

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE "IULIU
HAȚIEGANU" CLUJ-NAPOCA**

Aspecte epidemiologice și de profil psihopatologic a comportamentului de tip suicidar, varianta parasuicidară

Rezumatul tezei de doctorat

Doctorand: **Oana Cornuțiu**

Conducător de doctorat: **Prof. Univ. Dr. Doina Cozman**

CUPRINS

INTRODUCERE	13
STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII	15
1. Noțiuni fundamentale	17
2. Date epidemiologice	19
3. Riscul suicidar în rândul bolilor psihice și somatice	28
3.1. Tuburările afective și suicidalitatea	29
3.2. Tulburările bipolare	30
3.3. Drogodependenții și Alcoolicii	30
3.4. Schizofrenia	31
3.5. Tulburările anxioase	31
3.6. Tulburările de adaptare	31
3.7. Tulburările alimentare	31
3.8. Tulburările de personalitate	32
3.9. Suicidul și bolile somatice	32
4. Patogenia comportamentului suicidar	32
4.1. Cauzalitatea suicidară	33
4.2. Teoriile psihologice	34
4.3. Teoriile sociologice	35
4.4. Studii empirice ale motivației tentativelor de suicid	35
4.5. Teoria carierei suicidare	36
4.6. Tentativa de suicid ca reacție	36
4.7. Rolul imitației în comportamentul suicidar	36
5. Factori de risc și factori protectivi	37
5.1. Factori de risc	37
5.2. Factori protectivi	38
6. Scalele de evaluare a riscului suicidar	39
7. Profilaxia comportamentului suicidar	40
7.1. Profilaxia culturală a suicidului	40
7.2. Profilaxia socială a suicidului	41
7.3. Profilaxia suicidului prin profilaxia și monitorizarea bolilor, în primul rând psihice	41
7.4. Profilaxia suicidalității la nivel individual și medicamentos	41
7.5. Centrele de prevenție și intervenție în criză	42
CONTRIBUȚIA PERSONALĂ	43
1. Ipoteza de lucru	45
2. Metodologia generală	47
3. Studiul 1. Contextualizarea	51

comportamentului suicidar pe plan local (în județul Bihor), regional (Nord-Vestul României), național și mondial	
3.1. Ipoteza de lucru/obiective	51
3.2. Material și metodă	51
3.3. Rezultate	51
3.4. Discuții	54
3.5. Concluzii	59
4. Studiul 2. Caracteristicile socio- demografice ale tentativelor de suicid în județul Bihor	61
4.1. Ipoteza de lucru/obiective	61
4.2. Material și metodă	61
4.3. Rezultate	61
4.4. Discuții	72
4.5. Concluzii	82
5. Studiul 3. Factorii asociați letalității în comportamentul suicidar	85
5.1. Ipoteza de lucru/obiective	85
5.2. Material și metodă	85
5.3. Rezultate	86
5.4. Discuții	94
5.5. Concluzii	99
6. Discuții generale	101
7. Concluzii generale	105
8. Originalitatea tezei	109
9. Limite	111
REFERINȚE	113

Cuvinte cheie: epidemiologie, comportament suicidar nonfatal, tentativă de suicid, rată suicidară, suicid.

INTRODUCERE

Conform OMS, comportamentul suicidar „este actul prin care un individ caută să se autodistrugă fizic, cu intenția mai mult sau mai puțin autentică de a-și pierde viața, fiind conștient, mai mult sau mai puțin de motivele sale”. Tentativa de suicid este după Cozman „un comportament autoagresiv non-fatal”. În 1970 Kreitman propunea termenul de parasuicid, prin care înțelegea orice autoagresiune nonfatală, excluzând intoxicația supraacută cu alcool și supradozarea neintenționată cu medicamente. În 1985 Henderson propune termenul de „Comportament suicidar non-fatal”. Termenii sunt folosiți în literatură când unul când altul. Se consideră (OMS și majoritatea autorilor) că tentativele de suicid sunt de 10-20 de ori mai frecvente decât suicidul fatal, care are un trend de creștere progresivă a ratei și a ajuns între 800 000 – 1 000 000/an, ceea ce înseamnă pentru tentative de suicid între 8 și 20 de milioane de oameni/an în lume. În România în 2012 s-au sinucis 13,66/100 000, ceea ce la 21 de milioane înseamnă 2 868. Folosind recomandarea OMS obținem între 28 680 și 57 360 de tentative de suicid. Importanța medicală a tentativelor de suicid constă în aceea că reprezintă cel mai important factor de risc pentru suicidul fatal. În rândul celor ce au făcut o tentativă de suicid, riscul morții prin suicid fatal este de 40 de ori mai mare decât în populația generală. Partea și mai neplăcută, oficial, este că deși tentativa de suicid este de gravitatea infarctului miocardic, ea nu există în clasificările medicale, ca diagnostic. În legătură cu relația lor cu bolile psihice, în 1997 în SUA (Harris) – 90% dintre suicidari aveau o boală psihică, dar nici acolo 10% nu aveau nici o suferință psihică. De notat că rata suicidară, variază geografic de la o cultură la alta, de la o localitate la alta (prin cutume) și în aceeași geografie, în timp. Pentru suicidul fatal toate țările au o evidență riguroasă. Pentru tentativele de suicid absolut nici o țară nu are evidențe riguroase. Motivele sunt lipsa etichetei diagnostice din clasificările medicale oficiale și stigma care însoțește acest comportament, ceea ce duce (acolo unde gravitatea medicală a consecinței tentativei de suicid permite) la ocultarea lui, la neprezentarea la specialist. Când vorbim despre o cauzalitate suicidară noi trebuie să conștientizăm o cauzalitate a ratei suicidare și o cauzalitate individuală, care privește la nivel de individ mecanismele deciziei suicidare. Cauzalitatea ratei suicidare privește factorii favorizanți externi persoanei: naturali, culturali, economici etc. și care favorizează, la nivel de individ, mecanismele deciziei suicidare, prin acutizarea,

augmentarea și multiplicarea vulnerabilităților, acumulate ontogenetic. Acestea sunt fenomene psihice. După Schneidman (2009) motivațiile (deduse din scrisorile lăsate) pe care suidararii le invocă, pentru justificarea actului lor, sunt 10: 1. Este o soluție la situația lor. 2. A fost o îngustare de conștiință. 3. Stimulul a fost o durere psihologică. 4. Stimulul deciziei a fost o mare frustrare. 5. Emoția lor obișnuită este disperarea. 6. Starea cognitivă negativă continuă. 7. Starea perceptuală continuă este de tip coercitiv. 8. Acțiunea a fost una de a scăpa. 9. Actul interpersonal are semnificația de comunicare a unei intenții. 10. Există un stil tipic de viață de-a lungul existenței. McKeon (2009) conchide că suicidul rezultă dintr-o memorie negativă și defectarea reglării emoțiilor. Pentru explicarea deciziei suidarare avem teorii psihologice, psihanalitice și sociologice. Cea mai completă este Teoria diatezei suidarare (psihologică). Conform lui Mann (2003) vulnerabilitatea înăscută și/sau câștigată se augmentează prin expunere repetată la înfrângeri și aceasta face persoana tot mai fragilă în fața unor stresuri tot mai minore, cu creșterea concomitentă, în final, și limitarea la reacții comportamentale suidarare. În aceeași termeni Maris lansase în 1981 Teoria carierei suidarare, noțiune valoroasă intuitiv și care a permis dezvoltarea teoriei diatezei suidarare. În cadrul carierei suidarare se vorbește despre vulnerabilități înăscute (gen depresii endogene, psihoze etc.), câștigate (gen depresii psihogene), ideație suidară, preocupări suidarare, tentative de suicid și suicid fatal, într-o progresie spre intensitatea clinică mortală. Acesta este locul medical și psihopatologic al tentativelor de suicid. Datorită gravității lor prognostice, cunoașterea lor este esențială în profilaxia suidarului fatal. Cunoașterea începe cu rata tentativelor de suicid (ampluarea fenomenului) și a profilului sociodemografic, psihologic etc. al celor cu tentativă de suicid. Aceste date nu le avem nici pe plan local, nici național.

CONTRIBUȚIA PERSONALĂ

Obiective

Estimarea ratei tentativelor de suicid în județul Bihor pentru anul 2012, județ din Nord-Vestul României, care să fie un termen de referință pentru acest fenomen patologic pentru această parte de țară, și nu doar. De asemenea, am dorit creionarea câtorva caracteristici ale acestui comportament patologic, specifice, eventual specifice acestei arii geografice în acest moment istoric.

Metodologie generală

Pentru că în întreaga literatură de specialitate se afirmă (OMS 2011) că tentativele de suicid sunt cifric multiple de 10 – 20 de ori suicidurilor fatale am început prin evaluarea suicidului fatal în 2012 în județul Bihor, în populația generală. De asemenea, deoarece orice act suicidar este și un act de agresiune (violență) împotriva propriei persoane, am cules rata suicidului fatal în cea mai agresivă grupă de populație din societate, cea a pușcăriașilor. Prima rată am cules-o din actele oficiale ale Laboratorului de Medicină Legală a județului, iar ultimele de la Administrația Națională a Penitenciarelor. Datele despre tentativele de suicid le-am cules de la UPU a Spitalelor județean și municipal și de la serviciul de gardă al secțiilor de psihiatrie. Aceste date au fost culese conform unui chestionar propriu. Statistica s-a realizat cu ajutorul programului SPSS 17-0. Acolo unde a fost cazul semnificația diferențelor a fost evaluată χ^2 și Fisher, după caz.

Studiul 1. Contextualizarea comportamentului suicidar pe plan local (județul Bihor), regional (Nord-Vestul României), național și mondial.

Rata suicidului în Bihor este mai mare decât pe țară, dar este de peste 2 ori mai mică decât în grupul de populație agresivă (deținuți). Această rată ne este utilă deoarece suicidul fatal are o statistică riguroasă. Cercetarea mai relevă faptul că agresivitatea joacă un rol important în decizia suicidară.

Populația județului Bihor (592 046 conform ultimului recensământ publicat este formată astfel: 67,0% români, 25,3% maghiari și 6,3% țigani și 1,4% alte naționalități). Privind ratele suicidare, se observă două lucruri: raportul B/F = 0,73 la români, subunitar, iar la maghiari 1,08, deci un raport crescut. El este mai crescut decât în alte arii culturale ale lumii, ceea ce sugerează o mai mare diferențiere ale rolurilor sociale ale celor două sexe. De asemenea raportul ratelor maghiari/români = 1,27 ($p < 0,004$) arată o diferență semnificativă între etnii, mai ales la bărbați ($p < 0,001$), deci factorul religios, cultural și cutumiar joacă și el un rol important în decizia suicidară. Aceste rate diferite pe etnii și structura generală a populației județului explică de ce județul Bihor are o rată suicidară mai mare decât România.

În ceea ce privește sezonalitatea, avem trei vârfuri ale ratei suicidare. În iulie avem vârful cel mai mare, care coincide cu luna de maxim număr de recăderi a tulburărilor schizoafective. În ianuarie, perioada post sărbători, avem o perioadă de maximă acutizare a durerii sufletești a marilor însingurați. Vârful cel mai mic este în octombrie, când însăși natura devine depresivă, iar depresiile au tendința de recădere.

Pe grupe de vârstă se observă o creștere lent progresivă din adolescență până după 70 de ani, ceea ce subliniază noțiunea de carieră suicidară, cu acumulări progresive în dosarul de vulnerabilități, eșecuri și deziluzii.

Studiul 2. Caracteristicile sociodemografice ale tentativelor de suicid din județul Bihor.

De observat în acest studiu este trendul descrescător de la improbabilă intenție suicidară (autoagresiuni) spre suicidul fatal în penitenciare și la fel în populația generală. Există astfel un raport supraunitar tentative de suicid/suicid fatal. În cazul penitenciarelor raportul de 10,41/1 comportament suicidar nonfatal/comportament suicidar fatal confirmă estimarea propusă de OMS, aici neputând scăpa neînregistrat nici un eveniment. În cazul populației generale din estimări empirice (dialog cu alte cazuri psihiatrice, sau cu medici de familie) cam 1 din 2 cazuri de tentative de suicid, care nu necesită prin consecința actului asistență medicală imediată, din motive de stigmă, se autoîngrijesc, ei sau în familie, ori la medicul de familie.

Trebuie să împărțim tentativele de suicid în:

A. Tentative la care consecințele actului suicidar necesită asistență medicală sau care, ori a căror familie, conștientizează gravitatea actului suicidar și care vor ajunge înregistrați oficial, a căror rată o putem cunoaște

B. Tentative care vor evita „lumina zilei medicale”, ascunzându-și mai mult sau mai puțin actul suicidar și pe care rată, probabil, nu o va cunoaște riguros nimeni niciodată.

Data fiind importanța factorului cultural și cutumiar în determinarea deciziei suicidare, trebuie, de asemenea, să admitem că raportul ratelor comportament suicidar nonfatal/comportament suicidar fatal diferă geografic și temporal.

Pe grupe de vârstă este de notat că avem o curbă cu vârful în grupa de vârstă între 20 – 29 de ani, care apoi descrește treptat până la vârstele

cele mai înaintate. Este exact inversă curbei suicidului fatal, ceea ce subliniază din nou noțiunea de carieră suicidară. De notat că sub 39 de ani se situează 56,16% din cazurile cu tentativă de suicid, sub 29 de ani 36,3%, iar sub 19 ani doar 7,53%. Dacă în alte arii geografice, între tentativele de suicid domină adolescenții și tinerii foarte tineri, cu un trend în creștere a ratei lor în țările prospere, la noi procentul lor este relativ scăzut, ceea ce este un motiv de optimism.

Pe etnii și sexe se observă, din nou, rata mai mare la maghiari decât la români, confirmând, ca la suicidul fatal, că factorii culturali și cutumiari joacă un rol în decizia suicidară. Pe sexe se observă rata dominantă a femeilor față de cea a bărbaților. Este, iarăși, invers decât la suicid. Tentativele de suicid sunt dominant feminine, suicidul este dominant masculin.

În funcție de metodele utilizate se vede că cei cu tentative de suicid, dominant femei, folosesc metode „blânde” 77,86 folosind autointoxicarea, pe când la suicidari, majoritatea bărbați, cei mai mulți folosesc metode „dure”.

Dacă asociem cazurile de tentativă de suicid cu diagnosticul de boală psihică, vedem că peste 45% dintre cei care fac carieră suicidară, care au ajuns până la tentativă de suicid, nu au avut boli psihice diagnosticate anterior. În cazul suicidului, procentul celor cu boli psihice urcă la 90%. Aceasta înseamnă că orice tentativă de suicid la un bolnav psihic este o mare urgență și trebuie monitorizată atent.

În privința sezonității, se concludă că vârful maxim al ratei tentativelor de suicid este în luna iunie, precum la suicidul fatal și la recăderea schizoafectivilor, subliniind o vulnerabilitate somatică, neurochimică. Vârfurile din martie și noiembrie corespund ratei maxime a recăderii depresiilor subliniind același substrat.

Apare un aspect surprinzător și total inedit, în premieră. Anume 74,4% dintre cei cu tentativă de suicid sunt singuri la părinți. Un procent de 88,8% aparțin familiilor cu 1 sau 2 copii. Procentul crește iar la familiile cu 5 și peste 5 copii. Cele mai mici procente le oferă familiile cu 3 și 4 copii. Este un aspect dependent de structura familiilor și de psihologia de grup. Oricum vulnerabilitatea maximă care oferă cei mai mulți sinucigași sunt extremele ca număr de copii (1-2 și 5 sau mai mulți), iar robustețea maximă la tentativa de suicid o oferă familiile cu 3-4 copii. Este o temă care ar trebui studiată.

Studiul 3. Factori asociați comportamentului suicidar.

În acest studiu se observă că la suicid raportul Rural/Urban este supraunitar, iar la tentativele de suicid raportul Rural/Urban este invers, subunitar. Deducem că tentativele de suicid sunt mai slab valorizate în mediul rural decât în mediul urban, în schimb disperarea este mai mare în mediul rural, unde soluțiile existențiale sunt mai limitate.

Sezonalitatea este exprimată, prin oarecum „paralela” celor două curbe, cu un maxim identic în luna iunie. Deci, putem afirma că acest lucru prezintă evoluția anuală identică a vulnerabilității somatice.

Este evident, dincolo de curba de distribuție pe grupe de vârstă, că în cariera suicidară, tentativele de suicid aparțin mai ales primei jumătăți a vieții, iar suicidul aparține mai ales celei de-a doua părți a vieții, media de vârstă în cazul tentativelor de suicid fiind de 39,95 ani, pe când în cazul suicidului, aceasta este de 53,25 ani.

Concluzii

Din punctul de vedere al ratei suicidare, pe plan mondial, România se situează pe locul 27 la B și 47 la F, într-un clasament făcut dintr-un total de 102 țări.

Pe plan național, județul Bihor se situează, în 2012, peste media națională, între primele cinci județe ale României, după județele din centrul țării cu populație majoritar maghiară și cele din nord-vest cu populație parțial maghiară (între 25 – 30%).

Din punct de vedere etnic populația maghiară, atât la B cât și la F, are o rată suicidară mai crescută în 2012.

Rata suicidară cea mai crescută, cu mult peste rata României și a Bihorului, o are cea mai agresivă grupă de populație, pușcăriașii.

Ca sezonalitate, curba suicidului are vârful maxim în iunie, precum recăderile schizoafectivilor, și două vârfuri minore în ianuarie și octombrie.

În ceea ce privește rata tentativelor de suicid în penitenciare este de 687,22 la 100 000 de persoane, cu un raport tentative de suicid/suicid fatal de 10,41/1, iar în populația județului de 49,32 la 100 000 de locuitori, cu un raport tentative de suicid/suicid fatal de 3,07/1. Stigma determină cca. 1 din 2 persoane cu tentativă de suicid (la care consecința actului suicidar nu necesită îngrijire medicală de urgență) să evite prezentarea la medicul specialist, pentru a nu fi luată în evidență.

Este necesară o inițiativă legislativă prin care comportamentul suicidar nonfatal să primească un cod diagnostic oficial, altfel nici măcar rata cazurilor care medical necesită post act suicidar o îngrijire de urgență nu va putea fi cunoscută exact.

Propunem ca tentativele de suicid să se împartă în două grupe: a) Tentativele de suicid care necesită îngrijire medicală de urgență și/sau conștientizează gravitatea gestului și b) Tentativele de suicid care nu presupun asistență medicală de urgență și/sau nu conștientizează gravitatea actului suicidar.

Este necesară, pe plan național, o lege care să oblige toți cei cu tentative de suicid ajunși în alte secții de patologie somatică să facă un consult psihiatric și psihologic, pentru a putea beneficia de un program profilactic de stopare a carierei suicidare.

Dacă la suicidul fatal rata dominantă este la B, la tentativele de suicid rata dominantă este la F.

Pe grupe de vârstă, dacă la suicidul fatal curba urcă lent și progresiv de la adolescență până la adânci bătrâneți (în județul Bihor), la tentativele de suicid există un vârf al ratei între 20 – 29 de ani, apoi curba scade lent spre 70 sau peste 70 de ani.

În privința sezonalityi vârful ratei la tentativele de suicid este tot în luna iunie, ca la suicidul fatal, subliniind o anume vulnerabilitate biologică.

Cultural și cutumiar, ratele la cele două etnii majoritare, sunt semnificativ diferite. Rata suicidară la ungueroaice este de 61,00 față de 56,85 la românce, dar nu semnificativ ($p < 0,395$) iar la bărbații unguri este de 65,99 față de 42,05 la bărbații români, diferență semnificativă ($p < 0,001$). Aceste cifre subliniază rolul culturii și al cutumelor în luarea deciziei actului suicidar.

Doar 27,2% au avut antecedente suicidare personale și doar 6% au avut în familie antecedente suicidare, imensa majoritate fiind cazuri noi, ca persoane cu comportament suicidar, ceea ce subliniază imensa importanță a existenței unui diagnostic de tentativă de suicid și a luării în evidență de specialitate pentru curmarea carierei suicidare și astfel profilaxia suicidului fatal.

Marea majoritate apelează, ca mijloc de realizare a tentativei de suicid la autointoxicare medicamentoasă și nemedicamentoasă, ceea ce reclamă necesitatea unui control mai atent al eliberării sedativelor, la femeile tinere care solicită din proprie inițiativă aceste medicamente, mai ales la sfârșitul primăverii.

Un aspect cu totul particular îl reprezintă aspectul fratriei în sensul că 74,4% dintre cei cu tentativă de suicid sunt copii singuri la părinți, 14% au avut încă un frate, iar familiile cu 3 și 4 copii au dat împreună doar 5%, apoi la 5 și peste 5 copii procentele cresc iar. Acest fapt scoate în evidență vulnerabilitatea psihică a copiilor singuri la părinți și robustețea psihică a fratriilor de 3 – 4 frați/surori. Datele sunt absolut inedite. Sunt necesare studii de psihologie a grupurilor și de structură psihologică a familiilor.

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE "IULIU
HAȚIEGANU" CLUJ-NAPOCA**

Epidemiological Aspects and Psychopathological Profile of the Suicidal Behaviour

PhD Thesis Abstract

PhD Candidate: **Oana Cornuțiu**

PhD Coordinator: **Prof. Univ. Dr. Doina Cozman**

SUMMARY

INTRODUCTION	13
CURRENT STATE OF KNOWLEDGE	15
1. Fundamental Notions	17
2. Epidemiological data	19
3. Suicide risk in psychiatric and somatic diseases	28
3.1. Affective Disorders and suicide	29
3.2. Bipolar Disorders	30
3.3. Drug addicts and Alcoholics	30
3.4. Schizophrenia	31
3.5. Anxiety Disorders	31
3.6. Adjustment Disorders	31
3.7. Eating Disorders	31
3.8. Personality Disorders	32
3.9. Somatic disease and suicide	32
4. Pathogenesis of suicidal behaviour	32
4.1. Suicide causality	33
4.2. Psychological theories	34
4.3. Sociological theories	35
4.4. Empirical studies on the motivation of attempted suicide	35
4.5. The suicide career theory	36
4.6. Attempted suicide as a response	36
4.7. Role of imitation in suicidal behaviour	36
5. Risk factors and protective factors	37
5.1. Risk factors	37
5.2. Protective factors	38
6. Suicide risk assessment	39
7. Prevention of suicidal behaviour	40
7.1. Cultural prevention of suicide	40
7.2. Social prevention of suicide	41
7.3. Disease (primarily psychiatric disease) prevention and monitoring as a means to prevent suicide	41
7.4. Individual and therapeutic prevention of suicide	41
7.5. Crisis management and intervention services	42
PERSONAL CONTRIBUTION	43
1. Objectives	45
2. General methodology	47
3. Research 1. Contextualization of the suicidal behaviour locally (at Bihor County level), regionally (North West Romania), nationally and worldwide	51

3.1. Objectives	51
3.2. Material and method	51
3.3. Results	51
3.4. Discussions	54
3.5. Conclusions	59
4. Research 2. Socio-demographic characteristics of suicide attempts in Bihor County	61
4.1. Objectives	61
4.2. Material and method	61
4.3. Results	61
4.4. Discussions	72
4.5. Conclusions	82
5. Research 3. Lethality associated factors in suicidal behaviour	85
5.1. Objectives	85
5.2. Material and method	85
5.3. Results	86
5.4. Discussions	94
5.5. Conclusions	99
6. General discussions	101
7. General conclusions	105
8. Originality of the thesis	109
9. Limitations	111
REFERENCES	113

Keywords: epidemiology, nonfatal suicidal behaviour, suicide attempt, suicide rate, suicide.

INTRODUCTION

According to the WHO, suicidal behaviour is the “act by which an individual attempts to self-destruct with the more or less genuine intention of losing his/her life, with or without awareness of his reasons”. According to Cozman, attempted suicide is a “non-fatal aggressive behaviour”. In 1970, Kreitman put forward the term “parasuicide”, by which he meant any non-lethal aggression, except for acute alcohol intoxication and accidental drug overdose. In 1985, Henderson suggests the term “non-lethal suicidal behaviour”. In specialized literature, the terms are alternated. It is generally considered (WHO and most authors) that suicidal tendencies are 10-20 times more frequent than lethal suicide, which has a progressive increasing trend and whose rate has reached a 800,000-1,000,000/ year, which represents 8-20 million people/year worldwide. In Romania 13.66 people in 100,000 committed suicide, which represents 2868 in 21 million. By using the WHO recommendation, we get between 28,680 and 57,360 attempted suicides. The medical importance of attempted suicide is given by the fact that it represents the most important risk factor for lethal suicide. The death risk by suicide in those with attempted suicide history is 40 times higher than in the general population. To make matters worse, although attempted suicide is as serious as miocardic attack, it does not occur in official medical classifications as diagnosis. As for the connection with other psychiatric diseases, in 1997, in the USA (Harris) - 90% of the suicidal patients had a psychiatric disease, but still, 10% had no psychiatric sufferance. One important aspect to notice is that the suicidal rate varies geographically, from one culture to another, from settlement to settlement, even within the same geography, in time. For lethal suicide, all countries have rigorous statistics. For attempted suicide, absolutely no country has rigorous statistics. The obvious reasons are the lack of diagnostic label from official medical classifications and the stigma which accompanies such behaviour, which leads to making it occult (in the cases in which the medical seriousness of the consequence of the suicidal acts allows it) and thus to refusing to seek medical help. When we are talking about suicidal causality we must be aware of suicidal rate causality and an individual causality, which refers to the individual mechanisms which lead to the suicidal decision. The causality of the suicidal rate refers to external favouring factors: natural, cultural, economical etc. and which favour the mechanisms of the suicidal decision at individual level, by making the

ontogenetic vulnerabilities more acute, enhanced and multiple. According to Schneidman (2009) the motivations invoked by suicides (according to the letters left behind) are ten: 1. It is a solution to their situation; 2. It was a slip of consciousness; 3. The stimulus was a psychological pain; 4. The stimulus for the decision was a great frustration; 5. Their natural emotion is frustration; 6. The negative cognitive state continues; 7. The continuous perceptual state is coercitive; 8. The action was an escape; 9. The interpersonal act is meant to communicate an intention; 10. There is a particular lifestyle through existence. McKeon (2009) concludes that suicide results from a negative memory and a defective emotional adjustment. In order to explain the suicidal decision there are psychological, psychoanalytical and sociological theories. The most complete is the Theory of Suicidal Diathesis (psychological). According to Mann (2003) the innate or acquired vulnerability is enhanced by repeated exposure to defeat and this makes the person more fragile in front of more and more minor stress with simultaneous increase, and with limitation to suicidal behaviour. Using the same terms, in 1981, Maris launched the Theory of the Suicidal Career, a valuable intuitive notion which allowed the development of the theory of suicidal diathesis. Within the suicidal career we talk about innate vulnerabilities (endogenous depressions, psychosis etc.), acquired vulnerabilities (psychogenic depressions), suicidal fantasy, suicidal preoccupation, attempted suicide and lethal suicide, in a progression towards the lethal clinical intensity. This is the medical and psychopathologic place for attempted suicide. Due to their prognostic severity, knowing them is vital for the prophylaxis of lethal suicide. Knowledge starts with the attempted suicide rate (the amplitude of the phenomenon) and with the socio-demographic, psychological, etc. profile of suicide attempters. We do not have these data, neither locally or nationally.

PERSONAL CONTRIBUTION

Objectives

Assessing the attempted suicide rate in 2012 in Bihor County, (a county in north-western Romania) which can be a reference term for this pathological phenomenon in other parts of the country and not only. Meanwhile, we have attempted to outline a few characteristics of this pathological behaviour, perhaps specific to this geographical area at this point in history.

General Methodology

Starting from the statement put forward by specialized literature that attempted suicide is 10-20 times more frequent than lethal suicide, we took the first step by assessing lethal suicide in Bihor County in 2012 in the general population. At the same time, bearing in mind that any suicidal act is an act of self aggression (violence), we looked into the lethal suicide rate in the most aggressive population group in our society, the convicts. The first set of data was gathered from the Forensic Medical Laboratory in Bihor County, and the second set of data from the National Administration of Penitentiaries. The data about attempted suicide were picked from the emergency units at the municipal and county hospital as well as from the psychiatry sections. These data were picked according to a questionnaire. The statistics was enabled by SPSS version 17.0. Where necessary, the significant differences were evaluated X² and Fisher, according to case.

Research 1. Contextualization of the suicidal behaviour locally (at Bihor County level), regionally (North West Romania), nationally and worldwide

This study shows that the suicidal rate in Bihor County is higher than the national rate but it is twice lower than the one in the most aggressive population group (the convicts). This rate is useful as lethal suicide has rigorous statistics. The table also points out that aggressiveness plays an important role in the suicidal decision.

The population of Bihor county (592,046 inhabitants according to the latest data) is distributed as follows: 67% Romanians, 25.3% Hungarians, 6.3% Gypsies, and 1.4% other nationalities. We notice two things while looking at the suicidal rate: the ratio Men/Women= 0.73 in the Romanian group and of 1.08 in the Hungarian group, which is obviously higher. It is higher than in other world cultural areas, which points out a smaller difference in the social role of the two sexes. Also the Hungarian/Romanian ratio=1.27 (p<0.004) shows the significant ethnical difference, especially in men (p<0.001), so the religious, cultural and customary factors play an important role in the suicidal decision. These different ethnic rates and the general population structure of Bihor County explain why the suicidal rate in Bihor is higher than in Romania.

Seasonally, we notice three peaks of suicidal rate. July has the highest rate, as it is the month which coincides with the maximum number of relapses for schizoaffective sufferings. January, the period right after the winter holidays, is the period of maximum intensity of grief for lonely people. The lowest peak is in October; when nature itself becomes depressive and depressions induce relapses.

By age groups there is a slow progressive increase from adolescence to the age of after 70, which outlines the notion of suicidal career, with progressive accumulations of vulnerabilities, failures and disillusionions.

Research 2. Socio-demographic characteristics of suicide attempts in Bihor County

The decreasing trend from the improbable suicidal intention (self-aggressions) towards lethal suicide in penitentiaries and in the general population can be noticed. There is a supra-unitary ratio for attempted suicide/lethal suicide. In the situation of penitentiaries the ratio is 10.41/1 non-lethal suicidal behaviour/ lethal suicidal behaviour confirms the estimation put forward by the WHO, as this is a situation in which no event could have avoided registration. In the case of general population the estimations are empirical (dialogue with other psychiatric cases or with GP); only one in two cases of attempted suicide, which do not require immediate medical care due to consequences, look after themselves either on their own, in family or at the GP practice.

We must divide the attempted suicide in:

A. Attempted suicide whose consequences require medical care or whose families are aware of the seriousness of the suicidal act; these will be recorded in official documents and their rate is available

B. Attempts which will not see the light "of the medical day", more or less concealing the suicidal act and whose rate will not be rigorously available to anybody.

Given the importance of the cultural and customary factor in determining the suicidal decision, we must also admit that the ratio of non-lethal suicidal behaviour/lethal behaviour rates differs geographically and temporary.

On age groups we notice that we have a curve which peaks in the 20-29 age group and which then gradually decreases with older age. It is

exactly the opposite of the lethal suicide curve, which outlines again the notion of suicidal career. We must also observe that under the age of 39 we have 56.16% of the attempted suicide cases, under the age of 29 we have 36.3% and under the age of 19 only 7.53% of the cases. If in other geographical areas, the dominant suicidal trend is among teenagers and very young people, with a higher rate in prosperous countries, in our country this percentage is rather low, which is reason for optimism.

By ethnicity and sex, we notice again the higher rate in Hungarians than in Romanians, which confirms again, as in the case of lethal suicide, that cultural and customary factors play a very important role in the suicidal decision. On sexes we notice that the women's dominant rate compared to the men's. It is again opposite to the case of suicide. Attempted suicide is predominantly feminine while suicide is predominantly masculine.

Looking at the methods used, it can be noticed that the attempted suicide cases, especially women, use "softer" methods, 77.86% choosing self-poisoning, while suicide cases, who are mostly men, use "rougher" methods.

Associating attempted suicide cases with psychiatric or/and somatic diagnosis, we notice that more than 45% of those with a suicidal career, who have attempted suicide, did not suffer from psychiatric diseases. In case of suicide, the percentage of those suffering from psychiatric diseases soars to 90%. This means that attempted suicide in a psychiatric patient is a great emergency and must be carefully monitored.

Seasonally, we notice that the peak of the attempted suicide rate is in the month of June, like in the case of lethal suicide or the relapse of schizoaffective symptoms, which points out a somatic, neuro-chemical vulnerability. The March and November peaks correspond to the maximum rate of depression relapses and point out the issues mentioned above.

There is also a totally surprising and new aspect of this research, that is: 74.4% of those who attempt suicide are an only child. A percentage of 88.8% belong to families with 1 or 2 children. The percentage rises again in families with 5 or more than 5 children. The lowest percentages are in families with 3 and 4 children. This aspect is dependent on family structure and group psychology. The maximum vulnerabilities, producing the highest number of suicides are families with a number of children situated at extremes (1-2 and 5 or more) and the maximum strength to attempted

suicide is in families with 3-4 children. This is a topic which requires more investigation.

Research 3. Lethality associated factors in suicidal behaviour

This research shows that for suicide the Rural/Urban ratio is supra-unitary and, for attempted suicide, the Rural/Urban ratio is reversed. We deduce that attempted suicides are less important in rural areas than in urban areas, but desperation is higher in rural areas, where the existential solutions are more limited.

Seasonally, the two somehow parallel curves express the identical annual evolution of somatic vulnerabilities.

It is obvious that, in the suicidal career, beyond the age group distribution curve, attempted suicide occurs mainly in the first part of life and suicide in the second part, the average age for attempted suicide being of 39.95 years, while in the case of suicide, the average age is of 53.25 years.

Conclusions

From the suicidal rate point of view, worldwide, Romania ranks 27 in men and 47 in women, in a classification on 102 countries.

Nationally, in 2012, Bihor County is above the national average, among the first 5 counties in Romania, behind the counties in Central Romania with major Hungarian population and behind the counties in North –West Romania with partial Hungarian population (25-30%).

From the ethnic point of view, the Hungarian population, both in W and M, has a higher suicidal rate in 2012.

The highest suicidal rate, much higher than the national and the county rate, is found in the most aggressive population group, the convicts.

In terms of season, the suicidal curve has a peak in June, just like the relapses of the schizo-affective, and two lower peaks, in January and October.

The attempted suicidal rate in penitentiaries is 687.22 in 100,000 people, with a ratio of attempted suicide/ lethal suicide of 10.41/1. In the county population the rate is 49.32 in 100, 000 inhabitants, with an attempted suicide/ lethal suicide ratio of 3.07/1. The stigma determines approx. 1 in 2 people who attempted suicide (and whose suicidal

consequences do not require emergency medical care) to avoid seeking the specialized care so as not to be recorded.

There is need for a legislative initiative by which non-lethal suicidal behaviour receives an official diagnostic code, otherwise even the rate of cases which require emergency post suicidal medical care will remain unknown.

We propose that the attempted suicide should be divided into two groups: a). attempted suicide which requires emergency medical care and/or there is awareness of the seriousness of the act; b). attempted suicide which does not require emergency medical care and/or there is no awareness of the seriousness of the suicidal act.

There should be a national law by which all suicide attempters who end up in other sections of somatic pathology to be imposed a psychological and psychiatric consultation, so that they could benefit from a prophylactic programme of preventing suicidal career.

If in lethal suicide the dominant rate is in M, in attempted suicide, the dominant rate is in W.

On age groups, if the lethal suicide curve rises slowly and progressively from adolescence to old age (in Bihor county), in attempted suicide, there is a peak between the age of 20-29 and then the curve decreases slowly towards the age of 70 and over.

As for choice of season, the peak of attempted suicide rate is June, the same as for lethal suicide, pointing out a certain biological vulnerability.

Culturally and customary, the rates in the two major ethnicities are significantly different. The suicidal rate in Hungarian women is of 61.00 compared to 56.85 in Romanian women ($p < 0.395$) and for Hungarian men, it is of 65.99 compared to 42.05 in Romanian men, which makes a significant difference ($p < 0.001$). These figures point out the role of culture and customs in the decision for the suicidal act.

Only 27.2% had personal suicidal history and only 6% had family suicidal history; the immense majority are new cases of suicidal behaviour, which points to the immense importance of the attempted suicide diagnosis and to the specialized record of the case in order to prevent a suicidal career and the lethal suicide prophylaxis.

The vast majority resorts to medicine or non-medicine self-intoxication, which claims the necessity for a more attentive sedatives prescription for young women who request these medicines personally, especially in late spring.

An entirely particular aspect is represented by siblings, in the sense in which 74.4% of those with attempted suicide are only children, 14% have one sibling while the families with 3-4 children only have 5% rate. The percentages rise again in families with 5 or more than 5 children. These results point out the psychological vulnerability of an only child and the psychological strength of people with 3-4 siblings. These data is absolutely new. There is need for studies of group psychology and family psychological structure.