



# PENSAR EL SUÏCIDI



## Resum

El suïcidi té una llarga història social, cultural i religiosa, dins de la societat occidental, que ha marcat la forma com s'ha viscut, comprès i gestionat el fet suïcida per part de la societat amb importants repercussions a l'hora de procedir amb els suïcides i les seves famílies. Actualment, el suïcidi és una de les principals causes de mortalitat als països desenvolupats. Cal tenir present que la persona que decideix posar fi a la seva vida ho fa sota la vivència d'un gran patiment ja sigui físic, moral o psíquic, i que és viscut en clau subjectiva condicionada per diversos factors que poden ser biològics, la qualitat dels seus fonaments emocionals, els vincles relacionals que l'envolten o la seva realitat actual.

## Paraules clau

Suïcidi, història, causes, patologia, clínica

## Abstract

Suicide has a long social, cultural and religious history within Western society, which has shaped the way in which suicide has been experienced, understood and managed by society, with important repercussions on the way we relate to suicides and their families. Suicide is currently one of the leading causes of death in developed countries. It must be born in mind that the person who determines to end their life does so under the experience of a great suffering whether physical, moral or mental, a suffering that is lived in a subjective way conditioned by various factors, whether biological, the quality of their emotional foundations, the relational bonds that surround them or their current reality.

## Keywords

Suicide, history, causes, pathology, clinic





*Quan surt l'ànima, encesa de follia,  
del cos que ella mateixa s'ha llevat,  
al cercle que fa set Minos l'envia.*

*Cau dins la selva en lloc que no ha triat,  
i, tant si és un grumoll destre o maldestre,  
allí germina con un gra de blat.*

*Creix plançó, i esdevé planta silvestre,  
i en picar les Harpies els seus brots,  
fent-li dolor, fan al dolor finestra.*

*Per les mortals despulles irem tots,  
i no essent just reprendre el que hom es lleva,  
no ens en revestirem, i entre sanglots*

*les anirem arrossegant sens treva  
fins aquí dins, on cadascú el seu cos  
penjarà a l'esbarzer de l'ombra seva.*

Dante Alighieri, *Divina Comèdia*, Infern, cant tretzè.

Gairebé amb tots el pacients ens qüestionem, en algun moment del seu procés psicoterapèutic, sobre diferents aspectes de la relació que es construeix entre pacient i terapeuta, o de la pertinència d'algunes intervencions nostres, però els que han portat a terme un intent de suïcidi ens obren interrogants de molts tipus i també diferents temes ètics.

El pacient suïcida d'entrada planteja la seva relació amb la pròpia mort, que ha estat activament buscada en algun moment de la seva vida i, ho vulguem o no, ens remet a la nostra essència d'éssers mortals i a les pròpies creences o experiències sobre la naturalesa del més enllà de la vida actual. Segons Ramon Andrés, el suïcidi ens aterreix perquè la mort no ve de la naturalesa; el suïcida trenca el temps humà, vulnera l'ordre natural. Crec, també, que ens aterreix perquè ens connecta directament amb el respecte que ens produeix, generalment, l'acabament de la pròpia vida, i amb les pròpies emocions autodestructives.

La persona que ha dut a terme un o diversos intents de suïcidi i demana la nostra ajuda, moltes vegades ho

fa amb la por de poder tornar a realitzar un acte que atempti contra la seva pròpia vida. És una persona que vol viure, però aquest desig també conviu amb uns contingut emocionals que l'han portat a fer una acció per acabar amb la seva existència. Acceptar un pacient amb aquestes característiques ens col·loca, com a professionals, al llindar d'una porta que es pot obrir cap a la mort per les nostres limitacions professionals, per la incapacitat del pacient de trobar un altre camí, per la manca d'un entorn relacional mínimament sostenidor o per altres motius. Però també és una porta que pot conduir-lo cap a la vida a partir del seu desig, a vegades esquinçat, de viure, sostingut per la coconstrucció d'una relació terapèutica que permeti al pacient tant reescriure els continguts traumàtics o pertorbadors del seu psiquisme com interioritzar noves vivències relacionals generades en la relació terapèutica, per una adequada prescripció mèdica, pels recursos relacionals de què disposa i, potser, per més motius.

Com a terapeutes en general, però especialment amb el pacients més fràgils, estem en una tessitura que el Dr. Coderch descriu amb aquestes paraules:

Pienso que los analistas estamos siempre viviendo al borde de un doloroso incumplimiento frente a esta demanda del otro. Los pacientes nos piden mucho más de lo que podemos ofrecer... Frente a la demanda "infinita" de los pacientes nos ofrecemos a nosotros mismos, ofrecemos nuestra hospitalidad, en palabras de D. Orange (2011). Joan Coderch, 2014.

### Epidemiologia

El suïcidi és un acte mitjançant el qual moren al món prop d'un milió de persones l'any. Segons el director general de l'OMS, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, cada quaranta segons una persona se suïcida. Aquestes xifres no inclouen les temptatives de suïcidi, que són de vint a vint-i-cinc vegades més freqüents que els casos de suïcidi consumat.

Les dades de l'Institut Nacional d'Estadística sobre el suïcidi conclouen que es va mantenir com a primera





causa de mort externa durant els cinc primers mesos del 2020 i es va detectar un repunt en les xifres durant el darrer trimestre, que van anar augmentant a mesura que avançava la pandèmia. Les temptatives de suïcidi el 2020 van créixer en comparació amb la mitjana dels darrers tres anys —des que se'n tenen dades—, amb una pujada del 9,1%, majoritàriament per les temptatives del primer i l'últim trimestre de l'any. La taxa de suïcidis a Catalunya és de 6,05 per cada 100 000 habitants, segons l'Anàlisi de la Mortalitat a Catalunya del 2018. Els homes se suïciden tres vegades més que les dones, però elles fan tres vegades més temptatives que els homes.

### En aquests moments, els suïcidis són la primera causa de mort no natural entre els joves de 16 a 35 anys.

En aquests moments, els suïcidis són la primera causa de mort no natural entre els joves de 16 a 35 anys. Les conductes suïcides (temptatives o suïcidis consumats) no solen ser habituals fins al final de la latència (10-12 anys) i augmenten progressivament al llarg de la pubertat i adolescència. Els episodis de conducta suïcida en menors d'edat han crescut un 27,1% el 2020 a Catalunya. Segons dades del Codi Risc Suïcidi, els infants i adolescents són la franja d'edat on hi ha més increment de temptatives de suïcidi.

Però no tots els suïcidis es poden atribuir a una patologia mental, ja que hi ha circumstàncies socials i històriques que repercuteixen en un augment considerable del nombre de persones que se suïciden; és el cas, per exemple, d'èpoques d'epidèmies com l'actual de la covid-19, circumstàncies de pèrdues econòmiques, situacions de guerra, catàstrofes ambientals, destrucció de cultures i apropiació de terres, com succeeix en algunes cultures minoritàries... Tot i que la nostra feina com a terapeutes se centra a atendre els pacients i acompanyar-los en el seu procés en la recerca d'una vida millor, no podem obviar el pes d'una societat com l'actual en la qual, en molts casos, prevalen les qüestions econòmiques enfront del benestar de les

persones i són causa de profunds malestars que poden abocar-les al suïcidi. Per tant, podem dir que el suïcidi és una problemàtica individual, però també molts cops induïda pel malestar que genera la societat mateix.

### Història

La història del suïcidi ens mostra com els homes i les dones han atemptat contra la seva pròpia vida des de molt antic i també com la conceptualització d'aquest fet i les seves repercussions ha variat segons les cultures i les èpoques històriques. Malgrat que el suïcidi té una llarga història, no així la paraula que el defineix, que apareix tardanament a Anglaterra el 1643 en l'obra *Reliquio Medici*, de Thomas Browne. La paraula *suïcidi*, *suicidium*, ve de *sui*, de si mateix, i *caedere*, matar. És a dir, matar-se un mateix.

El primer registre sobre suïcidi el trobem a Egipte uns 2000 anys aC en el text poètic d'autor desconegut *Diàleg del desesperat de la vida amb la seva ànima*. Aleshores es considerava un pas entre la vida actual i la següent, per evitar el dolor o el deshonor. Ni a la Bíblia ni al Nou Testament trobem textos que prohibeixin el suïcidi de forma explícita, però sí relats de suïcidi a l'Antic Testament. A la Bíblia es relaten fins a nou suïcidis sense que se'n faci ni condemna ni apologia.

A l'antiga Grècia, la conceptualització del fet tenia una doble mirada en funció de la classe social a la qual l'individu pertanyia. Era condemnat en els esclaus i en els soldats amb penes molt dures, però, en les classes altes, la societat grega es mostrava més tolerant si responia a quatre motius concrets: l'honor, l'evitació de dolor, la desgràcia o el patriotisme. I, fins i tot, en cas de sol·licitar-ne permís, l'acte es considerava legítim i fins i tot gloriós (López *et al.*, 1993).

A Roma, una societat essencialment pràctica, també mostraren una postura ambivalent respecte al suïcidi. El toleraven en casos concrets com ara trastorns mentals, recollit en el dret romà com a *insanus et uriosus*, la restauració de l'honor o un acte heroic entre polítics i intel·lectuals (Petroni i Neró). Com a Grècia,





es formalitzaven tribunals per escoltar les raons de les persones amb voluntat de morir (López *et al.*, 1993; Vega-Piñero *et al.*, 2002). Podien realitzar una petició de suïcidi al Senat i, un cop aprovada, s'entregava a la persona un flascó amb la cicuta per consumir-lo. A la vegada, la mateixa societat condemnava el suïcidi no autoritzat confiscant els béns del difunt, negant-li la sepultura i destruint el seu testament. Estava específicament prohibit en tres casos: en els acusats de delictes capitals, els soldats i els esclaus.

Segons la versió de Titus Livi sobre l'adveniment de la República, el darrer rei de Roma, Luci Tarquini el Superb, tenia un fill anomenat Sext Tarquini. Després de molts intents infructuosos de seduir Lucrecia, esposa del general Col·latí, Tarquini la va violar. Lucrecia, després d'haver estat ultratjada, confessà al seu marit i al company d'ell, Luci Juni Brutus, la deshonra que havia patit. I, després de fer-los jurar venjança, es llevà la vida amb un punyal. Tot mostrant el cos sense vida de Lucrecia, Luci Juni Brutus va incitar el poble de Roma a revoltar-se. La dinastia dels Tarquinis es va veure obligada a fugir a Etrúria i la monarquia que sustentaven fou substituïda per la República romana.

Els primers cristians es mostraren tolerants amb el suïcidi, en considerar-se un acte digne per als màrtirs. No fou fins al segle IV que l'Església canvià la seva postura. El concili d'Arles (314) va declarar el suïcidi un crim inspirat pel dimoni. En el concili de Braga (563), se li va negar la litúrgia i l'enterrament cristià. En el concili d'Auxerre (578), es va dictaminar que el cos del suïcida havia de ser enterrat a les cruïlles de camins, la seva memòria havia de ser difamada i els seus béns havien de ser confiscats. El concili de Toledo (693) va rematar les penalitzacions amb l'excomunió dels suïcides fallits i sembla ser que, en algun moment, l'Església els negava la vida eterna.

Agustí d'Hipona condemna el suïcida, ja que a diferència de l'homicida no pot penedir-se, rebre el perdó del seu pecat i salvar-se, sinó que es nega la vida i l'oportunitat de la salvació. Tomàs d'Aquino annexiona l'argument de sant Agustí i el pensament aristotèlic: el

suïcida, doncs, es fa mal a si mateix i atempta contra Déu i la comunitat.

A l'edat mitjana el suïcida és castigat severament per les lleis tant socials com religioses. L'Església l'excomunica i el condemna a l'infern, ja que es considera obra del dimoni i se l'associa a la bogeria. El plaer de la dona en el coit era condemnat, ja que podia engendrar un futur suïcida. Les autoritats civils aplicaven severos càstigs als cadàvers dels suïcides, com esquarterar-los i exposar-los a la plaça pública, i desposseïen la família dels béns del mort, que quedava estigmatitzada negativament per aquest fet. La *Divina comèdia*, on Dant reflecteix el pensament i concepció medieval del món, condemna els suïcides al cercle setè de l'infern, a la selva dels suïcides.

En el Renaixement, l'actuació i la conceptualització sobre el suïcidi es va suavitzar, es va passar de la persecució i fiscalització a mostrar un cert grau de compassió i, fins i tot, de comprensió. L'any 1621 trobem la primera versió psiquiàtrica del suïcidi en el llibre *Anatomia de melancolia*, escrit per Robert Burton, en què n'atribuïa molts a la malenconia. Donat que els suïcides estaven condemnats a l'infern, persones que es volien suïcidar i no ser condemnats eternament cometien un assassinat per poder morir mitjançant una sentència judicial, com va ser el famós cas de Christina Johansdotter, morta el 1740.

En ple segle XVIII, i a conseqüència de la Revolució Francesa, el suïcidi va deixar d'estar penalitzat legalment en diversos països d'Europa, tot i que seguí penat per l'Església i per l'exèrcit. Pensadors i polítics com Montesquieu, Rousseau o Voltaire presentaren justificacions a l'autodeterminisme vers la mort en situacions de gran sofriment (López *et al.*, 1993). Hume, en el seu assaig *Sobre el suïcidi* (1788), va debatre les idees religioses i morals existents fins aleshores, contràries a qualsevol acceptació dels fets, i va rebatre els postulats d'Agustí d'Hipona i Tomàs d'Aquino. Defensà que, més enllà d'estar associat a la malaltia mental, el suïcidi podia ser un acte racional i legítim (Anseán, 2014).





Al segle XIX, el suïcidi va ser anomenat arreu d'Europa com *el mal del segle* per la gran quantitat que se'n registraren fruit d'aspectes relacionats amb l'honor, l'amor i, també, per qüestions de deutes econòmics derivats del joc entre els soldats de l'exèrcit. En aquesta època, coincidint amb l'alça de la pràctica psiquiàtrica i de les ciències socials, es relativitzen les consideracions respecte al suïcidi i s'intenta analitzar les causes socials, psicològiques i biològiques que poden portar una persona a llevar-se la vida (Vega-Piñero *et al.*, 2002). Des de començaments de segle, els alienistes francesos van atribuir a les passions un paper essencial en la gènesi i desenvolupament de les malalties mentals i van començar a relacionar-les amb el suïcidi. En el

Des d'una perspectiva sociològica, Émile Durkheim, amb la seva obra *Elsuïcidi* (1897), és considerat el primer investigador modern del suïcidi, que entenia com un acte individual amb causes socials. Si bé defensava l'existència de determinants individuals de la conducta suïcida, creia que són les societats les que generen situacions perquè el suïcidi es desencadeni. Pensadors com Schopenhauer (1788-1860) adoptaren una visió crítica sobre la condemna social que es fa del suïcidi i el legitimaren davant el sofriment de la vida, basant-se en el fet que el suïcida, amb el seu acte, nega les condicions de vida que li han tocat, i no pas la vida mateixa. Per la seva banda, Friedrich Nietzsche (1844-1900), a més de postular el suïcidi relacionat amb la malaltia mental,

**Al segle XX, diferents disciplines com la sociologia, la biologia, la psicologia o l'existencialisme mostraren interès pel suïcidi, i proliferaren els estudis des de diverses perspectives, que n'analitzaren les causes, les conseqüències i la possible prevenció.**

*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie* (1801), Philippe Pinel dirigia l'atenció sobre com les passions tindrien determinats efectes sobre l'organisme que podrien conduir a l'aparició de la melancolia i desembocar en «una inclinació irresistible vers el suïcidi». Jean Baptiste Pussin i Philippe Pinel van canviar l'actitud de la societat francesa amb els malalts mentals en alliberar-los de les cadenes amb què eren reduïts i confinats, i van rehabilitar així la dignitat humana dels alienats. Aquest fet es pot interpretar com el primer pas, i el més important, per considerar els insans com a malalts que s'havien de tractar com a persones, alhora que propugnava el *tractament moral* per als seus pacients, que consistia en la idea que es podia curar els dements amb paraules d'estímul. Pròpiament, el plantejament mèdic del suïcidi s'inicia amb Jean Pierre Falret, que l'atribueix a un trastorn mental; Jean Étienne Dominique Esquirol, per la seva banda, relaciona la mort voluntària amb una crisi afectiva. A partir d'aquest moment, el suïcidi s'exculpa i es justifica amb arguments mèdics, i el malestar del suïcida passa a classificar-se com a símptoma mental de patologies diverses.

va defensar un altre tipus de suïcidi lligat a una mort elegida, digna i, d'alguna manera, compartida amb els propers com a expressió d'autonomia i llibertat. Al segle XX, diferents disciplines com la sociologia, la biologia, la psicologia o l'existencialisme mostraren interès pel suïcidi, i proliferaren els estudis des de diverses perspectives, que n'analitzaren les causes, les conseqüències i la possible prevenció. Sigmund Freud s'hi refereix en diversos articles i conferències. Cap als voltants del 1910 ja havia identificat un conjunt de trets característics del suïcida: sentiments de culpa per desitjos de mort cap a un tercer; pèrdua de la satisfacció libidinal, o més ben dit, rebuig a acceptar-ne la pèrdua; desitjos de venjança; identificació amb un pare o una mare suïcida; la fugida d'una situació humiliant i la significació d'un missatge demanant ajuda. A *Tòtem i Tabú*, del 1912, trobem escrit en una nota a peu de pàgina: «els impulsos al suïcidi experimentats pels nostres neuròtics es demostren sempre com un autocàstig pels desitjos de mort orientats vers altres persones» (Freud, 1912/2013, p. 1846).





El 1915, Freud redacta *Dol i melancolia*, que es publicarà el 1917, en què ens aporta una inestimable conceptualització del suïcidi en la melancolia que compara amb el dol, ja que descobreix un paral·lelisme entre ambdós processos. El dol «és, generalment, la reacció a la pèrdua d'un ésser estimat o d'una abstracció equivalent: la pàtria, la llibertat, l'ideal, etc.» (p. 2092), en què la persona transita per una sèrie d'estats emocionals fins a acceptar la pèrdua. En la melancolia, el subjecte fracassa en la realització del treball del dol davant la pèrdua i reacciona identificant-se amb l'objecte perdut per així reconstituir-lo en el seu propi jo. Això li permet dissociar l'ambivalència amor-odi, ja que el jo per una part conserva l'amor per l'objecte abandonat i, per l'altra, l'odi s'acarnissa amb aquest objecte substituït ara reconstituït en el jo. En el suïcidi melancòlic, el sadisme ja no és dirigit cap a la persona o entitat perduda, sinó cap al jo que és tractat com qui l'ha abandonat.

Sandor Ferenczi, considerat un dels pares de la psicoanàlisi relacional, fa unes aportacions teòriques cabdals, des del meu punt de vista, per comprendre molts pacients suïcides. Considera de vital importància, per poder entendre i ajudar un pacient, tenir en compte les relacions interpersonals que han constituït la seva història. Planteja que els infants que no són ben acollits per les figures parentals, és a dir, que són tractats sense afecte i amb violència, capten de forma inconscient els senyals de maltractament i rebuig, i el seu desig de viure s'esquinça. Si sobreviuen a la infància estaran marcats a la seva vida pels traumes causats pels adults en unes edats primerenques.

En aquest segle el suïcidi es va començar a visualitzar com un problema social amb responsabilitat política. En filosofia, els existencialistes analitzen des del punt de vista filosòfic les grans preguntes transcendents de l'ésser humà, com són el sentit de la vida i de la mort. En la qüestió del suïcidi, Sartre i Camus acaben trobant plantejaments similars, tot i no partir de la mateixa posició. Per a Camus, el suïcida és l'home que no troba en la vida un sentit per ser viscuda, i conscient de la seva absurditat, decideix no viure. Per a ell, el suïcida

busca d'alguna forma escapar de l'absurd en què sent que viu, però això no fa sinó que s'abalanci vers l'absurd que és la mort. Segons ell, s'ha de viure en l'absurd i postula la rebel·lió en lloc del suïcidi (Camus 2011, p. 73). Per a Sartre, no és la vida la que és absurda, sinó que és la mort que li treu tot significat. És en la vida que trobem el significat que se li ha de donar, és aquesta mateixa la raó de ser dels individus. Escollir el suïcidi és un exercici de llibertat, una afirmació d'ésser però una elecció absurda perquè es l'aniquilació de tots els meus projectes. Com assevera Ramón Andrés, a propòsit de la posició sartreana: «El aguardar la muerte es lo que nos constituye esencialmente» (Andrés, 2015: 375).

El procés d'impunitat contra la conducta suïcida es va iniciar a Espanya amb el Codi de 1848, el primer d'apartat l'automort del catàleg de delictes. Tot i així, cal recordar que encara a començaments de segle XIX travessaven el cos del suïcida amb una estaca abans que fos enterrat en una cruïlla de camins perquè, en el supòsit que es reanimés, no trobés el camí de tornada. Per la seva banda, l'Església catòlica no reconeix el dret d'un feligrès suïcida a un funeral catòlic fins al Codi de dret canònic del 1983. La història del suïcidi ens il·lustra la càrrega jurídica, social i religiosa que han patit els suïcides i les seves famílies durant molts segles. Actualment, es fa un esforç, des de diferents àmbits, per visibilitzar-lo aportant recursos psicològics i socials a les persones que, amb patiments de diverses índoles, se'l plantegin. Alhora, les qüestions bioètiques sobre el dret a una mort digna i la interrupció de l'embaràs són temàtiques que susciten controvèrsies apassionades.

### Per què se suïcida una persona?

Sabem que les causes del suïcidi són multifactorials, però trobem problemàtiques psicològiques especialment sensibles en el suïcidi, com són la depressió, especialment la depressió major, el trastorn bipolar, els trastorns addictius (Echeburúa, Salaberría i Cruz-Sáez, 2014), els psicòtics (Popovic *et al.*, 2014), els trastorn límit de la personalitat (Blasco-Fontecilla *et al.*, 2009; Esbec i Echeburúa, 2014) i antecedents d'abusos físics o sexuals en la infància (Molnar, Berkman, & Buka, 2001), entre





d'altres. Hi ha, però, suïcidis que presenten un caràcter espasmòdic, impulsiu, que són difícils de prevenir.

Moltes persones, en algun moment de la seva vida, han pensat en el suïcidi, però la majoria no el porten a terme. Per a algunes, com per a E. M. Cioran (1995), la idea del suïcidi els ha ajudat a viure, especialment en els moments difícils de la vida, en sentir que tot estava a les seves mans, que eren amos del seu destí. No és infreqüent trobar pacients que ens confien que la idea del suïcidi ha estat present en algun moment de la seva vida; d'altres comparteixen la seva comprensió dels suïcides com a persones amb un patiment que se'ls feia intolerable, com el que ells en algun moment han viscut, però que han pogut alleugerir.

**Per què se suïcida una persona? És una pregunta que no té resposta i que no podem fer en general, sols podem donar xifres estadístiques, ja que la realitat és individual, de la persona singular.**

No conceben el suïcidi sense la vivència d'un gran patiment ja sigui físic, moral o psíquic, patiment que és viscut en clau subjectiva condicionada per diversos factors, ja siguin biològics, la qualitat dels seus fonaments emocionals, els vincles relacionals que l'envolten o la seva realitat actual.

Per què se suïcida una persona? És una pregunta que no té resposta i que no podem fer en general, sols podem donar xifres estadístiques, ja que la realitat és individual, de la persona singular. Cada persona té les seves motivacions, segurament inconscients, per viure, per deixar-se morir o per llevar-se la vida. Per això és imprescindible l'escolta individual de cada pacient, acollir les seves vivències, la seva història emocional, la de la seva família..., tot el que el converteix en un ésser únic i singular i, com a tal, el situa respecte a la vida i la mort. Com a terapeutes, ens impliquem a ajudar el pacient en el seu desig de vida, confiem en els seus recursos personals per alleugerir les càrregues emocionals que porta, cicatritzar els traumatismes que han malmès algunes de les seves capacitats, i posem els nostres coneixements, intuïcions, aprenentatges vitals i intel·lectuals, i la nostra estima a ajudar-lo en el seu

procés de camí personal vers una millora de la seva vida, i el seu benestar personal i relacional, però és el pacient qui té les regnes de l'existència i qui decideix si vol, o pot, viure o morir.

La persona suïcida, durant un temps més o menys llarg, té ideacions suïcides, pensaments que giren a l'entorn de com fer-ho per desaparèixer, com acabar amb un sofriment que se li fa insuportable. La pròpia mort li sembla l'únic mitjà possible i el menys dolorós per sortir del seu patiment. La ideació suïcida sempre és transitòria, fluctuant i ambivalent. El suïcida es caracteritza per combinar una immensa desesperança amb una ambivalència entre la mort i la vida. La decisió de llevar-se la vida pot ser premeditada, com un

procés que va progressant en intensitat des dels primers desitjos de mort fins a la ideació suïcida, la planificació i, finalment, l'acte suïcida, o bé obeeix a un impuls no reflexionat que es desenvolupa molt ràpidament, amb poca planificació prèvia o premeditació. Moltes vegades, els suïcidis impulsius són una resposta a algun tipus de factor estressant, o bé a conflictes interpersonals que han succeït hores abans. Sovint, els pacients que han realitzat un intent de suïcidi i han sobreviscut li treuen importància, el minimitzen, pel sentiment de culpa pel mal que han fet a les persones properes, per la por que els provoca poder-ho tornar a fer. En aquests casos, és adequat ajudar el pacient a responsabilitzar-se del seu acte per poder sortir de la culpa i entendre les motivacions que l'han portat a atemptar contra la pròpia vida.

### Casos clínics

#### 1. L'Enric, el pacient per a qui no va ser possible viure

L'Enric va venir a veure'm després d'un intent de suïcidi. Era un home jove, de 28 anys, d'estatura mitjana,





pell fosca, ulls de mirada absent i moviments pausats. Un cop acabat el doctorat, havia impartit docència a la universitat, formava part de diversos grups de música alternatiu... Tot aquest món es va esquinçar amb la negativa d'una noia a ser la seva parella, quan després d'innombrables vacil·lacions i angoixes va obrir-li el seu cor. La negativa de la noia al seu amor va estripar la fràgil construcció de si mateix que l'Enric havia pogut bastir sobre uns fonaments precaris i dolorosos. Una vida que havia començat amb una infància sense la calidesa emocional d'una mare afectuosa que l'acollís, incapaç per les seves dificultats emocionals, i sense la contenció i seguretat d'un pare absort per la feina i desbordat per la seva ansietat. Aquesta negativa d'amor obria el dolor d'una mancança amorosa primitiva d'estimació, esberlava irremeiablement el seu món subjectiu i l'abocava a l'intent de suïcidi.

Diagnosticat de trastorn bipolar, la vida de l'Enric es va capgirar. L'apatia, l'avorriment, la manca d'interessos, el sofà de casa i la medicalització van esdevenir la rutina diària. Sentia que sols li quedava una vida sense interès que tenia com a referència de futur la viscuda per la seva mare, una dona diagnosticada també de bipolaritat amb anterioritat al naixement del seu fill. El pare descarregava la seva virulenta càrrega ansiosa sobre el seu fill i el controlava obsessivament tot el dia. En les meves trobades amb els pares vaig anar entenent les seves dificultats per acollir la subjectivitat d'aquest fill i per reflexionar sobre els sentiments contradictoris que sentien per l'Enric; en definitiva, per vincular-s'hi amorosament. Aquest vincle que ell, per les seves dificultats també, no havia pogut desplegar cap a ells, es va transformar en la corda que se li va enroskar al coll. Va ser el pare qui el va trobar amb temps suficient per salvar-li la vida. Després d'aquesta temptativa fallida, em va venir a veure i a la meua pregunta de si tornaria a intentar llevar-se la vida em va respondre: «No ho sé, però desitjaria no fer-ho». Aquesta espurna de desig va decidir-me a implicar-me en el seu camí per cercar un cert benestar.

Al començament les sessions amb l'Enric eren eixutes de paraules: entrava, s'asseia i callava mentre tenia la

mirada perduda en l'infinit. A poc a poc vam anar dialogant sobre les seves dificultats per suportar una existència que se li presentava sense cap desig i amb un perpetu consum de medicaments. S'havia allunyat dels amics, tot i que li trucaven sovint. Al cap d'un temps del treball psicoterapèutic, va iniciar un cert retrobament amb algun d'ells. Això em va furnir d'esperances respecte a la seva recuperació. Aquesta esclatxa per la qual semblava que havia entrat una mica de llum no va ser res més que un miratge. Un dia, ell que era tan puntual a les sessions, no va venir. En no respondre al telèfon vaig trucar a casa seva. La veu del pare em va fer saber que venien de l'enterrament de l'Enric. Aquestes paraules em van colpir sense misericòrdia i van atuir la meua capacitat de pensar i entendre per una bona estona. El seu pare, que no havia pogut rescatar-lo d'una identificació mortífera amb la mare, em va retornar una imatge pacificadora del meu camí al costat de l'Enric: «els únics moments en què es trobava bé era quan la venia a veure a vostè». Malgrat el momentani alleugeriment, els dies posteriors no aconseguia allunyar de mi l'angoixa que m'aclaparava per l'acte de l'Enric, angoixa infiltrada al meu cap i cos com un buit ple d'interrogants sense resposta. El temps i l'anàlisi em van apaivagar el patiment, i una indulgència em va acompanyar, per ell, on fos, i per mi, en les parets del meu consultori, i va reconciliar-nos.

El desig profund del terapeuta respecte al seu pacient, en aquest cas, de vida, d'esperança que l'Enric pogués trobar una llum que aclarís les fosques tenebres que poblaven la seva vida, va poder ajudar-lo a sentir-se bé a les sessions, a viure un cert temps, però aquesta experiència terapèutica no va poder niar al seu interior, no va poder construir un vincle suficientment ferm per lligar-lo a la vida.

Amb l'Enric vaig aprendre la dificultat d'acceptar la mort d'un pacient suïcida sense sentir-me excessivament qüestionada per mi mateixa, i no és aquest el cas, però sí pot ser-ho per l'entorn. Certament, podem aprendre molt amb cada pacient i necessitem fer-ho per millorar la nostra feina, però també ens cal vestir-nos amb la humilitat de qui se sap limitat, incapaç de controlar les







múltiples variables que mouen la conducta humana i, especialment, acceptar i respectar que la vida del pacient li pertany a ell, malgrat que no sempre hi estiguem d'acord ni ens sembli que les decisions que prengui siguin les millors.

## 2. L'Esther, una història d'esperança

L'Esther tenia 38 anys quan em va consultar una setmana després de l'ingrés hospitalari arran del seu setè intent de suïcidi. Era menuda, polida, agradable i senzilla. Quan la vaig rebre, prenia molta medicació, ja que després de cada intent de suïcidi tant la dosi com la quantitat de medicaments havia anat augmentant considerablement. El seu primer intent autolític va tenir lloc als 22 anys, en el moment que la seva mare la va empènyer a marxar de la casa familiar. El procés terapèutic va ser llarg i costós, especialment quan petits incidents en les relacions personals la retornaven a un estat on l'angoixa reapareixia, juntament amb el terror que li causava sentir-la, i quedava paralizada físicament i mental.

L'Esther vivia en un estat de profund dolor psíquic. Un dolor en què es barrejava, sense poder-ne precisar els contorns, allò psíquic i allò somàtic. Un dolor que no podia ser pensat ni representat, ni comunicat. Un dolor intens, que anomenava *neguit*, i que quan apareixia es feia cada cop més intens i acabava apropiant-se de tot el seu ésser sense que pogués aturar-lo i arribava a col·lapsar-la en un estat de terror que no podia suportar. L'Esther no volia morir, sols volia fer desaparèixer aquest neguit, i l'única forma que trobava per desfer-se'n era prenent totes les pastilles que tenia a l'abast.

L'Esther, durant molt de temps, no trobava paraules que poguessin donar compte del que li passava. Buscar una paraula esdevenia un treball feixuc que requeria molt de temps i concentració. Ella era, en la seva definició, «una olla de pressió» sense que en pogués identificar el contingut. Podia fer un relat precís d'alguns esdeveniments del dia, però en el moment de parlar de les seves vivències, sentiments i emocions es bloquejava i no podia articular cap paraula. Vaig

començar, doncs, demanant a l'Esther que parlés de les seves percepcions somatosensorials, de les sensacions físiques, dels dolors corporals, a partir dels quals podia construir una imatge, un so. Va inaugurar un espai mental nou que s'anava construint a poc a poc amb sensacions traduïdes en imatges, amb dolors que es projectaven en formes simples i senzilles, amb malestar que esdevenia escultures en aquesta incipient pantalla mental.

Com la mare que rep el petit infant, l'acull i l'escolta, i ell es va calmant a poc a poc, va començar a explicar què li passava, què li feia mal, de què se sentia. Així veia com l'Esther es rebregava les mans intentant trobar paraules que no existien, com el seu cos es posava tibant, endurit per la tensió que l'aclaparava. Ella parlava del llenguatge del bebè, del nen petit que encara no té paraules per explicar-se i expressar les seves percepcions somatosensorials, perquè no existia la paraula que transforma i captura el sentir del cos en una realitat tangible i sonora, oferta a l'altre com a vincle esperançador d'alleujament i comprensió.

Aquest nou espai mental s'anava construint de mica en mica en l'Esther a partir d'un diàleg de mútua confiança. Jo confiava que ella aniria trobant les formes per crear-lo, des d'on pogués percebre, sentir i anomenar les seves emocions, acollir una vida interior sentida i pensada, i ella confiava que jo l'ajudaria a fer-ho. Aquest vincle de reconeixement i acceptació de la persona que tenim al davant, que creiem que té uns recursos i possibilitats que han quedat atrapats pel dolor i el patiment però que estan allí, amagats, esperant l'oportunitat per ser acollides, per sorgir, per expandir-se suaument, amb cautela, sigil·losament, permet que el pacient pugui estrènyer la mà que se li allarga i tímidament mostrar el seu dolor, alhora que emergeixen nous recursos personals.

### Un somni

Al cap d'un temps del treball terapèutic té un somni: «soc una escombra vella i estic dins d'una habitació fosca on es guarden els mals endreços i els trastos que ja





no serveixen. Jo estic allí perquè m'he fet vella». Arran d'aquest somni apareix una situació viscuda per l'Esther de la qual ella no té cap record, però que forma part de la narrativa familiar. Quan l'Esther tenia dos anys i mig, neix una germana. Coincidint amb el naixement de la germana contrau una malaltia i és ingressada en un hospital. En aquell moment, les visites dels pares als nens hospitalitzats estaven molt restringides.

Neix una germana, ella s'ha fet *vella*, ja no serveix, l'arraconen a l'habitació dels mals endreços. La mare l'ha substituït per una de nova, igual que ella, però nova. Amb l'arribada de la germana, ella sent que es converteix, per a la mare, en un objecte obsolet, espatllat, abjecte, una escombra vella. La vivència de l'Esther de ser rebutjada, abandonada per la mare, que s'estima més la nena nova, marcarà tot el seu desenvolupament psíquic i emocional posterior.

Aquest conjunt de circumstàncies: el naixement d'una germana, la malaltia, l'ingrés hospitalari durant tres mesos, la separació de la mare en un moment de la seva vida que només té dos anys i mig, comporta la vivència d'un conglomerat d'emocions, sensacions, percepcions somatosensorials que la seva immaduresa emocional no pot assimilar ni la seva ment, encara en formació, pot processar cognitivament. El nen de tres anys d'edat té una sèrie de símbols per operar en el món físic, però no disposa encara de símbols per als seus propis processos mentals. Aquests símbols es construeixen al llarg d'un procés molt complex, que comença per la construcció de representacions secundàries per significar els afectes. En aquest procés, el reflex parental dels estats emocionals de l'infant té un paper fonamental. Aquesta vivència emocional traumàtica viscuda per l'Esther en l'etapa presimbòlica i no verbal ha quedat dissociada a la seva ment, i només pot manifestar-se mitjançant percepcions somatosensorials, visceral, motores, sense que pugui ser representada.

En aquest punt, és important recordar que fins als tres anys l'infant considera que les seves idees són una rèplica directa de la realitat perquè encara no n'ha desenvolupat una representació mental. La fantasia

projectada sobre el món extern és viscuda i sentida com a totalment real. P. Fonagy i M. Target (1996) anomenen aquest mode de funcionament psíquic *equivalència psíquica*. El somni de l'Esther també ens mostra una de les característiques del vessant cognitiu de l'infant d'aquesta edat: el nen comença a entendre que l'altre té intencions anteriors a l'actuació, i a atribuir-li intencions a partir de l'observació de les seves accions. Això implica una capacitat de representar estats mentals dels altres (mentalisme), així com l'habilitat de predir accions dirigides a un fi a partir d'inferir intencions, comporta la capacitat de pensar en termes de «causalitat mental». Ella infereix que la causa que l'hagin posada a l'habitació dels mals endreços és perquè s'ha fet vella amb l'arribada d'una de nova.

El moment que obre la terrible ferida de la infància és quan es torna a donar una situació que n'és gairebé una repetició estructural. En el primer cas, la mare no la pot cuidar i ella ha d'ingressar en una institució. En el segon moment, als 22 anys, és la mare qui li diu que ha de marxar. Aquesta ferida enquistada en el seu jo rep una sotragada brutal amb la imposició de la mare de fer-la marxar de la llar familiar adduint que ja era una dona adulta. El fet reobre la ferida, que ja no pot seguir enquistada en un estat dissociat del *self*, trenca les barreres defensives i s'escampa i impregna tot el seu món emocional.

### Vincle

El vincle, la relació de l'Esther amb la mare, s'esquinça en aquesta separació tan primerenca en la vida de la pacient i tan llarga en relació amb la seva curta existència. Aquest lligam amb l'altre primordial és la força que empeny l'infant a la vida, a conèixer el món, a relacionar-se amb els altres amb un sentiment de ser reconegut, acceptat; és la confiança d'una mà que s'allarga per sostenir-lo en un moment de perill, són els braços que l'abracen quan es desperta d'un malson. És l'altre present emocionalment i mentalment per a l'infant. L'Esther no ha pogut internalitzar una figura amb tenir un vincle d'aquestes característiques. Quan l'Esther nena va retrobar la mare en sortir de l'hospital, el vincle primitiu havia quedat molt





malmès, la relació amb ella ja no podia proporcionar-li la tranquil·litat, la confiança i la seguretat d'una presència tranquil·litzadora i reconfortant. La cocreació d'un vincle pacient-terapeuta suficientment bo va ser un dels aspectes nuclears en el procés terapèutic de l'Esther. Un vincle que la va fer sentir reconeguda, compresa, acceptada i apreciada, i que li va permetre sentir-se prou segura i confiada per poder expressar, conèixer i compartir el seu món emocional. No podem modificar la història dels pacients, però sí ajudar-los a tenir, viure i compartir noves experiències emocionals amb poder creatiu i transformador que inscriguin noves referències emocionals i mentals en ells, cosa que els possibilitarà noves formes d'estar en el món i en les relacions.

### Trauma

Les vivències de l'Esther d'abandonament, de desemparament i de ser un simple objecte que pot ser abandonat a l'habitació dels mals endreços li van produir una ferida important en el psiquisme i van constituir una greu experiència traumàtica. El mal infrangit per la violència emocional, física o sexual a l'infant, molt abans que sigui capaç d'organitzar un relat, de simbolitzar-ho, és dissociat en el seu psiquisme com a protecció enfront dels perills. Aquesta dissociació ens fa pensar en el model que proposa Freud per a la melancolia. En la melancolia, degut a ofensa real o decepció experimentada amb la persona estimada, s'ha produït una pertorbació en la relació amb ella. Com a conseqüència, la líbido, apartada de l'objecte, es replega sobre el Jo i es produeix una identificació amb l'objecte abandonat.

El trauma no és un succés pertorbador inscrit en la ment, sinó quelcom actual i viu que està succeint en la ment del subjecte, que, sota la influència d'aquest succés més enllà de la seva cronologia històrica, segueix actuant per ell mateix, sense la modificació que l'hauria convertit en petjada. Una ment traumatitzada és una ment atrapada, ocupada i, per tant, capturada i restringida en la seva llibertat de relacionar-se amb si mateix i amb el món. El trauma desestabilitza la identitat quan aquesta és inundada per un afecte caòtic superior al que la ment és capaç de processar

cognitivament. L'essència del trauma en la memòria implícita persegueix la persona, sobretot quan succeeix al començament del seu desenvolupament, en les primeres experiències relacionals.

Reconstruir i reviuir les experiències de la petita Esther va permetre a l'Esther adulta poder diferenciar la realitat actual de la històrica, poder pensar els sentiments i ubicar vivències de desemparament en una realitat no actual, així com comprendre, entendre i compartir les conseqüències d'uns fets que van marcar-li la vida, i, d'altra banda, alleugerir la culpa i la vergonya produïdes per les seves temptatives autolítiques, que no es van repetir durant el procés psicoterapèutic. En finalitzar el tractament, a l'Esther li era possible temptejar la vida amb passos petits, caminant insegura i fràgil, però caminant, i escoltar i comprendre el patiment dels altres. Tenir, quan vacil·la i trontolla, el record que ara hi ha moments i èpoques en què s'ha sentit feliç. Sentir, quan hi ha un sotrac en el camí, que dins seu comença a habitar una cara acollidora que li ofereix la mà.

Voldria acabar amb l'experiència que m'han aportat alguns pacients que han fet un acte suïcida. Quan en el decurs del procés terapèutic comencen a sentir benestar, apareix una alegria i una capacitat de viure des de la senzillesa, d'apreciar les petites coses de la vida: gaudir d'un arbre, d'una conversa, d'il·lusionar-se pel vol d'un ocell... Ressorgeixen en la vida amb una mirada infantil, senzilla i tendra. I llavors, elles/ells em són mestres. ■

### Bibliografia

- ANDRÉS, R. (2015). *Semper dolens. Historia del suicidio en Occidente*. Barcelona, Acantilado.
- ALLEN, J., FONAGY, P. i BATEMAN, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*, Washington: American Psychiatric Inc.
- ANSEÁN, A. (2014). *Suicidios: Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida* (2a ed. rev.), Madrid: Fundación Salud Mental España.
- BROMBERG, P.M. (2018). *La Sombra del Tsunami y el Desarrollo de la Mente Relacional*, Madrid: Ágora Relacional.
- CAMUS, A. (1942[b]). *El Mito de Sísifo*, Madrid: Alianza (2006).





- CIORAN, E. M. (1952). *Silogismos de la amargura*, Barcelona: Laia, 1986, p. 55.
- ECHEBURRÚA, E., SALABERRÍA, K. i CRUZ-SÁEZ, M. (2014). «Nuevos retos en el tratamiento del juego patológico» a *Terapia Psicológica*, 32, p. 31-40.
- ESBEK, E. i ECHEBURÚA, E. (2014). «La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones» a *Terapia Psicológica* 32, p. 255-264.
- Federación Mundial para la Salud Mental (2010). *Enfermedad mental y suicidio. Guía para la familia para encarar y reducir riesgos*, Woodbridge, VA: World Federation for Mental Health.
- FERENCZI, S. (1933). «Confusión de lenguas entre los adultos y el niño», *Obras completas*, Vol. IV, p. 139-149, Madrid: Espasa Calpe, 1984.
- FONAGY, P. & TARGET, M. (1996a). Playing with reality I: Theory of mind and the normal development of psychic reality, *Int. J. Psychoanal*, 77: 217-233.
- FOUCAULT, M. (1988). «Sujeto y poder». *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 50, N. 3, p. 15-16.
- FREUD, S. (1917). *Duelo y melancolía. Obras completas*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993.
- LIVI, T., *Història de Roma*, vol. I (llibre I), Col·lecció Bernat Metge. Traductor: Antoni Cobos, 2002.
- LÓPEZ, B., FONSECA, R. H. i BOBES, J. (1993). «El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos» a *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 3, p. 309-412.
- MOLNAR, B., BERKMAN, L. & BUKA, S. (2001). "Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US", a *Psychological Medicine*, 31(6), p. 965-977.
- RIMKEVICIENE J, O'GORMAN, J., & DE LEO D. (2015). "Impulsive suicide attempts: a systematic literatura review of definitions, characteristics and risk factors" a *Journal of Affect. Disord* 171: 93-104.
- SARTRE, J.-P. *L'èsser i el no-res* (selecció), Barcelona: Edicions 62, 1999.
- VEGA-PIÑERO, M., BLASCO-FONTECILLA, H., BACA-GARCÍA, E. i DÍAZ-SASTRE, C. (2002). «El suicidio» a *Salud Global*, 2, p. 1-15.

---

Teresa Sunyé i Barcons  
Psicòloga clínica. Psicoterapeuta. Psicoanalista relacional.

