

PARTICULARITĂȚI ALE COMPORTAMENTULUI SUICIDAR LA COPII ȘI LA ADOLESCENȚI

Ilinca Untu¹, Roxana Chiriță¹, Smaranda Diaconescu², Dania Andreea Radu¹,
Anamaria Ciubară¹, Lucian Ștefan Burlea³

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”,
Spitalul Clinic de Psihiatrie Socola, Iași

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”,
Spitalul Clinic de Copii „Sf. Maria”, Iași

³Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași

REZUMAT

Frecvența comportamentului suicidar la copii și la adolescenți a cunoscut o creștere semnificativă în ultimii ani, reprezentând un fenomen plurifactorial, cu determinanți încadrați atât în rândul patologieilor psihiatrice, relaționându-se predominant depresiei și tulburărilor de conduită, cât și în rândul unor variați factori de mediu ce includ familiile disfuncționale, eșecul școlar, relațiile defectuase cu anturajul și incluzând o problemă de interes crescând care se situează la granița dintre boală și factor social, reprezentată de abuzul de substanțe psihoactive. Modalitățile de abordare rămân nesistematizate și insuficiente, menținând astfel deschisă o temă de studiu fundamentală, suicidul la copil și adolescent și ridicând problema perfecționării unor mijloace de intervenție eficiente, pentru această situație de importanță globală.

Cuvinte cheie: comportament suicidar, copii și adolescenți, depresie la copil, familie disfuncțională, abuz de substanțe

INTRODUCERE

Suicidul este cu certitudine a treia cauză de deces în lume pentru populația situată între 15-24 ani și a patra cauză de deces în rândul copiilor între 10-14. Frecvența suicidului la adolescenți s-a cva-druplat în ultimele decenii. Orientativ, în anul 2002, au avut loc 877.000 de tentative reușite de suicid în lume, dintre care aproximativ 200.000 au fost la vârstă sub 18 ani. Din 4 milioane de tentative auto-litice ce au loc anual, în prezent, în jur de 90.000 au loc la persoane cu vârste între 10 și 19 ani. Mai mult, între 12-25% dintre copii și adolescenți au la un moment dat gânduri suicidare. La fiecare suicid la copii/adolescenți, se asociază aproximativ 100 de tentative autolitice. În vreme ce fetele sunt mai expuse tentativelor suicidare fără deznodământ fatal, băieții au o rată mai crescută a tentativelor reușite (1,2).

Comportamentul suicidar se poate datora unei veritabile dorințe de a muri, dar poate reprezenta și

un strigăt disperat de ajutor a unui copil/adolescent care se simte copleșit de anumite situații de viață, neputând să întrevadă o perspectivă favorabilă (1).

În mod normal se tinde la asocierea acestui stadiu al vieții cu vitalitatea, lipsa de griji și orientarea către viitor, tinerii încercând să-și realizeze proiectele fără a se crampona de nici o barieră; de aceea, este foarte greu de acceptat și de înțeles fenomenul suicidului la copii și adolescenți (1).

Factori determinanți ai comportamentului suicidar la copii și la adolescenți

Principali factori de risc ai comportamentului suicidar la acest grup populațional sunt depresia, tulburările de conduită, familiile disfuncționale, abuzul de substanțe, eșecul școlar și abuzul emoțional sau fizic (1,5,6,7,8).

Unii autori precizează că lipsa speranței este un predictor și mai exact; astfel, ideea suicidară poate fi asimilată ca fiind expresia extremă a dorinței de a

evada din ceea ce pare de nerezolvat sau intolerabil. Adolescența este o perioadă critică, în care au loc numeroase schimbări și care presupune un anumit nivel de adaptabilitate, ce duce la asumarea unui rol definitiv în viață.

Frecvența depresiei la copii a crescut dramatic în ultimii ani, între 7 și 14% dintre aceștia trecând printr-un episod depresiv major până la vârsta de 15 ani. Înainte de pubertate riscul pentru dezvoltarea depresiei este egal la ambele sexe. După vârsta de 15 ani, fetele sunt de două ori mai expuse episoadelor depresive majore. Copiii cu depresie manifestă în mod tipic un sentiment constant de descurajare, o scădere marcată a stimei de sine, pierderea interesului față de lucruri plăcute în trecut, semne persistente în timp. Depresia la copil necesită tratament specific cu psihoterapie și medicamentos, în absența sa simptomatologia putând persista luni și chiar ani, implicând riscuri majore, ajungându-se până la comportament suicidar, ce are ca principală sursă un nivel scăzut al serotoninei (2). Pe de altă parte, date recente indică o potențială creștere a riscului suicidar la copiii/adolescenții tratați cu inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (cel mai frecvent prescriși în tratamentul depresiei), inițierea acestei terapii necesitând supraveghere atentă (7,8).

Totodată, tulburările de conduită mențin o furie nestăpânită, inobediță și conflictualitate, îndreptate în mod uzual către figurile care reprezintă autoritatea dar care, uneori, se pot orienta către propria persoană, îmbrăcând forma comportamentului suicidar (1,11).

Famiiliile disfuncționale pot conduce copilul sau adolescentul la asumarea unui comportament autolitic, jucând un rol cheie în stabilitatea emoțională a membrilor săi și având cel mai puternic impact asupra copiilor și adolescenților care necesită un suport afectiv mai solid. Comunicarea deficitară în cadrul familiei, certurile cu încărcătură emoțională, lipsa afecțiunii și coeziunii între membrii acesteia sunt principalii factori care contribuie la apariția comportamentului suicidar în rândul copiilor și adolescenților. În plus, numeroase studii au demonstrat faptul că un istoric familial de suicid/tenativă de suicid constituie un risc sporit pentru comportamentul autolitic (transmitere genetică – fie tulburări psihiatrice moștenite sau prezența/presistența aceluiași factori nocivi de mediu) (1,6).

Consumul de substanțe toxice este un element des întâlnit la cei cu potențial suicidar și rezultă din mecanisme de adaptare ineficiente, constituind o punte între depresie și conduita autolitică, generând sentimente de deșertăciune, inutilitate. Abuzul de substanțe în rândul copiilor și adolescenților este o

problemă contemporană tot mai stringentă, care, pe de o parte, determină tulburări în sfera psihiatrică pe lângă impactul somatic, iar pe de altă parte se înscrie în rândul veritabilelor dificultăți de ordin social, consumul relaționându-se adesea dorinței de integrare a copiilor și adolescenților, de acceptare în cadrul anumitor grupuri (1,2).

Abuzul emoțional și fizic constituie un alt determinant fundamental al comportamentului suicidar la copil și adolescent. O formă frecvent întâlnită a acesteia, specifică copilăriei, este cea a presiunii exercitate în mediul școlar de către copiii/adolescenții mai puternici (din punct de vedere fizic, al popularității etc.) asupra altora, mai slabi, determinându-le acestora scăderea marcată a stimei de sine, tendința la izolare și sentimentul de captivitate într-o situație fără ieșire. Totodată, trebuie luat în considerare potențialul abuz sexual, abuzul emoțional puternic provenind de la adulți, fie în mediul școlar, fie chiar în mediul familial și alte forme de abuz fizic, cu puternic impact afectiv asupra copilului/adolescentului, ce ajung să-l copleșească și să-l determine să nu mai dorească să continue să trăiască (1,2,5).

Eșecul școlar în sine nu este un factor declanșator, însă atunci când se asociază cu presiune din partea mediului academic, insatisfacție personală datorată rezultatelor școlare și cu absența suportului social/familial, poate determina comportament suicidar (1,2,4).

Alți factori de risc frecvent implicați în apariția comportamentului autolitic la copii și adolescenți sunt insatisfacția legată de propria imagine (tot mai frecventă în prezent din cauza modificării idealului de frumusețe și a creșterii frecvenței tulburărilor alimentare la copil/adolescent, în special la sexul feminin), schimbări frecvente de domiciliu, instabilitate emoțională, impulsivitate, ADHD, dificultăți financiare, boli cronice, experiențe traumatizante și conflicte legate de identitatea sexuală (privite încă în chip de tabuuri sociale și atrăgând teama de stigmatizare și de neacceptare) (1,2,3,11).

Conceptul de moarte la copil/adolescent

Este unanim acceptat faptul că, pentru a înțelege conceptul de moarte, este necesar un anumit nivel de maturitate cognitivă, astfel putându-se forma scopul autolitic.

După Nagy (10), se disting trei stadii ale procesului de acceptare a morții pe parcursul copilăriei. Copiii sub 5 ani nu sunt capabili să distingă între viață și moarte, respingând astfel ireversibilitatea morții și comparând-o cu o călătorie sau cu un vis. Copiii între 5 și 9 ani conștientizează moartea, dar

o personifică, asimilând-o ca pe un fenomen evitabil. Copiii peste 9 ani înțeleg că moartea este un proces inevitabil și ireversibil, care duce la dispariția definitivă a persoanei.

Spectrul comportamentului suicidar la copiii/adolescenți

După Mardomingo (9), spectrul comportamentului suicidar la copil/adolescent cuprinde tentativele reușite de suicid, tentativele de suicid și ideea suicidară. Tentativele reușite de suicid sunt reprezentate de acte autolitice voluntare care se soldează cu decesul minorului. Tentativele suicidare sunt reprezentate de dorințe de a-și face rău, însoțite de acte autolitice, în urma cărora nu rezultă însă decesul. Această definiție nu include tentativele născute din dorința de a manipula antrajul. Ideea suicidară poate merge de la idei legate zădărnici până la plănuirea suicidului în sine.

S-a pus în balanță posibilitatea evoluției continue a ideii suicidară spre tentative și amenințări, până la suicid în sine, cu o serie de potențiale caracteristici care diferențiază copiii sau adolescenții care comit suicid față de populația generală. Pe baza celei de-a doua teorii se disting două subgrupuri de copii și adolescenți cu comportament suicidar. Primul, având un prognostic rezervat (deoarece sunt folosite metode letale autolitice și sunt mai expuși la a avea o tentativă suicidară reușită), este caracterizat prin prezența tulburărilor psihiatrice sau a factorilor de mediu, copilul/adolescentul nereacționând în fața unui factor declanșator clar, ci împotriva unei situații percepute ca fiind în mod global adversă. Al doilea grup este reprezentat de copii/adolescenți care nu au antecedente psihiatrice și nici dificultăți familiale reprezentative, dar care acționează impulsiv și fără premeditare, în fața unor evenimente stresante cu scopul de a-și schimba contextul, mediul înconjurător, considerat ca fiindu-i potrivnic (1,2).

În orice situație, orice act suicidar, fie el banal sau demonstrativ, trebuie abordat ca o urgență medicală. Faptul că un copil/adolescent recurge la autovătămare în scopul de a încheia o situație de nesuportat sau de a trage un semn de alarmă cu privire la aceasta indică o mare vulnerabilitate și necesită oferirea unui ajutor adecvat și specializat (1,2,4,12).

Creșterea în ultimii ani a numărului copiilor și adolescenților ce manifestă comportament suicidar este alarmantă. Trebuie subliniat faptul că adoles-

cenții și copiii de astăzi au un mod diferit de a trăi realitatea față de cei de acum câteva decenii. Suicidul este tot mai comun la vârste cât mai mici.

Cercetarea în domeniul comportamentului suicidar, în special la copii și adolescenți, este alterată de o serie de factori metodologici. În primul rând, de cele mai multe ori, adevăratul motiv al suicidului nu poate fi stabilit, deoarece anturajul victimei încearcă să-l mascheze, dată fiind potențialul stigmat social la care expune acest tip de comportament. Mai mult, în cazul copiilor și adolescenților, părinții ajung să se teamă câteodată de faptul că ar putea fi făcuți responsabili pentru acțiunile victimei.

O altă dificultate legată de strângerea informațiilor este cea legată de faptul că populația afectată nu poate fi studiată în mod direct și astfel, în anumite cazuri, nu se poate stabili cu precizie dacă a fost suicid, accident sau acțiune impulsivă, nepremeditată (1,12).

CONCLUZII

În concluzie, este necesar un studiu mai aprofundat al problemei, dată fiind dramatica creștere a frecvenței suicidului la copil și la adolescent, coincizând totodată și cu intensificarea apariției determinantilor acestuia. Astfel, se impune și diferențierea între suicidul legat de un proces morbid neurobiologic de suicidul produs prin dorința nemijlocită de a muri a copilului/adolescentului și o mai bună cunoaștere și evaluare a factorilor de risc ce pot duce la suicid. Pe de altă parte, cercul vicios depresie – antidepresive din clasa inhibitorilor selectivi ai recaptării serotoninei – suicid, rămâne un subiect deschis cercetării, în vederea optimizării protocoalelor terapeutice la copilul și adolescentul cu depresie și, în consecință, expus riscului suicidar.

Intervenția organizată socio-familială de limitare a accesului copiilor/adolescenților la substanțe psihoactive, arme de foc etc., poate scădea numărul tentativelor suicidare.

Principalul obiectiv în domeniu ar trebui să fie acela de a stabili protocoale de diagnostic/depistare precoce a factorilor de risc, care să poată conduce apoi la elaborarea de metode eficiente de prevenție a comportamentului suicidar în general și a suicidului în particular.

Copiii care manifestă conduită autolitică nu trebuie subestimați, în ciuda unui potențial scop manipulativ, aceștia fiind extrem de expuși la a comite suicidul în viitor.