

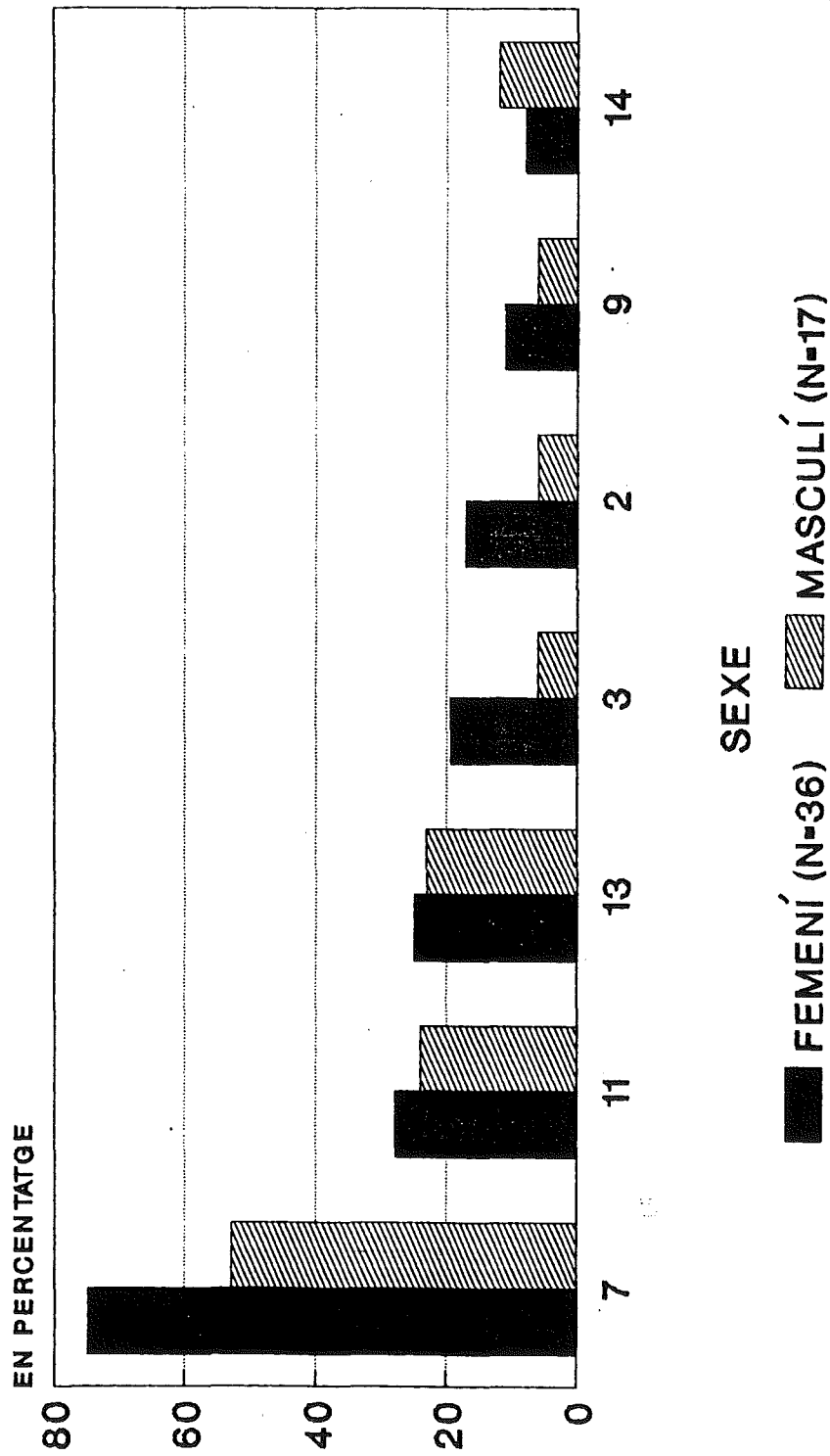
UNIVERSITAT DE BARCELONA

TESI DOCTORAL

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

MA TERESA MIRÓ I COLL

FENOMENOLOGIA SEGONS SEXES



7 - T. Cognitiu; 13 - T. Conducta
 11- S. Depressius 9 - S. Ansietat
 3- T. Dormir 2- T. Menjar 14- T. Somàtic

FIGURA N.º 7

TAULA 9 - FENOMENOLOGIA. DISTRIBUCIÓ PER EDATS.
GRUP DELS PETITS

Fenomenologia	Hombre casos (N=17)	Percentatge (%)
18,2.- Suïcidi	17	100.00
7.- Trastorns de l'àrea cognitiva i del rendiment escolar	14	83.35
13.- Trastorns de la conducta i del caràcter	7	41.17
9.- Síntomes d'ansietat	4	23.53
3.- Trastorns del dormir	2	11.76
2.- Trastorns del menjar	2	11.76
14.- Trastorns somàtics	2	11.76
15.- Trastorns integració social	2	11.76
11.- Síntomes depressius	1	5.88
5.- Trastorns control esfínters	1	5.88

TAULA 10 - FENOMENOLOGIA. DISTRIBUCIÓ PER EDATS.

GRUP DELS GRANS.

Fenomenologia	Nombre casos (N=36)	Percentatge (%)
18,2.- Suïcidi	36	100.00
7.- Trastorns de l'àrea cognitiva i del rendiment escolar	22	61.11
11.- Síntomes depressius	13	36.11
13.- Trastorns de la conducta i del caràcter	12	33.33
3.- Trastorns del dormir	6	16.66
2.- Trastorns del menjar	5	13.88
14.- Trastorns somàtics	3	8.33
15.- Trastorns integració social	3	8.33
9.- Síntomes d'ansietat	2	5.55
6.- Problemes parla i llenguatge	2	5.55
10.- Síntomes compulsius	2	5.55

FENOMENOLOGIA SEGONS EDATS

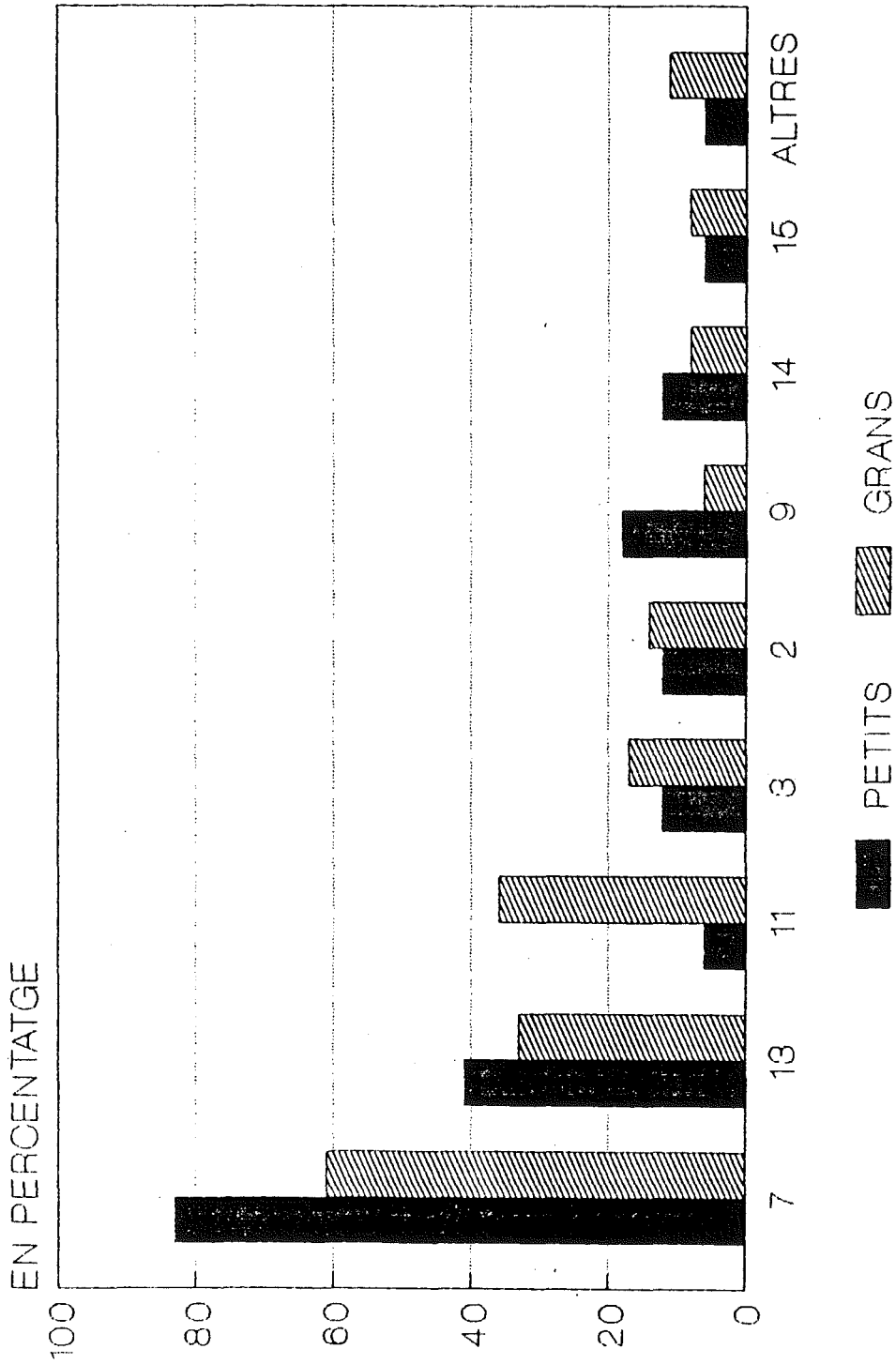


FIGURA N.º 8

7.3.2. ESTRUCTURA

A la taula 11 es poden trobar els resultats obtinguts en el segon eix del F.E.N.E.T., i a les taules 12-13-14-15 i 16 es troben les diferents varietats de tipus d'estructura detectades.

En aquest apartat, cal tenir present que una mateixa persona pot puntuar en més d'una estructura, així, en 34 casos s'ha identificat només una estructura, però en 19 casos han estat dues. No hi ha hagut cap cas en el qual es detectéssin més de dues estructures diferents.

En gairebé la meitat dels casos (45.28%) s'ha identificat una estructura de la personalitat classificada com a **ciclotímica**. La variant més freqüent és l'estructura **ciclotímica amb predomini d'elements depressius**, que és present en 19 dels casos; d'aquests, més de les dues terceres parts corresponen al sexe femení (18 casos que representen el 50% de les noies). L'estructura **ciclotímica malenconiosa de caràcter psicòtic** és present en 4 casos, i és molt més freqüent en el sexe masculí (3 nois, per una noia).

L'estructura **psicopàtica caracterial** és present en una mica més d'una quarta part de tots els casos, mentre que l'estructura **psicòtica *bordeline*** ho és també en la mateixa proporció.

L'estructura **fòbico-paranoide** s'ha identificat en 12 casos. El tipus més comú és la de predomini **paranoide**.

En 6 casos s'ha detectat una estructura **histèrica**, la més corrent de les quals és la de tipus **neuròtic**, que correspon, en la totalitat dels casos (6), al sexe femení.

Per edats, l'estructura més freqüent en el **grup dels més petits** és la caracterial, seguida immediatament de la *borderline* no clínica i de la ciclotímica amb predomini d'elements depressius. (Taula 19).

En el **grup dels grans** l'estructura ciclotímica amb predomini d'elements depressius, present en 16 casos (44.44%) és la més freqüent, seguida també, però a més distància, de la *borderline* no clínica i de la caracterial. (Taula 20).

TAULA 11 - ESTRUCTURA

Estructura	Nombre casos	Percentatge
	(N=53)	(%)
5.-		
Ciclotímica	23	43.39
7.-		
Psicopàtica	14	26.41
9.-		
Psicòtica	14	26.41
3.-		
Fòbico-paranoide	12	22.64
4.-		
Histèrica	6	11.32
2.-		
Immatura-regressiva	1	1.89
6.-		
Obsessiva	1	1.89
8.-		
Psicosomàtica	1	1.89

ESTRUCTURA

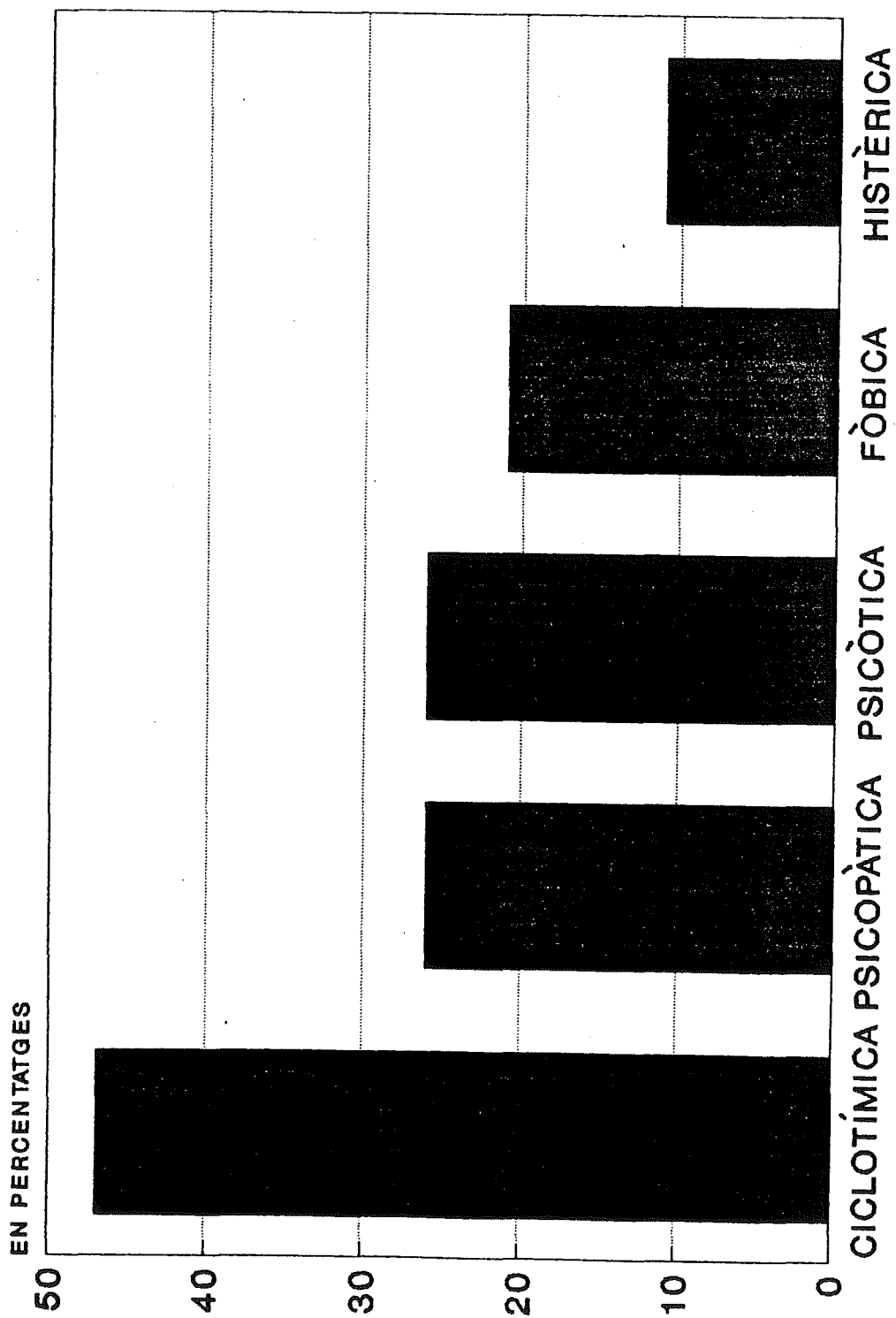


FIGURA N.º 9

TAULA 12 - TIPUS D'ESTRUCTURA CICLOTÍMICA

Estructura ciclotímica	Nombre casos (N=23)	Percentatge (%)
5,1.- Predomini d'elements maníacs	0	-
5,2.- Predomini d'elements depressius	19	82.61
5,3.- Excitació de caràcter psicòtic	0	-
5,4.- Malenconiosa de caràcter psicòtic	4	17.39

TAULA 13 - TIPUS D'ESTRUCTURA PSICOPÀTICA

Estructura psicopàtica	Nombre casos (N=14)	Percentatge (%)
7,1.- Psicopàtica caracterial	14	100.00
7,2.- de caràcter psicòtic	0	-

TAULA 14 - TIPUS D'ESTRUCTURA PSICÒTICA

Estructura psicòtica	Nombre casos (N=14)	Percentatge (%)
9,1.- <i>Borderline</i> no clínica	14	100.00
9,2.- Clínica	0	-

TAULA 15 - TIPUS D'ESTRUCTURA FÒBICO-PARANOIDE

Estructura fòbico-paranoide	Nombre casos (N=12)	Percentatge (%)
3,1.- Predomini fòbico-ansiós	3	25.00
3,2.- Predomini paranoide	7	58.33
3,3.- Paranoide de caràcter psicòtic	2	16.66

TAULA 16 - TIPUS D'ESTRUCTURA HISTÈRICA

Estructura histèrica	Nombre casos	Percentatge
	(N=6)	($\%$)
4,1.- Neuròtica	5	83.33
4,2.- de caràcter psicòtic	1	16.66

TAULA 17 - ESTRUCTURA. DISTRIBUCIÓ PER SEXES. SEXE FEMENÍ

Estructura	Nombre casos (N=36)	Percentatge (%)
5,2.- Ciclotímica amb predomini d'elements depressius	18	50.00
7,1.- Caracterial	9	25.00
9,1.- <i>Borderline</i> no clínica	9	25.00
3,2.- Fòbico-paranoide de predomini paranoide	5	13.88
4,1.- Histèrica de predomini neuròtic	5	13.88
3,1.- Fòbico-paranoide de predomini fòbic-ansiós	2	5.55
2,1.- Síndrome d'ansietat	1	2.77
3,3.- Fòbic-paranoide de caràcter psicòtic	1	2.77
4,2.- Histèrica de caràcter psicòtic	1	2.77
5,4.- Malenconiosa de caràcter psicòtic	1	2.77
6,1.- Obsessiva de caràcter neuròtic	1	2.77

ESTRUCTURA SEGONS SEXE

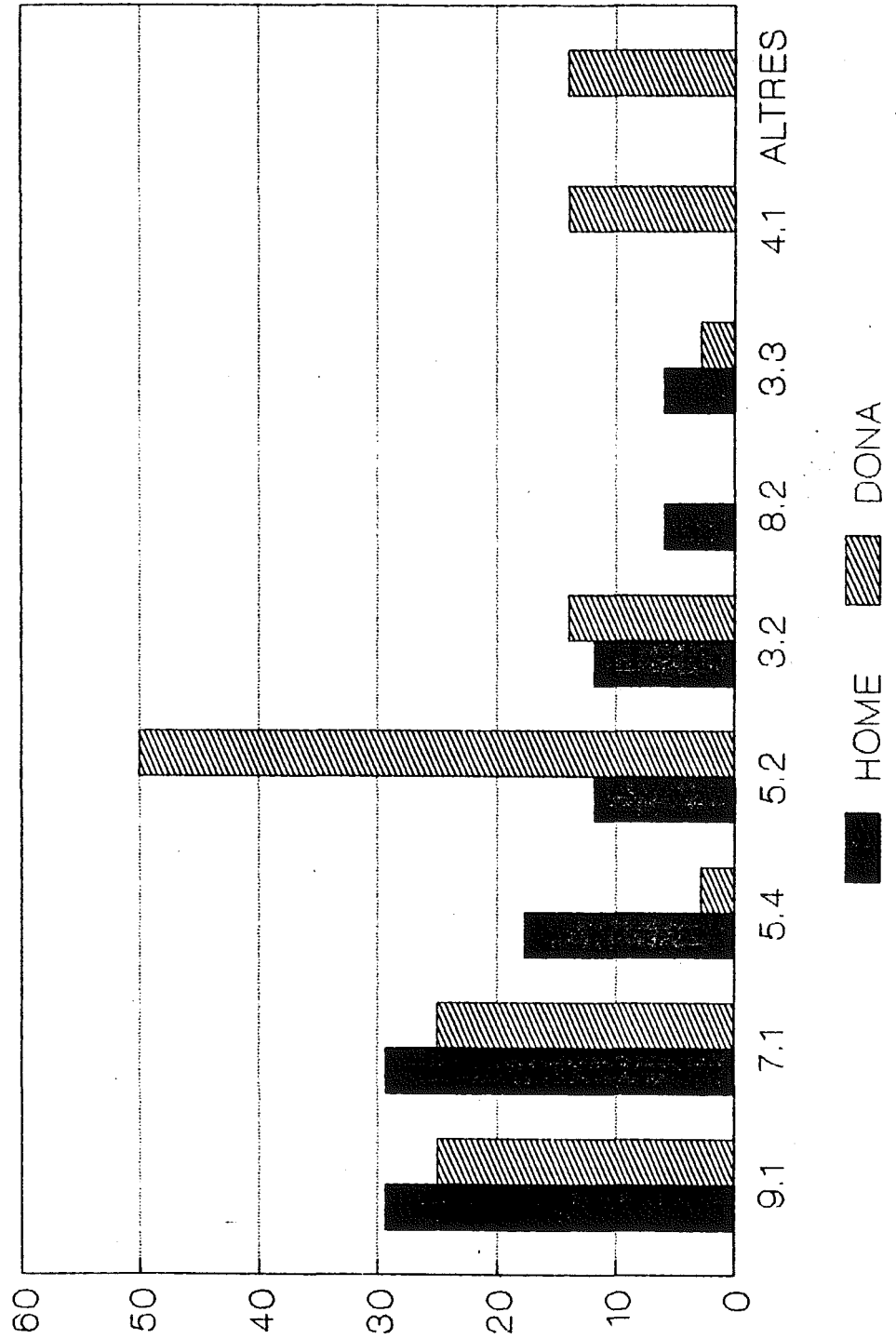


FIGURA N.º10

TAULA 19 - ESTRUCTURA. DISTRIBUCIÓ PER EDATS
GRUP DELS PETITS.

Estructura	Nombre casos (N=17)	Percentatge (%)
7,1.- Caracterial	6	35.29
9,1.- <i>Borderline</i> no clínica	5	29.41
5,2.- Ciclotímica amb predomini d'elements depressius	3	17.65
3,2.- Fòbico-paranoide de predomini paranoide	2	11.76
4,1.- Histèrica. Neuròtica	2	11.76
3,1.- Fòbico-paranoide de predomini fòbico-ansió	1	5.88
3,3.- Fòbico-paranoide de caràcter psicòtic	1	5.88
4,2.- Histèrica de caràcter psicòtic	1	5.88

TAULA 20 - ESTRUCTURA. DISTRIBUCIÓ PER EDATS.

GRUP DELS GRANS

Estructura	Nombre casos (N=36)	Percentatge (%)
5,2.- Ciclotímica amb predomini d'elements depressius	16	44.44
9,1.- <i>Borderline</i> no clínica	9	25.00
7,1.- Caracterial	8	22.22
3,2.- Fòbico-paranoide de predomini paranoide	5	13.86
5,4.- Malenconiosa de caràcter psicòtic	4	11.11
4,1.- Histèrica. Neuròtica	3	8.33
3,1.- Fòbico-paranoide de predomini fòbic-ansiós	2	5.55
2,1.- Síndrome d'ansietat	1	2.77
3,3.- Fòbico-paranoide de caràcter psicòtic	1	2.77
6,1.- Obsessiva de caràcter neuròtic	1	2.77
8,2.- Psicossomàtica depressiva	1	2.77

ESTRUCTURA SEGONS EDAT

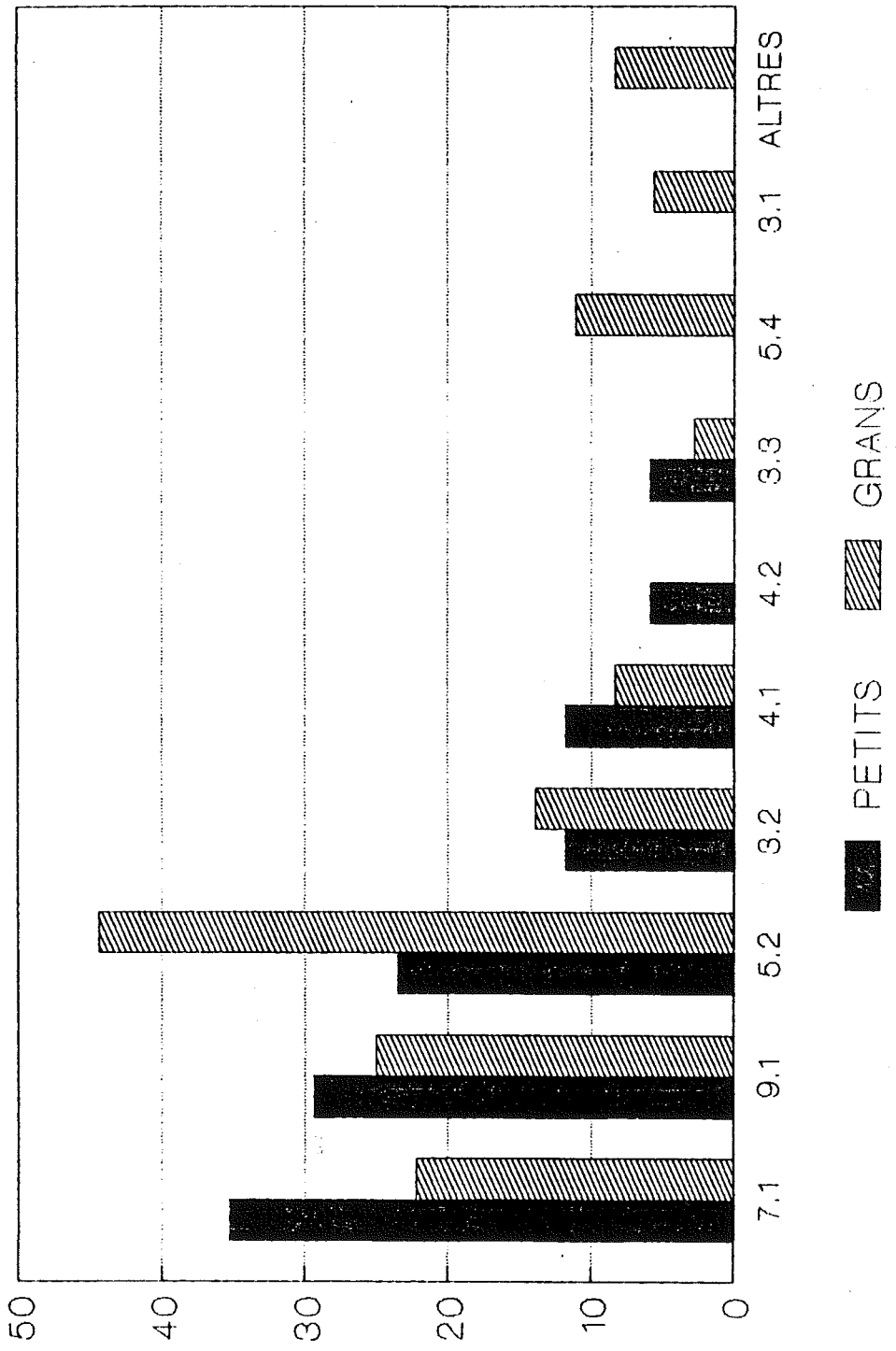


FIGURA N.º 11

7.3.3. NIVELL D'INTEL·LIGÈNCIA

Els resultats obtinguts estan continguts a la Taula 21. Com es pot veure, el nombre de casos totals estudiants per aquest ítem és de 52 enlloc 53, donat que un dels pacients va desaparèixer pràcticament després de fer l'intent i abans de poder ser completament explorat i estudiat.

La quasi totalitat dels casos (88,46%) han donat una puntuació de l'anomenat Q.I. compresa entre els límits de la normalitat, repartida de manera força uniforme entre el nivell normal o superior i el nivell normal baix.

En molt pocs casos, tant sols en 6 (11.54%), s'ha obtingut un Q.I. per sota de 90, classificant-se en el nivell de subnormalitat lleugera.

No s'ha trobat cap cas de subnormalitat moderada ni de subnormalitat profunda.

La distribució per sexes i la distribució per edats estan reflectides a les Taules 22, 23, 24 i 25.

TAULA 21 - NIVELL D'INTEL·LIGÈNCIA

Q.I.-	Nombre de casos (N=52)	Percentatge (%)
0.-		
Q.I. = 100 o més	28	52.83
0,1.-		
Q.I. = entre 90 i 100	18	34.61
1.-		
Q.I. = entre 70 i 80	6	11.54

NIVELL D'INTEL·LIGENCIA

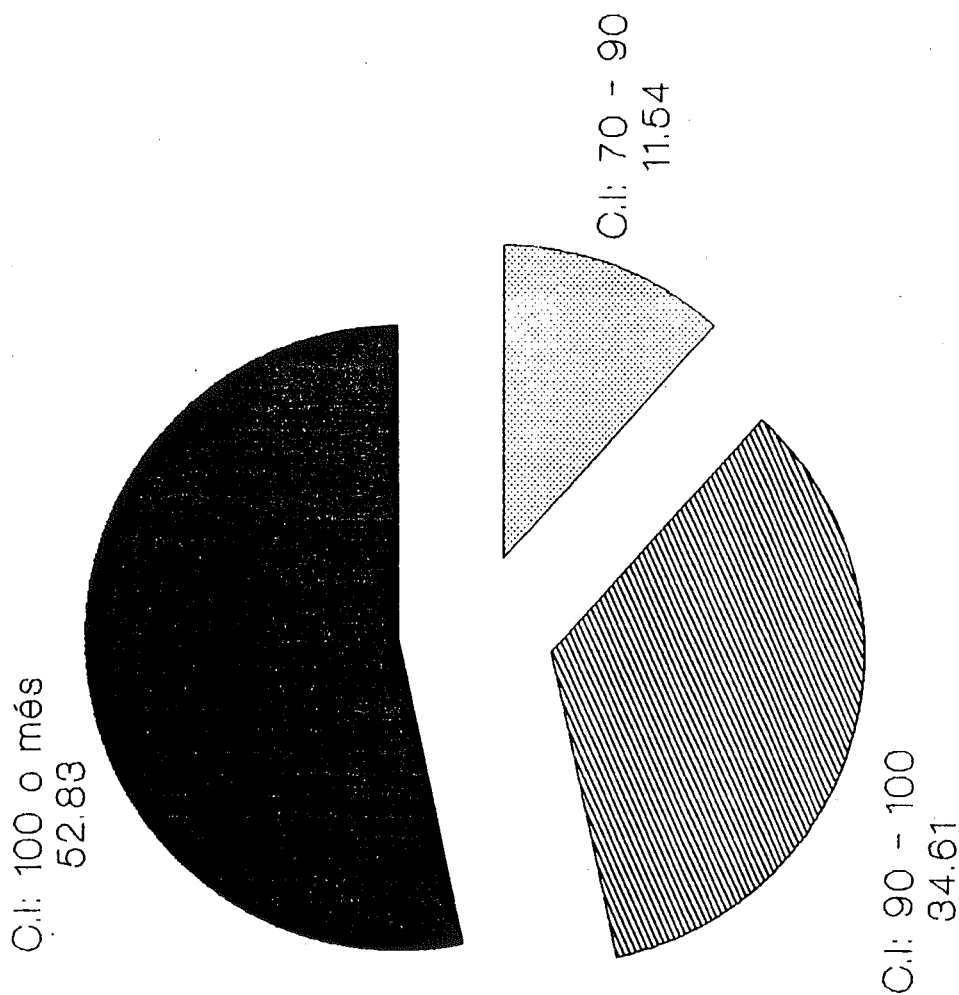


FIGURA N.º 12

TAULA 22 - NIVELL D'INTEL·LIGÈNCIA. DISTRIBUCIÓ PER SEXES.

SEXE FEMENÍ.

Q. I. -	Nombre casos (N=35)	Percentatge (%)
0. - Q. I. = a 100 o més	22	62.86
0,1. - Q. I. = entre 90 i 100	9	25.71
1. - Q. I. = entre 70 i 80	4	11.43

TAULA 23 - NIVELL D'INTEL·LIGÈNCIA. DISTRIBUCIÓ PER SEXES.

SEXE MASCULÍ.

Q. I. -	Nombre casos (N=17)	Percentatge (%)
0. - Q. I. = a 100 o més	6	35.29
0,1. - Q. I. = entre 90 i 100	9	52.94
1. - Q. I. = entre 70 i 80	2	11.76

TAULA 24 - NIVELL D'INTEL·LIGÈNCIA. DISTRIBUCIÓ PER EDATS.
GRUP DELS PETITS.

Q.I.-	Nombre casos (N=17)	Percentatge (%)
0.- Q.I. = a 100 o més	9	52.94
0,1.- Q.I. = entre 90 i 100	6	35.29
1.- Q.I. = entre 70 i 80	2	11.76

TAULA 25 - NIVELL D'INTEL·LIGÈNCIA. DISTRIBUCIÓ PER EDATS.
GRUP DELS GRANS.

Q.I.-	Nombre casos (N=35)	Percentatge (%)
0.- Q.I. = a 100 o més	19	54.29
0,1.- Q.I. = entre 90 i 100	12	34.29
1.- Q.I. = entre 70 i 80	4	11.29

7.3.4. FACTORS ETIOLÒGICS O FACTORS ASSOCIATS

A la taula 26 estan recollits els diferents resultats obtinguts en el quart eix del F.E.N.E.T.

En 27 casos s'ha identificat un sol factor, en 24 se n'han identificat dos, i només en 2 casos s'han identificat tres factors.

Els factors que s'han trobat de manera majoritària han estat els factors psicològics parentals, presents pràcticament a tots els casos. Només en 4 casos (7,55%) no s'ha pogut identificar aquest factor.

El factor parental present de manera més freqüent, en gairebé la meitat dels casos estudiats, és l'ambient desestructurant. En 16 casos (30.18%) s'ha constatat l'absència total o perllongada del pare o de la mare. A la Taula 27 s'especifica el tipus d'absència sigui per la separació dels pares, mort d'un d'ells, abandonament. Cal ressenyar que en tres casos es dona un abandonament temporal per part dels pares en els primers anys de vida, passant el nen a cura dels avis. Aquests casos d'abandonament temporal al no poder ser considerats com abandonaments perllongats no queden ressenyats en el F.E.N.E.T., no obstant això, creiem important assenyalar la seva existència.

En un xic més del 20% dels casos es troben unes primeres experiències i una funció materna insuficientment estructurants, mentre que en 10 casos s'han detectat influències parentals clarament pertorbadores.

Els maltractaments estan presents en 4 casos (7.55%).

Després dels factors patològics parentals, els factors psicològics familiars són els més freqüents, amb les característiques pertorbadores del grup familiar en 6 casos (11.32%) i la presència d'un

malalt mental a la família també en 6 casos (11.32%). Hi ha tres casos d'antecedents de suïcidi o d'intents de suïcidi a la família i tots tres corresponen a la mare de noies que han fet un intent.

Els factors socio-econòmics, especialment el nivell socio-econòmic greument deficitari, hi és present en 2 dels casos. També en dos casos s'han identificat factors ambientals traumàtics crònics.

De manera aïllada s'ha trobat un cas de trastorns de l'embaràs i un cas de seqüeles de malalties del S.N.C. (epilèpsia).

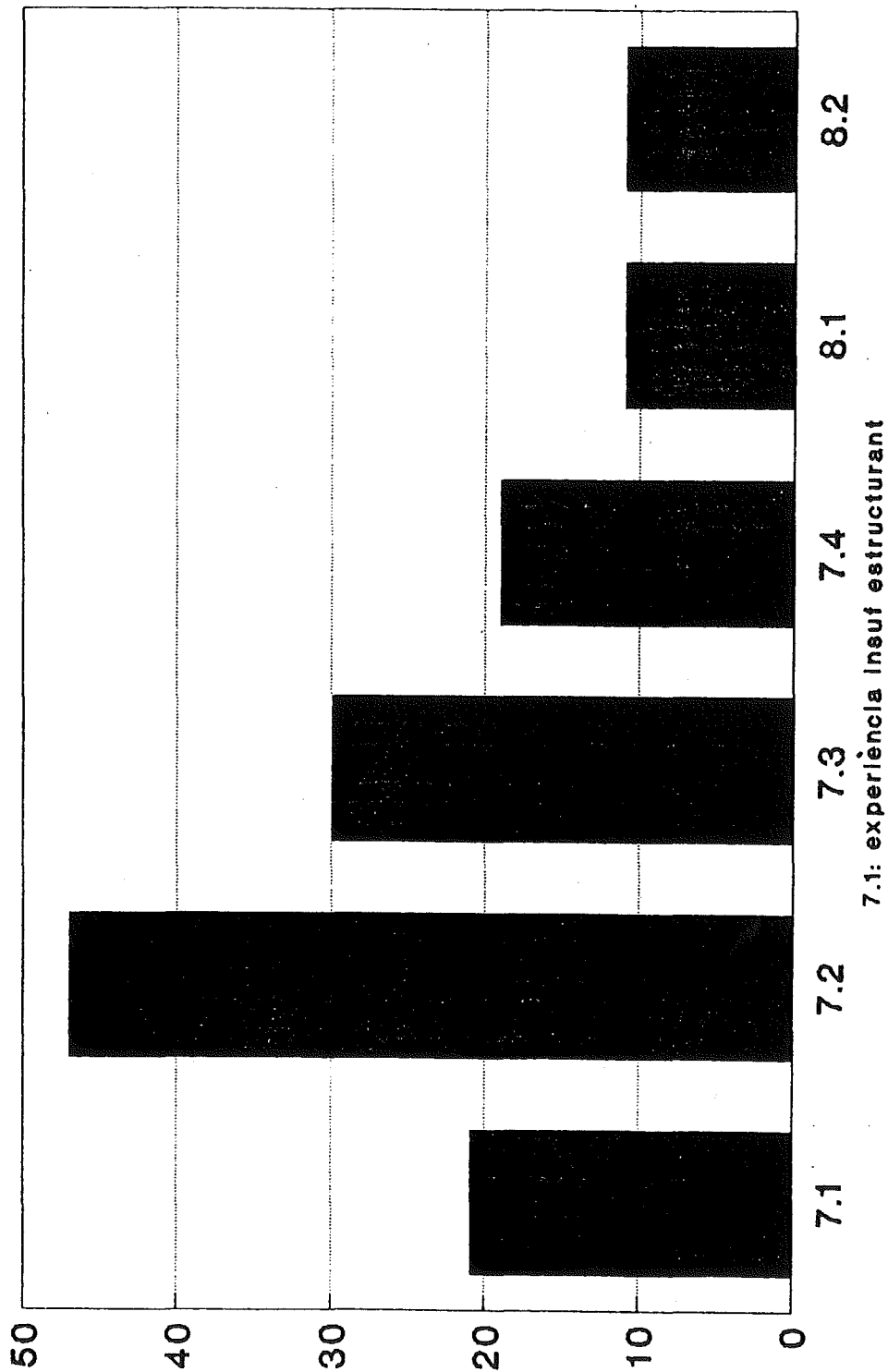
A les Taules 28 i 29 estan recollits els diferents factors etiològics o associats identificats segons el sexe del pacient.

Els factors obtinguts i llur distribució segons l'edat es troben a les Taules 30 i 31. En ambdós grups el factor principal és l'ambient desestructurant.

TAULA 26 - FACTORS ETIOLÒGICS. FACTORS ASSOCIATS

Factor	Nombre casos (N=53)	Percentatge (%)
7,2.- Ambient desestructurant	25	47.16
7,3.- Absència total o perllongada del pare i/o de la mare	16	30.18
7,1.- Primeres experiències insufi- cientment estructurants	11	20.75
7,4.- Influències parentals pertor- badores	10	18.86
8,1.- Presència d'un malalt mental a la família	6	11.32
8,2.- Característiques pertorbadores del grup familiar	6	11.32
6,3.- Factors ambientals traumàtics crònics	2	3.77
9,1.- Nivell socio-econòmic greument deficitari	2	3.77
2.- Trastorns de l'embaràs	1	1.88
3,3.- Seqüeles de malalties del S.N.C. Epilepsia	1	1.88

FACTORS ETIOLÒGICS



7.2: ambient no estructurat 7.3: absència pares 7.4: pares pertorbadors 8.1: malalt mental família 8.2: família pertorbadora 7.1: experiència insuf estructurant

FIGURA N.º 13

TAULA 27 - FACTORS ETIOLÒGICS. FACTORS ASSOCIATS. DISTRIBUCIÓ
PER SEXES. SEXE FEMENÍ

Factor	Nombre casos (N=36)	Percentatge (%)
7,2.- Ambient desestructurant	18	50.00
7,3.- Absència total o perllongada del pare i/o de la mare	12	33.33
7,1.- Primeres experiències insufi- cientment estructurants	9	25.00
7,4.- Influències parentals pertor- badores.	5	13.18
8,2.- Característiques pertorbadores del grup familiar	4	11.11
8,1.- Presència d'un malalt mental a la família	3	8.33
9,1.- Nivell socio-econòmic greument deficitari	2	5.55
6,3.- Factors ambientals traumàtics crònics	1	2.77

TAULA 28 - FACTORS ETIOLÒGICS. FACTORS ASSOCIATS. DISTRIBUCIÓ
PER SEXES. SEXE MASCULÍ

Factor	Nombre casos (N=17)	Percentatge (%)
7,2.- Ambient desestructurant	7	41.18
7,4.- Influències parentals pertor- badores	5	29.41
7,3.- Absència total o perllongada del pare i/o de la mare	4	23.53
8,1.- Presència d'un malalt mental a la família	3	17.65
7,1.- Primeres experiències insufi- cientment estructurants	2	11.76
8,2.- Característiques pertorbadores del grup familiar	2	11.76
2.- Trastorns de l'embaràs	1	5.88
3.3.- Epilèpsia	1	5.88
6,3.- Factors ambientals traumàtics crònics	1	5.88

TAULA 29 - FACTORS ETIOLÒGICS. FACTORS ASSOCIATS. DISTRIBUCIÓ
PER EDATS. GRUP DELS PETITS.

Factor	Nombre casos (N=17)	Percentatge (%)
7,2.- Ambient desestructurant	6	35.24
7,1.- Primeres experiències insufi- cientment estructurants	4	23.53
7,4.- Influències parentals pertor- badores	4	23.53
7,3.- Absència total o perllongada del pare i/o de la mare	3	17.65
8,1.- Presència d'un malalt mental a la família	2	11.76
2.- Trastorns de l'embaràs	1	5.88
6,3.- Factors ambientals traumàtics crònics	1	5.88
8,2.- Característiques pertorbadores del grup familiar	1	5.88
9,1.- Nivell socio-econòmic greument deficitari	1	5.88

TAULA 30 - FACTORS ETIOLÒGICS. FACTORS ASSOCIATS. DISTRIBUCIÓ
PER EDATS. GRUP DELS GRANS.

Factor	Nombre casos (N=36)	Percentatge (%)
7,2.- Ambient desestructurant	19	52.77
7,3.- Absència total o perllongada del pare i/o de la mare	13	36.11
7,1.- Primeres experiències insufi- cientment estructurants	7	19.44
7,4.- Influències parentals pertor- badores	6	16.66
8,2.- Característiques pertorbadores del grup familiar	5	13.88
8,1.- Presència d'un malalt mental a la família	4	11.11
9,1.- Nivell socio-econòmic greument deficitari	1	2.77

7.3.5. TRACTAMENTS

7.3.5.1. TRACTAMENTS INSTAURATS

Els tractaments que més sovint s'han indicat han estat les entrevistes continuades. En 43 casos les entrevistes eren amb els pares, en 33 casos amb els pacients, i en un sol cas amb tot el grup familiar. Com es pot suposar, per la coincidència del nombre de casos, en la majoria el tractament consisteix en entrevistes amb pares i fill o filla alternativament o simultàniament, segons el casos.

La psicoteràpia individual ha estat indicada en 19 casos, mentre que el tractament farmacològic s'ha utilitzat en 8 casos.

En 4 casos ha calgut fer un reajustament de l'ambient extrafamiliar, i en un cas va caldre l'internament en una institució.

A la Taula 31 es troben la relació dels tractaments instaurats. Només ha estat possible instaurar un tractament en 52 casos, ja que com ja s'ha esmentat abans, un dels casos va desaparèixer pràcticament després de l'intent sense deixar la possibilitat de ser tractat ni tant sols d'acabar les exploracions que es duïen a terme.

TAULA 31 - TRACTAMENTS INSTAURATS

Tipus de tractament	Nombre casos (N=52)	Percentatge (%)
9,2.- Entrevistes continuades amb els pares	43	82.69
9,1.- Entrevistes continuades amb el nen	33	63.46
5,1.- Psicoteràpia individual	19	36.53
1.- Tractament farmacològic	8	15.38
10.- Reajustament de l'ambient extrafamiliar	4	7.69
8.- Internament en una institució	1	1.92
9,3.- Entrevistes continuades amb el grup familiar	1	1.92

TRACTAMENTS INSTAURATS

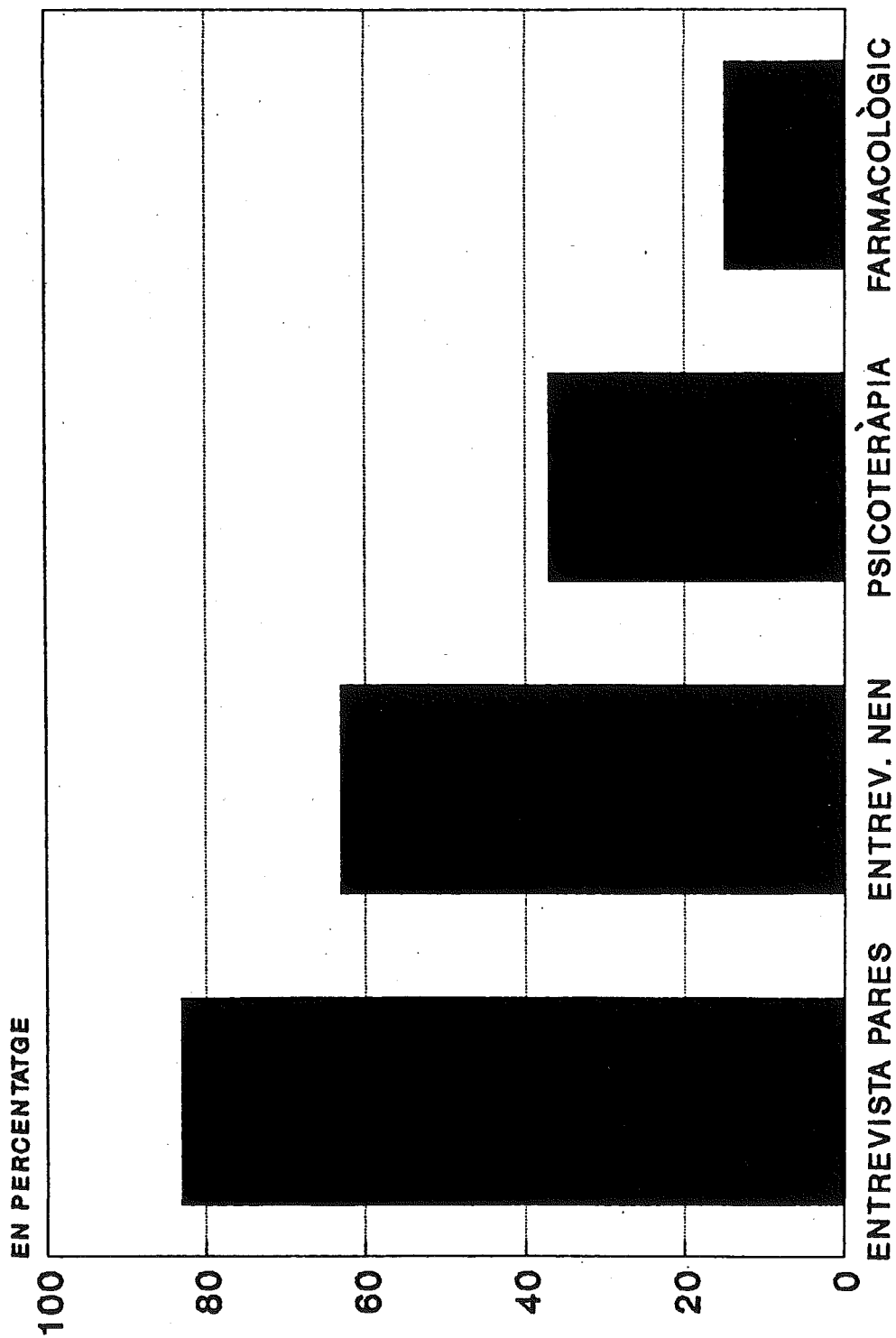


FIGURA N.º 14

7.3.5.2. SEGUIMENT DEL TRACTAMENT

Un altre aspecte del tractament és el que fa referència al seu seguiment. Dels 53 casos estudiats, 34 (64.15 %) han abandonat completament el tractament; un cas l'ha abandonat parcialment -continua amb la psicoteràpia, però ha abandonat les entrevistes-; i només en 18 casos (33.96%) continuen el tractament.

7.4. NOMBRE D'INTENTS. INTENTS MÚLTIPLES

Dels 53 casos estudiats, n'hi ha 10 d'intents múltiples. En un cas l'intent és **quíntuple**, en dos casos **triple**, i a la resta, s'ha recollit un **doble** intent.

Tenint en compte les edats dels pacients, dos dels casos (20%) d'intent múltiple corresponen a menors de 13 anys, els altres corresponen al grup dels més grans.

De tots els casos d'intents múltiples, 8 han estat realitzats per noies, mentre que 2 ho han estat per nois.

En les noies, el mecanisme de suïcidi emprat en 2 dels casos d'intent doble no ha variat a cada intent i ha estat sempre la intoxicació per fàrmacs. En 2 casos el mitjà utilitzat en el primer intent ha estat la intoxicació per fàrmacs, mentre que el mecanisme emprat en el segon intent ha estat més violent, la intoxicació per gas en un cas i la precipitació a la via del metro en un altre cas. Només en un cas, el mecanisme utilitzat en el segon intent de suïcidi ha estat menys violent que en el primer (intoxicació per fàrmacs en el segon, i ferida d'arma de foc en el primer). En aquest cas, quan la noia va realitzar el segon intent estava ja sota tractament farmacològic i psicoteràpic.

En un dels casos de triple intent, en els tres intents fets s'han utilitzat mitjans considerats violents, com la defenestració en el primer cas, i l'atropellament per cotxe en els dos darrers.

L'únic cas del que s'han recollit cinc intents correspon a una noia, i tots ells han estat realitzats mitjançant la intoxicació farmacològica.

Pel que fa al sexe masculí, en un cas el primer intent ha estat la precipitació, i el segon el penjament, mentre que en l'altre cas d'intent múltiple, el primer intent va ser mitjançant la intoxicació per fàrmacs i el segon tallant-se les venes.

7.5. AVISOS. MISSATGES DE COMIAT. FACTORS DESENCADENANTS.

En la major part dels casos no han estat consignats ni avisos ni verbalitzacions d'idees suïcides ni missatges de comiat.

Tant sols en dos casos hi ha hagut un avís de les intencions immediates d'atemptar contra la pròpia vida, i en ambdós casos han deixat una carta de comiat dirigida als pares.

En uns altres tres casos hi havia present la manifestació i verbalització d'idees i d'amenaques suïcides però sense relació immediata amb l'acte, i per tant no podem considerar-los com avisos.

Pel que fa als **factors desencadenants** (no causants), només s'han pogut identificar en 33 dels casos, mentre que en els 20 restants ha estat impossible d'identificar un factor o fet desencadenant immediat.

El primer factor identificat, amb molta més constància que els que el segueixen són les discussions i baralles dins la família. D'entre aquestes les més importants són les discussions seguides a vegades de càstigs amb els pares. En segon lloc se situen les discussions amb els germans.

L'abandonament de la parella és present en dos casos. I l'abandonament per part de l'amiga íntima també ho és en dos casos més.

El descobriment d'un petit furt és el factor desencadenant en dos dels casos.

La mort és present en tres casos, en un és la mort de l'avi, en un altre és la mort d'un company molt amic, i la tercera és el ser testimoni d'un assassinat dins de la família (veu com el seu oncle mata a la seva tia).

No s'ha pogut detectar com a factor desencadenant el fracàs escolar. Però en un dels casos l'amenaça de canvi d'escola com a conseqüència d'aquest fracàs, és el desencadenant de l'intent de suïcidi. També en dos dels casos, la discussió amb el mestre ha estat identificada com a desencadenant.

8. DISCUSSIÓ

8.1. L'ELECCIÓ DEL MÈTODE

En la nostra sèrie de casos, el mecanisme de suïcidi més utilitzat va ser la intoxicació per fàrmacs, en 36 casos (67.92%), amb un clar predomini del sexe femení sobre el masculí. Aquestes dades concorden amb la major part de la literatura sobre l'intent de suïcidi en nens i adolescents. No s'ha constatat una diferència significativa entre el grup dels petits, de 7 a 12 anys, i el grup dels grans, de 13 a 19 anys.

C. Pfeffer (1986), en el seu estudi sobre els mètodes de suïcidi més emprats per nens entre els 6 i els 12 anys, diu que la precipitació és el que més freqüentment utilitzen. En el nostre estudi, la precipitació va ser el segon mecanisme en freqüència, en 5 casos, amb un predomini del sexe masculí sobre el femení. Totes les noies que van utilitzar aquest mètode eren menors de 13 anys, fet que concorda amb el que diu C. Pfeffer. En el grup del sexe masculí no s'ha pogut constatar aquest predomini de la utilització de mecanismes més violents en el grup dels més petits respecte al grup dels més grans.

El tercer mecanisme més usat va ser el penjament, amb 4 casos (7,55%), tots els quals corresponien al sexe masculí. D'aquests, el 75% pertanyien al grup de menors de 13 anys. Segons Shaffer (1974) i Holinger (1978), el penjament és el que s'utilitza amb segona freqüència, mentre que C. Pfeffer (1986) el col·loca en una tercera posició.

La intoxicació per gas es va donar en 2 dels casos (3.77%), sense que s'evidenciés un predomini en cap dels sexes, ja que corresponen a un nen i a una nena.

La resta de mecanismes utilitzats ho han estat en una sola ocasió cadascun d'ells (electrocució, arma de foc, tallar-se les venes, atropellament per cotxe, irrupció a la via del tren). Finalment, en un sol cas el mecanisme ha estat múltiple, combinant la ingestió de fàrmacs amb la intoxicació etílica i el segament de les venes. Aquest últim cas correspon a un adolescent.

L'elecció d'un mecanisme o d'un altre ha estat objecte de diverses controvèrsies. Alguns autors, com Bender i Schilder (1937), considèren que el grau d'agressivitat és major quan els mètodes escollits són més violents. Per a d'altres autors, l'elecció dependria més de la facilitat d'accés als diversos mitjans. Finalment, per a d'altres, que ho analitzen des de perspectives psicodinàmiques, hi hauria una influència de factors inconscients. Possiblement l'explicació és una combinació d'aquests diversos aspectes.

Sobretot en el cas del nen, la facilitat d'accés és un factor decisiu, ja que l'infant no té autonomia per aconseguir-ho per si mateix. Així, el fet que algun membre de la família estigui en tractament psicofarmacològic per un trastorn psiquiàtric, a part de la influència relacional que pressuposa, permet que el nen tingui un fàcil accés a un fàrmac que no podria aconseguir tot sol.

La diferent utilització dels diversos mètodes de suïcidi segons els sexes ha estat objecte de controvèrsia. Clàssicament hom atribueix al sexe masculí la utilització dels mecanismes més violents. En l'estudi dels nostres casos, tot i ser la ingesta de fàrmacs el mètode més emprat en

ambdós sexes, el penjament i la precipitació són utilitzats majoritàriament i significativament pel sexe masculí. Pommereau (1987) creu que l'explicació del per què els individus del sexe femení s'inclinen pels mètodes menys violents inclou el desig d'evitar la desfiguració. Ho relaciona amb la fantasia del conte de la Blancaneus, en el qual la mort és imaginada com un pas per tornar a renéixer. No cal que repetim que aquestes fantasies són un clar exemple del pensament màgic.

S'han constatat (Hawton 1986) marcades variacions en els mètodes usats segons que els suïcidis es produeixin en nacions diferents o en societats amb diferents costums. Així, als Estats Units, la taxa d'utilització de les armes de foc està estadísticament per sobre de la dels altres països, degut a la facilitat amb que en aquell país es poden adquirir aquestes armes. En canvi, a l'Índia, els mètodes més usats són cremar-se i ofegar-se.

Evidentment, cada mètode té també una representació mental simbòlica en l'inconscient del suïcida, diferent per a cada individu segons les seves característiques personals, experiències anteriors i significació cultural. De vegades, per efecte de la identificació amb un company o familiar que va cometre un intent, o que es va suïcidar, el jove o el nen entren el mateix mètode.

Com a exemple, tenim l'observació sobre els suïcidis que es produeixen entre els nois que fan el Servei Militar. El mitjà acostuma a ser l'arma de foc, probablement perquè hi tenen un accés fàcil. En nois amb característiques personals determinades i sotmesos a la pressió de la disciplina militar, en alguns casos es pot desvetllar una conducta autodestructiva que en altres circumstàncies de la vida mai no s'hauria

manifestat. En aquest mateix ambient, també es dona el fenomen de la repetició de casos de suïcidi en una mateixa època.

El fenomen del "contagi" en el suïcidi ha estat estudiat per alguns autors i reconegut pel Grup de Treball de l'OMS sobre el suïcidi (1976). Hawton (1986) parla de motius basats en la imitació o la competició, particularment entre nens i adolescents. Diu que el factor "contagi" és una característica més comuna en institucions com escoles i hospitals psiquiàtrics.

Uns esdeveniments propers a nosaltres i que podrien fer-nos pensar en aquest factor "contagi" han estat els casos de suïcidis consumats per adolescents a diferents ciutats de l'Estat espanyol durant el mes de setembre del 1988. Durant aquell mes (El País, 14-15-17 i 22 de setembre de 1988) es van registrar sis casos de suïcidis de nois entre 14 i 16 anys, que en molts diaris s'atribuïen, si més no com a causa desencadenant, al fracàs en els exàmens de setembre. Considerem, com ja discutirem més endavant, els problemes en l'aprenentatge com la conseqüència d'un procés de llarga evolució, en el qual hi ha involucrada la formació de la personalitat i la influència de l'ambient familiar en la creació d'un tipus de pensament. Si que creiem que el fracàs escolar pot actuar com a desencadenant quan s'arriba a situacions crítiques en les quals coincideixen diversos factors.

8.2. LA PERSONALITAT DEL JOVE SUICIDA

Cal tenir en compte que en molts dels casos estudiats s'ha identificat més d'un tret fenomenològic i d'estructura de la personalitat en el mateix jove, trets que tindrien una acció concomitant i als quals és difícil atribuir un significat, com a efecte desencadenant o no, per si mateixos.

Com ja s'ha vist, en el grup de casos estudiats s'han identificat diferents trets fenomenològics i d'estructura de la personalitat, la qual cosa confirma la hipòtesi que el suïcidi és un símptoma, i que cap de les característiques psicològiques que trobem en el suïcida no és definitiva per ella mateixa. Aquest fet representa una dificultat de cara al diagnòstic i a la detecció del possible suïcida.

En 36 casos (71.70%) hi ha un clar trastorn de l'àrea cognitiva i del rendiment escolar. En l'estudi de Gispert (1985), aquest percentatge era del 50%, lleugerament inferior al nostre. Clàssicament s'ha considerat el fracàs escolar com un desencadenant de l'intent de suïcidi en infants i adolescents. En la nostra sèrie no s'ha evidenciat aquesta relació de causa-efecte més que en un sol cas.

En canvi, interpretem que aquest baix rendiment escolar pot respondre a la influència de diversos factors psicopatològics coexistents, de llarga evolució. Per a Santostefano i altres (1984), el suïcida té dificultats per imaginar les situacions, té tendència a l'actuació, i un pensament dicotomitzat i constret. El pensament concret, que pressuposa una disminució de la capacitat de crear pensament simbòlic, és un tret característic en molts dels nostres casos. La tendència a l'actuació, l'episodi psicòtic de Laufer, anirien a favor d'aquest tipus de pensament.

De totes maneres, el fracàs escolar no pressuposa un nivell intel·lectual baix. En el nostre grup, el 88,46% dels casos tenien un nivell d'intel·ligència qualificat de normal o superior, i només un 11,54% (6 casos) mantenien els coeficients d'intel·ligència entre 70 i 80. Pensem que l'esmentat fracàs escolar és degut a la influència de factors provinents d'una difícil evolució emocional que ha compromès l'aprofitament del potencial intel·lectual. A. Grimalt i altres, en el seu treball sobre inhibició intel·lectual (1984), descriuen que alguns nens poden estar ben dotats intel·lectualment, però pot observar-se en ells un procés actiu que tendeix a aturar la tendència natural a aprendre i a conèixer. Cal analitzar, doncs, els factors familiars i ambientals, així com els personals, com a factors decisoris en una influència de llarga evolució. En els casos recollits per nosaltres, és coincident l'existència d'una psicopatologia prèvia a l'intent, amb una dinàmica familiar alterada en major o menor grau, juntament amb el fracàs escolar de llarga evolució. Una alteració psicopatològica afecta, evidentment, la capacitat de pensament abstracte i simbòlic.

En els casos estudiats, les estructures de la personalitat més freqüents han estat la depressiva, la caracterial i la *borderline*, cosa que lliga amb les característiques de personalitat que els autors ja citats en el capítol sobre APROXIMACIÓ PSICOPATOLÒGICA han atribuït als joves suïcides.

En 20 casos (37.74%) s'ha trobat una estructura amb elements depressius, que no sempre es traduïa en una simptomatologia clarament depressiva sinó que es manifestava a través de trastorns somàtics, del son, o altres. Pensem que molt sovint, en els nens, els aspectes malenconiosos queden emmascarats darrera de símptomes psicossomàtics i només

es detecten a través d'una exploració acurada. Campo (1984), en el seu treball sobre la depressió infantil, assegura que aquesta és una entitat clínica amb suficients signes clínics, on predominen les manifestacions de defensa, especialment en la conducta. És freqüent l'existència d'estats depressius en un dels pares, o en la persona que tingui cura del nen. Aquest autor continua dient que el suïcidi o els seus equivalents poden presentar-se fins i tot abans dels 5 o 6 anys, i que hom pot considerar les malalties psicossomàtiques, així com també la hiperactivitat com a canalització o desviació de sentiments depressius. A partir dels tres anys, en nens deprimits, hi ha un predomini de les inhibicions, sobretot de la intel·lectual. El baix percentatge de símptomes depressius en el grup dels més petits i l'augment de símptomes d'ansietat i de trastorns del son i del menjar evidencien el fet que la depressió en el nen té altres formes de manifestar-se, com diu el Dr. Campo.

En canvi, Sandler (1965) parla de reacció depressiva en lloc de depressió. Descriu com a central el sentiment de desesperança i una actitud de resignació passiva, però sempre entès com una reacció enfront d'uns esdeveniments o d'un ambient extern que deprimeixen el nen, sense que signifiqui necessàriament un conflicte intern per si mateix.

El percentatge de trastorns depressius, en la nostra sèrie el més elevat, coincideix amb la consideració general que la depressió és el trastorn amb un major índex de risc de suïcidi. Altres autors, com Shaffer (1981) i Pfeffer (1987), troben encara una taxa més alta.

Els trastorns del son corresponen a 7 casos (19.44%), 6 dels quals són del sexe femení. És difícil valorar aquest predomini femení i la pròpia literatura no dona informació sobre el tema.

Els 19 casos (35.84%) de trastorns de la conducta o del caràcter detectats en l'apartat de la fenomenologia, es correspondrien fonamentalment amb l'estructura psicopàtica caracterial i amb la psicòtica *borderline*. Tant l'estructura psicopàtica caracterial com la psicòtica *borderline* representen el 26.41% cadascuna. Aquest fet tindria una relació directa amb la tendència a l'actuació i al pas a l'acte que Haïm (1969) i Mc.Intire (1978), entre d'altres que hem vist anteriorment, identifiquen com a característica del suïcida. També l'estructura psicòtica *borderline* es relacionaria amb la idea de Wade (1987) i amb la consideració del suïcidi com a moment psicòtic de Ladame (1981, 1982) i de Laufer (1986).

Els 7 casos (13.21%) en els quals s'han trobat trastorns de l'alimentació corresponen a anorèxia, i la major part d'ells (85,72%) al sexe femení. En el seu estudi sobre els intents de suïcidi a l'adolescència, Chamorro (1983) troba un 10% de casos amb símptomes d'anorèxia. L'anorèxia és un trastorn quasi exclusivament femení, que apareix molt freqüentment a l'inici de la pubertat i que tradueix un gran trastorn psicològic de la noia. Evidentment no tenen per què coincidir l'anorèxia i l'intent de suïcidi en una mateixa persona, però no és rar ni sorprenent el fet que es puguin detectar ambdues patologies.

L'11.32% de casos diagnosticats d'histèria, sigui de caràcter neuròtic o bé psicòtic, correspon en un 100% al sexe femení. Tradicionalment la histèria està relacionada amb el sexe femení, sense que s'hagi trobat cap estudi que relacioni directament aquesta patologia amb el suïcidi.

8.3. EL PENSAMENT

La dialèctica del suïcidi es va desenvolupant entre la por o la dificultat per viure, i la seva antítesi, la por de morir. En el nucli hi ha una regressió a nivells mentals on es donen l'omnipotència i el pensament màgic, amb el resultat d'una alteració de caire psicòtic en la percepció de la realitat, que suposa un funcionament i unes relacions que estan al marge del principi de realitat. A la base del pensament màgic del suïcida hi ha una dissociació entre cos i ment; així és freqüent veure com el suïcida es mira projectat en els ulls dels altres (Abadi 1973), o com sent el suïcidi com l'homicidi d'algú altre.

En el pensament radical i "quirúrgic" (en el sentit de tallar amb la vida i amb el conflicte) del suïcida, paradoxalment aquest fuig de la vida real la qual té un temps i un espai determinats, per negar així la mort, manejant-la omnipotentment. Però tot això no es fa sense sofriment ni deteriorament, ja que representa successives pèrdues de contacte amb la realitat, i de capacitat per a viure i relacionar-se amb satisfacció.

El tipus de pensament és una dada que no ha estat possible de quantificar donada la complexitat intrínseca del funcionament mental. No obstant això podem comentar que en els casos estudiats es comprova bàsicament la hipòtesi que el funcionament mental del suïcida es troba limitat i empobrit si més no en determinades àrees; en aquestes hom comprova l'existència de funcionaments defensius en els quals predomina la dissociació i la identificació projectiva, mecanismes que, com ja és sabut, determinen la divisió i l'empobriment del pensament. Aquest esdevé concret

i sovint màgic, ja que qui utilitza aquest pensament atribueix qualitats extremes i no naturals a les fantasies i també als objectes.

Com que el tipus de pensament que hem descrit es pot qualificar de psicòtic, tot això concorda amb el que diuen Ladame (1981, 1982) i Laufer (1986), que el suïcidi correspon a un moment psicòtic, encara que la personalitat global no ho sigui i el diagnòstic hagi estat, per exemple, d'estructura depressiva o altres.

8.4. LA FAMÍLIA

Com a factors etiològics i associats destaquen de manera absoluta els factors psicològics parentals i familiars, presents en la totalitat dels casos.

Cal remarcar l'elevat percentatge d'alteracions de la dinàmica familiar (identificat amb el 7 a la segona E del F.E.N.E.T.). Si considerem amb Ackerman (1984) que una família no és únicament el resultat de la suma dels individus per separat, podrem entendre el grup familiar com el resultat d'un conjunt de forces que condicionen les seves interrelacions i per tant, que condicionen summament els seus membres, en especial els més influenciables i fràgils (que solen ser els més joves).

Una altra visió de la família (Thomas 1987) seria la que la considera com posseïdora de funcions dinàmiques i relativament constants, per a un grup que s'hi identifica i que li dóna un caràcter específic. Una tasca fonamental de la família seria la de facilitar una atmosfera adient per tal que cadascun dels seus membres pugui desenvolupar la seva tasca. Però aquesta característica bàsica és difícilment identificable en les famílies dels nostres joves suïcides. Allò que realment trobem, són grups familiars amb funcionaments molt dissociats i en els quals la derivació dels impulsos es fa cap a l'acció o cap a la identificació projectiva. Aquest seria el cas d'un funcionament descrit per molts autors, que consisteix en el fet que el grup assenyala de manera inconscient un dels seus membres com a "boc expiatori". Generalment és la totalitat de la família del suïcida, o gairebé tota la que té un funcionament alterat, però només un dels seus membres és qui comet l'acte suïcida. Aquest membre

acostuma a ser el receptacle de les projeccions dels altres components del grup, i d'aquesta manera actua allò que inconscientment se li ha transmès.

Hi ha unes representacions mentals difícilment contenibles pel feble Jo de la parella parental. La funció de contenir i de donar significat a les ansietats es troba greument afectada, i aquesta ansietat s'ha d'evacuar per projecció o cap a l'acció. Aquest tret psicopatològic pot estar augmentat en famílies en el si de les quals han ocorregut esdeveniments greus com la mort d'algun dels seus membres. Realment, tot fa pensar que les famílies dels nostres joves pacients no aconsegueixen les funcions introjectives de la família, que Meltzer i Harris (1989) descriuen i que són: **generar amor, promoure esperança, contenir el sofriment i pensar**. Ans al contrari, sembla com si alguna d'aquestes funcions estigués invertida i en cada un dels casos pot haver-hi una o més d'una d'aquestes funcions que no promocionen la salut i el benestar de la família, sinó l'odi, la desesperació, l'angoixa persecutòria i la confusió.

Campo (1984), en estudiar nens diagnosticats de depressió, troba en llurs famílies antecedents de separacions freqüents, pèrdua brusca per mort o divorci, rebuig i menyspreu, allunyament o pèrdua d'interès i depressió dels pares.

La mort o abandonament de la llar familiar per part d'un dels pares és un antecedent ja identificat per molts autors, entre ells K. S. Adam, A. Bouckoms i D. Streiner (1982), com a significativament correlacionat amb el suïcidi. Especialment significatius són la mort del pare i el divorci o la separació dels pares. Segons llur estudi, el grup de sexe femení havia experimentat més pèrdues per mort parental que el de sexe masculí.

L'OMS (1976), en l'experiència de Cazzullo a Milà, va comprovar que les noies que tracten de suïcidar-se provenen, amb més freqüència que els nois, d'una família nuclear incompleta. Probablement això és degut per una banda al fet que la mort del pare és més freqüent que la de la mare (l'esperança de vida de l'home és inferior a la de la dona), i d'altra banda al fet que en cas de divorci o de separació, els fills de la parella habitualment es queden amb la mare. D'aquesta manera la noia és la que queda més desemparada i la que pot sentir més la pèrdua.

Kosky (1983), en el seu estudi sobre conducta suïcida en nens menors de 14 anys, diu que aquesta conducta és més freqüent en nois i que va associada amb experiències personals de pèrdues significatives, baix rendiment escolar, desintegració de la parella parental i antecedents de violència intrafamiliar, inclosos els maltractaments.

La pèrdua parental per mort, separació o abandonament és present en 16 dels nostres casos (30.18%), 12 dels quals corresponen al sexe femení i 4 al masculí. També s'han detectat 3 casos d'abandonament temporal parcial.

8.5. AVISOS I DOCUMENTS DE COMIAT

Com ja s'ha vist a l'apartat de RESULTATS, en la majoria dels casos no han estat consignats ni avisos ni verbalitzacions d'idees suïcides i pràcticament no hi han hagut missatges de comiat.

En no ser aquest un estudi prospectiu, tampoc no s'ha pogut recollir la freqüència de demandes d'ajut o de tipus general fetes en consultes a metges de capçalera.

Per a Hawton (1982), el 50% dels adolescents que fan un intent mitjançant la ingestió de fàrmacs, han consultat, dins el mes previ a l'intent, un metge d'assistència primària per problemes poc específics, mentre que un 24% ho han fet dins la setmana prèvia a l'intent.

Podria considerar-se que aquest tipus de consultes són, de fet, unes demandes d'ajut mal dirigides o bé que no troben ressò en el receptor. Segons la teoria de Jensen (1958), es podrien identificar com la necessitat de ser rescatat per algú, i en aquest cas el seleccionat seria el metge de capçalera.

En tres casos, en l'anamnesi, s'ha detectat l'existència de verbalitzacions d'idees suïcides. Shaffi (1985), en l'autòpsia psicològica dels suïcidis consumats en nens i adolescents, detecta que un 85% d'ells havia expressat idees suïcides, mentre que en el grup control (de no suïcides) aquesta expressió és present en un 18% dels casos. Aquesta diferència amb el nostre grup d'estudi és deguda, principalment, al fet que els casos de Shaffi són suïcidis consumats, i en canvi els del nostre estudi són intents.

Per tot el que s'ha vist fins ara, no podem considerar els avisos únicament com a factor de risc de suïcidi, ja que en la majoria dels

nostres casos, per exemple, aquests avisos no han existit. També es pot pensar que la família no ha estat receptiva als possibles missatges que el fill ha enviat, de manera potser fins i tot inconscient.

Dos dels nostres casos, tots dos adolescents, han deixat un document de comiat, i en ambdós casos aquest ha consistit en una carta.

Com que en aquestes cartes queden palesos molts dels factors i condicionaments presents en la psicologia i en l'entorn de l'adolescent que té idees suïcides, hem cregut interessant incloure'n una per al seu estudi i anàlisi. Hem intentat mantenir al màxim l'estructura de la carta, que anava dirigida als pares per l'anvers i als amics pel revers, i l'hem transcrita en dues pàgines.

(carta deixada a la família per un jove suïcida)

Barcelona, 17 de mayo de 1987

Bueno, por fin ha llegado el momento. Si se ven mis notas de estudio y se conoce mi edad, (17 años), se puede creer que el motivo sería el "Fracaso Escolar", pero no, mi motivo es mucho más profundo.

Quizás haya sido un chico mal criado, no lo pongo en duda, pero mia no era la culpa. Mi vida ha sido siempre una continua sucesión de problemas, de los cuales el más grande era el choque generacional entre mi padre y yo. No critico sus ideas sobre la vida, pero yo también poseo mis convicciones y es lógico que luche por ellas como él lucha por las suyas.

No le odio, al contrario, le quiero mucho y no quiero que ahora sufra por mi desaparición, no culpo a nadie, pero yo no puedo continuar atado como ahora, creo que se me tendría que conceder un poco más de libertad a mi y a todas las demás personas.

A mi madre también quiero decirle que la quiero y que espero que sigan viviendo felices sin mi, ¿me lo decíais muchas veces, verdad? Tu solo das problemas, pues bien, ahora ya no tendreis problemas.

No creais que me voy triste, al contrario, pienso que vaya donde vaya estaré mejor que en la vida y quiero que vosotros mis padres, intentéis ser muy felices sin mi.

OS QUIERO MUCHO.

Barcelona, 17 de mayo de 1987

Quiero que les digais a mis amigos lo siguiente: que en estos momentos me acuerdo de ellos y que quisiera que no ocurriera esto, pero no hay otra solución.

Todo el mundo es una mentira y la vida es un juego en el que el ser humano siempre pierde, la mentira nos está pudriendo a todos, nos convierte en malas personas, en personas retorcidas y solo los más fuertes pueden luchar pero...¿como se lucha contra la vida? Es fácil, yo he hallado la solución, se ha de acabar con la vida, por eso lo que yo hago no es una cobardía sino una proeza en contra de la falsa y cruda vida.

Espero que con el tiempo aún sigais acordandoos de mi, cuando esteis todos juntos recordad que yo estaré allí, aunque no me veais estaré con vosotros.

Espero que me perdoneis--- Amigos --- "Acordaos de mi"

Espero que me perdoneis--- Padres --- "Os quiero"

(signatura)

Barcelona 17 de mayo de 1987

10: 39 horas.

En aquesta carta podem veure el conflicte dramàtic d'un noi que expressa de forma molt ambivalent i contradictòria els seus sentiments. Explicita determinats sentiments que tenen un doble vessant: per una banda el que conscientment vol dir, i per l'altra, el doble sentit que es pot interpretar en moltes de les frases.

Comença la carta volent donar un sentit més enllà del que pot significar el fracàs en els seus estudis; amb la frase "choque generacional", parla d'una falta de diàleg i de comunicació en la família.

Nega i afirma alternativament: "no le odio", "no quiero que sufra", i amb la negació va implícit el sentiment contrari, que ens mostra els sentiments ambivalents cap als seus pares.

Una cosa semblant ocorre quan , utilitzant racionalitzacions, fa acusacions culpabilitzadores: "pues bien, ahora ya no tendreis problemas", "vaya donde vaya estaré mejor que en la vida"; o quan parla d'una presència quasi màgica i també culpabilitzadora quan diu: "yo estaré allí aunque no me veais". Tanmateix ens mostra un pensament en el qual persisteix la fantasia de sobreviure a la mort.

Altres aspectes corresponen a trets del pensament típicament adolescent. com quan es mostra disconforme amb la manera de pensar dels adults: "es lógico que luche por mis convicciones", o quan més àmpliament veu el món com una mentida, cosa que ell utilitza defensivament com a motiu de l'acte; al mateix temps són una mostra del seu pensament malenconiós.

Aquests aspectes detectats en la carta ens van oferint tota una gamma del que en l'apartat SIGNIFICACIÓ DE L'ACTE SUÏCIDA anomenàvem fantasies inconscients del suïcida, com són la fantasia d'agressió, de culpabilització, d'autocàstig, i, finalment, de vencer la mort sobrevivint-hi.

8.6. EL TRACTAMENT

Primer de tot, és important fer la consideració que els tractaments aplicats als diferents casos i ressenyats a l'apartat de resultats, poden no correspondre's, i de fet no es corresponen en la majoria dels casos, als tractaments empíricament recomanats i considerats com a idonis per la major part dels autors, i per nosaltres mateixos en situacions més favorables.

Degut a les dificultats de comprensió i de valoració de la gravetat de la situació per part de la família, el professional es veu obligat a recomanar i instaurar la terapèutica que sigui més factible i que pugui ser acceptada i seguida amb menys risc d'abandonament. Per aquest motiu, a la relació dels tractaments instaurats en el grup de casos estudiats, abunden les entrevistes continuades com a forma de seguiment, en detriment, per exemple, de psicoteràpies o de teràpia familiar, que serien més indicades però més difícilment assumibles.

Per aquest motiu no estem d'acord amb l'estratègia terapèutica que preconitza Pfeffer (1986), en la qual aconsella establir compromisos terapèutics ja en els primers moments, durant l'ingrés. Sabem que el que predomina és la necessitat de negació de la gravetat, la dissociació i la tendència al pensament màgic; per aquests motius fonamentals, hem pogut comprovar que en situació d'urgència s'adoptaria qualsevol proposta tant per part de la família com de l'interessat, però passats els primers dies, hem vist que, en la majoria de casos, hom arriba a perdre de vista la gravetat i les ansietats sorgides pel perill de mort en el moment de l'intent, i a pensar de forma falsament tranquil·litzadora i negadora: "a partir d'ara tot anirà bé", la qual cosa amaga la conflictivitat, a causa

de la pròpia dificultat per a contenir l'ansietat, que l'actuació suïcida ha posat en evidència.

La nostra experiència útil ha estat la d'intentar recuperar les funcions del nen i de la família més sanes i que estan a favor del progrés, a través de mobilitzar mesures terapèutiques que estiguin fàcilment a mà i que pensem que seran acceptades per la família, encara que això representi no emprar, de moment, la indicació terapèutica que adoptariémen en una situació més propícia. La finalitat, sempre, és que la major part possible dels seus membres siguin capaços de fer front a l'ansietat amb més recursos.

A través d'aquestes entrevistes continuades, hem aconseguit l'acceptació d'una psicoteràpia individual en el 37,03% dels casos.

L'abandonament del tractament, sigui quin sigui el que s'hagi instaurat, és un fet repetit amb molta freqüència en els casos estudiats per nosaltres, i el trobem en una proporció més alta que en altres patologies d'origen psíquic. Marcelli i Braconnier (1986) ja citen l'alt risc de trencament del tractament, sobretot quan els compromisos terapèutics s'estableixen massa precoçment. En els nostres casos veiem que un elevat nombre (34 casos), abandona el tractament, i en alguns casos fins i tot l'exploració psicològica, abans de fer el diagnòstic i la indicació terapèutica. Això solen fer-ho sense avisar ni acomiadar-se. Un cop més hem de parlar de la dissociació com a mecanisme fonamental per a explicar aquest fet, que fa que es talli amb relacions i experiències anteriors.

Aquesta mateixa desaparició del tractament té com a conseqüència que, a part que el pacient deixa de rebre l'ajut terapèutic, no podem tenir recollides les dades de l'evolució d'aquests casos, i per tant, desconeixem si hi ha hagut reincidències i no en podem fer una estadística fiable. Les

reincidències en l'intent de suïcidi només es poden constatar en els casos que continuen el tractament, i també en els que han estat atesos després d'un segon intent.

Per a Pfeffer (1986) una de les possibilitats en el ventall de terapèutiques és l'internament del nen o de l'adolescent suïcida en un hospital psiquiàtric, quan hom considera que la gravetat del cas ho aconsella.

Aquí hauríem de fer alguns comentaris, ja que aquestes consideracions terapèutiques són difícilment practicables en el nostre país. Diem això perquè de tot especialista és coneguda la manca de recursos que patim en el terreny de l'assistència en Psiquiatria Infantil, sobretot quan parlem dels casos que requeririen un ingrés o bé l'assistència a Hospitals de Dia infantils, els quals es pot dir que són inexistents. En el cas dels adolescents, tot i essent tècnicament possible l'ingrés en un Hospital Psiquiàtric, aquests, en estar preparats per a atendre adults, no reuneixen les condicions indispensables per a garantir un bon efecte terapèutic en nois d'aquesta edat.

La psicoteràpia individual és, en freqüència, el segon tractament emprat i ha estat indicada en els casos en què la problemàtica psicopatològica era important i les condicions personals i familiars així ho permetien. Amb aquesta teràpia, així com amb les altres mesures terapèutiques, s'intenten recuperar del nen els recursos sans i tendents a la utilització de les pulsions agressives a favor de la lluita per la vida.

Si llegim el text de les anamnesis que han estat recollides en pàgines anteriors, podrem observar els esdeveniments vitals ocorreguts al llarg de la curta vida dels nostres pacients. Aquests esdeveniments no són quantificables en la major part, però han col.laborat enormement a fer que la vida d'aquestes persones hagi derivat cap a certs camins sense sortida.

Les fantasies suïcides existeixen en tot ésser humà, de la mateixa manera que és universal la por de la mort; Pfeffer (1985), en una investigació amb 101 escolars sense antecedents psiquiàtrics, va detectar que un 12% havia tingut impulsos suïcides. Però no tothom tracta aquestes fantasies i temors de la mateixa manera. Tota prevenció ha de passar per llur reconeixement com un aspecte inherent a la nostra condició humana. Pensem que per aprendre a viure i a no sentir-se anihilat per l'angoixa, hem d'acceptar la mort en tots els seus aspectes, perquè la vida està constatement impregnada de fragments de mort, que és el mateix que dir de pèrdues, i també la mort la imaginem segons un model de forma de viure. "Filosofar és aprendre a morir", deia Montaigne. El tema de la mort es troba íntimament lligat al tema de la vida i dels sentiments ambivalents.

9 - CONCLUSIONS

1.- Considerem l'acte suïcida com un símptoma més dins d'un context personal global, com s'ha vist al llarg d'aquest treball. Però mai no és un símptoma banal, per molt banals que siguin els resultats de l'atac contra la pròpia vida.

2.- La definició clàssica de suïcidi com un acte auto-agressiu que conté l'expressió conscient del desig de morir pensem que hauria de ser ampliada amb el concepte de suïcidi inconscient que inclou aquelles conductes que comporten un risc per a la vida en les quals no hi ha necessàriament present l'expressió del desig de matar-se.

3.- L'estructura de personalitat que trobem amb més freqüència, tant en els casos recollits com en la majoria dels autors estudiosos del tema, és la depressiva. Això confirma la hipòtesi de la existència de components depressius-malenconiosos.

4.- Aquests components depressius-malenconiosos, en els nens no sempre es manifestan amb una simptomatologia depressiva, sino que freqüentment estan enmascarats darrera símptomes psicossomàtics i inhibicions, sobretot la intel.lectual.