

# SINUCIDEREA CA FENOMEN SOCIAL<sup>1</sup>

Cristina Brădăţan

Centrul de Cercetări Demografice „Vladimir Trebici“

## 1. Introducere

Sinuciderea nu a fost dintotdeauna un fenomen demn de atenţie. Cuvântul „sinucidere“ a fost folosit mai întâi în latină de către cazuiştii secolului al XVII-lea. În franceză, de exemplu, el apare de-abia în 1734<sup>2</sup> - dovedind faptul că pesemne realitatea socială nu impusese folosirea lui. În **Bills of Mortality**, John Graunt menţionează 222 de sinucideri (din 229.250 de decese) prin spânzurare, adică mai puţin de 0,01 % în Anglia anilor 1660<sup>3</sup> - proporţie neglijabilă, s-ar putea spune. Se manifesta interes faţă de latura morală a fenomenului de sinucidere, problema de bază fiind dacă omul are sau nu voie să-şi ia viaţa pe care nu el şi-a dăruit-o. Un anume Burton, de exemplu, preot anglican, „îşi pune întrebarea dacă toţi sinucigaşii sunt damnaţi ca Iuda şi Pilat. Răspunsul lui este complex, dar în cele din urma, binevoitor: cei care au murit cu atâta îndărătnicie şi rezeziune încât nu au apucat să-ţi ceară iertare «au a se teme de ce-i mai rău»; pentru cei cărora moartea le-a luat ceva timp, caritatea ne îndeamnă să credem că au avut răgazul necesar căinţei. În sfârşit, dacă cineva s-a omorât «din nebunie sau melancolie... ţinând cont că a comis acest gest nu atât din propria-i voinţă cât din pricina bolii, trebuie să-l interpretăm, în cel mai bun caz, în felul turcilor care cred că toti nebunii şi demenţii ajung direct în paradis».”<sup>4</sup>

Secolul al XIX-lea aduce o schimbare în discuţiile asupra sinuciderii; începe să se discute mai mult despre cauzele fenomenului – sociale sau psihologice. Problema responsabilităţii individului este secundară în acest tip de abordare: individul este văzut ca manipulat de factori sociali sau psihologici pe care nu-i poate controla. Sinuciderea ca problemă morală rămâne în discuţie, dar nu în ştiinţele sociale. Schimbarea perspectivei de abordare prin căutarea cauzelor sinuciderii în afara voinţei individului (cum ar fi societatea sau impulsuri interioare imposibil de stăpânit) ar putea fi interpretată ca o deplasare spre irresponsabilizarea persoanelor, deoarece vina nu mai poate fi a celui care se sinucide, ci cade asupra factorilor sociali sau psihologici.

Din această perspectivă cauzală, există două direcţii de abordare: *cauze psihologice*, exclusiv legate de individ şi *cauze sociale*, legate de intensitatea vieţii sociale şi tipul de relaţii ce se stabilesc între indivizi. Dat fiind faptul că indivizii şi nu un grup social - cu puţine excepţii - se sinucid, prima variantă de interpretare este mai naturală, cu atât mai mult cu cât cei care recurg la acest act au, în mare majoritate, probleme psihologice.<sup>5</sup>

Din perspectivă psihanalistă (S. Freud, Karl Abraham) sinuciderea este o formă de auto-agresiune: un potenţial agresiv care nu se poate manifesta asupra unui obiect extern, se centrează asupra propriului eu şi îl dis-

<sup>1</sup> Acest studiu a fost realizat pe baza grantului CNCSU nr. 17/1998

<sup>2</sup> Jean Delumeau - **Păcatul şi frica, Culpabilizarea în Occident (secolele XIII-XVIII)**, trad. I. Ilinca şi C. Chiriac, vol. I, Editura Polirom, Iaşi, 1997, pag. 217

<sup>3</sup> John Graunt - **Natural and Political Observations Mentioned in a Following Index, and Made Upon the Bills of Mortality**, în D. Smith, N. Keyfitz, **Mathematical Demography**, Selected Papers, Springer-Verlag, 1977. Mai există şi decese prin otrăvire, dar nu sunt explicit descrise ca sinucideri.

<sup>4</sup> J. Delumeau, op.cit., pag. 217-220

<sup>5</sup> J.C. Chesnais citează un sondaj al Institutului de Demografie din Budapesta în care au fost studiaţi 800 de sinucigaşi. S-a constatat că trei sferturi dintre ei fuseseră sau erau sub tratament psihiatric.

truge.<sup>6</sup> Agresivitatea este declanşată de o pierdere obiectuală „care trebuie înţeleasă nu numai ca o pierdere a relaţiei cu o persoană ci şi ca sentiment de profundă frustrare faţă de pierderea respectivă”.<sup>7</sup> Deoarece nu poate accepta pierderea suferită, individul internalizează obiectul, se identifică cu el. Toate resentimentele faţă de obiect se întorc asupra individului însuşi şi determină acţiuni autodistructive. Principala obiecţie care se poate aduce punctului de vedere psihanalitic este că se bazează pe experienţele persoanelor cu grave probleme psihologice, iar o eventuală extindere a teoriei la sinucidere în general ar implica faptul că toate persoanele care se sinucid au dezechilibre grave de personalitate.

Punctul de vedere psihologic poate explica mecanismul de producere a suicidului, dar nu poate explica constanţa fenomenului la nivel de grup social. Dacă sinuciderea are cauze exclusiv psihologice, de ce rata de sinucidere este aproape invariabilă pentru o anumită societate pentru lungi perioade de timp? Durkheim este printre sociologii care au observat această regularitate şi au susţinut ipoteza existenţei unei determinări sociale a sinuciderii. Considerând că rata de mortalitate - sinucidere este o măsură a tendinţei de sinucidere a unei societăţi la un moment dat el a observat că fiecare popor are, colectiv, o tendinţă de sinucidere bine determinată. Această tendinţă ar fi invers proporţională cu gradul de integrare a individului în societate.<sup>8</sup> Legile găsite de el au fost verificate şi confirmate de-a lungul timpului de diverşi cercetători: supramortalitatea suicidară masculină, imunitate relativă a persoanelor căsătorite, intensificarea fenomenului în timpul crizelor economice şi scăderea ratelor de sinucidere în

perioadele de război.<sup>9</sup>

Una din problemele pe care le ridică studiul sinuciderii este cea a calităţii datelor. Acestea sunt de multe ori discutabile: în multe cazuri nu se ştie sigur dacă a fost accident, crimă sau sinucidere, totul depinzând de ancheta care se face într-un asemenea caz. În unele ţări, în caz de sinucidere se fac anchete asupra motivelor care au condus la aceasta, în majoritatea însă nu se fac.<sup>10</sup> „Secret, sinuciderea e un act atât de secret încât nici nu ştim numărul anual al sinuciderilor. Desigur, avem o seamă de statistici, dar, neînregistrându-se decât sinuciderile reuşite sau constatate, acestea subvaluează numărul lor real”.<sup>11</sup> O altă problemă este legată de definirea sinuciderii: dacă se utilizează definiţia dată de Durkheim sinuciderii, în care conştientizarea consecinţelor actului suicidar de către persoana care se sinucide este determinantă, datele statistice sunt aproape de nefolosit, dat fiind faptul că nimeni nu poate ştii cât de conştientă era victima înainte de moarte.

În studiul de faţă sunt analizate datele privind sinuciderile în România pentru anii 1983-1997, cu detalii asupra anilor 1994-1996, pornind de la ideea sinuciderii ca fenomen cu determinări sociale. Întrebarea la care încearcă să răspundă studiul de faţă este: care sunt caracteristicile demografice ale sinucigaşului în România? În pofida ostentaţiei care o însoţeşte, sinuciderea rămâne învăluită în taină<sup>12</sup>. Nu ştim de ce se sinucid oamenii, nu ştim de unde găsim puterea de a se desprinde de viaţă, nici cum de adună atâta disperare încât să nu o mai dorească. Ceea ce se poate spune este care sunt caracteristicile demografice - vârstă, sex, mediu de rezidenţă şi stare civilă - ale celor care s-au sinucis într-o anumită perioadă de timp.

<sup>6</sup> O. Buda - **Psihanaliza în faţa medicinei legale**, în **Tratat de medicină legală**, coord. Vladimir Beliş, Editura Medicală, Bucureşti, 1995

<sup>7</sup> O. Buda, op. cit. pag. 813

<sup>8</sup> E. Durkheim - **Despre sinucidere**, trad. Mihaela Calcan, Editura Institutului European, 1993

<sup>9</sup> J.C. Chesnais - **Histoire de la violence**, Ed. Robert Laffart S.A., Paris, 1981

<sup>10</sup> M. Gelder, D. Gath, R. Mayou - **Suicidul şi autovătămarea deliberată**, trad. Olga Ralu, în **Tratat de psihiatrie Oxford**, Editura Medicală, 1994

<sup>11</sup> P. Ariès, G. Duby, ed. - **Sinucigaşul în Istoria vieţii private**, vol. 10, trad. Constanţa Tănăsescu, Editura Meridiane, 1997, pp. 37-38

<sup>12</sup> P. Ariès, G. Duby, ed. - op.cit, pp.37

## 2. Situația generală

Pornind de la ideea durkheim-iană a deosebirilor dintre tendințele de sinucidere ale diverselor popoare, Chesnais propune o tipologie a țărilor în funcție de intensitatea fenomenului suicidal<sup>13</sup>: Ungaria este țara cu rate de sinucidere excepționale (55,5 la 100.000 pentru bărbați în 1994). Grupul țărilor de influență a culturii germane (Austria, Germania, Cehia, Elveția, Danemarca) este caracterizat prin rate de sinucidere ridicate, chiar dacă nu de nivelul celor din Ungaria - 20-30 la 100.000. România se încadrează în grupul

țărilor cu rată de sinucidere slabă, caracteristică țărilor semiindustrializate, cu profunde tradiții rurale, pentru care ratele de sinucidere sunt cuprinse între 10 - 15 sinucideri la 100.000 locuitori. Datele pe ani și pe regiuni ale țării dovedesc că fenomenul suicidal cunoaște variații importante în timp și spațiu, țara fiind mai degrabă neomogenă în raport cu acest fenomen.

Din ratele de sinucidere pentru România în perioada 1983-1997 se pot distinge trei intervale în care fenomenul a evoluat diferit: 1983-1988, 1989-1991, 1992-1997.

**Tabel 1: Evoluția ratei sinuciderilor pe sexe, 1983-1997**

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<b>Total</b>	10,9	11,6	11,3	12,5	12,1	11,6	10,9	9,0	9,3
<b>Bărbați</b>	16,7	17,9	17,4	19,2	18,8	17,9	16,5	13,3	14,3
<b>Femei</b>	5,3	5,5	5,4	6,0	5,7	5,4	5,5	4,7	4,5

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Total</b>	11,6	12,2	12,7	12,3	12,5	12,7
<b>Bărbați</b>	18,5	19,6	20,6	20,3	21,0	21,5
<b>Femei</b>	4,9	5,0	5,1	4,6	4,3	4,2

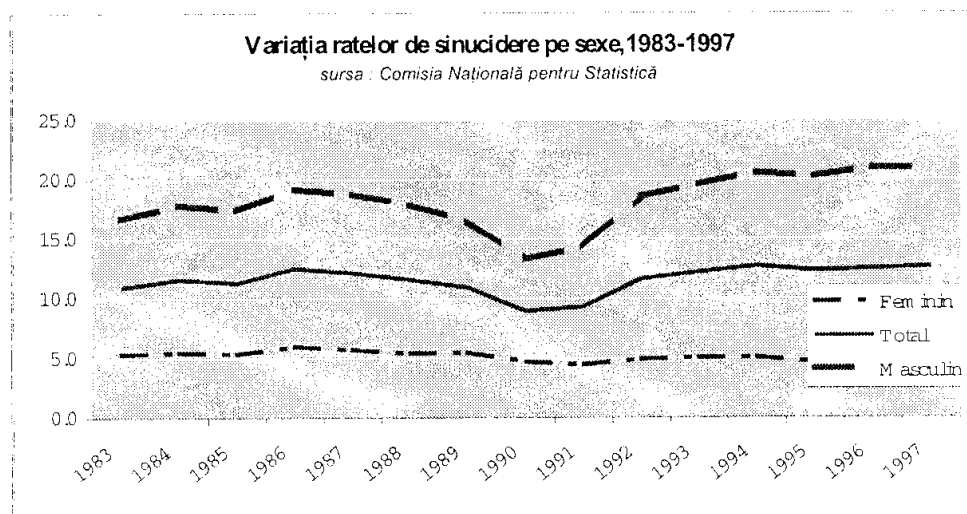
Perioada 1989-1991 este caracterizată de o rată medie sub 10 la 100.000 - în timp ce ratele medii ale celorlalte perioade sunt în jur de 12 la 100.000. Scăderea este explicabilă în contextul legilor lui Durkheim: revoluția din 1989 a fost un moment de intensă viață socială, fenomen care trebuia să conducă la scăderea intensității sinuciderii. Din 1992 efectele acestei revoluții sunt neglijabile, și sinuciderea nu numai că revine la valori ale ratelor peste 11, dar crește în intensitate. Perioada 1992 - 1997 este destul de scurtă pentru a putea presupune o continuare a creșterii ratelor de sinucidere, dar dezordinea vieții sociale românești - fără constrângerile perioadei totalitare, dar profund anomică - pot argumenta o intensificare a fenomenului suicidal.

Una din legile sinuciderii este inegalitatea sexelor în fața fenomenului: raportul dintre ratele de sinucidere la bărbați și ratele de sinucidere la femei este supraunitar. Aceasta este una din diferențele dintre sinucideri și tentativele de sinucidere, și unul din motivele pentru care cele două fenomene sunt tratate diferit<sup>14</sup>: numărul de tentative de sinucidere este mai mare la femei decât la bărbați. Diferența ar fi una de scop: cei care încearcă să se sinucidă și nu reușesc vor, mai degrabă decât să moară, să atragă atenția asupra problemelor lor. Ei sunt sperați, dar nu și-au pierdut orice speranță.

Ratele de sinucidere confirmă faptul că intensitatea fenomenului este diferită pentru cele două sexe (raportul este în jur de 3), dar se observă și tendințe diferite pentru perioada studiată (*Grafic 1*).

<sup>13</sup> J.C. Chesnais, *op.cit.*

<sup>14</sup> M. Gelder, D. Gath, R. Mayou - *op.cit.*



**Grafic 1. Variaţia ratelor de sinucidere pe sexe, 1983-1997**

1990 este an de scădere a ratelor de sinucidere atât pentru sexul masculin, cât și pentru sexul feminin dar, dacă pentru bărbați rămâne an cu rate minime pentru întreaga perioadă, nu același lucru se constată și pentru femei: începând cu 1995, ratele de sinucidere pentru sexul feminin sunt mai mici decât valoarea din 1990. Femeile participă prea puțin la viața socială și este de așteptat ca evenimentele sociale majore să aibă un impact mult mai scăzut asupra lor decât au asupra bărbaților. Ele reacționează mai degrabă la schimbările care au influență directă și imediată asupra familiei, vieții private<sup>15</sup>, și mai puțin la problemele generale ale societății. Este de remarcat faptul că variația ratelor pentru femei este mult mai

mică, de la un an la altul, decât cea a ratelor pentru bărbați, ceea ce face ca graficul ratelor pentru sexul feminin să fie aproape liniar, spre deosebire de graficul ratelor pentru sexul masculin, care are mai degrabă o formă curbă, cu minime și maxime locale accentuate.

### 3. Sexe și vârste

O a doua diferență între tentativele de sinucidere și sinucideri constă în aceea că dacă sinucigașii sunt în mare măsură persoane în vârstă, cei care doar încearcă să se sinucidă sunt adolescenți și tineri. Și în România ratele de sinucidere la adolescenți și tineri sunt mici, persoanele în vârstă având, în general, rate ridicate de sinucidere.

**Tabel 2: Evoluția ratei sinuciderilor pe categorii de vârstă**

	1987	1991	1994	1995	1996
<b>0-14 ani</b>	0,4	0,3	0,5	0,3	0,4
<b>15-29 ani</b>	8,8	6,0	8,6	8,6	7,8
<b>30-44 ani</b>	16,1	11,6	17,5	17,0	17,1
<b>45-59 ani</b>	21,8	16,0	22,3	22,4	22,8
<b>60-74 ani</b>	18,0	16,4	17,6	16,7	17,8
<b>peste 75 ani</b>	15,1	18,9	22,1	16,2	17,7
<b>Total</b>	<b>12,1</b>	<b>9,3</b>	<b>12,7</b>	<b>12,3</b>	<b>12,5</b>

<sup>15</sup> Este de remarcat creșterea ratei de sinucidere la populația feminină în 1986, an foarte dur economic pentru populația României.

Doar în perioada 1989-1991 ratele de sinucidere și-au atins maximum la persoanele de 75 ani și peste, în restul perioadelor categoria de vârstă 45-59 ani având cele mai înalte rate de sinucidere. Dacă la persoanele vârstnice singurătatea și boala sunt explicațiile care pot acoperi o mare parte din cazuri, persoanele cu vârsta cuprinsă între 45 și 59 ani sunt cele mai afectate de ceea ce se întâmplă în societate - ele sunt cele care suportă consecințele anomiei din societate și nu mai găsesc resurse și sens pentru a supraviețui.

În perioada 1994-1996, la femei, cele mai ridicate rate de sinucidere se înregistrează la grupa de vârstă de peste 75 ani pentru 1994, iar pentru 1995-1996 la grupa de vârstă 60-74 ani. Putem spune, deci, că cel mai mare risc de sinucidere îl au, pentru perioada 1994-1996, femeile de peste 60 ani. Scăderea intensității sinuciderii este aproape generală pe grupe de vârstă însă grupele tinere (0-14 ani<sup>16</sup> și 15-29 ani) sunt cele pentru care scad constant ratele de sinucidere. Pentru bărbați, dacă în 1994 ratele de sinucidere erau cele mai mari la categoria de vârstă peste 75 ani, în 1995 și 1996 ratele pentru categoria 45-59 ani devin cele mai mari.

#### 4. Stare civilă<sup>17</sup>

Datele pe stare civilă se referă doar la perioada 1994-1996. Din acestea rezultă că ratele de sinucidere maxime se înregistrează la populația divorțată sau văduvă masculină (peste 100 cazuri la 100.000 locuitori)(*Anexa 1*). Se observă că ratele de sinucidere pentru văduvi și divorțați sunt apropiate, și sunt mult mai mari decât pentru persoanele necăsătorite sau căsătorite. În interpretarea datelor trebuie ținut cont de calitatea estimărilor pe stare civilă: persoanele divorțate au tendința să se declare ca aparținând uneia dintre celelate stări civile, în special femeile. Totuși diferențele dintre ratele pentru divorțați și cele pentru căsătoriți și necăsătoriți sunt suficient de mari pentru a face credibilă existența unei reale diferențe, dincolo de erorile rezultate din calitatea datelor. Pe categorii de vârstă, ratele de sinucidere pentru persoanele divorțate sunt maxime la categoriile 30-59 ani, pe când la persoanele văduve sunt maxime pentru persoanele 15-19 ani și 60-74 ani.

Atât pentru bărbați cât și pentru femei, cele mai scăzute rate de sinucidere le au cei căsătoriți; se confirmă astfel observația lui Durkheim referitoare la apărarea dată de căsătorie.

**Tabel 3: Coeficientul de apărare față de căsătoriți, pe sexe**

	necăsătorit		căsătorit		văduv		divorțat	
	femei	bărbați	femei	bărbați	femei	bărbați	femei	bărbați
1994	1,6	1,3	1	1	2,9	4,8	2,8	5,3
1995	1,7	1,4	1	1	2,5	4,8	3,6	5,3
1996	1,0	1,3	1	1	2,6	5,7	2,6	5,5
<b>Medie</b>	<b>1,4</b>	<b>1,3</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>2,6</b>	<b>5,1</b>	<b>3,0</b>	<b>5,4</b>

<sup>16</sup> Pentru grupa de vârstă 0-14 ani, practic nu se pot calcula rate de sinucidere datorită numărului redus de cazuri. Diferențele se pot observa la nivel de număr de sinucideri.

<sup>17</sup> Probabilitățile de sinucidere pe stare civilă sunt distorsionate de existența segmentului de vârstă 0-14 ani ce nu poate cuprinde decât populație necăsătorită. Această grupă de vârstă este aproape neafectată de fenomenul sinuciderii; introducerea ei în grupul de stare civilă necăsătoriti modifică probabilitățile totale pentru această grupă. De aceea am considerat necesar să pun în evidență și probabilitățile de sinucidere pentru populația necăsătorită de peste 15 ani și probabilitățile totale de sinucidere pentru populația de peste 15 ani.

Calculând un coeficient de apărare dat de căsătorie (Tabel 3), ca raport între ratele de sinucidere pentru fiecare stare civilă pe rată de sinucidere pentru căsătoriţi, pe sexe, se observă că toate celelalte stări civile au rate de sinucidere mai mari decât pentru persoanele căsătorite. Cel mai mare coeficient se înregistrează atât la femei cât și la bărbați pentru persoanele divorțate (5,4 la bărbați, 3 pentru femei), dar valorile sunt apropiate de cele pentru persoane văduve și de două-trei ori mai mari decât pentru persoane necăsătorite. Să presupunem că divorțatii au rate înalte de sinucidere datorită unui proces de selecție prin care ajung în această situație cei cu probleme psihologice, cu o viață dezorganizată. Atunci coeficientul de apărare pentru această stare civilă ar trebui să fie diferit de al persoanelor văduve, pentru care nu se poate presupune existența unui proces de selecție.

Persoanelor văduve și divorțate le sunt comune: a) existența unei perioade în care au trăit în mijlocul unei familii; b) starea actuală de singurătate. Trecerea de la o stare la alta este apăsătoare și determină apariția unor stări psihice speciale care pot conduce la suicid. Aceasta ar putea fi o explicație și pentru diferența mare între ratele de sinucidere ale persoanelor necăsătorite, pe de o parte, și a celor divorțate și văduve. Persoanele necăsătorite nu trec prin acest șoc al schimbării de statut; problemele lor sunt diferite față de cele ale văduvilor și divorțatilor.

Raportul ratelor de sinucidere masculin/feminin arată că cea mai mare diferență este pentru categoriile de stare civilă văduv și divorțat. Schimbarea statutului, dispariția familiei, îi afectează - surprinzător - mai mult pe bărbați decât pe femei.

Dispariția partenerului perturbă mai grav

**Tabel 4 : Raportul ratelor de sinucidere masculin-feminin pe stare civilă**

	necăsătorit	căsătorit	văduv	divorțat
1994	3,7	4,6	7,7	8,6
1995	4,1	4,8	9,2	7,1
1996	6,6	4,8	10,6	10,0
<b>Medie</b>	<b>4,8</b>	<b>4,7</b>	<b>9,2</b>	<b>8,6</b>

*sursa:* CCSSDM, calcule ale autorului

viața bărbaților decât a femeilor; de aici tendința mai mare spre sinucidere și spre recăsătorie. Femeile sunt cele care orânduiesc viața de familie; dispariția lor înseamnă

dispariția unui întreg stil de viață. Existența copiilor este consolatoare pentru femei, dar mai puțin pentru bărbați.

## Nivel de educație.

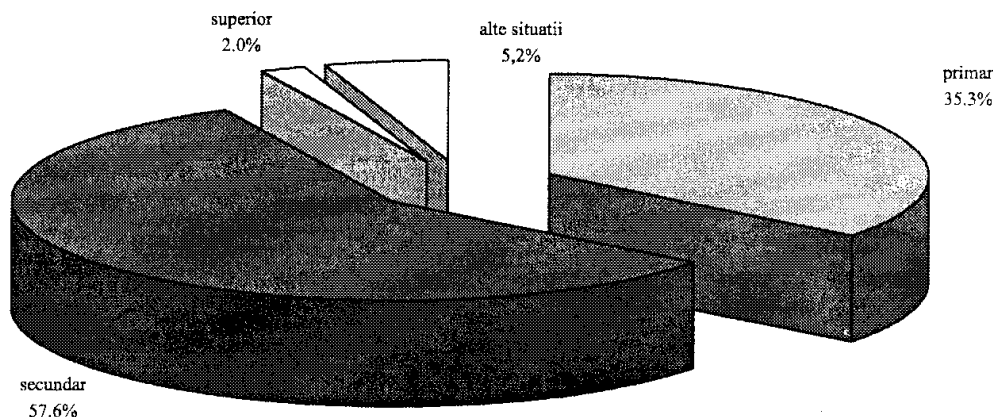
### Metode de sinucidere

Structura pe educație a persoanelor care se sinucid este asemănătoare cu cea din populație; este interesant de observat că proporția persoanelor cu studii superioare este

mai redusă în populația de sinucigași decât în populația de bază. Aceasta este o trăsătură de remarcă a fenomenului de sinucidere în România, știut fiind<sup>18</sup> că, în general, se sinucid într-o proporție mai mare persoanele cu nivel ridicat de instrucție.

### Sinucideri pe nivel de educație, 1996

sursa: CSSDM



Grafic 2: Sinucideri pe nivel de educație, 1996

Se presupune că un nivel înalt de educație impune o mare schimbare în personalitatea individului - o mai mare reflexivitate, mai multă angoasă, mai multă singurătate. S-ar putea ca educația superioară din România să însemne mult mai puțin reflexivitate, cât o diplomă care să asigure o muncă mai ușoară și un trai mai bun. Cu atât mai mult cu cât majoritatea absolvenților de învățământ superior sunt absolvenți de facultate tehnică, ceea ce presupune dobândirea unor abilități tehnice mai degrabă decât reflexivitate.

În privința metodelor de sinucidere, majoritatea - peste 80% dintre bărbați, 65% dintre femei, au drept cauză de moarte asfixia. O a doua metodă folosită - sub 10% dintre bărbați, 25% dintre femei - este otrăvirea cu diverse substanțe. Restul cazurilor au drept cauză de moarte leziunile traumatice și arsurile.

## 6. Mediu de rezidență

Se consideră că<sup>19</sup> orașul predispune la sinucidere datorită lipsei unor legături comunitare puternice. Datele pentru România după 1990 contrazic însă această idee. În 1991 se produce o schimbare a raportului urban - rural: ratele de sinucidere din rural sunt mai mari decât cele din urban. Din distribuția sinuciderilor pe categorii de vârstă și mediu de rezidență rezultă că schimbarea raportului urban - rural a fost determinată de schimbarea raportului ratelor de sinucidere pentru categoriile 40-44 ani, 50-54 ani și 60-64 ani: ratele de sinucidere din rural au devenit mai mari decât în urban, pentru aceste categorii de vârstă.<sup>20</sup> Din datele pe categorii de vârstă, mediu de rezidență și sex, rezultă că *ratele de sinucidere la bărbații din rural au devenit mai*

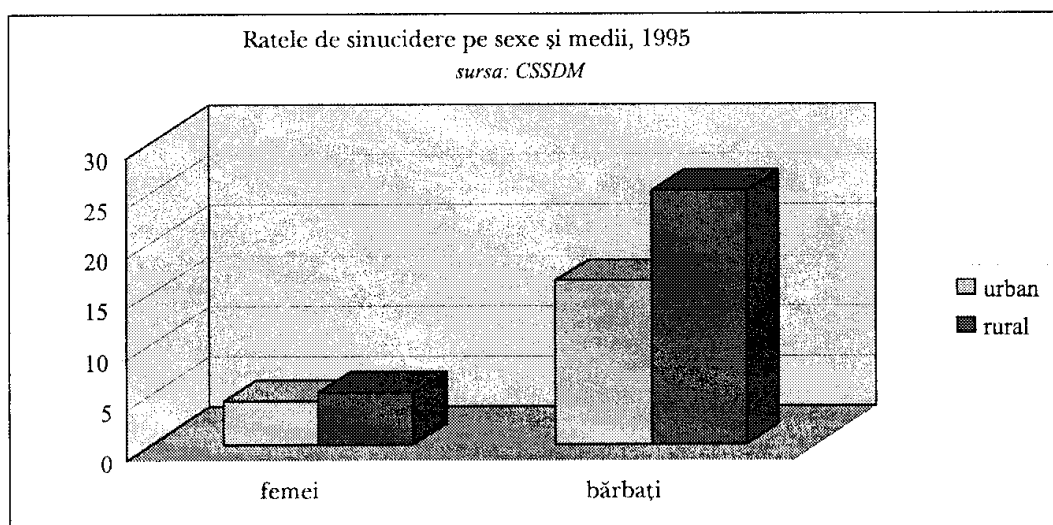
<sup>18</sup> J.C. Chesnais - *op.cit.*

<sup>19</sup> E. Durkheim - *op.cit.*

<sup>20</sup> La aceste categorii de vârstă s-a trecut de la rate de sinucidere mai mari în urban decât în rural la rate de sinucidere mai mari în rural; tinerii oricum aveau rate de sinucidere mai mari în rural decât în urban.

mari decât ratele de sinucidere la bărbaţii din oraşe, în timp ce ratele de sinucidere pentru femei au rămas mai mari în oraşe decât în rural. La bărbaţi, categoriile de vârstă care au schimbat raportul sunt 40 -54 ani; categoria 50 - 54 ani are cea mai mare diferenţă rural-urban, în favoarea ruralului (10 la 1.000.000). Bărbaţii

peste 75 de ani din oraşe rămân totuşi cu cea mai mare rată de sinucidere. Şi între 1994-1996 se păstrează rate de sinucidere mai mari în rural decât în urban; ceea ce caracterizează această perioadă este schimbarea raportului ratelor de sinucidere rural-urban pentru femei, devenit acum şi el supraunitar ( Grafic 3).



**Grafic 3: Rate de sinucidere în urban și rural, pe sexe, 1995**

Schimbarea produsă nu este specifică României; Chesnais, de exemplu, observă că regiunea Parisului are cele mai mici rate de sinucidere, deși este un mare oraș. Aceeași observație este valabilă și pentru Londra.<sup>21</sup> Marea Britanie și Franța sunt țări cu un grad ridicat de urbanizare, în care mediul rural cuprinde doar o fracțiune redusă din populațiile respective; situația lor este aproape incomparabilă cu cea de aici. În România însă 45 % din populație trăiește în mediul rural; această creștere a ratelor de sinucidere în rural poate fi un semn de dezagregare a comunităților sătești.

## 5. Naționalități. Județe

Din totalul de cazuri de sinucidere pe anii 1994-1996, 21% sunt de naționalitate maghiară, în timp ce proporția maghiarilor în

populația totală nu depășește 8%; maghiari din România au deci rate de sinucidere de aproape trei ori mai mari decât populația de naționalitate română. Ei își păstrează comportamentul suicidal specific Ungariei - cu rate de sinucidere foarte înalte, deși trăiesc în mijlocul unei populații cu rate de sinucidere scăzute. Proporția de persoane maghiare (central-europene) se va dovedi cel mai important predictor pentru ratele de sinucidere în teritoriu.

Numărul mediu de sinucideri la nivel de județ pentru un an calendaristic este prea mic (50) pentru a calcula rate de sinucidere; de aceea au fost calculate rate pentru cei trei ani împreună (Anexa 2). Din modelul de regresie rezultă că cel mai important predictor pentru sinucidere este proporția de populație central europeană<sup>22</sup> din județul respectiv. Un al doilea predictor este numărul de autoturisme la 1.000

<sup>21</sup> M. Gelder, D. Gath, R. Mayou -- *op.cit.*

<sup>22</sup> Înțeleg prin populație *central europeană*: maghiari, germani, cehi, slovaci, croați. Acestea sunt populații care au rate de sinucidere înalte; nu am putut să calculez ratele lor de sinucidere în România pentru că nu există estimări pe naționalități în afara recensământului.



de locuitori, ca măsură a capitalului material: cu cât un județ este mai bogat, cu atât va avea și rate de sinucidere mai scăzute.

În modelul de regresie pentru județele în care ponderea maghiarilor nu depășește 10% (Anexa 2), apare un nou predictor: numărul de salariați la 1.000 de locuitori. Județele în care numărul de salariați la 1.000 de locuitori este mare sunt cele cu o rată mare de urbanizare și în care ponderea populației care a absolvit numai școala primară este scăzută. Dependența ratei de sinucidere de numărul de salariați la 1.000 de locuitori poate părea stranie dar datele pe cazuri de sinucidere arată că 25% din sinucigașii din 1994-1996 sunt salariați, 20% sunt pensionari. Județele cu mulți salariați sunt și cele în care există mulți pensionari, deci este de așteptat ca în aceste județe să existe rate de sinucidere mai ridicate decât în rest. O explicație pentru dependența număr de salariați - rate de sinucidere ar putea fi insatisfacția față de muncă a salariaților din întreprinderile de stat, sentimentul de inutilitate a muncii, alienarea față de aceasta. Atâta timp cât nu sunt calculate rate de sinucidere pentru salariați, această explicație nu poate rămâne decât la stadiul de ipoteză. Și în acest model există predictorul autoturismelor la 1.000 de locuitori ca semn de bunăstare. Sărăcia în sine nu este un motiv de sinucidere.<sup>23</sup> Nu faptul că ești sărac conduce la disperare, ci faptul că ești din ce în ce mai sărac, ajungând până la lipsa condițiilor de supraviețuire. Schimbarea statutului este angoasantă și ar putea fi o explicație a numărului mai mare de sinucidere.

## BIBLIOGRAFIE

- Ariès, P, Duby, G. (ed.), **Sinucigașul**, în **Istoria vieții private**, vol.10, trad. C. Tănăsescu, Editura Meridiane, 1997
- Buda, O. , **Psihanaliza în fața medicinei legale**, în **Tratat de medicină legală**, vol.II, Editura Medicală, București, 1995
- Chesnais, J.C., **Histoire de la violence**, Editura Robert Laffart, S.A. Paris, 1981
- Delumeau, Jean, **Păcatul și frica, Culpabilizarea în Occident (secolele XIII-XVIII)**, trad. I. Ilinca și C. Chiriac, Editura Polirom, Iași, 1997
- Durkheim, E., **Despre sinucidere**, trad. Mihaela Calcan, Editura Institutul European, 1993
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., **Suicidul și autovătămarea deliberată**, trad. Olga Ralu, în *Tratat de psihiatrie Oxford*, Editura Medicală
- Graunt, John, **Natural and Political Observations Mentioned in a Following Index, and Made Upon the Bills of Mortality**, în D. Smith, N. Keyfitz, **Mathematical Demography**, Selected Papers, Springer-Verlag, 1977

<sup>23</sup> J.C. Chesnais - op. cit.

## Anexa 1

Tabel 1: Număr de sinucideri pe stare civilă și grupe de vârstă, bărbați, 1994

	necăsătorit	căsătorit	văduv	divorțat	Total
0-14 ani	21				21
15-29 ani	287	76	2	17	382
30-44 ani	198	380	19	101	698
45-59 ani	87	458	59	87	691
60-74 ani	18	234	122	7	381
peste 75 ani	7	34	83	1	125
Total	618	1182	285	213	2298

Tabel 2: Rate<sup>1</sup> de sinucidere pe stare civilă și grupe de vârstă, bărbați, 1994

	necăsătorit	căsătorit	văduv	divorțat	Total
0-14 ani	0,8				0,8
15-29 ani	14,7	9,4	106,8	86,5	13,7
30-44 ani	74,1	19,0	108,2	112,7	29,4
45-59 ani	111,6	27,8	106,6	136,1	37,4
60-74 ani	56,9	19,7	96,2	29,1	27,8
peste 75 ani	109,3	16,3	91,4	40,3	40,5
Total	12,8	20,2	97,5	106,7	20,6
	25,6				26,2

Tabel 3: Număr de sinucideri pe stare civilă și grupe de vârstă, bărbați, 1995

	necăsătorit	căsătorit	văduv	divorțat	Total
0-14 ani	11				11
15-29 ani	317	72	1	9	399
30-44 ani	209	346	12	89	656
45-59 ani	98	450	73	98	719
60-74 ani	24	220	109	19	372
peste 75 ani	1	31	64	3	99
Total	660	1119	259	218	2256

Tabel 4: Rate de sinucideri pe stare civilă și grupe de vârstă, bărbați, 1995

	necăsătorit	căsătorit	văduv	divorțat	Total
0-14 ani	0,5				0,5
15-29 ani	15,9	8,8	52,1	37,0	14,0
30-44 ani	78,8	17,8	69,2	93,5	28,3
45-59 ani	122,1	27,2	130,7	145,5	38,6
60-74 ani	76,1	18,2	85,9	76,4	26,7
peste 75 ani	16,0	14,0	78,6	119,6	31,8
Total	13,8 (27,3)	19,1	91,4	101,8	20,2 (25,7)

sursa: Centru de Statistică Sanitară și Documentare Medicală  
Comisia Națională de Statistică  
calculare ale autorului

## Anexa 2

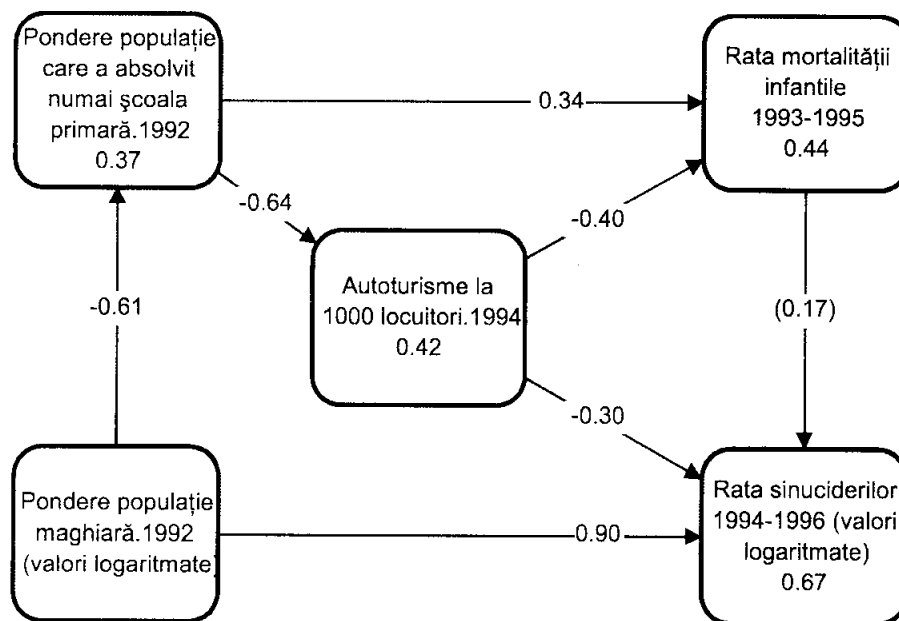
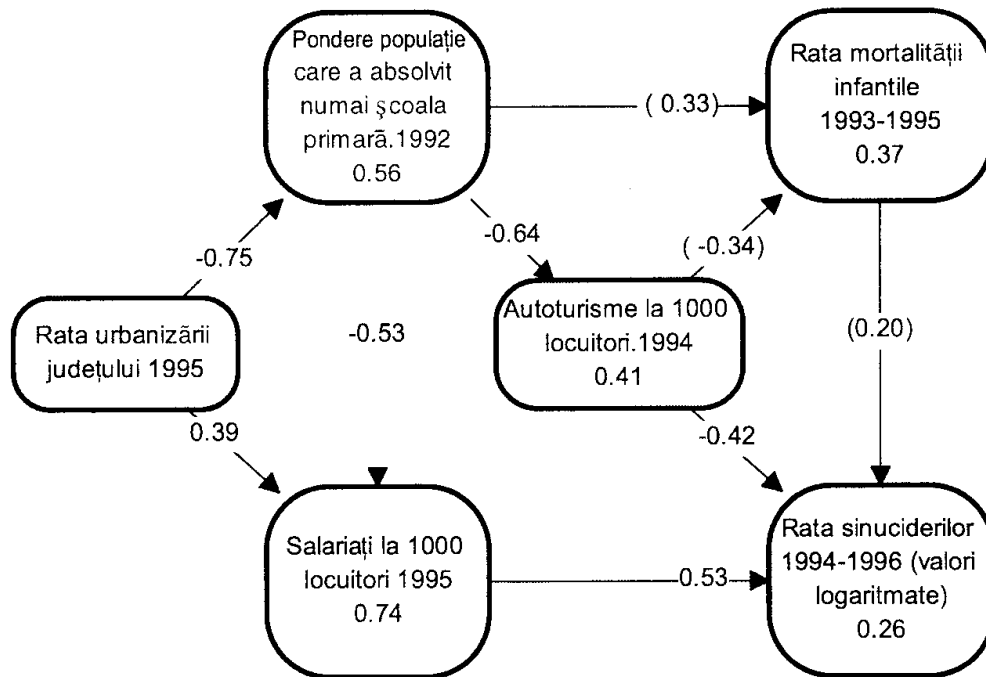


Fig. 1 Modelul causal al variației interjudețene a sinuciderilor.

Modelul este consistent cu datele: matricea de corelații observate nu diferă semnificativ de matricea corelațiilor teoretice, așteptate în baza modelului path  $P = 0.36$ . Pe arcele de graf sunt notați coeficienții de regresie parțială standardizați (path). În interiorul blocurilor corespunzătoare variabilelor endogene sunt notați coeficienții de determinare multiplă. Din analiză au fost excluse datele pentru București și Ilfov. Numărul de autoturisme este considerat ca măsură a capitalului material regional. Pentru construirea modelului a fost folosit AMOS.

<sup>1</sup> Deoarece au fost calculate în raport cu populația la 1 ianuarie a anului respectiv, valorile obținute sunt de fapt probabilități prospective.

## Anexa 3



**Fig. 2 Modelul cauzal al variaţiei sinuciderilor la nivelul judeţelor care au sub 10% populaţie maghiară.**

Modelul este consistent cu datele: matricea de corelaţii observate nu diferă semnificativ de matricea corelaţiilor teoretice, aşteptate în baza modelului path  $P = 0.19$ . Pe arcele de graf sunt notaţi coeficienţii de regresie parţială standardizaţi (path). În interiorul blocurilor corespunzătoare variabilelor endogene sunt notaţi coeficienţii de determinaţie multiplă. În analiză sunt cuprinse cele 31 de judeţe în care populaţia maghiară reprezenta mai puţin de 10% în 1992. Bucureşti şi Ilfov sunt, de asemenea, omise din analiză. Numărul de autoturisme este considerat ca măsură a capitalului material regional. Pentru construirea modelului a fost folosit AMOS.