

**Suicide and Anomie.  
On the Social-Political  
Dimension of  
Self-Destructiveness**

# SINUICIDERE ȘI ANOMIE. DIMENSIUNEA SOCIO-POLITICĂ AUTODISTRUCTIVITĂȚII<sup>\*)</sup>

GHEORGHE VOICU

*After making references to both historical facts and theoretical interpretations of suicidal rates, the author considers that the psychiatric analysis of suicide may prove to be either reductivist or too simplistic. Considering it as a matter of public and mental health's concern, the proposition is to enlarge the analysis by considering social and political generating factors and by positing various suicidal rates in the larger context of human self-destructiveness.*

## Sinuciderea. Realitate și concept

**S**-a spus despre sinucidere, și nu fără temei, că este un fenomen care se întâlnește în orice societate. Cu alte cuvinte, nu există și nu a existat societate în care să nu se producă - cu o frecvență mai mare sau mai mică, dar niciodată nulă - fenomenul autodistrugerii umane. Mai mult, în istorie s-a întâmplat uneori ca sinuciderea să cunoască veritabile epidemii. Plutarch amintește de un asemenea fenomen în Milet, lumea romană a fost și ea cuprinsă - și încă pentru mai multe secole - de acest flagel, chinezii și indienii au cunoscut în trecutul îndepărtat sinuciderea rituală colectivă de sorginte religioasă, care cuprindea sute de oameni, iar mai aproape de zilele noastre este de notorietate sinuciderea colectivă petrecută în Guyana.

Dacă toate aceste exemple istorice au fost fenomene ieșite din comun prin amploarea lor epidemică, aceasta nu înseamnă că fenomenul autodistrugerii este recurrent la intervale mari de timp, în rest înregistrându-se pauze de manifestare, ci doar că acestea sunt niște vârfuri ale unei evoluții relativ constante sau, oricum, caracterizate de continuitate. Mai mult, omniprezența comportamentului autodistructiv se pare că este marcată - la scară istorică - de o tendință ascendentă. Astfel, calcule statistice germane arată,

<sup>\*)</sup> Pentru elaborarea acestei lucrări autorul a beneficiat de o bursă a Fundației Soros.

bunăoară, că în cursul secolului trecut au murit prin sinucidere aproximativ 2 milioane de oameni, iar pentru secolul XX ele estimează 10 milioane de sinucigași. Desigur creșterea cantitativă a fenomenului acesta își are o primă explicație în creșterea populației mondiale, adică în rațiunile proporționalității. Există totuși o diferență între creșterea absolută și cea relativă, ceea ce din urmă fiind după toate indicile - mai mare, ceea ce permite supozitia că augmentarea fenomenului autodistructiv are și alte cauze pe lângă cea legată de proporționalitatea firească în raport cu creșterea populației. Lumea modernă cunoaște fenomene disociative noi, inexistente în trecutul omenirii, cum ar fi cel de anomie, cu un impact evident asupra fenomenului autodistructiv; capacitatea integratoare a societăților moderne, în comparație cu cea a comunităților care le-au precedat, este sensibil mai redusă, ceea ce înseamnă în mod evident o mai redusă protecție a individului față de tentațiile autodistructive, întrucât solidaritatea funcțională în care este prins individul din zilele noastre este mult mai vulnerabilă în fața somațiilor existențiale. De altfel, acolo unde individul se confundă cu comunitatea sa, el se dizolvă și noțiunea însăși de individ își pierde, la rigoare, sensul; atâtă vreme cât actele individuale sunt pre-stabilite, adesea chiar rituale, ele nu sunt *stricto sensu* individuale, ci trans-individuale. Desigur, și lumea modernă, societală are destule coduri comportamentale, dar ele nu mai reglementează în mod total actele individuale și, în consecință, nu mai constituie o protecție la fel de sigură; între individ și societate relațiile sunt adeseori conflictuale, și lucrul acesta nu poate să rămână fără urmări din perspectivă suicidologică. Că lucrurile stau într-adevăr astfel, se poate proba printr-o simplă constatare de ordin medical: între cauzele mortalității în lumea de astăzi, sinuciderea ocupă un loc de frunte (locurile 2 - 4 în anumite țări), iar dacă se are în vedere o corelare a acestui fenomen cu vîrstă, atunci incidenta sinuciderii în thantogeneză este,

pentru tineri, și mai puternică.

Fenomenul devine cu atât mai grav cu cât el se dezvoltă, de regulă, împotriva normelor morale impuse de societate. Dacă budhismul practică o atitudine ambivalentă față de sinucidere, oferind chiar argumente în favoarea acestui act (Budha însuși s-a sinucis, constituind astfel o paradigmă comportamentală; acest gest suprem are însă altă finalitate decât distrugerea în sine, pentru că Budha și-a oferit astfel trupul ca hrană celor flămânzi), creștinismul o repudiază fără echivoc și o sanctionează drastic. Cu toate acestea, paradoxul face ca dintre aderenții la una dintre cele mai militante, mai active biserici creștine (cea protestantă) să se recruteze mai mulți sinucigași decât din rândurile celor care aparțin bisericilor ortodoxe sau catolice. Chiar dacă legile penale nu condamnă actul sinuciderii (desi astfel de tentative au existat, bunăoară în Marea Britanie), normele morale și religioase, în schimb, îl sanctionează de regulă cu severitate sau, oricum, îl taxează ca ilegitim. Totuși, cum observam și mai înainte, aceste interdicții comportamentale, care merg căteodată până la tabuizare, nu se dovedesc îndeajuns de eficiente judecând după eșalonul de mortalitate cauzat de sinucideri. Este deci de presupus că impactul individual al acestor norme sociale este contracarat de judecăți de valoare, cu o certă sorginte socială și ele, prin care actul autodistructiv este reevaluat până într-acolo încât își schimbă sensul; sunt judecăți de valoare necodificate și neautorizate, greu de găsit ca atare, fiind săncretic cu diverse alte "valori" ale culturii de masă sau ale unor subculturi moderne, uneori chiar cu rigorisme morale de natură religioasă (etica protestantă face mai ușor posibil silogismul sinuciderii prin intrasigență care caracterizează un subiect). În sprijinul unor asemenea ipoteze stau rezultatele unor cercetări de sociologie și psihologie socială. Astfel, scale de atitudini supuse judecății unor eșantioane reprezentative din punct de vedere sociologic au pus în evidență că sinuciderea este considerată legitimă de către unele

categorii sociale, aprecierea ei favorabilă atingând uneori chiar pragul eroizării; asemenea rezultate au fost evidențiate în Ungaria, unde mulți tineri apreciază sinuciderea în termeni eroici, dar este de bănuit că ele se întâlnesc, chiar dacă în proporții mai reduse, și în alte culturi. Se poate deci presupune că societățile sunt, în intimitatea lor, ambivalente în raport cu un fenomen pe care, la suprafață, îl repudiază; altfel spus, normele societale se dovedesc într-o bună măsură ineficiente la acest capitol.

Dacă sinuciderea este tot atât de veche ca și omenirea, studiul ei sistematic - mai mult sau mai puțin științific - începe practic în secolul trecut. În această perioadă se conturează, de fapt, și cele două direcții majore în abordarea acestui fenomen. Primele cercetări, datând de la începutul secolului al XIX-LEA (Burrows, Fabret, Esquirol), se fundamentează pe supozitia că între sinucidere și boala psihică funcționează o corelație perfectă, care epuizează practic etiologia actului autodistructiv. Dar acest model explicativ, al - cum s-a spus - monomaniei suicidare, se dovedea superfluu pentru o mulțime de cazuri, care scăpă interpretării psihiatrică întrucât caracterele normalității psihice erau cele care se impuneau observației.

Un model teoretic mult mai fundamentat, construit pe analiza unei cazuistici foarte bogate, impresionante chiar și astăzi, este cel oferit de părintele sociologiei franceze moderne, E. Durkheim. În opera sa publicată în 1897, "Le suicide. Etude sociologique", studiu monumental, antologic, E. Durkheim focalizează la un caz concret și aparent strict psihologic, cazul sinuciderii, întreaga să găndire sociologică. Conceptul de fapt social pe care îl propune într-un mod pe cât de abstract pe atât de operațional (exterioritatea în raport cu individul și constrângerea exercitată asupra lui sunt cele două semne distinctive ale acestuia și, totodată, două criterii de identificare) și distincția dintre faptul social normal și faptul social patologic (acesta din urmă conceput tot

operațional, într-o manieră cantitativă, ca abatere de la tipul mediu social) sunt reperele epistemologice fundamentale pentru studiul sinuciderii. Pornind de la constatarea că autodistrugerea umană este truabilă în orice societate, sociologul francez definește sinuciderea ca fiind - în anumite limite cantitative - un fapt social normal. Ea devine patologică abia atunci când frecvența cazurilor de comportament autodistructiv depășește pragul obișnuit. Cu alte cuvinte, deși sinuciderea este - aparent - un act strict individual, de o mare intimitate personală, în fapt și ca fenomen, sociologic adică, ea este un act care depășește capacitatea individuală de decizie. În această distincție se găsește rațiunea pantru care Durkheim stabilește o diferență marcantă între motivație și cauză în sinucidere. Motivele invocate de victimă nu sunt de fapt - afirmă sociologul - veritabilele cauze care o împing să comită actul autodistructiv; ele sunt, la rigoare, niște preteze, cu o etiologie complexă, asumate cu strănicie și într-o manieră aparent simptomatică, dar care nu pot explica actul de autodistrugere din moment ce atâtea alte persoane având aceleași motive nu ajung la actul suicidal. Cauzele reale ale fenomenului sunt, deci, în concepția lui Durkheim, de ordin social, proba irefutabilă a acestei convingeri găsindu-se în faptul că rata sinuciderii este dependență de anumiți factori sociali. Vârstă, sexul, starea civilă, crizele economice, războaiele, religia etc. sunt tot atâtea variabile cu impact dovedit asupra fenomenului. Finalmente, sociologul francez stabilește o tipologie a sinuciderii devenită clasică: sinuciderea egoistă (rezultat al neintegrării în grupul social, persoana în cauză rămnând completamente exterioară acestuia), sinuciderea altruistă (rezultat al suprareintegării sociale, al dependenței absolute de un grup sau de o comunitate; sinuciderea de tip eroic - gen kamikadze, bunăoară - ar putea fi o ilustrare a acestui tip) și, în fine, ca ultim tip, propriu vremurilor moderne și preponderent, sinuciderea anomică (rezultat al disoluției legăturilor

dintre individ și grup, al dizolvării normelor și valorilor sociale care dă sens existenței umane și sociale). Perioadele de criză economică, socială și morală sunt - din perspectiva acestui ultim tip - definitorii, ele developând cu pregnanță bulversarea axiologică a societății și deruța comportamentală, de acțiune a individului; prin contrast, perioadele de mari evenimente socio-politice, cum sunt cele ale războaielor și revoluțiilor, având mecanisme de angajare și integrare foarte eficiente, se cupleză cu o scădere sensibilă a fenomenului autodestructiv, în ciuda aparențelor, care ar pleda pentru o sporire a numărului de sinucideri.

Anomia este, aşadar, conceptul-cheie, din punct de vedere teoretic, pe care Durkheim îl propune pentru a analiza fenomenul sinuciderii în epoca modernă (și nu numai pentru acesta), concept care avea să facă o carieră sociologică de excepție în secolul nostru (R. K. Merton l-a reluat, descoperindu-i virtuți noi). Sociologul francez a arătat că anomia instalată în societate "dă naștere unei stări de exasperare și de oboseală iritată care poate, după împrejurări, să se îndrepte contra subiectului însuși sau contra altuia; în primul caz există sinucidere, în al doilea - omucidere" (Durkheim, 1897, p.408). Prin urmare, sinuciderea și omuciderea își au originile în același fenomen. Durkheim introduce astfel în modelul său explicativ o coerență teoretică remarcabilă. "Dacă sinuciderea și omuciderea variază frecvent în măsură inversă una față de alta, aceasta nu este decât pentru că ele sunt două fețe diferite ale unuia și aceluiași fenomen" (Durkheim, 1897, p. 409).

În concluzie, sinuciderea este un act individual, chiar foarte personalizat, dar cauzele sale sunt sociale. În plus, așa cum am arătat mai înainte, societățile moderne sunt caracterizate de o creștere a ratei sinuciderii, ceea ce placează fenomenul - din perspectiva sociologică - în sfera patologicului. Definiția pe care sociologul francez o dă sinuciderii - "orice act de moarte care rezultă direct sau

indirect dintr-un act pozitiv sau negativ săvârșit de către victimă însăși care știe că trebuie să-și producă acest rezultat" (Durkheim, 1897, p.7) - își capătă sensul deplin în acest context teoretic.

Direcția sociologică pentru studiul sinuciderii inaugurată și fundamentată de Durkheim a fost continuată în secolul nostru de strălușii cercetători. Printre aceștia, cel mai notoriu este Maurice Halbwachs, care a publicat în 1930 volumul său "Les causes du suicide". Continuator al lui Durkheim, Halbwachs corjează totuși unele neajunsuri ale predecesorului (principiile mai ales de insuficiențele de ordin static) și relativizează siguranța unor aserții ale înaintașului (îndeosebi în privința caracterului trans-individual al cauzelor sinuciderii). Dincolo însă de aceste corecții, Halbwachs are însă și contribuții teoretice notabile, de care cercetătorii actuali nu pot face abstractie; bunăoară, conceptele de "vid social", de "mod de viață" sau "tip de civilizație" fac parte din armătura teoretică actuală a suicidologiei. Dar ceea ce-l particularizează pe Halbwachs este perspectiva metodologică: el nu mai este atât de tentat precum predecesorul său de partizanatul sociologic, oferind o soluție de conciliere între demersul sociologic și cel psihopatologic. "Nu trebuie să se credă că există două categorii de sinucideri, fiecare explicându-se printr-un determinism diferit (...). În realitate, orice sinucidere poate fi înșățată din două puncte de vedere" (Halbwachs, 1930, p.448-449), arată sociologul, concluzie care, se poate aprecia, își păstrează și astăzi valabilitatea.

Se poate deci aprecia că Durkheim și Halbwachs, dar și Marcel Mauss, Morselli, Enrico Ferri au fost tentați de descoperirea unor legități sociale în privința fenomenului sinuciderii, chiar dacă unii au fost mai intransigenți iar alții mai concesivi cu alte perspective de abordare. Direcția sociologică conturată la începutul secolului trecut și devenită pregnantă spre sfârșitul lui și în prima parte a veacului nostru rămâne totuși un reper fundamental pentru suicidologie, în

ciuda faptului că accentul sociologic va cunoaște ulterior o diminuare sau, mai exact exprimat, o relativizare prin punerea în ecuație - cu deosebită - a conceptelor psihanalizei și psihiatrici. Oricum, se poate aprecia că perspectiva epidemiologică asupra sinuciderii datorează enorm școlii sociologice franceze și că această perspectivă este astăzi continuatoarea și moștenitoarea directă a cercetărilor clasice din domeniul autodistructivității.

Directia aparent adversă, dar - se va vedea - mai degrabă complementară, în studiul sinuciderii pe care o oferă secolul XX este, asadar, cea psihanalitică. Referindu-se la această disciplină și la înțemcitorul ei, S. Freud, filosoful H. Marcuse remarcă săptul că "niciodată până acum moartea nu aflat inclusă atât de consecvent în esența vieții; și niciodată până acum moartea nu s-a aflat atât de aproape de Eros" (Marcuse, p186). Din punctul de vedere al acestei discipline, instinctul morții este conceptul-cheie în explicarea fenomenului autodistructiv. El nu trebuie înțeles, desigur, ca distructiv în mod gratuit sau mecanic, ci ca o modalitate de a suprima tensiuni devenite insuportabile. "Moartea este - sublinia același Marcuse - o fugă inconștientă în fața durerii și lipsei; ea este o expresie a luptei veșnice împotriva suferinței și represiunii" (Marcuse, p186). În termenii lui S. Freud, "eul își asumă sarcina de a reprezenta lumea externă în fața sinelui, pentru binele acestuia, căci sinele ar fi sortit pieirii dacă în năzuța oarbă spre satisfacerea cerințelor instinctuale nu ar ține seama de această forță externă extrem de puternică" (apud Marcuse, p187). Rezultă de aici că eul detronează principiul plăcerii, dar păstrează totuși amprenta nașterii sale ca "excreșcență" a sinelui, cum s-a exprimat Freud.

Funcția lui este deci una de apărare. Supraveul care apare ulterior, cu sentimentele de culpabilitate adiacente, fundamentează principiul moralei.

Îl s-a adus lui Freud obiecția că în conceperea realității se degajă un caracter anistoric. Școala de la Frankfurt, și în primul

rând Marcuse și E. Fromm, au încercat să corijeze această neajuns, subliniind în repetate dăți caracterul natural al proceselor istorice: între istorie și cultură există o legătură indisolubilă, organică, naturală, ceea ce permite a fi concepute ca "dominație organizată". Transformarea pulsionilor prin refuzare, datorată represiunii, capătă astfel un sens nou. Cele două concepe cu care Marcuse completează teoria lui Freud, cel de "reprimare suplimentară" (restrictiile impuse de dominarea socială) și cel al "principiului randamentului" (forma istorică a principiului realității), readuc surprinzător chestiunea pe terenul sociologiei. Instinctul morții și cel al vieții sunt deci afectate de principiul realității prin modificarea pulsionilor care rezultă. Iată de ce "restrictiile de durată impună Erosului să slăbească în cele din urmă instinctul vieții și eliberează finalmente acele forțe împotriva căror au fost chemate să actioneze - forțele distrugeri" (Marcuse, p. 199). Dacă acest silogism mai departe, Wilfrid Trotter remarcă: "Se pare că suntem săliți să acceptăm ipoteza sumbră că în structura și esența oricărui efort uman este inclus principiul morții, că nu există impuls progresiv care să nu fie paralizat, că intelectul nu oferă o protecție sigură împotriva barbariei violente" (Trotter, p. 206). Pulsionile distructive se formează și actionează puternic în sfera cului.

Legatura dintre sinucidere și supraveu este relevată de același Marcuse: "Conștiința morală, acest organ extrem de prețios al individului cultivat, se dovedește a fi impregnată de instinctul morții; imperativul categoric pe care îl impune supracul rămâne un imperativ al autodistrugeri care asigură existența socială a personalității. Refuzarea afectează atât instinctul morții cât și instinctul vieții. În mod normal, legatura dintre ele este una sănătoasă, dar severitatea supraveului împinsă prea departe amenință acest "echilibru". (...) La limită, supracul poate deveni în melancolie un loc de cultivare a instinctului morții" (Marcuse, p207-208). Situația normală sau naturală a ființei umane

poate fi deci perturbată de împrejurări externe. "Dacă moartea organismului este provocată de "motive interne", ocolul prin care se ajunge la moarte este determinat de factori externi" (marcuse, p215). Pulsunile sunt deci istoricizate, ca să spunem aşa, sau, cu alte cuvinte, tentația autodistructivă trebuie plasată - și explicată - pe două coordonate: bio-filogenetică și sociologică. Marcuse, aplicând raționamentul la problemele lumii contemporane, constată că putem vorbi de o "tendință sinucigașă a acestei societăți", căci "jocul mondial cu distrugerea totală își găsește o bază trainică în structura instinctelor individului" (Marcuse, p215).

Sunt sesizabile, credem, puncte de conexiune trainice între cele două modalități de abordare, sociologică și psihanalitică. Evident că, luate ad litteram, concepția sociologică clasică și cea psihanalitică originară se resping: prima negligează completamente individul sau îl concepe doar ca o rotație într-o mașină, în timp ce a doua pleacă de la natura individului și face din societate doar proiecția lui. Dezvoltările ulterioare ale celor două direcții, relativizând accentele partizane, permit însă îndeajuns de multe puncte de sudură sau de conexiune între ele, demersurile în chestiune nemaifiind adverse. Dacă n-ar fi decât dimensiunea socială a supravegherii și modul în care eul își rezolvă pulsunile agresive, coordonată sociologică și cea psihologică s-ar impune totuși cu suficientă evidență.

De aceea suntem de părere că o abordare exclusivă psihiatrică - preferată astăzi de unii cercetători - este reducționistă și, la rigoare, simplistă, oricăr de mult ar fi ea confirmată de diverse sindroame clasice (cum ar fi cel depresiv sau melancolic, neîndoelnic cu o prezență masivă în semiotica suicidară) sau chiar de un presupus sindrom suicid (s-a vorbit stăruitor la un moment dat de "monomania suicidară"); în acest sens, chiar sindromul presuicidal ("Presuicidal Syndrome") al reputatului Erwin Ringel trebuie denotat nu numai din perspectivă medicală, ci și din perspectivă sociologică,

profilaxia sinuciderii căpătând substanță doar din această combinație strategică.

\* \* \*

Revenind la punctul de plecare, anume la locul de frunte al sinuciderii în cadrul deceselor, este evident că - măcar pentru acest motiv - ea este una dintre cele mai importante probleme ale sănătății publice și mintale. Rezolvarea acestei grave probleme ține într-un mod hotărâtor de cunoașterea cauzelor. Iată de ce chestiunea etiologică rămâne și astăzi, după un secol de dezbateri științifice nu de puține ori aprinse, esențială în cadrul suicidologiei. Cele două perspective de abordare cristalizate încă de la începuturile analizei științifice, psihologică și sociologică, se mențin încă în actualitate, deși clivajele care le separau cândva sunt astăzi în mare parte depășite prin aspirația interdisciplinară, unanim împărtășită de cercetătorii - fenomenului, dar încă nerealizată în mod practic pe deplin. Chiar dacă dimensiunea medicală este preponderentă în etiologia fenomenului autodistructiv, puțini sunt astăzi cercetătorii dispuși să absolutizeze importanța acesteia; ascemenea atâtălor altor chestiuni legate de sănătatea mintală și publică, medicii își recunosc în cele mai multe cazuri că problema sinuciderii se întinde mult dincolo de aria medicală propriu-zisă. Un medic de talia lui Hermann Pohlmeier, de exemplu, a cărui autoritate în domeniul este incontestabilă, dispus să vadă în sinucidere un simptom al depresiei, remarcă totuși că acest raport cauzal există numai acolo unde "sentimentele de culpabilitate (sunt) datorate unei agresivități cenzurate", sinuciderea fiind motivată prin deceptia care urmează dorințelor nerealizate; cu toate acestea - observa același H. Pohlmeier - "sinuciderea nu este legată doar de stările depresive, ci poate avea loc și în afara acestui raport" (Pohlmeier, 1980a, 1980b).

Evident că nu este numai comod, ci adesea chiar indicat, de a căuta răspunsul la problema etiologică a sinuciderii în psihopatologie. Aceasta pare aptă să ofere

explicații viabile sub raport cauzal pentru o mare parte din cazurile în chestiune. Dar, în fața constatării că sinuciderea cunoaște rate diferite de la o societate la alta, de la o cultură la alta, de la o etapă istorică la alta, abordarea psihopatologică exclusivă este practic blocată și, pentru a ieși din impas, este nevoie de dimensiunea epidemiologică, factorii transindividuali trebuind să fie puși în relație pentru a avea o explicație viabilă. Dacă, individual, sinuciderea poate avea în multe cazuri o interpretare psihopatologică adecvată, ca fenomen, în schimb, ea are nevoie de un sistem explicativ mai larg. Să remarcăm, apoi, că distincția operată de sociologia durkheimistă între motivație și cauzalitate, chestiune epistemologică de importanță cardinală, este împărțită - adevărat, într-un mod special, după o tehnică diferită - și de concepția psihanalitică, ceea ce probează că ambele perspective pot conlucra la cercetarea acestui fenomen întrucât ipotezele lor de lucru sunt congruente. O altă coincidență epistemologică, relevată mai întâi de sociologie, dar perfect compatibilă cu concepția psihanalitică, este cea referitoare la ambivalence - hetero sau auto - a distructivității umane. Sociologia a pus în evidență raportul de invers-proportionalitate dintre sinucidere și omucidere, trăgând concluzia că aceste două fenomene sunt în esență fețele unuia și aceluiși fenomen, în timp ce psihanaliza a sesizat cu multă acuitate sensul dublu - hetero și/sau auto - al pulsuinilor distructive.

Toate acestea îndreptățesc ipoteza că sinuciderea nu este - așa cum apare la prima vedere - un act pur de discontinuitate umană, o ruptură strictamente accidentală sau imprevizibilă, ci, dimpotrivă, ea trebuie plasată la capătul unei continuități de conținut și chiar de manifestări. Cu alte cuvinte, sinuciderea își are locul la o extremă a unui continuum uman autodistructiv, continuum gradat și pluriform; gradarea marchează gravitatea actului autodistructiv, iar caracterul pluriform - varietatea de manifestări. Dacă n-ar fi decât distincția dintre sinuciderea propiu-

zisă, realizată și tentativă de sinucidere, și tot s-ar confirma existența unei gradualități a comportamentului autodistructiv. Dar comportamentul sinucigaș cunoaște gradări de traumatizare, ceea ce mărturisește iarășii - chiar dacă indirect - despre gradele diferite de autodistructivitate umană, căci între modalitățile relativ echivoce (cum ar fi, spre exemplu, intoxicațiile medicamentoase, care nu "garantează" moartea) și mijloacele ferme de sinucidere (spânzurarea, de pildă, sau armelor de foc) există, la o analiză mai atentă, deosebiri sesibile; diferențele dintre mijloacele thanatogene pot avea un corespondent de conținut, relativ, firește, dar nu imposibil. Dar mai există, ca un alt exemplu, distincția dintre sinuciderea patentă, recunoscută ca atare de toată lumea, caracterizată prin iminența brutală a morții, și sinuciderea lentă sau parțială, cu grade de distructivitate mergând de la benign până la malign; consumul de alcool sau de droguri, fumatul chiar etc. până la automutilare sunt tot atâtea acte care grădează comportamentul uman autodistructiv și care, totodată, probează extraordinara lui difuziune sau răspândire în societate, ca și extraordinara varietate a mijloacelor.

În concluzie, credem că problema sinuciderii trebuie pusă în contextul foarte larg al autodistructivității umane în general. Abia după stabilirea acestor conexiuni se poate pune în evidență, la adevărata sa valoare, ruptura reprezentată de actul suicidări. În această privință, Farberow a făcut o observație esențială referitoare la mijlocul și modalitatea de autotraumatizare care, deși variabile de la țară la țară, în funcție de parametrii culturali, permit totuși definirea unui "point de nonretour" (Farberow, 1980) în cazul sinuciderii. Aceasta este un veritabil punct de inflexiune care se recunoaște după violența mijloacelor utilizate (în special în spânzurare, arne de foc, aruncări de la mare înălțime). "Punctul de la care nu mai există întoarcere" este tocmai pragul actului suicidări patent, lipsit de orice echivoc, până la acesta putând exista forme incomplete, partiiale de

autodistrugere.

Dacă lucrurile stau într-adevăr aşa, atunci comportamentul autodestructiv - sau, din altă perspectivă, autovictimizant -, nu mai apare explicabil în termeni teratologici, ca malformație comportamentală, străină naturii umane, ci capătă o generalitate umană surprinzătoare. În aceste condiții, *studiu sinuciderii devine studiu omului și al lumii lui*.

Pe de altă parte, sinuciderea poate fi concepută ca o chestiune de victimologie pură sau fundamentală, prin care vocația sau "propensiunea victimală" capătă o confirmare neașteptată, relevanța acestui concept fiind uimitoare: este cazul în care victimă își inventează total agresorul și în care i se substituie. Ca o regulă a jocului suicidar, ea, victimă, deleagă întotdeauna responsabilitatea altuia sau altora, adică spre o instanță exterioară - și imaginară - care condamnă la moarte; sociologia reală a sinuciderii se transformă deci într-o sociologie simbolică, căci victimă își explică actul printr-un apel sociologic - pe care, firește, îl acuză - dar căruia îi conferă un conținut imaginar în substanță sa. Există deci o dedublare care esențializează un mecanism comportamental marcat aparent de o imensă confuzie, căci dezvoltă resorturile unui proces extrem de contradictoriu. Sinucigașul este, din acest punct de vedere, victimă ideală sau prototipul însuși al victimei sau, ca să spunem așa, un ideal - tip concret.

\*

\* \* \*

În acest polimorfism distructiv, criteriul prin care se recunoaște o sinucidere devine o chestiune presantă și echivalează, în definitiv, cu o definiție operațională în cercetarea pozitivă. "Punctul de non-întoarcere" semnalat de Farberow nu este ușor depistabil în toate cazarile; de altfel, el nu are valoare operațională concretă, ci valoare conceptuală. Ceea ce face semnul distinctiv al sinuciderii este, fără îndoială, intenționalitatea (și/sau voluntariatul), complicitatea activă sau pasivă la actul morții proprii. Dacă

sinuciderea lentă sau parțială poate purta semnul inconștientului, ea fiind recunoscută și apreciată ca atare doar în virtutea unui tropism al autodistrugerii, sinuciderea reală sau realizată presupune conștiința morții sau, mai prudent spus, asumarea acestui risc. Definiția oferită de Durkheim este, din acest punct de vedere, foarte solidă încă. Intenția morții este subliniată de sociolog într-o manieră care îmbină conștiința finalității cu fatalitatea transindividuală, iar complicitatea la propria moarte are în vedere nu numai acțiunea ci și inacțiunea subiectului, căci și omisiunea poate fi considerată, în anumite împrejurări, ca o opțiune pentru moarte în situația în care voluntariatul este foarte puternic și foarte perseverent în lipsa unui mijloc real, ca de exemplu în cazul inaniției datorate unei greve a foamei prelungite). Ideile lui Durkheim le regăsim în definiția sinuciderii dată de Organizația Mondială a Sănătății: "Actul suicidal este actul prin care un individ caută să se autodistrugă fizic, cu intenția mai mult sau mai puțin autentică de a-și pierde viața și este conștient mai mult sau mai puțin de motivele sale" (Cahiers, 1969, p.35). Intenționalitatea, cu caracterul ei evident mascat, care poate merge de la conștiința deschisă, prin semiotica morții (căci există, prin actul suprimării voluntare a vieții, o funcție de apel și chiar - uneori - de sănătate), până la tropismul morții, este nuanțat exprimată în această definiție a O.M.S. Pe de altă parte, diferența operată de sociologie între motivație și cauzalitate se regăsește în conceptul O.M.S., chiar dacă într-o manieră indirectă (faptul că sinucigașul "este conștient mai mult sau mai puțin de motivele sale" permite din punct de vedere epistemologic conturarea unei paradigmă cauzale mai largi, ce poate atinge - în multe cazuri - un sens deosebit de cel motivational). Dar, pe lângă aceste virtuți conceptuale, definiția O.M.S. este întru-totul operațională, ea fiind cea care ne-a oferit criteriile de identificare a sinuciderii pentru studiul de față.

## Obiectul cercetării

Studiul de față a avut în vedere totalitatea sinuciderilor petrecute în București (orașul propriu-zis și Sectorul Agricol Ilfov) în perioada 1987-1993, sinucideri expertizate în cadrul Institutului de Medicină Legală "Profesor Mina Minovici" din Capitală; cum moartea prin sinucidere intră în categoria celor ce necesită în mod obligatoriu expertiză medico-legală privind cauzele (necropsie și examene paraclinice cu scop probatoriu), teoretic nici o sinucidere nu poate scăpa acestei filiere. Cu toate acestea, trebuie menționat că au fost eliminate din cercetare, ca nefăcând obiectul ei, acele cazuri de sinucidere care s-au petrecut fizic în afara zonei geografice bucureștene și care, supraviețuind un timp, au fost spitalizate în București, unde s-a produs decesul, fiind că atare autopsiate la Institutul de Medicină Legală; întrucât aceste cazuri puteau să afecteze configurația epidemiologică a zonei bucureștene, ele nu au fost reținute în studiu. Pe de altă parte, este de presupus că o parte din sinuciderile ce ar fi trebuit să facă obiectul cercetării a scăpat studiului, ele aparținând Bucureștiului dar petrecându-se și fiind autopsiate în alte localități; este, aceasta, o pierdere inevitabilă care nu poate fi recuperată decât printr-un atitudiu global pe țară. Prin simetric, cazurile de sinucidere ale persoanelor domiciale în alte zone dar petrecute în București (fie pentru că aveau rezidență provizorie aici, fie pentru că erau doar în trecere prin Capitală), au fost reținute în studiu. Cu alte cuvinte, "locul faptei" a fost criteriul decisiv pentru constituirea lotului de cercetare. Este de presupus că în acest fel se compensează - din punct de vedere statistic - posibila pierdere semnalată mai înainte.

În privința criteriologiei folosite pentru reținerea în studiu a cazurilor de sinucidere, deci pentru discriminarea corectă a morților voluntare de altele, am utilizat - cum am arătat deja - definiția O.M.S., care prevede intenționalitatea - mai mult sau mai

puțin autentică, dar niciodată inexistentă - a morții, dar și asumarea conștientă a mijlocului letal, fie acesta pozitiv (activ) sau negativ (pasiv). Trecute prin grila acestor două criterii, multe cazuri - îndeosebi intoxicații - au fost eliminate, deoarece nu apărca explicit - în actele medico-legale și de anchetă judiciară - caracterul voluntar al morții. unele din aceste cazuri, echivoce în momentul cercetării (putând fi accidente, omocideri sau sinucideri), fac totuși parte din populația suicidală, dar în lipsa unui indicu sigur promovarea lor în lotul de cercetare ar fi fost prea riscantă. Din această cauză, cifra sinuciderilor cercetate a fost, desigur, diminuată în raport cu realitatea, dar, altminteri, există pericolul unei exagerări și, mai ales, al deformării compoziției fenomenului. Este motivul pentru care am preferat o cifră minimală certă. Preferința pentru o cifră ipotecică mai mică decât realitatea dar absolut sigură s-a bazat deci pe considerentul că populația suicidală astfel conturată oferă toate caracterele necesare unei analize științifice, nefiind parazitată de cazuri improprii sau echivoce. Mai mult, volumul acestei populații fiind îndeajuns de mare, reprezentativitatea lui este - statistic - indiscutabilă. Este vorba de un lot format din 2358 cazuri de sinucidere, pentru fiecare caz în parte fiind respectate cele două criterii de identificare, volum cert, chiar dacă minimal. El asigură, din punct de vedere sociologic, un înalt grad de reprezentativitate; dat fiind caracterul compozit al populației bucureștene, se poate aprecia că, din perspectiva reprezentativității naționale, indicele de eroare nu poate fi mai mare de ±3%.

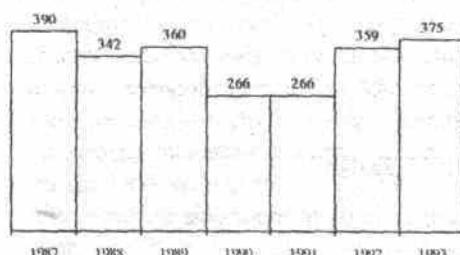
Tehnica de investigare a constat într-o fișă cu răspunsuri închise pe care au fost transpusă - după o prealabilă cuantificare - toate informațiile medicale, medico-legale și de anchetă judiciară relevante din punct de vedere epidemiologic. Cuantificarea prealabilă a datelor (bunăoară, prin stabilirea categoriilor de vîrstă, a tipurilor familiale, a tehnicilor de auto-traumatizare letală etc.) a permis prelucrarea lor automată, constituindu-

se astfel principalii indicatori epidemiologici; chiar dacă astfel se petrce o încrengătă scădere calitativă a analizei sub aspectul "autopsie psihologice" a cauzelor, studiul epidemiologic obligă la acest tratament statistic și cantitativ, oferind - pentru cunoașterea enomenului - speranță unor virtuți compensatoare.

## Rezultatele cercetării

### Structurări ale fenomenului autodistructiv.

Cele 2358 sinucideri înregistrate în zona Bucureștiului în perioada 1987-1993 se repartizează pe ani în felul următor: 390 (pentru 1987), 342 (pentru 1988), 360 (pentru 1989), 266 (pentru 1990), 266 (pentru 1991), 359 (pentru 1992), 375 (pentru 1993). Pentru a avea o imagine asupra evoluției în timp a fenomenului, transpunerea grafică a acestor date oferă următorul tablou:



Se remarcă deci faptul că fenomenul suicidal pentru perioada celor 7 ani studiați cunoaște oscilații bine structurate: anii 1987-1989 marchează perioada de vârf, anii 1990-1991 - perioada de declin și anii 1992-1993 - perioada de relansare a fenomenului, prin care el atinge frecvența din prima perioadă. Oscilațiile sunt extrem de ample, cotându-se la 1/3 din populația suicidală, ceea ce arată limpede că ele nu ţin de capriciile "zig-zag"-ului statistic; mai mult, sensul acestor oscilații se coreleză strâns cu ceea ce literatura științifică clasica a pus în evidență: în perioadele de criză - frecvența maxime ale

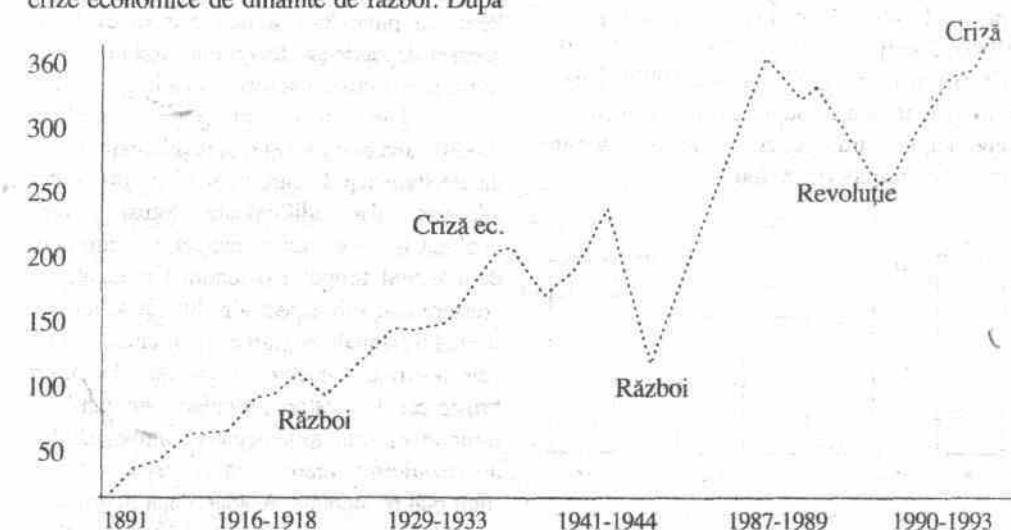
fenomenului, în perioadele de mare angajament societal - frecvențe minime. Cel mai semnificativ, deci, rămâne clivajul dintre ceea ce a fost până la sfârșitul lui 1989 și ceea ce a urmat: dacă pentru perioada 1987-1989 s-a înregistrat o medie multianuală de 364 sinucideri, această medie cade pentru următorii doi ani (1990, 1991) la 266 cazuri, pentru ca, apoi, să se ridice la 367 cazuri anual (anii 1992 și 1993); pe asamblu, pentru cei doi versanți temporali (până în 1989 și după) s-au înregistrat 364 sinucideri anual și, respectiv, 316, 5, în condițiile în care pentru ceci 7 ani studiați media anuală a sinuciderilor a fost de 337 cazuri. Indiscutabil că ruptura politică pe care a cunoscut-o România la sfârșitul anului 1989 marchează un punct de ruptură și pentru fenomenul sinuciderii. Pentru a pune însă și mai clar în evidență această dependență, fenomenul trebuie privit într-o perspectivă diacronică mai largă.

Din acest punct de vedere, modificarea este încă și mai revelatoare. După datele statistice de care dispunem<sup>2</sup>, disparate, adevărat, dar edificatoare totuși pentru evoluția fenomenului, sinuciderea a cunoscut de-a lungul timpului o tendință evidentă de creștere atât sub aspect absolut cât și relativ, oscilațiile anuale negative fiind surclasate de cele pozitive, caracterizate nu atât de salturi bruse cât de creșteri progresive predictibile; dimpotrivă, oscilațiile negative, atunci când s-au manifestat, marchează cazuri cantitative mult mai pronunțate. Așadar, dacă în urmă cu mai bine de un veac, adică la 1891 (primul an pentru care există date statistice în această privință), în București se înregistrau 15 cazuri de sinucidere, în 1901 se înregistrau 38, în 1931 erau inventariate 150, în 1936 - 179 sinucideri, în 1943 - 117 cazuri, în 1975 - 202 cazuri, 1977 - 260 cazuri, 1985 - 325 cazuri, 1989 - 360 cazuri. După acest an istoric, asistăm - pentru următorii doi ani - la o diminuare sensibilă a fenomenului, lucru care s-a mai produs - conform datelor de care dispunem - cel puțin o dată: în timpul ultimului război mondial. Este însă de presupus că aceeași tendință descrescătoare s-

a produs și în perioada primului război mondial, pentru care însă nu avem nici un fel de date. În schimb, lucru simțitoric, puținele informații de ordin cantitativ pe care le avem pledează pentru o creștere semnificativă a cotei sinuciderii în perioada marii crize economice din 1929-1933.

Mai revelatoare încă în această privință este rata sinuciderii la 100.000 locuitori, indicator utilizat astăzi peste tot în lume pentru "masurarea" acestui fenomen, întrucât cefrele absolute în sine prezintă de regulă capcane statistice. Pentru perioada 1844-1890 (pentru care am găsit informații în arhiva Institutului), rata sinuciderii la 100.000 locuitori a fost de 5,9. Această rată atinge 6,9 spre anul 1900. Pentru secolul nostru, acest indicator atinge cifra de 20 în perioada marii crize economice de dinainte de război. După

marea conflagrație mondială, în timpul căreia - cum am spus - se produce o diminuare sensibilă a fenomenului, rata sinuciderii este în general de 10-15 cazuri anual la 100.000 locuitori, anul 1987 fiind - și din acest punct de vedere - un an de vârf. Ajungând la perioada studiată, când se înregistrează - cum am arătat - un număr mediu anual de 337 sinucideri, rata medie anuală a numărului de sinucideri la 100.000 locuitori este 14,9; pentru orașul propriu zis, numărul mediu anual de sinucideri este de 301, ceea ce înseamnă o rată de 13,6, iar pentru S.A.I. aceste calcule indică o cifră de 32 și, respectiv, 15. Reținând exclusiv tendințele care s-au manifestat de-a lungul unui veac, curba sinuciderii în București s-ar putea prezenta astfel:



Evident, există un strâns paralelism între această curbă a evoluției brute a sinuciderii și cea care reprezintă evoluția relativă a fenomenului autodistructiv; deși în termeni absoluci, decalajul este mai mare, diferențe semnificative se obțin pornind de la cifre relative. Bunăoară, pentru perioada 1990-1991, având ca bază de calcul datele recesământului din 7 ianuarie 1992, rata sinuciderii la 100.000 locuitori se stabilizează la 11,3 anual; pentru anii 1992-1993, rata

atinge 15,9 sinucideri la 100.000 locuitori. Se poate deci trage concluzia că în decursul unui secol fenomenul sinuciderii s-a triplat ca impact asupra societății. Sub aspect absolut, volumul populației suicidale a crescut de peste 21 ori, pentru anul 1987 creșterea fiind de 26 ori.

Dacă creșterea numărului de sinucideri pe parcursul unui secol poate fi în general explicată ca naturală, în schimb, vârfurile atinse în perioada 1987-1989,

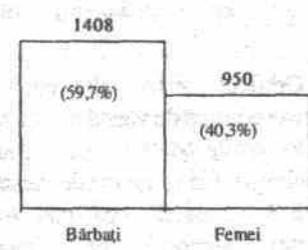
următoare de căderea bruscă și masivă (-26,2% față de anul 1989 și -33,3% față de anul 1987) și pasagera stabilitate din perioada 1990-1991, apoi de tendință net ascendentă (care, e de bănuitor, va continua) sunt indicii certe despre incidența fenomenului anomic asupra fenomenului autodistructiv. Datele statistice confirmă din plin ipoteza lui E. Durkheim, reiterată de discipolii săi și de atâtia alți cercetători, privitoare la faptul că în perioadele intens politizate, de maximă antrenare a cetățenilor spre un scop comunitar sau social (cu, deosebire, în timpul războaielor și al revoluțiilor), fenomenul sinuciderii se diminuează, el crescând în schimb în timpul perioadelor de criză economică și de disoluție morală și axiologică. Ruptura politică din România de la sfârșitul anului 1989 a avut deci un impact extraordinar asupra fenomenului autodistructiv, în sensul diminuării presiunii suicidare, iar crizele de dinainte și de după confirmă sensul creșterii acestei presiuni. Desigur, o criză bazală s-a suprapus rupturii politice, dar politicul a oferit atunci structuri de integrare și motivații comportamentale mult mai puternice; evident că, în măsura în care criza economică nu a fost solutionată, fenomenul autodistructiv și-a reluat tendința de creștere, și încă într-o manieră accentuată, lucru absolut dovedit în anii 1992 și 1993. Dar nivele atinse de sinucidere în preajma marii schimbări politice sunt cum nu se poate mai revelatoare, prin comparare cu nivelul etapei intermediare, asupra anomaliei instalate până atunci în societatea românească, așa cum cota atinsă în ultima etapă este nu numai semnificativă, ci și alarmantă. Se confirmă, aşadar, încă o dată că fenomenul autodistructiv este un barometru extrem de fin pentru ceea ce se întâmplă în initimitatea, în profunzimile unei societăți, creșterea sau descreșterea sa fiind întru-totul semnificative pentru starea de boală sau de sănătate a corpului social.

Din punctul de vedere al suicidologiei comparate, rata sinuciderii la 100.000 locuitori placează România într-o

zonă de mijloc, alături de Polonia, Belgia, Franța (cu 11-16 sinucideri/100.000 locuitori), fapt care definește încă o dată gravitatea fenomenului; el este, evident, mai puțin grav decât în Ungaria (cu aproximativ 40 sinucideri/100.000 locuitori) sau Danemarca cu aproximativ 25 sinucideri/100.000 locuitori), dar este în același timp mult mai grav decât în țări ca Grecia sau Irlanda (cu 3-4 sinucideri/100.000 locuitori). După cele mai recente date (Brody, 1992), fenomenul autodistructiv în România este comparabil în amploare cu cel din S.U.A. (cu 12 sinucideri/100.000 locuitori în anul 1989).

### Identitatea socioculturală a sinucigașilor

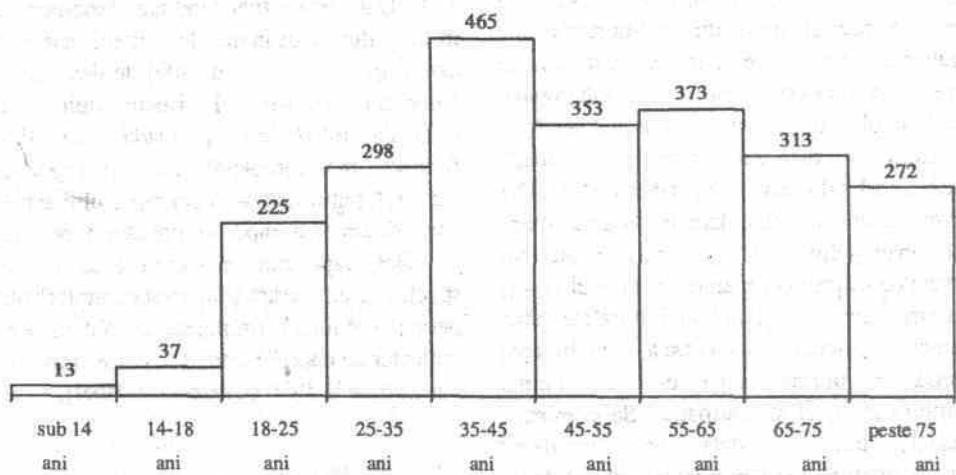
În privința configurației pe sexe, este de notat că - pentru întreaga perioadă studiată - 59,7% din sinucigași sunt bărbați și 40,3% femei, raportul dintre cele două sexe fiind de 1,48. Din perspectiva tendinței fenomenului în timp din acest punct de vedere, datele de care dispunem (și avem astfel de date, grație anuarului statistic al Bucureștiului din perioada interbelică, perioada 1931-1936 fiind cea mai completă) indică un raport de 1,5 - 1,9, puțin superior decât raportului actual, dar oricum sub raportul consacrat pe plan mondial, fapt care probează încă o dată specificitatea noastră și la acest capitol. Pentru perioada studiată, oscilațiile anuale la acest indicator se cuprind între 1,2 și 1,8 (raporturi înregistrate în 1990 și, respectiv, 1989).



Revenind la suicidologia comparată, studiile lui Farberow (1961), Dublin (1963) sau Campagna (1976) relevă o proporție bărbați-femei de 2,5 - 5. Datele românești în această privință sunt mai degrabă comparabile cu cele din S.U.A. Oricum ar sta lucrurile, este de notat că, în timp, ponderea femeilor în cadrul fenomenului sinuciderii a cunoscut peste tot o creștere mai accentuată decât a bărbaților. Specificitatea românească la acest capitol s-ar putea explica tot prinț-un apel la sociologie: angajamentele extra-domestice ale femeilor din țara noastră sunt probabil mai numeroase și/sau mai solicitante decât ale femeilor din alte țări, de unde și riscul suicidar mai mare. Altintîrzi, desigur, se verifică și la noi constatarea că la capitolul "tentative de sinucidere" femeile sunt cele mai numeroase (tentativele eşuate numără de 3 ori mai multe femei decât bărbați), indicator care pare să susțină că între sinuciderea realizată și cea ratată (tentativă eşuată) sunt deosebiri de fond, care fac din aceste două fenomene

distingătoare.

Sub raportul vîrstei, este de arătat că din cele 2348 cazuri pentru care există informații la acest capitol - 11,7% din actele autodistructive se întâlnesc la tineri sub 25 ani și un volum mai mult decât dublu, adică 24,9%, la populația în vîrstă de peste 65 ani; dacă se alătură acestei ultime categorii și categoria 55-65 ani, atunci ponderea persoanelor în vîrstă se ridică la 40,8%. Cu alte cuvinte, jumătate din populația suicidală o reprezintă tinere și vîrstnicii, iar cealaltă jumătate o reprezintă adulții (vîrstele 25-55 ani, cu 47,5% din totalul sinuciderilor). Se poate deci afirma că fenomenul autodistructiv caracterizează toate vîrstele, că el este - din acest punct de vedere - foarte difuz social. Cu toate acestea, categoria de vîrstă 35-45 ani - aşadar, cea mai activă din punct de vedere social - este cea mai expusă riscului, furnizând ea singură a cincea parte (20%) din totalul sinucigașilor.



Graficul este elovent pentru structurarea pe grupe de vîrstă a sinucigașilor: numărul lor crește odată cu vîrsta, atingând punctul culminant la categoria de vîrstă 35-45 ani, adică la categoria cea mai solicitată socialmente; categoriile de vîrstă care urmează acesteia, deși într-o ușoară

diminuare, sunt totuși foarte expuse - poate chiar mai expuse - riscului suicidă: dacă avem în vedere "piramida vîrstelor", atunci vîrstele înaintate sunt certamente cele mai vulnerabile la acest factor de mortalitate. Constatările cercetătorilor cități mai înainte (Farberow, Dublin, Campagna), care dau

## SINUCIDERE ȘI ANOMIE

pentru tineri proporții ce ating 40%, sunt infirmate de situația de la noi, unde adulții și bătrâni definesc în mare măsură fenomenul. O situație similară se întâlnește însă și în alte țări, bunăoară în Canada (Campagna, 1982).

În privința stării civile, se constată că numai 58,4% din sinucigași sunt prinși în structuri conjugale legale și integre, situațiile de anomie conjugală patentă (concubinaj, divorțări, despărțiri, văduvi etc.) caracterizând un sfert (24,1%) din cazuri (bunăoară, 9,2% din sinucigași sunt văduvi). În fine, situație iarăși semnificativă, 17,5% din subiecții sinuciderii sunt necăsătoriți. Această situație se cuplează cu alta, revelatoare sub aspectul redusei capacitați integratoare a familiei, privitoare la prezența copiilor în familie: 34,6% din sinucigași nu au copii (în condițiile în care tinerii propriu-zisi formează doar a zecea parte din total). Se poate deci estima, și din această perspectivă, că pentru un segment extrem de important (1/3) familia nu reprezintă - structural - un instrument de integrare viabil.

Sub aspectul nivelului de instrucție, sinucigașii prezintă o structură destul de asemănătoare celei existente în societatea globală. Astfel, 54,2% au studii generale (gimnaziale), urmate sau nu de școală profesională, 28,5% au studii medii, urmate sau nu de școală post-liceală, și 15,2% au studii superioare; merită totodată notat că analfabetii formează 2,1% din sinucigași, în vreme ce aceia care au doar școală primară totalizează 13,4%. Această situație se regăsește oarecum în cea profesională: 57,5% sunt muncitori calificați, 14,5% sunt cadre

superioare, 6,3% sunt funcționari, 3,6% sunt țărani. Ca statut social în momentul decesului, situația aceasta suportă unele modificări nu lipsite de semnificație pentru gradul redus de integrare socială: 22,8% muncitori, 39,6% pensionari de vîrstă și 17% pensionari de boala, 4,5% elevi și studenți, 2,5% someri.

Tot din acest punct de vedere este semnificativă mobilitatea socială a subiecților. Dacă 9/10 din aceștia își au domiciliul stabil în București (80,4% în oraș, 9,7% în S.A.I.), subiecții originari din București nu formează nici jumătatea acestui volum: doar 30,9% sunt născuți în oraș și 7,7% în S.A.I. Mai mult, este de remarcat că 41,7% din sinucigași urbanii bucureșteni au origine rurală (alta decât S.A.I.), doar 13,5% având origine urbană (alta decât Capitala). Subiecții sinuciderii sunt deci caracterizați de o mobilitate socială - în special, pe axa rural-urban, dar și ocupațional - foarte puternică (traseul acesta este urmat de aproximativ jumătate din subiecții investigați): 44,2% din sinucigași înregistrați în București au deci origine urbană și 49,4% au origine rurală (restul având situații necunoscute sau atipice, i.g. născuți în altă țară).

### Elementele constitutive ale sinuciderii

Modalitățile de sinucidere folosite de bucureșteni pentru etapa studiată - pe ani și pe ansamblu - se prezintă în felul următor:

Mijlocul	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	Total	
								abs.	%
Spânzurare	127	124	110	94	100	131	138	824	34,9
Intoxicații	137	95	117	69	68	82	80	648	27,5
(din care: medicamenteoase)	(72)	(49)	(58)	(33)	(37)	(53)	(55)	(357)	(15,1)
Defenestrare	94	91	101	80	75	107	111	659	27,9
Arme albe	7	10	6	3	8	9	8	51	2,2
Arme de foc	4	2	4	5	5	2	6	28	1,2
Înecare	4	4	7	3	2	5	4	29	1,2

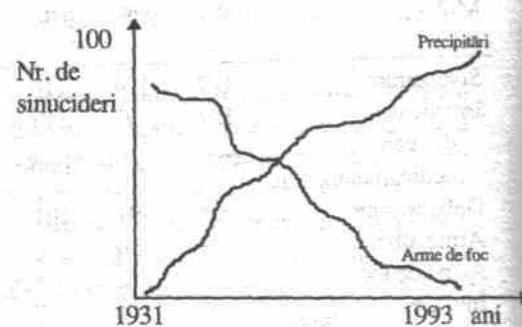
Mijlocul	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	Total	
								abs.	%
Incendiere	5	4	3	4	2	3	4	25	1,1
Mijl.transport	6	6	1	5		11	8	37	1,6
Electrocutare	3		2	2	4	2	5	18	0,8
Alte mijloace	3	6	9	1	2	7	11	39	1,7
Total	390	342	360	266	266	359	375	2358	100

Se observă că definițorii pentru fenomenul sinuciderii în municipiul București sunt trei modalități: spânzurările (cu mai mult de 1/3 din cazuri), aruncările de la înălțime și intoxicațiile, acestea fiind responsabile - împreună - de peste 9/10 din totalul actelor autodistructive (mai precis, de 90,4%). Dacă este adevărat ceea ce Durkheim afirmase în celebrul său studiu, anume că "fiecare popor are felul său de moarte preferată, atunci alegerea mijloacelor thanatogene are o certă dimensiune culturală. Oricum, această distribuție a modalităților de sinucidere particularizează iarăși, și încă într-un chip destul de apăsat, fenomenul autodistrugerii în România (nu însă până la a-l face incongruent cu ceea ce se întâmplă în alte țări; preponderența spânzurărilor de la noi își are un echivalent în lumea germanică). Astfel, pentru a reveni la datele suicidologiei comparate, trebuie arătat că pentru țările occidentale, dar și pentru țările Americii de Sud, armele de foc dețin de regulă primul loc (cu peste 25% din cazuri), în timp ce la noi ponderea lor este de-a dreptul neglijabil; de asemenea, merită semnalat că spânzurările în România au o pondere mult mai mare decât în alte țări (dublă, de exemplu, față de situația din S.U.A.).

Este totodată de observat că modalitățile de sinucidere alese de români nu comportă în general echivoc, decizia suicidară fiind - din acest punct de vedere - mult mai pregnantă decât în alte țări. Cum remarcă Halbwachs, sinuciderea se produce de fapt abia atunci când mijlocul a fost ales, această opțiune fiind elementul hotărâtor pentru declanșarea acțiunii autodistructive. Cu alte cuvinte, în procesul suicidației, alegerea mijlocului thanatogen este

hotărâtoare, ea marcând punctul de "non-retur". Caracterul "eficient" al mijloacelor alese de bucureșteni în cele mai multe cazuri arată că fenomenul este într-o proporție însemnată inevitabil, că mecanismul său interior copleșește de regulă obstacolele, interioare și exterioare, la actul autodistructiv. Cu toate acestea, trebuie observat că ponderea mijloacelor cu "risc de supraviețuire" sau cu "șansă de eșuare" este notabilă (de n-ar fi decât intoxicațiile medicamentoase, în general cu barbiturice, care dețin peste 15 procente din cazuri, și tot ar fi edificator); în această zonă, cel puțin, în care decizia suicidară a mers pe varianta unui risc de eșuare, strategiile profilactice au o oportunitate reală.

Se cuvine totodată arătat că, în ciuda constanței pe care o prezintă în ultimii ani alegerea mijloacelor, diacronic asistăm totuși la mutații importante și - în unele privințe - spectaculoase, mergând până la răsturnarea situației. De pildă, față de situația din anii 1931-1936, structura procentuală a mijloacelor este sensibil diferită. Armele de foc, de exemplu, aveau și în România o pondere însemnată, oscilând între 12 și 26% anual, în schimb aruncările de la înălțime erau insignificante (în jur de 2%).



"Constanța remarcabilă în timp" a proporției diferitelor mijloace de sinucidere, despre care au vorbit sociologii francezi și italieni, nu se verifică în cazul nostru decât pentru spânzurări. Pe lângă accesibilitatea la un mijloc anume, trebuie avut în vedere și regimul juridic dintr-o țară (al armelor de foc, de exemplu, dar și al diferitelor substanțe toxice sau medicamentoase), care poate favoriza sau frâna accesul la un mijloc anume. Evident, teoretic se poate pune problema interșanabilității mijloacelor, dar în fapt - pornind de la analiza raporturilor dintre mijloacele utilizate în tentativele eşuate și cele care s-au dovedit letale - se constată o extraordinară inertie a opțiunii subiectului pentru un mijloc anume; pe cât de mare este varietatea mijloacelor (o analiză a cazurilor concrete ar putea releva o excepțională inventivitate chiar în situații aparent tipice, cum ar fi spânzurare, pe atât de mare este perseverența în metodă, perseverență frizând

adesea stereotipia. "Alegerea mijlocului" se dovedește deci și din această perspectivă ca fiind o veritabilă cheie psihologică pentru trecerea la actul autodistructiv, dar și o cheie culturală. Așa se explică, probabil, constanța în timp. Dar această constanță, deși funcționează pe intervale mari de timp, nu este totuși - așa cum am arătat - absolută. Dacă aruncările de la înălțime erau în urmă cu 60 ani neglijabile, astăzi ele sunt răspunzătoare de 27,9% din sinucideri, devenind a doua modalitate - ca frecvență - de autodistrugere; simultan, armele de foc au cunoscut o diminuare considerabilă, după cum se poate vedea în graficul de mai sus.

Opțiunea pentru o anume modalitate de sinucidere se corelează foarte strâns - în multe cazuri - cu sexul subiecților, ceea ce reduce în discuție dimensiunea culturală a acestui fenomen. Această situație corelativă este reprobusă în următorul tabel:

Mijlocul	Sexul		Raportul bărbați/femei
	Bărbați	Femei	
Spânzurare	638	186	3,43
Precipitări	137	332	0,98
Intoxicații	290	358	0,81
(din care: cu medicamente)	138	219	0,63
Arme de foc	28		28
Arme albe	43	8	5,37
Înecare	12	17	0,70
Electrocutare	15	3	5,00
Alte mijloace	25	14	1,78
Total	1378	918	1,48

Urmărind acest tabel, se poate constata că spânzurarea, armele de foc, armele albe și electrocutarea sunt preponderent masculine, raportul dintre sexe pe totalul lor fiind net în favoarea bărbaților (3,7). În schimb, deși sunt conturate anumite tendințe (în special în cazul intoxicațiilor voluntare cu substanțe medicamentoase), sinuciderea feminină nu este tot atât de bine definită din acest punct de vedere. Un caz aparte îl reprezintă precipitările, care au un

impact sensibil egal pentru ambele sexe. În concluzie, este de subliniat predilecția bărbaților pentru mijloace dure, "eficiente" de sinucidere.

În privința corelării cu vîrstă, spânzurările, precipitările și intoxicațiile, care acoperă împreună 9/10 din fenomen, descriu în linii mari - fiecare în parte și toate la un loc - curba lui Gauss: frecvență maximă spre intervalele de mijloc, frecvențe minime spre extreame. Trebuie totuși arătat că pentru



categoriile de vîrstă înaintate diminuarea frecvenței este relativă, adică doar prin comparație cu intervalele maximale. Pentru a coriga acest neajuns, am restrâns categoriile de vîrstă la trei grupe mari, în speranța că se va

vedea mai bine structurarea fenomenului (pentru cele 9 categorii de vîrstă cu care am operat mai înainte exista un grad de împrăștiere prea ridicat):

Mijlocul	Vîrstă			Total
	până la 25 ani	25-65 ani	peste 65 ani	
Spânzurare	10,3	67	22,7	100
Intoxicații	8,8	68,3	22,8	100
Precipitări	11,5	60,1	27,4	100
Alte mijloace	15,5	62,7	21,8	100
Total	10,7	64,5	23,9	100

Este sesizabil deci că nu există preferințe pentru o anume modalitate în funcție de vîrstă: aproape pentru fiecare mijloc de autodistrugere (cu o singură excepție, armele, de foc, pentru care categoria de vîrstă de până la 25 ani furnizează cele mai multe victime: 65%); faptul se explică, evident, prin accesul la acest mijloc, căci subiecții în cauză au fost militari în termen) există aceeași structură (10% tineri, 65% adulți și 25% bătrâni).

Fenomenul cunoaște și o structurare, nu foarte pronunțată, dar totuși conturată, în funcție de variabile - aparent, dar însător, pentru că ele exprimă și altceva decât ceea ce pare la prima vedere - fără substanță socială sau psihică, de genul anotimpului sau zilei din săptămână. Durkheim vorbise de o curbă a "oboselii sociale" în cazul săptămânii, expresia fiind revelatoare pentru conținutul ei real. Or, din această perspectivă sociologică asupra timpului, nu întâmplător, desigur, anotimpul cu cele mai multe sinucideri este vara (27,8%); iar dacă toamna (cu 25,6%) și primăvara (25%) ocupă locurile de mijloc, iarna în schimb este sezonul cu cele mai puține sinucideri (21,5%). Din punctul de vedere al calendarului lunar, luna august este cea mai bogată în sinucideri (9,9%), urmată de septembrie (9,2%), iar februarie este luna cu cele, mai puține sinucideri (5,1%). În fine, curba săptămânală a sinuciderilor atinge apogeul miercurea (16,1%), ceea ce nu este deloc lipsit de semnificație (studiiile de

ergonomie au pus în evidență faptul că această zi din mijlocul săptămânii este într-adevăr o zi critică, în care "oboseala" s-a acumulat și speranța refacerii este "departe").

Un alt indicator structurat al fenomenului este locul în care s-a produs sinuciderea. Din acest punct de vedere, 3/4 din cazuri (77,2%) au ca spațiu de desfășurare locuința proprie. Totuși, un anumit număr de sinucideri (6,2%) au ca loc al faptei alte locuințe decât cele proprii. În aceeași ordine de idei, se impune a fi subliniat că nu număr redus, dar nu neimportant, de acte autodestructive se petrec în spitale (3,9%), în alte așezări și locuri publice (6,2%), la locul de muncă (1,8%); dar gama acestor alte locuri decât locuințe este foarte largă: hoteluri, gări, păduri, secții de poliție, închisori, unități militare etc.).

Distribuția acestor locuri pe zone urbane teritoriale arată că sectorul 6 se află pe primul loc sub aspectul numărului absolut de sinucideri, dar rata medie anuală este aici de 13,1 cazuri la 100.000 locuitori (întrucât acesta este cel mai populat sector al Capitalei). Cea mai ridicată rată a sinuciderii (21,5 sinucideri/100.000 locuitori) s-a înregistrat în sectorul 1 în anul 1987, iar cea mai scăzută în sectorul 5 (6,7 cazuri la 100.000 locuitori) în 1990. Rata medie multianuală cea mai ridicată se înregistrează în cel mai puțin populat sector (sectorul 1, cu 17,9 sinucideri/100.000 locuitori), iar rata medie multianuală cea mai scăzută (9,8)

revine sectorului 3.

În privința caracterului singular (solitar) sau multiplu (solidar) al sinuciderilor, prima variantă cunoaște o proporție covârșitoare (98,5%).

În fine, au lăsat mesaje familiei sau prietenilor - în general scris - doar 12,4% din sinucigași, 87,6% părăsind această lume fără nici o explicație.

### Factori de risc în sinucidere

Din punctul de vedere al antecedentelor suicidale existente în familie, este de notat că doar 0,4% din cazuri probează o astfel de legătură, ceea ce o face complet irelevantă. Desigur, este foarte posibil ca acest număr insim să fie cauzat de o insuficiență de raportare, el fiind în realitate mai mare, dar aceasta nu poate schimba esențial situația: comportamentul suicidar nu se moștenește, ceea ce arată că existența antecedentelor în familie constituie un indicator cu o slabă capacitate de predicție.

În schimb, tentativele de sinucidere în antecedentele comportamentale ale subiecților în chestiune au fost puse în evidență în 18,8% din cazuri. Dacă se adaugă la aceasta și semnalarea declarațiilor privind intenția suicidară - declarații de regulă reiterate - atunci procentajul celor care și-au deconspirat intenția actului lor autodistructiv urcă la 23,5% din cazuri. Grosso modo, se poate deci afirma că pentru un sfert din aceste persoane actul sinucigaș era previzibil. În acceșt sens, se cuvine arătat că pentru cazurile de tentative, cele mai numeroase (60,1%) au la activ mai multe asemenea acte eşuate, doar 29,3% având în antecedente o singură încercare ratată. În fine, din aceeași perspectivă este interesant de notat că aproape jumătate din aceste cazuri (49,1) au avut ultima tentativă în ultima jumătate de an, pentru ultimul an ponderea depășind 70%. Este evident deci că riscul actului autodistructiv crește invers proporțional cu

timpul scurs de la ultima tentativă eşuată. Cu alte cuvinte, probabilitatea unui act sinucigaș este mai mare cu cât timpul scurs de la ultima încercare ratată de autodistrugere este mai mic. Se cuvine, în același timp, arătat că cele mai multe încercări neizbutite s-au produs prin intoxicație medicamentoasă (29,2%). Adaugând și celealte tipuri de intoxicații, cu pesticide - mai ales - dar și cu sodă caustică (NaOH), procentajul atinge 37,4%. Precipitarea (aruncarea de la înălțime) deține, de asemenea, o pondere însemnată în cadrul tentativelor (17%).

Antecedentele psihopatologice s-au relevat în 23,5% din cazuri, ceea ce înseamnă că pentru un sfert din cauză etiologia psihopatologică ar putea fi definitorie. Din acest punct de vedere, boala psihică ar avea - în funcție de categoriile diagnostice - următoarea incidentă pentru acest sub-lot de cazuri: psihozele - 72,5%, nevrozele - 15%, psihopatiile - 6,3%, afectiunile psihice cu fundament organic (traumatismele crano-cerebrale, epilepsiile etc.) - 3,8%.

Bolile somatice incurabile s-au decelat în 8,8% din cazuri; primul loc îl ocupă afecțiunile circulatorii, cu 28,6% din totalul bolilor somatice, cancerul aflându-se pe locul secund (24,5).

Sinteză etiologică a datelor din antecedente a permis o tipologizare a cauzelor sinuciderii. Din această perspectivă, boala psihică a fost reținută ca explicație cauzală a actului autodistructiv pentru 37,5% din cazuri (deși antecedentele clinice, adică cu internări în spitale de psihiatrie, s-au semnalat - cum am arătat mai înainte - doar în 23,5% din cazuri). Boala somatică, legată adesea strâns de vîrstă înaintată, dovedește că asemenea o incidentă mai mare decât atestarea clinică: 9,6%. Pe totalul lotului investigat, factorul medical pare hotărător deci pentru aproape jumătate din cazuri (47,1%). Motivele familiale au părut decisive în 10,6% din cazuri, pentru alte 2,3% depistându-se motive sociale mai ample; din același punct de vedere, singurătatea pare a explica 3% din cazuri. Motivele juridice și cele explicit politice au

părat prevalente în 3,7% din cazuri. Motivele erotice - decelabile în general la tineri, îndeosebi la adolescenți - par a fi fost hotărâtoare pentru 3,8% din sinucigași.

Cu toate acestea, trebuie arătat că pentru 22,7% din cazurile de sinucidere nu s-a putut reține, în urma analizei de caz, nici un motiv vizibil sau aparent al comportamentului autodistructiv, acesta rămânând pur și simplu inexplicabil.

În acest ultim procentaj găsim un indiciu pentru fundamentalul pe care se desfășoară fenomenul sinuciderii: anomia socială. Aceasta nu înseamnă, desigur, că factorul anomic este reductibil ca incidență în doar o pătrime din cazuri, ci că implicația sa este mai vizibilă, mai izbitoare pentru această parte. Altminteri, anomia este intricată profund cu motivele decelate mai înainte, explicația oferită de acestea din urmă fiind doar conjecturală.

\* \* \*

Este evident că marea concluzie care se desprinde din analiza celor 2358 cazuri de sinucidere înregistrate în perioada 1987-1993 la Institutul de Medicină Legală București pornește la variațiile anuale și periodice ale fenomenului. Linia de fractură pe care o reprezintă momentul 1989/1990 în evoluția epidemiologică a sinuciderii, cu cote înalte de o parte și cu cote joase pe de altă parte, mărturisește singură asupra unei schimbări cauzale care s-a petrecut. Este cât se poate de cert că această schimbare s-a produs la nivel societal, că ea este însăși ruptura politică din decembrie 1989. Dacă adăugăm la această constatare de ordin statistic tendința înregistrată în ultima perioadă analizată (1992-1993), de reluare susținută a cursului ascendent, până la cote care se suprapun celor preexistente anului 1990, avem dovada clară că factori complecși, sociopolitici, acționează insidios în declansarea acestui act altminteri foarte personalizat. În concluzie, căderea masivă a cursului sinuciderilor în 1990 și 1991, urmată de reluarea cursului ascendent sunt certe indicii pentru ceea ce s-a întâmplat

(și se întâmplă) în societatea profundă. Este indiscutabil, deci, că în ultimii ani ai deceniului trecut în România se instalase o anomie devastatoare, numai ea putând explica rata înaltă - raportată în primul rând la istoria națională a fenomenului autodistructiv, dar și la situația din alte țări - a sinuciderilor. Așa cum, desigur, punerea în paranteze pentru primii doi ani postdecembriști a problemei anomice, grație extraordinarului angajament socio-politic pe care l-a cunoscut țara în această perioadă, poate oferi o explicație viabilă pentru căderea fenomenului în anii 1990 și 1991.

Anomia nu este însă o problemă care se rezolvă de pe o zi pe alta. Normele și valorile sociale trebuie să aibă soliditate, să fie - pentru aceasta - rezultatul unei evoluții organice, naturale, pentru că numai astfel pot cunoaște aderența individuală cât mai răspândită. Aceasta nu este o speculație, o judecată de valoare, ci însăși "morală" a ceea ce s-a întâmplat în ultima etapă analizată. Căci, judecând după tendințele ultime ale fenomenului autodistructiv, pare destul de sigur că masiva reducere a sinuciderilor din primii doi ani postcomuniști nu a însemnat cătuși de puțin o rezolvare a problemei anomice, ci doar o suspendare, un fel de - cum zic psihanaliticii - efect "Placebo", o remisiune temporară, din moment ce tendințele anterioare și-au reluat rapid cursul. Cu alte cuvinte, criza morală și social-politică a societății românești pare confirmată solid de tendințele actuale ale acestui fenomen, chiar dacă datele problemei sunt în măsură considerabilă schimbate. Mai mult, după toate indiciile, fenomenul autodistructiv are astăzi tendința de a depăși nivelele atinse în perioada imediat antedecembriștă. Astfel, dintr-o problemă periferică a societății, sinuciderea devine cu fiecare zi o problemă tot mai gravă, cu un impact social tot mai mare. Cele aproximativ 3500 de decese pricinuite de acest fenomen la nivelul țării, cifră care întrece de peste trei ori pe cea a omociderilor, mărturisesc singure despre amploarea și gravitatea factorului de

mortalitate reprezentat de sinucidere. Este deci imperios că societatea românească să ia cunoștință despre ceea ce se întâmplă

dramatic în profunzimile sale. În absența acestei cunoșteri nu poate fi vorba de nici o strategie profilactică sau terapeutică.

## Note și bibliografie

1. Datele pot servi pentru aproximarea/estimarea fenomenului la nivelul țării. Bunăoară, pentru 1993, se poate estima pentru România în întregul său un număr de aproximativ 3500 sinucideri (pentru comparație, în același an, în Germania se înregistrau 12690 sinucideri la o populație de aproape 4 ori mai mare).
2. Am descoperit datele respective în diverse studii din arhiva și biblioteca I.M.L.; pentru exemplificare: Petre D. Nedelcu, *Studiu statistic și medico-legal asupra suicidului în Bucuresci de la 1884 la 1895* (Buc., Tipografia și fonderia de litere Thoma Basilescu, 1895); N. S. Minovici, *Studiu asupra spânzurarei etc.*, precum și anualele statistice bucureștene.

Jane E. Brody, *Kids' Suicide. Cries for Help Often Unheard*, în *The International Herald Tribune*, 18.06.1992.

*Cahiers de santé publique*, Genève, 1969.

Jean-Louis Campagna, *L'épidémiologie du*

*suicide dans la région métropolitaine de Québec*, în *Crisis*, vol. 3, nr. 2, dec. 1982.

E. Durkheim, *Le suicide. Etude socio-logique*, Paris, Alcan, 1897.

Norman L. Farberow, *Clinical Developments in Suicide Prevention in the United States*, în *Crisis*, vol. 1, nr. 1, April 1980.

Maurice Halbwachs, *Les causes du suicide*, Paris, Alcan, 1930.

H. Marcuse, *Eros și Thanatos*, în *Scrisori filosofice*, Ed. Politică.

Hermann Pohlmeier, *Social Background of Depressive Illness*, în *Crisis*, vol. 1, nr. 2, 1980a.

Hermann Pohlmeier, *Suicide as a Psychodynamic Problem of Depression*, în *Crisis*, vol. 1, nr. 1, 1980b.

W. Trotter, *Instincts of the Head in Peace and War*, apud Marcuse.