

UNIVERSITAT DE BARCELONA

TESI DOCTORAL

L' INTENT DE SUYCIDI EN EL NEN
I L' ADOLESCENT:
ESTUDI DE LA PERSONALITAT

MA TERESA MIRÓ I COLL

Í NDEX

1.- Agraïments.....	1
2.- Motiu i justificació del treball.....	3
3.- Introducció al tema del suïcidi.....	5
3.1 .- Definició i concepte.....	5
3.2 .- Accidents versus suïcidi.....	8
3.3 .- Intent de suïcidi i suïcidi consumat.....	12
3.4 .- Incidència a la població.....	14
4.- Fonaments.....	20
4.1 .- Pulsió de mort.....	21
4.2 .-El concepte de mort en el nen i en l'adolescent.....	26
4.3 .-El sentit d' autoconservació.....	32
4.4 .-Pensament del suïcida.....	35
4.4.1 .-Funció simbòlica.....	35
4.4.2 .-Tipus de pensament del suïcida.....	38
4.5 .-Aproximació psicopatològica.....	40
4.5.1 .-Acting out.....	40
4.5.2 .-La depressió en el nen i en l'adolescent.....	45
4.5.3 .-Elements del diagnòstic.....	47
4.5.3.1.-Personalitat.....	47
4.5.3.2.-Dinàmica familiar.....	52
4.5.4 .-Significació i finalitat de l'acte suïcida.....	57

4.6	.- Aproximació psicoanalítica.....	60
4.7	.- Valoració del risc.....	65
4.8	.- Estratègies de tractament.....	67
5	.-Material: Descripció del grup d' estudi.....	74
6	.-Mètodes :	75
6.1	.- Dades personals i del suïcidi.....	75
6.2	.- F.E.N.E.T.....	76
6.2.1	.- Fenomenologia.....	77
6.2.2	.- Estructura.....	80
6.2.3	.- Nivell intel.lectual.....	84
6.2.4	.-Etiologia.....	85
6.2.5	.- Tractament.....	87
7	.- Resultats.....	88
7.1	.- Descripció dels casos.....	89
7.2	.- Mecanisme de suïcidi.....	155
7.3	.- F.E.N.E.T.....	165
7.3.1	.- Fenomenologia.....	165
7.3.2	.- Estructura.....	175
7.3.3	.- Nivell d'intel.ligència.....	188
7.3.4	.- Factors etiològics i associats.....	193
7.3.5	.- Tractaments.....	201
7.3.5.1	.- Tractaments instaurats.....	201
7.3.5.2	.- Seguiment del tractament.....	204
7.4	.- Suïcidi únic/múltiple.....	205
7.5	.- Avisos, documents de comiat, factors desencadenants...	207

8.- Discussió.....	209
8.1. Mètode de suïcidi.....	209
8.2. La personalitat.....	213
8.3. El pensament.....	217
8.4. La família.....	219
8.5. Avisos i documents de comiat.....	222
8.6. Tractaments.....	227
9 .-Conclusions.....	231
10.-Bibliografia.....	235

=====

1. - AGRAIMENTS

Una vegada acabada aquesta tesi, desitjaria expressar breument el meu reconeixement a les persones que amb el seu ajut i suport l'han feta possible.

En primer lloc, al Professor Carles Ballús i Pascual, Catedràtic de Psiquiatria de la Universitat de Barcelona, per la confiança que va dipositar en mi i pels seus encertats consells. També pel seu mestratge durant el temps que vaig estar interna al Servei de Medicina Psicosomàtica de l'Hospital Clínic de Barcelona, als inicis de la meva trajectòria professional.

A la Doctora Eulàlia Torras de Beà, pel seu estímul constant, per la seva lectura crítica i pel seu mestratge com a Cap del Servei de Psiquiatria Infantil de l'Hospital de la Creu Roja de Barcelona, i com a Membre Didàctic de la Societat Espanyola de Psicoanàlisi.

He d'agrair a la Doctora Maria Teresa Leal i Arnaldo la seva amabilitat i totes les facilitats que m'ha donat perquè pogués obtenir les dades dels casos estudiats al Servei de Psiquiatria Infantil de l'Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau.

Al meu company, professor de la Facultat de Psicologia de la Universitat de Barcelona, el Doctor Joaquim Poch i Bullich, per la seva lectura crítica de la tesi i pels seus suggeriments.

No puc oblidar l'inapreciable ajut de documentació bibliogràfica i l'interés de la Doctora Blanca Sarró i Martín.

A tots els mestres que he tingut al llarg de la meva carrera professional, i especialment als meus mestres de l'Institut de Psicoanàlisi de Barcelona.

Als meus companys del Servei de Psiquiatria Infantil de l'Hospital de la Creu Roja de Barcelona, per l'ajut que m'han prestat en el recull de casos.

A la Doctora Natàlia Corominas i de Dalmases, pel seu ajut tècnic i per les hores de treball passades conjuntament.

Al Doctor Josep Maria Borràs, que m'ha ajudat en la confecció dels gràfics, donant-los forma, i pels seus consells d'estadística.

A la senyora Glòria Estruch per la correcció del meu català, encara insuficient.

En darrer lloc, però no per això l'últim en el meu pensament, vull fer constar el meu absolut agraïment al meu marit, als meus fills i a la meva mare, que amb llur paciència han sabut resistir les hores robades a llur atenció i també per llur comprensió i estímul.

2. - MOTIU I JUSTIFICACIÓ DEL TREBALL

El meu interès en el tema del suïcidi del nen i de l'adolescent data de la meva participació, a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques, en dues Taules sobre Suïcidi, amb una diferència d'un any aproximadament. Era també un temps en què acudien, cada cop amb major freqüència, a la consulta del Servei de Psicologia i Psiquiatria Infantil i de l'Adolescent de l'Hospital de la Creu Roja on treballa, nens que havien atemptat contra llur vida, els quals em donaven elements per a l'estudi i l'aprofundiment del tema.

Però el meu interès no és únicament i exclusivament científic i investigador, sinó sobretot humà. En veure el gran sofriment que comporten per a tots els membres de la família, les situacions límits a les quals pot dur un fill que ha intentat posar fi a la seva vida, el meu desig seria de fer alguna petita aportació que contribuís a mitigar aquest dolor mental i si fos possible, a la detecció i posterior tractament dels nens i de les famílies que tenen un alt risc.

Aquests dos vessants, el científic i l'humà, per a mi són indissociables i es troben presents no sols en aquest treball, sinó també al llarg de la meva vida professional. D'això n'he de donar gràcies als meus pares i als meus mestres, que van saber despertar en mi, al mateix temps, l'interès pel coneixement i per l'home que viu i que pateix.

Per altra banda, he de dir que la finalitat d'aquest treball no és fer un estudi estadístic, sinó un estudi de les característiques personals, emocionals i familiars dels nens i adolescents que atempten contra llur vida.

HIPÒTESIS

1.- El suïcidi no és una entitat psicopatològica per si mateix, sinó un síntoma amb unes representacions determinades.

2.- No hi ha unes característiques definitòries i típiques de la personalitat del suïcida, que la defineixin per si mateixa, en tot cas, la conjunció d'algunes d'elles.

3.- La detecció de diversos trets coincidents en analitzar la personalitat d'aquests joves, trets com la utilització de la dissociació, la tendència a l'acting out i el pensament màgic, ens duen a pensar en l'existència d'una àrea de la personalitat amb un funcionament psicòtic, encara que la resta de la personalitat es mantingui més integrada.

4.- Hem pogut constatar, ja abans d'iniciar aquest treball, la dificultat de contacte afectiu en els membres de la família, especialment en els pares. Estan lluny d'entendre la conflictiva interna del fill, i llur dificultat per a suportar l'angoixa fa que vagin minimitzant els problemes, fins que molt sovint acaben abandonant el tractament.

3. INTRODUCCIÓ

3.1. DEFINICIÓ I CONCEPTE.

La paraula suïcidi ve de dos termes llatins, *sui*, de si mateix, i *caedere*, matar; és a dir, matar-se a si mateix.

Per a Durkheim (1971), considerat un dels primers autors que varen teoritzar sobre el suïcidi, aquest es defineix com tot cas de mort que resulti directament o indirectament d'un acte positiu o negatiu executat per la pròpia víctima, que sap el resultat que s'ha de produir.

Segons el Stedman's Medical Dictionary (1976), suïcidi és l'acte de treure's la pròpia vida voluntàriament i intencionadament.

Els mots suïcidi i intent de suïcidi són els més usats en aquest camp dins de la Psiquiatria i també dins de la Medicina General i de l'Assistència Primària, i fan referència al desig de buscar la pròpia mort, que s'aconsegueix en el primer cas i no en el segon.

En la clínica psiquiàtrica ens trobem amb moltes conductes que, de manera més o menys inconscient, són autolesives. Moltes de les patologies manifestes del nen i de l'adolescent, com poden ser l'anorèxia nerviosa, la drogaaddicció o la conducta psicopàtica, inclouen algun risc per a llur vida; però encara que aquests tipus de conducta inclouen un menyspreu conscient per la vida i poden arribar a dur a la mort, no poden ser considerats com intents de suïcidi, ja que els manca l'expressió del desig de morir. Aquest desig de morir és un element essencial per a definir la conducta suïcida en el nen i en l'adolescent. Aquesta condició és similar a la de l'adult, amb la

diferenciació que en el cas del nen no cal que aquest compregui la significació real de la mort, sinó que pot tenir la seva pròpia idea, lligada a la seva edat, a les seves fantasies i a la seva idiosincràsia.

Un tipus de suïcidi pràcticament exclusiu de l'edat adulta és aquell que té lloc quan una persona que es troba en una situació terminal, decideix, amb plena lucidesa i en ús de les seves facultats, posar fi a la seva existència. Aquest tema s'allunya del propòsit d'aquest treball.

B. Sarró (1984) considera que els actes suïcides són estadis d'un procés complex i dinàmic en el qual els factors individuals, biològics i psicològics interactuen amb els socials, formant una relació intra i interpersonal en la qual de vegades predominen els factors externs i d'altres els interns. Comenta que el concepte de suïcidi s'ha anat ampliant i que actualment es conceptualitza per les seves causes, per la seva intencionalitat, per les diferències entre intent de suïcidi i suïcidi consumat, i fins i tot, com una part de totes les conductes autodestructives.

D'acord amb Cynthia R. Pfeffer (1986), la conducta suïcida en el nen i en l'adolescent pot ser definida com qualsevol conducta autodestructiva que comporti el pensament conscient de causar-se la mort.

A partir de quina edat podem considerar que pot parlar-se amb propietat de suïcidi? Seguint estrictament l'esperit de la definició anterior, no en podem parlar amb propietat fins que el nen no assoleix la capacitat de pensar en la mort, entesa com quelcom irreversible i com final de la vida. Tal com tractarem més endavant, al capítol sobre el

concepte de mort en el nen, aquest concepte evoluciona amb l'edat i difícilment s'assoleix abans dels deu anys d'edat.

Per altra banda, Rosenthal i Rosenthal (1984), varen demostrar tendències suïcides en nens de dos anys i mig i de tres anys, els quals havien verbalitzat llur intenció de matar-se i havien intentat saltar des de llocs alts, havien ingerit tòxics, i fins i tot havien intentat penjar-se. Aquestes dades suggereixen que la conducta suïcida pot aparèixer a qualsevol edat i en qualsevol nivell de desenvolupament.

3.2. ACCIDENTS VERSUS SUICIDI

Per tal de poder distingir els intents de suïcidi d'altres conductes autodestructives és molt important el diagnòstic diferencial entre intent de suïcidi i accident, encara que molt sovint és realment difícil identificar correctament cadascuna de les dues patologies i diferenciar-la de l'altra. En molts casos, la dificultat rau a poder conèixer directament del nen la intenció d'autolesionar-se, basada en la poca possibilitat que té de verbalitzar els sentiments. D'altra banda, l'ansietat que genera, en els pares o en l'equip mèdic que l'atén, un nen o a un adolescent que ha atemptat contra la seva vida, fa que moltes vegades no es faci una investigació anamnèsica a fons i que l'episodi pugui quedar diagnosticat com a accident, amb el perill consegüent que aquest episodi pugui tornar a repetir-se si no se segueix una línia terapèutica apropiada.

Molts accidents, etiquetats com a tals, contenen en el fons pensaments autodestructius, o fins i tot un clar desig suïcida. S. Freud (1901) assenyalava que molts accidents aparents que es produeixen són exemples d'intents d'autolesió però que prenen forma agafant elements de la realitat i revelen a la vegada que la intenció inconscient té un paper important en un cert nombre d'accidents.

Mc. Intire i Angle (1970), en llur estudi sobre diversos casos d'intoxicacions en edat pediàtrica, conclouen que el fet de l'autoenverinament, per sobre de l'edat dels sis anys, rarament és accidental i que cal atribuir-li un cert grau d'intencionalitat que augmenta a mesura que el nen creix i pren consciència d'allò que és perillós per a ell mateix.

Sobel (1970), en revisar la literatura sobre accidents i enverinaments infantils, remarca com a punt molt important la psicopatologia que coexisteix, i diu que l'enverinament accidental no està només en relació amb el nivell de seguretat domèstica, sinó que també està íntimament relacionat amb la psicopatologia familiar i amb la carència de cura i atenció maternes, les quals ajuden a l'adquisició i desenvolupament del sentit d'autoconservació.

Reece i Grodin (1985), en llur estudi pediàtric sobre lesions que es produeixen en nens, diuen que una criatura que ha sofert, en un any, més de tres accidents que han requerit atenció mèdica, ha de fer pensar que aquests no són purament accidents, i que cal investigar les relacions familiars i l'ambient com a possibles factors causants.

Zuckerman (1985) també considera que moltes tendències autodestructives del nen queden emmascarades sota la denominació d'accident i diu que per sobre dels cinc anys d'edat, un nen pot saber el que és perillós per a la seva vida. Estudia diversos casos d'accidents repetits en un mateix nen i entén que poden ser indicatius d'unes alteracions de la conducta amb tendències autodestructives, que en no estar identificades i diagnosticades, porten perillosament el nen cada vegada més a prop del risc de mort real. Parla també dels casos de nens hiperactius i impulsius que no preveuen les possibles conseqüències de llurs actes, de forma que cada característica temperamental reforça les altres, per acabar produint una lesió.

E. Gascón, al darrer Congreso Español de Pediatría (1988), donava una vegada més l'alerta enfront dels accidents, que constitueixen la primera causa de mortalitat infantil. Segons aquesta autora, cal que es facin constar les causes d'aquests i no només el tipus de lesió que

presenten els accidentats, ja que d'alguna manera sempre queda en l'aire la sensació que l'accident s'hagués pogut evitar. I per tant, queda sense esbrinar la possible intencionalitat suïcida de l'accident.

Algunes lesions accidentals que el nen es produeix poden relacionar-se directament amb l'impuls normal de conèixer coses noves, amb l'interès per investigar i comprovar-ho tot per ell mateix; gran part del progrés i de l'èxit del seu desenvolupament és impulsat per aquest interès. L'interès del nen a imitar conductes d'altres individus és un dels factors que intervenen en l'aprenentatge i un incentiu motivacional.

Molts autors descriuen la tendència a la imitació de conductes com una part important en la producció d'autolesions. La televisió ha estat objecte de diversos estudis; així, Zuckerman i Duby (1985) introdueixen la televisió com un possible factor que induiria a la imitació de conductes agressives i perilloses que els nens veuen a la pantalla i que poden considerar-se potencialment productores d'accidents. En aquest sentit, Daven, O'Connor i Briggs (1976) descriuen la síndrome d'Evel Knievel com a resposta a aquells nens que s'accidentaven i es lesionaven quan intentaven imitar amb llur bicicleta els salts que Evel Knievel feia amb la seva motocicleta i que ells admiraven per televisió.

S'han fet diversos estudis sobre la possible influència i la relació que existeix entre la informació que sobre el suïcidi donen els mitjans de comunicació, i la seva repercussió en la població. Phillips i Carstensen (1986) i Schmidtke i Häfner (1986), en llurs estudis sobre l'impacte que les informacions sobre suïcidis verídics donades per televisió tenen sobre la taxa de suïcidi de la població juvenil, varen

identificar un augment d'aquesta taxa després de les emissions televisives, i conclouen, per tant, que hi ha un augment significatiu dels suïcidis en els adolescents, mentre que aquesta relació d'increment no es va produir en els adults. En canvi, Phillips i Paight (1987) no detecten aquest augment de la taxa de suïcidis en adolescents després de l'emissió de telefilms amb suïcidis ficticis.

En la imitació entren en joc molts factors psicològics. Segons Grinberg (1978), en els nivells més primitius la conducta imitativa reflecteix l'organització del procés primari del nen, o en una organització patològica, pot expressar la manca de diferenciació entre la conducta de l'altre i ell mateix.

3.3. INTENT DE SUICIDI I SUICIDI CONSUMAT

En treballs sobre suïcidi sovint observem que no es diferencia entre l'intent de suïcidi i el suïcidi consumat. Alguns autors fan referència, de forma estadística, als suïcidis consumats; mentre que d'altres, com per exemple Pfeffer (1986), es basen en l'estudi d'aquells que han fet un intent, una vegada aquest ja s'ha produït. En realitat, quan un autor parla de factors terapèutics fa referència al tractament després d'un intent o bé al tractament d'aquells que han manifestat idees suïcides.

és relativament comú sentir, entre els metges que atenen un suïcida, comentaris amb els quals s'intenta restar gravetat i banalitzar el problema, en aquells casos en què el mètode emprat no ha estat gaire agressiu i per tant el suïcida ha sobreviscut. Encara que, evidentment, hi ha una correlació entre l'ús de mètodes més violents i la possibilitat de mort, aquesta correlació no és tan directa quan fa referència a la psicopatologia existent. N. Yamey (1973) estableix una diferenciació entre intent de suïcidi i suïcidi consumat mitjançant l'estudi del mètode. Així, troba que en els intents és clarament més freqüent la utilització d'armes tallants i verins, i en els suïcidis consumats predominen el penjament o la irrupció a la via del tren.

Fernández Moujan (1969) divideix els suïcidis en benignes i malignes. Els primers es caracteritzarien per la utilització de l'agressió de forma "femenina", amb discriminació de l'objecte i certa capacitat de simbolització. En canvi, els segons o malignes es caracteritzarien pel maneig de l'agressió de forma indiscriminada, amb predomini de la confusió i de la manca de simbolització. En aquests

casos l'autor pensa que l'acte suïcida és sintònic amb el Jo del subjecte i que l'estructura de la personalitat és predominantment psicòtica.

El suïcidi consumat és definit pel resultat i és anomenat autèntic, fatal, ortodox. La proporció d'intents en relació amb els suïcidis consumats se situa aproximadament entre 10 i 100 vegades més. (Costa Molinari, 1977).

Quan el suïcidi no es presenta de forma aguda, sinó que es manifesta a través de formes de conducta clarament autodestructives i encobertes, no podria considerar-se com a suïcidi pròpiament dit, segons la definició clàssica, però per a Menninger (1966) és de fet un tipus de suïcidi que ell anomena "suïcidi pam a pam", que també podria anomenar-se suïcidi crònic. Ho serien les conductes que posen al qui les practica en perill d'accident, i també el consum de drogues o d'alcohol.

3.4. INCIDÈNCIA EN LA POBLACIÓ

Hom pot considerar la taxa de suïcidis d'una població com l'índex de salut psíquica d'un poble i el reflex de la morbiditat psíquica d'una comunitat.

Els últims estudis estadístics de l' O.M.S. (1987) mostren, a Europa, una taxa anual de suïcidis per 100.000 habitants que oscil·la entre un mínim de 3,2 a Grècia i un màxim de 35.2 a Hongria.

La mateixa O.M.S. (1976), en el seu estudi epidemiològic sobre el suïcidi, atribueix a Espanya una taxa de suïcidis de l'ordre del 6,7 per 100.000 habitants i any en el cas dels homes, i de l'ordre del 2,3 per 100.000 habitants i any, en el cas de les dones. Aquesta taxa és sensiblement inferior a la d'altres països europeus, però aquesta menor incidència no pot ser contemplada només com una característica del nostre país, sinó també com un reflex del nostre encara insuficient sistema estadístic.

Les últimes dades publicades per l'Institut Nacional de Estadística (1988) corresponen a la mortalitat de la població espanyola durant l' any 1983 i indiquen una taxa de suïcidi del 5,71 per 100.000 habitants per a totes les edats. La distribució per sexes és del 8,5 per 100.000 en els homes i del 3,03 per 100.000 en les dones.

Diversos autors han intentat esbrinar la incidència real del problema a Barcelona. Per Martí (1983) la tasa anual a la nostra ciutat era del 10,15 per 100.000 habitants. En un estudi posterior, Martí (1988) dona una mitja de 10,1 suïcidis consumats per 100.000 habitants durant els anys 1983 a 1987. Ambdues xifres bastant superiors a les que ofereix l' Institut Nacional de Estadística (1988).

La taxa de suïcidis no es manté uniforme al llarg de les edats de la vida, així el suïcidí, com a tal, és molt rar en la infància i la seva incidència no està prou determinada.

Els primers estudis científics sobre el suïcidí infantil daten del 1881, amb el report de Morselli (1881) que va exposar el tema del suïcidí infantil a Àustria, Alemanya, Anglaterra, França, Dinamarca, Itàlia i Suècia. Més tard Durand-Fardel (1885) va publicar 21 històries de nens de menys de 14 anys d'edat que s'havien suïcidat. Altres autors varen seguir amb atenció aquest tema, i les conclusions a les que v'eren arribar eren que la incidència de suïcidí augmentava amb l'edat, i que el suïcidis no frustrats eren més freqüents en les ciutats que en el medi rural.

Un fet a destacar és el que a l'abril de 1910 la Societat Psicoanalítica de Viena va organitzar una discussió sobre el tema: "El suïcidí en els nens", els resultats de la qual varen ser publicats en un fullet. Freud (1910) inicià la discussió, i el professor Oppenheim (1910) llegí un treball en el qual destacava que el suïcidí en el nen representava un alt grau de patologia. Freud, en la seva introducció i comentaris finals, assenyalà que la institució escolar estava cometent l'error d'exposar els nens de manera massa brusca a unes exigències més pròpies de la vida adulta. Afegí que l'escola era sovint poc tolerant en quant al dret dels individus inmadurs a fer detencions o lentificacions en el seu desenvolupament. Va concloure assenyalant que l'estudi quedava incomplet i que només es podria progressar en aquest tema quan s'hagués pogut aprofundir en la malencònia, la qual cosa ell mateix va fer uns anys més tard (1917) a "Duelo y Melancolia".

Zilboorg (1936, 1937), un altre psicoanalista, va proposar la idea segons la qual que aquells que inconscientment s'identifiquen amb una persona morta tenen un risc més alt de suïcidi. Aquests individus es veuen impulsats a unir-se amb la persona morta a través de l'acte suïcida.

Per molts autors, entre ells Krynsky (1985), el suïcidi en nens menors de 10 anys és francament molt rar. I encara que als Estats Units hi ha hagut un increment espectacular, passant, segons Pfeffer (1981), del 0.4 al 1.2 en nens de sis a dotze anys, hom pensa que el suïcidi consumat a Espanya, en nens menors de quinze anys, continua essent un fet excepcional.

Pel que fa referència a l'etapa de l'adolescència la incidència del suïcidi a aquesta edat no està ben determinada, però hom accepta que no arriba a superar el 7 o 8 per 100.000 habitants i any.

A pesar que la incidència del suïcidi entre els adolescents, considerats des dels 14 als 24 anys, és molt inferior a la detectada en altres edats de la vida, el suïcidi constitueix una de les primeres causes de mort en aquesta edat en molts països desenvolupats. Tant és així que per a Schneider (1982) la prevenció d'un petit nombre de suïcidis entre els adolescents pot exercir una marcada acció en referència a la mortalitat global en aquesta edat. En canvi, la disminució d'alguns casos entre les persones d'edat avançada pràcticament no incideix en la mortalitat global d'aquest període de vida.

Per a molts autors la taxa de suïcidis en l'adolescència ha augmentat en els darrers anys. Per Maris (1985) la taxa de suïcidis entre els adolescents dels Estats Units ha augmentat en un 237% entre

1960 i 1980 i no sembla que aquesta tendència hagi de canviar. També a Europa, Diekstra (1985), la major part dels països de la Comunitat Econòmica Europea reporten augments de les conductes suïcides entre els adolescents de llurs països.

En general, el suïcidi és més freqüent en homes que en dones, però la relació oscil·la segons l'edat entre un 10:1 en l'anomenada tercera edat, fins a un 3:1 en la població més jove. L'intent de suïcidi, però, és més freqüent en joves que en vells i més freqüent en noies que en nois en una proporció de 3:1.

Fins aquí totes aquestes xifres només reflecteixen una part del problema, el suïcidi consumat; queda pendent l'avaluació de les persones de risc, de les persones que fan una temptativa de suïcidi. D'aquestes les estadístiques ens en diuen ben poca cosa i la majoria de les dades no són un reflex de la situació real, ja que, com hem vist, moltes de les temptatives no arriben mai a comptabilitzar-se com a tals.

R. Garcia (1984) considera que entre un 4 i un 5% de la població general realitza un acte suïcida almenys una vegada a la vida.

F. Davidson i A. Philippe (1986), a França, varen intentar estimar la morbiditat de la temptativa de suïcidi a través de les temptatives que requeriren hospitalització. Entre els anys 1973 i 1980 varen constatar un augment que sembla que pot ser atribuït sobretot a les recidives, que arriben a representar un 43% de les temptatives amb molt poca diferència segons edat i sexe.

Segons Costa (1977), hom pot estimar que a Barcelona hi ha uns 100 intents de suïcidi per cada suïcidi consumat. En un recent estudi de S. Nogué (1988), la temptativa de suïcidi representava el 0.4% del

corporal sol quedar preservada en els casos d'autointoxicació de les noies.

Per Cheifetz (1987) els mecanismes més emprats pels adolescents masculins són el penjament, la ferida per arma de foc i la precipitació, mentre que la intoxicació per fàrmacs ocupa el primer lloc en les noies seguida també, per la ferida per arma de foc i la precipitació.

No sembla ser que existeixi un ritme estacional molt significatiu pel que fa al suïcidi, ja que per a molts autors no hi ha una variació estacional prou evident. De totes maneres, per a Alonso Fernández (1979) a Europa hi ha un augment de la incidència durant la primavera, mentre que per a Martí (1983) a més d'aquest augment de la primavera, també hi ha un increment a la tardor. En un estudi posterior, Martí (1988) observa que en les dones hi ha un increment en els mesos de maig a juliol, mentre que pels homes hi ha una gran uniformitat al llarg de tot l'any.

4. FONAMENTS

En aquest apartat hem recollit els conceptes que creiem bàsics per a la comprensió del tema. Una primera part consisteix doncs, en una breu revisió de temes com el concepte psicoanalític de **pulsió de mort**; a continuació el tema següent és una ràpida mirada cap a l'**evolució del concepte de mort en el nen al llarg del seu creixement, fins a l'adolescència.**

Ens trobem també que en el nen i adolescent suïcides hi ha una clara alteració del sentit d'**autoconservació** i d'**autocura**, que s'adquireixen gràcies a l'assimilació de la cura que ha rebut dels pares. És per això que s'hi dedica una apartat.

Un dels grans interrogants de la psicopatologia, i, per suposat de la suïcidologia és identificar quin tipus de pensament predomina en el suïcida. La **capacitat per a simbolitzar** n'és una part important.

La resta d'apartats estan destinats a la comprensió de la **psicopatologia del suïcida** tant des d'un punt de vista general, com des de l'òptica psicoanalítica. Els **factors de risc** deriven de les conclusions obtingudes en l'estudi de la psicopatologia. Finalment, L'últim apartat dels fonaments, esta dedicat a recollir algunes **estratègies terapèutiques** a utilitzar en els casos de nens i adolescents que han realitzat un intent de suïcidi.

4.1. PULSIÓ DE MORT

Segons el Diccionari de Psicoanàlisi de Laplanche (1979), "pulsió" és un procés dinàmic que consisteix en un impuls que fa que l'organisme tendeixi cap a un fi.

Segons S. Freud en "Tres ensayos para una teoría sexual" (1905), una pulsio té el seu origen en una excitació corporal (estat de tensió) i la seva finalitat és suprimir l'estat de tensió que regna en la font pulsional; gràcies a l'objecte, la pulsio pot arribar a assolir aquest fi.

Alfred Adler va introduir el concepte de pulsio agressiva l'any 1908. En Freud no apareix la pulsio d'agressió fins l'any 1920; abans d'aquesta data el terme és absent de la seva obra, excepte en el moment en què Adler va emetre la seva hipòtesi i la va criticar (Laplanche, 1973).

Per tant, la pulsio de mort és un concepte metapsicològic tardà dins de l'obra freudiana. Quan Freud (1920) torna a utilitzar més tard el terme d'agressions ho fa dins la teoria dualista de pulsio de vida/pulsio de mort, dins un enfocament bastant especulatiu. Introdueix la possibilitat d'enfocar la vida a la llum de la mort: "si vols suportar la vida prepara't per a la mort".

Freud a "Más allá del principio del placer" (1920) introdueix els conceptes d'Eros, pulsio de mort, compulsio de repetició i sobretot, l'element més innovador és la introducció d'allò que es diu "negatiu", de la destructivitat, de l'odi (Thanatos). Tot ésser viu tendeix a la mort, per raó d'una força interna bàsica, per arribar al Nirvana, que seria l'abolició de tota pulsio.

En sentit oposat, formula el concepte d'instint de vida o Eros. Eros seria la tendència a ajuntar, en el pla biològic i psicològic, a l'inrevés de Thanatos. Comparant-lo amb el principi d'entropia energètica, Eros augmenta el nivell energètic mentre que Thanatos tendeix a disminuir-lo. Eros, com Thanatos, és una força interna inherent a l'individu, lloc d'inici d'una dialèctica entre ambdues forces, dialèctica, per altra banda, universal i conflicte permanent en l'ésser humà.

El fet del naixement ens porta a experimentar necessitats. En aquesta situació, M. Klein a "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides" (1946) pensa que l'ésser humà es troba enfrontat a la força de les pulsions de vida i de mort, davant de les quals organitza una sèrie de mecanismes de defensa. M. Klein creu que el gir de l'instint de mort cap a l'objecte, que Freud descriu, és sobretot una projecció de l'instint de mort intern que esdevé agressivitat que es dirigeix cap a l'objecte, sentit com a dolent, degut a la mateixa projecció. És a dir que per efectes de la projecció d'aspectes agressius i destructius en l'objecte extern, aquest és percebut amb les mateixes característiques que se li han projectat, és a dir, amenaçador. A la vegada, aquesta mateixa projecció estimula l'agressivitat.

La comprensió de la pulsio de mort és fonamental per a la comprensió de la psicopatologia en la teoria kleiniana, i també dels conceptes de transferència negativa i reacció terapèutica negativa. Dins d'aquesta teoria, la màxima de Freud de "si vols suportar la vida prepara't per a la mort" seria fonamental, ja que la pulsio de mort ocupa un lloc preeminent tant en la teoria com en la revisió dels conflictes dins del tractament. Aquesta autora parteix de la teoria

freudiana de l'existència des del naixement de dues forces oposades en el psiquisme humà (Eros i Thanatos), per descriure la dialèctica interna que s'estableix en l'individu sotmés a elles, i els tipus d'ansietat que poden aparèixer segons el moment evolutiu en el que es trobi.

En una evolució sana, els aspectes de lluita per la vida i de recerca de l'objecte predominen sobre els aspectes destructius que tendeixen a anul·lar la necessitat i a anul·lar l'objecte com a provocador de la necessitat. En aquesta situació sana l'agressivitat estaria al servei de la vida.

Segons Eskelinen i Folch (1984) en desenvolupaments personals ben reeixits la pulsio de mort pot ser continguda pels aspectes de vida, i així facilitar funcions importants com l'afirmació de si mateix i l'agressió en defensa pròpia. Seguint aquests autors, hi haurien altres criteris més negatius sobre la funció de la pulsio de mort que serien els que la veurien residint en la destrucció de tota font de vida interna i externa.

La mort ha estat, és i serà un motiu bàsic de reflexió de l'ésser humà. La seva presència és una constant i brolla de les experiències de la vida, ja que precisament aquesta es caracteritza per la seva precarietat i inestabilitat.

La por de la mort és l'ansietat bàsica de l'ésser humà. Els homes temen la mort com el nen tem caminar per la foscor, diu F. Bacon (1932). La forma com la mort és viscuda i interpretada pot tenir diferents vessants i depèn de les ansietats i fantasies que es desperten. Per a uns és un tràmit cap a una situació millor, per a d'altres un retorn a la mare terra, (un retorn a la situació

intrauterina) i finalment per a uns altres és una desintegració definitiva.

Com que l'experiència de la mort ens és desconeguda, ja que és un fet terminal i no enregistrable, la imaginació humana organitza diferents interpretacions segons les vivències experimentades, que relaciona i equipara a la mort degut a unes característiques comunes que els atribueix. Des de l'inici de la vida, les situacions frustrants, les necessitats no satisfetes, l'abandonament, etc. són experiències viscudes de forma terrible i assimilades, més endavant, a la mort.

Diu H. Segal (1986) que un gran dolor és sempre present quan l'instint de mort apareix, i que aquest dolor és sentit pel jo libidinal, que desitja viure i es troba ferit per l'amenaça de mort.

La vida, des del seu inici, ens obliga a viure l'experiència de sentir les necessitats, enfront de les quals hom pot reaccionar cercant-ne la satisfacció i l'objecte que les pot satisfer (cercar la vida), o bé anul·lant-ho tot, anul·lant-se per no sentir (cercar la mort). La primera seria una actitud pròpia de la recerca de la vida, de l'amor i del creixement en tots els sentits. La segona porta imperiosament a tallar els lligams amb les percepcions i l'objecte per tal d'anihilar així la font d'ansietat; es tracta, doncs, d'atacar els vincles que uneixen a la vida (Bion, 1970).

Tot això porta a reflexionar sobre l'existència, en el psiquisme humà, d'unes tendències d'ordre oposat que lluiten per trobar la seva finalitat, tal com Freud (1920) i la psicoanàlisi varen posar en evidència. En el psiquisme humà, doncs, interactuen aquestes dues forces, Eros i Thanatos, del balanç de les quals i de la maduració

assolida, dependrà en gran part l'equilibri mental i el pas a l'acte o no de les tendències agressives i destructives de l'individu.

4.2. EL CONCEPTE DE MORT EN EL NEN I EN L'ADOLESCENT

Cap esdeveniment, d'entre els molts de la vida humana, no és insignificant per al nen. Però d'entre tots, l'inici i el final de la vida, molt especialment, són els que més interès i preguntes provoquen.

Uns anys enrera, al segle passat i fins i tot a principis d'aquest, el coneixement de la vida i de l'existència de la mort era "de rigueur". Es pot dir que cap nen no creixia sense haver viscut, com a mínim, la mort a casa d'algun avi o el naixement, emmalaltiment o mort d'un germà. Al mateix temps, la informació sobre el sexe s'ocultava. Avui dia, la situació és força diferent, de tal manera que hom pot dir, com Maurer (1966), que la mort ha esdevingut la nova pornografia de la qual s'evita de parlar als nens i als adolescents, i gairebé entre els adults. Als nens, suposadament innocents i feliços, no se'ls pot treure del seu món i parlar-los d'aquests temes de dolor, malaltia i mort. Però per altra banda, per al nen, no és cap cosa estranya ni poc freqüent el pensar i desitjar la mort d'una persona, la presència de la qual signifiqui o suposi una restricció de les seves llibertats, o bé que l'hagi tractat sense afecte. Per a l'adult, imaginar que un nen pugui tenir sentiments d'aquest tipus és angoixant i desperta nombroses resistències, inclosa la de recordar la seva pròpia infantesa.

Avui en dia, la gent mor habitualment a l'hospital, i els avis no viuen a casa, sinó a les anomenades residències. Si algú mor a casa, cosa poc freqüent, el cadàver és traslladat immediatament fora del domicili familiar, a llocs despersonalitzats i asèptics com els servei funeraris. Hi ha tota una sèrie de mecanismes i recursos preparats per

facilitar el contacte mínim amb la mort i, en canvi, afavorir una imatge de la vida brillant, sense malalties, i exaltar l'energia i la vitalitat.

L'evolució del concepte de mort corre paral·lela a l'evolució emocional i intel·lectual de l'infant. Es pot dir que, per al nen, la demanda de conèixer coses sobre la mort és tan universal com la demanda d'informació sobre els orígens de la vida i és basa en l'existència del que Freud a "Tres assaigs sobre una teoria sexual" (1910) va descriure com "instint epistemofílic" i que l'empra per representar l'impuls natural del nen a conèixer allò desconegut.

M. Klein, l'any 1932, creu que l'instint epistemofílic té els seus inicis ja abans que aparegui el llenguatge, en el moment en el qual situa l'aparició del complex d'Edip.

El nen, en principi, per vida i mort identifica amor i odi, bondat i maldat. Fins que no apareix el pensament i amb ell la funció simbòlica, no pot tenir un concepte de mort, però el que sí que té són sensacions, sentiments, als quals no pot donar nom, però que més tard identificarà amb mort, insatisfacció, frustració, por de ser abandonat, por que el deixin caure interminablement, etc.

Piaget (1969) descriu quatre fases en l'animisme, que són:

- primera: el nen atribueix vida a tot allò que es mou i funciona. Arriba fins als sis o set anys d'edat.

- segona: per al nen és viu tot allò que es mou. Arriba fins als nou anys.

- tercera: el nen distingeix entre moviment espontani i moviment impulsat; per a ell, té vida tot allò que es mou per voluntat pròpia. Aquesta fase arriba fins als onze o dotze anys.

- quarta: el nen distingeix clarament entre éssers animats i éssers inanimats. Limita la definició de vida a animals i plantes. Aquesta última fase és a partir dels dotze anys.

Al voltant dels dos anys i mig d'edat, el nen pot comptar amb la paraula "morir" en el seu vocabulari, i per a ell és viu tot allò que es mou i funciona (primera fase de Piaget).

El nen menor de cinc anys sent la mort, d'una forma terrible, com una separació dels seus. No és conscient de la irreversibilitat de la mort, l'explica com un fet temporal, com "dormir". El nen encara no pot pensar en coses que no ha experimentat directament, el seu pensament màgic confon la fantasia i la realitat, de tal manera que sentiments, desigs, fets i esdeveniments es confonen.

Nagy (1948), en un estudi ja clàssic, diu que a partir dels cinc anys i fins als nou anys, la meitat dels nens personifiquen la mort com un ésser amb existència pròpia, o bé l'associen sempre a una persona morta. En aquesta edat, molts nens pensen en la mort com en un càstig per coses mal fetes, i això ens parla de la persistència del pensament màgic.

A la idea de la mort com a final permanent de la vida i com a fenomen universal, s'hi arriba en la fase operacional concreta. No obstant això, les diferents evolucions o alteracions del pensament abstracte i simbòlic introdueixen grans variacions en aquest procés. Finalment, en el concepte de mort també hi influeixen el nivell socio-cultural de la família i les experiències viscudes pel nen.

No es pot oblidar que la religió influeix molt en la creació d'aquest concepte. Mc. Intire i Angle (1972), en un grup de nens entrevistats i que pertanyien a escoles religioses, varen trobar que el

nombre de respostes que afirmaven una continuïtat espiritual després de la mort era més elevat que en els nens entrevistats que assistien a escoles no religioses..

L'adolescent, en una situació normal, comparteix amb l'adult el concepte de mort com un fenomen universal i inevitable, a través del qual s'acaba la vida. La seva capacitat per al pensament abstracte li permet pensar en la seva pròpia mort, la qual cosa li provoca una intensa ansietat. Contra aquesta ansietat pot utilitzar diversos mecanismes de defensa com la racionalització o la negació. A aquesta edat el pensament màgic ja ha d'haver perdut la seva vigència; no obstant això, és relativament freqüent trobar-lo en els adolescents i adults suïcides.

Sovint l'acceptació de la mort com a situació irreversible, juntament amb altres aspectes de la vida com pèrdues i separacions, porten l'adolescent o bé cap a la poesia, o bé cap a la rebel·lia desesperada i a la necessitat de viure les experiències el més intensament possible. Aquesta necessitat d'experimentació intensa el pot posar en situacions de perill real. En canvi, l'adolescent amb una evolució emocional suficientment bona pot arribar a canviar la seva por de la mort i el seu desig d'immortalitat per una gran necessitat de conèixer, d'aprendre i d'aconseguir realitzar-se.

Diu Maurer (1966) que la maduresa de l'actitud del jove envers la mort està correlacionada amb l'èxit escolar i acadèmic. Per a ell, l'adolescent, segons els passos seguits en la seva maduració, manifesta diverses actituds envers la mort. En el seu estudi de les redaccions escrites per 50 estudiants d'institut (High School), a la seva pregunta

de què era o què significava per a ells el concepte de mort, va identificar les diferents actituds:

- consciència o coneixement conscient.- Va constatar que els que més por tenien de la mort eren els que tenien més males notes.

- negació o rebuig.- Pot revestir diferents formes, com dir-se que hom mai no morirà, o bé donar a la mort atributs de la vida, o fins i tot refusar de pensar-hi.

- projecció.- La mort d'algú altre augmenta la sensació pròpia de viure, perquè el perill de mort ja està localitzat en aquest altre i sembla que d'aquesta manera s'allunya momentàniament la mort.

- curiositat per allò desconegut.- Curiositat pel que passarà després, formulació de moltes preguntes. Són els temors més inconscients els que tenen una influència important en la creació dels mites sobre la mort i en la creença en ells.

El que van fer Galileu Galilei en afirmar que és la terra la que gira al voltant del sol i no aquest al voltant de la terra, negant així les creences de l'època sobre l'home com a centre de l'Univers; i Charles Darwin, uns anys més tard, en formular la seva teoria sobre l'origen de les espècies, qüestionant l'origen diví de l'home, va ser de fet un crim, ja que varen trastocar els mites i les creences del moment sobre la vida i la mort.

- personificació.- Identifiquen la mort amb una persona.

- propiciació.- Pensen en la possibilitat de la mort dels pares.

- substitució.- Cada dia neix una vida nova al mateix temps que mor la vella.

- despreci amb burla.- Utilitzen la broma o fins i tot la burla com una forma de no sentir la por.

- acceptació de la inevitabilitat.- Més de la meitat dels nens estudiats expressaven, d'una manera o altra, l'acceptació de la mort com a fet inevitable. Alguns d'ells apreciaven aquesta acceptació com un pas endavant en lur maduració .

-transformació en idealisme.- Els que tenien millors resultats acadèmics miraven cap al futur, tenien projectes en lloc de lamentar-se de la fatalitat. Procuraven que la seva vida no fos malgastada sinó que fos útil per a millorar el món.

Per Williams (1982), pel que fa als sentiments respecte a la mort i l'agressivitat, l'adolescent ha de lluitar al menys en dos fronts: el que ja existeix en el *self* del jove, i la entrada de diverses fonts d'estímul externs que poden interactuar amb el que ja hi és en el *self*, positiva o negativament.

4 3. EL SENTIT D'AUTOCONSERVACIÓ

Freud (1894), en la seva primera formulació de la teoria dels instints, va considerar que els dos fonamentals eren el sexual, lligat a la reproducció, i el d'autoconservació, lligat als instints del jo. Posteriorment (1920) els reformula en una nova i definitiva versió, classificant-los en instints de vida - Eros - (entre els quals es trobava l'instint d'autoconservació i els sexuals), i instints de mort - Thanatos -.

Em referiré al sentit d'autoconservació com un aspecte no estàtic, evolutiu, que es va formant a mesura que el nen madura, i que consisteix en l'establiment d'un sistema que preservi la integritat de l'individu enfront de les agressions externes i també enfront de les agressions internes que provenen d'ell mateix.

Per a molts autors psicoanalítics, el fet que el nen desenvolupi aquesta capacitat de preservar el seu propi cos depèn, d'una manera molt fonamental, de la relació afectiva que ha mantingut amb les persones que han tingut cura d'ell des del principi de la seva vida.

Winnicott (1944) dóna gran importància al paper de la mare en el desenvolupament de la capacitat de tenir cura de si mateix. Utilitza el concepte de preocupació maternal primària per descriure la forma com la mare té cura del nadó i atén a totes les seves necessitats en un estat específic d'hipersensibilitat. En un principi fill i mare formen una unitat. On hi ha un lactant hi ha atencions maternes i si no hi ha atencions maternes no hi ha lactant. Gràcies a aquesta atenció intensiva i intensa, i a la interacció recíproca entre la mare i el nen, aquest es

desenvolupa físicament i emocionalment i va adquirint un estat d'autoconfiança.

Anna Freud (1963) observa que la manera com el nen assumeix la responsabilitat de tenir cura del seu propi cos i de protegir-lo enfront de qualsevol dany, és molt lenta i gradual. Descriu que per promoure el sentit d'autoconservació cal la maduració de les funcions del jo, que a la vegada maduren gràcies al contacte amb la mare durant els primers anys de vida. Entre aquestes funcions del jo s'inclouen entre d'altres, una orientació creixent cap al món exterior, una comprensió causa-efecte, i la capacitat de controlar els desigs perillosos.

Per a Khantzian i Mack (1983), la funció protectora dels pares és interioritzada i integrada en el desenvolupament d'estructures adequades i funcions del jo que assegurin l'autopreservació del nen. Proposen que cal desenvolupar una sèrie de funcions per a una adequada autopreservació. Aquestes funcions són:

- una suficient i positiva autoestima que faci sentir la necessitat de protegir-se.

- una capacitat d'anticipar-se a situacions de risc.

- habilitat per a controlar els impulsos.

- plaer en superar les situacions de risc.

- coneixement del món exterior i coneixement suficient d'un mateix per a poder sobreviure.

- capacitat d'autoafirmació per protegir-se a si mateix.

- habilitat en escollir els altres, que ajudaran a l'autoprotecció i que no posaran en perill la pròpia existència.

Segons aquests autors, a la base de les tendències suïcides en els nens, hi hauria una fallada d'aquestes funcions.

M. Klein (1952) dóna fonamental importància a les primeres relacions afectives que estableix el fill amb els pares. D'acord amb la dualitat pulsional - Eros i Thanatos- el nen reflecteix en aquestes relacions els seus impulsos, tant d'amor com d'agressivitat, i els va modulant progressivament gràcies a la capacitat de la mare de metabolitzar els sentiments que el fill li transmet i de retornar-li una resposta més digerible. D'aquesta manera el nen va construint el seu jo, i la confiança de que ell és important per als seus pares, que tenen cura d'ell. Així es va construint la seva capacitat d'autovalorar-se i de tenir cura de si mateix. En canvi, si aquesta capacitat de metabolització de la mare, capacitat que Bion (1970) anomena de "revêrie" i Winnicott (1970) de "holding" no és suficient, el nen construirà de manera defectuosa la seva identitat i la capacitat d'autoconservar-se, de manera que predominaran les forces de Thanatos dirigides cap a ell mateix.

4.4. PENSAMENT DEL SUICIDA

4.4.1. EVOLUCIÓ EMOCIONAL I COGNITIVA. FORMACIÓ DE LA FUNCIO SIMBOLICA.

El mot símbol prové del grec i significa reunir, reconciliar i ajuntar.

Definirem com a símbol aquella imatge o cosa sensible que hom pren com a signe figuratiu d'una altra, mitjançant una analogia que l'enteniment percep entre elles, o bé mitjançant una convenció que hom estableix. Anomenem funció simbòlica aquella capacitat de representar un objecte ("representat") amb un altre ("representant").

Dos moments fonamentals en l'estructuració mental humana són l'aparició de l'objecte libidinal en l'estructuració de la personalitat i l'aparició de l'objecte permanent en l'estructuració de la funció cognitiva.

Piaget (1938, 1959) va estudiar els mecanismes a través dels quals es construeixen les representacions mentals dels objectes. El nen pot arribar a representar-se mentalment un objecte determinat, sense necessitat que aquest sigui present, gràcies a l'existència anterior de repetides experiències amb aquest objecte. D'aquesta manera, el nen és capaç de pensar que objecte absent no equival a objecte inexistent. Més tard, aprèn a generalitzar i a no lligar unívocament una experiència determinada amb un sol objecte concret.

Les observacions de Piaget (1937) en el terreny cognitiu, respecte a la conducta que el nen té amb l'objecte desaparegut, són decisives. La recerca activa de l'objecte desaparegut ens indica

l'existència de la imatge mental, però no ens informa sobre l'origen de la seva formació.

Si bé per a Piaget la imatge és un producte de la imitació interioritzada, hom pot preguntar-se si aquesta imitació no inclou quelcom més, i si aquesta cosa més, pot tenir la seva font en les relacions afectives. Com que l'aprehensió, el coneixement dels objectes es fa mitjançant l'afectivitat, no podríem pensar en que la relació privilegiada que el nen té amb la mare contribueix de manera fonamental en l'adquisició de les primeres distincions entre *significats* i *significants*? Podríem considerar que una mostra d'aquestes primeres diferenciacions és la recerca activa de la mare quan aquesta desapareix. Aquesta distinció es basa en una experiència viscuda i consegüentment en l'afectivitat.

En la teoria desenvolupada per M. Klein (1930), el nadó, a l'inici de la seva vida, viu unes experiències emocionals molt primitives, en les quals no té noció de límits entre ell i la mare. Com que encara no hi ha hagut una maduració funcional i neurològica, el nen sent les experiències de forma barrejada i confusa. Gràcies al contacte continuat amb la mare i a la capacitat repetida que aquesta té de satisfer les seves necessitats, "d'interpretar" les conductes del seu fill, de "metabolitzar" la seva ansietat, el nen, de mica en mica, va adquirint progressivament la capacitat de diferenciar-se a si mateix dels objectes que l'envolten.

En aquesta situació primerenca, el nen interpreta el món classificant les experiències en bones i dolentes de manera dissociada. Com que no té nocions de límits, atribueix a l'exterior, principalment a la mare, sensacions i impulsos que li són propis. Aquesta confusió i identificació amb l'objecte extern conforma el que M. Klein anomena equació simbòlica, que es tradueix en un pensament concret. L'ansietat juga un

paper molt important ja que estimula el pas d'un objecte representant a un altre, i d'una equació simbòlica a d'altres, fins arribar finalment al símbol. Una ansietat excessiva en el nen, que superi les seves possibilitats de tolerància, pot arribar fins i tot a paraitzar aquest procés i portar a una inhibició del pensament. La capacitat per al pensament simbòlic es forma amb la progressiva estructuració del jo, quan el nen pot reconèixer totalment la mare i acceptar la seva absència representant-la en la ment.

Tot aquest procés representa els inicis i la formació del pensament simbòlic, pensament que seguirà evolucionant a mesura que el nen es vagi fent gran. Aquesta evolució no s'acaba mai ja que sempre és possible aconseguir millors capacitats de representació i de pensament simbòlic.

M. Klein (1930, 1946) i H. Segal (1957, 1978) diuen que quan el pensament concret, aquell basat en l'equació simbòlica, persisteix més enllà d'aquestes primeres etapes evolutives, conforma l'arrel del pensament psicòtic, el qual pot manifestar-se en graus molt diferents, des de la pèrdua momentània de contacte amb la realitat i les dificultats en l'aprenentatge, fins al pensament totalment desorganitzat del psicòtic.

4.4.2. TIPUS DE PENSAMENT DEL SUÏCIDA

En l'estudi del tipus de pensament del suïcida, és bàsic considerar la seva capacitat per al pensament simbòlic.

Ladame (1981, 1982) creu que el moment de l'intent de suïcidi és sempre un moment psicòtic, en la mesura en que apareixen mecanismes molt primitius de funcionament mental, com pot ser l'escissió sobretot.

Tant Ladame (1981, 1982) com posteriorment Laufer (1986) consideren com un moment psicòtic el moment de l'acte suïcida o de l'intent de suïcidi. Diuen que en aquest instant hi ha un predomini del pensament concret al mateix temps que una incapacitat per a l'abstracció i per a la recerca de possibles sortides a la situació crítica en la qual l'individu es troba, i que resoldre-la està més enllà de les seves possibilitats.

Laufer (1986) a més de considerar el suïcidi de l'adolescent com un episodi psicòtic, el diferencia del funcionament psicòtic i de la psicosi per la seva característica de ser temporal i localitzat. L'episodi psicòtic seria un trencament temporal amb la realitat en el qual l'individu nega o repudia només una part d'aquesta realitat, utilitzant en aquella àrea determinada un pensament màgic, asimbòlic, animista.

M. Gispert (1985) atribueix una gran importància al grau de depressió i de ràbia expressades obertament, i a més troba que aproximadament el 50% dels adolescents suïcides tenien un baix rendiment escolar amb franques dificultats d'aprenentatge.

Orbach (1987) creu que el suïcidi és la sortida que els futurs suïcides troben o veuen, quan resoldre la situació crítica en la qual es troben no és a l'abast de llurs possibilitats.

Per a Wilber (1987) els adolescents suïcides són de fet individus intel·ligents i que la situació de pèrdua total d'esperança correspon a un estat mental en el qual hi ha una "percepció astigmàtica de la realitat", de tal manera que pensen en el suïcidi com a conclusió lògica a la situació en què es troben.

Per a Perrah (1987) en el moment de la crisi suïcida existeix una rigidesa cognitiva, encara que aquesta rigidesa no és una característica específica de la personalitat del suïcida.

En la seva investigació amb 40 noies adolescents, Wade (1987) considera que l'intent suïcida és un fenomen *borderline* que té les seves arrels en la fase primitiva de separació-individuació del desenvolupament infantil (Mahler, 1975). Així, per aquest autor, l'adolescent utilitza el suïcidi com un vehicle de regressió a un estat simbiòtic anterior en el qual primitivament s'havia sentit segur.

Santostefano, Rieder i Berk (1984), guiats per la hipòtesi que imaginar accions és una manera d'entrenar el pensament, al servei d'una efectiva adaptació a la realitat, comparen diferents tests de Rorschach d'escolars normals i de nens suïcides hospitalitzats i arriben a les conclusions següents: els suïcides tenen una manca de capacitat per a imaginar-se a si mateixos en el futur, tendeixen a actuar més que a imaginar, i si imaginem, ho fan amb coses inanimades. Així aquests autors creuen que el pensament dels suïcides és confús, constret i dicotomitzat.

4.5. APROXIMACIÓ PSICOPATOLÒGICA

A principis de segle el suïcidi era considerat com un símptoma d'una malaltia mental denominada "malaltia suïcida". Actualment, però, hom considera que no existeix un diagnòstic psicopatològic generalitzable de la personalitat del suïcida, i que el suïcidi o l'intent de suïcidi són un símptoma que pot acompanyar diverses patologies.

La major part dels autors, com Haïm (1969) i Pfeffer (1987) pensen que la tendència al pas a l'acte, per altra banda característica molt pròpia de l'adolescència, és un factor important en el diagnòstic dels joves suïcides.

4.5.1. PAS A L'ACTE - *ACTING OUT* -

Pas a l'acte, tendència a actuar i *acting out* són termes utilitzats en psicoanàlisi per designar aquelles actes que representen un caràcter impulsiu en contrast amb els sistemes de motivació habituals de l'individu. Sovint, aquestes actuacions adopten una forma autoagressiva o heteroagressiva.

En l'*acting out*, els psicoanalistes hi veuen el ressorgiment d'allò que està reprimat (Laplanche i Pontalis, 1968).

Per a C. Rycroft (1976), l'*acting out* seria dur a terme una activitat que pot interpretar-se com a substituïda del record de fets passats, per la qual cosa és essencial la substitució del pensament per l'acció. Això implica que l'impuls que és actuat no ha adquirit

representació verbal, o bé que aquest impuls és massa intens per esser verbalitzat o, finalment, que li manca capacitat d'inhibició.

Sembla, doncs, que l'alternativa estaria entre poder mentalitzar el conflicte amb la possibilitat, per tant, de verbalitzar-lo, o bé dur-lo a l'actuació, cosa que per altra banda és freqüent en diverses formes de comportament en les quals s'utilitza l'acció com a forma d'evitar el dolor psicològic que apareix en el moment de fer front als conflictes.

Aquesta tendència a l'actuació és un tret molt característic de les personalitats psicopàtiques, però això no vol dir que no pugui existir en altres situacions psicopatològiques, tal i com en realitat succeeix, gairebé sempre lligada a aspectes destructius no tolerats. Aquests aspectes destructius poden adoptar diverses modalitats i graus de perillositat tant per a l'individu mateix, com per als altres. En un grau extrem, hi hauria l'homicidi i el suïcidi, situacions en les quals aquesta agressivitat arriba a causar la mort d'un altre o de si mateix. Auto i hetero-agressivitat estan íntimament relacionades.

Quan Freud (1905) va publicar el seu estudi sobre l'adolescència, remarcava que els principals problemes en aquesta edat eren els sexuals i els de relació amb les persones del sexe contrari, i encara que no els va ignorar, no va emfasitzar els problemes d'agressivitat i violència. Va creure que amb l'augment de permissivitat en l'expressió dels impulsos sexuals, disminuirien els comportaments agressius, però en canvi, això no ha estat així.

és evident que els impulsos sexuals són necessaris per a la preservació de l'espècie, i els impulsos agressius també són imprescindibles per a la supervivència. De totes maneres, l'home, a través de molts anys d'evolució, s'ha adaptat força al medi ambient però gran

part dels reptes d'avui en dia són molt nous, molt recents, i per tant l'home no hi està ben adaptat.

L'actuació com a forma d'evitar el sofriment que comporta l'elaboració mental, sembla ser una situació molt pròpia de l'adolescència, de forma que L.M. Feduchi (1986) parla d'una actuació progressiva, referint-se a una de les defenses més freqüents amb les que ens trobem en aquesta etapa de la vida, i que son expressió del desenvolupament de l'adolescent.

Anastasopoulos (1988) parla de que l'*acting-out* és l'expressió d'una regressió de la capacitat de simbolitzar, i que això és un tret comú en l'adolescència, en la qual sembla que la major part dels processos de pensament poden ser somatitzats, i que l'expressió verbal i la construcció de la funció simbòlica fallen. Diversos autors han mencionat la disminució en l'adolescència de la capacitat de contenir i modificar, o dit d'un altra forma de sublimar.

A. H. Williams (1982) considera que el fet que la fantasia pugui ser usada com a substitut de l'acció i que per tant, per si mateixa sigui suficientment gratificant com per impedir l'actuació, és signe d'un desenvolupament sa. Hi ha una diferència essencial entre un desenvolupament sa i un desenvolupament patològic concretada en la capacitat de fer les coses amb plaer, o com a mínim amb satisfacció que eviti l'actuació. Per certes persones que no poden simbolitzar, és a dir, utilitzar la fantasia com a forma de representació mental, l'acció significa la concretització d'allò que no s'ha pogut fantasejar. Aquest mateix autor troba que en alguns adolescents existeix un mecanisme intern que actuaria de fre de llur agressivitat i violència, mentre que en d'altres aquest mecanisme de frenada no funcionaria i la violència aniria

augmentant i podria arribar fins i tot a dirigir-se contra ells mateixos, i matar-se. En un altre estudi (1960) sobre criminals, comenta que l'intent de suïcidi és extraordinàriament freqüent en els homicides, i també que molts d'ells es suïciden després d'haver consumat el seu delicte.

Les actuacions patològiques, l'*acting out* com a característica principal d'un procés psicopatològic, es troben en la base dels comportaments psicopàtics. Aquests es caracteritzarien per una sèrie de components psicodinàmics que Bassols (1987) en el seu estudi dels comportaments psicopàtics a l'adolescència, resumeix en set apartats:

a) El psicòpata està fixat a la posició esquizo-paranoide, b) té una incapacitat per a tolerar la frustració, c) un Super-Jo molt arcaic i persecutori, d) la aprehensió de la realitat temporal es troba reduïda al present, e) té una identitat molt pobre, f) el pensament simbòlic està substituït per un pensament concret montat sobre esquemes d'acció, g) la insuficiència d'introjeccions, la dissociació de parts del *self*, l'atac a l'objecte bo, la manca de pensament simbòlic, porten a un intens sentiment de tedi, que incita a l'*acting out*, i estimula l'oralitat i les tendències a l'addicció.

Últimament han aparegut en el nostre país alguns conductors que, com s'haurà llegit a la premsa, condueixen per l'autopista en sentit contrari. Aquests conductors, que en un principi la mateixa premsa titllava de suïcides, poc temps més tard van acabar essent anomenats conductors homicides, donat que es va veure que aquesta activitat primàriament entesa com una conducció perillosa per al propi individu, tenia sempre unes conseqüències mortals per als altres conductors que circulaven correctament. Però probablement, aquests conductors, o altres que sense fer el mateix condueixen perillosament, no han pensat conscientment en un desig

d'acabar amb llur vida, i en canvi la posen en perill, tal com succeeix en altres situacions, un exemple de les quals seria la drogaaddicció. Podem pensar que serien equivalents suïcides ? O dit d'una altra manera, suïcidis amb intencionalitat inconscient en els quals l'única diferència amb la definició clàssica de suïcidi seria la no expressió conscient del desig de morir.

4.5.2. LA DEPRESSIÓ EN EL NEN I EN L'ADOLESCENT

La noció de sofriment depressiu en el nen és un concepte nuclear en la psicopatologia, que, per altra banda, no tots els autors reconeixen. Al mateix temps, s'ha d'observar el contrast entre la freqüència amb que s'hi fa referència, i la raresa de la seva aparició clínica a l'estil de l'adult.

Freud el 1917 va comparar el dol i la depressió, entenent el primer com la reacció enfront de la pèrdua d'una persona estimada, o en el seu lloc d'una abstracció. Continua explicant que el dol és un procés normal que pot ser superat, i que seria inoportú pertorbar-lo. Presenta tots els símptomes de la malenconia, excepte la disminució dels sentiments d'autoestima. En la depressió malenconiosa, Freud proposa dos aspectes diferenciadors: l'existència d'una regressió narcisista, i el sentiment d'ambivalència a través del qual el depressiu sent que l'objecte perdut no era només un objecte d'amor, sinó també d'humiliació. Això prendrà la forma de l'autoacusació, tan característica de les depressions.

El 1935, M. Klein va escriure "Contribucions a la psicogènesi dels estats maníaco-depressius" on la referència a la posició depressiva ja ocupa un lloc important. Aquesta posició (no etapa) correspon a una constel·lació emocional en la qual el nen ja percep l'objecte com a total. Fins aquí, en el psiquisme del nen predominaven mecanismes com l'escissió i la identificació projectiva. Segons la manera com travessi i resolgui aquesta posició el nen estarà posteriorment més o menys exposat a la depressió.

Per a Bowlby (1983), vista des d'una perspectiva etològica, la depressió infantil és secundària a un esdeveniment extern, i l'atribueix a la pèrdua de l'objecte extern i a la pèrdua de l'autoestima.

Sandler i Joffe (1965) relacionen la depressió en la infància amb la pèrdua d'un estat de benestar anterior. Parlen de reacció depressiva. Per a ells la depressió no tradueix més que un estat afectiu que pot acompanyar moltes entitats nosològiques, i la consideren com una resposta afectiva bàsica, al mateix nivell que l'angoixa.

La semiologia de la depressió en el nen és molt variada, i depèn del propi nen i d'altres característiques, com l'edat. Ajuriaguerra (1982) distingeix les depressions segons les edats. Així, descriu la depressió del nen abans dels 18-24 mesos, que també ha estat descrita per Spitz (1969) i Bowlby (1983), i tots ells es troben amb casos greus de carència familiar. A aquesta edat, les situacions depressives son emmascarades sota conductes psicossomàtiques com l'anorèxia i els trastorns del son. El desenvolupament psicomotor pot estar igualment afectat. Alguns retardaments són deguts a un greu estat depressiu. La depressió en els nens dels 2 fins als 13 anys, es caracteritza freqüentment per conductes de protesta, trastorns del comportament, inestabilitat i agressivitat.

La depressió a l'adolescència, igual que en el nen, és variada en les seves manifestacions, però s'apropa més a la de l'adult (Marcelli, 1986). La síndrome depressiva es basa en quatre punts: disminució psicomotora i ideativa, signes físics d'anorèxia i trastorns del son, desinterès i tristesa. Pot no detectar-se l'autodesvaloració. La conducta suïcida o el suïcidi poden aparèixer en les depressions, encara que aquest autor ho veu com una situació psicopatològica complexa.

4.5.3. ELEMENTS DEL DIAGNÒSTIC

4.5.3.1.- ELEMENTS DE LA PERSONALITAT

Es molt difícil classificar els nens i adolescents suïcides sota un diagnòstic nosogràfic. Així, Marcelli i Braconnier (1986) assenyalen que en la majoria dels casos no és possible aportar un diagnòstic psiquiàtric, i per a aquests autors hi ha entre un 75 i un 80% de casos que no entren en un diagnòstic nosogràfic definit.

La depressió ha estat considerada tradicionalment en Psiquiatria com el trastorn amb un major índex de risc de suïcidi.

Molts autors, com Hodgman (1985), Robbins (1985) i Shaffer (1981), han descrit una relació significativa entre la depressió i la conducta suïcida, i han determinat que la primera estava significativament correlacionada amb la segona, i que pot incloure idees, amenaces i intents de suïcidi.

Shaffer (1981), Mc. Intire (1981) i Pfeffer (1987), entre molts altres autors que han fet llurs estudis en poblacions infantils i juvenils, posen èmfasi a destacar el fet que les tendències destructives coexisteixen en un elevat nombre de casos en la personalitat dels nens i adolescents suïcides.

En els adults, la psicopatologia que més sovint es descriu com a característica dels suïcides és la depressiva. Així, Ballús (1981) en un estudi sobre la depressió considera que aproximadament el 50% de suïcidis d'adults poden atribuir-se a una psicopatologia depressiva. Considera

d'importància bàsica atendre i explorar les fantasies suïcides, que són un símptoma freqüent en tot malalt deprimat.

O'Brien, Holton i col.ls. (1987) obtenen en un estudi de 98 casos d'autolesions deliberades, una alta correlació entre el diagnòstic de Trastorn Depressiu Major (MDD) i les puntuacions en les escales del Hamilton Rating Scale (HRS) per a la depressió, i l'escala d'intent de suïcidi (SIS). Bettis i Walker (1986) també diuen que en els adults, depressió i suïcidi van sovint associats, cosa que no està tant directament lligada en els nens. Segons aquests autors, la conducta suïcida en nens i adolescents difereix marcadament de la de l'adult, en concret la distribució en els gèneres, símptomes associats, i sobretot el diagnòstic de depressió.

En canvi, Puig Antich i altres (1978) van trobar que el 80% dels nens que han comès suïcidis seriosos podrien ser diagnosticats d'Episodi Depressiu Major (DSM-III), en contra d'altres opinions que consideren que el nen prepuberal no té el mateix tipus de depressió que l'adult.

Cohen-Sandler i Berman (1982), comparant nens deprimits i nens en control psiquiàtric, van trobar diferències significatives entre nens suïcides i nens depressius no suïcides. Per exemple, el 65% de nens suïcides han estat diagnosticats com a deprimits; en canvi, només el 38 % de nens deprimits tenien conducta suïcida. Conclouen que el diagnòstic de depressió en el nen no pressuposa una relació directa amb el suïcidi, i que no tots els suïcides es troben en els criteris de depressió. En aquest estudi també es mostra com són d'importantes les experiències vitals que s'han denominat *life-stress* com a determinants i discriminadores del risc suïcida. Creuen que els nens suïcides experimenten més *life-stress* que els

depressius. La presència o absència de processos de stress en marxa o en increment, podrien servir per a identificar nens amb alt risc.

Altres autors, com Robbins (1985), Gispert (1985), Taylor (1984), Sudak (1984), i Friedman (1985) entre d'altres, sumen la seva opinió a la dels que donen una gran importància als aspectes depressius en l'intent de suïcidi.

Pfeffer (1987), Shaffer (1981), i Mc Intire (1981) posen èmfasi a destacar els aspectes depressius en la personalitat dels infants i joves suïcides. Com ja s'ha vist, tradicionalment en l'adult s'han considerat les depressions com el trastorn amb major índex de risc de suïcidi. Aquests autors, que ho han estudiat en la població infantil, creuen que les tendències depressives coexisteixen en un elevat nombre de casos.

També, sovint, en la bibliografia es troba la tendència al pas a l'acte com una característica del suïcida. Així, Haïm (1969) i Mc. Intire (1978) opinen que aquesta tendència a l'actuació és un factor important en el diagnòstic dels joves suïcides.

Santostefano, Rieder i Berk (1984), a més de remarcar la falta de capacitat per a imaginar, que tenen el nen i l'adolescent suïcides, també destaquen la forta tendència a actuar en lloc de mentalitzar.

Per a Crumley (1982), els diagnòstics dels adolescents suïcides reflecteixen el més seriós espectre de trastorns psiquiàtrics. Per a aquest autor, els diagnòstics més freqüents són, per ordre: esquizofrènia, síndromes depressives, drogodependència i trastorns *borderline* de la personalitat.

Wade (1987), en la seva investigació sobre 40 noies suïcides, destaca que l'intent és un fenomen *borderline* que té les seves arrels en la primitiva fase de separació-individuació del desenvolupament.

Com ja hem dit abans, Ladame (1981, 1982) considera que el moment de l'intent és sempre psicòtic, en la mesura en que apareixen mecanismes molt primitius de funcionament mental, tals com l'escissió.

També anteriorment hem dit que Laufer (1986) pensa que el suïcidi de l'adolescent es pot definir com un episodi psicòtic. Entén per episodi psicòtic un trencament temporal amb la realitat, en el qual l'individu nega només una part d'aquesta realitat, utilitzant en aquella àrea determinada un pensament màgic i asimbòlic. L'episodi psicòtic es diferenciaria de la psicosi per aquesta característica de ser un trastorn que pot delimitar-se temporalment.

El desig de mort és comú en tothom, només que hi ha diferents graus d'intensitat i diferents formes de tractar-hi. Williams (1967) introdueix el concepte de *remaining residues*, que fa referència a elements mentals que han sofert un *split* i han estat aïllats de la consciència. Així en situacions normals, aquests elements quedarien adormits, però poden ser reactivats per esdeveniments externs que poden arribar a portar al suïcidi.

Anderson (1981) descriu l'acte suïcida com la culminació d'un procés de desenvolupament que s'inicia a la infància, i defineix tres estadis:

- 1.- Inestabilitat social i/o familiar des de la infància.
- 2.- Un cop iniciada l'adolescència, escalada de problemes i canvis aguts de conducta.
- 3.- Abans del suïcidi, total *breakdown* de les relacions interpersonals.

Les funcions del Jo del nen suïcida, han estat estudiades per Ackerly (1967), que entén el Jo com una instància de la personalitat descrita per la Psicoanàlisi, mitjaner entre les demandes sovint conflictives del Ço , o sigui de les pulsions instintives , el Super-Jo, i la realitat externa. Proposa la hipòtesi que els nens que amenacen amb suïcidar-se, expressen pulsions agressives i una orientació narcisística cap a la vida, en contrast amb els nens que fan un intent de suïcidi, que mostren un major trencament amb la realitat, un desbaratament massiu dels mecanismes adaptatius i una intensa retirada dels interessos. En resum, sembla que per aquest autor, com per altres ja citats (Laufer, Ladame), aquests nens són psicòtics.

En canvi, per Pfeffer i associats, (1979, 1980, 1982), han mostrat en una població de 65 nens que la conducta suïcida en nens no està específicament associada amb trastorns psicòtics.

Carlson i Cantwell (1982), varen trobar diferències entre els nens deprimits i els que mostren idees i conductes suïcides. En el seu estudi amb 102 nens i adolescents anoten que hi havia una associació entre el grau de depressió i la severitat de les idees suïcides, però que no hi havia relació entre el grau de depressió i els intents de suïcidi, la qual cosa marca una diferència entre nens amb idees suïcides, i els que fan l'intent.

Els trastorns en les capacitats cognitives dels nens i adolescents suïcides, son un aspecte del diagnòstic que alguns autors comencen a descriure, i que ens sembla una part important a estudiar. Valorar, per exemple, com el nen percep el món i interpreta les situacions, com pot o no aprendre de les successives experiències o com no pot fer-ho,

ens dóna unes dades bàsiques. A la vegada, tot això va íntimament lligat a l'evolució emocional i afectiva de l'individu.

Ja hem comentat en l'apartat del PENSAMENT DEL SUICIDA (4.4.2), com alguns autors el descriuen com constrenyit amb relatiu poc contacte amb la realitat. Pfeffer (1986), associa la depressió amb el baix rendiment escolar, i relaciona així la depressió, el pobre rendiment, i l'intent de suïcidi en nens i adolescents. Suggereix que la depressió afecta el funcionament cognitiu i escolar, disminuint també les capacitats del nen d'adaptació, que és un alt risc per a que es desenvolupi una conducta suïcida.

4.5.2.2. DINAMICA I ANTECEDENTS FAMILIARS

La influència de la dinàmica familiar en la formació de l'intent de suïcidi del nen i de l'adolescent, o com a factor precipitant d'aquest intent, és reconeguda àmpliament.

Shapiro i Freeman (1987) estudien el suïcidi de l'adolescent des del punt de vista de la dinàmica familiar. Consideren que un grup familiar és més ampli que la suma dels individus que el constitueixen. Aquesta família forma el que en diuen el *holding environment* dins del qual el nen es desenvolupa. Aquest entorn estaria format pels conflictes i fantasies inconscients dels membres del grup. La conducta suïcida del nen representaria així la comprovació de l'existència d'una alteració, d'un "verí" inconscient en aquest entorn, el qual cal que sigui reconegut i fet conscient. Però això és molt difícil, ja que en aquestes famílies, aquest element acostuma a correspondre a veritats inconscients, particularment

inaccessibles en el moment de l'intent. Els pares senten inconscientment que el reconeixement de llur odi pot matar, i que el reconeixement de llur falta d'interès pot privar el fill de coses bàsiques. Conseqüentment, ho neguen i intenten donar una façana d'amor. Tanmateix, el reconeixement per part del suïcida de la seva agressió, enveja i desigs de revenja és essencial per al seu tractament.

La hipòtesi de la influència de la dinàmica i dels antecedents familiars en el nen suïcida, és àmpliament fonamentada per diversos autors. Així, Pfeffer (1985) destaca com a components, els aspectes de la situació familiar dels nens suïcides com separacions, divorci, mort, psicopatologia dels pares i violència familiar, amb major incidència en nens maltractats.

També Cohen-Sandler i Berman (1982) diuen que en el context de pèrdues repetides i experiències estressants, la conducta autodestructiva o homicida del nen o de l'adolescent sembla ser una estratègia desesperada per a influir inconscientment en aquells dels quals depèn el seu benestar psicològic.

Crumley (1982) opina que un intent pot ser sovint precipitat per una pèrdua objectal, però que ni la incidència de pèrdua parental, ni els conflictes familiars o els desajustos socials, no distingeixen els suïcides dels que no ho són. El suïcidi reflecteix sempre, almenys un trencament parcial de la capacitat de "reality testing", i és precedit d'una història plena de situacions de stress i d'una crisi emocional.

Adam i Bouckoms (1982), en un estudi de 92 pacients que havien fet un intent de suïcidi, constaten que l'antecedent de pèrdua dels pares era significativament més comú en els suïcides que en el grup control, especialment la mort del pare, i també el divorci o la separació dels

pares. Constaten una alta incidència d'instabilitat familiar encara que no hi hagi pèrdues.

Richman (1981) assenyala, en una llista de set punts, algunes de les característiques que es repeteixen en les famílies dels nens i adolescents suïcides. Són:

1.- Una incapacitat per acceptar els canvis que són necessaris, incloent una intolerància a la separació, una simbiosi sense empatia i fixacions infantils.

2.- Pertorbacions de les funcions familiars

3.- Pertorbacions dels afectes, que inclouen un maneig unilateral i asimètric de l'agressió, depressió familiar, i dificultats sexuals.

4.- Dificultats interpersonals que inclouen una tendència cap a la dependència del funcionament de boc expiatori, doble vincle, i relacions sado-masoquistes.

5.- Sistema familiar tancat, dominat per un membre fràgil de la família.

6.- Trastorns de la comunicació.

7.- Intolerància de les crisis.

Hawton (1986) assenyala quatre factors importants que contribueixen en l'intent de suïcidi. Aquests són:

1.- Llars trencades. En els casos d'intent de suïcidi la separació dels pares o la mort d'un dels progenitors era tres vegades més freqüent que en el grup control.

2.- Trastorns psiquiàtrics en la família. Els trastorns més freqüents eren l'alcoholisme i l'abús de drogues. La majoria de les mares

dels que varen fer l'intent tenien problemes psiquiàtrics, i elles mateixes manifestaven idees suïcides.

3.- Conducta suïcida en la família. Segurament és una manifestació de l'alta prevalença dels trastorns psiquiàtrics familiars ja assenyalats. El suïcidi d'un membre de la família podria actuar com a model per un adolescent.

4.- Maltractament infantil.

Reaccions dels membres de la família enfront al suïcidi

Hawton (1986) descriu unes reaccions dels membres de la família que han viscut el suïcidi com a molt complexes però molt característiques d'aquesta situació. Aquestes són:

1.- Negació, que inclou el rebuig a acceptar el fet i les seves conseqüències.

2.- Ràbia, que es pot sentir directament cap al suïcida, o ser dirigida als metges o altres a qui es fa responsables.

3.- Vergonya, deguda a l'estigma que senten que implica el suïcidi.

4.- Culpabilitat, en quant a la fantasia que el suïcidi podia haver-se previngut i també en quant a la possible contribució en que aquest s'hagi produït.

5.- Por, respecte als propis impulsos autodestructius.

Destaca com el suïcidi d'un nen és probablement un aconteixement que invalida en els pares el sentit d'identitat parental i distorsiona llur capacitat per a exercir apropiadament aquesta funció. Les decisions que tenen a veure amb la disciplina, són experimentades amb especial dificultat i es té tendència a ser massa permissius o massa estrictes. Tot això es pot explicar per la influència dels intensos sentiments de culpa, quan aquests no poden ser elaborats i integrats.

Els pares viuen en la seva fantasia i també molts cops en la realitat, les actituds negatives de la societat envers ells .

4.5.3. SIGNIFICACIÓ PSICOPATOLÒGICA DE L'ACTE SUÏCIDA

Baechler (1975) va descriure diverses significacions lligades a les fantasies expressades pels suïcides. Serien:

1.- La fugida d'una situació viscuda com a insuportable, que porta a un canvi, no al final de la vida.

2.- El dol: L'intent es dóna immediatament després de la pèrdua d'una persona molt vinculada al suïcida, i apareix degut a la dificultat per a elaborar el dol correctament.

3.- El càstig: L'intent com una forma d'expiar la culpa per un fet real o fantasiat.

4.- El crim: Entès com la fantasia de portar algú a la mort, atemptant contra la pròpia vida. És a dir, en la fantasia el suïcida, en autoagredir-se, ataca a algú altre.

5.- La venjança: El suïcidi és viscut en la fantasia com una forma de provocar remordiments a algú altre, o a la comunitat. Despertar culpa a algú pel fet d'haver-se suïcidat.

6.- El xantatge: A través del suïcidi, fer pressió a algú altre.

7.- El sacrifici: Atemptar contra la pròpia vida per aconseguir un estat superior.

8.- El joc: Arriscar la vida per provar-se a si mateix.

Tots ells són comuns a totes les edats, encara que n'hi ha alguns de més propis d'una edat més adulta. Generalment es presenten combinats.

Jensen (1958) va descriure una fantasia en els suïcides, que seria la del desig de ser rescatat; segons aquest autor, qui atempta contra

la seva vida expressa un fort desig de viure. Creu que el suïcida dóna avisos més o menys clars de les seves intencions, i qui ha de rescatar-lo és triat d'entre aquells que tenen la capacitat d'empatitzar amb el suïcida. En els *borderline* i psicòtics, la tria pot ser simbòlica i expressada de manera vaga. El prototipus de relació del suïcida amb qui el rescata, és la del nen petit i els seus pares, quan tenen un Jo comú i aquests últims responen inconscientment a les seves necessitats. El rescatador ha de tenir un sobrant d'energia libidinal lliure amb la qual pugui estimular el suïcida i emprendre el rescat.

M. Abadi, en "El suicidio, enfoque psicoanalítico" (1973), descriu les fantasies inconscients més freqüents en els suïcidis, destacant tres com a més bàsiques, que serien:

1.- El suïcidi com a fantasia d'agressió: en la que l'acte encobreix un homicidi, sigui per venjança, gelosia, enveja, o com atac defensiu enfront a un perseguidor.

2.- El suïcidi com a fantasia d'autocàstig: seria una mena de condemna a mort que s'aplica degut als seus sentiments de culpa.

3.- El suïcidi com a fantasia de retorn al sí matern, i com fantasia de renaixement: és a dir, tornar regressivament a una forma de vida menys exposada a les frustracions, de retorn a la mare terra. També el renaixement representaria el desig d'un neixer diferent.

Altres fantasies i motivacions, serien:

- 1.- la de disposar omnipotentment de la seva vida.
- 2.- la burla del món.
- 3.- la fantasia de tenir un bé més gran.
- 4.- la sortida desesperada.
- 5.- la fugida de la realitat.

- 6.- una forma extrema de negació de la realitat.
- 7.- un paroxisme massoquista.
- 8.- una expiació purificadora.
- 9.- una identificació amb el perseguidor.

4.6. APROXIMACIÓ PSICOANALÍTICA

En aquest apartat recollim alguns treballs psicoanalítics sobre el suïcidi en general, tant en nens com en adults. Queda entès, però, que al llarg d'aquest treball han estat també formulats molts conceptes psicoanalítics, que seria difícil de condensar en un sol apartat.

La primera mostra de la preocupació pel tema des del punt de vista psicoanalític, la trobem en el Simposi de Viena de 1910, que ja hem citat anteriorment. A les diferents ponències que s'hi varen presentar, destacaven els conceptes següents:

- Només qui perd l'esperança de ser estimat, abandona la vida.
- Ningú no es mata si no és perquè vulgui matar d'altres persones.
- Ningú no es mata sense que la seva mort sigui desitjada per un altre.

Tothom va coincidir en la importància de la falta d'amor en la causalitat del suïcidi. En les paraules de cloenda, Freud (1910) va esbossar alguns punts sobre la malenconia, que desenvoluparia anys més tard a "Duelo y melancolía" (1917), on ens diu:

"Així, l'investiment d'amor del malenconiós en relació amb el seu objecte ha sofert un doble destí; una part ha regressat a la identificació, però l'altra part, sota el conflicte de l'ambivalència, ha estat traslladada cap endarrera, a l'etapa del sadisme més propera a aquest conflicte. Només aquest sadisme ens revela l'enigma de la inclinació al

suïcidi, per la qual cosa la malenconia esdevé tan interessant i... perillosa."

A "Més enllà del principi del plaer" (1920), Freud postula l'existència de l'instint de mort, i el 1924 a "El problema económic del masoquisme", en relació al suïcidi, escriu:

"Per a provocar el càstig ... el masoquista es veu obligat a fer coses inapropiades, a treballar en contra del seu benefici, a destruir les perspectives obertes al món real, i, eventualment, a aniquilar la seva pròpia existència real."

Podem dir que fins a "Duelo y melancolía", el que entén com a vehicle de l'acte suïcida és l'agressió, entesa com a component de l'instint sexual i com a reacció a la frustració. A partir de 1920, l'agressió queda englobada en l'instint de mort, i sota els conceptes de sadisme i masoquisme.

Fenichel (1957) a "Teoria psicoanalítica de las neurosis", diu que les causes més comunes de suïcidi rau en la dependència ambivalent respecte a un Super-jo sàdic, i en la necessitat de deslliurar-se de la sensació de culpa.

Menninger (1933, 1966), a "Man against himself", destaca tres components en l'acte suïcida, en el qual l'assasí i l'assassinat es combinen en una sola persona. Aquest tres factors son:

El desig de matar: Parteix de l'acceptació de la proposta de la psicoanàlisi, de l'existència d'uns impulsos destructius que coexisteixen amb els libidinals. Cita les observacions fetes per M. Klein a "El psicoanàlisis de niños" (1932, 1979), on es veuen clarament sentiments de ràbia, de ressentiment i de protesta en nens petits. L'autor pensa que aquests impulsos destructius, quan no són neutralitzats pels libidinals, es

converteixen en un desig de matar, el qual pot girar-se contra aquell que ho desitja, i portar-lo al suïcidi, transformant-se en una agressió indirecta.

El desig de ser matat: ésser mort per algú seria la forma més extrema de submissió. I l'essència del masoquisme és el dolor, la submissió, fins i tot quan acaba en la mort.

El desig de morir: Basat en el desig inconscient de morir, implícit en l'instint de mort.

Menninger també interpreta tota conducta hostil a la salut i a la vida com una expressió de l'instint de mort dirigida contra el Jo. Ens parla del "suïcidi crònic", "suïcidi pam a pam", o "autodestrucció crònica", en aquells casos en que, sense que l'individu manifesti un desig conscient d'acabar amb la seva vida, va portant a terme repetitivament activitats autolesives. Com a exemples posa l'ascetisme, l'alcoholisme, la drogaaddicció, la conducta antisocial i alguns trastorns psicopatològics que duen a la invalidesa de la personalitat. Crea també el concepte de "suïcidi focal", aplicat a aquells casos en els quals l'activitat autodestructiva es concentra en una part limitada del cos; cita com a exemples les automutilacions, la simulació de malalties, les poliintervencions quirúrgiques compulsives, i els accidents amb lesions localitzades.

M. Klein, a "Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos" (1935), explica que per a ella, la depressió del nen té els mateixos orígens que la malenconia de l'adult, i que la depressió infantil acostuma a anar acompanyada d'idees suïcides. Creu també que alguns accidents i automutilacions poden ser intents de suïcidi encoberts.

Fernández Moujan (1979) ha treballat el tema del suïcidi a l'adolescència. Creu que l'ansietat confusional, creada per la crisi d'identitat, i les ansietats persecutòria i depressiva aparegudes amb la conflictiva edípica, fan que l'adolescent busqui alleujament i solució en l'ambient. Però si això fracassa, apareix l'aïllament i l'hostilitat progressius, que poden dur al suïcidi o a la delinqüència.

M. Abadi (1973) critica la definició de suïcidi segons la qual una premissa és el desig conscient de morir. Creu que des del punt de vista psicoanalític, els suïcidis realitzats inconscientment són per al psicoanalista tan voluntaris com els que van acompanyats de la manifestació del desig conscient de morir. Així diu: "*La intencionalidad de un acto es independiente de su toma de conciencia por parte del sujeto*". Destaca sis nocions psicoanalítiques nuclears en el suïcidi:

1.- Predomini de les ansietats paranoïdes i de vivències persecutòries. Diu l'autor que tota persona amb tendències suïcides és algú atemorit, amb ansietats persecutòries, moltes vegades inconscients. De vegades aquestes ansietats van revestides de símptomes depressius, o altres.

2.- El suïcidi és la resultant de certs mecanismes de defensa del Jo.

3.- És una actuació psicòtica, en tant que representa una sortida màgica front a les ansietats paranoïdes, i apel·la a mecanismes de defensa basats en l'omnipotència infantil i en la negació maníaca de la pròpia mort.

4.- Existeix una intensa condició masoquista. Més ben dit: és un acte masoquista.

5.- Postula el valor màgic de l'acte suïcida. El suïcida defuig la mort desconeguda i la substitueix pel suïcidi, que en la seva fantasia inconscient és només un simulacre de mort, ja que conté la idea d'una resurrecció.

6.- Implica un profund nivell de regressió, perquè tot el que ja s'ha dit pressuposa que l'individu ha fet una regressió, si més no temporal, a unes etapes les característiques de les quals són: ansietats paranoïdes, pensament màgic, immaduresa del Jo.

Rolla (1973) no accepta l'explicació del suïcidi a través d'un increment de l'instint de mort, i apunta la idea que potser allò que en diem instint de mort no són sinó fantasies suïcides universals i primitives. Coincideix amb Abadi en la idea que el suïcidi és un instant psicòtic, que té com a substrat el matricidi. El suïcida, identificat amb la mare, intenta matar-la en ell. Respecte als adolescents, no pensa en el suïcidi com a final d'una situació traumàtica, sinó com el resultat d'intentar resoldre compulsivament-impulsivament la confusió de llur identitat, repetició de la primitiva confusió en la situació diàdica mare-fill, no resolta, a la qual s'ha regressat.

4.7. VALORACIÓ DEL RISC

Per pensar en aquest capítol pot servir-nos tot el que hem descrit anteriorment quan ens referíem als diferents apartats de l'aproximació psicopatològica. Però en realitat s'obtenen tantes dades de l'estudi dels diferents autors, que fa que poques d'elles arribin a ser significatives per a descriure els factors de risc quan s'intenta fer prevenció.

C. Pfeffer (1985, 1986) destaca una sèrie de factors de risc en els components dinàmics i intrapsíquics del nen suïcida, com són separacions, el divorci, la mort, la psicopatologia dels pares i la violència familiar. Així construeix una escala que consta de 9 factors per a valorar els aspectes de risc potencial de suïcidi:

- 1.- Conducta suïcida
- 2.- Conducta agressiva
- 3.- Esdeveniments precipitants: Problemes escolars, canvis familiars, pèrdues.
- 4.- Psicopatologia recent: Estats emocionals i conducta simptomàtica els últims sis mesos: ansietat, tristesa, desesperança, fugues, ...
- 5.- Psicopatologia anterior: similar a la recent.
- 6.- Antecedents familiars: Esdeveniments en la família i psicopatologia familiar: separacions, mort, disciplina severa, depressió dels pares, drogaaddicció.
- 7.- Concepte de mort: Preocupacions i experiència del nen amb la mort i la seva comprensió.

8.- Valoració de les funcions del Jo: Com la intel·ligència, regulació dels afectes , control dels impulsos, contacte amb la realitat.

9.- Defenses del Jo: S'explora la utilització de les defenses com la negació, la formació reactiva, la repressió.

Com ja hem dit abans a l'apartat de la PERSONALITAT, Anderson (1981) descriu tres estadis en l'evolució anterior al suïcidi. Aquests estadis també poden utilitzar-se en la valoració dels factors de risc, i els recordem aquí:

1.- Inestabilitat social i/o familiar des de la infància.

2.- Un cop iniciada l'adolescència, escalada de problemes i canvis bruscs de conducta.

3.- Poc abans del suïcidi, total *breakdown* de les relacions interpersonals.

Aquest autor també parla que els 6 mesos anteriors al suïcidi estan marcats per dificultats personals, mèdiques i socials. Que molts han consultat el metge amb més freqüència els últims mesos, per motius que no es comproven orgànicament.

4.8.- ESTRATÈGIES TERAPÈUTIQUES

Farley, Eckhard i Hebert (1980), en el seu "Manual de Urgencias Psiquiátricas del niño y del adolescente", destaquen tres aspectes bàsics en el tractament després d'un intent de suïcidi:

Tractament immediat: Consisteix en la utilització dels mètodes mèdics necessaris per salvar la vida. L'hospitalització després d'aquest tractament mèdic es fa seguint criteris de seguretat sobre la base de valorar el grau del desig de viure del pacient, el grau de canvi en el sistema familiar, el nivell patològic, en concret de psicosi, i l'accessibilitat de l'ajut.

Examen del nen: Els autors proposen intentar aconseguir una ràpida aliança amb el nen, perquè així aquest pugui manifestar les seves preocupacions. També cal comprovar el seu estat d'ànim, preguntar sobre pèrdues i separacions que hagi sofert, sobre l'intent en si (idees, mètode), i finalment esbrinar els sentiments d'autoestima del pacient.

Examen dels pares: Aconsellen avaluar llur actitud envers el pacient, i llur resposta enfront de l'intent. Creuen que el risc de reincidència va lligat a les respostes següents: actitud d'indiferència, actitud punitiva o denigrativa, i/o minimització de la bona fe de l'intent (com dir: "no ho puc creure, això és que estàs intentant aconseguir quelcom de mi"). Tanmateix aconsellen avaluar el grau d'estabilitat familiar i preguntar sobre antecedents suïcides en la família.

Els tractaments a seguir després de l'hospitalització serien:

- 1.- Teràpia de família.
- 2.- Psicoteràpia individual del nen.

- 3.- Tractament en una residència.
- 4.- Internament.
- 5.- Medicació amb psicofàrmacs.

Per a Marcelli i Braconnier (1986), la terapèutica aniria enfocada en dos moments, en els quals s'adoptarien mesures terapèutiques diferenciades segons el moment. Les divideixen en: mesures terapèutiques immediates, i mesures terapèutiques a mig i llarg termini.

- **Mesures terapèutiques immediates:** Essencialment consisteixen en la preservació del futur somàtic i psicològic del pacient. Comprendrien l'hospitalització, l'entrevista d'urgència amb l'adolescent i l'entrevista familiar. L'hospitalització es realitza normalment en un servei d'urgències, on s'atenen els aspectes somàtics deguts al propi intent. Acostuma a ser breu, i hi té lloc l'entrevista amb el psiquiatra o psicòleg, freqüentment en el mateix servei d'urgències. L'adolescent es troba encara sota l'efecte psicològic i físic de l'agent traumàtic que ha utilitzat en l'intent, i sota l'efecte del tractament emprat. Aquesta entrevista permet una primera aproximació i avaluació.

L'entrevista familiar és sempre fàcil en aquestes circumstàncies, i trobem, segons aquests autors, que és fàcil arribar a un acord en aquells moments, però que les proposicions terapèutiques no són determinants en l'evolució posterior. L'acceptació per part de la família de qualsevol mesura terapèutica adoptada en la situació d'urgència, en l'atmosfera de l'hospitalització, encara que és ràpida, pot ser viscuda com una forma de xantatge o de pressió, i té uns riscos de trencament molt alts un cop l'adolescent ha sortit de la situació angoixant. Aquests autors creuen més prudent la proposició d'entrada d'una sèrie de trobades familiars mensuals

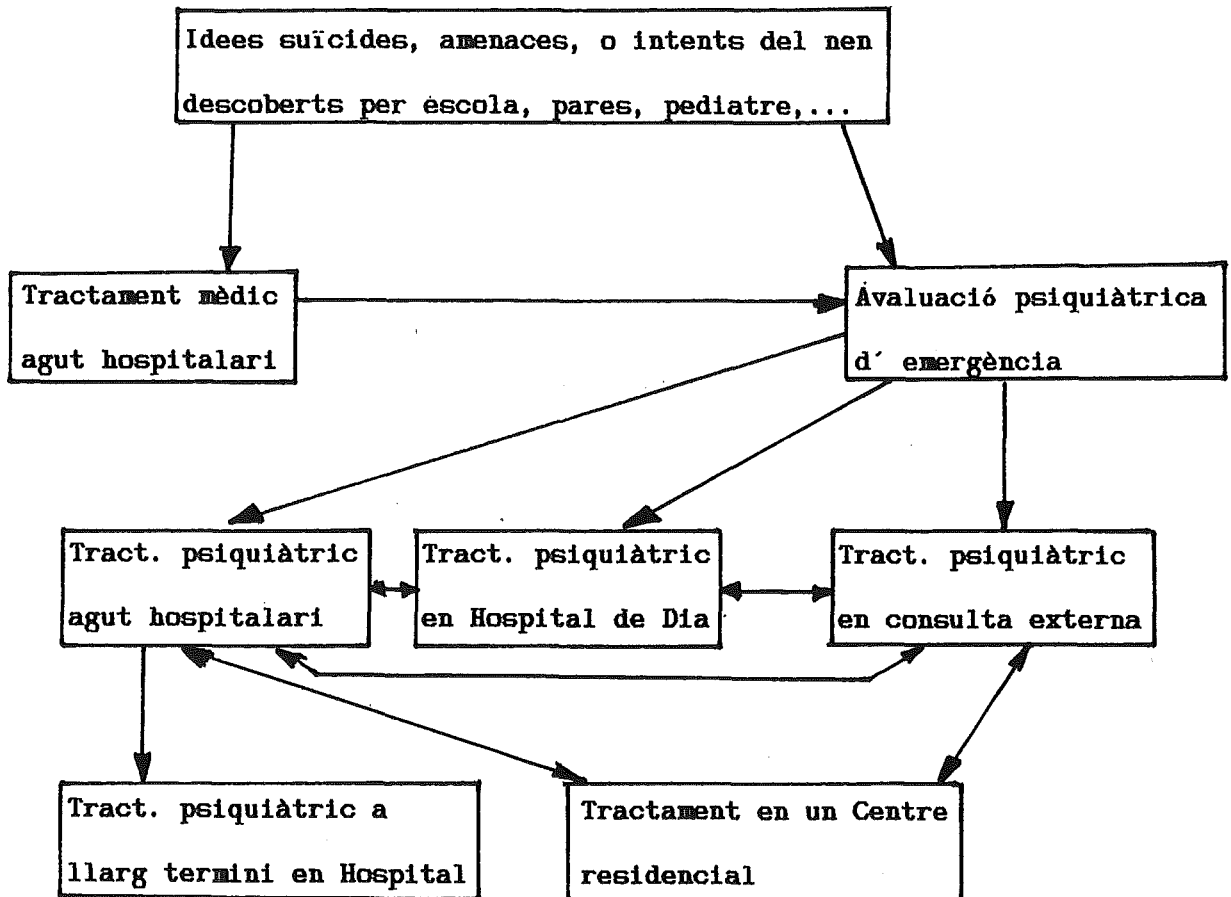
o trimestrals, al cap de les quals es podria arribar a una reavaluació diagnòstica i terapèutica.

- *Mesures terapèutiques a mig i llarg termini:* Després de realitzar algunes entrevistes, un cop passada la situació d'urgència, es pot avaluar la conveniència d'una psicoteràpia individual, o d'una teràpia familiar, o un ingrés en alguna institució, com un hospital de dia.

C. Pfeffer (1986) enumera cinc finalitats de la planificació del tractament de l'intent de suïcidi. Aquestes son:

- 1.- Protegir el nen del dany.
- 2.- Fer decreïxer les tendències suïcides agudes.
- 3.- Fer decreïxer els factors de risc.
- 4.- Intensificar els factors que protegeixen contra les tendències suïcides.
- 5.- Disminuir la vulnerabilitat a la conducta suïcida repetida.

Segons la citada autora, aquesta planificació precisa la intervenció i l'esforç coordinat de diferents professionals. Reflecteix en el quadre següent la complexitat de les interrelacions entre els professionals que intervenen en el planning del tractament.



Planning de tractaments per nens suïcides. (Pfeffer 1986)

Figura 1

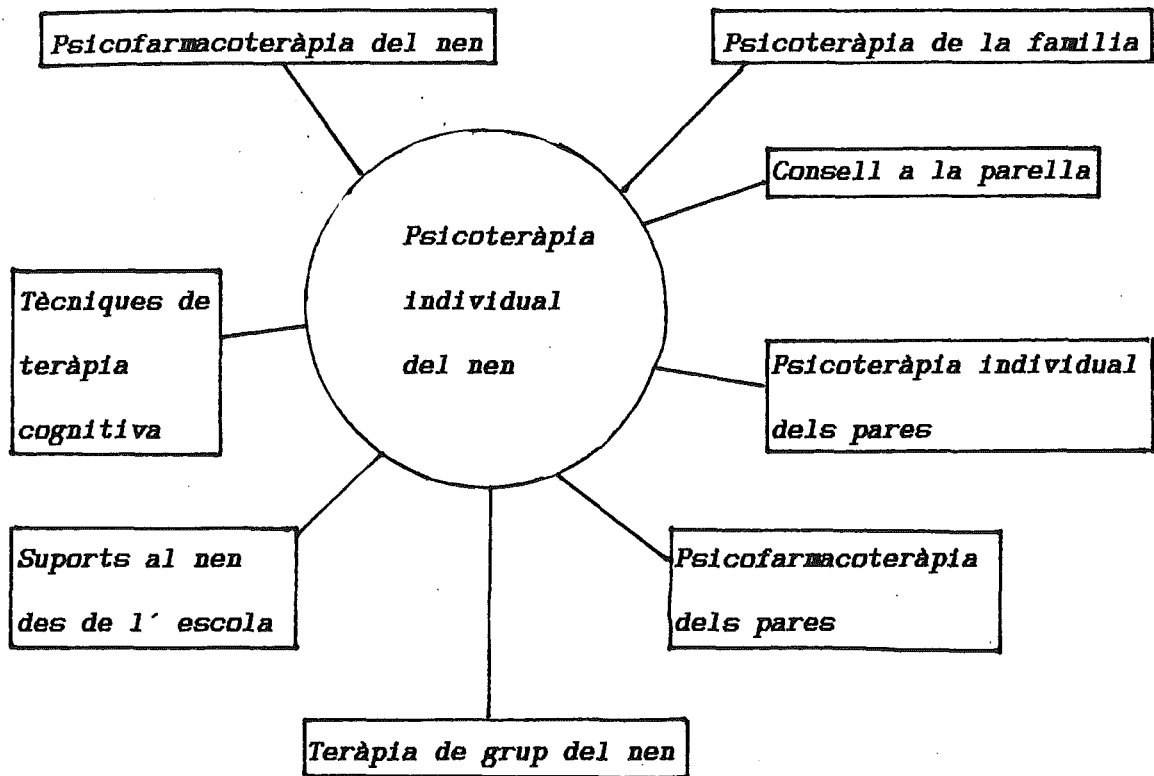
Pediatres, metges de família i mestres, són els professionals que poden descobrir els primers signes de risc suïcida en el nen. Però, desafortunadament, molts d'ells no tenen un coneixement suficient d'aquests signes per realitzar aquesta funció.

Seguint la planificació de Pfeffer (1986), subratllem la seva opinió respecte a l'elecció de la intervenció psiquiàtrica inicial. Diu que com que la conducta suïcida és un símptoma molt complex i multideterminat, que resulta de la interacció de factors intrapsíquics, ambientals i biològics, el tractament haurà de combinar múltiples modalitats, com l'aproximació psicodinàmica, cognitiva, farmacològica i familiar.

L'hospitalització psiquiàtrica aguda és una de les modalitats més importants de tractament per a nens suïcides (Pfeffer i altres, 1979, 1980, 1982, 1986). Les finalitats que proposa per al tractament psiquiàtric en hospital, per als nens suïcides són:

- 1.- Protegir el nen de la conducta suïcida.
- 2.- Separar el nen de l'ambient estressant.
- 3.- Coordinar les observacions de diversos terapeutes.
- 4.- Oferir una multiplicitat de modalitats de valoració diagnòstica.
- 5.- Efectuar un canvi immediat en l'equilibri de la família.
- 6.- Estimular el nen per tal de mantenir activitats apropiades de la vida diària.
- 7.- Donar suport a les forces del Jo, i remeiar els seus deficients.
- 8.- Disminuir l'aïllament del nen.
- 9.- Controlar els efectes del tractament.
- 10.- Planificar tractaments de descàrrega de la situació

La psicoteràpia individual és considerada com la forma central de tractament. Altres modalitats poden ser usades com a formes de suport del treball psicoteràpic.



Modalitats de tractament per nens suïcides.

(Pfeffer 1986)

Figura 2

5. MATERIAL. GRUP D'ESTUDI

El grup objecte d'estudi està format pels diversos casos d'intent de suïcidi que, entre els anys 1980 i 1988, han estat atesos als Serveis de Psiquiatria Infantil de l'Hospital de la Creu Roja i de l'Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau de la ciutat de Barcelona.

Els únics criteris d'inclusió en el grup d'estudi han estat el que es tractés d'un intent de suïcidi, identificat com a tal, que hagués estat atès en algun dels Serveis de Psiquiatria Infantil esmentats, i que l'intent de suïcidi es produís dins del període de temps acotat.

El nombre total de casos recollits ha estat de 53. D'aquests, 36 casos (67,92%) corresponen al sexe femení i 17 casos (32,07) al sexe masculí.

El marge d'edat està comprès entre els 7 i els 19 anys, que correspon a una mitjana de 14 anys aproximadament. Per sota dels 7 anys no s'ha detectat cap cas.

Donat que el suïcidi infantil és extremament rar, s'ha intentat identificar quina proporció dels casos recollits correspon als nens més petits. S'ha dividit el grup en dos de més petits, tenint en compte les edats dels pacients. Aquests dos grups són:

- el grup dels nens i nenes que tenien entre 7 i 12 anys en el moment de fer l'intent de suïcidi i que està format per 17 casos (32,07% del total) 7 dels quals són nens (41,18%) i 10 nenes (58,82%).

- el grup dels nois i noies que tenien entre 13 i 19 anys en el moment de fer l'intent, i que està constituït per 36 casos (67,92% del total) 10 dels quals són nois (27,77%) i 26 noies (72,22%).

6. - MÈTODES. DADES ESTUDIADADES.

Hem intentat identificar, estudiar i valorar el màxim de factors i detalls que, bé d'una manera directa, bé d'una manera indirecta, com a factors coadjuvants o com a factors precipitants o com a antecedents personals i familiars, són presents en els diversos casos d'intent de suïcidi infantil i juvenil recollits.

6.1. DADES PERSONALS I DADES PRÒPIES DE L'ACTE SUÏCIDA

De cadascun dels casos s'han recollit les dades referents al sexe i a l'edat en el moment de fer l'intent de suïcidi.

S'ha identificat també cadascun dels diversos mecanismes que els nens han utilitzat per dur a terme llurs intents de suïcidi. I mitjançant la història clínica de cada pacient i les entrevistes realitzades, s'ha recollit si aquests intents eren únics o bé si ja hi havia algun antecedent o bé si hi ha hagut una recaiguda posterior que consti en la història clínica.

També s'ha recollit quina ha estat la observància del tractament indicat, anotant el nombre de casos que han abandonat el tractament abans de donar-lo per finalitzat.

Amb la finalitat de detectar i identificar la major part de dades psicopatològiques presents en els casos que han consultat per un intent de suïcidi, hem buscat un mètode que ens donés la oportunitat de incloure el màxim de dades de la psicopatologia. Varem revisar el DSM-III (1984), però ens trobarem amb que en la part dedicada als trastorns en la infància i adolescència, la seva classificació ens era insuficient. Per exemple, el

DSM III, no considera ni inclou la depressió en la infància. El descartarem doncs, encara que considerem que en els aspectes diagnòstics de l'adult és molt més complert.

Vàrem trobar que en ambdós Serveis als que pertanyen els casos estudiats, utilitzen el mateix mètode de classificació diagnòstica, i és el F.E.N.E.T. (Torras i Cantavella, 1984). Aquest mètode va néixer partint de l'estudi de la Classificació de la OMS de 1967, la qual, al no resultar prou específica va anant sent modificada pels autors, fins a arribar a la que s'usa actualment, el F.E.N.E.T.

Per l'exploració psicològica dels nens i adolescents estudiats, s'han utilitzats en tots els casos els següents tests: escala d'intel·ligència de Wechsler (WISC o WAIS), i CAT o TAT i HTP com a tests projectius. S'inclou també en la relació dels casos algunes observacions obtingudes en el procés diagnòstic, tals com el tipus de pensament, o la relació que estableix el pacient, així com la situació familiar. Tant les dades obtingudes en els tests projectius, com aquestes observacions citades, són d'una gran riquesa, però ens hem trobat amb la dificultat de baremar-les. No obstant ens han estat de gran utilitat entendre de forma psicodinàmica el processos emocionals i interpersonals. Aquesta comprensió de la clínica ens permet explorar els aspectes més allunyats de la consciència i donar una explicació en profunditat de les motivacions de la conducta suïcida, ja que la psicologia dinàmica neix de la clínica i li aporta mètodes d'observació i d'investigació. (Poch, 1989)

6.2 F.E.N.E.T.

El F.E.N.E.T. pretén ser un sistema de classificació diagnòstica que permeti situar la majoria dels pacients que són atesos als Serveis de Psiquiatria Infantil.

El F.E.N.E.T. estudia cinc grans eixos que són:

- Fenomenologia
- Estructura
- Nivell d'Intel.ligència
- Etiologia
- Tractament

6.2.1. FENOMENOLOGIA

és el primer eix a estudiar i és identificat amb una "F" en el sistema del F.E.N.E.T.

és important diferenciar la fenomenologia del que és l'estructura de la personalitat.

La fenomenologia comprèn, com el seu nom indica, els fenòmens psíquics (o els estats mentals, emocionals i del pensament expressats verbalment o a través de la conducta i dels símptomes) tal com són observats pel propi nen i pels altres, pares, mestres i metge. Està organitzada seguint els grups naturals i de manera que permet incloure la fenomenologia psiquiàtrica-psicològica des del primer any de vida fins a l'adolescència.

F -

- 1.- Trastorns del creixement corporal. (com per exemple la malnutrició, l'obesitat, el retard psicogen del creixement, les disharmonies, les acceleracions).
- 2.- Trastorns del menjar. (com pot ser l'anorèxia, la bulímia, les conductes alimentàries especials o aberrants).
- 3.- Trastorns del dormir. (on trobem els insomnis, els terrors nocturns i la somnolència).
- 4.- Retards, trastorns i activitats anòmales motores i posturals.
 - 4.1.- Retard motor i postural.
 - 4.2.- Trastorns de l'organització motora. (que inclouen les crisis paroxístiques, la immaduresa neurològica, la debilitat motriu, les hipercinèsies i les dispràxies).
 - 4.3.- Trastorns d'expressió motora. (com les activitats mímiques, els tics, la paràlisi, o l'espasme del sanglot).
- 5.- Trastorns del control d'esfínters.
- 6.- Problemes de la parla i del llenguatge.
- 7.- Trastorns de l'àrea cognitiva i del rendiment escolar. (aquí recollim el que fa referència als camps d'atenció, memòria, raonament, problemes d'aprenentatge, dislèxia).
- 8.- Trastorns de la capacitat mental i oligofrènies.
 - 8.1.- Retard o insuficiència.
 - 8.2.- Demència.
- 9.- Síntomes d'ansietat.

(fòbies, inhibició per por, plors desmesurats).

- 10.- Síntomes compulsius. (com rituals obsessius, masturbació, onicofàgia, quequeig, tricotil.lomania).
- 11.- Síntomes depressius.
(tristesa, apatia, decaïment).
- 12.- Síntomes de desconexió afectiva i autisme.
- 13.- Trastorns de la conducta i del caràcter .
(rebel, impulsiu, estrany, aïllat, autoagressiu, heteroagressiu).
- 14.- Trastorns o malalties somàtiques.
(com són l' asma, els trastorns digestius i les cefalàlgies, per exemple).
- 15.- Trastorns de la integració social.
(de la relació interpersonal, a l'escola, en els grups, en els jocs, amb els objectes inanimats o transicionals).
- 16.- Conducta sexual alterada.
(homosexualitat, exhibicionisme, prostitució, fetitxisme).
- 17.- Tendència a les addicions i altres hàbits pervertits.
- 18.- Conducta antisocial.
 - 18.1.- Actes delictius.
 - 18.2.- Suïcidi.

6.2.2. ESTRUCTURA

Constitueix el segon eix. és identificat amb la primera "E" del F.E.N.E.T.

Fa referència a l'estructura de la personalitat. Està organitzada diferenciant l'organització de defenses i ansietats i dóna raó de la qualitat integrativa de la personalitat i de l'estil de les relacions d'objecte.

E -

0.- Variació normal.

Aquest punt inclou els nens i adolescents amb personalitats situades en una franja de normalitat, personalitats suficientment integrades i estables, de manera independent del modus predominant d'organització d'ansietats i defenses.

1.- Trastorns reactius transitoris.

Aquí s'inclouen desestabilitzacions passatgeres i poc profundes, causades per canvis en la vida externa del nen i de l'adolescent que provoquen ansietat i agressió emocional. Es troba un motiu per al trastorn.

2.- Estructura immadura-regressiva.

2.1.- Síndrome d'ansietat.

2.2.- Simbiòtica de caràcter psicòtic.

Inclou els nens i adolescents dependents, enganxats a formes de relació amb els pares i llur ambient pròpies d'edats més menudes.

La qualitat i la intensitat d'aquesta dependència tampoc no es correspon amb l'edat i no s'aprecia una tendència a l'evolució franca.

3.- Fòbico-paranoide.

3.1.- De predomini fòbic ansiós.

3.2.- De predomini paranoide.

(inclou la personalitat reivindicativa, descontenta, agressiva).

3.3.- Paranoide de caràcter psicòtic.

(amb pèrdua marcada de contacte amb la realitat, elements delirants).

4.- Histèrica.

4.1.- Neuròtica

(dramatitzadora, suggestionable, excitable, conversiva).

4.2.- De caràcter psicòtic.

5.- Ciclotímica.

5.1.- Predomini d'elements maníacs.

(to hipomaniac, negació de problemes, controlador, dominant).

5.2.- Predomini d'elements depressius.

(com pot ser el decaïment, el sentiment d'inferioritat, la inseguretat).

5.3.- Excitació de caràcter psicòtic.

(amb fuga d'idees, excitació delirant).

5.4.- Melenconiosa de caràcter psicòtic.

6.- Obsessiva.

6.1.- De caràcter neuròtic.

(rituals, dubtes constants, elements compulsius).

6.2.- De caràcter psicòtic.

7.- Psicopàtica.

7.1.- Caracterial.

(tendència a passar a l'acte, mentides, robatoris, fugues).

7.2.- De caràcter psicòtic.

(amb pèrdua de contacte amb la realitat).

8.- Psico-somàtica.

8.1.- Reactiva.

8.2.- Depressives.

(malaltissos, hipocondríacs).

8.3.- Psico-somàtics vers.

(com asma, megacòlon funcional, vòmits acetonèmics).

9.- Psicòtica.

9.1.- *Borderline* no clínica.

(aquí inclouriem el caràcter estrany, la conducta xocant, esquizoide).

9.2.- Clínica.

(autistes, esquizofrèncs, delirants).

6.2.3. NIVELL D' INTEL.LIGÈNCIA

és el tercer eix i s' identifica amb una "N" al F.E.N.E.T.

òbviamment no avalua la "intel.ligència", però ens dóna una idea aproximada dels rendiments intel.lectuals obtinguts a la prova del test de Wechsler (WISC en els nens i WAIS en els adolescents) . En la descripció dels casos , al costat de la xifra que correspon al nivell (N), s'ha posat el QI concret, obtingut per aquell nen o adolescent, en la prova.

N -

0.- Normal o superior.

(Q.I. de 100 o superior).

0.1.- Normal baix.

(Q.I. entre 90 i 100).

1.- Subnormalitat lleugera.

(Q.I. entre 70 i 80).

2.- Subnormalitat moderada.

(Q.I. entre 50 i 60).

3.- Subnormalitat severa.

(Q.I. fins a 40).

6.2.4. ETIOLOGIA. FACTORS ETIOLÒGIS O ASSOCIATS.

és el quart eix. S' identifica amb la segona "E" del F.E.N.E.T.

Fa referència als factors etiopatogènics que poden considerar-se i té en compte molts dels factors que intervenen pertorbant l' evolució sana i normal del nen.

E -

0.- No es coneixen.

1.- Suposadament connatal, constitucional.

2.- Trastorns de l' embaràs, part, icterícia nuclear.

3.- Seqüeles de malalties o trastorns del sistema nerviós central (S.N.C.).

3.1.- Lleu o mínima.

3.2.- Greu.

(del tipus encefalític o paràlisi cerebral).

3.3.- Crisis paroxístiques. Epilèpsia.

4.- Trastorns sensorials, pèrdues sensorials.

5.- Malalties orgàniques excloses les del S.N.C. i malalties agudes.

(com una cardiopatia congènita, diabetis o anèmia).

6.- Factors psicològics.

6.1.- Suposadament constitucional o connatal.

6.2.- Factors ambientals traumàtics aguts.

6.3.- Factors ambientals traumàtics crònics.

(com poden ser les separacions, les hospitalitzacions, els internaments o les institucionalitzacions).

7.- Factors psicològics parentals.

7.1.- Primeres experiències i funció materna insuficientment estructurants.

7.2.- Ambient desestructurant.

(com el produït per una mare o un pare excessivament tensos, descarregadors de tensió, ansiògens per al nen o adolescent, i les privacions afectives greus).

7.3.- Absència total o perllongada del pare o de la mare.

(que pot ser deguda a defunció, abandonament de la llar, separació de la parella. També inclou el cas de la mare soltera, especialment si no hi ha hagut una compensació psicològicament acceptable).

7.4.- Influències parentals pertorbadores, contraproductes o psicotitzants.

(com són la *folie-à-deux*, la relació simbiòtica, la violència, la rigidesa educativa i les toxicomanies).

8.- Factors psicològics familiars.

8.1.- Presència d' un malalt mental en el nucli familiar.

Mort d' algun parent en el nucli familiar.

(per exemple, avi, germà, etc).

8.2.- Característiques pertorbadores del grup familiar en general.

(estructures psicòtiques, obsessives greus, paranoïdes importants, etc).

9.- Factors socio-econòmics.

9.1.- Nivell socio-econòmic greument deficitari.

(amb implicacions alimentàries, d'excessiva ocupació dels pares, d'escolaritat, etc).

9.2.- Trasllats, emigracions, minories racials, minories religioses, o minories culturals.

6.2.5. TRACTAMENTS

és el cinquè i últim eix. S'identifica amb una "T" al F.E.N.E.T.

Identifica per separat diferents possibilitats terapèutiques amb el benentès que sovint el pla terapèutic pot incloure més d'una modalitat. Es fa constar la que es programa a l'inici.

T -

1.- Tractament farmacològic.

2.- Estimulació psicomotriu.

3.- Reeducació psicomotriu.

3.1.- Individual.

3.2.- En grup.

4.- Tractament psicopedagògic.

4.1.- Individual.

4.2.- En grup.

- 5.- Psicoteràpia.
 - 5.1.- Individual.
 - 5.2.- En grup.
- 6.- Tractaments específics.

(com poden ser la logopèdia, expressió corporal, etc).
- 7.- Ensenyament especialitzat.
- 8.- Internament en una escola o institució.
- 9.- Entrevistes continuades.
 - 9.1.- Nen.
 - 9.2.- Pares.
 - 9.3.- Grup familiar.
- 10.- Reajustament de l'ambient extrafamiliar.

(reajustament de l'escola, grups socials, grups recreatius, etc).
- 11.- Tractament psicològic de la família.
 - 11.1.- Teràpia de la família.
 - 11.2.- Teràpia psicològica del pare o de la mare.
- 12.- Grups de sensibilització.
- 13.- Altres tractaments.

7. RESULTATS.

7.1. DESCRIPCIÓ DELS CASOS

A continuació s'inclou la descripció de cadascun dels 53 casos, ordenats segons l'edat del més petit al més gran, indicant en primer lloc el sexe, seguit de l'edat i el mètode utilitzat en l'intent de suïcidi. A continuació s'indiquen les dades del diagnòstic segons el F.E.N.E.T. Seguidament es fa un breu resum de l'anamnesi personal i familiar, i de les dades obtingudes en els tests. També s'indica el seguiment del tractament i l'existència o no d'altres intents de suïcidi que constin en la història clínica dels pacients.

CAS Nº: 1.

SEXE: masculí.

EDAT: 7a. 4m.

MÈTODE UTILITZAT: es lliga una corda al coll i intenta penjar-se

F: 18,2 (Suïcidi).

E: 9,1 (Estructura *borderline*).

N; 0,1 (QI: 98)

E: 7,2 (Ambient desestructurant).

T: 5,1 9,2 (Psicoteràpia individual. Entrevistes amb els pares).

és el gran de dos germans. Manifesta que es volia matar perquè d'ençà que va néixer el seu germà, (2 a. menor que ell), la mare no li fa cas. Molt gelós quan la mare s'ocupava del germà, ell havia dit en diverses ocasions que es mataria. Els 3 primers anys de vida es passava totes les nits plorant. La mare se sent incapaç d'entendreles seves constants demandes d'atenció, i de fer-li front, i el tracta agressivament, li pega amb freqüència. En els tests projectius, es posenen evidència continguts lligats a nuclis psicòtics, no clínics. Constant temàtica agressiva a nivell oral, mals tractes, confusió entre els personatges, alteracions de les percepcions i dels estímuls.

OBSERVANÇA DEL TRACTAMENT: Fa sis mesos de la consulta i continuen.

ANTECEDENTS: no. RECIDIVES: no.

CAS Nº: 2.

SEXE: femení.

EDAT: 7a. 11m.

MÈTODE UTILITZAT: pren psicofàrmacs.

F: 7-9-18,2 (Trastorns de l'àrea cognitiva. Síntomes d'ansietat. Suïcidi).

E: 9,1 (Psicòtica *borderline*, no clínica).

N: 1 (QI: 80)

E: 7,1 (Primeres experiències i funció materna insuficientment
estructurants)

T: 5,1-9,2 (Psicoteràpia individual. Entrevistes continuades amb els pares)

és la gran de dos germans. Visitada en el Servei des dels 4 anys, per retard en el llenguatge, fòbies i malsons. No veia el perill, i s'havia accidentat en alguna ocasió. No jugava mai amb altres nens, ni seguia cap joc. Deambulació als 17 mesos. Es va indicar una estimulació psicomotora que va seguir durant 2 anys i mig. Agressiva a l'escola amb els altres nens. Dificultats d'integració. Es prengué els fàrmacs després que la mare l'havia renyat, i manifesta que va fer-ho per castigar-la. En aquell moment de la seva evolució tenia un comportament molt actuator, i en ocasions aïllat (aclucava els ulls i es xuclava la llengua). Respostes repetitives, allunyades de l'estímul-pregunta. Continuava amb fòbies i malsons. Es va indicar tractament psicoteràpic.

OBSERVANÇA DEL TRACTAMENT: No tornen després de la tercera entrevista
(després de l'intent)

ANTECEDENTS: no.

RECIDIVES: no consten.

CAS Nº: 3.

SEXE: masculí.

EDAT: 9a. 3m.

MÈTODE UTILITZAT: penjament.

F: 7-13-18,2 (Trastorns de l'àrea cognitiva i del rendiment escolar.

Trastorns de la conducta i el caràcter. Suïcidi).

E: 7,1 (Estructura psicopàtica-caracterial)

N: 0 (QI: 112)

E: 6,3 (Factors ambientals traumàtics crònics).

T: 9,1 -9,2 (Entrevistes continuades amb els pares i amb el nen).

és el gran de tres germans. Quan va néixer, els pares es trobaven en una situació laboral i econòmica precària, que van anar superant. Quan el pacient tenia tres anys, va néixer la segona filla, el pare va tenir un accident laboral, i va estar ingressat a l'hospital durant un any. Els nens van passar a la cura dels avis materns, durant dos anys. Més endavant, aquests avis van tenir ingressos hospitalaris successius, per malaltia. El pacient va viure molt al carrer, insuficientment atès. Va esdevenir cada vegada més hiperactiu, inquiet i violent, amb dificultats per a l'aprenentatge escolar. Un any abans de la consulta, va travessar un carrer precipitadament, i sense mirar, i va ser atropellat per un cotxe. Fa una setmana, prepara una corda per penjar-se, i quan ja està a punt, es sorprèn per la mare. Manifesta que vol acabar, perquè no el renyin més, perquè a ell

tot li surt malament. A continuació, agafa cotó i alcohol i intenta fer foc per cremar la casa. Personalitat amb marcada mancança afectiva, i molt poca tolerància a l'ansietat i la frustració. Elements psicopàtics de pas a l'acte.

OBSERVANÇA DEL TRACTAMENT: No inicien cap tractament, desapareixen després del diagnòstic.

ANTECEDENTS: no .

RECIDIVES: no consten.

CAS Nº: 4.

SEXE: femení.

EDAT: 10a.

MÈTODE UTILITZAT: Es queda penjada de la barana de l'últim pis de casa seva (8 pisos)

F: 2-3-7-18,2 (Trastorns del menjar. Trastorns del dormir. Trastorns de l'àrea cognitiva i del rendiment escolar).

E: 5,2 (Predomini d'elements depressius).

N: 0 (QI: 102)

E: 7,1 (Primeres experiències i funció materna insuficientment estructurants).

T: 9,1-9,2 (Entrevistes continuades amb els pares i amb la nena).

és la petita d'una família de quatre germans. El pare treballa lluny de la ciutat on viuen, hi va cada quinze dies. La pacient és anorèxica des de l'inici de l'alimentació sòlida; encara li donen el menjar a la boca. És inquieta i dispersa, amb dificultats d'atenció. Actualment té somnilòquia. Mal rendiment escolar ja des de primer d'EGB. En el moment de la consulta, hi ha un fracàs escolar evident. El dia abans de la consulta, després de donar-li les notes, que eren molt baixes, sense dir res a ningú, va pujar a l'últim pis de casa seva i se la van trobar penjada de la barana dient que volia saltar i matar-se. Els familiars fan notar que no van veure en ella gaire consciència de gravetat.

Personalitat amb fons depressiu, negació de l'ansietat i intents de fugida de la depressió.

OBSERVANÇA DEL TRACTAMENT: Fan entrevistes de seguiment fins que al pare el destinen a un altre lloc, fora de la Península, i se'n van a viure fora, on continuen el tractament.

ANTECEDENTS I RECIDIVES: no.

CAS Nº: 5.

SEXE: femení.

EDAT: 10a. 2m.

MÈTODE UTILITZAT: Ingesta de psicofàrmacs.

F: 2-7-13-18,2 (Trastorns del menjar. Trastorns de l'àrea cognitiva i del rendiment escolar. Trastorns de la conducta i del caràcter. Suïcidi).

E: 7,1 (Characterial).

N: 1 (QI: 75)

E: 7,2-9,1 (Ambient desestructurant. Nivell sòcio-econòmic deficitari greu).

T: 9,1-9,2 (Entrevistes continuades amb els pares i amb la nena).

és la quarta d'una família de sis germans. Viuen en una situació econòmica precària, en un ambient de predelinquència o delinquència al barri. La pacient ja des de molt petita té un comportament poc reflexiu i actuator. Mal rendiment escolar en tota l'EGB. Actualment, fracàs escolar total. També des de petita és anorèxica, símptoma que ha continuat fins ara. No és gens afectuosa, no contacta afectivament, és freda. Ella diu que la mestra la insulta; un dia que la va renyar, en arribar a casa, es va prendre les pastilles. Personalitat amb molt poca tolerància a les frustracions, absència d'afectivitat i tendència a l'actuació dels conflictes.

OBSERVANÇA DEL TRACTAMENT: Desapareixen després de la segona entrevista.

ANTECEDENTS: no.

RECIDIVES: no consten.

CAS Nº: 6.

SEXE: masculí.

EDAT: 10a. 5m.

MÈTODE UTILITZAT: gas.

F: 7-9-15-18,2 (Síntomes d'ansietat. Trastorns de la integració social.
Suïcidi).

E: 3,1 (Fòbico- paranoide, de predomini fòbic ansiós).

N: 0 (QI:111)

E: 7,1 (Primeres experiències i funció materna insuficientment
estructurants).

T: 5,1 (Psicoteràpia individual)

és el gran de dos germans. La primera consulta, un any abans de l'intent, va ser motivada per les seves dificultats de relació amb els companys; li costa fer amics. Va tenir vòmits reiterats els primers cinc mesos de vida; a més, gairebé no dormia. Dificultats d'integració a l'escola. "Sempre està cansat". Idees suïcides aparegudes en diverses situacions, i relacionades amb la por de ser abandonat, que es van traduir en acció només una vegada. La mare té una personalitat depressiva, amb un contacte distant amb els fills. Els pares tenen dificultats de relació entre ells. Personalitat amb estructura fòbico-paranoide.

OBSERVANÇA DEL TRACTAMENT: Finalitza la psicoteràpia al cap de dos anys i sis mesos, en donar-li l'alta.

ANTECEDENTS : no .RECIDIVES: no.

CAS Nº: 7.

SEXE: femení.

EDAT: 10a. 6m.

METODE UTILITZAT: Ingestió de fàrmacs.

F: 7-13-18,2 (Trastorns del rendiment escolar. Trastorns de la conducta i del

caràcter. Suïcidi).

E: 3,2-7,1 (Fòbico-paranoide, de predomini paranoide. Caracterial).

N: 0 (QI: 105)

E: 7,2 (Ambient desestructurant).

T: 9,1-9,2 (Entrevistes continuades a la nena i amb els pares).

és la gran d' una família de tres germans (el petit té tres anys). Sempre ha estat una nena amb un caràcter fort, i molt gelosa del seu germà petit, gelosia que es manifestava a través d'una excessiva preocupació i cura per ell. El pare té problemes de treball des de fa uns anys i han hagut de reduir molt el ritme de vida. La mare és tractada psiquiàtricament per una depressió. Hi ha un ambient molt tens a la família. Uns dies abans de la consulta, va discutir amb el germà que la segueix (9 anys) i el pare li pegà. A continuació va fer l'intent de suïcidi. Personalitat amb dificultats en el control dels impulsos, i tendència a l'actuació. Confusió de funcions, i ansietats fòbiques.

OBSERVANÇA DEL TRACTAMENT: Desapareixen sense donar explicacions, després de dues entrevistes.

ANTECEDENTS: no. RECIDIVES: no consten.