



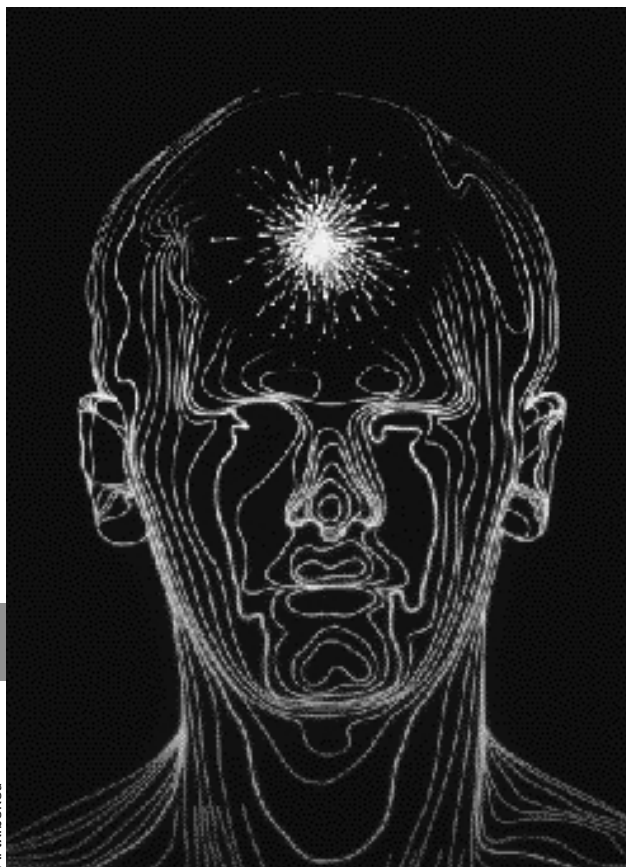
Gaur egun, suizidioa osasungintza publikoaren arazo larria dugu; izan ere, lurralde gehienetan, heriotza-zergatiei buruzko zerrendetan lehenengo hamar postuetan izaten da. Estatu Batuetan, esaterako, 1996. urtean 30.862 pertsonak egin zuten bere buruaz beste. Euskal Herriari dagokionez, Gipuzkoan 1996.eko urtarrilaren 1etik, 1997.eko ekainaren 30a bitartean traumatizatu larrietako % 15,5 suizidioak izan ziren. Hala ere, ikerlari batzuen arabera, zenbaki horiek handiagoak izan beharko lukete, suizidio asko, berez, istripu edo heriotza naturaltzat hartzen baita. Horrez gain, azken urte hauetan buruaz beste egiteak igo egin dira nabarmen, batez ere gazteengan.

# Suizidioa

## Zergatik?

## Nola aurre egin?

Luis F. Callado\*



Artxibokoa

**P**ortaera suiziden intzidentzia, prebalentzia zein joera baloratzea oso zaila izan arren, suizidioari lotutako zenbait faktore badagoe-la ontzat jo genezake, zalantzarik gabe. Ildo horretan, suizidio-gertakarien lagin zabalak erabiliz egindako ikerketa epidemiologikoez portaera suizidari lotuta dauden arrisku-faktore sozial zein psikiatriko garrantzitsuak daudela adierazten dute. Arrisku-faktore horiek ezagutu eta konponduz

gero aurrerapauso baliagarriak eman daitezke suizidioaren prebentzioan.

### Gaixotasun psikiatrikoak

1959. urtean, *Robins et al.*-ek suizidioaren eta gaixotasun psikiatrikoen artean loturak badaudela frogatu zuten lehen aldiz. Ikerlari horiek egindako ikerketan, aztertutako suiziden % 94k bere buruaz beste egitean gaixotasun psikiatrikoen bat pairatzen zuela frogatu zuten. Haietako, % 45ek

arazo afektiboak zituen eta beste % 23k alkoholismoa zuen diagnostikotzat. Beste hainbat ikerketak depresioa, alkoholismoa zein bestelako drogen gehiegikeria eta eskizofrenia suizidioarekin lotura handia duten gaixotasun psikiatrikoak direla baieztatu du.

### Depresioa

Depresioa da, zalantzarik gabe, suizidioari maizen lotuta ager den gaixotasun psikiatrikoa. Aldi berean, ontzat jotzen da depresio

nagusia pairatzen duten gaixoengan suizidio-arriskua % 19koa dela. Horregatik, suizidioaren prebentzioa zaila izan arren, paziente deprimituen benetako suizidio-arriskua aztertzeko, gertakizun depresiboaren larritasun-maila zehazteak ezinbestekoa dirudi.

Gaixotasun depresiboaren artean, depresio nagusia zalantzarik gabe diagnostikatu zitzaizen pazienteen eta horretarako baldintza guztiak betetzen ez zituztenen arteko ezberdintasunak frogatu dira. Adibidez, bigarren multzo horretan, suizidioa, gizonetzkoengan izaten da batez ere, sarritan, alkoholarekiko gehiegikeria edo menpekotasunarekin, nortasun-arazoekin edo depresioaren aurreko gaixotasun fisiko larriren batekin erlazionatuta dago. Aitzitik, depresio nagusia emakumezkoengan izaten da batik bat, eta kasu askotan, diagnostikoa bakarra izaten da.

Bestalde, depresio nagusiaren lehenengo hiru hilabeteetan edota errepikatzen diren gertaera depresiboetan suizidio-arriskua handiagoa omen da.

Gaixo deprimituek euren buruaz beste egitea eragozteko eta prebenitzeko jarraitu beharreko tra-



Artxibokoa

tamenduaren eta beharrezkoa den laguntza psikiatrikoaren betebeharrak eztabaida gogorak piztu izan ditu. Ikerketa batzuen arabera, oso garrantzitsuak dira depresioaren tratamendu psikologiko edota farmakologiko egokiak suizidiorako arrisku-faktoreak gutxitzeko. Hori kontuan hartuta, depresioaren aurkako tratamenduan farmakoren bat erabili beharko litzateke, batez ere suizidio-arriskua nabarmen den kasuetan. Hori horrela izanda ere, *Isometsä et al.*-ek 1994an egindako ikerketan agerian jarri zuten benetako egoera zein den.

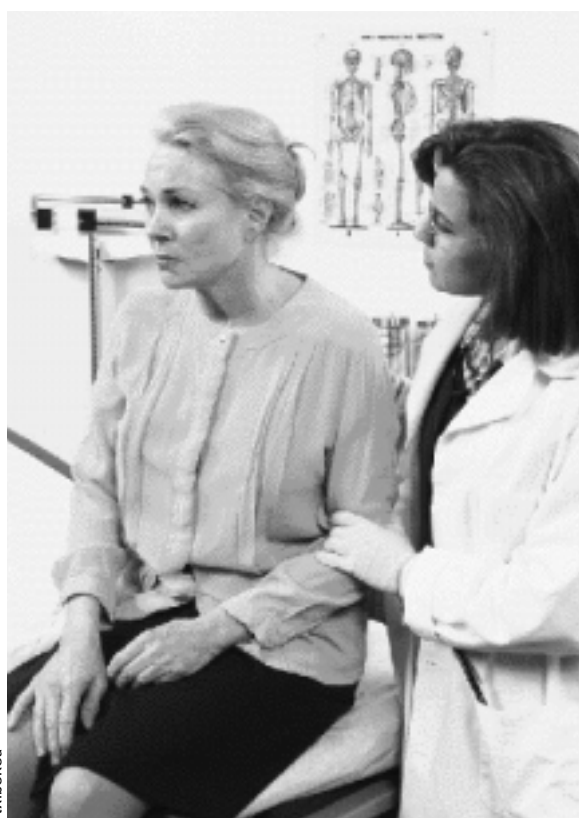
Esaterako, depresioa zuten suiziduen % 45a soilik zegoen tratamendu psikiatrikopian bere buruaz beste egin zuenean, eta % 3ak besterik ez zuen hartu depresioaren aurkako farmakoren bat dosi egokietan. Egindako beste ikerketa baten arabera, deprimituen erdia baino gehiago mediku batekin egon zen bere buruaz beste egin aurreko hiru hilabeteetan, baina haien erdiari soilik eman zitzaion depresioaren aurkako farmakoren bat, eta azken horien herenak soilik zeuzkan antidepresibo-aztarnak odolean autopsia egin zitzaionean. Datu horien guztien arabera, tratamendu eza, tratamendu desegokia edo tratamendua egoki ez betetzeak portaera suizida izatea erraz lezake. Era berean, diagnostiko egokiek zein depresioaren aurkako farmakoen bidez egindako tratamenduek gaixo deprimituen suizidio-arriskua nabarmen murrizten dutela frogatu da.

## Alkoholismoa

Alkoholikoengan ere suizidio-kopurua populazio orokorrean dagoena baino askoz altuagoa da. Gaur egungo alkoholikoen suizidio-arriskua % 8-11koa dela argitaratu da, baina tratamenduan dauden alkoholikoengan % 3,4ra jaisten dela. Hala ere, hil baino lehen suizida alkoholikoen erdia baino gehiagok beste motatako gaixotasun psikiatrikoren bat pai-

Ezkongabea izatea edo bananduta egotea langabetua izatea edo bakarrik bizitzea suizidioa bultzatzen dezaketen egoera sozialak dira.

Pertsona zaharrak, isolamendu sozialak, bakardadeak eta jendearekiko komunikazio ezak bideratzen dituzte suizidiora.



rtxibokoa

ratzen duela ere ageri da. Horren arabera, alkoholismoa eta beste motatako gaixotasun psikiatrikoen arteko elkarrekintza portaera suizidarako arrisku-faktore garrantzitsua da.

Sarritan alkoholismoa eta depresioa elkar lotuta agertzen zaizkigu, alkoholikoek depresioa pairatzeko arriskua alkoholiko ez direnek pairatzea baino bi aldiz handiagoa izanik. Bi arazo horiek sarrigo izaten dira batera emakumezkoengan, baina gainera, agertzeko ordena ere generoari lotuta legoke. Esaterako, gizonezkoen % 78an alkoholismoa agertzen da lehenengo eta alkoholismo horren ondorioz deprimitzen dira. Emakumezkoengan, ordea, % 66an depresioa da lehenengo arazoa eta, ziur aski, depresio horrek bultzata alkoholismoa agertzen da hurrengo.

zofrenia pairatzen duten gaixoei jende arruntak baino 10-20 aldiz suizidio-arrisku handiagoa dute, eta aldi berean, eskizofrenikoengan heriotz goiztiarraren arrazoi nagusietakoa suizidioa da. Arrisku hori gizonezko gazteengan handiagoa da eta, beste pertsonetan ez bezala, adinean aurrera joan ahala txikiagoa egiten da. Bestalde, gaixo eskizofrenikoek suizidio-arriskua ospitalean dauden bitartean txikiagoa da, baina ospitaletik atera ondoren bikoiztu egiten da. Gaixo eskizofrenikoek era askoz ere bortitzagoak eta normalean hilkorragoak erabiltzen dituzte beren buruaz beste egiteko.

Gehienetan eskizofrenian bi motatako sintomak agertzen dira: negatiboak (emozio eza, afektibitatea desagertzea, jendearekiko mesfidantza eta erlazio falta...) eta po-

erabiltzea izan daiteke eskizofreniko-talde horrentzako konponbidea. Horren frogara, klorzapinaz (neuroleptiko atipikoen lehen ereduaz) tratatutako gaixo eskizofrenikoek suizidio-arriskua % 85 jaitsi dela erakusten duen ikerketa dago. Dena den, eskizofreniaren arazo garrantzitsu eta larrienetariko ondorengoa da: gaixoak berak ez du bere buruaren gaixotasunaren inolako konzientziarik. Horregatik eskizofrenia pairatzen duten pazienteek sendagileekiko joera guztiz negatibo eta mesfidagaitza dute, eta horren ondorioz, normalean ez dute laguntza psikiatrikorik eskatuko. Gainera, tratamenduan hasita ere, eskizofrenikoek farmakoak hartu beharra eraso gisa ikusten dute eta, normalean, edozein aitzakiaren bidez tratamendua uzten saiatuko dira, bere buruaz beste egiteko arriskua areagotuz.

## ***Gazteengan, gero eta gehiago, alkohola ez ezik bestelako drogak ageri dira suizidioarekin lotura duten faktore garrantzitsuenetarikoa gisa.***



Bestalde, badirudi alkohol-neurri-gabekeriak gazteen suizidioarekin zerikusi handia duela. Adibidez, euren buruaz beste eginda hil ziren gazte finlandiarren % 50ak detektatzeko adinako alkohol-maila zeukan odolean. Gazteengan, gero eta gehiago, alkohola ez ezik bestelako drogak ageri dira suizidioarekin lotura duten faktore garrantzitsuenetarikoa gisa.

### ***Eskizofrenia***

Eskizofrenia sarritan suizidioarekin erlazionatuta dagoen beste gaixotasun psikiatrikoa da. Eski-

sitiboak (haluzinazioak, asaldura, hiperaktibitatea, susmagarritasun paranoikoak...). Sintoma positiboak negatiboak baino nabarmenagoak diren heinean, suizidio-arriskua altuagoa izango da.

Tratamenduari dagokionez, urte askotan neuroleptikoak erabili dira eskizofreniaren aurkako aukerako farmako gisa. Zoritxarrez eskizofrenikoengan neuroleptikoei erresistenteak diren gaixo ugariz osatutako taldea dago, pazienteek suizidiorako arrisku handiago daukatelarik. Neuroleptiko atipiko deritzen farmako berriak

### **Arrisku-faktore sozialak**

Aurreko guztiaz gain, portaera suizidarekin erlazionatuta egon daitezkeen zenbait faktore sozial ere badagoela frogatu da. Dirudienez, ezkongabea izatea edo bananduta egotea, langabetua izatea edo bakarrik bizitzea suizidioa bultzatzen dezaketen egoera sozialak dira. Ildo beretik, adinak eta generoak ere portaera suizidarekin zerikusirik izan dezakete. Adibidez, suizidioa gehiago izaten da gizonezkoengan eta badirudi, salbuespenak salbu, eragina adinarekin batera handiagoa dela. Hala ere, azken boladan, gazteenengan, eta batez ere mutilengan, suizidio-tasaren igoera nabarmena somatu da. Adibide gisa, 1980 eta 1992. urte bitartean Estatu Batuetan, 15-19 urteko adin-tartean, suizidio-kopurua % 28 igo zen eta 10-14 urteko adin-tartean % 120. Gazteen kasuan familia-arazoak, ikasketa-arazoak eta gurasoengandik jasandako tratatu txarrak dira, nabarmen, euren buruaz beste egiteko arrazoiak.



Artxibokoa

Eskizofrenia pairatzen duten pazienteek sendagileekiko joera guztiz negatibo eta mesfidagaitza dute, eta horren ondorioz, normalean ez dute laguntza psikiatrikorik eskatuko.

Pertsona zaharrak, aitzitik, isolamendu sozialak, bakardadeak eta jendearekiko komunikazio ezak bideratzen dituzte suizidiora.

Suizidioen kopurua gudaldietan txikiagoa da. Baina depresio ekonomikoko garaian asko igotzen da, pertsonen egoera ekonomikoa behera doan heinean suizidio-arriskua gora doalarik. Adibidez, Sobiet Batasuna desagertzearen ondorioz sortutako krisialdi ekonomikoa dela eta, Errusian suizidio-tasa % 4 igo da. Testuinguru honetan, inmigrante edo etorkinen suizidio-arriskua oso altua izango da, eurengan egoera ekonomikoa txarrak, bakardadearekin eta bizi diren gizartearekiko isolamenduarekin bat egiten baitu.

Azkenik, suizidioa egunean zehar gaeuan baino gehiago izaten da; era berean astearen hasieran eta udaberrian sarriago izaten omen da.

## Ondorioak

Laburbilduz, asko dira portaera suizidarekin zerikusirik izan dezaketan arrisku-faktoreak eta, badi-rudi, horiek ikertzea ezinbestekoa dela suizidioaren benetako prebentzioa lantzeko. Ezin dugu

ahaztu, estatistikek diotenez populazioaren % 5ek bere bizitzan zehar behin, gutxienez, bere buruaz beste egitea pentsatu duela. Gainera bere buruaz beste egiten duen pertsona askok medikurengana jotzen dute aurreko hila-bete edo egunetan. Paziante bakoitzaren suizidio-arriskuaren balorazioak, pertsona horren osagai guztiak hartu beharko lituzke kontuan, buruaz beste egitea sahisteko. Gainera, kasu gehienetan suizidak bere erabakia aditzera emango du lehenago. Horregatik suizidio-saioei arreta handia eskaini behar zaie, aurre-rantzean horietako % 10ek benetako suizidioa burutuko baitu. Oro har, osasungintzako profesionalak erne egon beharko lukete faktore horien guztien aurrean, kasu bakoitzean asistentzia edo laguntza berezitua beharrezkoa ote den baloratzeko eta pazientea ondoen dagokion moduan bideratzeko.

\* Medikuntzan doktorea  
Research Associate  
Neurotransmission Laboratory  
The Royal London Hospital  
London (United Kingdom)

## BIBLIOGRAFIA

- Diekstra, R. F. W. (1996). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Arch. Suicide Res.* 2, 1-29.
- Henry, J. A. (1996). Suicide risk and antidepressant treatment. *J. Psychopharmacol.* 10 (Suppl.1), 39-40.
- Isometsä, E. T.; Henriksson, M. M.; Aro, H. M.; Heikkinen, M. E.; Kuoppasalmi, K. I. & Lönnquist, J. K. (1994). Suicide in major depression. *Am. J. Psychiatry* 151, 530-536.
- Lester, D. (1998). Suicide and homicide after the fall of communist regimes. *Eur. Psychiatry* 13, 98-100.
- Mann, J.J. (1998). The neurobiology of suicide. *Nature Medicine.* 4, 25-30.
- Meltzer, H.Y. (1998). Suicide in schizophrenia: risk factors and clozapine treatment. *J. Clin. Psychiatry* 59 (Suppl. 3) 15-20.
- Mintegi, I.; Murgialdai, A.; Reviejo, K.; Ibaruren, K.; Azaldegi, F.; Txoperena, G. & Romo, E. (1998). Suizidio traumatikoak Gipuzkoan. *Epidemiologia.* 8. Osasun Jardunaldiak. 143-144.
- MMWR. (1995). Suicide among children, adolescents and young adults. United States, 1980-1992. 44, 289-291.
- Mortensen, P. B. (1995). Suicide among schizophrenic patients: occurrence and risk factors. *Clin. Neuropharmacol.* 18 (Suppl. 3), S1-S8.
- Moscicky, E. K. (1995). Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide Life Threat. Behav.* 25, 22-35.
- Robins, E.; Murphy, G. & Wilkinson, R. H. (1959). Some clinical observations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am. J. Public Health* 49, 888-889.
- Roy, A. (1982). Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 39, 1089-1095.