000 de locuitori), și Constanța (19.2 la 100.000 de locuitori), pe de altă parte;

- în zona Sud: între județul Giurgiu (16.2) și județul Argeș (9.3);

- în zona Sud-Vest: între județul Dolj (18,8) și județul Mehedinți (10.4) sau județul Gorj (10.6);

- în Zona Vest: între județul Arad (18.6 la suta de mii de locuitori) și Caraș-Severin (cea mai scăzută rată de suicid din toată România – 9.0 la o sută de mii

REGIUNI DE DEZVOLTARE	JUDEȚE	RATA DE SINUCIDERE (în medie pe regiune) la 100.000 de locuitori	Județul cu cele mai multe sinucideri la nivel regional
NORD-EST	Bacău, Botoșani, Iași, Neamț, Suceava, Vaslui	13.1	Iași
SUD-EST	Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Vrancea, Tulcea	13.9	Constanța
SUD	Argeș, Călărași, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Prahova, Teleorman	12.4	Giurgiu
SUD-VEST	Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt, Vâlcea	13.1	Dolj
VEST	Arad, Caraș-Severin, Hunedoara, Timiș	14.4	Arad
NORD-VEST	Bihor, Bistrița-Năsăud, Cluj, Maramureș, Satu-Mare, Sălaj	15.1	Satu-Mare
CENTRU	Alba, Brașov, Covasna, Harghita, Mureș, Sibiu	20.3	Harghita
BUCUREȘTI plus ILFOV	-	13.2	Ilfov

Tabelul 5 – Numărul de sinucideri la 100.000 de locuitori în funcție de regiunile de dezvoltare ale României (Sursa: Prelucrare după Rapoartele anuale ale Institutului Național de Medicină Legală)

de locuitori);

- în Zona Nord-Vest: între județul Satu-Mare (23.3% la 100.000 de locuitori) și județul Bistrița-Năsăud (9.7 la 100.000 de locuitori);

- în zona Centru: între județul Harghita (32.3 la o sută de mii de locuitori) și județul Alba (10.8 la suta de mii de locuitori);

Pentru o analiză detaliată a distribuției ratei de suicid în anul 2011, pe județe și regiuni de dezvoltare, este utilă și consultarea Hărții 1 (vezi Harta 1).

3.3. Evoluția ratei suicidare pe fiecare județ în parte și la nivel regional, din anul 1999 și până în anul 2012

Exceptând anul 2000, 2001 și 2002 (ani pentru care Institutul Național de Medicină Legală fie furnizează date incomplete, fie nu furnizează nici un fel de date), evoluția ratei de suicid după o perioadă de 11 ani (2012 comparativ cu 1999) indică faptul că s-au înregistrat creșteri ale ei în 11 județe și

Sălaj	20.8	18.4	-2.4
Timiș	20.4	9.4	-11.0
Dolj	25.2	12.8	-12.4
Vaslui	3.9	14.0	+10.1
Vâlcea	10.8	15.3	+4.5
Vrancea	8.9	6.8	-2.1
București	19.3	10.6	-8.7
Cluj	15.5	11.7	-3.8
Suceava	10.6	10.2	-0.4
Sibiu	11.8	12.5	+0.7
Prahova	8.1	12.6	+4.5
Mehedinți	12.1	12.9	+0.8
Maramureș	18.7	7.3	-11.4
Gorj	13.6	12.4	-1.2
Caraș Severin	10.8	9.9	-0.9
Călărași	13.4	12.5	-0.9
Brașov	14.0	12.2	-1.8
Buzău	6.8	9.8	+3.0
Botoșani	17.7	9.9	-7.8
Brăila	15.6	11.5	-4.1
Bistrița- Năsăud	10.4	9.4	-1.0
Bacău	9.3	13.2	+3.9
Argeș	7.4	11.2	+3.8
Alba	8.3	13.0	+4.7

Tabelul 6 – Tendințele de evoluție a ratei suicidare, în fiecare județ, într-o perioadă de 11 ani (2012, comparativ cu 1999)-(Sursa: Prelucrare după Rapoartele Anuale ale Institutului Național de Medicină Legală)

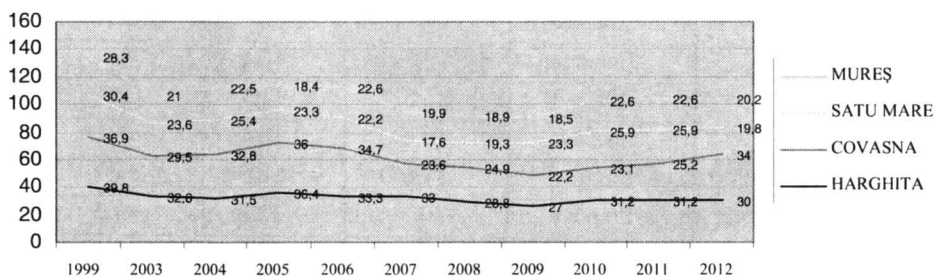
Cele mai pronunțate *creșteri* au fost înregistrate în județele Vaslui (cu peste 10 la suta de mii de locuitori) și Giurgiu (peste 7 la o sută de mii de locuitori). În schimb, cele mai mari *descreșteri* ale ratei de suicid au avut loc în următoarele județe: Arad (-12.7 la suta de mii de locuitori), Dolj (-12.4), Maramureș (-11.4), Timiș (-11) și Satu Mare (-10.6). Creșteri sau descreșteri minime (± 1) au fost stabilite în județe precum: Tulcea, Iași, Teleorman, Galați, Suceava, Sibiu, Mehedinți, Caraș Severin, Călărași și Bistrița.

Pe ansamblul perioadei 1999-2012, descreșterile ratei suicidare au fost mai pronunțate decât creșterile ei.

În ceea ce privește județele (Harghita, Covasna, Satu Mare și Mureș) care au cele mai înalte rate de sinucidere din întreaga țară, în tot cursul perioadei 1999-2012 (din care datele pentru 2000, 2001 și 2002 sunt absente), ratele lor de suicid au urmat evoluțiile consemnate în graficul 6 (vezi graficul 6).

Din punct de vedere al modului în care a evoluat rata de suicid la nivelul

GRAFICUL 6
EVOLUȚIA RATEI DE SINUCIDERE, ÎN PERIOADA 1999-2012, ÎN JUDEȚELE CARE AU
RATA CEA MAI RIDICATĂ DIN ROMÂNIA



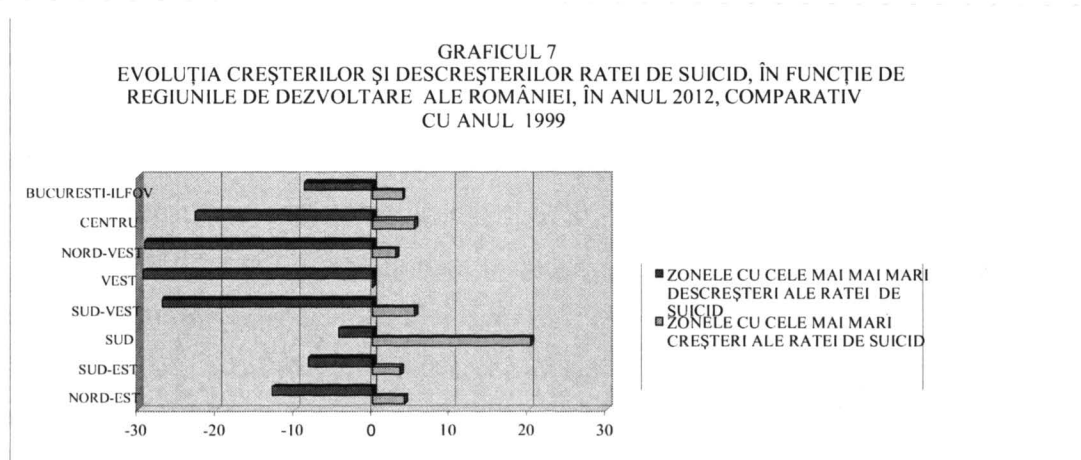
celor 8 regiuni de dezvoltare ale României, județele care au înregistrat cele mai mari creșteri și cele mai mari descreșteri din anul 1999 și până în anul 2011 au fost cele evidențiate în tabelul 6 (vezi tabelul 7).

REGIUNI DE DEZVOLTARE	JUDEȚE	RATA DE SINUCIDERE (în medie pe regiune) la 100.000 de locuitori	Județul cu cele mai mari creșteri ale ratei suicidare la nivel regional în 2012, comparativ cu 1999 (%)	Județul cu cele mai mari descreșteri ale ratei suicidare la nivel regional în 2012, comparativ cu 1999 (%)
NORD-EST	Bacău, Botoșani, Iași, Neamț, Suceava, Vaslui	13.1	Bacău (3,9)	Botoșani (-7,8)
SUD-EST	Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Vrancea, Tulcea	13.9	Buzău (3,0)	Brăila (-4,1)
SUD	Argeș, Călărași, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Prahova, Teleorman	12.4	Giurgiu (7,1)	Dâmbovița (-3,3)
SUD-VEST	Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt, Vâlcea	13.1	Vâlcea (4,5)	Dolj (-12,4)
VEST	Arad, Caraș-Severin, Hunedoara, Timiș	14.4	Nici un județ nu a înregistrat creșteri	Arad (-12,7)
NORD-VEST	Bihor, Bistrița-Năsăud, Cluj, Maramureș, Satu-Mare, Sălaj	15.1	Bihor (3,0)	Maramureș (-11,4)
CENTRU	Alba, Brașov, Covasna, Harghita, Mureș, Sibiu	20.3	Alba (4,7)	Harghita (-9,8)
BUCUREȘTI plus ILFOV	-	13.2	Ilfov (3,8)	București (-8,7)

Tabelul 7 – Județele cu cele mai mari creșteri și descreșteri ale ratei de suicid la nivelul celor 8 regiuni de dezvoltare ale României, în anul 2012, comparativ cu 1999 (Sursa: Prelucrare după Rapoartele Anuale ale Institutului Național de Medicină Legală)

Județul Giurgiu (din cadrul Zonei Sud), județul Alba (din cadrul zonei Centru) și județul Vâlcea (din cadrul zonei Sud-Vest) au înregistrat cele mai mari creșteri ale ratei de suicid în anul 2012, comparativ cu anul 1999, în timp ce județul Arad (aparținând zonei Vest), Dolj (aparținând zonei Sud-Vest) și Maramureș (aparținând zonei Nord-Vest) au avut cele mai mari descreșteri ale ratei de suicid în anul 2012 în comparație cu anul 1999.

O reprezentare ilustrativă a modului în care au evoluat ratele de suicid în zonele de dezvoltare ale căror județe au înregistrat cele mai mari creșteri și descreșteri ale acestor rate în anul 2012, spre deosebire de anul 1999, este evidențiată în graficul 7 (vezi graficul 7).



În concordanță cu acest grafic, zona Sud a avut cea mai mare creștere a ratei de suicid în 2012, comparativ cu 1999. În același timp, zona Vest, Nord-Vest și Sud-Vest au înregistrat cele mai mari descreșteri ale acestei rate.

Punând în balanță creșterea cu descreșterea ratelor de suicid la nivelul fiecăruia dintre județele care aparțin unei regiuni sau alteia, se poate observa următoarele: într-o singură regiune de dezvoltare (Sud), creșterile acestei rate caracteristice județelor componente au fost mai mari decât descreșterile acestei rate, într-una dintre regiuni (Vest) s-au înregistrat numai descreșteri la nivelul județelor adiacente, iar în alte 6 regiuni (Nord-Est, Sud-Est, Sud-Vest, Nord-Vest, Centru și București-Ilfov) județele componente au înregistrat descreșteri ale ratelor de suicid, mai mari decât creșterile acestei rate. În ceea ce privește zona Centru, caracterizată – așa cum se știe –, de cea mai mare rată de suicid (specifică, mai ales, județelor cu populație formată în majoritate sau în mare parte din etnici maghiari), doar județul Alba și, într-o măsură nesemnificativă, județul Sibiu, au înregistrat creșteri ale ratei de suicid în anul

3.4. Rata de sinucidere în raport de sexul sinucigașilor

În cea mai mare parte a țărilor lumii, actul suicidar este, cu precădere, o conduită și un mod de reacție tipic masculină. În acest sens, Organizația Mondială a Sănătății subliniază că, indiferent de categoriile de vârstă și de țara considerată, sinuciderile bărbaților sunt de aproximativ 3 ori mai frecvente decât cele ale femeilor (World Health Organization). În schimb, tentativele de sinucidere ale femeilor sunt de circa 3 ori mai numeroase, decât cele ale bărbaților. Această diferență se explică, atât prin faptul că bărbații folosesc, pentru a se sinucide, metode mult mai brutale și letale decât cele utilizate de femei, cât și prin aceea că, spre deosebire, de femei, bărbații se confruntă, în timpul vieții lor și, mai ales, în perioada vârstei mijlocii, cu mai multe evenimente stresante (șomajul, de pildă, însoțit de reducerea drastică a veniturilor), cărora nu le mai pot face față. Pentru toate aceste motive, sinuciderea bărbaților a fost descrisă, în mod sugestiv, ca o „epidemie silențioasă”: *„epidemie din cauza înaltei sale incidențe și a contribuției sale substanțiale la mortalitatea masculină și silențioasă datorită lipsei de conștientizare publică, a absenței cercetării explicative și rezervei manifestate de bărbați în a căuta ajutor pentru problemele legate de suicid”* (Blisker, D., White, J., 2011, p. 529-534).

O excepție privitoare la tendințele constante de suicid ale bărbaților și femeilor este reprezentată de China în care tendința este inversă, adică rata de sinucidere a femeilor (mai ales a tinerelor din ariile rurale) este mai ridicată decât a bărbaților (Cheng, A., T., A. & Lee, C.-S., 2000).

Dincolo de faptul că bărbații se sinucid într-o proporție mai mare decât femeile, dinamica sinuciderilor femeilor este mai constantă decât cea a bărbaților, care înregistrează mai multe variații de la o perioadă la alta. Pe de altă parte, spre deosebire de femei, a căror rate de sinucidere manifestă o tendință nesemnificativă de scădere, bărbații înregistrează o tendință de scădere mult mai accentuată.

Statisticile din diferite țări europene (și nu numai) confirmă, exceptând diferite variații, toate aceste tendințe. Totuși, experții subliniază că, spre deosebire de alte țări din afara continentului european, în Europa, ratele de suicid sunt de 4-5 ori mai mari pentru bărbați, decât pentru femei (vezi tabelul 8).

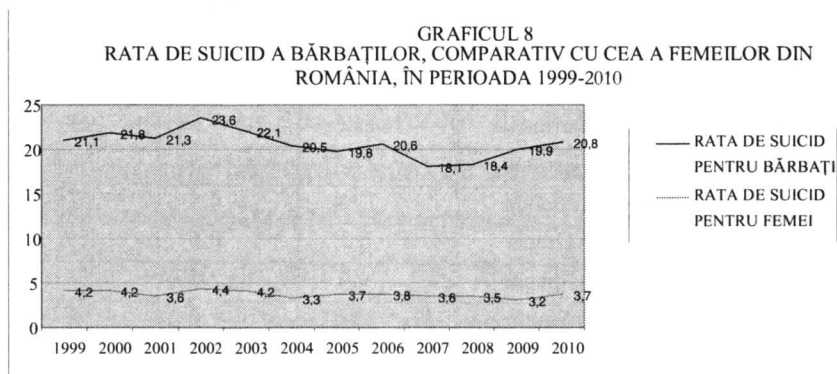
În România, există relativ mai puține informații despre acest subiect.

ȚĂRI	Rata de suicid pentru <i>Bărbați</i>	Rata de suicid pentru <i>Femei</i>	<i>Rata totală de suicid</i>
UE (27 de țări)	16.6	4.3	10.2
Belgia	-	-	-
Bulgaria	15.3	4.1	9.3
Republica Cehă	22.1	4.2	12.8
Danemarca	-	-	-
Germania	15.6	4.7	9.9
Estonia	27.3	4.5	14.8
Irlanda	17.4	4.5	10.9
Grecia	5.2	0.6	2.9
Spania	9.4	2.5	5.8
Franța (metropolitană)	22.8	7.4	14.7
Italia	8.9	2.2	5.4
Cipru	6.1	1.8	3.8
Letonia	35.2	4.1	18.2
Lituania	52.9	9.3	29.4
Luxemburg	15.8	4.0	9.7
Ungaria	37.4	8.5	21.7
Malta	14.1	0.7	7.4
Olanda	12.7	5.2	8.8
Austria	20.7	5.5	12.7
Polonia	27.8	3.8	15.3
Portugalia	13.5	3.8	8.2
România	20.8	3.7	11.9
Slovenia	29.3	6.1	17.2
Slovacia	19.5	3.0	10.8
Finlanda	25.7	8.1	16.8
Suedia	16.4	5.9	11.1
Anglia	10.1	2.9	6.4
Islanda	-	-	-
Liechtenstein	30.9	23.0	26.7
Norvegia	15.1	6.5	10.8
Elveția	16.5	6.2	11.1
Muntenegru	-	-	-
Croația	24.3	6.6	14.7
Fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei	8.3	3.1	5.7
Turcia	-	-	-

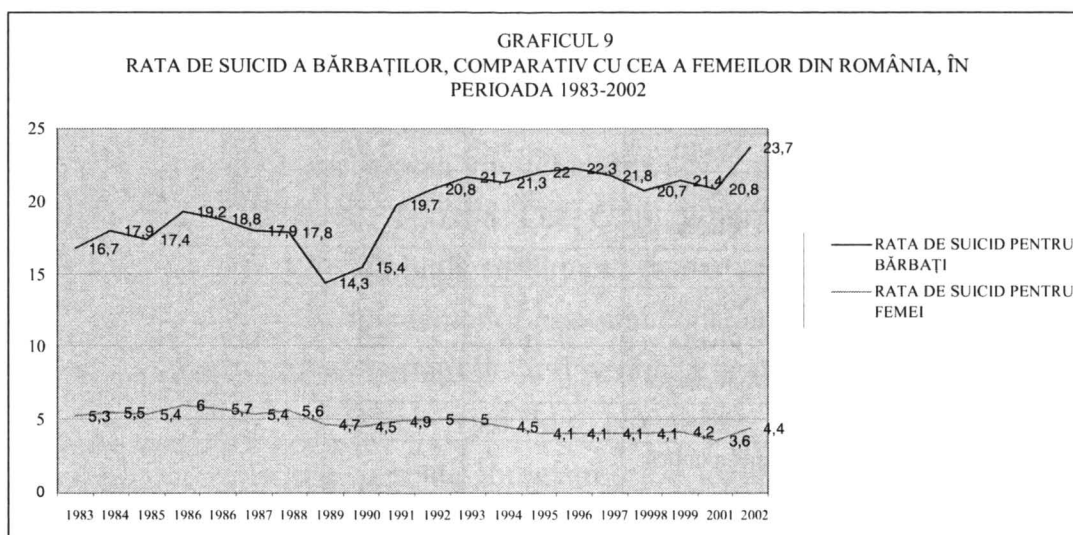
Tabelul 8– Rata mortalității prin suicid în funcție de sex (rata standardizată de deces la 100.000 de locuitori), în diferite țări europene, în anul 2010 (Sursa: EUROSTAT).

Institutul Național de Medicină Legală, de exemplu, nu oferă informații

asupra raportului dintre sinuciderile bărbaților și a femeilor decât cu începere din anul 2003. În schimb, se pot identifica asemenea informații, valabile pentru perioada 1999-2010, în statisticile publicate de EUROSTAT (vezi graficul 8).



După cum se poate observa în acest grafic, în România, aproape an de an, rata de sinucidere pentru bărbați a fost de peste 5 ori mai mare decât cea a femeilor, în anul 2004 și în 2009 proporția dintre aceste rate ajungând chiar la peste 6. Dacă considerăm o perioadă mai mare de timp, inclusiv o parte din perioada de dinainte de 1989 (Bradatan, C., 2007, p. 423), proporția dintre ratele de suicid caracteristice bărbaților și femeilor este mai mică decât cea care a fost înregistrată după anul 1991 (vezi graficul 9).

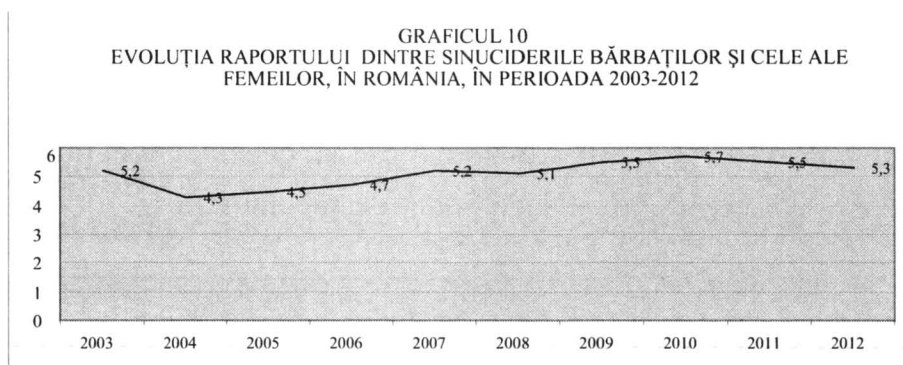


(Sursa: Cristina Bradatan, *Art.cit.*, p. 423)

Este de menționat faptul că înainte de 1989 proporția menționată nu depășea circa 3/1, pentru ca începând cu anul 1992 să depășească 4 și (după anul 1995) 5 la 1.

În rapoartele sale cu caracter public, Institutul Național de Medicină Legală

prezintă, pentru perioada 2003-2012, evoluția anuală a proporției dintre ratele de suicid ale bărbaților și femeilor din România, proporție care se situează între 4,3 (în anul 2004) și 5,7 (în anul 2010)- (vezi graficul 10).



(Sursa: Prelucrare după Rapoartele Anuale ale Institutului Național de Medicină Legală)

3.4.1. Proporția dintre ratele de suicid ale bărbaților și femeilor în funcție de județele și regiunile de dezvoltare ale României

Distribuția, în funcție de județele României, a proporției dintre ratele de suicid ale bărbaților și femeilor, valabilă pentru anul 2012, este evidențiată în tabelul 9.

RAPORTUL ÎNTRE SINUCIDERILE BĂRBAȚILOR ȘI CELE ALE FEMEILOR	JUDEȚE	
	Nr. de județe	Județe
2-3	10	Caraș Severin, București, Vâlcea, Gorj, Dolj, Ialomița, Mehedinți, Brașov, Botoșani, Ilfov
4-5	13	Dâmbovița, Giurgiu, Sibiu, Suceava, Teleorman, Mureș, Harghita, Arad, Constanța, Vaslui, Olt, Satu Mare, Argeș
6-7	9	Hunedoara, Galați, Timiș, Covasna, Buzău, Prahova, Bacău, Bistrița, Iași
8-9	2	Maramureș, Călărași
10 și peste	7	Brăila, Alba, Sălaj, Vrancea, Tulcea, Bihor, Neamț
5,3	-	Medie națională

Tabelul 9 – Proporția între ratele de suicid ale bărbaților și femeilor, în funcție de județele României, în anul 2012 (Sursa: Prelucrare după Raportul anual din 2012 al Institutului Național de Medicină Legală)

Cele mai multe județe (13) sunt caracterizate printr-o proporție situată între 4-5, 10 județe au o proporție între 2-3, alte 9 județe se disting printr-o proporție

de 6-7 și numai două județe au această proporție egală cu 8-9. În fine, 7 județe din total sunt caracterizate printr-o proporție de peste 10 între ratele de suicid ale bărbaților și femeilor, dar trebuie precizat că județele Tulcea (42,0), Bihor (27,7) și Neamț (21,0) au valori neobișnuit de mari ale acestei proporții.

Din punct de vedere al zonelor de dezvoltare ale României, cele mai mari proporții între rata de suicid a bărbaților și cea a femeilor, în anul 2012, au fost înregistrate de zona Sud-Est și Nord-Vest, iar cele mai mici proporții au fost înregistrate în zona Sud-Vest și zona Sud (vezi tabelul 10).

REGIUNI DE DEZVOLTARE	JUDEȚE	Proporția între ratele de suicid ale bărbaților și femeilor (în medie pe regiune)	Județul cu cele mai mari proporții la nivel regional
NORD-EST	Bacău, Botoșani, Iași, Neamț, Suceava, Vaslui	8,3	Neamț
SUD-EST	Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Vrancea, Tulcea	14,0	Tulcea
SUD	Argeș, Călărași, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Prahova, Teleorman	5,5	Călărași
SUD-VEST	Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt, Vâlcea	3,6	Olt
VEST	Arad, Caraș-Severin, Hunedoara, Timiș	5,1	Timiș
NORD-VEST	Bihor, Bistrița-Năsăud, Cluj, Maramureș, Satu-Mare, Sălaj	11,6	Bihor
CENTRU	Alba, Brașov, Covasna, Harghita, Mureș, Sibiu	6,0	Alba
BUCUREȘTI plus ILFOV	-	3,1	Ilfov

Tabelul 10 - Proporția între ratele de suicid ale bărbaților și femeilor, în funcție de zonele de dezvoltare ale României, în anul 2012 (Sursa: Prelucrare după Raportul anual din 2012 al Institutului Național de Medicină Legală)

Trebuie precizat însă că aceste valori medii sunt influențate de proporțiile specifice județelor componente ale zonei respective (de exemplu, județul Neamț pentru regiunea Nord-Est, Tulcea pentru regiunea Sud-Est, Bihor pentru regiunea Nord-Vest, Alba pentru regiunea Centru ș.a.). Toate aceste județe au înregistrat cele mai mari proporții dintre ratele de sinucidere ale bărbaților și femeilor din cadrul regiunilor respective.

Totuși, toate aceste date provenind de la Institutul Național de Medicină Legală trebuie privite cu precauție, date fiind valorile prea mari înregistrate în

anumite județe.

3.5. Rata de sinucidere din țările europene, inclusiv din România, în raport de vârsta sinucigașilor

În concordanță cu evaluările experților, vârsta este una dintre cele mai importante variabile care intervin în comiterea actului suicidal. Statisticile din întreaga lume evidențiază faptul că, în mod general, ratele de suicid cresc o dată cu vârsta, astfel că, în cifre absolute, mai ales în cazul bărbaților, grupurile cele mai mici de vârstă, cu excepția minorilor până în 14 ani, au și cele mai ridicate rate de suicid. Totuși, vârstnicii înregistrează rate de suicid dintre cele mai ridicate (vezi tabelul 11).

SEX	GRUPE DE VÂRSTĂ	5-14 ani	15-29 ani	30-44 ani	45-59 ani	60-69 ani	70-79 ani	80 ani și peste	TOTAL
	TOTAL SINUCIDERI		5.961	136.532	128.196	117.916	52.222	43.984	21.676
BĂRBAȚI	% sinucideri din TOTAL	1,2	27,0	25,2	23,3	10,3	8,7	4,3	100%
	Rata suicidală	0.9	15.3	17.8	23.4	28.2	42.2	60.1	14.9
FEMEI	TOTAL SINUCIDERI	5.764	94.959	60.378	48.413	24.791	24.077	17.145	275.527
	% sinucideri din TOTAL	2,1	34,5	21,9	17,6	9,0	8,7	6,2	100%
	Rata suicidală	1.0	11.2	8.6	9.5	12.4	18.7	27.8	8.2

Tabelul 11 – Numărul de sinucideri și ratele de sinucidere ale bărbaților și femeilor din întreaga lume, în anul 2008 (Sursa: Prelucrare după Vărnik, P., 2012, p. 760-771).

În Europa, cu rare excepții, statisticile indică aceleași tendințe (vezi tabelul 12).

În ceea ce privește distribuția țărilor europene care au cele mai mari rate de suicid ale grupurilor cele mai vârstnice, aceasta este redată în graficul 11 (vezi graficul 11).

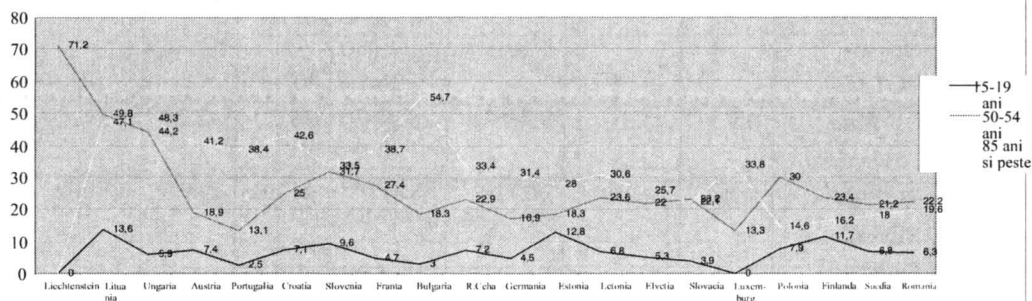
Conform cu acest grafic, întocmit pe baza statisticilor EUROSTAT, printre țările care au înregistrat, în anul 2010, cele mai ridicate valori ale

SEX	VÂRSTĂ	5-14 ani	15-29 ani	30-44 ani	45-59 ani	60-69 ani	70-79 ani	80 ani și peste	TOTAL
	TOTAL SINUC.		509	19.653	25.842	28.615	10.480	9.329	5.070
BĂR-BAȚI	% sinucideri din TOTAL	0,5	19,7	26,0	28,8	10,5	9,4	5,1	100%
	Rata suicidară	1.0	19.9	26.8	33.6	29.2	37.9	53.2	23.1
FE-MEI	TOTAL SINUC.	203	4.001	5.228	7.017	3.464	3.559	2.924	26.395
	% sinucideri din TOTAL	0,8	15,2	19,8	26,6	13,1	13,5	11,2	100%
	Rata suicidară	0.4	4.2	5.4	7.7	8.1	9.9	14.0	5.8

Tabelul 12 – Numărul de sinucideri și ratele de sinucidere ale bărbaților și femeilor din Europa, în anul 2008

(Sursa: Prelucrare după Vărnik, P., 2012, p. 765)

GRAFICUL 11
DISTRIBUȚIA ÎN FUNCȚIE DE GRUPURILE TINERE, MILOCII ȘI VÂRSTNICE, A RATELOR DE SUICID, ÎN ȚĂRILE CARE AU AVUT CELE MAI MARI VALORI ALE ACESTOR RATE, ÎN ANUL 2010



(Sursa: Prelucrare după statisticile EUROSTAT, 2012)

ratele suicidare specifice grupurilor care au vârsta cea mai avansată (85 de ani și peste) se numără Bulgaria (54.7), Ungaria (48.3), Lituania (47.1), Croația (42.6), Austria (41.2), Franța (38.7), Portugalia (38.4), Slovenia (33.5), Republica Cehă (33.4), Germania (31.4), Letonia (30.6), Estonia (28.0), Elveția (25.7), Slovacia (22.1). România, la rândul ei, are o rată suicidară a grupurilor de vârstă 85 de ani și peste de 19.6, sub media (23.2) celor 27 țări componente ale Uniunii Europene, evidențiate în statisticile EUROSTAT. Este de menționat și faptul că, în anul 2010, Irlanda (1.7), Anglia (6.2), Grecia (8.0) și fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei (8,) au avut cele mai mici rate de suicid caracteristice grupului de vârstă 85 de ani și peste.

De asemenea, dintre acele țări care au înregistrat, în anul 2010, cele mai

mari rate de suicid ale grupurilor care au vârsta de 50-54 de ani, pot fi menționate: Liechtenstein (71.2), Lituania (49.8), 44.2 (Ungaria), Luxemburg (33.8), Slovenia (31.7), Polonia (30.0), Franța (27.4), Croația (25.0), Letonia (23.6), Finlanda (23.4), Slovacia (23.2), Republica Cehă (22.9), Elveția (22.0), Suedia (21.2). Este de menționat faptul că, exceptând Liechtenstein, Luxemburg, Polonia, Finlanda și Suedia, toate aceste țări au, așa cum am menționat deja, și o rată suicidară ridicată a grupului de vârstă 85 de ani și peste. În ceea ce privește România, aceasta are o rată de suicid a persoanelor care au vârsta între 50-54 de ani de 22.2, situată deasupra mediei (18.3) țărilor membre ale Uniunii Europene. În schimb, Bulgaria, care are rata cea mai ridicată de suicid a grupului cel mai mare de vârstă are, în același timp, o rată suicidară a grupului de vârstă 50-54 de ani, egală cu media înregistrată de țările care fac parte din Uniunea Europeană. Printre țările care au avut valorile cele mai mici ale ratei de suicid specifică grupului de vârstă 50-54 de ani se pot enumera Cipru (1.1), Grecia (6.0) și Italia (9.0).

Valorile cele mai mici ale ratei suicidare au fost înregistrate, în anul 2010, de către grupul de vârstă 15-19 ani. Dintre țările cu rate de suicid mai mari ale acestui grup de vârstă decât cele înregistrate în alte țări trebuie menționate (Lituania (13.6), Estonia (12.8), Finlanda (11.7), Slovenia (9.6) etc. România are o valoare a ratei de suicid specifică grupului de vârstă 15-19 ani egală cu 6.3, peste media (4.6) țărilor componente ale Uniunii Europene.

3.5.1. Ratele de suicid din România în funcție de vârstă

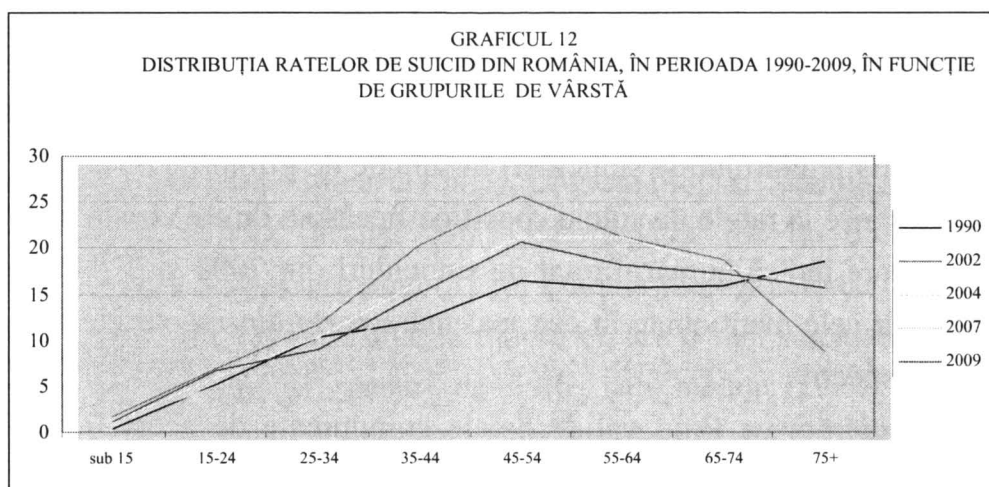
Statisticile Institutului Național de Medicină Legală, complet deficitare sau, cel puțin, incomplete în opinia noastră, nu semnaleză decât în anul 2003 și 2004, distribuția numărului de sinucideri în funcție de grupurile de vârstă, fără a face nici o referire la ratele de suicid specifice fiecăruia dintre aceste grupuri. În plus, cifrele care indică numărul total de sinucideri din 2003 și 2004 sunt mult mai mici decât cele menționate în cea mai mare parte din rapoartele anuale ale Institutului respectiv.

Dacă considerăm ca fiind valide datele comunicate de acest Institut, deși avem numeroase îndoieli în această privință, rezultă că grupurile de vârstă cele mai expuse riscului suicidar sunt 41-50 de ani, 31-40 de ani și 51-60 de ani. Dimpotrivă grupurile de vârstă cu cel mai mic risc suicidar sunt 0-10 ani, 81 de ani și peste, precum și 11-20 de ani (vezi tabelul 13).

Grupuri de vârstă	2003		2004	
	Număr cazuri	% din Total	Număr cazuri	% din Total
0-10 ani	9	0,4	1	0,02
11-20 ani	87	4,1	69	5,1
21-30 ani	223	10,6	151	11,1
31-40 ani	355	16,8	260	19,1
41-50 ani	503	23,8	302	22,2
51-60 ani	364	17,2	256	18,9
61-70 ani	309	14,6	174	12,8
71-80 ani	206	9,8	112	8,2
81 ani și peste	56	2,7	33	2,4
TOTAL	2.112	100	1.358	100

Tabelul 13 – Distribuția sinuciderilor din România, în 2003 și 2004, în funcție de grupuri de vârstă (Sursa: Prelucrare după rapoartele anuale din 2003 și 2004 ale Institutului Național de Medicină Legală)

Dintre alte surse de informație pe care le-am avut la dispoziție cele mai credibile sunt cele existente în statisticile și rapoartele Organizației Mondiale ale Sănătății (O.M.S.). Din păcate, nu întotdeauna informațiile publicate de această organizație internațională servesc scopurile unei analize la nivel național, așa cum este cea pe care o întreprindem în aceste pagini, astfel că unele dintre aceste informații sunt absente. Astfel, din punct de vedere al distribuției ratelor de suicid în funcție de diverse categorii de vârstă, am putut identifica informații doar pentru anii 1990, 2002, 2004, 2007 și 2009 (vezi graficul 12).

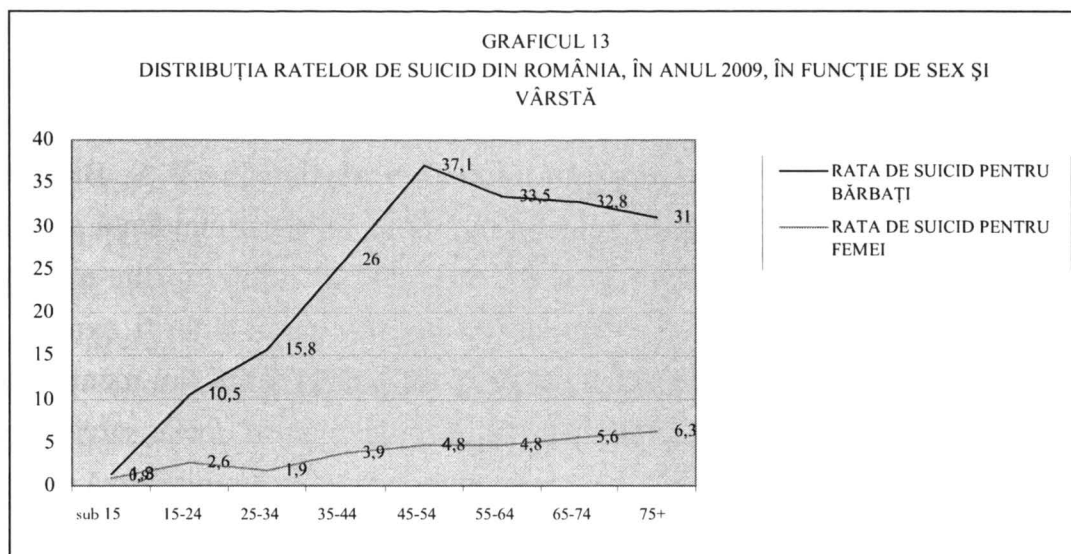


(Sursa: World Health Organization, 1990,2002,2004,2007,2009)

După cum indică datele din acest grafic, în anul urmând imediat revoluției

din decembrie 1989, populația cea mai vârstnică (75 de ani și peste) avea cea mai mare rată de suicid (18.6) dintre toate grupurile de vârstă, urmată, la o diferență relativ mică, de grupul de vârstă 45-54 de ani (16.5). Rate de suicid ridicate aveau, în anul 1990, și grupurile de vârstă 65-74 de ani (15.8) și 55-64 de ani (cca 15.0). Ulterior, începând din anul 2002, cea mai mare rată de suicid dintre toate categoriile de vârstă a fost obținută de grupul de vârstă 45-54 ani, tendință care s-a menținut și în anii următori (2004, 2 007 și 2009). Este de menționat că, în anul 2004, rata de suicid a acestui grup de vârstă (21.2) a fost egalată de cea a grupului de vârstă 55-64 de ani (de asemenea, 21.2), grup care a înregistrat, în toți anii analizați, o rată suicidară, situată, ierarhic, pe locul al doilea, imediat după aceea înregistrată de grupul de vârstă 45-54 de ani. Rate de suicid relativ ridicate au fost obținute, în anul 2002 (20.2) și 2004 (16.3), de către grupul de vârstă 35-44 de ani, iar în anul 2007 (16.8) și 2009 (17.2) de categoria de vârstă 65-74 de ani.

Din punct de vedere al distribuției ratelor de suicid în raport de sex și de vârstă, spre deosebire de bărbați, care au înregistrat, în anul 2009*, cele mai ridicate rate de suicid în cadrul grupului de vârstă 45-54 de ani, femeile au avut cea mai mare rată de suicid în rândul categoriei de vârstă 75 de ani și peste, dar cu mici diferențe față de alte grupuri de femei vârstnice (vezi graficul 13).



(Sursa: Prelucrare după rapoartele și statisticile O.M.S.)

Urmând modelul altor țări europene, în România, riscul de sinucidere crește proporțional cu vârsta, cea mai mare rată de suicid fiind înregistrată, atât în

* Anul cel mai recent pentru care am obținut informațiile necesare analizei noastre.

cazul femeilor, dar mai ales al bărbaților, de către populația de peste 45 de ani, cu precădere, de cea din grupul de vârstă 45-54 de ani (pentru bărbați) și de aceea din categoria cea mai avansată de vârstă 75 de ani și peste (pentru femei).

3.6. Fluctuația sezonieră a ratelor de suicid din România

O ultimă variabilă prezentă în statistica sinuciderilor existentă în rapoartele anuale ale Institutului Național de Medicină Legală o constituie influența pe care o exercită diferitele luni ale anului asupra incidenței ratelor de suicid.

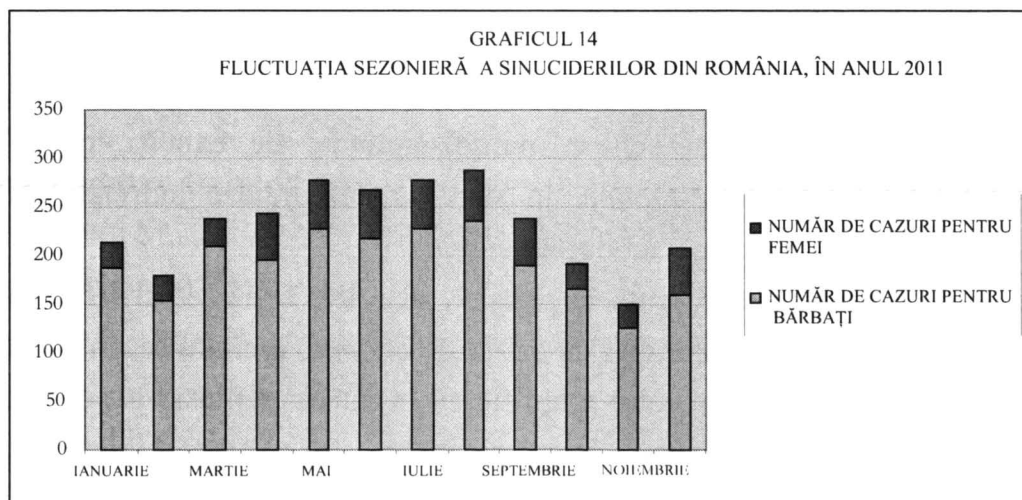
Deși, în general, pe plan mondial, inclusiv european, există o evidență statistică mai „săracă” asupra acestei influențe, mai multe studii au abordat teoretic acest aspect, subliniind faptul că variațiile sezoniere ale temperaturii și climei exercită un rol important asupra psihicului uman, de natură să determine conduite suicidare. Un raport realizat, în 2002, de către un grup de cercetători greci (Petridou, E., Papadopoulos, F., C., Frangakis, F., Skalkidou, A., Trichopoulos, D., 2002, p. 106-109), pentru Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Europeană, a evidențiat, de exemplu, că expunerea prelungită la soare în lunile în care razele acestuia sunt mai puternice poate declanșa acte suicidare.

Deși alte studii, suficient de numeroase, au arătat că, în ultimele decenii, s-a înregistrat o descreștere a efectelor sezoniere asupra ratelor de suicid, alte studii au indicat că influențele exercitate de diferite perioade ale anului joacă încă un rol important în comportamentul suicidar.

O cercetare întreprinsă, de exemplu, în anul 2005, de către F. S. Bridges și colab. (2005, 920–924) a pus în evidență faptul că există o incidență sporită a ratelor de suicid la începutul primăverii, mai ales în lunile aprilie-mai, și o incidență mai mică în lunile de toamnă. Pe de altă parte, diferiți experți din domeniul sănătății (Lester, D., Frank, M., L., 1988, p. 115-117) au menționat că lunile de vară și de primăvară sunt cele mai propice pentru declanșarea actelor suicidare, spre deosebire de lunile de iarnă, atunci când se înregistrează cele mai mici rate de suicid.

În ceea ce privește România, Institutul Național de Medicină Legală este, dacă nu greșim, singura sursă de informații asupra influenței exercitate de variațiile sezoniere asupra suicidului. Deși acest aspect este prea puțin dezbătut în rapoartele anuale ale acestui Institut și nu există informații decât pentru perioada 2003-2004 și 2008-2012, cu precădere sub formă de grafice

(neinterpretate!), se pot identifica, totuși câteva date utile. Astfel, conform cu aceste grafice, în lunile iunie, iulie și august se înregistrează cele mai multe sinucideri, comparativ cu lunile noiembrie, decembrie și ianuarie (adeseori și februarie), atunci când apar cele mai puține sinucideri (vezi, de exemplu, graficul 14 întocmit de către experții Institutului Național de Medicină Legală pentru anul 2011).



4. Deficiențele statisticilor românești asupra sinuciderii

Așa cum am evidențiat în mai multe studii și articole publicate, cu precădere, în *Revista Română de Sociologie*, România nu dispune încă de o bază de date credibile și comparabile cu ale altor țări în ceea ce privește sinuciderea.

Atât Institutul Național de Medicină Legală, cât și Institutul Național de Statistică (care, în trecut fie spus, comercializează aceste date), posedă doar informații incomplete și, adeseori, inadecvate, care se contrazic între ele și nu oferă o imagine de ansamblu asupra fenomenului suicidar din România. De exemplu, nu există (mă refer aici la I.N.M.L.) date asupra unor variabile importante precum: ocupația, profesia, statusul marital, mediul de rezidență (urban/rural) sau afilierea religioasă a victimelor suicidului, pentru a nu mai menționa absența unor studii detaliate asupra sinuciderii ca problemă socială. La toate acestea se adaugă raportările insuficiente de date sau informațiile contradictorii adresate unor organizații internaționale, precum Organizația Mondială a Sănătății. Menționăm, în același timp, lipsa experților în domeniu și faptul relevant conform căruia o instituție importantă, așa cum este Institutul Național de Sănătate Publică, care are ca obiectiv principal, între altele,

„monitorizarea stării de sănătate a populației în România” (conform cu site-ul instituției!), acordă cercetărilor epidemiologice asupra sănătății psihice și a suicidului doar o importanță secundară.

Dincolo de deficiențele menționate, activitatea preventivă în acest domeniu este cvasi-absentă în România. „*Suicidul* – au subliniat, adeseori, experții în domeniul medicinei legale și al psihiatriei -, *este ultimul răspuns dat de către un individ unei probleme cu care nu se mai poate confrunta după ce o lungă serie de încercări a eșuat*” (Rădulescu, M., S., 2010, p. 383).

Din această perspectivă, în România nu există încă un efort unitar și concertat din partea unei echipe multidisciplinare de experți, capabile să efectueze intervenții *ante factum*, în stare să descurajeze indivizii care vor comite, în mod potențial, un act de sinucidere.

Această problemă este acută în prezent, mai ales acum când România este confruntată cu o stare prelungită de criză, de *anomie*, creindu-se, în acest mod, premisele unui mediu favorabil amplificării stării de depresie a populației și, implicit, larga răspândire a conduitelor suicidare.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

Ajdacic-Gross, V., Weiss, M., G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., Rössler, W. (2008), *Methods of Suicide: International Suicide Patterns derived from the WHO Mortality Database*, în „*Bulletin of the World Health Organization*”, 86.

Blisker, D., White, J. (2011), *The Silent Epidemic of Male Suicide*, în „*British Columbia Medical Journal*”, vol. 53, No. 10.

Bradatan, C. (2007), *About Some 19th-Century Theories of Suicide. Interpreting Suicide in a East European Country*, în „*International Journal of Comparative Sociology*”, 48.

Bridges, F.S., Yip, P., S., F., Yang, K., C., T. (2005), *Seasonal Changes in Suicide in the United States, 1971 to 2000*, în „*Perceptual and Motor Skills*”, vol. 100 (3 II).

Cheng, A., T., A. & Lee, C.-S. (2000), *Suicide in Asia and the Far East*, în *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (K. Hawton & C. Van Heeringen – Eds.), Chichester: John Wiley & Sons.

Euragenas (*European Region Enforcing Action Against Suicide*), conform cu http://www.who.int/mental_health/media/romania.pdf.

EUROSTAT (conform cu: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00122&language=en>).

Lester, D., Frank, M., L. (1988), Sex Differences in the Seasonal Distribution of Suicides, în „*British Journal of Psychiatry*”, 153.

OECD (2012), *Health at a Glance: Europe 2012* (Graficul 1.7.1. - *Suicide Mortality Rates, 2010* or nearest year), OECD Publishing.

Petridou, E., Papadopoulos, F., C., Frangakis, F., Skalkidou, A., Trichopoulos, D. (2002), A Role of Sunshine in Triggering of Suicide, în „*Epidemiology*”, vol. 13(1).

Rădulescu, M., S. (1999), *Sociologia problemelor sociale ale vârstelor*, București, Editura Lumina Lex.

Rădulescu, M., S. (2010), *Sociologia devianței și a problemelor sociale*, București, Editura Lumina Lex.

Vărnik, P. (2012), Suicide in the World, în „*International Journal Environmental Research Health*”, 9.

World Health Organization, *Suicide rates (per 100,000), by gender, Romania, 1990-2009*, conform cu http://www.who.int/mental_health/media/romania.pdf.

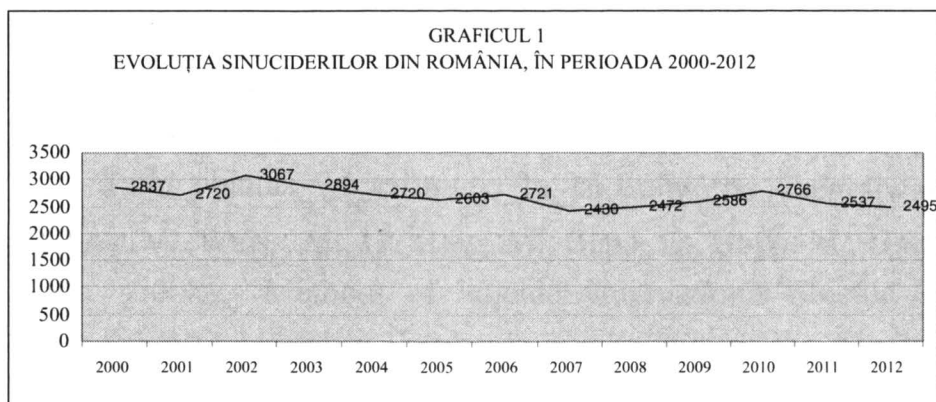
Wikipedia, the free encyclopedia (vezi: http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_suicide_rate).

CAPITOLUL VII

CONSTATĂRI ȘI EVALUĂRI STATISTICE CU PRIVIRE LA GRADUL DE RĂSPÂNDIRE A SINUCIDERILOR ÎN ROMÂNIA

1. Cifrele brute de sinucidere și rata de suicid la 100.000 de locuitori

În concordanță cu datele Institutului Național de Statistică, evoluția sinuciderilor din România, în perioada 2000-2012* a înregistrat diverse variații de la un an la altul, situate între $\pm 4-11\%$. În cifre absolute, această evoluție s-a concretizat în atingerea unui prag al sinuciderilor trecând de la 2.430 (cifra cea mai scăzută atinsă în anul 2007) și 3.067 (cifra cea mai ridicată înregistrată în anul 2002)-(vezi graficul 1).



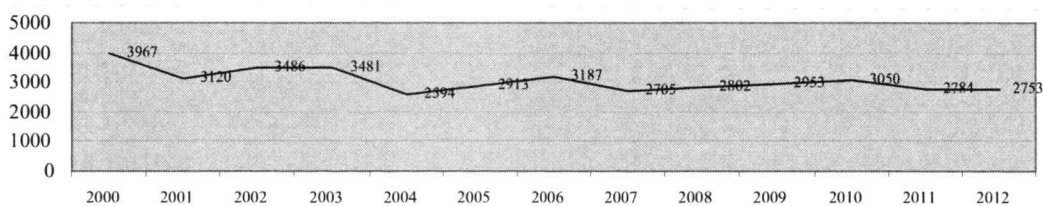
(Sursa: Institutul Național de Statistică)

Din anul 2000 și până în anul 2002, numărul sinuciderilor din România a crescut cu circa 8%, după care tendința generală a fost una de scădere, înregistrându-se variații care au oscilat între scăderi (din 2003 până în 2005) și creșteri (între 2005-2006) accentuate, depășind $\pm 30\%$. Ulterior, din anul 2006 și până în 2012, cifra sinuciderilor a înregistrat, cu mici excepții, o tendință de scădere (cu aproximativ 8%), 2010 fiind singurul an al acestei perioade în care sinuciderile au crescut până aproape de nivelul atins în 2006.

* Din informațiile pe care conducerea Institutului Național de Statistică a avut amabilitatea să ni le pună la dispoziție lipsesc datele care vizează anul 2013.

În mod comparativ, informațiile conținute în rapoartele anuale ale Institutului Național de Medicină Legală evidențiază cifre mai mari decât cele existente în statisticile Institutului Național de Statistică, mergând chiar până la 40% în anul 2000. Într-un singur caz, în anul 2004, cifra brută a sinuciderilor evidențiată în statisticile Institutului Național de Statistică este mai mare decât cea cuprinsă în statisticile Institutului Național de Medicină Legală (vezi graficul 2).

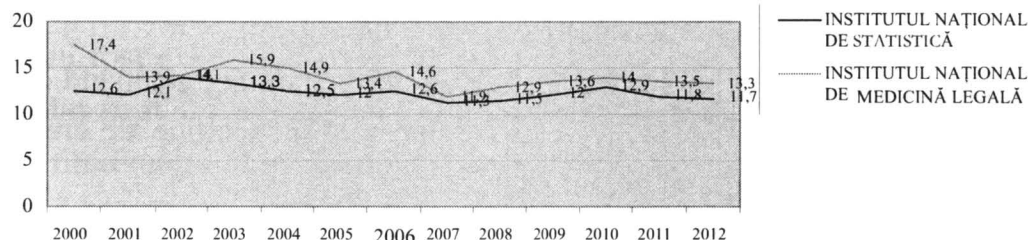
GRAFICUL 2
EVOLUȚIA SINUCIDERILOR DIN ROMÂNIA ÎN PERIOADA 2000-2012



(Sursa: Institutul Național de Medicină Legală)

În mod evident, mult mai adecvată decât cifra brută a sinuciderilor se dovedește a fi rata sinuciderii la 100.000 de locuitori, indicator care reflectă în mod mai exact amploarea fenomenului suicidar din România. Conform cu informațiile furnizate atât de către Institutul Național de Statistică, cât și de către Institutul Național de Medicină Legală și conform calculelor făcute de noi, evoluția acestui indicator în perioada 2000–2012 a urmărit tendințele ilustrate în graficul 3 (vezi Graficul nr. 3).

GRAFICUL 3
EVOLUȚIA RATEI DE SINUCIDERE ÎN ROMÂNIA, ÎN PERIOADA 2000-2012



(Sursa: Institutul Național de Statistică și Institutul Național de Medicină Legală)

Și în acest caz există o deosebire importantă în ceea ce privește rata medie de

sinucidere pentru întreaga perioadă 2000-2012, calculată de către cele două instituții: 12.3 la suta de mii de locuitori - în concordanță cu Institutul Național de Statistică - și 14.1 la o sută de mii de locuitori – conform cu Institutul Național de Medicină Legală.

Este de menționat faptul că în întreaga Europă, ratele medii de prevalență a sinuciderii numără 13.9 la suta de mii de locuitori (World Health Organization. Regional Office for Europe). Statisticile EUROSTAT evidențiază, pe de altă parte, că în perioada 2000-2010 rata de sinucidere din România a oscilat între 14.0 și 13.7 la suta de mii de locuitori, cele mai mici rate de suicid fiind înregistrate în anul 2007 (12.0) și 2008 (12.3 la o sută de mii de locuitori)-(EUROSTAT).

Aceleași statistici ale EUROSTAT consemnează că, în intervalul 2002-2010, rata medie de sinucidere în Uniunea Europeană a înregistrat valori situate între 11.4 și 13.4 la o sută de mii de locuitori, cele mai mici valori fiind atinse, la fel ca și în cazul României, în 2007 (11.4) și 2008 (11.7 la suta de mii de locuitori).

În ceea ce privește evoluția ratei de sinucidere în cursul celor 13 ani analizați, aceasta, cu câteva excepții, pare relativ similară în calculele celor două instituții (Institutul Național de Statistică și Institutul Național de Medicină Legală), mai ales începând din anul 2003 și până în anul 2012: o tendință de scădere între 2003-2005, una de creștere în intervalul 2005-2006, din nou una de scădere între 2006-2007, apoi o tendință de ușoară creștere în perioada 2007-2010, după care în anii următori (2011 și 2012) s-a înregistrat, iarăși, o scădere a ratei de suicid.

În acord cu datele Institutului Național de Statistică, cea mai mare rată de sinucidere s-a înregistrat în 2002 și 2003, iar cea mică rată de suicid a fost înregistrată în 2007 și 2008, în timp ce, în conformitate cu datele provenite de la Institutul Național de Medicină Legală, cea mai ridicată rată de sinucidere (17.4 la suta de mii de locuitori, o cifră inexplicabil de mare!) s-a înregistrat în anul 2000, iar cea mai scăzută a fost înregistrată, la fel cum arată și calculele Institutului Național de Statistică, în 2007 și 2008.

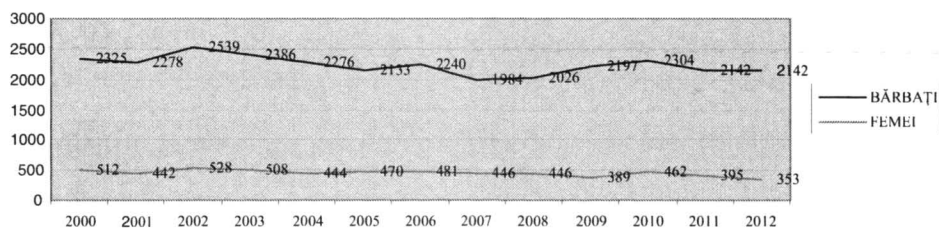
Toate aceste cifre sunt doar constatări ale unor tendințe, rămânând ca analize ulterioare, mai detaliate, să indice cauzele generale și specifice ale creșterilor și descreșterilor ratei de suicid în anii menționați.

2. Evoluția sinuciderilor din România în funcție de sexul sinucigașilor

Conform cu datele Institutului Național de Statistică, anual, sinuciderile

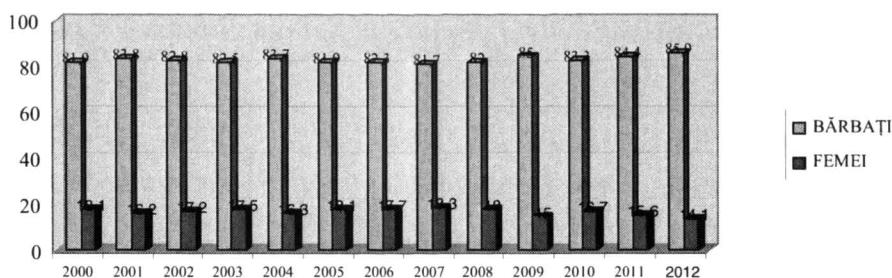
comise de bărbați sunt de 4-5 ori mai multe decât cele comise de femei, în anul 2012 înregistrându-se un număr record de sinucideri ale bărbaților chiar de peste 6 ori mai mare decât acelea ale femeilor. Cele mai multe sinucideri, în întreaga perioadă analizată, au fost comise atât de către bărbați, cât și de către femei în anul 2002, iar cele mai puține au fost comise în anul 2008 - în cazul bărbaților și în anul 2012 - în cazul femeilor (vezi graficul 4 și graficul 4 bis).

GRAFICUL 4
EVOLUȚIA SINUCIDERILOR DIN ROMÂNIA, ÎN PERIOADA 2000-2012, ÎN FUNCȚIE DE SEX



(Sursa: Institutul Național de Statistică)

GRAFICUL 4 BIS
EVOLUȚIA SINUCIDERILOR DIN ROMÂNIA, ÎN PERIOADA 2000-2012, ÎN FUNCȚIE DE PONDERA FIECĂRUI SEX



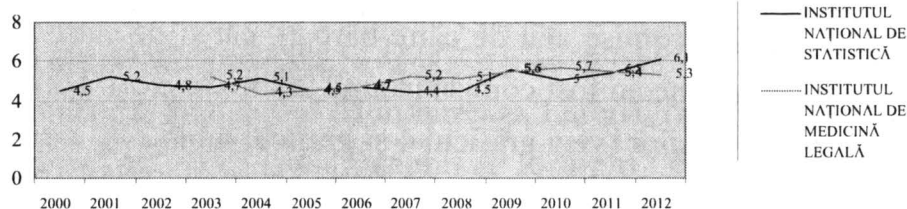
(Sursa: Prelucrare după datele Institutului Național de Statistica)

Proporții relativ similare între sinuciderile bărbaților și acelea ale femeilor au fost calculate și de către Institutul Național de Medicină Legală cu începere din anul 2003, diferențele față de calculele Institutului Național de Statistică fiind ne semnificative (vezi graficul 5).

În ceea ce privește evoluția ratelor de suicid ale bărbaților, comparativ cu acelea ale femeilor, aceasta este evidențiată în graficul 6 (vezi graficul 6).

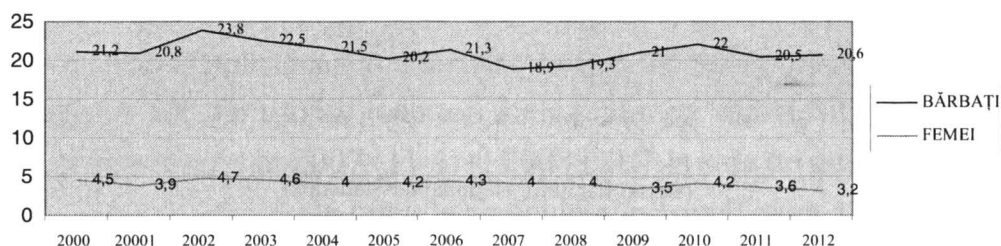
Spre deosebire de rata de sinucidere caracteristică femeilor, care are o evoluție relativ uniformă în jurul valorii de 4-5 chiar 6 la o sută de mii de

GRAFICUL 5
EVOLUȚIA RAPORTULUI DINTRE SINUCIDERILE BĂRBAȚILOR ȘI ACELEA ALE FEMEILOR
ÎN PERIOADA 2000-2012



(Sursa: Institutul Național de Statistică și Institutul Național de Medicină Legală)

GRAFICUL 6
EVOLUȚIA RATELOR DE SINUCIDERE ALE BĂRBAȚILOR, COMPARATIV CU ACELEA ALE FEMEILOR, ÎN PERIOADA 2000-2012

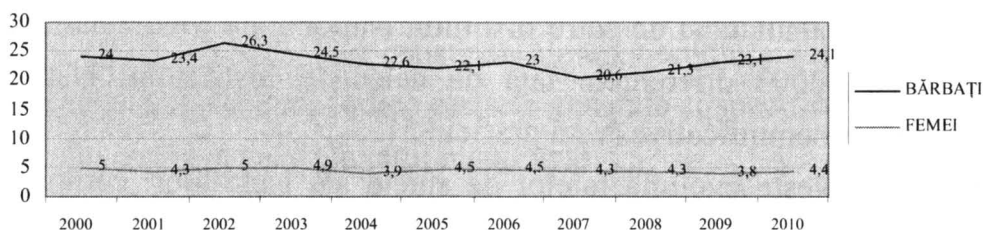


(Sursa: Prelucrare după datele Institutului Național de Statistică)

persoane de sex feminin, evoluția ratei de suicid specifică bărbaților este cumva mai neregulată, oscilând între circa 19 și aproximativ 24 la la suta de mii de locuitori de sex masculin.

Cu unele excepții, mai ales în cazul ratei de suicid a bărbaților, datele din graficul 6 sunt similare cu acelea evidențiate în statisticile EUROSTAT pentru România, în perioada 2000-2010 (vezi graficul 7).

GRAFICUL 7
EVOLUȚIA RATEI DE SUICID A BĂRBAȚILOR, COMPARATIV CU CEA A FEMEILOR, ÎN PERIOADA 2000-2010



(Sursa: EUROSTAT)

Este de menționat faptul că media ratei de suicid a bărbaților în Uniunea

Europeană este de 20.2 la o sută de mii de locuitori de același sex, iar media ratei de suicid a femeilor este de 5.4 la suta de mii de locuitori de sex feminin. De asemenea, exceptând membrele Uniunii, în toate țările europene, media ratei de sinucidere pentru bărbați este de 23.8 la suta de mii de locuitori bărbați, iar aceea a femeilor este de 5.2 la o sută de mii de locuitori femei. Statisticile indică, în același timp, faptul că aproximativ în toate țările europene bărbații au o probabilitate de 5 ori mai mare decât femeile să comită un act de sinucidere (World Health Organization. Regional Office for Europe).

3. Tendințe ale sinuciderii în rândul diferitelor categorii de vârstă din România

În acord cu datele furnizate de Institutul Național de Statistică, grupurile de vârstă cele mai expuse riscului de sinucidere sunt, în ordine, 45-59 de ani; 30-44 de ani; 60-69 de ani și 15-29 de ani (vezi tabelul 1 și graficul 8).

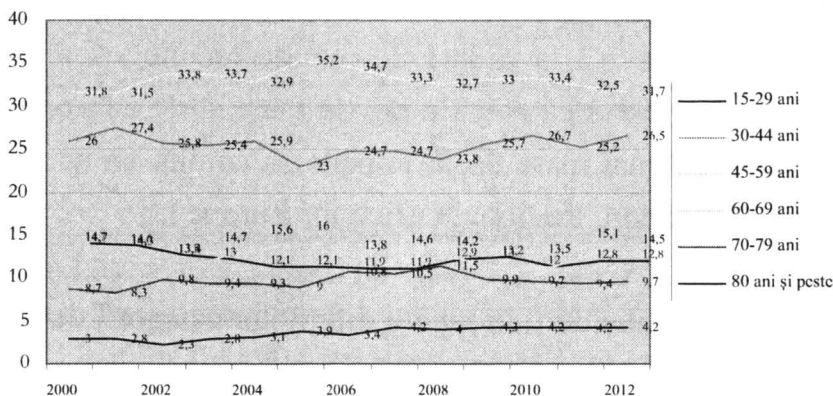
V Â R S T A	ANUL												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
5-14	29	31	46	30	30	20	19	20	24	24	16	20	16
15-29	418	396	414	376	329	315	325	290	318	341	331	325	318
30-44	738	745	790	735	705	599	671	599	588	664	739	640	662
45-59	903	857	1036	976	896	916	945	809	809	853	925	824	791
60-69	417	389	411	424	424	417	376	354	351	336	373	382	362
70-79	248	226	301	273	253	235	293	255	284	256	267	239	241
80 și +	84	76	69	80	83	101	92	103	98	112	115	107	105
T	2.837	2.720	3.067	2.894	2.720	2.603	2.721	2.430	2.472	2.586	2.766	2.537	2.495

Tabelul 1 – Evoluția sinuciderilor în România, în perioada 2000-2012, în funcție de vârstă (Sursa: Institutul Național de Statistică- Cercetarea statistică privind mortalitatea)

Aceste tendințe caracterizează atât pe bărbați, cât și pe femei (vezi, de pildă, tabelul 2, care vizează numai sinuciderile din anul 2012).

În ceea ce privește numărul de sinucideri specifice grupului de vârstă 45-59

GRAFICUL 8
EVOLUȚIA SINUCIDERILOR ÎN ROMÂNIA, ÎN PERIOADA
2000-2012, ÎN FUNCȚIE DE PONDEREA FIECĂRUI GRUP DE VÂRSTĂ



(Sursa: Institutul Național de Statistică)

SEXUL	VÂRSTA							TOTAL
	5-14 ani %	15-29 ani %	30-44 ani %	45-59 ani %	60-69 ani %	70-79 ani %	80 ani și peste %	
Bărbați	0,5	12,8	27,6	32,5	14,1	8,9	3,6	2.142
Femei	1,4	12,2	20,1	27,2	17,0	14,2	7,9	353
Total %	0,6	12,8	26,5	31,7	14,5	9,7	4,2	2.495
T	16	318	662	791	362	241	105	2.495

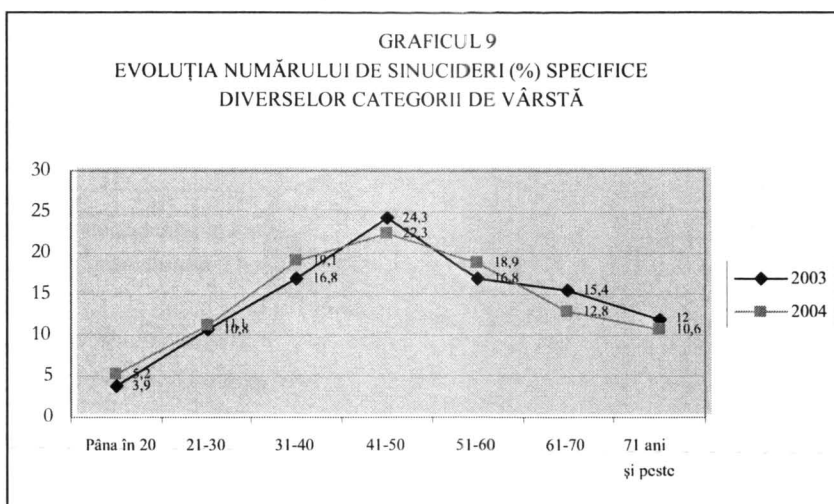
Tabelul 2 – Distribuția sinuciderilor în anul 2012, în funcție de sexe și grupuri de vârstă (Sursa: Institutul Național de Statistică- Cercetarea statistică privind mortalitatea)

de ani, acesta a crescut din anul 2000 și până în 2005-2006, după care a înregistrat o tendință de scădere, mai pronunțată în 2012.

La rândul său, numărul de sinucideri caracteristice grupului de vârstă 30-44 de ani, a crescut din 2000 până în 2001, după care a înregistrat o tendință de scădere mai pronunțată în anul 2005, urmată de o ușoară creștere în perioada 2006-2007 și în anii următori, cu excepția anului 2008 și 2011 – atunci când s-au înregistrat scăderi față de anul anterior.

Pe de altă parte, grupul de vârstă 60-69 de ani a înregistrat următoarele tendințe ale numărului de sinucideri: o ușoară scădere din anul 2000 până în 2002, urmată de o creștere până în anul 2005, apoi, din nou, o scădere în jurul aceluiași nivel atins în anul 2000.

Comparația acestor cifre cu acelea furnizate de către Institutul Național de Medicină Legală este imposibil de efectuat, deoarece acesta nu a dat publicității decât datele pentru 2003 și 2004, iar pe de altă parte intervalele de vârstă utilizate de acest institut sunt diferite de acelea folosite de către Institutul



(Sursa: Prelucrare după Rapoartele Anuale ale Institutului Național de Medicină Legală)

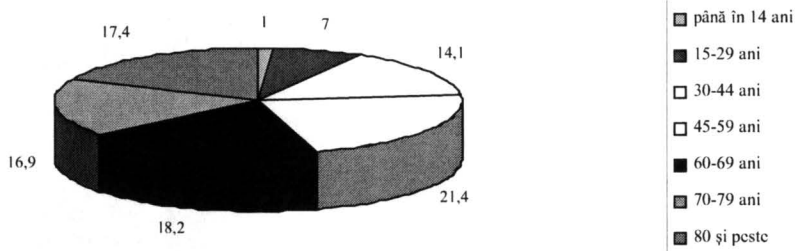
În concordanță cu informațiile rezultate din rapoartele anuale ale Institutului Național de Medicină Legală, grupurile de vârstă 41-60 de ani și 21-40 ani au dat cel mai mare număr de sinucideri atât în anul 2003, cât și în 2004.

Mult mai relevante decât aceste cifre brute sunt ratele de sinucidere anuale care caracterizează fiecare grup de vârstă*. Astfel conform cu calculele efectuate de noi, pe baza informațiilor furnizate de către Institutul Național de Statistică, grupurile de vârstă care au cea mai ridicată rată medie anuală de sinucidere sunt, în ordine, 45-59 de ani (peste 21 la suta de mii de locuitori de această vârstă), 60-69 de ani (peste 18 la o sută de mii de locuitori), 80 de ani și peste (mai mult de 17 la suta de mii de locuitori care aparțin acestui interval de vârstă) și 70-79 de ani (circa 17 la o sută de mii de locuitori de această vârstă)-(vezi graficul 10).

Cu alte cuvinte, cele mai ridicate rate de sinucidere la suta de mii de locuitori de aceeași vârstă le furnizează grupul matur și activ ocupațional de vârstă, precum și categoriile cele mai vârstnice, confruntate, de fapt, și cu cele mai dramatice probleme de viață. Această constatare este concordantă, într-o anumită măsură, cu evaluările făcute de Organizația Mondială a Sănătății, care apreciază că în țările zonei europene cele mai ridicate rate de suicid (de 1,5 ori

* Din păcate, pe site-ul Institutului Național de Statistică nu apar aceste rate, motiv pentru care le-am calculat noi, raportând numărul anual de sinucideri specific fiecărui grup de vârstă la totalul anual al populației cuprinse în aceste grupuri de vârstă și înmulțind totalul cu 100.000.

GRAFICUL 10
 RATA MEDIE ANUALĂ DE SINUCIDERE CARACTERISTICĂ DIFERITELOR GRUPURI DE
 VÂRSTĂ, ÎN PERIOADA 2000- 2012



(Sursa: Prelucrare după informațiile furnizate de către Institutul Național de Statistică)

mai mari decât media europeană) sunt înregistrate de către populația de 65 ani și peste, precum și de către aceea inclusă în intervalul 45-59 de ani (World Health Organization/Europe).

4. Sinuciderile în România, în perioada 2000-2012, în funcție de mediul de rezidență al victimelor

Conform cu datele Institutului Național de Statistică, evoluția sinuciderilor, în perioada 2000-2012, în funcție de mediul de rezidență unde au avut loc aceste sinucideri*, evidențiază faptul că cele mai multe se comit în mediul rural, adică, în medie pe an, 56,8% din totalul sinuciderilor, comparativ cu mediul urban, unde au loc, în medie anuală, 43,2% din totalul sinuciderilor (vezi tabelul 3 și graficul 11).

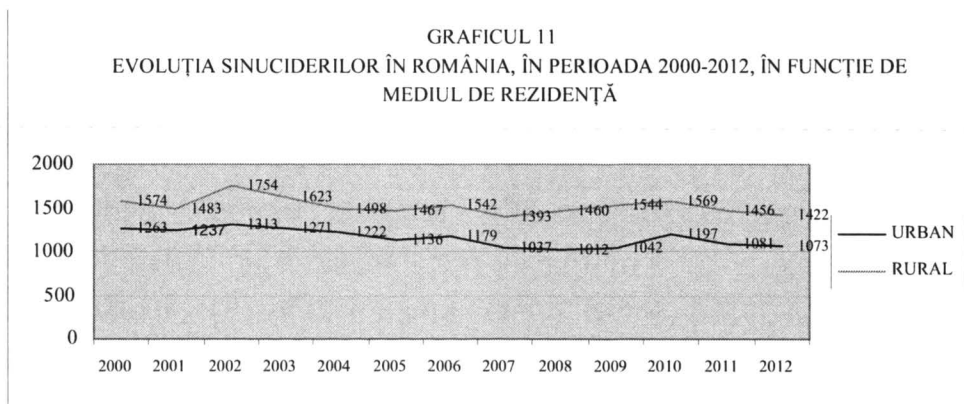
Anual, în mediul rural se înregistrează, în medie, circa 1.520 de sinucideri, spre deosebire de mediul urban, unde se comit, în medie, numai 1.158 de sinucideri. Proporția dintre numărul de sinucideri din rural și urban este, în medie, de 1,3/1.

Atât în mediul urban, cât și în mediul rural, bărbații comit cel mai mare număr de sinucideri (peste 80% din total). Ca o altă constatare, femeile din mediul urban comit mai multe sinucideri decât acelea din rural, în timp ce

* Este de menționat faptul că, spre deosebire de datele publicate de Institutul Național de Statistică, rapoartele anuale ale Institutului Național de Medicină Legală nu fac nici o referire la distribuția sinuciderilor în funcție de mediul de rezidență.

	2000 %	2001 %	2002 %	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %	2007 %	2008 %	2009 %	2010 %	2011 %	2012 %
U R B A N	44,5	45,5	42,8	43,9	44,9	43,6	43,3	42,7	40,9	40,3	43,3	42,6	43,0
R U R A L	55,5	54,5	57,2	56,1	55,1	56,4	56,7	57,3	59,1	59,7	56,7	57,4	57,0
T	2.837	2.720	3.067	2.894	2.720	2.603	2.721	2.430	2.472	2.856	2.766	2.537	2.495

Tabelul 3 – Evoluția sinuciderilor în România, în perioada 2000-2012, în funcție de ponderea fiecărui mediu de rezidență (Sursa: Institutul Național de Statistică- Cercetarea statistică privind mortalitatea)



(Sursa: Institutul Național de Statistică)

bărbații din mediul rural se sinucid în număr mai mare decât cei din mediul urban (vezi tabelul 4, cuprinzând date valabile pentru anul 2012).

MEDIUL DE REZIDENȚĂ	SEXUL		
	Bărbați %	Femei %	TOTAL
Urban	83,9	16,1	1.073
Rural	87,3	12,7	1.422
TOTAL	2.142	353	2.495

Tabelul 4. Distribuția sinuciderilor în anul 2012, în funcție de mediul de rezidență și de sexul victimelor (Sursa: Institutul Național de Statistică- Cercetarea statistică privind mortalitatea)

Pe de altă parte, atât în mediul urban, cât și în mediul rural, categoriile de vârstă care furnizează cel mai mare număr de sinucigași sunt următoarele: 45-59 de ani, 30-44 de ani și 60-69 de ani (vezi tabelul 5 care vizează situația existentă în anul 2012).

În ceea ce privește evoluția anuală a numărului de sinucideri, atât în mediul rural, cât și în mediul urban, în 2002 și 2003 s-au înregistrat cele mai multe sinucideri. Cele mai puține sinucideri comise în mediul rural au fost înregistrate în anul 2008, iar cele puține sinucideri comise în mediul urban au fost

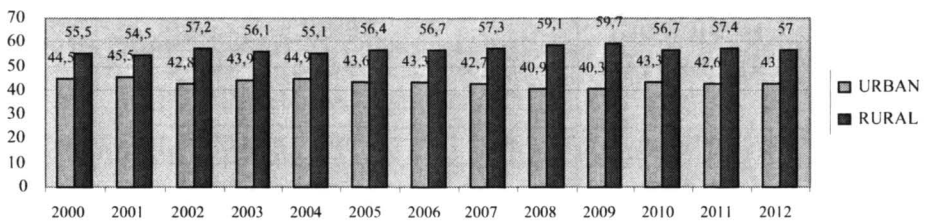
MEDIUL DE REZIDENȚĂ	VÂRSTA							
	5-14 ani %	15-29 ani %	30-44 ani %	45-59 ani %	60-69 ani %	0-79 ani %	80 ani și peste %	TOTAL
Urban	0,6	13,1	27,3	32,6	14,0	9,4	3,1	1.073
Rural	0,7	12,5	26,0	31,0	14,9	9,9	5,1	1.422
<i>TOTAL</i>	<i>16</i>	<i>318</i>	<i>662</i>	<i>791</i>	<i>362</i>	<i>241</i>	<i>105</i>	<i>2.495</i>

Tabelul 5 – Distribuția sinuciderilor în anul 2012, în funcție de mediul de rezidență și de vârsta victimelor (Sursa: Institutul Național de Statistică-Cercetarea statistică privind mortalitatea)

înregistrate în anul 2007.

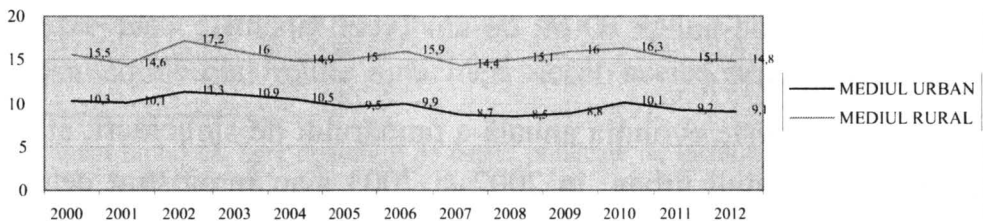
Exceptând aceste cifre, ratele de sinucidere evidențiază mult mai adecvat dinamica sinuciderilor în ambele medii de rezidență. Astfel, în medie, rata anuală de sinucidere în urban este de 9.7 la o sută de mii de locuitori aparținând acestui mediu de rezidență, în timp ce rata anuală de sinucidere în rural este de 15.4 la o sută de mii de locuitori din acest mediu. Din acest punct de vedere, rata de sinucidere anuală din mediul rural este, în medie, cu 63% mai mare decât cea din mediul urban (vezi graficele 12 și 13).

GRAFICUL 12
EVOLUȚIA SINUCIDERILOR DIN ROMÂNIA, ÎN PERIOADA 2000-2012, ÎN FUNCȚIE DE PONDEREA FIECĂRUI MEDIU DE REZIDENȚĂ



(Sursa: Prelucrare după informațiile furnizate de către Institutul Național de Statistică)

GRAFICUL 13
EVOLUȚIA RATELOR DE SINUCIDERE, ÎN PERIOADA 2000-2012, ÎN FUNCȚIE DE MEDIUL DE REZIDENȚĂ



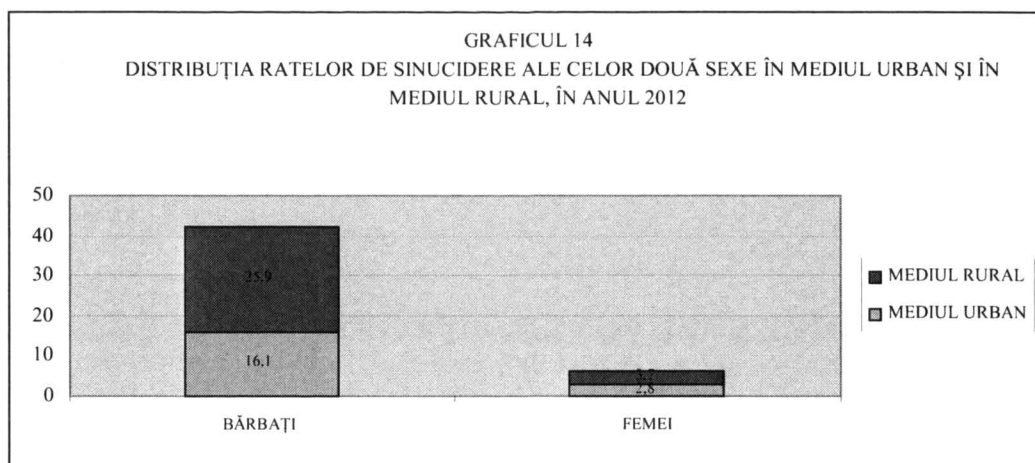
(Sursa: Prelucrare după informațiile furnizate de către Institutul Național de Statistică)

Ambele medii de rezidență au avut evoluții anuale relativ similare. Astfel în mediul urban, rata de sinucidere a înregistrat valori situate între 8.5 la suta de mii de locuitori, cea mai scăzută rată - atinsă în anul 2008 -, și 11.3 la o sută de mii de locuitori - cea mai ridicată rată, care a fost înregistrată în anul 2002. La rândul său, în mediul rural, rata de sinucidere a atins valori situate între 14.4 la o sută de mii de locuitori aparținând acestui mediu de rezidență - valoare înregistrată în anul 2007 -, și 17.2 la o sută de mii de locuitori – valoare atinsă în anul 2002.

Din 2000 și până în 2002, în mediul urban, a fost înregistrată, mai întâi, o tendință de creștere, apoi – până în 2009 – a urmat o scădere relativ constantă a ratei anuale de sinucidere, după care – din 2009 până în 2010 –, s-a înregistrat, din nou, o creștere, urmată de descreșteri în 2011 și 2012.

Comparativ, în mediul rural, după o tendință de creștere înregistrată din 2000 până în 2002-2003, a urmat, până în anul 2008, o scădere relativ constantă, apoi, din nou, o tendință de creștere până la valoarea atinsă în anul 2003. În anii următori, 2011 și 2012, a fost reluată tendința de scădere a ratei de sinucidere.

Pentru ambele medii de rezidență, proporția dintre ratele de sinucidere caracteristice bărbaților din rural/urban este de 1,6/1 în timp ce proporția dintre ratele de suicid ale femeilor din mediul rural/urban este de de 1,3/1 (vezi graficul 14).

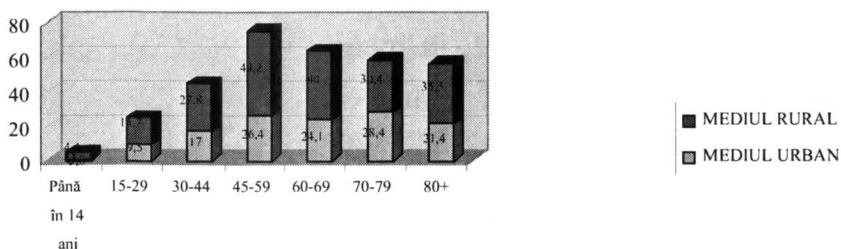


(Sursa: Institutul Național de Statistică – Cercetarea statistică privind mortalitatea)

În ceea ce privește, distribuția, în anul 2012, a ratelor de suicid în funcție de diferitele grupuri de vârstă și cele două medii de rezidență, aceasta este evidențiată în graficul 15 (care vizează bărbații) și graficul 16 (care vizează femeile).

Cele mai mari rate de sinucidere au fost înregistrate de către bărbații din mediul rural din grupurile de vârstă 45-59 de ani, 60-69 de ani, 80 ani și peste, precum și 70-79 de ani (vezi graficul 15), deci de către categoria cea mai

GRAFICUL 15
DISTRIBUȚIA RATELOR DE SUICID ALE BĂRBAȚILOR, ÎN ANUL 2012, ÎN FUNCȚIE DE DIFERITELE GRUPURI DE VÂRSTĂ ȘI MEDIUL DE REZIDENȚĂ



(Sursa: Prelucrare după informațiile furnizate de către Institutul Național de Statistică)

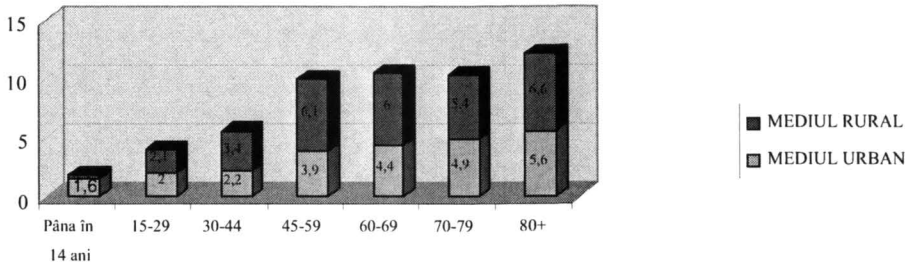
vârșnică de populație din rândul populației masculine.

Trebuie precizat, de asemenea, că, în rândul acestor categorii de vârstă, proporția între ratele de suicid ale bărbaților și cele ale femeilor este următoarea: 8,1/1 (pentru grupul de vârstă 45-59 de ani); 6,6/1 (pentru grupul de vârstă 60-69 de ani); 5,6/1 (pentru grupul de vârstă 70-79 de ani) și 5,4/1 (pentru grupul de vârstă 80 de ani și peste).

La rândul lor, femeile din mediul rural, cu precădere acelea cuprinse în categoriile 80 de ani și peste, 45-59 de ani, 60-69 de ani și 70-79 de ani, au înregistrat rate de suicid superioare celor din mediul urban, astfel că proporția între ratele de sinucidere ale femeilor din rural și cele ale femeilor din urban se situează între 1,1/1 (pentru grupul de vârstă 70-79 de ani) și 1,6/1 (pentru grupul de vârstă 45-59 de ani)-(vezi graficul 16).

Trebuie menționat ca o caracteristică generală faptul că diferența între ratele de sinucidere caracteristice celor două medii de rezidență, indiferent de sexul victimelor, se datorează unor factori precum prezența sau absența suportului familial, ocuparea unui loc de muncă sau situația de șomaj, consumul de alcool, depresia, diferite alte tulburări psihice, diverși factori medicali etc. Toate aceste variabile, care reprezintă factori de risc pentru sinucidere și care acționează diferențiat în mediul rural comparativ cu mediul urban, sunt reprezentative și pentru cea mai mare parte a țărilor din Europa de Est (Pray, L., Cohen, C., Mäkinen, I., H., MacKellar, F., L., 2013).

GRAFICUL 16
DISTRIBUȚIA RATELOR DE SUICID ALE FEMEILOR, ÎN ANUL 2012, ÎN FUNCȚIE DE
DIFERITELE GRUPURI DE VÂRSTĂ ȘI DE MEDIUL DE REZIDENȚĂ



(Sursa: Prelucrare după informațiile furnizate de către Institutul Național de Statistică)

5. Distribuția ratelor deceselor violente în funcție de județele și regiunile de dezvoltare ale României

Un indicator important, necesar pentru a putea evidenția distribuția sinuciderilor din România îl constituie distribuția lor în funcție de județele țării, inclusiv în raport de regiuni.

Din păcate acest indicator nu apare ilustrat în mod clar în statistica publicată pe site-ul Institutului Național de Statistică, care nu include numărul sinuciderilor la nivelul diverselor județe, macroregiuni și regiuni de dezvoltare, ci, cel mai probabil*, numărul de *decese violente* (prin leziuni traumatiche, otrăviri și alte consecințe ale unor cauze externe), număr care, în mod evident, este mult mai mare decât cel al sinuciderilor. Rata medie a deceselor violente pentru fiecare regiune de dezvoltare, calculată de noi, este cea indicată de graficul 17 (vezi graficul 17)

În concordanță cu datele cuprinse în acest grafic, ierarhia ratelor de sinucidere caracteristice fiecărei regiuni istorice este cea evidențiată de tabelul 6 (vezi tabelul 6).

Așa cum se poate observa, regiunea cu cea mai ridicată rată a deceselor violente este Nord-Est, iar regiunea cu cea mai mică rată a acestor decese este

* Site-ul Institutului Național de Statistică nu precizează clar acest lucru, menționând, din totalul cauzelor de deces, ierarhizate în concordanță cu *Clasificarea internațională a maladiilor* (revizia a X-a, 1994), doar rubrica „leziuni traumatiche, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe” (conform cu site-ul institutului menționat: „*Mișcarea naturală a populației. Decedați pe cauze de deces, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe*”).

GRAFICUL 17
DISTRIBUȚIA RATELOR MEDII ALE DECESELOR VIOLENTE ÎN PERIOADA 2000-2012, ÎN
FUNCȚIE DE REGIUNI



(Sursa: Prelucrare după informațiile furnizate de către Institutul Național de Statistică)

REGIUNI DE DEZVOLTARE	JUDEȚE	RATA DECESELOR VIOLENTE (în medie pe regiune) la 100.000 de locuitori	Județul cu cele mai multe sinucideri la nivel regional
NORD-EST	Bacău, Botoșani, Iași, Neamț, Suceava, Vaslui	66.0	Iași
CENTRU	Alba, Brașov, Covasna, Harghita, Mureș, Sibiu	62.4	Harghita
SUD-EST	Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Tulcea, Vrancea,	62.0	Constanța
NORD-VEST	Bihor, Bistrița-Năsăud, Cluj, Maramureș, Satu-Mare, Sălaj	60.0	Satu-Mare
SUD-VEST OLTENIA	Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt, Vâlcea	59.0	Dolj
SUD-MUNTENIA	Argeș, Călărași, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Prahova, Teleorman	56.1	Giurgiu
VEST	Arad, Caraș-Severin, Hunedoara, Timiș	56.0	Arad
BUCUREȘTI-ILFOV	București, Ilfov	45.8	Ilfov

Tabelul 6 – Ierhia ratelor deceselor violente în funcție de regiuni în perioada 2000-2012 (Sursa: Prelucrare după informațiile furnizate de către Institutul Național de Statistică)

București-Ilfov. Deși județele Harghita și Covasna au cele mai înalte rate de acest fel din țară, regiunea Centru deține, totuși, locul doi, după Nord-Est, aproape la egalitate cu regiunea Sud-Est. Pe de altă parte, ratele vizând decesele violente caracteristice regiunii Nord-Vest și Sud-Vest Oltenia sunt aproape la egalitate.

De asemenea, rate cvasisimilare a acestor decese au regiunea Sud-Muntenia și regiunea Vest, care dețin locul antepenultim, respectiv penultim în ierarhia ratelor deceselor violente specifice tuturor regiunilor României.

În cadrul deceselor violente, sinuciderile au o pondere importantă.

6. Ratele de sinucidere înregistrate în anul 2013, în raport de județe, gradul de populare a acestora, regiuni de dezvoltare și mediul de proveniență a victimelor

Întrucât Institutul Național de Statistică nu oferă, pe site-ul său, informații referitoare la distribuția numărului de sinucideri în funcție de regiuni de dezvoltare și județe, și nici nu face vreo referire la rata de suicid specifică acestor entități teritoriale, am cules aceste informații chiar de la sursă, adică de la Direcțiile județene de Sănătate Publică, care ne-au furnizat date inclusiv pentru anul 2013*.

Pe baza acestor informații, am calculat, mai întâi, pentru anul 2013, rata de sinucidere pentru fiecare județ și rata medie a suicidului pentru fiecare regiune, indicatori care evidențiază cel mai adecvat modul în care se distribuie numărul sinuciderilor la 100.000 de locuitori la nivel local și zonal (vezi tabelul 7)

Regiunea Centru a avut, în anul 2013, cea mai ridicată rată de sinucidere (16.2 la suta de mii de locuitori), iar regiunea Sud-Vest Oltenia (10.2) și regiunea Vest (10.6 la o sută mii de locuitori) au avut cele mai scăzute rate de suicid dintre toate regiunile de dezvoltare din țară. Pe ansamblul județelor, cele mai ridicate rate de sinucidere au fost înregistrate, în ordine, de către Harghita (24.1 la suta de mii de locuitori), Covasna (19.5), Satu-Mare (17.7), Bihor (16.6) și Mureș (16.5), adică de către acele județe care cuprind etnici maghiari fie în proporție majoritară, fie având o pondere ridicată în totalul

* Am recoltat, în acest sens, date de la 35 de Direcții Județene, alte 6 refuzând, din motive nedeclarate, să răspundă întrebărilor noastre. Mulțumim pe această cale tuturor acelor Direcții care au manifestat interes și bunăvoință față de investigația noastră și ne-au pus la dispoziție informațiile necesare. Menționăm că, în absența datelor cu privire la 6 județe ale căror Direcții Județene de Sănătate au refuzat să sprijine cercetarea noastră, am fost nevoiți să folosim, pentru anii respectivi, informațiile conținute în rapoartele anuale ale Institutului Național de Medicină Legală. Menționăm că un sprijin important am primit și din partea conducerii Institutului Național de Sănătate Publică.

REGIUNI DE DEZVOLTARE	RATA DE SINUCIDERE (in medie pe REGIUNE) la 100.000 de locuitori	JUDEȚE	RATA DE SINUCIDERE (pe JUDEȚ) la 100.000 de locuitori
CENTRU	16.2	ALBA	16.8
		BRAȘOV	8.8
		COVASNA	19.5
		HARGHITA	24.1
		MUREȘ	16.5
		SIBIU	11.5
NORD-VEST	13.2	BIHOR	16.6
		BISTRIȚA-NĂSĂUD	9.8
		CLUJ	12.1
		MARAMUREȘ	10.8
		SATU-MARE	17.7
		SĂLAJ	12.2
NORD-EST	12.0	BACĂU	10.2
		BOTOȘANI	13.6
		IAȘI	13.2
		NEAMȚ	11.7
		SUCEAVA	11.3
		VASLUI	11.9
SUD-MUNTENIA	11.9	ARGEȘ	10.9
		CĂLĂRAȘI	13.9
		DĂMBOVIȚA	10.2
		GIURGIU	14.7
		IALOMIȚA	10.6
		PRAHOVA	10.7
		TELEORMAN	12.4
BUCUREȘTI-ILFOV	11.3	ILFOV	16.4
		MUNICIPIUL BUCUREȘTI	6.1
SUD-EST	11.1	BRĂILA	12.8
		BUZĂU	8.5
		CONSTANȚA	5.8
		GALAȚI	12.4
		TULCEA	15.7
		VRANCEA	11.6
VEST	10.6	ARAD	11.7
		CARAȘ-SEVERIN	4.8
		HUNEDOARA	13.7
		TIMIȘ	12.2
SUD-VEST OLTENIA	10.2	DOLJ	9.0
		GORJ	9.1
		MEHEDINȚI	8.7
		OLT	15.3
		VĂLCEA	8.9

Tabelul 7 – Distribuția ratelor de suicid la nivelul celor 8 regiuni de dezvoltare ale României, inclusiv la nivelul județelor, în anul 2013 (Sursa: Prelucrare după informațiile primite de la Direcțiile de Sănătate Publică din țară)

populației. Rate de sinucidere mari (de peste 15-16 la suta de mii de locuitori) au fost înregistrate, de asemenea, în județele Alba, Ilfov, Tulcea și Olt.

Cele mai mici rate de sinucidere (între 4-9 la o sută de mii de locuitori) au fost înregistrate în Caraș-Severin (4.8), Constanța (5.8), Municipiul București (6.1), Buzău (8.5), Mehedinți (8.7), Brașov (8.8), Vâlcea (8.9), Dolj (9.0) și Gorj (9.1). Din punct de vedere al gradului de populare, cu excepția municipiului București, județele cele mai populate (Iași, Cluj și Prahova), conform ultimului recensământ al populației, au înregistrat rate de suicid situate între 10.7 la suta de mii de locuitori și 13.2, în timp ce județele cele mai puțin populate precum Mehedinți și Ialomița au avut rate de suicid situate între 8.7-10.6.

În ceea ce privește mediul de proveniență a victimelor sinuciderilor, cele mai mari rate de sinucidere au fost înregistrate în localitățile rurale, iar cele mai mici în cele urbane. Din acest punct de vedere, Mureșul și Alba, în care populația este, în majoritate, urbană și care au avut rate de suicid ridicate, constituie excepții.

Comparativ cu datele furnizate de către Direcțiile de Sănătate Publică, cele existente pe site-ul Institutului Național de Medicină Legală pentru anul 2013 prezintă o serie de deosebiri, unele chiar substanțiale (vezi tabelul 8). Astfel,

REGIUNI DE DEZVOLTARE	RATA DE SINUCIDERE (în medie pe REGIUNE) la 100.000 de locuitori	JUDEȚE	RATA DE SINUCIDERE (pe JUDEȚ) la 100.000 de locuitori
CENTRU	16.4	ALBA	11.2
		BRAȘOV	8.8
		COVASNA	22.3
		HARGHITA	26.7
		MUREȘ	17.5
		SIBIU	12.1
NORD-VEST	12.7	BIHOR	15.6
		BISTRIȚA-NĂSĂUD	9.4
		CLUJ	12.4
		MARAMUREȘ	9.0
		SATU-MARE	16.3
		SĂLAJ	13.3
NORD-EST	12.3	BACĂU	11.3
		BOTOȘANI	9.7
		IAȘI	18.0
		NEAMȚ	12.4
		SUCEAVA	10.1
		VASLUI	12.5

SUD-MUNTENIA	12.3	ARGEȘ	10.6
		CĂLĂRAȘI	14.7
		DĂMBOVIȚA	9.8
		GIURGIU	15.4
		IALOMIȚA	12.4
		PRAHOVA	11.7
		TELEORMAN	11.2
BUCUREȘTI-ILFOV	27.2*	ILFOV	40.7
		MUNICIPIUL BUCUREȘTI	13.7
SUD-EST	13.3	BRĂILA	12.0
		BUZĂU	8.0
		CONSTANȚA	15.7
		GALAȚI	13.7
		TULCEA	18.8
		VRANCEA	11.4
VEST	11.9	ARAD	13.4
		CARAȘ-SEVERIN	6.2
		HUNEDOARA	15.2
		TIMIȘ	12.9
SUD-VEST OLTENIA	11.0	DOLJ	10.0
		GORJ	10.3
		MEHEDINȚI	9.8
		OLT	14.0
		VĂLCEA	11.0

(*Rata neverosimil de mare a acestei regiuni se datorează calcului eronat sau consemnării greșite a ratei de sinucidere pentru județul Ilfov).

Tabelul 8 – Distribuția ratelor de suicid la nivelul celor 8 regiuni de dezvoltare ale României, inclusiv la nivelul județelor, în anul 2013 (Sursa: Raportul anual pe 2013 al Institutului Național de Medicină Legală și prelucrarea noastră personală)

dacă ratele de sinucidere pentru regiunile Centru, Nord-Vest, Nord-Est, Sud-Muntenia și, într-o anumită măsură, Sud-Vest Oltenia, calculate de noi în baza informațiilor oferite de către Direcțiile de Sănătate Publică din țară și de către I.N.M.L., sunt relativ similare, acelea calculate pentru regiunile Sud-Est, Vest și, mai cu seamă, București-Ilfov, sunt caracterizate de diferențe inexplicabile.

Cel puțin, rata de sinucidere pentru regiunea București-Ilfov (27,2 la suta de mii de locuitori), pe care am calculat-o pe baza datelor cuprinse în Raportul anual, pe anul 2013, al Institutului Național de Medicină Legală, este – am putea spune – exagerată, iar acest fapt se datorează ratei de sinucidere (de-a dreptul „aberantă”) de 40,7 la suta de mii de locuitori înregistrate, în anul 2013, de către județul Ilfov, calculată sau consemnată (credem, noi, în mod *eronat!*) de către specialiștii I.N.M.L.

Cu privire la diferențele dintre ratele de sinucidere ale județelor, care apar în calculele Direcțiilor de Sănătate Publică și acelea ale Institutului Național de Medicină Legală pentru anul 2013, cu excepția județului Brașov,

care are o rată de suicid similară în statisticile instituțiilor menționate, ratele de sinucidere ale tuturor celorlalte județe diferă. Cele mai „flagrante” deosebiri apar în cazul ratelor de sinucidere ale unor județe precum: Ilfov, municipiul București, Botoșani, Iași, Constanța și Alba (vezi, în mod comparativ, cuprinsul tabelelor 6 și 7).

Din discuțiile purtate cu specialiștii Institutului Național de Statistică, am înțeles că toate aceste diferențe se datorează metodologiilor diferite de calcul folosite de către Institutul Național de Medicină Legală și Direcțiile de Sănătate Publică, fără a primi alte detalii lămuritoare în această privință.

7. Evoluția ratelor de sinucidere în funcție de județele și regiunile de dezvoltare ale României în perioada 2009-2013

Dincolo de consemnarea ratelor de sinucidere pentru anul 2013, o analiză a acestor rate în ultimii 5 ani este mult mai ilustrativă pentru evidențierea fenomenului suicidar din România. Astfel, conform cu datele Direcțiilor de Sănătate Publică din țară, în perioada 2009-2013, evoluția ratei de sinucidere pe județe a cunoscut următoarele tendințe*:

(a) a *crescut* în 18 județe, cu precădere în județele Bistrița-Năsăud, Botoșani și Dâmbovița (unde valoarea atinsă în 2013, comparativ cu 2009, a depășit 100%);

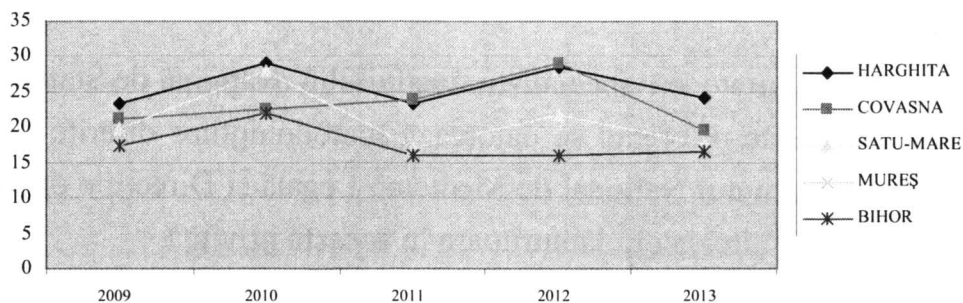
(b) a *scăzut* în 15 județe, mai ales în județele Sălaj, Bacău, Caraș-Severin și Mehedinți (în care valorile consemnate în 2013, spre deosebire de 2009, s-au situat între -20% și -42%);

(c) a *rămas cvasiconstantă* în 8 județe, (Constanța, Galați, Giurgiu, Hunedoara, Municipiul București, Prahova, Sibiu și Timiș).

Evoluția ratelor de sinucidere în județele care au înregistrat cele mai mari valori ale acestor rate, este consemnată în graficul 18 (vezi graficul 18). Cu unele excepții, în perioada 2009-2013, toate cele 5 județe au cunoscut tendințe

* Atât calcularea ratelor de sinucidere, cât și evidențierea tendințelor de creștere sau descreștere au fost realizate de noi, pe baza datelor brute pe care Direcțiile Județene de Sănătate Publică au avut amabilitatea să ni le pună la dispoziție.

GRAFICUL 18
EVOLUȚIA RATELOR DE SINUCIDERE ÎN PERIOADA 2009-2013, ÎN JUDEȚELE CARE AU ÎNREGISTRAT ANUAL CELE MAI RIDICATE RATE



(Sursa: Prelucrare după informațiile furnizate de către Institutul Național de Statistică)

asemănătoare:

- o tendință de creștere din 2009 și până în 2010, mai pronunțată în cazul județelor Harghita, Satu Mare și Bihor;
- o tendință de scădere, în intervalul 2010-2011, cu excepția județului Covasna care a înregistrat doar o ușoară creștere;
- din nou o tendință de creștere între 2011-2012, cu excepția județului Bihor, care a înregistrat o scădere, nesemnificativă;
- în fine, o nouă perioadă de creștere între anii 2012-2013, cu excepția aceluiași județ Bihor, care a avut o ușoară tendință de creștere.

Pe ansamblul județelor, așa cum am precizat deja, tendințele de evoluție (crescătoare sau descrescătoare) ale ratei de suicid au fost cvasisimilare.

În ceea ce privește *rata medie* de suicid în perioada 2009-2013, în funcție de cele 8 regiuni de dezvoltare, în concordanță cu valorile medii pe care le-am calculat personal în baza cifrelor primite de la Direcțiile de Sănătate Publică din țară -, cele mai ridicate rate au fost înregistrate, în ordine, de către regiunea Centru, Nord-Vest și Nord-Est, iar cele mai scăzute au fost înregistrate de către regiunea Sud-Vest Oltenia și București-Ilfov (vezi tabelul 9).

Dacă luăm însă în considerare și valorile calculate pe baza datelor oferite de către Institutul Național de Medicină Legală, cu excepția regiunii Centru -, situată, de asemenea, pe locul 1 -, ierarhia celorlalte regiuni de dezvoltare apare diferită de cea stabilită prin analiza datelor furnizate de către Direcțiile Județene de Sănătate Publică. Astfel, conform cu datele I.N.M.L., cele mai ridicate rate de suicid au fost înregistrate de către regiunea București-Ilfov și Sud-Est, iar

REGIUNI DE DEZVOLTARE	RATA DE SINUCIDERE (în medie pe REGIUNE) la 100.000 de locuitori		JUDEȚE	RATA DE SINUCIDERE (în medie pe JUDEȚE) la 100.000 de locuitori	
	DSP-uri	I.N.M.L.		DSP-uri	I.N.M.L.
NORD-VEST	14.7	14.1	BIHOR	17.5	17.9
			BISTRIȚA-NĂSAUD	8.0	9.5
			CLUJ	10.6	11.3
			MARAMUREȘ	11.6	8.8
			SATU-MARE	20.9	22.2
			SĂLAJ	19.4	15.2
CENTRU	17.6	18.7	ALBA	16.3	13.2
			BRAȘOV	10.3	11.8
			COVASNA	23.2	24.9
			HARGHITA	26.0	29.2
			MUREȘ	18.4	20.3
			SIBIU	11.4	12.6
NORD-EST	12.4	12.9	BACĂU	13.1	12.9
			BOTOȘANI	11.4	11.5
			IAȘI	12.5	16.7
			NEAMȚ	11.4	13.1
			SUCEAVA	12.2	9.5
			VASLUI	14.0	13.9
SUD-EST	11.6	14.2	BRĂILA	11.7	11.9
			BUZĂU	10.8	11.0
			CONSTANȚA	5.9	21.7
			GALAȚI	13.2	13.8
			TULCEA	17.3	16.7
			VRANCEA	10.4	9.8
SUD-MUNTENIA	11.7	12.8	ARGEȘ	10.5	10.0
			CĂLĂRAȘI	11.4	13.5
			DĂMBOVIȚA	8.5	11.9
			GIURGIU	15.3	16.2
			IALOMIȚA	13.3	14.9
			PRAHOVA	10.3	11.0
BUCUREȘTI-ILFOV	11.1	17.9	TELEORMAN	12.5	11.8
			ILFOV	15.9	25.3
SUD-VEST OLTENIA	11.0	11.6	MUNICIPIUL BUCUREȘTI	6.3	10.4
			DOLJ	10.3	11.7
			GORJ	10.0	11.0
			MEHEDINȚI	11.3	10.2
			OLT	14.5	12.8
VEST	11.7	13.4	VĂLCEA	9.0	12.5
			ARAD	13.9	16.0
			CARAȘ-SEVERIN	6.9	8.5
			HUNEDOARA	13.4	16.0
MEDIA NAȚIONALĂ	12.7	14.4	TIMIȘ	12.7	13.1
			-	12.7	14.4

Tabелul 9 – Distribuția ratelor de suicid la nivelul celor 8 regiuni de dezvoltare ale României, inclusiv la nivelul județelor, în medie, pentru perioada 2009-2013 (Sursa: Direcțiile Județene de Sănătate Publică comparativ cu Institutul Național de Medicină Legală)

cele mai scăzute au fost înregistrate de către regiunile Sud-Vest Oltenia, Sud-Muntenia și Nord-Est. Aceste diferențe se reflectă, în mod corespunzător, în valorile diferite ale mediei naționale a ratei de sinucidere: 12.7 la suta de mii de locuitori – conform cu cifrele pe care le-am primit de la Direcțiile Județene de Sănătate Publică și 14.4 la suta de mii de locuitori – în acord cu cifrele furnizate de către Institutul Național de Medicină Legală. Și aceasta nu este singura incongruență dintre datele statistice ale ambelor instituții.

În opinia noastră, mult mai credibile sunt datele oferite de către Direcțiile de Sănătate Publică, atât pentru faptul că provin direct de la sursă, cât și pentru faptul că reflectă în mod mult mai adecvat realitatea.

Această constatare este confirmată, de exemplu, de faptul că ratele de sinucidere pentru anul 2010, consemnate de către Institutul Național de Medicină Legală în Raportul său anual pentru anul respectiv, publicat pe site-ul instituției, sunt absolut identice (prezente în maniera „*copy-paste*”) cu ratele de sinucidere pentru anul 2011, existente în Raportul anual pentru 2011 al aceluiași Institut. O asemenea „situație” statistică este greu de acceptat și denotă din partea celor care au redactat-o atât lipsă de responsabilitate, cât și ignorarea celor mai elementare reguli de deontologie profesională.

O analiză detaliată a ratelor de suicid specifice fiecărui județ, în funcție de mai mulți indicatori, ar putea caracteriza cel mai bine aceste diferențe existente între regiuni și, implicit, neconcordanța dintre informațiile furnizate de către cele două instituții: Institutul Național de Statistică și Institutul Național de Medicină Legală. În prezent, așa cum am avut ocazia să constatăm, nici una dintre aceste instituții, dar nici alte instituții oficiale nu oferă o bază de date suficient de completă și precisă asupra suicidului, pentru a fi compatibilă cu standardele internaționale în acest domeniu.

*

În mod evident, analiza întreprinsă de noi are un caracter parțial și nu acoperă decât un anumit interval de timp, fără a mai menționa că, datorită penuriei de informații, am luat în considerare doar un număr limitat de variabile, așa cum sunt acestea prezentate de către cele două institute de profil: Institutul Național de Statistică și Institutul Național de Medicină Legală. Din păcate, ambele instituții nu dau publicității decât date statistice incomplete, comparativ cu instituții de profil din alte țări.

În măsura în care cercetări ulterioare vor oferi informații mai exacte și mai credibile, vom putea completa și „rafina” această analiză, care, în forma pe care am prezentat-o, nu constituie altceva decât o evaluare cantitativă a unor tendințe, bazată pe date statistice și informații contradictorii, căroră am încercat să le oferim coerență.

A fost, mărturisim, o tentativă pe cât de laborioasă, pe atât de dificilă.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

EUROSTAT (conform cu: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00122&language=en>).

Pray, L., Cohen, C., Mäkinen, I., H., MacKellar, F., L. (Eds.)- (2013), *Suicide in Eastern Europe, the Commonwealth of Independent States, and the Baltic Countries: Social and Public Health Determinants. A Foundation for Designing Interventions. Summary of a Conference*, Vienna, International Institute for Applied Systems Analysis ZVR-Nr: 524808900, February.

World Health Organization. Regional Office for Europe, *Data and Statistics. Prevalence of mental disorders* (conform cu <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>).

CAPITOLUL VIII

SINUCIDEREA ÎN ROMÂNIA, REFLECTATĂ ÎN MASS MEDIA ȘI MEDIUL VIRTUAL. EVALUĂRI CANTITATIVE ȘI CLASIFICĂRI CALITATIVE

1. Carențe și deficiențe ale statisticilor oficiale din România asupra sinuciderii

În ultimii ani, mass media „tradițională” (televiziunea sau presa tipărită) și mediul virtual (site-urile de pe Internet, inclusiv portalele de știri) din România, au acordat o mai mare atenție suicidului ca problemă socială, justificată, între altele, de amploarea răspândirii bolilor și tulburărilor psihice la nivel național și internațional, precum și de relația dintre amploarea crizei economice mondiale și creșterea numărului de sinucideri în mai multe țări, cu precădere din Europa.

Aceste tendințe se regăsesc mai puțin în statisticile oficiale asupra sinuciderilor din România, care, spre deosebire de alte țări europene, nu au semnalat nici o creștere spectaculoasă a sinuciderilor în anii de criză și nici o asociere strânsă între răspândirea bolilor psihice și fenomenul suicidar. Astfel, conform cu datele cuprinse în raportul OECD din anul 2012 (p. 29), rata de suicid atinsă în România a fost, în anul 2010, de 11.2 la suta de mii de locuitori, valoare care se situează sub media înregistrată în țările europene, care a atins 12.3 în același an de raportare. De asemenea, în perioada 2008 (anul debutului crizei pe plan mondial) și 2012, rata de suicid din România s-a situat între 12.9 și 13.3 sinucideri la suta de mii de locuitori, adică - cu excepția anului 2007 - sub valorile atinse în anii precedenți (vezi *Rapoartele anuale ale Institutului Național de Medicină Legală din România*).

În ceea ce privește relația dintre amploarea bolilor psihice și creșterea sinuciderilor în țările europene, Oficiul Regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății semnalează că acestea afectează una din patru persoane, astfel că nouă dintre cele țări cu cele mai mari rate de suicid din întreaga lume se găsesc în regiunea europeană (World Health Organization, Regional Office for Europe).

În România, estimările arată că doi din zece români au o boală psihică, depresia fiind mai frecventă, decât diabetul (Chițu, M., 2012), neexistând însă studii epidemiologice și nici statistici extinse și credibile care să evidențieze în

mod empiric asocierea dintre depresie și suicid, dintre acesta din urmă și alte variabile.

Deși informațiile difuzate prin intermediul mass media și al mesajelor provenind din mediul virtual nu au acuratețea datelor prelucrate de instituții științifice specializate, ele reușesc, totuși, într-o anumită măsură, să completeze aceste date și să aducă în centrul atenției elemente nuanțate pe care statisticile oficiale nu le pot evidenția. Pe de altă parte, mai ales în România, statisticile oficiale asupra sinuciderii sunt incomplete, deficitare și se contrazic, adeseori, între ele. În mai multe articole și rapoarte de cercetare (Rădulescu, M., S.⁽¹⁾ – 2014, p. 175-202); Rădulescu, M., S.⁽²⁾ – 2014, p. 405-428) am semnalat, nu o dată, caracterul contradictoriu al informațiilor asupra sinuciderilor, existente în România.

Acesta este și motivul pentru care informațiile furnizate de mass media și mediul virtual sunt binevenite și pot fi folosite de analiști cu precauțiile de rigoare. Din păcate, așa cum se știe, aceste surse de informare pun un mare accent pe elementul senzational și afectiv, distorsionând, în bună măsură, informațiile reale legate de actele suicidare ca atare. Pe de altă parte, aceste informații – așa cum sunt acestea preluate, prelucrate și difuzate -, fie sunt prea sumare, fie prea detaliate, dar ignoră date ori detalii esențiale legate de profilul sinucigașului, contextul familial, nivelul de instrucție, statusul ocupațional și alte variabile cu caracter individual și social. În același timp, de cele mai multe ori, informațiile destinate publicului folosesc presupuneri sau supoziții neconfirmate din punct de vedere empiric, fără a diferenția între *cauzele* și *motivațiile* sinucigașilor. De fapt, ziariștii sau aceia care difuzează, pe diferite portaluri de știri, informațiile despre comiterea actelor de sinucidere, *interpretează* conduitele suicidare, asociindu-le tot felul de motive, care sunt bazate pe presupuneri de „bun simț”, dar nu pe motivații reale, privite din perspectiva „insider-ului” (sinucigașului).

Asemenea „interpretări” sunt derutante chiar pentru o parte dintre sociologii sau specialiștii din domeniul suicidologiei, care sunt tentați, adeseori, să le preia în propriile studii sau cercetări. Așa cum au observat, de multă vreme, experții în domeniul epistemologiei sociale, absența unor ipoteze lipsite de verificare empirică încurajează speculațiile, iar divergența acestora creează următorul paradox în care se găsesc specialiștii: orice punct de vedere poate fi afirmat și, în consecință, orice dovezi empirice sunt valide (Rădulescu, M., S. 1994, p. 184).

Ținând seama de deficiențele, carențele sau limitele statisticilor oficiale din România pe care le-am semnalat, nu o dată, în articolele publicate în Revista Română de Sociologie sau în rapoartele științifice din cadrul proiectelor de cercetare întreprinse în cadrul colectivului de Sociologia Devianței și a Problemelor Sociale din Institutul de Sociologie al Academiei Române, analiza cazurilor difuzate prin intermediul mass media, inclusiv al mediului virtual, este pe cât de utilă, pe atât de necesară. Este tocmai ceea ce ne-am propus în aceste pagini ale cărui constatări sunt complementare, de fapt, cu acelea obținute din analiza statisticilor oficiale asupra fenomenului suicidar din România.

Departate de a considera că informațiile care apar în presa tipărită sau în mediul virtual ar fi mai credibile sau mai „exacte” decât statisticile instituțiilor specializate, ne-am propus ca în prezentul articol să conturăm o imagine generală asupra sinuciderilor care s-au comis în România, așa cum au fost reflectate acestea de către versiunile *print* sau *online* a celor mai răspândite publicații și de către diferitele portaluri de știri din România.

2. Sursele folosite în recoltarea cazurilor de sinucidere inventariate

Informațiile cuprinse în studiul nostru vizează cazurile cuprinse în articolele (inclusiv, cele de presă) care au fost publicate pe site-urile de pe Internet și pe diversele portaluri de știri din România într-o perioadă de doi ani: 2 ianuarie 2012-31 decembrie 2014. În total au fost recoltate 862 de cazuri, înregistrate ca urmare a consultării a unui număr de 93 de surse (portaluri de știri) care au totalizat 756 de postări (vezi tabelul 1).

Faptul că, în final, au fost culese mai multe cazuri în anumite județe, decât în altele, nu se datorează tendințelor care se manifestă în realitate, ci postărilor mai frecvente existente în publicațiile sau portalurile de știri din județele respective. De aceea, între datele statisticilor oficiale și informațiile difuzate pe aceste portaluri există deosebiri esențiale.

Totuși, așa cum am subliniat deja, analiza acestor informații se dovedește utilă, deoarece sintetizează o serie de caracteristici și constatări care sunt absente în statisticile oficiale.

Deși un asemenea studiu este cumva *neuzual* și are mai multe deficiențe, printre care lipsa de reprezentativitate este cea mai evidentă, totuși poate fi complementar cu analiza statisticilor oficiale, publicate de instituțiile specializate.

Tabel 1. SURSELE (PORTALURILE DE ȘTIRI) ȘI NUMĂRUL DE POSTĂRI PRIVIND SINUCIDERILE DIN ROMÂNIA, ÎN PERIOADA 2 IANUARIE 2012-31 DECEMBRIE 2014

Nr.	SURSA (PORTALUL)	Total Pos-tări Știri	Nr.	SURSA (PORTALUL)	Total Pos-tări Știri
1.	http://adevarul.ro/	159	47.	http://www.informatiadeseverin.ro/	1
2.	http://www.ziare.com/	136	48.	http://observator.ro/	1
3.	http://stirileprotv.ro/	99	49.	http://glsa.ro/	1
4.	http://www.realitatea.net/	92	50.	http://www.informatiadeseverin.ro/	1
5.	http://www.cugetliber.ro/	43	51.	http://epitesti.ro/	1
6.	http://www.independentonline.ro/	21	52.	http://www.ziaruldeiasi.ro/	1
7.	http://ziuadecj.realitatea.net/	17	53.	http://someseanul.ro/	1
8.	http://www.mesageruldecovasna.ro/	14	54.	http://www.9am.ro/	1
9.		13	55.	http://www.pressalert.ro/	1
10.	http://stiri.astazi.ro/	8	56.	http://www.newsin.ro/	1
11.	http://www.jurnal.tvsatrm.ro/	5	57.	http://www.craiovaforum.ro/	1
12.	http://www.monitorulbt.ro/	5	58.	http://www.viata-libera.ro/	1
13.	http://www.mediafax.ro/	5	59.	http://www.emaramures.ro/	1
14.	http://www.tion.ro/	5	60.	http://www.giurgiu-news.ro/	1
15.	http://www.romanalibera.ro/	5	61.	http://www.giurgiu-news.ro/	1
16.	http://www.presaonline.com/	4	62.	http://www.mediasinfo.ro/	1
17.	http://www.gandul.info/	4	63.	http://ph-online.ro/	1
18.	http://www.stiridecluj.ro/	4	64.	http://www.lupamea.ro/	1
19.	http://stiri.covasnamedia.ro/	4	65.	http://www.antena3.ro/	1
20.	http://bihoreanul.gandul.info/	4	66.	http://www.mediasinfo.ro/	1
21.	http://www.bzi.ro/	4	67.	http://www.otv.com.ro/	1
22.	http://www.click.ro/	4	68.	http://bihorstiri.ro/	1
23.	http://www.crimetime.ro/	4	69.	http://www.bihon.ro/	1
24.	http://www.evz.ro/	3	70.	http://glsa.ro/arad/	1
25.	http://www.obiectivdesuceava.ro/	3	71.	http://www.wowbiz.ro/	1
26.	http://www.ziaruldepenet.ro/	3	72.	http://www.mondonews.ro/	1
27.	http://www.b1.ro/	3	73.	http://www.probraila.ro/	1
28.	http://www://cancan.ro/	2	74.	http://www.magazinsalajejan.ro/	1
29.	http://www.romaniatv.net/	2	75.	http://observator.tv/	1
30.	http://olt-alert.ro/	2	76.	http://www.monitorulvn.ro/	1
31.	http://proalba.ro/	2	77.	http://www.mediafax.ro/	1
32.	http://stiri.covasnamedia.ro/	2	78.	http://www.mytex.ro/	1
33.	http://www.monitoruldevaslui.ro/	2	79.	http://saptamana.net	1
34.	http://www.viata-libera.ro/	2	80.	http://www.caon.ro/	1
35.	http://www.ziaruldevrancea.ro/	2	81.	http://www.vocea-olteniei.ro	1
36.	http://www.mediasinfo.ro/	2	82.	http://www.graiulsalajului.ro/	1
37.	http://www.botosaneanul.ro/	2	83.	http://portalsm.ro/	1
38.	http://www.infomm.ro/	2	84.	http://www.pandurul.ro	1
39.	http://citynews.ro/	2	85.	http://www.pressalert.ro/	1
40.	http://ro.stiri.yahoo.com/	2	86.	http://www.probraila.ro/	1
41.	http://www.valcea1.ro/	2	87.	http://www.stirigiurgiu.ro/	1
42.	http://www.tumucustiri.ro/	2	88.	http://www.voceatransilvaniei.ro/	1
43.	http://ziar.ro/	2	89.	http://www.antena3.ro/	1
44.	http://ifz.ro/	2	90.	http://stiri.botosani.ro/	1
45.	http://arq.ro/	2	91.	http://7est.ro/actualitate/	1
46.	http://www.agentia.org/	2	92.	http://portal.radioiasi.ro/	1
			93.	http://www.emaramures.ro/	1
TOTAL		756	POSTĂRI		

NOTA: Diferența dintre numărul total de postări și numărul total de sinucideri postate se datorează faptului că unele surse au informat în cadrul unei singure postări despre două și chiar trei sinucideri.

3. Constatări rezultate din analiza cantitativă a cazurilor

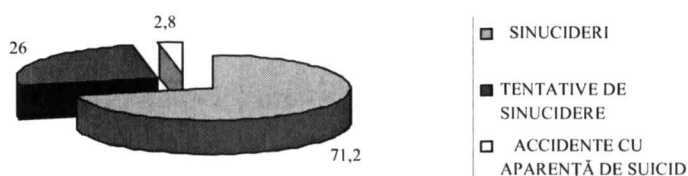
Într-o primă etapă a studiului, am procedat la o analiză cantitativă a cazurilor

înregistrate, pentru a putea identifica variabilele principale care determină sau condiționează, cel puțin potențial, conduitele suicidare.

3.1. Tipurile de acte suicidare evidențiate de mass media și portalurile de știri consultate

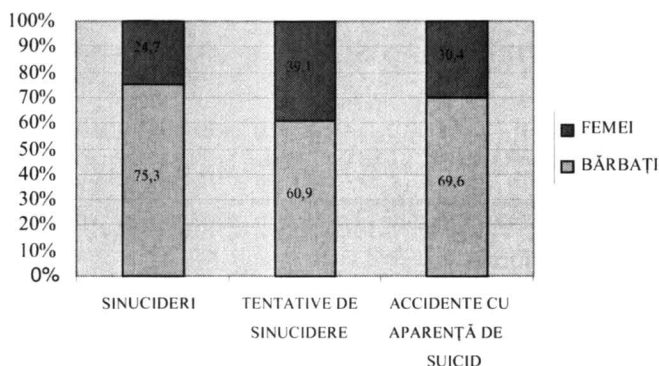
Din totalul cazurilor identificate, cea mai mare parte (peste 71%) este reprezentată de sinucideri, urmate de tentative de sinucidere (26%) și accidente cu aparență de suicid (circa 3%)-(vezi diagrama A).

DIAGRAMA A
DISTRIBUȚIA CAZURILOR RECOLTATE ÎN FUNCȚIE DE TIPUL DE ACT SUICIDAR

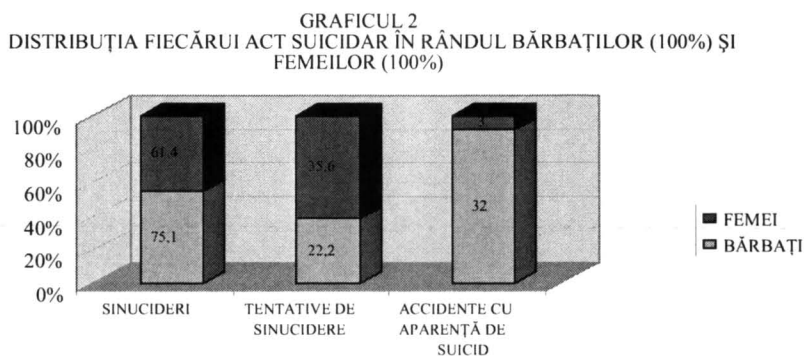


Pentru fiecare tip de act suicidar, proporția majoritară este deținută de bărbați (vezi graficul 1).

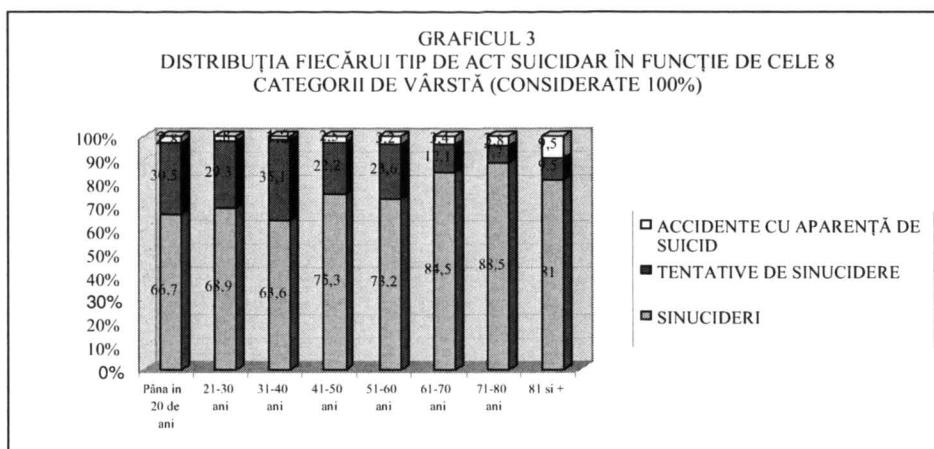
GRAFICUL 1
DISTRIBUȚIA ÎN FUNCȚIE DE SEXE A TIPULUI DE ACT SUICIDAR



Totuși, dacă calculăm ponderile fiecărui tip de act suicidal în cadrul unei proporții de 100% bărbați, comparativ cu 100% femei, rezultă – așa cum se întâmplă, de fapt, și în mod real, la nivel național -, că femeile comit mai multe tentative de sinucidere decât bărbații, care, la rândul lor, comit sinucideri „efective”, într-o proporție mai mare decât femeile (vezi graficul 2).



În ceea ce privește distribuția celor 3 tipuri de acte suicidare (sinuciderile efective, tentativele de suicid și accidentele cu aparență de suicid), în raport de cele 8 categorii de vârstă (considerate 100%), aceasta este evidențiată în graficul 3.



Astfel cele mai multe sinucideri au fost comise de categoriile cele mai vârstnice, care au depășit 60 de ani, în timp ce tentativele de sinucidere caracterizează, cu precădere, cele mai tinere categorii de vârstă (31-40 de ani, 11-20 de ani și 21-30 de ani). La rândul lor, accidentele cu aparență de sinucidere sunt mai specifice grupului cel mai vârstnic (81 de ani și peste).

Aceste tendințe sunt, într-o mare măsură, coincidente cu tendințele existente

la nivel european, deși, trebuie precizat că ele preiau doar informațiile din mass media românească.

3.2. Proporția dintre bărbații și femeile care au comis diferite forme de act suicidar în funcție de județele țării.

Așa cum a rezultat din analiza efectuată, proporția dintre bărbații și femeile care au comis sinucideri, tentative de sinucideri și accidente în perioada 2012-2014 și despre care presa și portalurile de știri au prezentat informații mai mult sau mai puțin detaliate este, în medie, de 2,5 la 1, cu abateri în plus sau în minus de la un județ la altul. Din totalul cazurilor, 71,4% sunt bărbați și 28,6 sunt femei (vezi tabelul 2).

JUDEȚ	SEX		RAPORT Bărbați/Femei	TOTAL CAZURI
	Bărbați %	Femei %		
Harghita	72,7	27,3	2,7/1	22
Covasna	81,8	18,2	4,5/1	22
Ilfov	87,5	12,5	7/1	8
Constanța	77,3	22,7	3,4/1	66
Satu Mare	70,0	30,0	2,3/1	20
Bihor	61,5	38,5	1,6/1	13
Tulcea	92,9	7,1	13/1	14
Mureș	69,6	30,4	2,3/1	23
Arad	60,0	40,0	1,5/1	20
Ialomița	64,3	35,7	1,8/1	14
Hunedoara	72,4	27,6	2,6/1	29
Iași	77,1	22,9	3,4/1	35
Giurgiu	66,7	33,3	2/1	15
Neamț	37,5	62,5	1/1,7	8
Teleorman	50,0	50,0	1/1	8
Galați	78,6	21,4	3,7/1	14
Dâmbovița	77,8	22,2	3,5/1	18
Olt	75,0	25,0	3/1	16
Sălaj	69,2	30,8	2,3/1	13
Timiș	71,4	28,6	2,5/1	21
Dolj	78,6	21,4	3,7/1	14
Vaslui	57,9	42,1	1,4/1	19
Vâlcea	45,5	54,5	1/1,2	11
Vrancea	55,6	44,4	1,3/1	18
București	67,2	32,8	2/1	64
Cluj	82,4	17,6	4,7/1	34
Suceava	58,8	41,2	1,4/1	17
Sibiu	72,7	27,3	2,7/1	11

Prahova	73,9	26,1	2,8/1	23
Mehedinți	70,0	30,0	2,3/1	10
Maramureș	66,7	33,3	2/1	21
Gorj	58,3	41,7	1,4/1	12
Caraș Severin	87,5	12,5	7/1	8
Călărași	40,0	60,0	1/1,5	10
Brașov	76,9	23,1	3,3/1	13
Buzău	80,9	19,1	4,3/1	21
Botoșani	71,4	28,6	2,5/1	21
Brăila	88,9	11,1	8/1	18
Bistrița-Năsăud	82,4	17,6	4,7/1	17
Bacău	66,7	33,3	2/1	12
Argeș	68,2	30,8	2,2/1	26
Alba	74,1	25,9	2,9/1	27
<i>TOTAL</i>	590	236	2,5	826
<i>TOTAL (%)</i>	71,4	28,6	2,5	100,0

Tabelul 2. Proporția dintre bărbații și femeile care au comis diverse forme de acte suicidare, în funcție de județele țării

Dintre județele care se caracterizează prin proporții care depășesc cu mult media pot fi menționate următoarele: Tulcea (13 la 1), Brăila (8 la 1), Ilfov (7 la 1) și Caraș-Severin (7 la 1). Valori situate între 4 la 1 sau 5 la 1, deci apropiate – așa cum rezultă din statisticile oficiale -, de cele înregistrate la nivel național, sunt caracteristice unor județe precum: Cluj (4,7 la 1), Bistrița-Năsăud (4,7 la 1), Covasna (4,5 la 1) și Buzău (4,3 la 1). Pe ansamblul județelor, am constatat și 3 excepții, în sens că proporția se inversează în favoarea femeilor: Neamț (1 la 1,7), Călărași (1 la 1,5) și Vâlcea (1 la 1,2). Pe de altă parte, în județul Teleorman, proporția dintre bărbații sinucigași și femeile sinucigașe este de 1 la 1.

3.3. Distribuția victimelor în funcție de grupuri de vârstă și sexe

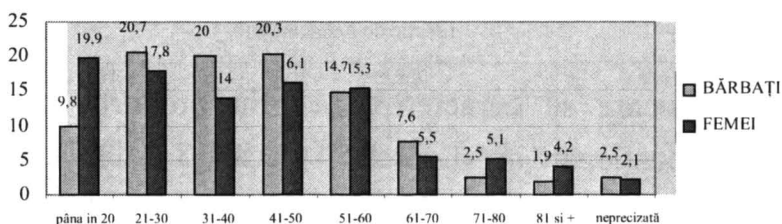
Pe ansamblul lotului investigat, categoriile de vârstă care au comis cele mai multe dintre cele 3 tipuri de acte suicidare, considerate împreună, sunt, în ordine, 21-30 de ani (19,9% din total), 41-50 de ani (19,%) și 31-40 de ani (18,3%)-(vezi diagrama B).

Din rândul bărbaților, categoriile de vârstă care au comis cele mai multe acte de tip suicidar (în jurul a 20% de fiecare categorie), sunt, în ordine: 21-30 de ani, 41-50 de ani și 31-40 de ani. Urmează categoria de vârstă 51-60 de ani care cumulează 14,7% din totalul sinuciderilor comise de către bărbați (vezi graficul 4).

DIAGRAMA B
DISTRIBUȚIA SINUCIDERILOR PE GRUPURI DE VÂRSTĂ



GRAFICUL 4
DISTRIBUȚIA ÎN FUNCȚIE DE SEX ȘI GRUPURI DE VÂRSTĂ A
VICTIMELOR ACTELOR DE SUICID



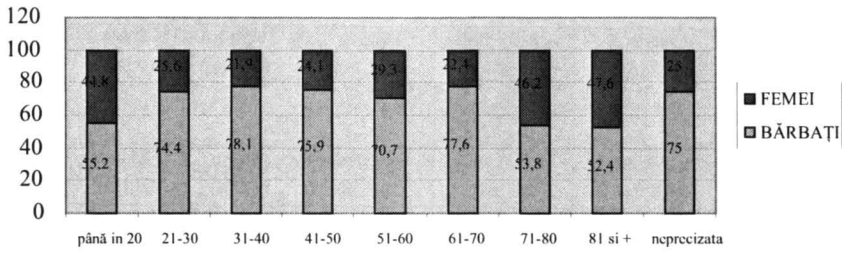
Dintre femei, categoriile de vârstă care au avut cele mai multe victime sunt următoarele: 11-20 de ani (circa 20%), 21-30 de ani (aproximativ 18%) și 41-50 de ani (peste 16%). Femeile situate în cea mai tânără categorie de vârstă au comis acte suicidare, într-o proporție mai mare decât bărbații din aceeași categorie.

Atât pentru bărbați, cât și pentru femei, grupurile cele mai vârstnice (care au peste 61 de ani) au comis cea mai mică proporție de asemenea acte suicidare. Apare evident faptul că toate aceste „tendențe” nu reflectă realitatea oglindită de statisticile oficiale, cu atât mai mult cu cât calcularea unor indicatori (de exemplu, numărul de sinucideri la 100.000 de persoane de aceeași vârstă sau sex, adică ratele de suicid ale acestor categorii), imposibil de realizat în studiul nostru, ar fi fost mult mai fidele decât cifrele brute ca atare.

Trebuie menționat și faptul că pentru majoritatea categoriilor de vârstă, comparativ cu femeile, bărbații au comis între 71% și circa 78% din numărul de sinucideri. Excepție fac grupurile masculine de vârstă situate în intervalul 11-20 de ani, 71-80 de ani și 81 de ani și peste, care au comis sinucideri în proporții situate doar între 52-55% (vezi graficul 5). Semnalăm, încă o dată, faptul că aceste date rezultă din analiza informațiilor evidențiate de

GRAFICUL 5

DISTRIBUȚIA PROPORȚIEI DE ACTE SUICIDARE COMISE DE CĂTRE BĂRBAȚI, COMPARATIV CU CELE COMISE DE CĂTRE FEMEI, ÎN CADRUL CELOR 8 CATEGORII DE VÂRSTĂ (CONSIDERATE 100%)



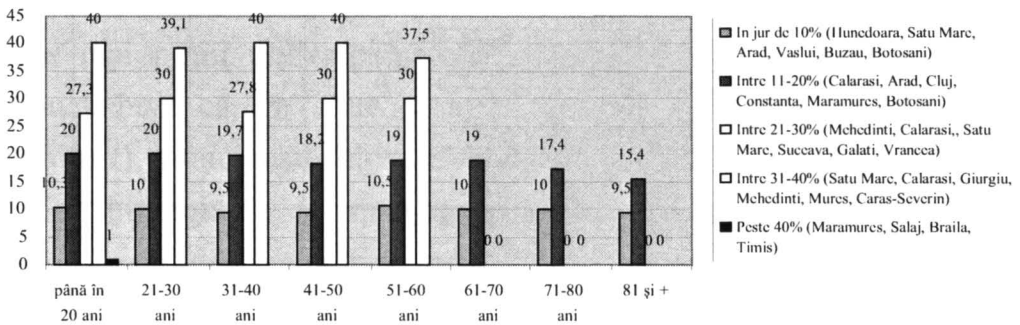
către mass media și nu din analiza realităților existente.

3.4. Gradul de răspândire a actelor suicidare în raport de categorii de vârstă și județele țării

În raport de grupurile de vârstă și județe, conform cu publicațiile și platformele on-line consultate, în 5 județe (Brașov, Maramureș, Sălaj, Brăila și Timiș) s-a înregistrat cel mai mare număr de victime, exclusiv în rândul categoriilor de vârstă 41-50 ani și 21-30 de ani (vezi graficul 6 și tabelul 3).

GRAFICUL 6

DISTRIBUȚIA SINUCIDERILOR (RAPORTATE ÎN SURSELE ON LINE), ÎN FUNCȚIE DE CATEGORII DE VÂRSTĂ ȘI JUDEȚE



Reiterăm, încă o dată, faptul că acestei distribuții îi lipsește reprezentativitatea la nivelul întregii țări, însă ea este utilă pentru a putea evidenția modul în care presa și sursele on-line din țară reflectă fenomenul suicidar din România, în ultimii 3 ani.

În 18 de județe, cu prioritate în Satu Mare, Giurgiu, Călărași și Mehedinți a fost raportat un procent situat între 1-40%, mai ales în rândul categoriilor de

%	11-20 de ani	21-30 de ani	31-40 de ani	41-50 de ani	51-60 de ani	61-70 de ani	71-80 de ani	81 de ani și peste
Până în 10%	Hunedoara (10,3%)	Satu Mare (10%)	Buzău (9,5%)	Botoșani (9,5%)	Vaslui (10,5%)	Arad (10%)	Ialomița (7,1%)	Buzău (9,5%)
					Bacău (8,3%)	București (9,4)	Alba (7,4%)	Vâlcea (9,1)
	Cluj (8,8%)	Călărași (10,0%)	Botoșani (9,5%)	Mureș (8,7)	Prahova (8,7%)	Timiș (9,5%)	Gorj (8,2%)	Prahova (9,1%)
							Buzău (9,5%)	
Bacău (8,3%)	Covasna (9,1%)	Vâlcea (9,1%)	Hunedoara (6,9%)	Gorj (8,2%)	Vâlcea (9,1%)	Arad (10,0%)		
Între 11-20%	Călărași (20,0%)	Arad (20%)	Constanța (19,7%)	Harghita (18,2%)	București (18,%)	Maramureș (19,0%)	Argeș (11,5%)	Bihor (15,4%)
	Alba (18,5)	Cluj (20%)	Covasna (18,2%)		Sibiu (18,2%)			
	Harghita (18,2%)	Maramureș (19,0%)	Mureș (17,4%)	Constanța (18,2%)	Buzău (19,0%)	Covasna (18,2%)	Prahova (17,4%)	Ialomița (14,3)
	Vâlcea (18,2%)	Alba (18,5%)	Bistrița (17,6%)		Botoșani (19%)	Bistrița-Năsăud (17,6%)		
Între 21-30%	Sibiu (27,3)	Mehedinți (30,0%)	Vrancea (27,8%)	Călărași (30,0%)	Mehedinți (30%)			
		Vaslui (26,3%)	Hunedoara (27,6%)	Satu Mare (30%)	Mureș (26,1%)			
	Arad (25%)	Bacău (25,0%)	București (26,6%)	Suceava (29,4%)	Galați (28,6%)			
	Teleorman (25%)	Teleorman (25%)	Cluj (26,5%)	Galați (28,6)	Neamț (25%)			
	Olt (25%)	Gorj (25%)		Sibiu (27,3%)	Olt (25%)			
Între 31-40%	Satu Mare (40%)	Mureș (39,1%)	Călărași (40%)	Giurgiu (40,0%)	Caraș-Severin (37,5%)			
		Vâlcea (36,4%)	Dolj (35,7%)	Mehedinți (40,0%)	Alba (33,4%)			
		Prahova (34,8%)	Timiș (33,3%)	Tulcea (35,7%)				
		Dâmbovița (33,0%)	Iași (31,3%)	Bacău (33,3%)				
		Botoșani (33,3%)	Brăila (33,3%)	Ilfov (37,5%)				
				Covasna (31,8%)				
Peste 40%		Sălaj (46,2%)			Maramureș (47,6%)			
		Timiș (42,8)			Brașov (53,8%)			
					Brăila (44,4%)			

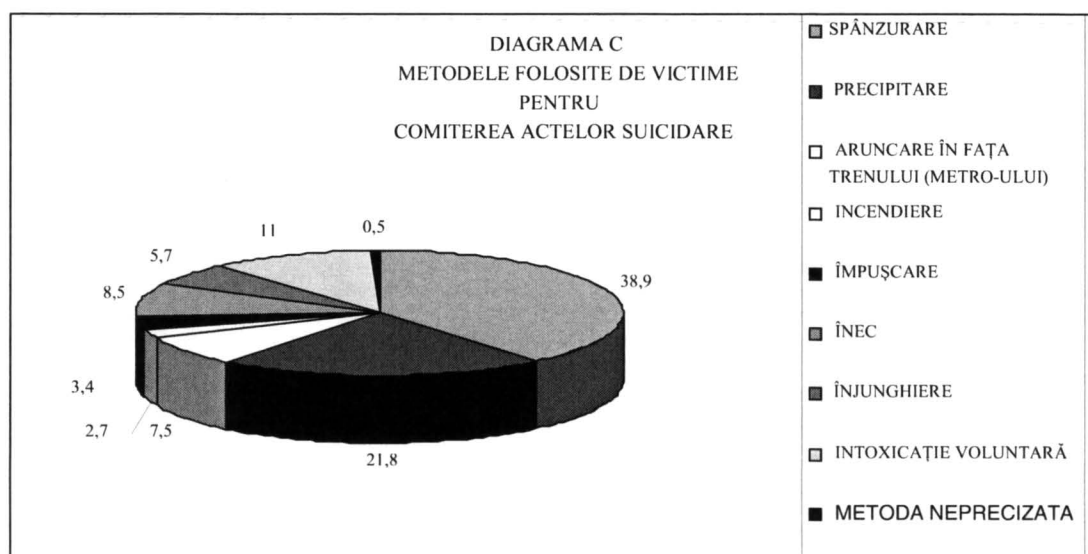
Tabelul 3. Gradul de răspândire a sinuciderilor în raport de categorii de vârstă și județele țării

vârstă 31-40 de ani și 41-50 de ani. În alte 23 de județe, în primul rând în Mehedinți, Călărași și Satu Mare, presa scrisă și platformele on line au identificat o proporție situată între 21-30% din totalul actelor suicidare considerate împreună, cu precădere, în rândul categoriilor de vârstă 21-30 de ani, 41-50 de ani și 51-60 de ani. Cele mai puține asemenea acte (până în 10% și

între 11-20%) și cu impact asupra tuturor categoriilor de vârstă au fost raportate în județe precum Hunedoara, Gorj, Bacău, Prahova și Vâlcea, respectiv în Argeș, Ialomița și Bihor.

3.5. Metodele cele mai frecvente utilizate de victime pentru a comite actele suicidare

În concordanță cu sursele de informație consultate, spânzurarea și precipitarea (aruncarea de la înălțime) sunt principalele metode folosite de victime pentru comiterea actelor de suicid (vezi diagrama C).



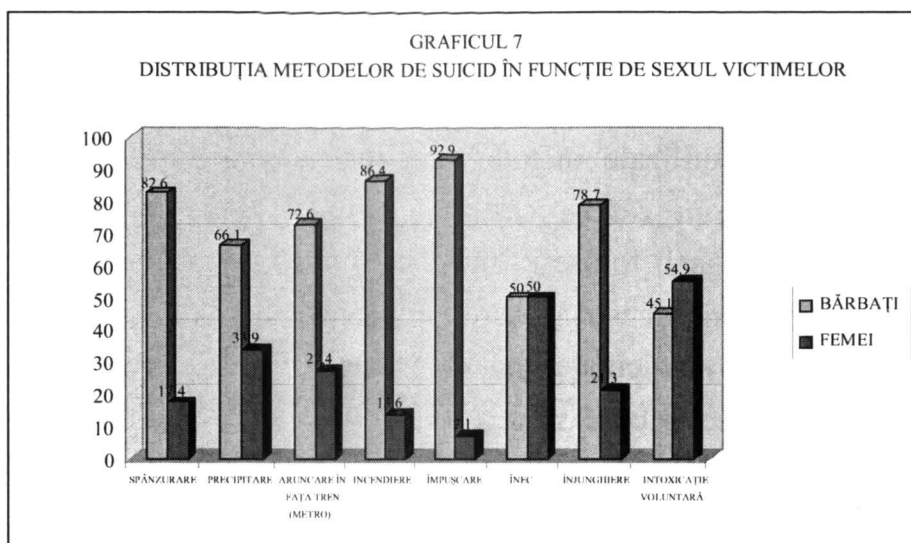
Cele mai puțin utilizate metode sunt incendierea și împușcarea. Trebuie menționat însă că, în câteva cazuri (nesemnificative, totuși, în raport cu ansamblul !), sinucigașii folosesc metode „duble” pentru a-și curma viața. De exemplu, înjunghiere și spânzurare, aruncarea în fântână cu ștreangul de gât, consum de spirt medicinal urmat de înec etc. (vezi Caseta 1).

Pe de altă parte, trebuie remarcat că o serie de metode de suicid sunt determinate chiar de existența unor mijloace sau a unor condiții locale aflate, mai frecvent decât altele, la îndemâna victimelor. De pildă, spânzurarea de un copac aflat în curtea sinucigașului ori spânzurarea de gratii – în cazul unor deținuți -, înecul – în condițiile existenței în localitate a unui lac sau râu - etc. Unele metode suicidare au un caracter „mimetic”, în sensul că imită pe cele folosite deja de persoane cunoscute și mediatizate, așa cum este cazul ingestării voluntare a furadanului de către cunoscuta cântăreață Mădălina

„Un tânăr de 30 ani din Botoșani a încercat să se sinucidă prin mai multe metode. Întâi s-a sâgrumat și apoi s-a lovit cu un bolovan în cap pe un câmp din afara municipiului Botoșani. A fost găsit de un echipaj de ambulanță chemat de câțiva martori. S-a dus pe câmpul din apropierea cimitirului Pacea, în apropierea drumului ce leagă Botoșaniul de Suceava, și-a scos cureaua de la pantaloni și a încercat să se spânzure singur, trăgând de unul dintre capetele curelei. Vâzând că nu poate, a luat un bolovan și a început să se lovească cu putere în cap. Cuprinși de groază câțiva botoșăneni veniți la grătar au asistat încă de la început la aceste scene. Au chemat ambulanța chiar din momentul în care botoșăneanul încerca să se sâgrume cu ajutorul curelei. Personalul medical l-a găsit pe tânăr când își dădea cu piatra în cap. Botoșăneanul a fost dus de urgență la spital, unde a primit îngrijiri medicale. La Unitatea de Primire a Urgențelor nu a vrut să spună cum îl cheamă de frică să nu afle șeful de la locul de muncă și să îl dea afară. A fost în cele din urmă dus la psihiatrie” (Zamfirache Cosmin, *Un botoșănean a încercat să se sinucidă sâgrumându-se cu o curea și lovindu-se în cap cu un bolovan*”, <http://adevarul.ro/locale/>, 10 august 2014).

Manole, imitată de alți sinucigași.

Cu excepția intoxicației voluntare, care este metoda preferată, cu precădere, de victimele femei, bărbații utilizează, în proporții mai mari, toate celelalte metode, cu precădere împușcarea și incendierea. Înecul, în schimb, este folosit, în ponderi egale, atât de bărbați, cât și de femei (vezi graficul 7).



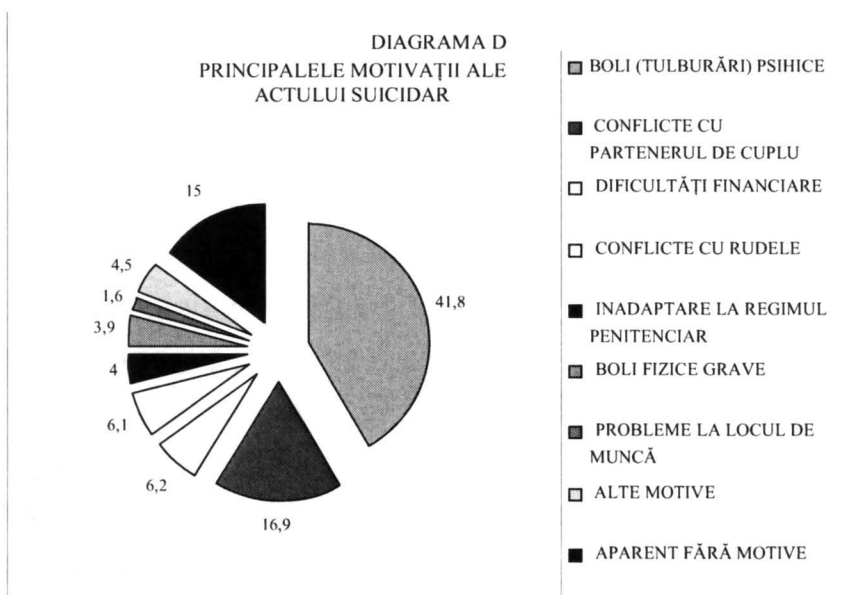
În raport de vârstă, în condițiile în care toate categoriile de vârstă preferă ca metode principale de victimizare spânzurarea și precipitarea, tinerii par să aleagă mai frecvent aruncarea în fața trenului sau metro-ului, grupurile mijlocii de vârstă folosesc mai des împușcarea sau incendierea, cei mai vârstnici recurg mai des la incendiere sau înjunghiere ș.a. (vezi tabelul 4).

V Â R S T Ă	Spân- zurare	Preci- pitare	Aruncare în fața trenului (metro- ului)	Incen- dierie	Împu- șcare	Înec	Înjun- ghiere	Intoxi- cație volun- tară	Metoda nepreci- zată	T
11-20	15,3	10,0	3,2	-	3,6	12,9	8,5	23,1	20,0	105
21-30	19,0	22,2	22,6	13,6	17,9	18,6	23,4	17,5	20,0	164
31-40	18,7	16,7	25,8	13,6	7,1	11,4	17,0	24,2	40,0	151
41-50	18,1	16,1	21,1	27,3	42,8	18,6	23,4	16,5	20,0	158
51-60	15,9	11,7	12,9	27,3	25,0	18,6	10,6	13,2	-	123
61-70	8,4	9,4	4,8	13,6	-	5,7	6,4	1,1	-	58
71-80	1,9	3,9	4,8	-	-	8,6	4,3	2,2	-	26
81 și peste	1,5	3,9	1,6	-	3,6	5,6	4,3	1,1	-	21
Ne- preci- zată	1,2	6,1	3,2	4,6	-	-	2,1	1,1	-	20
T	321	180	62	22	28	70	47	91	5	826
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabelul 4 – Distribuția metodelor de sinucidere în cadrul diverselor categorii de vârstă

3.6. Principalele motivații ale actului suicidar

Dintre cauzele/motivațiile principale care par să determine victimele în a se sinucide, cele mai frecvente sunt bolile sau tulburările psihice și conflictele cu partenerul de cuplu (condiționate de sentimente de gelozie, divorț, abandonul căminului etc.)-(vezi diagrama D).



Urmează, în ponderi incomparabil mai mici, dificultățile financiare (pierderi

mari la jocuri de noroc, împrumuturi nerestituite cămătarilor, falimentul unor afaceri ș.a., conflictele cu părinții, copiii ori alte rude, incapacitatea de adaptare la regimul penitenciar în cazul unor deținuți sau teama de o eventuală arestare în cazul unor victime care au încălcat legea, bolile fizice grave (terminale) etc.

Clasificarea pe care am efectuat-o are, întrucâtva, un caracter „maniheist”, dar și unul operațional, deoarece la baza celor mai multe acte suicidare stau două sau chiar mai multe cauze sau motivații. De exemplu, multe boli (tulburări) psihice sunt potențate de consumul de alcool, care, la rândul său, poate fi determinat de o decepție sentimentală, un eșec profesional, un conflict cu cei apropiați, o dificultate financiară etc. În spatele multor episoade depresive se pot ascunde o multitudine de drame umane (incapacitatea de a suporta bătrânețea sau boala, dispariția partenerului sau partenerei de cuplu, singurătatea, șomajul, sentimentele de rușine, remușcarea, frica, răzbunarea etc.).

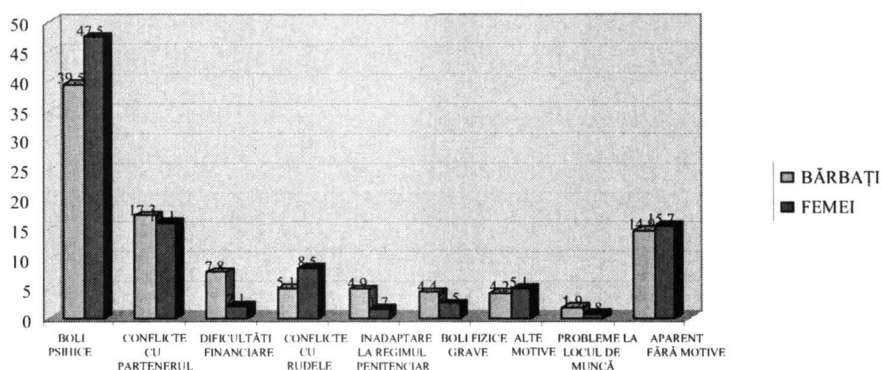
Pe de altă parte, așa cum am subliniat deja în mai multe studii ori articole anterioare, nu trebuie confundate motivațiile (*subiective*) cu cauzele (*obiective*), confuzie pe care o fac, în mod frecvent, cei care redactează știrile cu privire la sinucideri. Deoarece, așa cum rezultă (și) din analiza cazurilor prezentate de publicațiile print și portalurile on-line, în foarte puține cazuri victimele lasă bilete de adio, este foarte dificil de descifrat care sunt veritabilele motive ori adevăratele cauze pentru care anumiți indivizi aleg să-și pună capăt vieții.

Este de menționat și faptul că, mai ales, în cazurile în care motivația principală a actului suicidar o reprezintă conflictele conjugale, sinuciderile urmează unor crime cu caracter pasional.

În ceea ce privește distribuția cauzelor sau motivațiilor actelor suicidare în funcție de sexul victimelor, depresia, bolile (tulburările) psihice și conflictele cu partenerul de cuplu se situează pe primele două locuri atât în cazul bărbaților, cât și în cazul femeilor (vezi graficul 8).

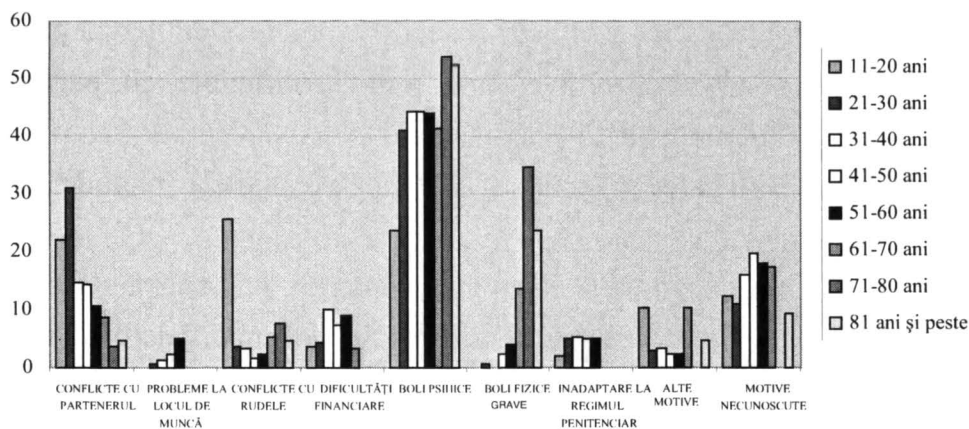
Ierarhia este cumva diferită pentru celelalte motive, care au ponderi mai scăzute. Astfel, în timp ce pentru bărbați, dificultățile financiare, conflictele cu alte rude, inadaptarea la tratamentul ori regimul penitenciar și bolile fizice grave reprezintă motivații suicidare situate pe locurile 3, 4, 5 și 6, în cazul femeilor, pe aceste locuri sunt situate, în ordine, conflictele cu alte rude (3), alte motive (4), bolile fizice grave (5) și dificultățile financiare (6). Mai trebuie adăugat că o pondere relativ similară, adică 14,9% în cazul bărbaților și 15,7% în cazul femeilor, este reprezentată de motive necunoscute (aparent *fără motive*).

GRAFICUL 8
DISTRIBUȚIA MOTIVAȚIILOR SUICIDARE ÎN FUNCȚIE DE SEXUL VICTIMELOR



În raport de vârstă, bolile (tulburările) psihice, inclusiv depresia, par să afecteze, în cea mai mare măsură, toate categoriile de vârstă, fiind cauza cea mai importantă sau factorul precipitant principal al actului suicidal, care acționează, mai ales, în cadrul categoriilor vârstnice și mijlocii (vezi graficul 9).

GRAFICUL 9
DISTRIBUȚIA MOTIVAȚIILOR SUICIDARE ÎN CADRUL DIFERITELOR CATEGORII DE VÂRSTĂ



Vârstnicii, pe de altă parte, au ca motivație suicidală, în mai mare măsură decât alte categorii, bolile fizice grave (letale) sau durerile mari induse de acestea. Spitalizarea pentru boli grave pare, în acest sens, un important factor de risc, la fel ca și sentimentele de deprimare, frustrare ori resemnare.

Conflictele cu partenerul de cuplu și conflictele cu alte rude reprezintă, la rândul lor, motivații distribuite în cadrul tuturor categoriilor de vârstă, cu precădere însă în rândul celor mai tinere. Victimizarea sau abuzul, care constituie pentru mulți agresori un mijloc de „rezolvare” a unor probleme de

viață, constituie, în acest sens, un alt factor de risc important, mai ales pentru victime. Adeseori, însă, și pentru agresori, care se confruntă, adeseori, cu sentimente de regret și remușcare. Pe de altă parte, dificultățile financiare și inadaptarea la regimul penitenciar par să fie motivații mai caracteristice grupurilor mijlocii de vârstă.

Dintre „alte motive” evidențiate de ziaristi care redactează știrile despre sinucideri rețin atenția și câteva cu caracter mai aparte precum teama de sancțiune (mai ales în cazul unor copii), teama de autorități, protestul la adresa acestora, nemulțumirea față de decizia instanțelor de judecată, dorul de părinții sau copiii plecați în străinătate, șantajul sentimental, incapacitatea de a suporta pierderea unor apropiați ori rușinea de a fi înșelat de parteneră, dar și altele mai puțin obișnuite așa cum este pierderea unui meci de către echipa favorită, ori chiar „hilare” – precum incapacitatea unei soții de a suporta reproșurile soțului cu privire la calitățile sale de gospodină (sic!) ș.a.m.d.

Corelația dintre motivele sau cauzele actelor suicidare și metodele folosite evidențiază faptul că, în timp ce, cu excepția bolilor fizice grave, spânzurarea este metoda principală folosită de victime, indiferent de cauzele sau motivațiile actului lor suicidar, precipitarea se situează pe locul al doilea, fiind utilizată, cu precădere, de sinucigașii al căror act pare motivat de o boală fizică gravă, dar și de către cei care au alte motive, mai puțin conflictele cu partenerul și problemele la locul de muncă (vezi tabelul 5).

Înjunghierea, respectiv înecul par să fie principalele metode utilizate în aceste două situații.

În fine, intoxicarea voluntară cu medicamente sau substanțe nocive este folosită, cu precădere, atât de către victimele care se sinucid datorită confruntării cu o boală fizică gravă, cât și de către sinucigașii care decid să-și pună capăt vieții datorită unor conflicte cu rudele sau incapacității de a se adapta la rigorile mediului penitenciar. Nu în cele din urmă consumul excesiv de alcool sau de droguri reprezintă factori de risc care potențează starea de depresie și confuzie, întreținând ideea și tendințele suicidare.

*

Departee de a include multitudinea de variabile care influențează, condiționează sau, mai rar, chiar determină comportamentul suicidar, analiza cantitativă pe care am efectuat-o are un caracter parțial și nereprezentativ la

MOTIVE /CAUZE	METODA DE SINUCIDERE									
	Spân- zurare %	Preci- pitare %	Arunca- re în fața trenului (metro, mașină) %	Incen- Diere %	Împuș- care %	În- ec %	Înjun- Ghiere %	Intoxicație voluntară (cu medicamente, substanțe nocive (gaz etc.) %	Metoda de sinuci- dere nepreci- zată %	T
Conflicte cu partenerul (gelozie, abandon etc.)	47,1	8,6	10,0	2,9	5,0	5,7	10,7	10,0	-	140
Probleme (conflicte) legate de locul de muncă (șomaj, disponibi- lizare etc.)	61,5	7,7	7,7	-	-	15,4	-	7,7	-	13
Conflicte cu părinții (copiii, alte rude)	30,0	20,0	16,0	2,0	-	4,0	8,0	18,0	2,0	50
Dificultăți financiare	49,0	17,7	3,9	3,9	3,9	3,9	2,0	13,7	2,0	51
Boli sau tulburări psihice (inclusiv depresie), alcoolism)	36,8	26,4	6,7	2,6	2,6	9,6	4,6	10,4	0,3	345
<i>Boli fizice grave (terminale)</i>	12,5	46,9	-	-	-	12,5	6,2	21,9	-	32
Inadaptare la regimul penitenciar (teama de justiție, detenție)	54,5	15,2	-	-	3,0	3,0	9,1	15,2	-	33
<i>Alte motive</i>	35,2	13,5	2,7	8,1	8,1	5,4	13,5	13,5	-	37
<i>Aparent fără motive (motive necunoscute)</i>	36,0	25,6	10,4	2,4	4,8	12,8	0,8	5,6	1,6	125
TOTAL	321	180	62	22	28	70	47	91	5	826

Tabelul 5. Distribuția metodelor folosite de victime în funcție de motivațiile actului suicidal

nivel general, deoarece ia în considerare, exclusiv, doar factorii menționați în știrile din mass media și mediul virtual pe care le-am consultat.

În aceste știri, sunt absente sau sunt incomplete sau chiar absente informațiile cu privire la mediul de rezidență al victimelor, statusul lor marital, statutul socio-profesional și nivelul lor de instrucție, precum și alți factori care pot individualiza, în mod mai adecvat, profilul victimelor și contextul lor de viață (familiar, profesional ș.a.).

Din păcate, asemenea informații sunt ignorate de cei care întocmesc știrile cu

privire la sinucidere, care se mulțumesc să menționeze doar câteva variabile.

4. Analiza calitativă a actelor suicidare descrise de mass media și platformele on line.

Constatările parțiale ale analizei *cantitative* menționate mai sus au fost completate cu evaluările – relativ mai complete - rezultate din efectuarea unei analize *calitative*.

Răspunzând unor întrebări la care analiza cantitativă nu are capacitatea de a da răspunsuri clare sau nuanțate, studiile calitative au avantajul că, evitând caracterul prea reduționist al analizei cantitative, o completează pe aceasta din urmă cu date mai nuanțate. În același timp, un asemenea tip de analiză permite schițarea unui cadru evaluativ contextual, caracterizat de o mare diversitate.

4.1. Categoriile și subcategoriile în funcție de care se pot clasifica sinuciderile

Evaluarea cazurilor recoltate prin intermediul presei scrise și al portalurilor de știri on line ne-a permis, mai întâi, o clasificare preliminară a tipurilor de acte suicidare (sinucideri, tentative de suicid și accidente cu aparență de suicid) în funcție de următoarele *categorii* sau *subcategorii*:

(a) *numărul de victime implicate*: acte suicidare solitare, sinucideri în doi (așa cum sunt acelea de „Ziua Îndrăgostiților”); sinucideri în grup („colective” – de genul celor comise în Jonestown, în nord-vestul Guyanei, influențate sau comandate de liderul așa-zisului „Templu al Popoarelor”, Jim Jones)*; sinucideri sau tentative urmând unei crime sau mai multor crime (așa-numitul „homicid/suicid”);

(b) *forma pe care o ia actul suicidar*: sinucideri comise în „tăcere”, departe de ochii lumii; sinucideri (sau tentative) „spectacol”; sinucideri anunțate public

* Exemplul menționat, soldat cu 918 victime, nu este singular. S-au mai înregistrat sinucideri în masă în cazul unor secte precum: „Mișcarea pentru Restaurarea Celor Zece Porunci ale lui Dumnezeu” din Uganda (778 victime), Adventiștii „Cultului Davidian” din Waco, statul Texas (76 victime), „Ordinul Templului Solar” din două sate localizate în Elveția și Canada (74 de morți), Secta „Poarta Raiului” din San Diego, California (38 de morți).

ori unei persoane sau unui grup de persoane (familie, grup de prieteni), prin intermediul Facebook, al unui bilet sau SMS; sinucideri spontane sau calculate (premeditate) etc.;

(c) caracterul *rațional* (ca mijloc de „soluționare” a unor probleme de viață) sau *irațional (illogic)* al actului suicidal. Pot exista, pe de altă parte, sinucideri *nemotivate* (inexplicabile), sinucideri *rituale* etc.;

(d) *metodele folosite*: spânzurare, precipitare, aruncare în fața unei mașini, tren sau metro, incendiere, împușcare, înec, înjunghiere, intoxicație voluntară. Există și altele mai puțin obișnuite, precum refrigerarea, gazarea, aruncarea în aer prin explozie a victimei, conducerea unei mașini pe contrasens, direcționarea unui tren spre o catastrofă feroviară premeditată, prăbușirea intenționată a unui avion (așa cum a fost cazul aeronavei aparținând companiei „Germanwings”, catastrofă premeditată de copilot și petrecută în luna martie 2015), automutilarea victimei prin diferite mijloace etc. Trebuie menționat, în același timp, că, în mai multe cazuri, victimele nu folosesc o singură metodă pentru a se sinucide, ci două, trei sau chiar mai multe. Pe de altă parte, așa cum indică numeroase studii, utilizarea acestor metode depinde și de oportunitatea sau disponibilitatea lor;

(e) *modelul urmat (imitat) și metodele folosite în mod reiterativ și de către alte persoane decât victima*. Conform așa-numitului „efect Werther” sau de contagiune*, o parte dintre actele suicidare comise urmează modele recunoscute (din rândul familiei sau al unor personalități), folosind chiar și modele similare (de exemplu, intoxicarea cu furadan, așa cum a procedat cântăreața Mădălina Manole). Aceste cazuri sunt numite sinucideri „mimetice”, efectul de contagiune putând fi potențat atât de modelul familial (un părinte sau altă rudă care s-a sinucis în același mod), cât și de modelele difuzate prin Internet sau prin intermediul mass media. Se spune, de exemplu, că detaliile oferite publicului de către mass media americană asupra sinuciderii, de altfel incerte, a celebrei actrițe Marilyn Monroe, în august 1962, a determinat o creștere cu 12% a sinuciderilor în lunile următoare, comparativ cu lunile din anul precedent (Sanger-Katz, M., 2014);

* Acest efect mai este denumit *efectul Werther*, în funcție de numele eroului cu acest nume, care s-a sinucis, descris de către Goethe în cunoscuta sa carte, *Suferințele tânărului Werther*, model romantic care – se spune – a provocat un „val” de sinucideri în rândul tinerilor germani.

(f) *locul sinuciderii*: există sinucideri în serie, în locuri așa-zis „blestemate” („predestinate”), în cimitire, în locuri în care s-au sinucis, succesiv, mai multe rude sau apropiați, sinucideri în locuri ferite sau „neutre” (hoteluri, locuințe special închiriate), sinucideri în locuri neobișnuite (cotețul găinilor, de exemplu);

(g) numărul *tentativelor de suicid* care preced sinuciderea ca atare: de exemplu, tentative de sinucidere repetate de două, trei sau mai multe ori (personal, am identificat cazul unei victime care a avut nu mai puțin de zece tentative suicidare!). O subclasificare, în acest sens, ar putea include aici sinucideri reușite și nereușite, soldate cu rănirea, mutilarea sau moartea victimei;

(h) *perioada* (ziua, luna, sezonul) în care s-a petrecut actul suicidar, fiind vehiculate, în acest sens, numeroase ipoteze sau teorii legate de acest aspect, care pun în corelație sinuciderile fie cu sărbătorile de iarnă, fie cu anotimpul primăverii (care sunt propice dobândirii unor indispoziții sau depresii și consumului sporit de alcool), fie cu vara (care aduce, după sine, valuri copleșitoare de căldură, ce determină o excitabilitate nervoasă sporită). Interpretând sociologic variațiile sinuciderii în funcție de anotimpuri, Émile Durkheim sublina faptul că, mai degrabă decât iarna sau vara, primăvara este o perioadă propice creșterii numărului de sinucideri. Astfel, dacă „*iarna este o perioadă de pauză*”, primăvara „*totul revine la viață. Sunt reluate activitățile, se leagă relații, se multiplică schimburile și se produc adevărate mișcări de populație, pentru a fi satisfăcute nevoile muncii agricole*” (Durkheim, É., 1993, p. 84). Sublinierea sociologului francez are relevanță inclusiv pentru cazul României, unde aproximativ 57% din numărul anual al sinuciderilor au loc în mediul rural.

Există, evident, și alte categorii sau subcategorii în raport de care se pot clasifica sinuciderile. Personal, le-am sintetizat pe acelea care au rezultat din analiza calitativă a cazurilor de sinucidere din România prezentate de mass media și mediul on line.

4.2. Cauzele, motivațiile și factorii declanșatori (precipitatori) ale/ai actelor suicidare, așa cum au rezultat acestea/aceștia din evaluarea cazurilor

Analiza atentă a sute de cazuri difuzate, timp de mai mulți ani, prin intermediul surselor de informare menționate ne-a dat posibilitatea unei clasificări calitative, detaliate și nuanțate, a factorilor care determină sau

condiționează actele de suicidare din România. În mod evident, la fel ca orice clasificare, și cea întocmită de noi are, întrucâtva, un caracter maniheist, ignorând în mod deliberat faptul că pot exista două, trei sau chiar mai multe determinări sau motivații ale unui act de sinucidere. În acest sens, am evidențiat determinarea sau motivația cea mai evidentă și mai pregnantă care a rezultat din lectura (vizionarea) știrii cu privire la cazul respectiv.

Consemnăm mai jos această clasificare, folosind, în acest sens, în mod sintetic și ilustrativ, titlurile folosite de mass media și portalurile on line pentru a descrie cazurile prezentate. Pentru a reda în mod mai adecvat circumstanțele și factorii determinanți ai sinuciderilor prezentate de sursele menționate, am considerat oportun să modificăm titlurile respective, pentru a surprinde în mod mai adecvat chintesența știrii prezentate și a elimina detaliile, adeseori fastidioase și elementul de senzațional cuprins în titlurile date de ziariști.

Următoarele cauze, motivații și factori declanșatori ai sinuciderilor sunt relevante pentru România:

(1) BOLI, TULBURĂRI SAU DEFICIENȚE PSIHICE (schizofrenie, tulburări de personalitate, tulburări bipolare, sindromul de stress posttraumatic etc.):

(1.1.) *Datorate stării psihice acute sau cronice a victimei:* „Un tânăr fugit de la Spitalul 9 s-a aruncat în fața metroului”; „O femeie diagnosticată ca având psihoză schizoafectivă s-a sinucis, sărind de la etajul nouă”; „O femeie s-a aruncat în fața unei mașini pentru a ajunge pe planeta Marte”; „Elevă suferind de o deficiență psihică, intoxicată cu barbiturice”;

(1.2.) *Motivate de stări de depresie:* „Tentativă de suicid din partea unei tinere doborâtă nervos din cauza plâsetelor bebelușului”; „Un ploieștean nebun și-a dat foc în stradă după ce a început să aibă devieri de comportament din cauza morții soției”; „O tânără s-a aruncat de la etajul nouă, pradă unei depresii nervoase după divorț”; „Un nonagenar s-a sinucis din cauza unei depresii și pentru că s-a săturat de viață”;

(1.3.) *Datorate delirului mistic:* „Un oltean s-a spânzurat pentru a aduce ploaia”; „S-a spânzurat după ce a visat că trebuie să moară”; „C.T. s-a spânzurat de Paște ca să nu-l prindă Sfârșitul Lumii lângă păcătoși”;

(1.4.) *Datorate alcoolismului și/sau consumului de droguri:* „Un bărbat s-a înjunghiat, fiind diagnosticat, în urmă cu doi ani, cu fenomene de predelir

etanolic”; „M.D., de 48 de ani, din comuna Ciurea (Iași) a fost găsit mort la locuința sa, cauzele decesului fiind stop cardio-respirator și comă alcoolică”; „Sinucigaș cu mințile tulburate de droguri: «Vreau să zbor ca în Matrix»”.

(2) BOLI FIZICE

(2.1.) *Datorate durerilor pricinuite de boală:* „S-a spânzurat pentru că n-a mai suportat boala de piele de care suferea de 13 ani”; „O sexagenară s-a sinucis din cauza durerilor postoperatorii”;

(2.2.) *Motivate de teama de moarte, indusă de existența unei boli letale (terminale):* „Brașovean diagnosticat cu o maladie incurabilă găsit spânzurat de robinetul caloriferului”; „Un agent de pază s-a împușcat în cap după ce a aflat că are cancer la fiicat”;

(2.3.) *Determinate atât de boli fizice, cât și de stări de depresie:* „O pensionară și-a înfipt un cuțit de vânătoare în gât, deoarece avea probleme de sănătate și nu mai suporta singurătatea”;

(2.4.) *Datorită sentimentelor de rușine și pentru a evita stigmatizarea:* „Unul dintre primii români diagnosticați cu SIDA s-a aruncat în fața trenului”; „Un tânăr a sărit de la etajul 5 al Spitalului de Urgență din cauză că o fractură de maxilar îi lăsase semne evidente pe maxilar”; „S-a spânzurat pentru că a rămas impotent”.

(3) DRAGOSTE, GELOZIE, SENTIMENTE DE POSESIUNE, CONFLICTE ÎN CUPLU

(3.1.) *Gelozie:* „Un bărbat din Alba și-a făcut harakiri din gelozie”; „Un brașovean și-a omorât soția din gelozie după care s-a sinucis”; „O profesoară din Timișoara s-a sinucis crezându-se trădată în dragoste”;

(3.2.) *Conflicte cu partenerul* (din cauza banilor, alcoolismului sau abuzurilor partenerului etc.): „La cei 65 de ani ai săi, G. a vrut să se omoare de mai multe ori, din cauza certurilor cu iubita”; „Și-a pus capăt zilelor deoarece prietena sa a refuzat să petreacă împreună Crăciunul”; „O brașoveancă s-a certat cu iubitul și s-a aruncat pe fereastră”; „Un bărbat s-a spânzurat pentru că soția i-a născut încă o fată”;

(3.3.) *Sinuciderea ca formă de „șantaj sentimental”:* „Mesajul unui sinucigaș pentru iubita cu care s-a certat: «Din când în când să-m i aduci flori la

mormânt»; „Și-a înscenat o tentativă de sinucidere ca să-și convingă nevasta să se întoarcă la el”;

(3.4.) *Abandon, despărțire sau neglijare*: „O tânără părăsită de prieten a încercat să se sinucidă de patru ori”; „Un tânăr părăsit de iubită s-a stropit cu acetonă și s-a autoincendiat”; „O tânără a încercat să se spânzure pentru că soțul o părăsise”; „Un bărbat s-a sinucis pentru că soțul iubitei sale urma să se elibereze din penitenciar”; „O femeie s-a spânzurat pentru că l-a așteptat în zadar pe iubitul său să vină acasă”; „M. și-a împușcat iubita care intenționa să-l părăsească, apoi s-a sinucis și el”;

(3.5.) *Incapacitatea de a suporta decesul partenerului*: „Un botoșănean și-a zburat creierii cu arma confecționată de el, datorită morții prietenei sale pe masa de operație”; „Un tânăr a vrut să-și ia viața pentru că n-a suportat despărțirea de iubita-sinucigașă”; „A încercat să se gazeze, deoarece soția se sinucisese cu câteva zile înainte”;

(3.6.) *Iubire imposibilă*: „O studentă a înghițit un tub de somnifere după ce s-a îndrăgostit de elevul pe care-l medita la engleză”; „O elevă s-a sinucis după ce s-a îndrăgostit fără speranță de profesorul său”;

(3.7.) *Dificultăți de existență*: „Doi îndrăgostiți s-au aruncat în Siret, pentru că locuiau în condiții mizere și nu aveau nici o perspectivă de viitor”; „Un tânăr dintr-o comună din Moldova, s-a spânzurat pentru că nu avea bani cu ce să achite cheltuielile pentru nunta făcută cu femeia de care tocmai s-a despărțit ”.

(4) CONFLICTE CU RUDELE

(4.1.) *Certuri* : „S-a spânzurat după o ceartă cu părinții în noaptea Învierii”; „Un prahovean și-a dat foc după ce s-a certat cu toți membrii familiei sale”; „Un romașcan și-a dat foc în cada de baie după o ceartă zdravănă cu mama sa”; „După o ceartă cu fiii săi, un tehnician silvic s-a împușcat cu arma”;

(4.2.) *Supărări (iritări) provocate de cei apropiați*: „F. și-a dat foc din cauza cicălelii socrului”; „O femeie s-a sinucis cu o substanță toxică pentru că fiul cel mic a decis să locuiască departe de casă”; „Și-a dat foc deoarece mama lui a refuzat să-i dea bani de băutură”; Pentru că tatăl l-a desmoștenit, un tânăr maramureșean s-a aruncat sub roțile trenului”;

(4.3.) *Remușcări pentru fapte comise împotriva rudelor apropiate*: „S-a spânzurat cuprins de remușcări că și-a bătut mama”; „F.D. și-a făcut 33 de tăieturi cu un ciob de sticlă deoarece i-a furat mamei sale 5 milioane de lei”.

(5) DIFICULTĂȚI FINANCIARE ACUTE*
(diferite de stări de penurie materială sau sărăcie)

(5.1.) *Datorii imposibil de restituit*: „Și-a pus ștreangul de gât pentru că era înglodat în datorii”; „Sinucidere din cauza datoriilor la întreținere”; „Un tânăr s-a sinucis pentru o datorie la bancă”;

(5.2.) *Dificultăți în afaceri*: „A.L. s-a spânzurat din cauza problemelor în afaceri”; „Patronul unei firme și-a înfipt un cuțit în inimă din cauză că a dat faliment”.

(6) SĂRĂCIE, ȘOMAJ, DISPONIBILIZARE

(6.1.) *Sărăcie „lucie”*: „E. V. și-a dat foc fiindcă nu avea bani de pâine”;

(6.2.) *Șomaj*: „Un bărbat rămas șomer, a încercat să-și dea foc în fața soției și a copiilor”;

(6.3.) *Șomaj și sărăcie*: „O craioveancă s-a aruncat în gol de pe terasa blocului unde locuia din cauza problemelor financiare și a șomajului soțului și al fiului”; „Un clujean s-a spânzurat pentru că ajunsese șomer, iar familia sa se confrunta cu mari dificultăți materiale”;

(6.4.) *Suicid/omucidere datorită stării de sărăcie și șomaj*: „Un bărbat din Giurgiu și-a ucis concubina, după care și-a înfipt cuțitul în inimă. Ambii erau șomeri și aveau probleme de natură financiară”;

(6.5.) *Disponibilizare*: „O femeie disponibilizată a încercat să se sinucidă cu un cocktail toxic”.

(7) PROBLEME LA LOCUL DE MUNCĂ

(7.1.) *Insatisfacții față de decizii ale șefilor*: „A vrut să se arunce în mare pentru că șefii doreau să-i schimbe locul de muncă”;

(7.2.) *Teama de răspundere pentru prejudicii create firmei*: „Un sondor s-a spânzurat după ce a distrus cu trolitul un stâlp de telefoane”; „Un oltean s-a

* Am considerat necesar să diferențiem dificultățile financiare acute de stările cronice de sărăcie, deoarece apreciem că există „nuanțe” caracteristice pentru fiecare din aceste categorii de determinări ale actului suicidal.

împuşcat în cap fiindcă a avariat maşina de serviciu”.

(8) TEAMA DE AUTORITĂȚI (pentru fapte ilicite comise sau necomise)

(8.2.) *În cazul unor fraude sau înşelăciuni:* „Administratoarea unui cămin de copii s-a aruncat de pe acoperiş deoarece ar fi fost depistată cu lipsă în gestiune”; „A încercat să se sinucidă după ce a înşelat mai multe firme cu 35 miliarde de lei”;

(8.3.) *Teama de răspundere pentru alte fapte comise în mod ilegal:* ”De frica Poliţiei, tâlharul s-a spânzurat în cireş”; „Pensionarul M. a încercat să se otrăvească după ce a fost reclamat la poliţie că a voit să corupă sexual două minore” (este vorba, inclusiv, de o sinucidere bazată pe sentimente de ruşine faţă de oprobriul opiniei publice); „V.P., ucigaşul ciobanului din Vişeu de Sus, s-a spânzurat în arestul Poliţiei”; „Un hoţ de maşini, dat în urmărire generală, şi-a tăiat gâtul în faţa poliţiştilor”;

(8.4.) *Teama că ar putea răspunde pentru fapte necomise:* „Şi-a dat foc pentru că nu a fost crezut de poliţişti în cazul unui furt la care nu a participat”;

(8.5.) *În cazul unor executări silite:* „O familie cu trei copii ameninţă că aruncă blocul în aer dacă executorii judecătoreşti o va evacua”;

(9) NEMULȚUMIRI (PROTESTE) LEGATE DE PROBLEME NESOLUȚIONATE SAU DECIZII IMPUSE DE AUTORITĂȚI

(9.1.) *Revendicarea unor drepturi:* „Un gălăţean s-a urcat pe Biserica Greacă şi şi-a tăiat venele supărat că Primăria nu-i dă casă şi loc de muncă”; „Un ieşean îşi dă foc zilnic în faţa Primăriei, deoarece nu are bani să-şi facă card de identitate pentru a fi angajat”;

(9.2.) *Manifestarea insatisfacţiei faţă de acordarea unor drepturi:* „Şi-a dat foc nemulţumit de garsoniera confort III primită de la Primărie”;

(9.3.) *Proteste împotriva organelor de poliţie:* „O femeie şi-a dat foc deoarece fiul său a fost reţinut de poliţie”; „Un tânăr s-a înjunghiat pentru a scăpa de arestul poliţiei;

(9.4.) *Proteste legate de decizii ale justiţiei sau pentru a determina decizii favorabile:* „Un nemţean şi-a dat foc pentru că instanţa l-a obligat la plata unei amenzi”; „D.C. a ameninţat că se va arunca de pe Hotelul Intercontinental din

din București dacă justiția nu-i face dreptate”.

(10) INCAPACITATEA DE A SUPORTA TRATAMENTUL (REGIMUL)
PENITENCIAR
(nemulțumiri față de acest regim)

(10.1.) *Nemulțumiri datorate tratamentului primit:* „Patru deținuți din Penitenciarul P. au încercat să-și taie venele deoarece au fost sancționați disciplinar”;

(10.2.) *Proteste față de decizii ale conducerii penitenciarului:* „Un deținut și-a tăiat venele pentru a protesta contra deciziei conducerii penitenciarului de a-l muta disciplinar într-o altă celulă”;

(10.3.) *Revendicări proprii:* „Un pușcăriaș și-a bătut un cui în cap pentru că a fost transferat de la infirmerie înapoi în celulă”; „Pentru a ajunge la Spitalul Jilava, un deținut a înghițit sârmă”.

(10.4.) *Proteste față de lungimea anilor de închisoare:* „A încercat să se spânzure cu elasticul în penitenciar, deoarece cei nouă ani primiți ca pedeapsă i s-a părut o sancțiune prea severă”.

(11) SENTIMENTE (RESENTIMENTE) LEGATE DE O SERIE DE
PROBLEME DE VIAȚĂ

(11.1.) *Teama:* „O suceveancă s-a aruncat de la etajul 3 ca să scape de viol”; „O femeie s-a aruncat de la etaj de frica tâlharului mascat care a pătruns în casă”; „I.S., de la Centrul de Plasament din Comănești a înghițit patru cuie de frica agresivității profesorilor”;

(11.2.) *Singurătatea:* „Soții C. s-au sinucis pentru că erau bătrâni și bolnavi”; „Părăsit de familie, abandonat la azil, un bătrân s-a aruncat de la etajul 8 al Spitalului Județean”;

(11.3.) *Rușinea și teama de oprobiul public:* „O tânără de 19 ani și-a tăiat venele pentru că a rămas însărcinată”; „S-a sinucis de rușine că și-a îmbolnăvit nevasta de sifilis”;

(11.4.) *Remușcarea:* „Un polițist s-a sinucis după ce și-a împușcat din greșeală iubita”; „S-a spânzurat chinuit de remușcări pentru că și-a omorât tatăl cu securea”;

(11.5.) *Răzbunarea:* „Un clujean și-a dat foc pentru a-și pedepsi soția și

mama care nu l-au înțeles”; „S-a spânzurat pentru a se răzbuna pe tatăl său care a refuzat să-i achite datoriile făcute la jocuri de noroc”;

(11.6) *Eșecul (sentimentul ratării)*: „S-a spânzurat pentru că a ratat o avansare profesională”; „Un oltean s-a spânzurat pentru că a picat examenul de șofer”; „Un tânăr s-a lăsat decapitat de tren după ce a rămas fără părinți, a fost înșelat de prieteni, a fost nevoit să-și vândă casa și pământul și a fost expulzat din Grecia”;

(11.7.) *Frustrarea datorată discriminării*: „O funcționară s-a spânzurat pentru că a fost anunțată că, din cauza vârstei, va fi pensionată”; „S-a sinucis din cauză că familia a aflat că este homosexual”;

(11.8.) *Sentimentele de disperare, incapacitatea de a suporta pierderea ființei iubite (soție, iubită, propriul copil, părinte etc.)*: „S-a sinucis pentru că nu a putut suporta moartea mamei sale”; „O femeie s-a spânzurat ca să fie împreună cu soțul decedat”;

(11.9.) *Protestul față de deciziile familiei*: „S-a spânzurat pentru că familia nu a vrut să-l interneze la Spitalul de Neuropsihiatrie”; „O bătrână s-a sinucis ca să nu fie dusă la azil de fiica sa”.

(12) SINUCIDERI ALE COPIILOR ȘI ADOLESCENȚILOR

(12.1.) *Sinucideri ludice*: „Un copil s-a spânzurat în joacă, cu o funie”; „Un băiat de 5 ani a încercat să zboare de la etajul IV”; „S-au spânzurat pentru a atinge o stare de relaxare și reverie”;

(12.2.) *Eșec școlar*: „Un elev de 12 ani s-a spânzurat pentru că a luat nota 4”; „O elevă s-a sinucis după ce a aflat că a picat la examen”; „O elevă s-a înecat pentru că părinții au cerat-o pentru nota primită la matematică”;

(12.3.) *Frustrări personale*: „Un elev de la un centru de plasament s-a aruncat de la etajul trei deoarece sora lui nu l-a vizitat de sărbători”; „Un adolescent s-a otrăvit pentru că nu avea bani ca să-și petreacă Paștele, la munte, cu prietena”;

(12.4.) *Protest față de decizii sau sancțiuni ale adulților*: „Un elev și-a dat foc pentru că a fost obligat de părinți să abandoneze școala”; „Un copil de grădiniță a voit să se spânzure după ce a fost certat de educatoare”; „S-a sinucis la 15 ani pentru că tatăl ei nu-i dădea voie să aibă un iubit”; „S-a spânzurat cu șiretul pentru că tatăl său a fost arestat pentru omor”;

(12.5.) *Teribilism*: „Un tânăr și-a făcut zeci de creștături pe corp pentru a se

«da mare»^{*}”; „A încercat să se arunce de la înălțime pentru a le arăta prietenilor că nu îi este frică”;

(12.6.) *Remușcare*: „Un elev s-a spânzurat cuprins de remușcări pentru că a fugit cu banii părinților”; „Un adolescent care, într-un impuls de furie, și-a lovit mama, s-a aruncat de la etaj”

(12.7.) *Teamă*: „O elevă din Panciu a încercat să se otrăvească fiindcă a cheltuit banii de rechizite primiți de la părinți”; „O fată de 18 ani a preferat să sară de la etaj decât să fie prostituata unui proxenet”;

(12.8.) *Rușine*: „O adolescentă s-a aruncat pe geam după ce a rămas însărcinată cu profesorul”; „O elevă a băut sodă caustică fiindcă fratele i-a reproșat că nu mai e virgină”; „Decât să suporte rușinea de a fi arătată cu degetul pentru că s-a culcat cu tatăl vitreg, o tânără din Iași a preferat să se sinucidă”;

(12.9.) *Dorul față de părinții decedați sau de care victima a fost abandonată*: „De dorul tatălui său, care s-a spânzurat în urmă cu câțiva ani, un adolescent s-a spânzurat și el”; „Un copil de 12 ani a ales să se otrăvească chinuit de dor după mama sa care și-a abandonat familia, plecând la alt bărbat”;

(12.10.) *Sinucideri „suport”*: Două tinere au încercat să se sinucidă, una din dragoste, cealaltă din solidaritate cu prima”;

(12.11.) *Sinucideri mimetice*: „O adolescentă a încercat să se otrăvească cu furadan, urmând exemplul Mădălinei Manole și nimeni nu știe de ce”;

(12.12.) *Sinucideri anunțate pe Internet*: „Un tânăr din Iași și-a anunțat sinuciderea pe Facebook”; „O tânără timișoreancă a anunțat pe Twitter că se va sinucide”; „M. a semnalat prietenilor pe Net că are intenția de a se sinucide”^{**}.

(13) ACCIDENTE CU APARENȚĂ DE SUICID

”Două persoane din Malnaș Băi s-au sinucis în mofetă”; „Un puști s-a

^{*} Automutilarea – spun psihiatrui – este un mijloc de a scăpa de energiile negative, mai ales în rândul adolescenților.

^{**} Deși reprezentanții mass media au semnalat apariția pe rețelele de socializare a unor așa-ziși „Guru sinucigași”, adică un fel de „consilieri” care dau sfaturi, mai ales, tinerilor cum să se sinucidă, încercând chiar să le creeze motivațiile necesare, nu am găsit în știrile din România pe care le-am consultat nici măcar un singur caz care să confirme existența unei asemenea subculturi.

spânzurat din greșeală cu frânghia leagănelui improvizat”; „Un adolescent s-a împușcat în cap în timp ce le mima prietenilor o sinucidere”; „Un agent de pază s-a împușcat în cap în timp ce se juca cu pistolul pe care-l avea în dotare”;

(14) CRIME CU APARENȚĂ DE SUICID

(în care lipsesc informațiile cu privire la circumstanțele în care se produc)

„Un avocat a fost găsit înjunghiat, iar autoritățile încearcă să stabilească dacă este vorba despre sinucidere sau crimă”;

(15) SINUCIDERI APARENT INEXPLICABILE

„Un bărbat a murit după ce și-a dat foc în scara blocului, fără nici un motiv”; „Un maestru militar s-a împușcat iar gestul lui nu poate fi explicat”; „Deși era un tip echilibrat și era fericit alături de soția și fetița lui, S.D. a ales să zdrobească de caldarâmul din fața blocului său”;

(16) SINUCIDERI RITUALE ȘI MISTICE

„Dublă sinucidere cu ritual satanist în Piața Romană”; „O studentă, care dorea să devină călugăriță s-a sinucis pentru că a crezut că avea prea multe păcate”.

*

O asemenea clasificare a sinuciderilor, în funcție de categorii sau subcategorii și ținând seama de factorii (cauzele sau motivațiile principale) care le determină, are – credem - un caracter operațional, deoarece permite o inventariere cvasiexhaustivă a cazurilor și elaborarea unor ipoteze sau scheme explicative cu caracter preliminar. Aceste ipoteze ar putea fi utile, la rândul lor, pentru schițarea unor modele teoretice, similare unor teorii „de rang mediu”, capabile să evedențieze determinările fenomenului suicidar la nivel național.

În completarea acestui demers, extinderea analizei calitative prin efectuarea unui număr cât mai mare număr de studii de caz ar putea nuanța și „rafina” clasificările menționate mai sus, prin includerea variabilelor care sintetizează caracteristicile personale ale victimelor actului suicidar, factorii care conturează

contextul lor de viață și circumstanțele care au întreținut și au declanșat acest act resimțit dramatic, astăzi, în societatea românească.

5. Studii de caz

Analiza calitativă prin intermediul studiilor de caz ne-a permis să evidențiem, în egală măsură variabilele care sintetizează caracteristicile personale ale victimelor actului suicidal și factorii care conturează contextul lor de viață, pentru a permite, în final, identificarea circumstanțelor care au întreținut și au declanșat acest act.

Așa cum au precizat, în dese rânduri, specialiștii domeniului, comparativ cu analiza cantitativă care permite recoltarea unor colecții de date statistice *uniforme*, analiza calitativă oferă posibilitatea realizării unor colecții de date *diverse*” (Rădulescu, M., S., 2010, p. 24). Studiile de caz reprezintă, de fapt, forma cea mai ilustrativă a analizei calitative, fiind un studiu intensiv al unor cazuri clinice, al contextului de viață specific unor persoane aflate în situații critice, așa cum este cazul sincigașilor.

5.1. Metodologia folosită în selecția cazurilor

Deoarece în analiza calitativă nu există proceduri standardizate de eșantionare, iar reprezentativitatea nu vizează generalizări la nivelul întregii populații, pentru selecția cazurilor am recurs la *eșantionarea teoretică*, adică alegerea acestor cazuri în funcție de caracteristicile distinctive pentru studiul factorilor care determină sau condiționează sinuciderile în România și în raport de relevanța pentru *ipotezele* studiului ca și pentru teoriile existente cu privire la cauzele/motivațiile sinuciderii.

Din păcate, dintre variabilele care ar putea evidenția profilul distinct al victimelor și contextul lor de viață nu am putut folosi decât elementele „minime” furnizate de ziaristi în mesajele sau știrile difuzate prin intermediul mass media și al platformelor on line, printre care sexul, vârsta, localitatea, motivația actului suicidal, metoda de sinucidere folosită, plus altele pe care nu le-am putut evidențiat în analiza cantitativă, deoarece erau incomplete sau insuficiente pe ansamblu.

Cazurile au fost selectate în funcție de cauzele sau motivațiile actului suicidal care au reprezentat, de fapt, criteriul principal care a permis clasificarea

și ordonarea acestor cazuri.

Acolo unde a fost posibil, am adăugat cauzelor sau motivelor evidențiate în știrile consultate, altele – ușor de presupus sau de intuit.

Totalitatea cazurilor pe care le-am selectat le-am încadrat, cu mici adăugiri (sau detalieri), în categoriile și subcategoriile pe care le-am menționat în subcapitolul 4.2. Acestea constituie un *lot* reprezentativ pentru informațiile difuzate prin intermediul știrilor mass media, dar și un *reper* pentru clasificarea victimelor, ca atare.

5.2. Cazuri clasificate în funcție de categoriile și subcategoriile cauzale/motivaționale

Prezentăm în cele ce urmează numai studiile de caz care ni s-au părut mai ilustrative, încercând să evidențiem principalii factori (eventualele cauze sau motivații) care au determinat sau au favorizat actul suicidar respectiv și circumstanțele specifice în care s-a produs acesta.

În acest scop, am reorganizat informațiile difuzate de ziariști în funcție de cauza sau motivul principal evidențiat în știrea respectivă sau în titlul notiței cu privire la cazul respectiv. Pentru clasificarea cazurilor, am utilizat „schema categorială folosită deja în subcapitolul 4.2.2.

Acolo unde informațiile cu privire la diferite aspecte ale vieții victimelor au fost insuficiente sau neclare, nu le-am mai consemnat*.

(1.) BOLI (TULBURĂRI) PSIHICE

(1.1.) I.M., *femeie din Urban* (orașul Râmnicu Vâlcea). Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidar: În vârstă de 29 de ani, soție de preot, mama unui băiețel în vârstă de patru ani, psihotică, s-a aruncat de

* Trebuie să menționăm faptul regretabil că, exceptând câteva cazuri, cei care au redactat știrile respective, au omis să consemneze variabile importante, printre care profesia (ocupația) și nivelul de instrucție al victimelor. Acolo, unde am avut posibilitatea, am identificat variabilele absente dintr-o anumită știre în alte știri (portaluri de știri, versiuni on-line ale unor publicații) conținând informații cu conținut similar, dar mai cuprinzătoare în privința unor detalii. Pe de altă parte, din necesitatea de a proteja identitatea concretă a persoanelor menționate, am ales să evităm a le consemna numele, folosind inițiale.

pe fereastra apartamentului situat la etajul 7 al blocului unde locuia. Soțul se afla într-o cameră alăturată, Diagnosticată cu traumatism cranio-cerebral și stare comatoasă, I.M. a intrat în stop cardio-respirator, murind după circa două ore.

Antecedente: Anterior a mai avut tentative de sinucidere, cea mai recentă având loc în anul 2013.

„Apropiații familiei spun că tânăra mamă și soție mai încercase să se sinucidă în cursul anului trecut prin ingerarea mai multor pastile. Atunci, a fost salvată, acum însă lucrurile au fost tragice... Medicii spun că I. nu avea discernământ, ea fiind diagnosticată cu „episod psihopatic”, iar anul trecut, în urma gestului de a-și lua viața, a fost internată pentru o perioadă în secția de Psihiatrie” (Sursa: viatavalcii.ro/, 25 februarie 2014).

Cauze principale: Boală psihică, concretizată în diferite episoade psihotice.

(1.2.) Femeie (nume neprecizat!) din Urban (orașul Craiova). Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 45 de ani, căsătorită, având o fată studentă, suferind de o depresie puternică, s-a aruncat de pe un balcon situat la etajul 9 al Spitalului Județean, unde se afla Secția de Diabetici. Este de menționat faptul că victima nu era internată în spital, ci a ales special un asemenea loc pentru a se sinucide.

Antecedente: A mai avut tentative de sinucidere.

„Femeia (...) suferea de ani buni de depresie. Nimeni nu știe ce anume i-a declanșat afecțiunea (...), dar a fost de neoprit. Gândul sinuciderii îi încolțise de multă vreme și nu ar fi fost prima dată când a vrut să-și ia zilele. Miercuri, deși mai multe asistente și medici s-au luptat ca să o țină în viață, n-au reușit (...). «De zece ani are o depresie. (...) A vrut de multe ori să se arunce înaintea mașinii. (...) Cică ieri fetei i-ar fi spus înainte de a se duce acolo la spital: Mă duc la biserică să aprind o lumânare și ea a plecat la spital, să se arunce jos», a declarat o vecină (...). Specialiștii spun că locul ales de ea, spitalul din oraș, nu a fost întâmplător: «Nu a făcut altceva decât să transmită celor din jur suferința, dar în cazul de față ne trezim cu niște oameni care la rândul lor vor trăi o traumă, iar pe parcursul vieții vor trebui să meargă la specialist», au declarat psihologii” (Sursa: stirileprotv.ro/, 27 martie 2014).

Cauze principale: Depresie severă ale cărei determinări nu au fost identificate. Tentative repetate de suicid.

(2.) BOLI FIZICE (LETALE)

(2.1.) DURERI MARI PRICINUITE DE BOALĂ

(2.1.1.) C. Ș., bărbat din Urban (Craiova). Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: Fostă glorie a fotbalului românesc, în vârstă de 62 de ani, căsătorit, nemaiputând suporta durerile provocate de cancerul pulmonar, s-a aruncat de la etajul 5 al spitalului unde se afla internat.

„Costică Ștefănescu, în vârstă de 62 de ani, care era internat la Spitalul Militar din București din cauza unui cancer pulmonar, s-a aruncat de la balconul rezervei unde era spitalizat, nemaiputând suporta durerile provocate de boala de care suferea. *«Mă lupt de câțiva ani cu boala, așa cu m-am luptat cu adversarii în teren. Nu trec printr-o situație fericită, dar sunt un luptător»*, spunea el în urmă cu două luni. Boala a revenit însă într-o formă agresivă, iar suferința provocată l-a determinat pe fostul fotbalist să-și pună capăt zilelor. Fosta mare glorie a Universității Craiova s-a tratat inițial la o clinică privată din Frankfurt, fără niciun rezultat. *«Pentru că avea un singur rinichi, Ștefănescu nu suporta citostaticele. În Germania, a încercat un tratament cu citostastice naturale»*, susține Stan Ungureanu, care a fost ieri la Spitalul Militar și s-a recomandat ca fiind cel mai bun prieten al fostului fotbalist. Potrivit informațiilor oferite de persoane apropiate lui Costică Ștefănescu, acesta slăbise foarte mult. În ultimul timp, el era hrănit artificial, deoarece nu mai putea să se alimenteze normal. *«Avea o voce stinsă, nu am putut să înțeleg tot ce mi-a spus»*, spune Beldeanu, fostul lui coechipier. *«În tinerețe, Costică Ștefănescu se uita în oglindă și avea un corp de invidiat. Înainte să moară avea 35-40 de kilograme. Costică Ștefănescu a murit pentru că n-a mai suportat să se vadă așa, n-a mai suportat să treacă prin asemenea chinuri»*, spune și Alexandru Boc, alt fost coechipier” (Sursa: adevărul.ro/).

Cauze principale: dureri insuportabile date de boală și evitarea stigmatizării datorită acestei boli.

(2.2.) INCAPACITATEA DE A SUPORTA CONSECINȚELE IREVERSIBILE ALE BOLII FIZICE

(2.2.1.) Bărbat (nume neprecizat!) din Urban (Târgoviște, județul Dâmbovița). Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 48 de ani, necăsătorit, fiind avertizat de medici că v-a deveni orb, s-a spânzurat. Nu este precizată modalitatea concretă în care s-a spânzurat.

„Un bărbat în vârstă de 48 de ani, din Târgoviște, Dâmbovița, și-a pus capăt zilelor după ce, povestesc rudele, un medic i-ar fi spus că își va pierde vederea. Bărbatul a fost găsit fără suflare de verișoara lui. Disperată, femeia a chemat în ajutor și celelalte rude, dar, din păcate, era prea târziu pentru ca omul să mai poată fi salvat. Bărbatul a lăsat în urmă un bilet de adio în care își justifică gestul sinucigaș. În cele câteva fraze așternute pe hârtie, da vina pe medici pentru sfârșitul lui. Sora bărbatului susține că a fost de față atunci când un oftalmolog i-ar fi spus că își va pierde vederea la ochiul drept, pentru că nu va găsi bani pentru un transplant de

cornee. Bărbatul a ajuns pe mâna oftalmologilor după un accident în care i-a fost afectat ochiul drept. Internat în spital, a fost tratat de mai mulți doctori, dar ultimul, susțin rudele, l-ar fi avertizat că va orbi, pentru că este prea sărac ca să-și permită un transplant de cornee. Doctorița cu pricina se apără. Susține că niciodată nu s-ar fi adresat așa vreunui pacient (...): «Nu e adevărat, eu nu am susținut așa ceva. În plus, omul și-ar fi recăpătat oricum vederea». Deși nu poate fi vorba de vreo culpă medicală, familia bărbatului este decisă totuși să reclame la Colegiul Medicilor comportamentul doctoriței” (Sursa: protv.ro/, 17 septembrie 2013).

(3.) GELOZIE, SENTIMENTE DE POSESIE, CONFLICTE (CERTURI, VIOLENȚE) ÎN CUPLU

(3.1.) CONFLICT CONJUGAL DETERMINAT DE GELOZIA PARTENERULUI

(3.1.1.) Bărbat (nume neprecizat!) din Rural (comuna Gherăseni, județul Bacău). Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 40 de ani, căsătorit, având un copil minor, urmare a geloziei manifestate față de soție, a înjunghiat-o, după care s-a spânzurat.

„Un bărbat și-a înjunghiat cu un cuțit soția după care s-a spânzurat. Femeia a reușit să fugă și să își scoată singură cuțitul din spate, fiind în prezent internată în spital. Potrivit primelor date ale polițiștilor cei doi soți au avut o dispută conjugală, discuțiile au degenerat, iar bărbatul și-a înjunghiat cu un cuțit soția în spate, după care s-a spânzurat într-o anexă a locuinței. Incidentul a fost semnalat la 112 de o localnică. Polițiștii au intervenit imediat la fața locului, victima fiind găsită pe stradă în apropierea locuinței. Vecinii familiei spun că scandalul ar fi izbucnit din cauza faptului că bărbatul era gelos. Femeia a muncit pentru o perioadă în Spania, s-a întors însă în țară, la scurt timp, după ce bărbatul i-ar fi telefonat și ar fi amenințat-o că se omoară și îl va lua cu el (omorî – subl. ns.) și pe fiul lor în vârstă de 10 ani” (Sursa: evz.ro/, 12 august, 2013).

Cauze (motivații) principale: Gelozia soțului.

Natura distinctă a cazului: tentativă de omucidere/sinucidere

(3.1.2.) P.B., bărbat din Rural (comuna Galicea Mare, județul Dolj). Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 36 de ani, căsătorit, având doi copii minori, ca urmare a unei crize de gelozie, s-a spânzurat.

„Petrică Gheonea, în vârstă de 36 de ani, din comuna doljeană Galicea Mare, s-a spânzurat în această dimineață de o grindă a casei. Cadavrul a fost descoperit de un localnic. Bărbatul și-a spus capăt zilelor după ce s-a certat cu soția, plecată de două luni la muncă în

Italia. Victima locuia cu cei doi copii ai săi, în vârstă de 3, respectiv 11. «Știu că s-a certat cu soția, iar în această dimineață am auzit că s-a spânzurat. Nevasta i-a spus că vrea să îl părăsească. Și-a găsit un iubit în Italia, iar el nu a suportat acest lucru și și-a pus capăt zilelor», a spus un vecin. Cei doi minori au fost lăsați în grija unchiului lor, fiind anunțați și reprezentanții Direcției Generale de Asistență Socială și Protecție a Copilului Dolj pentru a stabili ce se va întâmpla cu ei” (Sursa: adevarul.ro/, 13 august, 2013).

Cauze (motivații) principale: Gelozia soțului.

(3.2.) CERTURI PERMANENTE ÎN CUPLU DATORITĂ ALCOOLISMULUI SOȚULUI

(3.2.1.) Bărbat (nume neprecizat!) din Rural (sat Delureni, comuna Ponoarele, județul Mehedinți). Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 39 de ani, căsătorit, având doi copii minori, ca urmare a unor certuri și pe fondul consumului de alcool, și-a împușcat mortal soția, după care s-a împușcat și el.

„Un bărbat de 39 de ani din Mehedinți și-a împușcat soția și apoi s-a sinucis. Potrivit medicului E. M. de la Serviciul de Ambulanță Județean Mehedinți, medicii care s-au deplasat la fața locului i-au găsit pe cei doi, soț și soție, decedați în curtea locuinței lor din satul Delureni, comuna Ponoarele. Conform rudelor, cei doi ar fi avut o altercație pe fondul consumului de alcool, bărbatul spunând că vrea să plece la Timișoara, iar femeia refuzând să îl însoțească. Rudele celor doi au mai spus că bărbatul și-a împușcat soția, în vârstă de 33 de ani, cu o armă artizanală cu alică, pe care o ținea ascunsă în casă și pe care o folosea adesea la braconaj. Mama femeii decedate a povestit că bărbatul a tras trei gloanțe: două înspre soția sa, unul rănind-o în zona plămânilor, iar al treilea glonț și l-a tras în cap. De asemenea, cumnata femeii a declarat anchetatorilor că bărbatul a murit pe loc, în timp ce soția acestuia a decedat după aproximativ 15 minute. Rudele au mai povestit că între cei doi conflictele erau destul de dese, majoritatea după ce bărbatul consuma băuturi alcoolice. Cei doi soți aveau împreună un băiat de 12 ani și o fată de șase ani” (Sursa: realitatea.net/, 17 august, 2013).

Cauze (motivații) principale: certuri frecvente în cuplu, alcoolismul soțului.

Natura distinctă a cazului: omucidere/suicid

(3.3.) RĂZBUNARE PE PARTENERUL DE CUPLU

(3.3.1.) A.P., femeie din Rural (comuna Trifești, județul Neamț). Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 57 de ani, căsătorită, cu copii majori, și-a ucis soțul cu un ciocan, după care s-a aruncat în fața trenului.

„Crimă odioasă în Neamț: o femeie de 57 ani, și-a ucis soțul cu un ciocan, după care s-a aruncat în fața trenului. Ambulanțierii care se deplasau prin zona trecerii de cale ferată din comuna Trifești au văzut luni dimineață corpul femeii sfărtecat de roțile trenului. Soțul femeii a fost găsit într-o baltă de sânge în casă de un nepot care a alertat rudele. Femeia și-a omorât bărbatul cu un ciocan, ca armă de răzbunare în conflictul pe care îl avea cu soțul ei. Unealta transformată în armă a crimei a fost ridicată de la fața locului de către anchetatori.

G. I., nașul de cununie al celor doi soți, bănuiește că scandalul s-a reaprins după ce vineri, 3 august, aceștia au fost chemați la audieri pentru ancheta incidentului din iunie, atunci când femeia și-a lovit soțul care dormea, cu toporul în cap. I. P. (62 de ani) a fost găsit în stare de inconștiență de către un nepot care a anunțat rudele, iar acestea au sunat la 112. Victima a fost transportată de urgență la spitalul municipal din Roman, însă nu a mai rezistat loviturilor primite. După ce și-a tocat soțul, femeia a plecat spre calea ferată și s-a aruncat în fața trenului.

A. P. A mai încercat să-și omoare soțul și în urmă cu două luni, după un conflict produs pe fondul consumului de băuturi alcoolice. În dimineața zilei de 8 iunie a.c., în timp ce bărbatul dormea, femeia i-a aplicat soțului mai multe lovituri de topor în zona capului. După atac, Anișoara a încercat să-și ia viața și a ales să bea o cantitate de erbicid” (Sursa: adevarul.ro/locale/, 6 august 2012).

Cauze (motivații) principale: răzbunare din partea soției, în condițiile conflictelor permanente între soți, potențate de consumul mare de alcool și, posibil, datorită violenței fizice exercitată de bărbat asupra femeii.

Natura distinctă a cazului: omucidere/suicid. De menționat că soția a mai avut o tentativă de omor asupra soțului, urmată de una de sinucidere.

(4.) CONFLICTE ÎNTRE RUDE

(4.1.) CERTURI (DISCUȚII APRINSE) CU PĂRINȚII

(4.1.1.) Tânără din Urban (orașul Filiași, județul Dolj). Tentativă de sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 18 ani, elevă, ca urmare a certurilor cu mama ei, a încercat să se spânzure cu un cordon.

„O elevă de 18 ani, de la la Grupul Școlar „Dimitrie Filiașanu”, din Filiași, județul Dolj, a încercat să se sinucidă în toaleta unității de învățământ, ea fiind găsită la timp de o colegă, care i-a alertat pe profesori, iar aceștia au chemat imediat Ambulanța. Fata a fost transportată la spitalul din localitate, unde i-au fost acordate primele îngrijiri medicale, în prezent fiind în afara oricărui pericol. Potrivit reprezentanților unității de învățământ, incidentul a avut loc, joi, în jurul orei 12.00. Adolescența trebuia să intre la ore, însă pentru că nu a ajuns la timp profesoara a trimis o colegă să o caute. Fata trimisă de profesoară a găsit-o pe eleva de 18 ani zăcând în stare de inconștiență în toaleta unității de învățământ. Colega i-a anunțat imediat pe

profesori și a fost chemată ambulanța la fața locului, medicii acordându-i primul ajutor, după care au transportat-o la spitalul din Filiași.

«Pacienta a venit în stare stabilă, era conștientă, avea o ușoară marcă în jurul gâtului, se pare de la un cordon cu care a încercat să se sinucidă. A fost consultată de medicul de la Reanimare, i s-a pus un guler cervical ca să fim siguri că nu are nimic la coloană și a fost trimisă la Spitalul de Urgență Craiova pentru a i se face investigații amănunțite. Cu siguranță va avea nevoie și de un consult psihiatric», a declarat M. G., directorul medical al spitalului din Filiași.

Directorul școlii a fost anunțat și el la scurt timp, însă spune că nu știe, deocamdată, dacă este vorba despre o tentativă de suicid: *«Știu că fata a fost găsită lângă toaletă și era inconștientă. Dacă a fost vorba despre tentativă de suicid, asta vor stabili polițiștii. Ce știm sigur este că fata era foarte supărată pentru că a avut discuții aprinse cu mama sa aseară. Deci poate a vrut doar să-și sperie mama, nu să se sinucidă cu adevărat»,* a declarat directorul Grupului Școlar Dimitrie Filiașanu.

Adolescenta, aflată la a doua tentativă de suicid, este o elevă cuminte și care nu avea absențe la școală” (Sursa: mediafax.ro).

Cauze (motivații) principale: Tentativa de sinucidere proiectată ca o formă de „răzbunare” și „protest” împotriva mamei, pe fondul unei labilități psihice accentuate.

Natura distinctă a cazului: Tentativă de suicid repetată. Posibil, existența unei structuri psihice caracterizată de un profil clinic.

(5.) DIFICULTĂȚI FINANCIARE ACUTE

(5.1.) DATORII IMPOSIBIL DE RESTITUIT

(5.1.1.) M.B., bărbat din Rural (comuna Bobota, județul Sălaj).
Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidar: În vârstă de 20 de ani, necăsătorit, având ocupația de barman, a acumulat datorii mari datorită jocurilor de noroc și neputând să le restituie, s-a spânzurat de un copac.

(5.1.2.) Tânăr (nume neprecizat!) din Rural (satul Guruslău, comuna Hereclean, județul Sălaj).

Date de identificare și descrierea actului suicidar: În vârstă de 18 ani, elev, fără alte date de identificare consemnate, s-a spânzurat de un stâlp, ca urmare a datoriilor mari acumulate la aparatele pentru jocuri de noroc (așa-numitele „păcănele”).

„Jocurile de noroc au mai făcut o victimă în Sălaj! Un tânăr în vârstă de 20 de ani, din

localitatea Bobota, a ales să-și încheie socotelile cu viața, cel mai probabil, din cauza datoriilor acumulate, jucând la aparatele de noroc. Acesta a fost găsit spânzurat de un copac, sâmbăta dimineața, într-o livadă din satul natal. Trupul neînsuflețit al tânărului M. B. a fost descoperit de către un localnic care a sesizat cazul la numărul unic de urgență 112. La fața locului s-au deplasat imediat lucrătorii Serviciului de Criminalistică Sălaj pentru efectuarea cercetărilor în vederea stabilirii cu exactitate a cauzelor și împrejurărilor în care s-a produs crunta întâmplare (...). Tânărul care și-a pus capăt zilelor era angajat ca barman într-un local de alimentație publică din localitate. Cel mai probabil, acolo și-a acumulat datoriile care i-au adus sfârșitul.

Acesta este cel de-al doilea caz petrecut în Sălaj, la interval de câteva luni, în care o persoană și-a încheiat socotelile cu viața în același mod teribil, din cauza datoriilor strânse la jocurile de noroc. În luna noiembrie a anului trecut, un adolescent în vârstă de 18 ani, din localitatea Guruslău, comuna Hereclean, a fost găsit spânzurat de un stâlp de telefonie mobilă dintre localitățile Diosod și Bocsita. Din cele declarate de săteni, baiatul a recurs la acest gest extrem, cel mai probabil, din cauză că a pierdut sume mari de bani la aparatele de noroc. Mai mult, băiatul nu își plătitise de câteva luni abonamentul de autobuz pentru *transportul către școală*, unde nici nu a mai fost văzut cu circa două săptămâni înainte să fie găsit decedat. Oamenii din sat spun că acesta s-a împrumutat cu bani de la mai mulți prieteni și cunoscuți, fără a-i mai putea înapoia.

Dependența de jocurile de noroc este considerat o tulburare gravă de comportament și are efecte dezastruoase atât asupra vieții personale și profesionale a celui care joacă, cât și asupra familiei sale. Mizele sau pariurile pe care le fac devin cu timpul tot mai mari, la fel și riscurile pe care și le asumă. Aceste persoane continuă, adesea, să joace în ciuda repetatelor eforturi de a se controla, de a-și stopa comportamentul. Atunci când încearcă să se oprească, devin neliniștiți și iritabili. Când devine lipsită de resurse financiare, persoana dependentă de jocurile de noroc poate recurge la comportamente antisociale: de la minciună și înșelătorie, la falsuri, fraude și furt pentru a obține bani. Ea nu mai evaluează consecințele actelor sale, riscând astfel să intre în conflict cu legea, să își piardă locul de muncă, să își pună în pericol cariera, familia, relațiile cu cei apropiați. Nevoia de a participa la jocurile de noroc crește progresiv și se accentuează în timpul perioadelor de stres sau depresie. Cel mai probabil, parte din acestea au condus la gesturile extreme ale celor doi tineri sălajeni, răpuși de jocurile de noroc” (Sursa: magazinsalajean.ro/, 5 martie 2012).

Cauze (motivații) principale: În ambele cazuri menționate, teama de consecințele nerestituirii datoriilor mari acumulate la jocurile de noroc.

(5.2.) CONFRUNTAREA CU PROBLEME FINANCIARE INSURMONTABILE

(5.2.1.) Femeie din Urban (orașul Brașov, județul Brașov).
Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 42 de ani, necăsătorită, asistentă medicală, ca urmare a problemelor financiare cu care se confrunta zilnic, s-a spânzurat în bucătăria apartamentului în care locuia singură.

„Șoc printre cunoscuții unei asistente medicale din Brașov. Femeia de 42 de ani, angajată la Spitalul Județean, și-a pus capăt zilelor din cauza unei depresii. În ultima perioadă, avea probleme cu banii și aflase că mama ei este suspectă de leucemie. Pentru că luni nu a ajuns la serviciu, colegii femeii au început să își facă griji și au alertat autoritățile.

Femeia lucra de 7 ani în secția de cardiologie a Spitalului Județean, iar în acest timp nu a întârziat niciodată la muncă. Când au văzut ca nu sosește la serviciu, colegile au sunat-o insistent, și cum nu le-a răspuns la telefon, au rugat pompierii să intre în apartamentul ei pe fereastră. Femeia care era necăsătorită și locuia singură a fost găsită fără suflare în bucătărie.

Toți cunoscuții sunt în stare de șoc și încearcă să-și explice de ce și-a încheiat astfel socotelile cu viața. Își amintesc că asistenta se plângea că din salariul de 1500 de lei nu reușea să-și achite ratele la bancă și cheltuielile zilnice. În plus, se gândea cu groază la costurile tratamentului mamei sale. Totuși, cu o seară înainte de a-și lua viața, femeia a vorbit cu mama ei la telefon fără să-i dea nimic de banuit: a spus că vrea să facă o baie și că a doua zi intra în tură dimineața devreme.

Nimeni nu s-a așteptat la un asemenea gest din partea femeii, cu toate că trecea printr-o perioadă dificilă. Vecinele de scară au fost șocate atunci când au aflat ce s-a întâmplat. Vecinele spun că femeia își iubea meseria. În ultima vreme, însă, problemele o copleșiseră și era abătută. Polițiștii nu au găsit în apartamentul asistentei niciun bilet de adio. Trupul ei a fost dus la morgă pentru necropsie” (Sursa: realitatea.net.ro/, 4 septembrie 2012).

Cauze (motivații) principale: Dificultățile financiare acute, boala mamei, singurătatea, depresia, convingerea că moartea este singura „soluție” pentru rezolvarea problemelor cotidiene.

(6.) SĂRĂCIE, ȘOMAJ, DISPONIBILIZARE

(6.1.) CONFRUNTAREA CU SPECTRUL ȘOMAJUI

(6.1.1.) Bărbat (nume neprecizat) din Urban (orașul Oradea, județul Bihor). Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 47 ani, căsătorit, având o fiică, a ajuns șomer în urmă cu trei ani. Confruntat cu numeroase dificultăți materiale și probleme de viață, a decis să se spânzure în locuința proprie.

„Grija zilei de mâine, lipsa unui loc de muncă și gândul că a ajuns pentru ai lui o povară l-a făcut pe un bărbat de 47 de ani, din Oradea să-și pună capăt zilelor. Soția lui l-a găsit spânzurat în apartament, la doar câteva minute după ce s-au despărțit în piața alimentară din apropierea blocului. În zadar femeia a sunat disperată la 112. Bărbatul ei nu a mai putut fi salvat. Acesta a lucrat timp de mai bine de 20 de ani ca șofer la Direcția de Sănătate Publică

din Oradea. În urmă cu trei ani și-a pierdut locul de muncă și, de atunci, nimeni nu l-a mai angajat.

Își petrecea aproape tot timpul în piața alimentară din apropierea blocului în care locuia împreună cu soția și fiica lui. La fel a făcut și ieri când a plecat cu doar câteva minute înaintea soției, acasă. Femeia a ajuns și ea în scurt timp însă și-a găsit bărbatul fără suflare. A sperat totuși că medicii mai pot face ceva pentru viața lui. Cu toate strădaniile, omul nu a mai putut fi salvat.

Bărbatul nu a lăsat nici un bilet de adio prin care să-și justifice gestul. Prietenii spun că era un bărbat model care niciodată nu a creat probleme în familie. Mai mult, nimic nu le-ar fi dat de bănuț că ar putea recurge la un gest necugetat. Vecinii bărbatului spun că, după ce a rămas șomer, nu și-a mai găsit un loc de muncă. Nimeni nu a observat însă zbaterile lui interioare. Pentru soția și fiica lor, studentă la facultate, viața va fi mult mai grea de acum înainte, fără capul familiei și singurul lor sprijin, care le-a părăsit” (Sursa: știrile Pro.Tv., 17 septembrie 2012).

Cauze (motivații) principale: Problemele și umilințele îndurate ca șomer, lipsa perspectivei zilei de mâine, prăbușirea speranțelor.

(6.2.) IMPACTUL DISPONIBILIZĂRII DE LA LOCUL DE MUNCĂ]

(6.2.1.) E.R., femeie din Rural (comuna Vulcana-Pandele, județul Dâmbovița). Tentativă de sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: Vârsta neprecizată, căsătorită, cu doi copii (majori), a fost disponibilizată din locul de muncă, fapt care i-a provocat o depresie puternică și a determinat-o să comită o tentativă de sinucidere, prin ingestia unei supradoze de medicamente.

„O fostă angajată a Administrației Finanțelor Publice din orașul dâmbovițean Pucioasa trăiește o dramă din momentul în care a fost disponibilizată. Femeia a făcut un șoc atunci când a primit vestea că-și va pierde locul de muncă și a fost internată timp de o săptămână la secția de psihiatrie a Spitalului Orășenesc. De atunci, trebuie să urmeze un tratament medical și va merge periodic la control. Vestea disponibilizării a căzut ca un trăsnet peste familia din localitatea dâmbovițeană Vulcana-Pandele. E. R. a lucrat timp de 14 ani la Administrația Finanțelor Publice din orașul Pucioasa. În luna august a fost disponibilizată. Femeia a suferit un șoc psihic și a avut nevoie de internare și tratament psihiatric, încercând chiar să se sinucidă cu o supradoză de medicamente: *«De opt zile iau pastile să nu plâng și să dorm. Și tot nu pot să-mi revin. Încerc să-mi revin, dar e greu, e foarte greu. Nu pot să ies nici la pensie și nici... Ce să fac, șomaj? Nici măcar anticipat»*, a povestit Elena Rotaru, fost angajat Finanțe. Și nu doar femeia a fost afectată de pierderea locului de muncă, ci întreaga familie. Soțul spune că trebuie să aibă grijă acum de ea. La începutul lunii septembrie aceasta trebuie să meargă la control și, cel mai probabil, va fi internată din nou. *«Nu mai pot să dorm nici eu de griji. Mă gândesc că va fi tot mai greu. Mai avem fetița cea mică care e ultimul an*

studentă. Trebuie să am grijă și am avut și o să am în permanență grijă de ea», a spus Ninel Rotaru, soțul femeii. Elena Rotaru a fost disponibilizată pe 8 August. Femeia a intrat însă în concediu medical imediat după ce a primit vestea. Pe certificatul de concediu scrie «reacție la un factor de stress important și tulburări de adaptare»” (Sursa: realitatea.net/, 22 august 2013).

Cauze (motivații) principale: stresul, inclusiv tulburarea psihică produse de șocul disponibilizării.

Natura distinctă a cazului: Tentativă suicidară singulară, nereiterată.

(7.) PROBLEME LEGATE DE LOCUL DE MUNCĂ

(7.1.) CONDIȚII INUMANE LA LOCUL DE MUNCĂ

(7.1.1.) M.T., femeie din Urban (orașul Abrud, județul Alba). Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidar: În vârstă de 46 de ani, căsătorită, folosită de patroni atât ca funcționară, cât și ca muncitoare, s-a spânzurat datorită regimului inuman de muncă din fabrica unde era angajată.

„Cel mai celebru caz de sinucidere din Alba din ultimii ani este cel al unei angajate de la fabrica Filatura din Abrud, M. T. Femeia de 46 de ani s-a spânzurat din cauza problemelor de la serviciu. Soțul femeii a reușit după aproape patru ani să obțină inculparea unuia dintre patronii italieni pentru infracțiune de determinare și înlesnire a sinuciderii. Dosarul se judecă la Tribunalul Alba.

M. T. a decis să își pună capăt zilelor după luni de zile în care i-a spus soțului că nu mai rezistă stresului și condițiilor inumane de la locul de muncă. Femeia era angajată la serviciul de resurse umane al fabricii, dar era obligată să lucreze și pe secție. O zi normală de lucru era de la șapte dimineața și până seara sau chiar mai mult. Toate acestea se întâmplau la presiunea persoanei care conducea societatea, acționar al societății și președinte al firmei italiene (...) care a preluat fabrica de la Abrud. M. T. a fost găsită spânzurată de soțul acesteia (...)”- (Sursa: adevarul.ro/locale, 3 iulie 2013).

Cauze (motivații) principale: oboseala, stresul, incapacitatea de a mai face parte exploatarea patronilor, în condițiile impunerii unui regim de muncă peste puterile victimei.

(8.) TEAMA CĂ AR PUTEA RĂSPUNDE ÎN FAȚA AUTORITĂȚILOR DE RESORT

(8.1.) TEAMA DE RĂSPUNDERE PENTRU FAPTE COMISE ÎN MOD ILEGAL, CU BUNĂ ȘTIINȚĂ

(8.1.1.) O.A.J., bărbat din Urban (orașul Brașov, județul Brașov).

Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 43 de ani, deținut la penitenciarul Rahova, fără alte date de identificare, s-a spânzurat cu un șiret în subsolul Înaltei Curți de Casație și Justiție, unde fusese adus pentru a fi judecat (în recurs) pentru violarea unei fetițe minore.

„Un deținut s-a spânzurat, miercuri, de clanța unei uși, în arestul de la subsolul clădirii Înaltei Curți de Casație și Justiție, unde fusese adus la proces. Bărbatul s-a sinucis cu ajutorul unui șiret și a murit, în ciuda încercărilor medicilor de a-l resuscita, informează Romania TV.

Este vorba de un deținut de la Penitenciarul Rahova, O. A. J., în vârstă de 43 de ani, care fusese adus sub pază, pentru judecarea recursului în cazul arestării sale pentru violarea unei fetițe. Originar din Brașov, a fost arestat în octombrie 2011, fiind acuzat că a violat-o pe fetița în vârstă de 9 ani a vecinilor și prietenilor săi în timp ce aceștia erau plecați la un centru de colectare a fierului vechi. Magistrații au admis cererea procurorilor și au dispus emiterea unui mandat de arestare preventivă pe numele inculpatului pentru o perioadă de 29 de zile” (Sursa: ziare.com/, 16 mai 2012).

Cauze (motivații) principale: Teama de pedeapsă, incapacitatea de a suporta regimul de detenție.

(8.2.) TEAMA DE RĂSPUNDERE PENTRU FAPTE COMISE FĂRĂ INTENȚIA DE A ÎNCĂLCA LEGEA

(8.2.1.) G.P., bărbat din Rural (comuna Tetoiu, județul Vâlcea). Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 60 de ani, de profesie economist, căsătorit, cu doi copii majori, s-a spânzurat de teamă că ar putea fi acuzat de fraudă și furt din banii publici, deși nu era vinovat, nu comisese nici una dintre aceste fapte ilegale.

„Poveste năucitoare, într-o comună din județul Vâlcea. Un primar a fost descoperit dimineața, spânzurat, pe malul unui râu. În buzunarul de la haină, omul a lăsat un bilet în care își explică gestul. Cu mâna lui, a scris că a cedat psihic, după ce ar fi fost supus unor presiuni din partea Curții de Conturi. Instituția îl cerceta pentru prespuse nereguli referitoare la construcția unui pod, lucrare ce ar fi fost supraevaluată. «*Îmi cer scuze că v-am lăsat cu un pod neterminat și că am avut încredere în diriginții de șantier și în constructori. (...) Mă simt trădat de toți (...). De 5 luni stau în tensiune. Mă veți judeca greșit că am furat. Nu este adevărat!*» Sunt ultimele cuvinte ale lui G. P.

Primarul din comuna Tetoiu a dispărut de acasă luni seara, iar rudele au intrat la bănuieli. L-au rugat pe veterinar să îl caute. Acesta a bătut toata comuna și abia când a ajuns în afara localității, pe malul râului, a înțeles ce s-a întâmplat.

În ultima perioadă, spun cunoscuții, primarul a avut o cădere psihică. Totul a început după

ce în comună au demarat lucrările de construcție a două poduri, în valoare de 1.500.000 de lei. Anul trecut, inspectorii Curții de Conturi au descoperit că unul dintre proiecte a fost supraevaluat cu 200.000 de lei și au început o anchetă. Primarul s-a simțit vizat, pentru că folosise banii publici inclusiv pentru o piață nouă, ca să afle apoi că terenul era revendicat. Cei din primărie spun că edilul i-a acuzat pe constructori că ar fi umflat factura, dar că aceștia au contestat plângerea în instanță. De atunci, G. P. trăia în tensiune. Oamenii îl regretă sincer. Polițiștii au confirmat faptul că G.P. s-a sinucis. La sediul firmei de construcții implicată în acest scandal nu a fost nimeni de găsit” (Sursa: Pro TV, 27 martie 2012).

Cauze (motivații) principale: Stresul, temerea că ar putea fi făcut răspunzător și sancționat pentru fapte ilegale pe care nu le-a comis cu bună știință și care au fost comise, cel mai probabil, de unul sau altul dintre subordonații săi din cadrul Primăriei.

(9.) NEMULȚUMIRI (PROTESTE) CARE VIZEAZĂ PROBLEME NESOLUȚIONATE DE CĂTRE AUTORITĂȚI

(9.1.) Femeie din Urban (orașul Negrești, județul Vaslui). Tentativă de sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 51 de ani, fără alte date de identificare, a ingerat conținutul unui flacon plin cu o substanță toxică, pentru a protesta împotriva nepăsării autorităților din cadrul Primăriei în legătură cu necesitatea protejării câinilor fără stăpân („comunitari”).

„O femeie în vârstă de 51 de ani a ajuns în stare gravă la spital, după ce a încercat să se sinucidă pe holurile Primăriei Negrești, unde protesta față de faptul că autoritățile locale nu doresc să construiască un adăpost pentru câinii comunitari. Potrivit cercetărilor desfășurate de către polițiștii vasluieni, femeia a înghițit conținutul unui flacon de insecticid în timp ce se afla pe holul de la intrarea în Primăria Negrești, fiind observată de către șeful Poliției Locale din oraș, acesta sunând imediat la numărul de urgență 112 și solicitând intervenția unei ambulanțe. Femeia protesta față de faptul că autoritățile locale nu intervin pentru protejarea câinilor fără stăpân, după ce un câine fusese găsit mort în condiții suspecte pe o stradă din Negrești în cursul nopții de luni spre marți (...).

Din spusele martorilor, *«femeia se afla acolo pentru a solicita construirea unui adăpost pentru câinii comunitari»*, a declarat purtătorul de cuvânt al Inspectoratului de Poliție al Județului Vaslui. Primarul orașului Negrești, Vasile Voicu, nu era prezent în sediul instituției în momentul în care femeia a înghițit insecticidul, însă susține că a aflat despre incident și că va face o anchetă pentru a vedea cum a murit acel câine comunitar (...)- (Sursa: realitatea.net.ro/, 25 septembrie 2012).

Cauze (motivații) principale: Protestul public față de indiferența autorităților în legătură cu soluționarea unei probleme comunitare, atașamentul manifestat

față de animale, stresul emoțional provocat de moartea uneia dintre ele.

Natura distinctă a cazului: tentativă de sinucidere singulară, semnificând o formă inedită de presiune exercitată asupra autorităților comunitare.

(10.) INCAPACITATEA DE A SUPORTA TRATAMENTUL (REGIMUL) PENITENCIAR

(10.1.) V.L., bărbat din Rural (satul Satu Nou, comuna Solești, județul Vaslui). Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 42 de ani, căsătorit, cu un copil minor, s-a spânzurat, cu un cordon improvizat dintr-o conductă din baia celei închisorii unde se afla întemnițat pentru omor.

„Un bărbat din Vaslui condamnat la detenție pe viață pentru omor deosebit de grav, după ce și-a omorât tatăl și fiica în vârstă de cinci ani, s-a sinucis în Penitenciarul Târgu Ocna, unde era încarcerat provizoriu din cauza unor probleme medicale. Potrivit reprezentanților Penitenciarului Spital Târgu Ocna, bărbatul, Vasile Larion, în vârstă de 42 de ani, condamnat în primăvara acestui an pentru omor deosebit de grav, a fost găsit spânzurat de o conductă din baia camerei de detenție, cu un cordon improvizat din materiale textile. Supraveghetorul de serviciu care l-a descoperit pe deținut a anunțat imediat personalul medical, însă bărbatul nu a mai putut fi salvat. *«Persoana privată de libertate găsită decedată era cazată singură în camera de detenție. Pe lângă informarea autorităților competente, conducerea penitenciarului a dispus începerea unei anchete interne pentru a stabili împrejurările în care s-a produs incidentul. Oricum, nu i se poate imputa nimic agentului supraveghetor, în condițiile în care acesta avea sub pază mai multe spații de detenție»* a declarat, miercuri, pentru corespondentul MEDIAFAX, purtătorul de cuvânt al Penitenciarului Spital Târgu Ocna, G.V. În luna mai a acestui an, Vasile Larion, din localitatea Satu Nou (Solești), a fost condamnat de Tribunalul Vaslui la închisoare pe viață pentru omor deosebit de grav, după ce în octombrie 2012 și-a ucis cu o sapă atât fiica de cinci ani, cât și tatăl, în vârstă de 66 de ani. Bărbatul le-a mărturisit anchetatorilor, în momentul reținerii sale, că a recurs la acest gest pentru că a vrut să o facă pe mama copilei să sufere, după ce femeia l-a părăsit, fiind plecată la muncă în Anglia. Mai mult, în timpul ultimelor audieri de dinaintea pronunțării sentinței, bărbatul a afirmat în fața judecătorilor că fiica de cinci ani pe care a ucis-o provine, de fapt, dintr-o relație amoroasă dintre soție și tatăl său. Potrivit cercetărilor desfășurate de anchetatori, Vasile Larion și-a lovit atât fiica, cât și pe bunicul patern al copilei cu muchia unei sape, fiecare primind câte două lovituri în cap. În urma agresiunii, fetița și-a pierdut viața, iar bărbatul de 66 de ani a suferit răni grave. După ce și-a ucis fiica, Vasile Larion a încercat să se sinucidă, aruncându-se în fața unei mașini pe DN 24 Vaslui - Iași, însă șoferul a reușit să-l evite. Ulterior, bărbatul a sunat la 112 pentru a solicita o ambulanță. Un echipaj al Serviciului de Ambulanță Vaslui a mers la locuința bărbatului, însă fetița de cinci ani nu a mai putut fi salvată. În ceea ce-l privește pe bărbatul de 66 de ani, acesta a fost preluat de o

ambulanță și transportat în comă la Spitalul de Neurochirurgie din Iași, unde a decedat. Vasile Larion a fost reținut, inițial, pentru 24 de ore, iar apoi a fost arestat preventiv. În februarie 2013, el fusese transferat de la Penitenciarul Vaslui la cel de maximă siguranță din Iași, iar în urmă cu două săptămâni a ajuns la Penitenciarul Spital Târgu Ocna din cauza unor probleme medicale” (Sursa: realitatea.net.ro/, 28 august, 2013).

Cauze (motivații) principale: incapacitatea de a suporta regimul penitenciar și, posibil, remușcările față de crimele comise. Tentativă anterioară de suicid.

(11.) SENTIMENTE (RESENTIMENTE) LEGATE DE NUMEROASE PROBLEME DE VIAȚĂ

(11.1.) RUȘINEA ȘI TEAMA FAȚĂ DE OPROBIUL PUBLIC

(11.1.1.) E.G., femeie din Rural (comuna Tîrgușor, județul Constanța).
Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 34 de ani, căsătorită, cu doi copii, s-a spânzurat cu ața de la un balot.

„O femeie de 34 de ani din localitatea constănțeană Tîrgușor s-a spânzurat, marți după amiază. Ieri, femeia trebuia să se prezinte în fața magistraților de la Judecătoria Constanța, figurând ca parte vătămată într-un dosar de șantaj. Mai exact, se pare că fostul concubin o șantaja pe femeie cu poze indecente pe care avea să i le arate actualului soț. E. G., de 35 de ani, din Tîrgușor, a fost găsită fără suflare în magazia locuinței. Se pare că aceasta s-a sinucis cu ață de balot, în timp ce familia se afla în casă. Trupul neînsuflit a fost găsit chiar de mama acesteia. Degeaba a fugit într-un suflet să sune la 112, pentru că medicii nu au mai putut face nimic, decât să constate decesul. Totul a început cu mult timp în urmă, când, se pare, femeia ar fi avut o aventură cu vecinul ei, C. V., deși era căsătorită și avea doi copii. Bărbatul i-a făcut mai multe fotografii indecente, după care, în primăvara acestui an, ar fi amenințat-o că, dacă nu îi dă bani, va face publice pozele. Femeia s-a deplasat imediat la Poliție, unde a depus o plângere, în care reclama că este amenințată și șantajată. Din lipsă de probe, însă, cazul a fost închis, iar C.V. a primit decizia de neîncepere a urmăririi penale. Conform unor surse din anchetă, după ce s-a văzut *«cu sacii în căruță»*, bucuros că nu va păți nimic, bărbatul a prins mai mult curaj, continuând să o șantajeze pe femeie, atât telefonic, cât și personal. Ba mai mult, victima chiar a susținut că i-ar fi dat 700 de lei bărbatului pentru a scăpa de amenințări, însă acesta nu a fost mulțumit și a continuat să ceară din ce în ce mai mulți. Potrivit polițiștilor, supărat că nu-și mai primește banii, bărbatul ar fi intrat în casă peste fosta concubină și, sub privirile copiilor și ale soțului, ar fi tăiat-o pe față și pe o mână. Acesta a fugit doar în momentul în care soțul femeii a sunat la 112. Oamenii legii spun că după nefericitul incident, femeia s-a deplasat din nou la Poliție, astfel organizându-se un flagrant, chiar în curtea femeii, în urma căruia agresorul șantajist a fost încătușat. Acesta a

fost arestat pentru șantaj și violare de domiciliu, după care a fost trimis în judecată. Ieri, femeia trebuia să se prezinte la Judecătoria Constanța, în calitate de victimă în dosar. Din nefericire, aceasta a ales, în schimb, să-și încheie socotelile cu viața” (Sursa: cugetliber.ro/, 26 septembrie 2013).

Cauze (motivații) principale: sentimentele de rușine și teamă față de opinia rudelor, a vecinilor, a comunității, față de fapta comisă, reprobabilă din punct de vedere social.

(11.2.) REMUȘCAREA

(11.2.1.) Bărbat (nume neprecizat) din Rural (sat neprecizat, județul Hunedoara). Tentativă de sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 29 de ani, necăsătorit (fără alte date de identificare), acest bărbat s-a împușcat ca urmare a unui profund sentiment de remușcare legat de producerea, de către, el, a unui accident soldat cu victime.

„O poveste terifiantă i-a dus pe polițiști într-un sat din Hunedoara. Un tânăr de 29 de ani a fost găsit desfigurat, pe jumătate mort, pe un deal din apropierea satului în care locuia.

Cel mai probabil, bărbatul s-a împușcat cu o armă de vânătoare și a fost dus cu un elicopter la Spitalul de Urgență din Timișoara, unde medicii încearcă să-l salveze.

Medicii de la SMURD au făcut eforturi disperate să îl țină în viață pe tânărul de 29 de ani până la Spitalul de Urgență din Timișoara. Proiectilul cu alicie i-a distrus întreaga față. La 20 de ore de la acest incident, bărbatul este încă în stare gravă și medicii din Timișoara l-au băgat în operație. Când a fost găsit mai mult mort decât viu, lângă o livadă la 50 de kilometri de Deva, avea lângă el arma de vânătoare cu care s-a rănit. Alertați de localnici, polițiștii au început o anchetă și chiar dacă totul indică o tentativă de sinucidere, iau în calcul în acest moment și alte variante.

Cel mai probabil, bărbatul, care nu era căsătorit și trăia în casa părinților săi, s-a împușcat intenționat cu arma de vânătoare pentru care nu avea permis. Îi apăsa conștiința un accident cu victime provocat în Franța în urmă cu doi ani, pe când muncea acolo” (Sursa: Pro TV, 14 iulie 2012).

Cauze (motivații) principale: remușcarea și, posibil, teama că ar putea răspunde pentru fapta comisă.

(11.3.) EȘECUL (SENTIMENTUL RATĂRII)

(11.3.1.) F.R., femeie din Urban (Slatina, județul Olt). Tentativă de sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 17 ani,

necăsătorită, sportivă de performanță, a încercat să-și taie venele.

„Eveniment dramatic petrecut în lotul României de box feminin: o sportivă a încercat să se sinucidă după ce a pierdut un meci!

F. R., campioana României la categoria 81 de kilograme, a fost învinsă, în primul tur al CM de junioare și tineret, care s-a desfășurat la Albena (Bulgaria), de I. L., din Ucraina, decizie la puncte 0-3.

Oficialii români au contestat decizia, considerînd că F. R. a fost clar dezavantajată de arbitraj. Ajunsă însă în camera de hotel, sportiva a încercat să-și taie venele! A fost găsită de coechipiere și de antrenor, care au oprit-o de la un gest necugetat.

F. R. este neînvingătoare de patru ani în România, potrivit antrenorului emerit C. G.. În 2013, sportiva legitimată la C.S.M. Slatina, în vârstă de 17 ani, a devenit campioană națională la tineret și a cucerit medalia de aur la Cupa României” (Sursa: realitatea.net.ro/, 27 septembrie 2013).

Cauze (motivații) principale: incapacitatea de a suporta eșecul.

Natura distinctă a cazului: Tentativă suicidară singulară.

(11.4.) INCAPACITATEA DE A SUPORTA PIERDEREA UNEI FIINȚE APROPIATE

(11.4.1.) Femeie (nume neprecizat) din Rural (comuna Galda de Jos, județul Alba). Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidar: În vârstă de 52 de ani, căsătorită, având un copil major, s-a aruncat într-o cascadă, neputând suporta despărțirea de nepotelul ei, ca urmare a divorțului tatălui acestuia, fiul victimei.

„O femeie de 52 de ani din Galda de Jos, județul Alba a fost descoperită de salvamoniști, decedată, la baza unei cascade din zona turistică Băile Romane, în apropierea localității Cetea. Trupul femeii a fost găsit plutind în apă, iar recuperarea acestuia s-a dovedit destul de dificilă. Oamenii legii au confirmat că este vorba despre o sinucidere.

Potrivit Salvamont Alba, echipajele de salvamoniști au fost solicitate să intervină miercuri dimineață, în jurul orei 8.00, pentru căutarea unei femei, dată dispărută de luni. Apropiatii acesteia erau convingeți că femeia s-a sinucis, iar cercetările au confirmat această ipoteză. După aproape 2 ore de căutări, corpul neînsuflețit al femeii a fost descoperit (...). Femeia era dispărută de la domiciliu de două zile, fapt semnalat poliției de către familie.

Despre biata femeie, rudele și cunoscuții au numai cuvinte de laudă. Era cumsecade, credincioasă și extrem de atașată de familia ei. Tocmai acest atașament i-a dus moartea. Vestea că unicul ei copil urmează să divorțeze și că nepotelul de 6 ani, pe care îl iubea ca pe ochii din cap, se va îndepărta de ea, i-a frânt inima. Nu le-a spus celor dragi că are de gând să își ia viața, dar luni, pașii au purtat-o spre o cascadă de lângă sat, unde și-a găsit sfârșitul” (Sursa: alba24.ro, 1 august 2012).

Cauze (motivații) principale: incapacitatea de a se despărți de o ființă de care victima era extrem de atașată.

(12.) SINUCIDERI ALE COPIILOR ȘI ADOLESCENȚILOR

(12.1.) PROTEST FAȚĂ DE DECIZII SAU SANCTIUNI ALE ADULȚILOR

(12.1.1.) Adolescentă din Urban (orașul Buzău, județul Buzău).

Tentativă de sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidar: În vârstă de 14 ani, adolescenta a ingerat o supradoză de medicamente, protestând împotriva deciziei părinților de a-i confisca cartela de la telefonul mobil.

„O fată de 14 ani din Buzău a încercat să se sinucidă, miercuri, după ce părinții i-au confiscat cartela telefonică pentru a nu mai vorbi la telefon până noaptea târziu, adolescenta fiind în prezent internată în Spitalul Județean Buzău. Potrivit unor surse din cadrul Serviciului Județean de Ambulanță Buzău, adolescenta a înghițit aproape 40 de pastile pentru ficat, pe care și le administra pentru o afecțiune de care suferea. Adolescenta a recurs la acest gest la scurt timp după ce părinții i-au confiscat cartela telefonică pentru a nu mai vorbi ore întregi la telefon. Conform surselor citate, adolescenta vorbea la telefonul mobil până după miezul nopții și pentru că nu au reușit să o determine altfel să renunțe la acest obicei, părinții i-au confiscat cartela. În prezent, fata este internată la Spitalul Județean Buzău.

Medicul psihiatru Maria Cristache a declarat, miercuri, pentru MEDIAFAX că în ultima vreme se constată o creștere a numărului tentativelor de sinucidere sau a sinuciderilor. Și mai îngrijorător este că a scăzut destul de mult vârsta la care unele persoane încearcă să se omoare: «*E un fenomen care ne înspăimântă, scăderea vârstei la care apar tentativele de sinucidere*»” (Sursa : [realitatea.net.ro/8 august 2012](https://realitatea.net.ro/8%20august%202012)).

Cauze (motivații) principale: Tentativă de sinucidere ca formă de protest împotriva unei decizii considerate a fi nedrepte.

(12.2.) SENTIMENTE DE RUȘINE ȘI REMUȘCARE

(12.2.1.) C.F., adolescent din Rural (comuna Popricani, județul Iași).

Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidar: În vârstă de aproape 18 ani, s-a spânzurat de un copac din curtea casei.

„Un adolescent de 18 ani din localitatea ieșeană Popricani și-a pus capăt zilelor la scurt timp după ce a fost surprins încercând să își violeze nepoata de 4 ani. C. F. s-a spânzurat de un copac din curtea casei sale, trupul neînsuflețit al acestuia fiind descoperit joi, 19

septembrie, de părinții săi. Aceștia au alertat autoritățile însă medicii ajunși la fața locului nu au mai putut face nimic pentru a-i salva viața. *«Ne-am sesizat, iar o echipă de polițiști s-a deplasat la fața locului. Se fac verificări pentru moarte suspectă»*, a afirmat Alexandru Chelaru, purtătorul de cuvânt al Inspectoratului de Poliție Județean Iași.

Acesta mai spunea ieri că fetița de patru ani urma să fie transportată la Institutul de Medicină Legală Iași pentru o expertiză, urmând a se stabili dacă a fost sau nu victima unei agresiuni sexuale. Mama acesteia a declarat ieri presei că l-a surprins pe Claudiu dezbrăcat de la brâu în jos înainte însă ca acesta să o violeze pe micuță. Femeia a mai declarat că adolescentul i-ar fi spus că intenționează să își ia zilele însă că nu l-a crezut: *«Am plecat până la magazin și l-am rugat pe Claudiu să aibă grijă de fiica mea și de fratele ei de 2 ani. Când m-am întors, Claudiu era dezbrăcat de la brâu în jos și la fel și fata. Nu a apucat să facă nimic, am venit la timp și i-am spus să dăm uitării totul, cu condiția să nu mai încerce niciodată. El mi-a spus că se duce să se spânzure, dar nu am crezut că o va face»*, a spus mama fetei.

Din spusele rudelor lui Claudiu acesta avea depresii în ultima perioada și ar mai fi amenințat că își va pune capăt zilelor (Sursa: adevărul.ro/, 19 septembrie 2013).

Cauze (motivații) principale: rușine și remușcare față de fapta comisă, dar și tulburări psihice distincte (de resortul psihiatrului), complementare, posibil, cu anumite disfuncții sexuale sau tulburări „normale” (firești) la vârsta adolescenței.

(12.3.) TEAMA DE PEDEAPSĂ

(12.3.1.) Copil din Rural (localitatea neprecizată, județul Alba).

Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 12 ani, elev la școala din satul natal, s-a spânzurat într-o anexă a casei unde locuia, de teamă că ar putea fi pedepsit pentru o faptă ilicită (copilărească în fond!) comisă în cadrul școlii.

„Gest cutremurător al unui copil de 12 ani din Alba.

Băiatul și-a pus capăt zilelor (s-a spânzurat) de teama unei pedepse, după ce duminica intrase pe ascuns în școală și fusese prins. Nu era singur duminică, ci împreună cu mai mulți prieteni. Au intrat în școala din sat, printr-o spărtură dintr-un perete. Copiii au mâncat cornuri și lapte din cele care urmau să fie împărțite colegilor, prin programul școlar, a doua zi.

Un bărbat din sat i-a văzut și i-a amenințat că îi spune directoarei, iar copilul s-a speriat foarte tare și le-a povestit bunicilor că îi este foarte frică de poliție. Bunicii și părinții au stat de vorbă cu băiatul și au crezut că l-au calmat.

Ieri, însă, băiatul a rămas singur acasă și, de frica unei pedepse, și-a pus capăt zilelor într-o anexă a casei” (Sursa: www.jurnal.tvsatrm.ro/, 10 mai 2012).

Cauze (motivații) principale: Teama de sancțiune, sentimentele de rușine față de fapta comisă.

(13.) ACCIDENTE CU APARENȚĂ DE SUICID

(13.1.) Tânăr din Urban (orașul Craiova, județul Dolj)

Date de identificare și descrierea incertului „act suicidal”: În vârstă de 23 de ani, student, victima a căzut sau „s-a aruncat” (?) de la etajul 6 al căminului unde locuia.

„Un student a căzut, miercuri dimineața, de la etajul șase al căminului din Craiova în care locuia. Băiatul de 23 de ani a ajuns la Spitalul de Urgență din Craiova, cu leziuni la nivelul membrilor inferioare și superioare (conform cu Realitatea Tv.)

Două echipaje SMURD au ajuns la locul incidentului miercuri dimineața, în jurul orei 07:00. Deocamdată, nu se știe dacă studentul a căzut sau a vrut să se sinucidă” (Sursa: Ziare.com, 24 octombrie 2012).

Cauze (motivații) principale: Absente (sau probabile) până la instrumentarea atentă a cazului”.

(13.2.) Tânăr din Urban (orașul Timișoara, județul Timiș).

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 22 ani s-a prăbușit accidental sau s-a aruncat în mod premeditat pe fereastra etajului 6 de la hotelul unde era cazat.

„Un tânăr timișorean, în vârstă de 22 de ani, a fost găsit mort de agenții de pază ai hotelului Continental, la primele ore ale dimineții zilei de miercuri. Victima se cazase la hotel marți seara.

Polițiștii nu exclud nici varianta sinuciderii, nici pe cea a unei căderi accidentale. Se pare că tânărul nu a căzut de la geamul camerei sale de la etajul șase, ci de pe o fereastră aflată pe hol. «Nu a fost găsit niciun bilet de audio asupra sa, însă nu excludem varianta sinuciderii. Așteptăm rezultatele necropsiei, care ar putea să ne ofere mai multe informații despre ce s-a întâmplat. Toate bunurile tânărului au fost găsite în cameră, nu lipsea nimic», a spus M. D., purtător de cuvânt al IPJ Timiș (Sursa: adevarul.ro).

Cauze (motivații) principale: Absente (sau probabile) până la examinarea detaliată a circumstanțelor cazului.

(14.) CRIME CU APARENȚĂ DE SINUCIDERE

(14.1. P.A. din Urban (Baia Mare, județul Maramureș).

Date de identificare și descrierea actului suicidal: Tânăr, fiu al unui cunoscut interlop din Baia Mare, el însuși infractor, condamnat penal pentru

fapte pedepsite de lege, deținut la penitenciarul Gherla, s-a „spânzurat” (aparent) în celula închisorii.

„Gestul necugetat al lui P. A. (poreclit Japo Mic), fiul celui mai cunoscut interlop băimărean, rămâne o enigmă pentru familia și prietenii săi. Nimeni nu înțelege de ce tânărul a recurs la un gest atât de drastic (s-a spânzurat în celula închisorii), având în vedere că mai avea puțin de ispășit din pedeapsă. *«O ducea bine. Îi trimiteam tot timpul pachete și nevasta lui îl vizita foarte des. Niciodată nu s-a plâns că ar avea probleme. Știu că avea niște divergențe cu un băiat de acolo, dar s-au rezolvat între timp. Am povestit acum câteva luni cu el, și spunea că abia așteaptă să iasă să-și facă o familie. Nu pot să-mi explic ce s-a întâmplat»*, a spus un apropiat al sinucigașului (...).

Prietenii sinucigașului și-au prezentat condoleanțele și pe pagina sa de socializare, unde mai multe persoane și-au exprimat regretul față de fapta tânărului. Atât părinții cât și sora tânărului au fost anunțați despre tragedia din Penitenciarul Gherla.

P. A. a fost arestat în 2008 și acuzat de tentativă de omor după ce a participat la o altercație într-un local din Baia Mare. Tânărul a fost condamnat atunci la șapte ani și șase luni de închisoare, din care ispășise deja aproape patru ani” (adevărul.ro, 8 ianuarie 2013).

„Tot mai mulți prieteni și apropiați ai interlopului băimărean, mort în Penitenciarul Gherla, susțin că acesta nu s-a sinucis. Mai mult, nașul tânărului, manelistul L. G., a postat pe pagina sa de socializare diferite mesaje legate de acest caz, care vorbesc de o eventuală *crimă* (...). *«Din surse sigure știu că sinuciderea a fost trucată, P.A. a fost strangulat de B. și S., acoliții lui K., cu care P.A. a avut un diferend legat de telefoanele mobile din celulă. Deci chestia cu sinuciderea n-o crede (...) nimeni»*. Acest mesaj a fost postat de către „J.” pe mai multe site-uri de știri dar și pe pagina de socializare a manelistului L. G” (Sîrșa: adevărul.ro, 13 ianuarie 2013).

Cauze (motivații) principale: Cauzele reale ale acestei „sinucideri” aparente – conform cu opiniile unor persoane avizate (aparținând lumii întrelupe) –, au fost conflictele avute cu alți deținuți, care nu au ezitat să stranguleze victima.

Natura distinctă a cazului: crimă cu aparență „înscenată” de sinucidere.

(15.) SINUCIDERI APARENT INEXPLICABILE

(15.1) D.I., femeie din Urban (Galați, județul Galați). Sinucidere.

Date de identificare și descrierea actului suicidal: În vârstă de 47 de ani, necăsătorită, locuind singură, s-a spânzurat de butucul de vie din curtea unei case apropiate de propria-i casă.

„La o săptămână de când colega lor de cancelarie și-a luat zilele, profesorii de la Liceul Tehnologic Căi Ferate tot nu știu ce a împins-o pe D. I. la sinucidere. Joia trecută, cancelaria de la CFR a aflat cu stupeoare de gestul ei. Cu câteva zile înainte să se întoarcă la școală, profesoara de fizică în vârstă de 47 de ani, titulară, cu gradul I, și-a curmat zilele, aparent inexplicabil. Chiar conducerea liceului a fost nevoită să identifice corpul femeii.

Au rămas uimiți când au aflat că aceasta se spânzurase de butucul de vie din curtea unei case. A folosit șireturile de la adidașii din picioare. Nici colegii, nici familia nu știu ce conexiune este între femeie și această casă situată pe strada Eminescu la nr. 48, în apropiere de Piața Centrală, nu foarte departe de blocul unde locuia Daniela Ioan. Cei de pe stradă nu știu cum a putut intra cineva acolo. De luni bune, în casă nu mai stă nimeni. Doar un vecin de-al lor, surdo-mut, care a și găsit corpul femeii, este angajat de proprietari să aibă grijă de gospodărie. Gestul stupefiant rămâne un mister pentru toți colegii de cancelarie. „Nu avea datorii la bănci, nu a părut tristă, nu era o persoană labilă și nici nu era tânără ca să sufere din dragoste, chiar dacă nu era căsătorită”, spun aceștia. Punctualitatea, exigența, dar mai ales incoruptibilitatea o caracterizau ca profesoară. «Era citită, inteligentă, preocupată de știință în general. Avea un curs post-universitar de informatică și realiza site-uri. Avea și un blog personal și era preocupată de Reiki și de stilul de viață sănătos», ne-au povestit câteva profesoare. Nu-i erau străine nici cărțile de literatură sau filosofie, preferându-i pe Pleșu, Eco, Heidegger. Vecinii din bloc își amintesc cu plăcere de doamna profesoară discretă care urca mereu scările pe jos, până la etajul 9, unde locuia.

O locatară ne-a spus că discuta des cu Daniela Ioan despre taoism (energia corpului), *qigong* (energia mișcării) și, în general, despre spiritualitate, pentru care profesoara avea o afinitate aparte. Chiar dacă nu făcea o afacere din asta, aceasta trecuse de cele patru etape de inițiere și era maestru *Reiki*, o știință de vindecare bazată pe energia universală.

În ultima săptămână, Dana (cum îi spun apropiații) a tot amânat diverse întâlniri, iar «*vara aceasta parcă a fost mai rezervată, parcă avea o umbră pe față*», spune F. C. o prietenă apropiată. «*Nu avea probleme sociale, dar suferea din cauza deficitului de atenție din partea mamei sale. Avea grijă de mama sa, fostă profesoară de altfel, dar aceasta era veșnic nemulțumită de fiica sa. Apoi, cred că în ultima perioadă nu își mai găsea motivația nici în profesie, fiind îngrijorată de lipsa de receptivitate a elevilor pentru școală și pentru preocupări intelectuale*», ne-a mai povestit aceasta. Una dintre vecine își amintește că i s-a părut că femeia slăbise. «*Avea momente de depresie, când își punea întrebări esențiale. Cred că a fost într-unul din aceste momente. Ce prostie din partea ei! Și, în același timp, ce gest de curaj !*», exclamă femeia.

Prietenii au descoperit că, în ziua în care au aflat de sinucidere, nici blogul său, MysticWay, nici adresa de e-mail nu mai erau funcționale, toate interpretându-le ca un semn că și-a pregătit gestul. În plus, unii vecini au auzit că ar fi donat unul dintre apartamentele familiei, lăsând cheia cuiva care a și vizitat casa în urmă cu câteva zile, lucru negat de fratele femeii.

Moartea fostei profesoare rămâne inexplicabilă, mai ales pentru familie. A. I. așteaptă concluziile polițiștilor, deoarece nu crede că sora sa mai mare s-a sinucis, ci că ar fi fost împinsă la acest act. Nu e de mirare să creadă asta, ținând cont că în ultima zi când a fost văzută în viață, D. I. a lăsat în casă mașina de spălat mergând, a ieșit să scoată bani de pe card, s-a tuns și, până a doua zi, nimeni nu a mai știut nimic de ea.

Totuși, în urma necropsiei, s-a stabilit că este vorba de o sinucidere, neexistând urme de violență pe corp. În urma fostei profesoare rămân nu doar amintirile și regretele, ci, deocamdată, și întrebările fără răspuns, ale celor care au cunoscut-o” (Sursa : viata-libera.ro/,

Cauze (motivații) principale: Inexplicabile, dar de presupus (singurătate, depresie, angajarea în activități mistice, „metaspirituale” etc.).

(16.) SINUCIDERI MISTICE (RITUALE)

(16.1.) Doi tineri (numele neconsemnat), probabil din Urban (Tulcea, județul Tulcea). Sinucidere dublă, simultană.

Date de identificare și descrierea actului suicidar: Un tânăr de aproximativ 22 de ani și o tânără de aproximativ 16-18 ani, și-au tăiat, mai întâi, venele, apoi s-au aruncat, în același timp, de la etajul 10 al unui imobil din București. Presupunerea anchetatorilor și, implicit, a redactorilor știrii a fost aceea că tinerii aparțineau unui grup satanist sau, în mod izolat de alte grupări, erau ei, înșiși sataniști.

„După ce și-au tăiat venele, o fată și un băiat, legați la mâini, s-au aruncat de la etajul zece. Ieri dimineață, în centrul Capitalei, s-a consumat unul dintre cele mai macabre acte înregistrate în contul grupărilor sataniste. O pereche de tineri îndrăgostiți și-a găsit sfârșitul în spatele coloanelor din Piața Romană. După ce și-au tăiat venele și s-au legat cu un cordon de mâini, victimele s-au aruncat în gol, de la etajul zece. Nu au lăsat nici un bilet de adio, doar câteva sticle de vodcă și pachete de țigări goale. În jurul orei 6,25 o femeie care locuia la etajul nouă al imobilului i-a observat pe cei doi. Legați de mâini, tinerii mergeau pe marginea terasei, căutând, parcă, locul potrivit pentru împlinirea ritualului. Speriată, femeia a anunțat poliția. *«Sunt doi puscariși pe bloc»*, le-a spus aceasta ofițerilor de serviciu. În mai puțin de cinci minute, un echipaj al Secției 1 sosea la fața locului. În spatele "Coloanelor", polițiștii au găsit trupurile zdrobite ale victimelor. Bărbatul încă mai trăia, însă leziunile multiple pe care le suferise erau mult prea grave. Urcat într-o Salvare și transportat la Spitalul de Urgență "Floreasca" el a murit după câteva minute. Înainte de a se arunca, tinerii își legaseră mâinile cu un cordon. Brațele purtau urmele unor tăieturi, semn al unui alt ritual, probabil. Deși toate indiciile arătau că este vorba despre o sinucidere, ancheta era departe de a se opri aici. Nici fata și nici iubitul ei nu aveau asupra lor vreun document de identitate. Tânăra, o adolescentă de 16-18 ani, purta pantaloni jeans, de culoare neagră, și un tricou pe care scria *"At the heart of the winter"*. La mâna stânga purta cinci brățări (cinci - numărul elementelor recunoscute de sataniști), iar la mâna dreaptă o brățară din piele pe care erau imprimate două semipentagrame și având inscripționat mesajul *"Punks not dead"*. Specialiștii Serviciului Omoruri au descoperit și alte indicii care ar arăta apartenența tinerilor la sectele sataniste. Adolescentsa avea la fiecare ureche câte cinci cercei, iar la gât purta două șireturi din piele de care atârnavă un colț de nutrie și un cartuș. Fata era tunsă chilug și avea 1,60-1,65 m înălțime. În ceea ce îl privește pe iubitul ei, acesta, în vârstă de aproape 22 ani, purta și el pantaloni jeans, negri, și un tricou peste care avea un hanorac negru, imprimat cu capete de diavol. Peste hanorac purta o bluză de trening pe care scria *"Pure holocaust"*. Ca și prietena sa, avea mai multe brățări din

picile, la mâna dreaptă. Dacă îmbrăcămintea victimelor i-a condus pe specialiștii Serviciului Omoruri la concluzia că tinerii erau sectanți sataniști, ultimele ore ale vieții lor au confirmat acest lucru. După miezul nopții, aceștia s-au urcat pe terasa clădirii, pe scara de incendiu. Aici au băut aproape trei sticle de vodcă, găsite de anchetatori în zonă. Câteva pachete de țigări și resturi de ciocolată, precum și bagajele celor doi au mai fost descoperite de polițiști. Un amănunt bizar este faptul că, deși nu aveau acte de identitate asupra lor, tinerii păstrau câteva bilete de tren și de autocar, unele datând chiar din 1999. Printre hârtii se afla și un bilet de intrare, pentru două persoane, la Teatrul "Urmuz" din Tulcea și un carnet de student, necompletat. Biletele de călătorie aveau destinația Tulcea, Călimănești, Râmnicu Vâlcea și București. Pe terasă au mai fost găsite și două lame de ras, cu care sinucigașii își creștaseră brațele, în căutarea venelor. Încă nu se știe dacă este vorba de un ritual satanic sau sunt așazise urme de „tatonare” pe care le lasă cei care vor să-și pună capăt zilelor. După ce și-au tăiat venele, tinerii au scos un cordon din rucsac, înfășurându-l în jurul mâinilor, probabil pentru a fi siguri că nici unul dintre ei nu va putea da înapoi în fața morții. Primele concluzii ale anchetatorilor arată că perechea era hotărâtă să pună în aplicare un plan stabilit cu mult timp înainte. Surse judiciare ne-au declarat că unii sataniști, care văd în sinucidere izbăvirea, recur, uneori, la ritualuri sfârșite cu sacrificări de vieți omenești” (Dublă sinucidere cu ritual satanist, în Piața Romană, Sursa: adevarul.ro/news/, 17 iunie 2002).

Cauze (motivații) principale: Dificile de precizat, dar de presupus.

Natura distinctă a acestui caz: Simbolurile descrise de autorul știrii (brățărilor, colțul de nutrie, cartușul, inscripțiile de pe îmbrăcămintea tinerilor) sunt singurele „argumente” în favoarea unei pretinse apartenențe (identități) sataniste, dar acestea nu par convingătoare. Dacă facem abstracție de aceste simboluri, dubla sinucidere menționată ar putea fi determinată mai multe elemente, printre care: o posibilă traumă, un psihism labil, teribilism, consumul de alcool (poate și de droguri) și alte indicii ale unui dezechilibru mental, ale unui „delir în doi” etc.

(16.2.) Bărbat (nume neprecizat) din Urban (orașul Motru, județul Gorj).

Date de identificare și descrierea actului suicidar: Un tânăr în vârstă de 25 de ani s-a aruncat în fața unei mașini, redactorul știrii respective presupunând, pe baza indiciilor, găsite la locul sinuciderii, că este vorba de o sinucidere cu caracter „ritual”.

„Un bărbat de 25 ani din Gorj s-a aruncat în fața unei mașini și a murit pe loc. Avea o bătă și un craniu de pisică în mâini. Șoferul e în stare de șoc.

Accidentul este unul mai straniu decât în filmele SF. Tânărul mergea de la Motru spre Târgu Jiu. Totul s-a petrecut în localitatea Calnic, unde victima a fost aruncată la câțiva metri de mașină. Medicii nu au mai putut face nimic pentru el. «În mijlocul străzii, cu mâinile ridicate avea craniul ăla, nu știu ce. Am încercat să îl evităm, a sărit pe mașină», a spus un

martor. «Cu ciomagul ăla în mână nu știu ce mai avea, cu mâinile ridicate. Am încercat să îl evit, pe partea aia s-a întors. Nu am mai avut ce să îi fac», a spus șoferul, aflat în stare de șoc. Polițiștii au găsit asupra bărbatului neidentificat câteva lumânări și craniul unui animal. «Se pare că accidentul s-a produs ca urmare a traversării neregulamentare a drumului de către un pieton», a declarat Robert Vigaru, Poliția Rutieră Gorj.

Oamenii legii încearcă să identifice victima și să afle dacă bărbatul avea probleme psihice sau dacă ieșirea lui a făcut parte dintr-un ritual care a culminat cu sinuciderea (*Ritual de sinucidere? S-a aruncat în fața unei mașini cu un craniu de pisică în mână și cu o bâtă în alta*; vezi: <http://www.opiniatimisoarei.ro/ritual-de-sinucidere-s-a-aruncat-fata-unei-masini-cu-craniu-de-pisica-mana-si-cu-bata-alta/07/05/2011> , 7 mai 2011.

Cauze (motivații) principale: Dificil de precizat, dar de presupus.

Natura distinctă a acestui caz: La fel ca și în cazul precedent (al celor doi tineri), simbolurile identificate de polițiști (craniul, lumânările, ciomagul) sunt singurele indicii în baza cărora redactorul știrii *presupune* (subl. ns.) că ar fi vorba de o sinucidere rituală. Făcând abstracție de aceste indicii, s-ar putea ca tânărul să fi avut un psihism dereglat, o boală psihică sau poate doar o depresie consecutivă unei traume. Din păcate, la fel ca și în alte cazuri, difuzate de mass media, sunt ignorate detalii importante pentru a putea evidenția natura *reală* a cazului respectiv.

În pofida titlurilor celor două știri, nu se poate spune cu certitudine că sinuciderile descrise se încadrează în tipul *ritual* de suicid, deși detaliile cuprinse în aceste știri lasă să se înțeleagă că ar fi vorba de acest tip de sinucidere.

Pentru o scurtă, dar ilustrativă descriere a satanismului în România, vezi Casetă 2.

CASETA 2

„În etapa inițială, fenomenul satanist a apărut în România în mediile de declasați (vagabonzi, aurolaci, boschetari, cerșetori). Pentru aceștia, practicile pretins „sataniste“ constituiau un accesoriu destinat să dea o brumă de „prestigiu“ orgiilor sexuale, agrementate cu un amestec de spirt medicinal și Romparkin, „îndulcit“ cu antigel (mono-etilen-glicol, compus cancerigen).

Participanții se ocupau și cu băutul sângelui de găină, dezgropatul de stârvuri, onania colectivă. Semnele de apartenență la grupul de «nebuni» consumatori de intestine de pisică „ritual sacrificată“ erau: crucea lui Nero (intoarsă), crucea Vieții (cu ansa), pentagramele (stele în cinci colțuri, evocând simbolul comunist) și amulete macabre (în general, confecționate din resturi de cadavre, cranii, oase, gheare).

De multe ori este vorba de psihopați periculoși. Un anume D. R. Mihai din Cernavodă, condamnat la închisoare cu suspendarea executării pedepsei pentru furt calificat, care în cadrul întrunirilor pe care le organiza în Cimitirul Ortodox din oraș, chiar locul cunoscut sub

numele „La Cavoul lui Farmache”, incita adepții la omor și sinucidere. O tânără i-a urmat îndemnul și a încercat să se sinucidă. A fost salvată în ultimul moment. Mai puțin norocoasă a fost altă membră a grupului, care și-a „reușit” sinuciderea în aprilie 1997. Semnificativ este cazul liderului satanist R. C. Gabriel, aflat încă din iunie 1996 în cercul de suspecți pentru profanarea unor morminte la Biserica Domnească din Tg.Ocna. A fost descoperit ulterior, plimbându-se cu o halcă de cadavru în putrefacție și o lumânare aprinsă, noaptea, prin Cimitirul Bellu din București. La secția de poliție, tânărul a început să-și mănânce excrementele, ceea ce l-a determinat pe ofițerul de serviciu să-l trimită de urgență la balamuc. Au fost necesare 11 zile de tratament pentru ca R. C. Gabriel să-și revină în simțiri, dar intelectul său continuă să fie ireversibil afectat.

A urmat o perioadă (1996-1997) atunci când multe cimitire din mediul urban au fost afectate de distrugerii cu evident caracter satanist.

La 14 ani după revoluție, multe morminte din cimitire, monumente de artă și chiar biserici au rămas ciuntite, murdărite de labele unor oameni cu mintea prin buzunare.

Capela „Elena Doamna” din București, unul dintre cele mai frumoase monumente istorice, se află chiar lângă Palatul Cotroceni. Acolo, printre copaci, își trage ultima suflare. Picturile de pe pereți și icoanele de la catapeteasmă au fost realizate de Gh. Tatărescu, în 1874. Până când s-a hotărât repararea ei de către firma de construcții Acifia Carpați, capela a fost locul în care se strâneau „adoratorii lui Satan”. La început au spart geamurile. Nestingheriți de nimeni și fără nici o remușcare, au mâzgalit cu vopsea trupul capelei. Iarna aprindeau focuri în interior, pentru a se încălzi.

Construcția a fost și un loc de antrenament pentru „iubitorii” de alpinism. Și astăzi se mai văd găurile, ca niște răni în carne vie, făcute de ei în pereți”

(Mateescu Gabriel, Satanism made in Romania, în „Lumea credinței”, anul I, nr. 4; vezi: <http://www.crestinortodox.ro/morala/satanism-made-romania-70814.html>, 31 mai 2006).

5.3. Utilitatea studiilor de caz în cercetarea și prevenirea sinuciderilor din România

Cazurile pe care le-am prezentat reprezintă doar o mică parte din totalul de aproximativ 900 de cazuri de sinucidere pe care le-am inventariat, cu atenție, în perioada 2011-2014. Unele dintre acestea sunt foarte sumare, altora le lipsesc detaliile necesare pentru a putea înțelege pe deplin cauzele, motivațiile și circumstanțele care au determinat, provocat sau condiționat actele suidare respective, iar altele – în forma în care au fost prezentate de ziariști sau redactorii de știri -, sunt, pur și simplu, nesemnificative pentru obiectivele analizei noastre.

Mai trebuie menționat că sistemul categorial și subcategorial de cauze și motivații pe care le-am prezentat în mod analitic nu epuizează totalitatea

acestora, existând, în mod concret, o mulțime de asemenea cauze/motivații, care nu pot fi inventariate decât prin eforturi îndelungate și laborioase, demers care, trebuie să mărturisesc nu am mai avut răbdarea să-l finalizez.

Asupra valorii și utilității incontestabile a studiilor de caz nu este cazul să insistăm. Înainte de selectarea unui eșantion reprezentativ la nivel național din rândul victimelor tentativelor de sinucidere și al sinuciderilor efective, identificarea unor cazuri cu valoare de generalitate este pe cât de necesară, pe atât de imperativă. O strategie de cercetare cu caracter național în domeniul cercetării și prevenirii fenomenului suicidar trebuie să se bazeze, în mod obligatoriu, pe recoltarea unor „colecții” multiple și variate de studii de caz, în măsură să ofere informații cât mai complete cu privire la profilul victimelor, contextele de viață ale acestora, circumstanțele care au pregătit sau precipitat actul suicidar și, nu în ultimul rând, despre cauzele și motivațiile care au determinat acest act. Iar pentru realizarea acestui demers complex, consultarea materialelor de presă scrisă și a informațiilor publicate pe portalurile de știri online este o activitate necesară, dar nu și suficientă.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

Chițu, M. (2012) *Doi din 10 români au tulburări psihice*, „Gândul.info”, 24 sept. (vezi: <http://www.gandul.info/sanatate/doi-din-10-romani-au-tulburari-psihice-studiu-10114547>).

Durkheim, É. (1993), *Le Suicide. Étude de sociologie*, Paris, Alcan (1897) - tradusă în limba română sub titlul *Despre Sinucidere*, Iași, Institutul European; Citatele se pot identifica în ediția românească.

Murray, C., J., L., Lopez, A., D. (1996), *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Geneva, Switzerland, World Health Organization.

OECD (2012), *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing.

Rapoartele anuale ale Institutului Național de Medicină Anuală (vezi: <http://www.legmed.ro/?doc=1237824528>).

Rădulescu, M., S. (1994), *Hypothesis and euristics in the social knowledge*, București, Editura Academiei Române.

Rădulescu, M., S. (2010), *Victime și agresori în domeniul abuzului sexual comis în familie – studii de caz (Victims and aggressors in sex abuse on*

family – case studies), în „*Revista de Cercetare și Intervenție Socială*”, vol. 28.

Rădulescu, M., S.⁽¹⁾-(2014), *Evoluții și tendințe ale fenomenului suicidal în România, în perioada 1996–2012*, în „*Revista Română de Sociologie*”, nr. 3-4.

Rădulescu, M., S.⁽²⁾-(2014), *Constatări și evaluări statistice cu privire la gradul de răspândire a sinuciderilor în România*, în „*Revista Română de Sociologie*”, nr. 5-6.

Sanger-Katz, M. (2014), *The Science behind Suicide Contagion*, în „*The New York Times*”, August, 13, 2014 (see :http://www.nytimes.com/2014/08/14/upshot/the-science-behind-suicide-contagion.html?_r=0&abt=0002&abg=0).

World Health Organization, Regional Office for Europe, *Mental Health* (vezi: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/mental-health>).

CAPITOLUL IX

ÎN LOC DE CONCLUZII

În concordanță cu informațiile prezentate de Organizația Mondială a Sănătății, la nivel global, în anul 2012, au avut loc peste 800.000 de sinucideri, corespunzând unei rate globale, standardizate, de sinucidere, de 11.4 la suta de mii de locuitori (15.0 pentru bărbați și 8.0 pentru femei)-(conform cu World Health Organization, 2014, p. 07). La nivel mondial, sinuciderile reprezintă 50% din totalul deceselor violente ale bărbaților și 71% din cele ale femeilor.

Date fiind unele erori de înregistrare și clasificare din anumite țări, numărul de sinucideri și tentative de suicid poate fi și mai mare, fiind disimulat de accidente.

Importanța pe care o acordă Organizația Mondială a Sănătății sinuciderii ca problemă socială globală rezidă, între altele, în alegerea zilei de 10 septembrie ca zi oficială rezervată conștientizării și prevenirii suicidului.

Data fiind amploarea actului suicidar în întreaga lume, în mai 2013, Organizația Mondială a Sănătății a adoptat un Plan de Acțiune în domeniul Sănătății Mentale, în cadrul căruia prevenirea sinuciderii constituie o componentă principală. Unul dintre scopurile principale ale acestui Plan ale cărui măsuri se extind până în anul 2020 este reprezentat de elaborarea și aplicarea unor strategii *naționale de prevenire*, care vor avea ca efect reducerea sinuciderilor cu 10% în întreaga lume (vezi și Casetă 1).

Activitatea de prevenire a sinuciderii este însă o acțiune extrem de dificilă și de complexă, care nu poate fi realizată de o singură categorie de specialiști.

Dintre dificultățile care trebuie evidențiate se poate menționa obiectul prevenirii, ca atare. Sinuciderea – observa, cu îndreptățire J. Zubin (1974, p. 3), este, de fapt, „*rezultatul final al unui proces și nu procesul însuși*”, motiv pentru care nu poate fi investigat decât în mod retrospectiv, iar în acest sens, singurele informații valide nu pot fi preluate decât din analiza tentativelor (nereușite) de sinucidere. Numai că acestea sunt diferite de sinuciderile ca atare.

În activitatea de prevenire, un rol esențial îl are identificarea factorilor de risc care condiționează sau determină sinuciderile, dar și a factorilor protectivi care pot asigura un grad mai mare de securitate față de „tentațiile” suicidare.

Dintre factorii de risc pot fi menționați următorii (World Health Organization, 2014, p. 08):

- factori cu caracter *individual*: uzul și abuzul de alcool sau droguri, bolile

„La fiecare 40 de secunde, o persoană de pe glob moare luându-și viața, avertizează Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Nu toate persoanele care se sinucid mor, dar gestul lor sugerează că există șanse foarte mari ca tentativele să se repete în viitor. De aceea, fiecare sinucidere ratată trebuie privită ca un strigăt de ajutor al sinucigașului adresat persoanelor apropiate sau autorităților capabile să ia măsuri de prevenție.

Cele mai multe tentative de suicid au loc în primele ore la dimineață, cel mai probabil după o noapte nedormită, petrecută în singurătate, sau seara târziu, mai ales când persoana în cauză a consumat alcool. Potrivit raportului OMS, aproape o treime dintre cei care aleg să se sinucidă se otrăvesc cu pesticide sau cu alte substanțe toxice.

Organizația Mondială a Sănătății intenționează să impună tuturor statelor o strategie națională de prevenție a sinuciderilor, care include limitarea accesului populației la diverse mijloace de sinucidere – arme, substanțe analgezice și toxice etc. La fel de importantă, în opinia specialiștilor, este relatarea în presă cu multă prudență a cazurilor de suicid, evitându-se detalii care ar putea declanșa o “contaminare” în masă a publicului.

Reprezentanții OMS mai au în vedere realizarea și implementarea unor politici speciale de consum al substanțelor alcoolice și, de asemenea, îmbunătățirea măsurilor de îngrijire a persoanelor cu dependențe, dizabilități, maladii dureroase sau deficiențe psihice”

La ora actuală, doar 28 de țări din lume dispun de o strategie națională de prevenție a suicidului (Mediascop, 2014).

sau tulburările psihice, traumele (vezi Caseta 2), durerea indusă de bolile

CASETA 2

„Trauma este o ruptură. Oamenii chiar așa se exprimă când simt o ruptură, că e ca și cum ar avea două vieți, viața de dinainte de acel incident, eveniment, accident și viața de după. Principalele traume care pot duce la depresie sunt atât de natură emoțională cât și fizică: pierderea cuiva drag, doliul, accidentul, bolile cronice, cele incurabile, abuzul. În cazul depresiei, în ce punct psihologul se dovedește a fi insuficient și se apelează la psihiatru? Foarte important este ca omul să se adreseze unui serviciu specializat. De exemplu, în tratamentul depresiei se folosește atât terapia antidepresivă, cât și psihoterapia. Se folosesc separat sau combinat în funcție de natura depresiei și de gravitatea ei. Într-o depresie severă cu risc de suicid se impune de urgență tratamentul medicamentos și apoi psihoterapia. Psihoterapia ca tratament unic este recomandat pentru depresiile ușoare și medii. Se mai pot rezolva și probleme de anxietate, atacuri de panică, fobii, obsesii, disfuncții sexuale, probleme de relație (...). Psihoterapia este o metodă noninvazivă, este o intervenție terapeutică ce se realizează prin tehnici specifice. Psihoterapeutul este atent la nevoile clientului, îi oferă empatie, înțelegere, acceptare, respect și poate interveni cu succes dacă persoana este cât de cât funcțională. Atunci când simptomele sunt severe, când

disfuncționalitatea apare în familie, profesie și social, atunci este obligatorie solicitarea sprijinului unui serviciu de psihiatrie, pentru prescrierea unui tratament medicamentos, având ca scop diminuarea sau combaterea simptomelor”.

„Care sunt cele mai abordate tipuri de terapie în cazul depresiei? Cele mai frecvente sunt terapia medicamentoasă și psihoterapia. Eu sunt formată pe psihoterapie de scurtă durată strategică, un tip de terapie în care relația terapeutică este una de tip colaborativ, orientată pe resursă și soluție. Principiul care guvernează o astfel de relație terapeutică este formulat de Steve de Shazer astfel: «Nu există eșec, există feedback». Pot spune că, indiferent de problema abordată principalul scop al psihoterapiei este remiterea emoțiilor negative într-un timp cât mai scurt în funcție de nevoile și resursele clientului. Mesajele motivaționale și dezvoltarea personală sunt concepte nelipsite din viața omului modern. Ce rol au ele în păstrarea echilibrului psihic? Toate acestea sunt importante, dar trebuie să ne găsim propriul cod emoțional, pentru că suntem diferiți. A fi fericit înseamnă să-ți accepți plusurile și minusurilor”.

„Cum trebuie abordat un depresiv în stare de negare, astfel încât să accepte terapia? Nu știu dacă este vorba de o rețetă specială. Cel mai bun comportament este unul echilibrat, care să-i ofere susținerea necesară pentru a înțelege că nu este singur, pentru a se simți înțeles și acceptat. Când neagă ceea ce simte, de fapt, el încearcă să evite o confruntare cu realitatea, încearcă să se mențină într-o zonă cunoscută de confort. Un astfel de pacient încearcă să evite schimbarea, poartă o mască prin care își ascunde emoțiile și sentimentele, se protejează, dar să nu uităm: «ca să te bucuri de ceea ce primești, trebuie să-ți acordezi corzile sufletului, nu să le întinzi până la rupere...»” (Iacobițe, Ramona, INTERVIU cu Daniela Nițu, psihoterapeut: Dezechilibrele economice, religioase și morale împing individul spre sinucidere (conform cu <http://adevarul.ro/locale/iasi/>, 13 septembrie 2014).

cronice (letale), pierderea unuia dintre apropiați, problemele financiare, istoria sinuciderilor în cadrul familiei, tenativele de sinucidere precedente etc.;

- factori asociați cu *sistemul de sănătate și sistemul social*: accesul dificil la serviciile de îngrijire a sănătății, disponibilitatea mijloacelor de comitere a sinuciderii, raportarea inadecvată a cazurilor de suicid de către mass media, sinuciderile „mimetice”, stigma atașată persoanelor care caută ajutor în cazul unor conduite suicidare ș.a.;

- factori cu caracter *comunitar sau macrosocial*: conflicte, războaie, dezastre naturale, stresul asociat procesului de aculturație (în cazul persoanelor deplasate), discriminările etc.

Strategiile de *prevenire* destinate combaterii acestor factori de risc se pot clasifica în trei categorii principale ((World Health Organization, 2014, p. 08):

(1) strategii cu caracter *universal* – proiectate să fie aplicate întregii

populații, sunt destinate creșterii accesului la serviciile de sănătate, reducerii consumului de alcool și droguri, limitării accesului la mijloacele de comitere a suicidului, promovării unui stil de relatare adecvată a cazurilor de sinucidere în mass media;

(2) strategii cu caracter *selectiv* – destinate unor grupuri vulnerabile cuprinzând persoane care au suferit abuzuri sau traume, refugiați sau migranți, persoane afectate de conflicte dezastru ori care au avut tentative de sinucidere. De asemenea, aceste strategii implică instruirea personalului implicat în asistența și protecția persoanelor vulnerabile;

(3) strategii cu caracter „*indicativ*” (specific) – aplicabile unor indivizi vulnerabili distincți, așa cum consumatorii de alcool sau droguri, persoanele lipsite de resurse materiale, educative și care nu au acces la serviciile de îngrijire etc.

În mod complementar cu aceste strategii, un accent deosebit trebuie pus pe stimularea factorilor *protectivi* precum relațiile interpersonale, sistemele de credințe, strategiile de confruntare „pozitivă” cu factorii de risc ș.a.m.d.

Pentru a monitoriza progresele înregistrate în aplicarea strategiilor menționate, pot fi utilizați următorii indicatori:

- reducerea ratei de sinucidere;
- numărul de intervenții în domeniul prevenirii sinuciderilor, implementate cu succes;
- descreșterea numărului de tentative de sinucidere spitalizate.

Componentele tipice ale strategiilor naționale privind prevenirea sinuciderilor, cuprinse în Planul de Acțiune elaborat de către Organizația Mondială a Sănătății sunt evidențiate în tabelul 1 (vezi Tabelul 1).

Țările care aplică Planul de Acțiune în domeniul Sănătății Mentale, valabil pentru perioada 2013-2020, și aleg să-și stabilească strategii naționale proprii ar putea să-și reducă rata de suicid cu 10% (World Health Organization, 2014, p. 09).

Relativ puține țări (doar 28 din întreaga lume) dețin asemenea strategii. Preocuparea pentru reducerea și prevenirea sinuciderilor sau tentativelor de sinucidere este însă generală.

În luna noiembrie 2014, a avut, de exemplu, la Chișinău (Republica Moldova), prima Conferință Națională dedicată măsurilor antisuicid, în cadrul

TABELUL 1. COMPONENTELE TIPICE ALE STRATEGIILOR NAȚIONALE PRIVIND PREVENIREA SINUCIDERILOR (Sursa: World Health Organization, 2014, p. 60)

COMPONENTA	SCOPURI ȘI OBIECTIVE
SUPRAVEGHERE	Creșterea calității și actualității datelor cu caracter național asupra sinuciderilor și tentativelor de sinucidere. Sprijinirea stabilirii unui sistem integrat cu privire la colectarea de date care servește la identificarea grupurilor, indivizilor și a situațiilor vulnerabile.
RESTRÂNGEREA MIJLOACELOR	Reducerea disponibilității, accesibilității și atractivității mijloacelor de comitere a sinuciderii (de exemplu, pesticide, arme de foc, locuri înalte). Reducerea toxicității/letalității mijloacelor disponibile.
MASS MEDIA	Promovarea implementării unui ghid pentru mass media având ca scop raportarea responsabilă a sinuciderilor în presă, radioteleviziune și pe rețelele de socializare.
ACCES LA SERVICII	Promovarea unui acces crescut la servicii largi pentru persoanele vulnerabile la conduite suicidare. Înlăturarea obstacolelor în domeniul îngrijirii.
INSTRUIRE ȘI EDUCAȚIE	Instituirea și menținerea unor programe largi de instruire pentru personalul de supraveghere (de exemplu, lucrători din domeniul sănătății, educatori, polițiști). Îmbunătățirea competențelor furnizorilor de sănătate mentală și îngrijire primară în ceea ce privește identificarea și tratamentul persoanelor vulnerabile.
TRATAMENT	Îmbunătățirea calității îngrijirii clinice și a intervențiilor clinice asupra unor cazuri evidențiate, în special pentru indivizii care se prezintă la spital după o tentativă de sinucidere. Optimizarea cercetării și evaluării intervențiilor eficiente.
INTERVENȚIE ÎN SITUAȚII DE CRIZĂ	A face sigur că, în ansamblul lor, comunitățile au capacitatea de a răspunde situațiilor de criză prin intervenții adecvate, iar indivizii aflați în aceste situații au acces la serviciile de urgență în domeniul sănătății mentale, inclusiv la liniile telefonice de ajutor și la cele online.
POSTVENȚIE	Îmbunătățirea răspunsului la nevoile celor afectați de suicid și tentative de sinucidere, precum și a îngrijirii acestora. Furnizarea unor servicii de sprijin și reabilitare pentru persoanele afectate de tentativele de sinucidere.
CONȘTIENTIZARE	Stabilirea unor campanii de informare publică pentru a sprijini înțelegerea faptului că sinuciderile pot fi prevenite. Creșterea accesului publicului și profesioniștilor la informațiile despre toate aspectele privind prevenirea comportamentului suicidar.
REDUCEREA STIGMEI	Promovarea folosirii serviciilor de sănătate mentală, a serviciilor de prevenire a abuzului de droguri și a sinuciderilor. Reducerea discriminării îndreptate împotriva persoanelor care utilizează aceste servicii.
SUPRAVEGHERE ȘI COORDONARE	Stabilirea unor instituții sau agenții de promovare și coordonare a cercetării, instruirii și furnizării de servicii în ceea ce privește conduitele suicidare. Întărirea răspunsului sistemului de sănătate și al sistemului social față de comportamentele suicidare.

căreia s-au dezbătut diferite politici și inițiative la nivel național, precum și măsurile de prevenire la nivel comunitar și individual (<http://mirt.md/conferinta-antisuicid-2014/agenda-conferintei/>).

Dintre cele mai importante aspecte discutate la această Conferință pot fi

menționate următoarele :

- drepturile persoanelor care se confruntă cu problema sinuciderii;
- presa și prevenirea suicidului;
- modul de consiliere a persoanelor implicate în prevenirea actelor suicidare.

Cu ocazia Conferinței, a fost lansat un ghid orientativ privind reflectarea suicidului în mass media, cuprinzând patru capitole principale, fiecare dintre acestea prezentând informații despre sinucidere și despre metodele corecte de prezentare a acesteia în presă:

- primul capitol* este destinat dezbaterei stereotipurilor despre suicid, precum și unei înțelegeri mai bune a conceptului de sinucidere;
- cel de al doilea capitol* prezintă principiile și regulile generale cu privire la prezentarea și reflectarea cazurilor de sinucidere în presa din Republica Moldova. Aceste principii și reguli sunt bazate pe cercetările și rezultatele câtorva organizații internaționale care s-au ocupat de studierea acestui subiect;
- al treilea capitol* prezintă câteva date statistice în legătură cu diferitele cazuri de suicid din Republica Moldova;
- ultimul capitol, al patrulea*, evidențiază (în limba română, rusă și engleză) trei studii de cazuri de sinucidere, binecunoscute și supramediatizate.

În legătură cu modul cel mai adecvat de prezentare a sinuciderilor în presa din Republica Moldova, ghidul pune accentul pe următoarele repere:

- Se recomandă utilizarea unui limbaj simplu și nu simplificat, precum și evitarea limbajului de senzaționalizare;
- Se recomandă evitarea titlurilor mari și menționarea cazurilor de suicid pe prima pagină sau ca subiect principal al unei știri/articol/reportaj;
- Este recomandată evitarea menționării locului unde a avut loc o sinucidere;
- Este recomandată evitarea menționării metodei utilizate într-un caz de suicid;
- Se va evita distribuirea mesajului de adio;
- Se solicită evitarea accentuării și menționării posibilelor părți pozitive ale unui caz de suicid;

- Este recomandată o atenție deosebită în prezentarea mai multor cazuri de suicid ca având posibile conexiuni;
- Este recomandată menționarea serviciilor specializate de ajutor și asistență etc.

Preocuparea pentru aceste aspecte sunt prezente și în România. În luna aprilie 2015, s-a desfășurat, de exemplu, la Constanța, conferința, organizată de către Academia Oamenilor de Știință din Romania și Universitatea „Andrei Șaguna”, având ca temă „Suicidul – problemă majoră de sănătate publică”, în cadrul căreia oameni de știință de prestigiu au abordat, în mod interdisciplinar, cauzele comportamentului suicidar, consecințele acestuia asupra familiei și societății, precum și soluțiile de prevenire.

În ceea ce privește modul în care trebuie prezentate sinuciderile în presă și, în mod general, în mass media, Alianța Română de Prevenție a Suicidului, organizație non-guvernamentală din Cluj a elaborat un *Ghid de Bune Practici* în acest domeniu (vezi Caseta 3).

CASETA 3

„Alianța Română de Prevenție a Suicidului a prezentat ieri, 6 noiembrie, în cadrul unei întâlniri cu jurnaliștii, întâlnire ce a avut loc la Bastionul Croitorilor, un draft al Ghidului de bune practici «Comunicarea Sinuciderilor în mass-media». Reprezentanții media au fost rugați să trateze cu atenție acest tip de subiecte, întrucât o prezentare mult prea amănunțită a acestor fapte, poate duce la replicarea acestora. Maniera de raportare a sinuciderilor în mass-media are cel mai mare impact la adolescenți și tineri.

Alianța Română de Prevenție a Suicidului a realizat un studiu în rândul elevilor și studenților pentru a vedea ce cunoștințe și ce atitudine au aceștia vizavi de sinucideri. Atât elevii, cât și studenții au răspuns că se informează în cea mai mare parte din mass-media, în special din mediul online. În timp ce elevii consideră că știrile despre sinucideri sunt prezentate într-o manieră obiectivă, studenții sunt de părere că acestea sunt prezentate într-un mod agresiv. Cei chestionați, indiferent de vârstă au răspuns că doar familia poate să le ofere ajutor în astfel de situații, necunoscând faptul că există specialiști la care ar putea apela.

Principalele motive pentru care adolescenții decid să își pună capăt vieții sunt depresiile, depresiile amoroase, violența în familie și consumul de etnobotanice sau droguri. Jurnaliștii au fost sfătuiți să nu ofere detalii cu privire la metoda prin care o persoană s-a sinucis, întrucât există riscul ca metoda să devină «contagioasă». Conform specialiștilor, pericolul cel mai mare vine din zona internetului, o zonă care nu poate fi controlată, unde «scapă» atât detalii legate de metodă, fotografiile de la locul faptei, fotografiile cu corpul neinsufletit al persoanei decedate sau chiar fotografiile neblurate cu fața acesteia. De asemenea, specialiștii îi sfătuiesc pe jurnaliști să nu ofere locul exact unde a avut loc evenimentul, pentru a nu «demoniza»

locul respectiv. Părinții sau prietenii persoanei care s-a sinucis nu trebuie culpabilizați pentru că nu și-au dat seama că există un pericol în acest sens, pentru că «de vină» sunt o mulțime de factori. Suicidul nu este rezultatul unui factor unic, a unui singur incident dramatic. Trebuie luat în considerare, în cadrul materialului, impactul suicidului asupra supraviețuitorilor și a persoanelor apropiate.

Reprezentanții Alianței Române de Prevenție a Suicidului sfătuiesc jurnaliștii să își axeze materialele pe cauzele care au dus la sinuciderea persoanei în cauză, pe metodele de prevenție, să insiste pe faptul că există specialiști la care se poate apela, chiar și în mod gratuit. Relatările senzationaliste și iresponsabile ar putea precipita comportamentele suicidare. În cadrul unui material de presă este recomandat să fie clarificat contextul psihosocial în care s-a petrecut suicidul, să fie prezentat rolul afecțiunilor psihiatrice în detrimentul suicidului, faptul că aceste afecțiuni sunt tratabile, precum și informații despre intervențiile disponibile și instituțiile specializate. De asemenea, specialiștii consideră că este important să se ofere exemple pozitive de soluționare a situațiilor conflictuale și de criză, să se prezinte consecințele somatice ale tentativelor de sinucidere (de exemplu leziuni cerebrale), precum și sfaturi despre cum se poate soluționa o situație dificilă de viață și cum se poate preveni sinuciderea unei persoane apropiate. Este indicat ca mass-media să furnizeze datele de contact ale persoanelor și instituțiilor ce pot oferi ajutor specializat. Un alt aspect la care jurnaliștii trebuie să fie atenți este limbajul folosit. Se recomandă utilizarea termenilor: suicid, sinucidere, deces prin sinucidere, tentativă de suicid, suicid finalizat, persoană cu risc suicidar, prevenirea sinuciderii. Alianța Anti-suicid este o organizație non-guvernamentală implicată în menținerea și promovarea calității vieții prin prevenția suicidului. Activitatea acesteia este realizată de voluntari recrutați și antrenați prin tehnica jocului de rol să asculte empatic, fără prejudecăți, să realizeze consiliere psihologică, să ofere suport emoțional respectând confidențialitatea, indiferent de rasă, religie, vârstă sau statut social. Alianța a implementat în iulie 2013, Telefonul Verde Antisuicid (0800 801 200), care poate fi apelat în mod gratuit din orice rețea din România în intervalul orar 19:00 – 7:00. Cei aflați la capătul liniei Telefonului Verde știu, înainte de toate, să asculte și să înțeleagă. Acestea sunt armele principale cu care încearcă noapte de noapte să salveze vieți. Suicidul este singura moarte care poate fi prevenită cu un simplu gest, cu o simplă vorbă, cu empatie. De-a lungul existenței Alianței, voluntarii au realizat intervenții în probleme de tip anxietate, depresie, dependență de droguri, doliu, boli grave (leucemie, tuberculoză, cancer), sechele handicapante”.

Cum scriem despre sinucidere, astfel încât numărul acestora să scadă (conform cu: <http://transilvaniareporter.ro/actualitate/cum-scriem-despre-sinucideri-astfel-incat-numarul-acestora-sa-scada/>)

În activitatea de prevenire din România, un rol important revine asociațiilor sau organizațiilor non-guvernamentale, așa cum este cazul, de pildă, al Asociației „Sf. Damian” din Iași sau cel al Alianței Române de Prevenție a Suicidului din Cluj (vezi Caseta 4 și Caseta 5).

„Sunteți în pragul sinuciderii? Sunați la aceste numere sau trimiteți e-mail și primiți ajutor. Timp de 16 ore zi, 7 zile din 7, la numerele 0722-116.123, 0755-116.123, 0761-116.123, Sf. Damian oferă consiliere psihologică. Se poate primi consiliere și pe Facebook sau email. De ziua mondială a prevenirii suicidului, respectiv 10 septembrie, Asociația Sf. Damian a lansat la Iași primul helpline din regiunea Moldovei. Intitulat *«Aleg să trăiesc!»* acest serviciu telefonic, face parte din proiectul *«Voluntar în linia întâi»* și vine în sprijinul persoanelor care suferă de depresie, al celor care se află într-o stare de criză psihologică și mai ales al celor care se gândesc la suicid, prin oferirea de consiliere și orientarea spre servicii alternative de intervenție.

«Acest proiect îi poate ajuta pe oamenii care își doresc să trăiască și se simt copleșiți de dificultăți, de probleme. Sunt persoane care pun accentul pe diferite valori și în momentul în care pierd lucrurile valorizate se simt copleșite de acest dezastru resimțit de ele și apare disperarea», a precizat Roxana Brânzei, psiholog principal în cadrul Spitalului de Psihiatrie Socola.

Aria de intervenție a serviciului helpline cuprinde șapte județe din nord-estul și centrul României, respectiv Alba, Bacău, Covasna, Harghita, Iași, Mureș și Vaslui, tocmai pentru că aici incidența sinuciderilor la 100.000 de locuitori depășește media națională de 13.30. La Iași incidența este de 18,20, în vreme ce valoarea cea mai mare se regăsește în Covasna – 34.

«Îngrijorător este faptul că în ultimii 30 – 45 de ani trendul a fost crescător în ceea ce privește tentativa de suicid. Un alt aspect care ar trebui să ne îngrijoreze este acela că nu toate persoanele care se gândesc sau pun în practică un act suicidal ajung să fie cunoscute într-un sistem medical. Serviciul Helpline le asigură anonimatul atunci când ei apelează, iar aceste persoane pot să-și comunice suferința, drama lor, putând primi astfel un sprijin de care au nevoie», a spus Bogdan Butuc, coordonator de proiect (conform cu: <http://www.ziaruldeiasi.ro/stiri/sunteti-in-pragul-sinuciderii-sunati-la-aceste-numere-sau-trimiteti-e-mail-si-primiti-ajutor--74532.html>).

CASETA 5

Alianța Română de Prevenție a Suicidului din Cluj a organizat, de pildă, câteva sesiuni de înscriere voluntari – operatori ai liniei telefonice 0 800 801 200 (așa-numitul „*telefon Verde Antisuicid*”). Voluntariatul (având loc sub anonimat) a constat într-o sesiuni de 12 nopți, dar după încheierea acestei etape cei care au dorit au putut să rămână în continuare. La finalul stagiului, voluntarii au primit o diplomă care atestă acțiunile desfășurate pe parcursul celor 12 nopți cât este contractul alianței (vezi: <http://transilvaniareporter.ro/esential/se-cauta-voluntari-pentru-telefonul-verde-antisuicid/>)

Activitatea de prevenire din țara noastră este grefată însă de numeroase deficiențe.

Cea mai importantă și mai vizibilă dintre aceste deficiențe vizează statisticile cu privire la sinucidere, culese și gestionate de către instituțiile de profil.

Așa cum am subliniat și în cadrul altor studii*, în România nu există încă o bază de date care să cuprindă date complete și comparabile cu ale altor țări asupra suicidului. Atât Institutul Național de Medicină Legală, cât și Institutul Național de Statistică (care, în trecut fie spus, comercializează asemenea date) nu dețin decât informații lacunare, incomplete, care nu oferă o imagine de ansamblu a fenomenului suicidar din România. Nu există, în acest sens, date asupra unor variabile importante, precum ocupația, statusul marital, mediul de proveniență (urban-rural), starea civilă, apartenența religioasă și corelațiile dintre acestea, fără a mai menționa absența unor studii amănunțite asupra suicidului ca problemă socială. La toate acestea se adaugă raportările deficitare, cuprinzând date care se contrazic între ele, către diferite organizații internaționale, precum Organizația Mondială a Sănătății. Amintim, în același timp că lipsesc experții în domeniu, iar o organizație importantă precum Institutul Național de Sănătate Publică, care își propune, între altele, „monitorizarea stării de sănătate a populației” din România**, nu acordă decât o importanță secundară cercetării suicidului ca problemă de „sănătate publică”.

Dincolo de deficiențele menționate, în România este cvasiabsentă activitatea de *prevenire*. Sinuciderea – au subliniat, în dese rânduri, medicii legiști și psihiatrii – este răspunsul ultim pe care individul îl dă unei probleme care nu poate fi rezolvată de unul singur, după ce un lung șir de încercări de rezolvare care au eșuat. Din acest punct de vedere, nu există încă, în România, un efort unitar, conjugat, din partea unor echipe de specialiști, care să vizeze intervenții *ante factum*, capabile să descurajeze pe potențialii sinucigași. Această problemă se manifestă cu acuitate, mai ales în prezent, în condițiile în care, în România, starea de criză prelungită, de anomie, creează premisele unui mediu propice amplificării stărilor de depresie a populației și, implicit, răspândirii largi a conduitelor suicidare.

Pentru toate aceste motive, am propus și propunem, în continuare, următoarele măsuri:

(1) Elaborarea, în cadrul unor instituții de profil, precum Institutul Național

* Vezi, de pildă, cele două proiecte realizate de noi în cadrul Institutului de Sociologie al Academiei Române: (1) „Sinuciderea ca indicator relevant al anomiei existente în România” (2011-2013); (2) „Etiologia actului suicidar din România în context european” (2014-2015).

** Conform cu site-ul Institutului (<http://www.insp.gov.ro/>).

de Statistică, Institutul Național de Sănătate Publică, inclusiv în cadrul institutelor științifice (de psihologie și sociologie) a unei *baze naționale de date*, care să ofere informații *complete și unitare* asupra fenomenului suicidar și a constatărilor principalelor cercetări în acest domeniu. Se pot prelua, în acest sens, modelele oferite de țări cu tradiție Statele Unite, Anglia, Finlanda etc., care țin o statistică riguroasă asupra sinuciderilor în funcție de diferite variabile cu caracter social și chiar personal;

(2) Efectuarea (cu sprijinul și resursele Ministerului Sănătății) a unor *investigații multidisciplinare* de amploare asupra sinuciderilor, care să abordeze atât *cantitativ*, cât și *calitativ*, suicidul din mai multe puncte de vedere: psihologic, psihiatric, sociologic, criminologic, medico-legal ș.a. Studiul suicidului are, el însuși, un caracter multidisciplinar, motiv pentru care aceste investigații ar trebui efectuate de echipe mixte de specialiști din care să facă parte medici legiști, criminaliști și criminologi, psihologi, psihiatri și, nu în ultimul rând, sociologi. Exceptând cercetările asupra factorilor sociali, inclusiv studiile de caz sau biografiile sociale ce permit elaborarea unor „cariere” sau „scenarii” suicidare, aceste echipe ar putea să își propună, între altele, identificarea unor factori evaluativi și predictivi ai sinuciderii, printre care (Maris, R. W., 1992, p. 9):

- eventualele antecedente ale bolii sau tulburări mentale a victimelor actelor de sinucidere;
- tendințele de consum de alcool (droguri);
- ideea suicidară (inclusiv ideile religioase etc.);
- tentativele anterioare de sinucidere;
- metodele suicidare;
- condițiile de viață ale potențialilor sinucigași (modul și stilul de viață, starea de izolare și singurătate, lipsa de sprijin etc.);
- starea de descurajare, lipsa de speranță, rigiditatea cognitivă;
- vârsta înaintată;
- existența, în familie, a unor cazuri de sinucidere;
- problemele de la locul de muncă, veniturile, starea de șomaj;
- problemele (conflictele) maritale, patologia familială în ansamblu;
- stresul, evenimentele cu care se confruntă potențialele victime, conflictele pe care le au;
- starea de furie, agresivitate, iritabilitate;
- existența unei boli fizice;

- combinarea mai multor factori dintre cei menționați.

În mod evident, studiul unora dintre acești factori are, esențialmente, un caracter clinic, intrând în câmpul de interes al psihologilor și psihiatrilor în timp ce cercetarea altor factori (de pildă, factorii familiali, stilul de viață sau problemele de la muncă) sunt, cu precădere, de resortul sociologilor. La rândul lor, criminologii s-ar putea centra pe analiza conflictelor, iar medicii legiști ar putea studia, între altele, cu mai multă precizie, metodele suicidare sau identificarea cazurilor de suicid pentru a le deosebi de accidente, cu care se confundă adeseori;

(3) Întărirea eforturilor de *prevenire*, prin elaborarea unei *strategii la nivel național* în acest domeniu, de cele mai multe ori, ignorat de autorități.

În prezent, la nivelul mai multor țări, există trei abordări principale ale eforturilor de prevenire, aplicabile, însă, cu precădere, persoanelor care se confruntă cu probleme sau boli psihice (Pokorny, A., D., 1992, p. 105-106):

(a) prevenirea cu caracter *fizic*, ca abordare tradițională, prin intermediul unor metode precum sunt: încuierea potențialei victime în încăperi special amenajate, urmărirea sa cvasipermanentă, înlăturarea obiectelor vătămătoare din jur etc. Asemenea metode își au însă limitele lor, deoarece nu se pot aplica decât unui număr redus de pacienți și pe o perioadă limitată de timp, fără a mai menționa că aceștia se pot sustrage acestor eforturi, înșelând vigilența celor care îi supraveghează;

(b) prevenirea cu caracter *terapeutic*, prin înlăturarea stării de stres și *disforie*, constând în sentimente de tristețe și frică, însoțite de iritabilitate și agresivitate extremă, care determină impulsuri suicidare ale potențialilor sinucigași. Medicația, psihoterapia și operarea unor schimbări în viața pacienților reprezintă metode principale ale acestei abordări clinice, care are avantajul că „aliază” personalul de specialitate și eventuala victimă împotriva problemelor cu care se confruntă aceasta, chiar dacă nu întotdeauna acestea pot fi soluționate;

(c) prevenirea cu caracter *socializator* frenator, în sensul socializării sau resocializării indivizilor sau pacienților în spiritul însușirii (asimilării) unor *obstacole* etice (morale) împotriva actului suicidar, pentru a face ca o asemenea conduită să le fie mai puțin „disponibilă”. Așa cum preciza A. D. Pokorny (1992, p. 106), „*este chestionabil dacă o asemenea prevenire poate fi făcută în perioada adultă, după ce ideea suicidară sau preocuparea de comitere a acestui*

act s-a manifestat deja, ori încă din perioada copilăriei”.

Date fiind limitele tuturor acestor forme de prevenire, există autori (Lester, D., 1972) care consideră că sinuciderea ca act individual nu poate fi nici predictibil afirmată (prezisă), cel puțin prin intermediul unor metode sau instrumente clinice și, în consecință, nu poate fi nici prevenită. James Diggory (1974, p. 59) sublinia, în acest sens, următoarele: „*Convingerea conform căreia conduitele suicidare sunt predictibile poate fi validă doar în principiu, nu în fapt. Iar ca principiu este doar un caz special al credinței fiecărui om de știință despre faptul că universul cuprinde regularități care pot fi descoperite și înțelese prin interogări (investigații) raționale*”.

Această apreciere este complementară cu ideea că activitatea de prevenire a actelor suicidare nu poate fi realizată decât prin intermediul unor servicii medicale specializate și care pot pune în practică trei tipuri de prevenție (Felner, R., D., Adan, A., M., Silverman, M., M., 1992, p. 424-425):

- **Prevenția primară:** constă în eforturile care vizează reducerea incidenței noilor cazuri de depresie (tulburări psihice) ce pot determina acte de suicid. Aceste eforturi sunt centrate fie asupra întregii populații, fie asupra unor subpopulații distincte. În mod concret, prevenirea primară este focalizată, cu precădere, asupra acelor categorii de indivizi care se află în situații de risc, fără a fi dobândit încă o tulburare psihică, precum depresia, și, implicit, nu au ajuns încă să comită acte de suicid;

- **Prevenția secundară:** este axată, cu prioritate, asupra acelor indivizi care manifestă, de timpuriu, *semne* de tulburări psihice, eforturile în acest sens având ca scop principal, atât identificarea indivizilor respectivi, cât și reducerea intensității, severității și duratei unor asemenea tulburări. În timp ce prevenirea primară este dirijată asupra întregii populații sau a unor subpopulații, prevenirea secundară este îndreptată asupra acelor indivizi care dau semne de manifestări „preclinice” ale uneia sau mai multe tulburări psihice asociate;

- **Prevenția terțiară:** se concretizează în intervențiile centrate asupra acelor categorii de indivizi care prezintă tulburări psihice grave. Este evident că acest tip de prevenție nu vizează aceste tulburări, ca atare, care, oricum, nu pot fi ameliorate, ci este îndreptat, cu prioritate, asupra prevenirii efectelor pe care tulburările psihice respective le pot avea asupra vieții indivizilor și familiei acestora.

Toate aceste eforturi de prevenire sunt întreprinse, aproape în exclusivitate,

de către serviciile medicale, implicit psihiatrice și psihologice, fiind doar rareori puse în practică intervenții sau acțiuni cu caracter social. De aceea, cele trei tipuri de prevenție sunt caracterizate de vulnerabilitate și limite inerente;

(4) Efectuarea unor studii de *epidemiologie socială*, care, cel puțin în domeniul suicidului, sunt absente în România, la fel ca și cercetările de teren cu caracter multidisciplinar.

Deoarece informațiile cu caracter individual (intern), biologic sau psihologic nu sunt suficiente pentru a putea înțelege, în mod adecvat geneza actelor suicidare, sunt necesare informații detaliate asupra factorilor externi (sociali și culturali) care influențează și chiar, determină, în anumite condiții, aceste acte. Acești factori constituie, în ansamblul lor, un veritabil *sistem multifactorial*, care permite o înțelegere sau o interpretare mult mai completă și mai corectă a cauzelor sau motivațiilor care au stat la baza comportamentelor suicidare.

De aceea, studiile de epidemiologie socială ar putea concerta eforturile serviciilor medicale cu acelea ale unor servicii sociale specializate, reunind, în mod unitar, acțiunile medicilor (psihiatri), psihologilor și sociologilor.

Epidemiologia socială implică, de fapt, „*studierea incidenței, prevalenței și pattern-ului de boală, incapacitate și moarte în cadrul unei populații particulare*” (Wolinsky, F., D., 1988, p. 39), fiind, totodată, o metodă de investigare a *originii și distribuției problemelor de sănătate într-o populație, prin colectarea de date de la multiple surse diferite*”, care oferă posibilitatea construirii unei „*înlănțuirii logice de inferențe, pentru a putea explica diverșii factori dintr-o societate sau dintr-un segment al unei societăți, care produc existența unei probleme de sănătate particulare* (Cockerham, W., C., 1992, p. 16)”.

Un asemenea studiu (sau metodă de investigare) este deosebit de util pentru analiza suicidologică deoarece permite, între altele, identificarea factorilor sociali care determină geneza unor conduite suicidare și modul de distribuție a acestor conduite în cadrul diferitelor arii geografice și al diferitelor categorii și grupuri sociale de populație.

Dintre tipurile de măsurători ale suicidului care pot fi efectuate prin intermediul epidemiologiei sociale se pot menționa :

(a) *incidența și prevalența* suicidului – Incidența vizează numărul de cazuri noi de suicid, care apar într-o anumită populație, într-o perioadă dată de timp, în timp ce prevalența se referă la numărul *total* de cazuri (atât cele noi, cât și cele

precedente) care apar într-o perioadă specificată de timp (săptămâni, luni, ani etc.). Spre deosebire de *incidență* care implică analiza modului de declanșare a actului suicidar, *prevalența* implică studierea gradului de răspândire a suicidului la nivelul unor populații sau subpopulații;

(b) *ratele de sinucidere*, ca atare, adică numărul total de sinucideri la o sută de mii de locuitori. Aceste măsuri se numără printre cele mai folosite în epidemiologia socială, deoarece permit o privire de ansamblu asupra modului de răspândire a actelor de suicid la nivelul întregii populații;

(c) *ratele de distribuție a suicidului* în cadrul unor grupuri diferențiate de populație, adică evidențierea proporțiilor, care sintetizează răspândirea acestui fenomen în cadrul unor grupuri distincte de populație. Deoarece nu toate categoriile de populație, studiate în cadrul epidemiologiei sociale, au aceeași dimensiune, sunt calculate *proporții*, adică cifre ajustate în funcție de diverse dimensiuni.

Constatările studiilor de epidemiologie socială sunt deosebit de utile pentru suicidologie, deoarece pot evidenția tendințele de evoluție, pe termen scurt, mediu sau lung, ale fenomenului de sinucidere la nivelul populației globale sau al unor categorii specifice de populație. Asemenea studii permit atât evaluarea rolului factorilor sociali în potențarea sau favorizarea conduitelor suicidare, cât și elaborarea unor măsuri operaționale pentru controlul și modificarea influenței acestor factori. Dintre acești factori cu caracter social pot fi menționați următorii: statusul socioeconomic, condițiile economice, stilul de viață, structura familiei, rețeaua de prieteni și raporturile interpersonale, afilierea religioasă, atitudinile anturajului, expunerea la influențele media ș.a.

Din punct de vedere al relației dintre sinucidere și diverse evenimente sau condiții sociale *de amploare*, care afectează categorii mari de indivizi, trebuie amintite următoarele (Rădulescu, M., S., 2002, p. 154-202):

- *schimbările petrecute în mediul social*, ca efect al unor modificări de natură economică sau culturală pe termen lung. Diverse studii de antropologie socială au evidențiat, de exemplu, faptul că procesele de „modernizare” din țările în curs de dezvoltare au determinat și determină, în continuare, o incidență crescută a bolilor psihice. Pe de altă parte, schimbarea drastică a unor caracteristici distincte ale mediului social, ca efect al proceselor asociate „tranziției” de la comunism la capitalism, a constituit o puternică sursă de stres pentru o parte importantă din populația aparținând țărilor din Europa de Est,

inclusiv din România, cu efecte negative asupra morbidității psihice, inclusiv asupra conduitelor suicidare ale indivizilor care s-au multiplicat la cote de neimaginat în trecut;

- *mobilitatea geografică și socială* are, la rândul ei, un mare impact asupra comportamentelor suicidare. Astfel, procesele de migrație de la sat la oraș sau mutarea definitivă în altă țară pot determina, în numeroase cazuri, stări profunde de stres, în măsura în care indivizii trebuie să se confrunte cu cerințele unui nou mediu cu care nu sunt familiarizați. Pe de altă parte, mobilitatea socială, mai ales cea pe verticală – constând în schimbarea poziției sociale a indivizilor într-o direcție ascendentă, poate constitui un factor de stres, cauzat de necesitatea asumării a noi obligații și a îndeplinirii unor noi sarcini, cu care ei nu sunt obișnuiți;

- *crizele care intervin în cursul ciclului de viață* – Dintre aceste crize pot fi menționate, cu precădere, șomajul, pensionarea, decesul unei rude apropiate, divorțul sau separarea de partenerul de cuplu. Aceste evenimente constituie factori puternici de schimbare a vieții și deprinderilor indivizilor, provocând inadaptare, stres și apariția unor boli. Decesul soțului sau a soției este, de exemplu, un puternic factor de stres, fiind cunoscut reacția acelor vârstnici, care nu se pot adapta la schimbările produse de dispariția partenerului sau partenerei de cuplu;

- *exercitarea anumitor ocupații profesionale* – Practicarea anumitor profesii, caracterizate de risc, este, de asemenea, o sursă de stres, cu efecte adverse asupra stării de sănătate psihică a indivizilor. Cele mai stresante sunt acele profesii care presupun decizii individuale și nu colective, așa cum este, de exemplu, cazul piloților de aviație sau al medicilor (în special, al chirurgilor);

- *perioadele de recesiune economică*, așa cum este cazul crizei economice și financiare actuale – Asemenea perioade de declin implică rate ridicate de șomaj, pierderea unor resurse, sărăcirea unor categorii largi de populație, scăderea dramatică a nivelului calității vieții, inclusiv lupta pentru supraviețuire a indivizilor etc., condiții sau evenimente care reprezintă factori de stres cu un puternic impact emoțional asupra indivizilor și cu consecințe negative asupra conduitelor suicidare.

Toate aceste evenimente sunt cele mai reprezentative pentru restructurarea vieții unor categorii sau subcategorii de indivizi și pentru incapacitatea acestora de a răspunde, în mod adecvat schimbărilor din societate, așa cum este și cazul

României, în care reformele, tranziția, în ansamblul ei, s-a soldat cu numeroase costuri sociale, financiare și, nu în ultimul rând, umane.

Asemenea schimbări au avut și au, în continuare, un mare impact asupra stărilor de stres și depresie a indivizilor, implicit asupra comportamentului suicidal.

Pentru toate aceste motive, studiile de epidemiologie socială, care trebuie realizate periodic, au o importanță indiscutabilă.

Evidențierea tuturor măsurilor menționate este de natură, credem, să ofere repererele principale ale unei *strategii naționale* în domeniul prevenirii sinuciderii, compatibile cu cele schițate de către Organizația Mondială a Sănătății.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

William C. Cockerham, W., C. (1992), *Medical Sociology*, fifth edition, New Jersey, Prentice Hall, Englewood Cliffs.

Diggory, J., C. (1974), Predicting Suicide: Will-on-the-Wisp or Reasonable Challenge?, în vol. *The Prediction of Suicide* (Aaron T. Beck, Harvey L.P. Resnik, Dan J. Letteri – Editors), Bowie, Maryland, The Charles Press Publishers, Inc.

Felner, R., D., Adan, A., M., Silverman, M., M. (1992), Risk Assessment and Prevention of Youth Suicide in Schools and Educational Contexts, în vol. *Assessment and Prediction of Suicide* (Ronald W. Maris, Alan L. Berman, John T. Maltzberger, Robert I. Yufit – Eds.), *Edit.cit.*, p. 424-425.

Lester, D. (1972), *Why People Kill Themselves: A Summary of Research Findings on Suicidal Behavior*, Springfield, Illinois, Charles C. Thomas, 1972

Maris, R., W. (1992), *Overview of the Study of Suicide Assessment and Prediction*, în *Assessment and Prediction of Suicide* (Ronald W. Maris, Alan L. Berman, John T. Maltzberger, Robert I. Yufit – Eds.), New York, London, The Guilford Press.

Mediascop (2014), La fiecare 40 de secunde, o persoană de pe glob moare luându-și viața, avertizează Organizația Mondială a Sănătății (OMS), 5 septembrie (vezi: <http://mediascop.ro/raport-oms-la-fiecare-40-de-secunde-o-noua-sinucidere/>).

Pokorny, A., D. (1992), Prediction of Suicide in Psychiatric Patients: Report of a Prospective Study, în vol. *Assessment and Prediction of Suicide* (Ronald W.

Maris, Alan L. Berman, John T. Maltzberger, Robert I. Yufit – Eds.), *Edit.cit.*, p. 105-106.

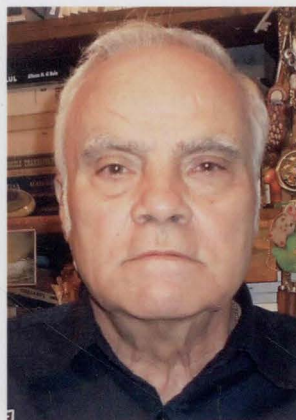
Rădulescu, M., S. (2002) *Sociologia sănătății și bolii*, București, Editura Nemira, 2002, capitolul 6.

Zubin, J. (1974) Observations on nosological issues in the classification of suicidal behavior, în A. Beck, et al. (Eds), *The Prediction of Suicide*, Charles Press Publishers, Bowie.

Wolinsky, F. D. (1988), *The Sociology of Health. Principles, Practitioners and Issues*, second edition, Belmont, California, Wadsworth Publishing Company.

World Health Organization (2014), *Preventing suicide. A global imperative*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data (vezi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf).

Prof. univ. dr. Rădulescu M. Sorin (n. 4 ianuarie 1946, București) este unul dintre cei mai importanți sociologi români contemporani, cercetător științific gr. I la Institutul de Sociologie al Academiei Române și redactor șef al „Revistei Române de Sociologie”. Domeniul principal al studiilor și cercetărilor sale a fost și continuă să fie sociologia devianței și a problemelor sociale, publicând, singur sau în colaborare, un număr de circa 40 de cărți dedicate problemei criminalității, delincvenței juvenile, sexualității, sinuciderii, bolilor psihice ș.a. Este membru al Comitetului de Cercetare a Devianței și Controlului Social, de pe lângă Asociația Internațională de Sociologie (ISA) și al Societății Române de Criminologie și Criminalistică. Este laureat



al Premiului Simion Bărnuțiu decernat de Academia Română, în anul 1992, pentru cartea *Devianță comportamentală și boală psihică. Sociologie și Psihiatrie*, Editura Academiei Române, 1989, scrisă în colaborare cu Mircea Piticariu. De asemenea, în anul 1995, cartea *Corupția și crima organizată în România*, București, Editura „CONTINENT XXI”, 1994, scrisă în colaborare cu Dan Banciu, a primit Premiul Dimitrie Gusti decernat de Academia Română. Alte cărți semnate de Sorin M. Rădulescu: *Sociologia sănătății și a bolii*, 2002, *Între Homo Oeconomicus și Homo Sociologicus. O istorie a sociologiei moderne din perspectiva raționalității și iraționalității acțiunii umane*, 2006, *Sociologia violenței (intra)familiale. Victime și agresori în familie*, 2001, *Sociologia problemelor sociale ale vârstelor*, 1999, *Sociologia și istoria comportamentului sexual “deviant”*, 1996, *Homo Sociologicus. Raționalitate și iraționalitate în acțiunea umană*, 1994, *Sociologia vârstelor*, 1994, *Anomie, devianță și patologie socială*, 1991.

ISBN 978-973-8147-72-0

