

CONDUCTAS DE SUICIDIO DEL NIÑO

Prof. J. L. Duché
París (Francia)

Rarísimos son los suicidios cumplidos de niños. Son en cambio, más frecuentes de lo que se piensa generalmente las tentativas efectuadas, las amenazas proferidas y las ideas expresadas.

Pues, si el estudio sobre las conductas de suicidio de los adolescentes es muy numerosa, el estudio sobre estas mismas conductas del niño prepúber aparece muy rudimentario y más frecuentemente confundido con el estudio sobre los adolescentes.

Por eso, hemos pensado que sería oportuno hacer una investigación sobre las conductas de suicidio de los niños prepúberes y nos proponemos analizar 104 casos de esta investigación. Conviene notar que no se trata aquí únicamente de amenazas o remotas ideas

sino de formas distintas y verdaderas de actuar (paso al acto).

¿Cómo llamar esos hechos?: ¿tentativas, deseos, voluntad, auto-destrucción? Quizás... Pero conviene notar que estos actos esbozados no fueron acabados, incluso algunos informes (dossiers) mencionan una reincidencia ulterior acabada.

¿Tentativa de suicidio? ¿Además era cada vez la determinación de quitarse la vida completamente clara y consciente? ¿Chantaje al suicidio, para utilizar una palabra demasiado usada; pues ¿cómo juzgar de la subconsciencia del acto, puesto que no ha concluido? Preferimos utilizar la noción de conducta de suicidio. Este término es «el más adecuado para designar un conjunto de

actos que van del suicidio cumplido a la idea de suicidio próxima del paso al acto» (Crocq).

Comprender esta «conducta de suicidio» no es sólo estudiar los procedimientos utilizados, las circunstancias susceptibles de aparecer como «causas» del paso al acto, es intentar analizar la personalidad del suicida para distinguir primero las modalidades propias de su conducta de auto-destrucción, conducta que puede expresarse de varios modos que van del acto de suicidio verdadero a la sideración de las funciones vitales, al ataque de la integridad corporal, a la búsqueda de acciones peligrosas: juegos, accidentes más o menos provocados, apuestas peligrosas, todas esas conductas ocultando más o menos una propensión a la auto-destrucción.

Se necesitará después reconocer el significado que el niño ha querido dar a su acto o la función que el acto tenía para él (huida o reivindicación por ejemplo), sin olvidar de hacer caso del contexto psicológico.

Nos parece una necesidad completar el estudio clínico con una investigación sociológica del suicidio. Sin embargo, el estudio clínico de casos particulares es el único capaz de permitir la comprensión del ser complejo que es el niño quien se hace a medida que se desarrollan sus capacidades funcionales. Pero el testimonio de éste, como el de su familia, no están exentos de cierta ambigüedad y el estudio clínico sufre necesariamente del aspecto retrospectivo de la biografía. Además sería todo el ambiente familiar y más generalmente el medio económico, social y cultural el que hay que escrutar. La conducta de suicidio tiene su ecología que pasa por el análisis estadístico del hecho de suicidio.

Se pone una primera interrogación: es la existencia misma del fenómeno

del suicidio infantil que conviene probar.

Numerosos autores niegan al niño la posibilidad de querer quitarse la vida así mismo que los conceptos de vida y muerte no están claramente establecidos para él. Antes de los diez años parece muy confusa la concepción de la muerte y uno de estos autores escribía hace poco: «No se podrían considerar como suicidio las muertes de niños pequeños publicadas, a veces, sin esta denominación, las cuales aún parecen tener el aspecto de un acto voluntario no podrían traducir la determinación de quitarse la vida pero sólo la inconsciencia del peligro». Tenemos que tomar parte y desarrollaremos las nociones adquiridas actualmente que tratan de la evolución del sentimiento y del concepto de muerte. A nuestro parecer, no sólo no contradicen la posibilidad de conductas de suicidio en el caso de niños pequeños si no explican las diferentes formas que pueden tener. Luego conviene saber si tenemos que conservar la diferencia entre los suicidios de niños y los suicidios de adolescentes. Tenemos que fijar la atención sobre la insigne rareza de los suicidios de niño si nos referimos a la observación. Pero tenemos que tomar en consideración las prohibiciones y las defensas del adulto tratando de ocultar el acto de suicidio del niño en accidente, conscientemente o subconscientemente, darle una marca benigna y minimizarlo. (Así se podría notar una marca específica del suicidio infantil.)

Así la entidad «suicidio infantil» se define apoyándose sobre los tres puntos siguientes:

- ① la edad: la pubertad constituye un corte primordial y tenemos que limitarnos en este estudio clínico a los niños prepúberes;
- ② la doble especificidad del suicidio infantil viene en primer lugar del con-

texto mismo de la etapa de latencia, pues de la actitud del adulto frente al niño, actitud diferente de la manifestada frente al adolescente;

③ tercer punto: ciertos autores, apoyándose sobre el carácter excepcional del suicidio conocido y registrado para el niño, han asegurado que el pequeño suicida se diferenciaba con marcas patológicas y patentes anomalías de la personalidad. ¿Qué hay que pensar de esta aseveración? ¿Más generalmente se podría definir una personalidad-tipo del joven candidato al suicidio? ¿O está apto para ese tipo de conducta cada niño aunque parezca normal? Si la respuesta es afirmativa ¿cómo es posible? se pregunta el adulto. ¿Cómo abordar tal problema si no se definen los tres actores del drama: el adulto, el niño y la muerte? La pregunta supone la definición de las relaciones establecidas entre los tres protagonistas.

Antes de plantear la cuestión, conviene hacer su historia. El interés hacia el suicidio juvenil es muy reciente. Los primeros estudios datan apenas de unos cien años y son pocos los trabajos consagrados a este tema frente a los trabajos consagrados al suicidio del adulto. Esa historicidad puede ser de mucho interés para intentar discernir el camino seguido por el pensamiento científico que dirigió las investigaciones.

① En origen, los autores tuvieron cuidado de quedarse descriptivos. En 1855, estudios sobre el suicidio infantil de Durand-Furdel insisten sobre el carácter imaginativo que toma muchas veces. Moreau de Tours dedica su tesis a este tema exponiendo el caso de un niño de 5 años. Barbaux pone en evidencia el carácter impulsivo y las reacciones emocionales intensas que habitualmente lo rodean. En todos estos trabajos

que no distinguen además el niño del adolescente, el acento está puesto sobre la emotividad, la impulsividad, la actividad imaginativa, la inestabilidad del humor, del intelecto que dan a las tentativas de suicidio del niño este carácter tan particular.

Pero conviene notar con Deshaies que pertenece a la psicología normal del niño todos esos caracteres y marcan en consecuencia la totalidad de sus actos.

② Después viene una segunda etapa donde los autores se consagran a la búsqueda de factores etiológicos: Gaupp divide los 284 casos de su trabajo en psicópatas, neuróticos y con dificultades de carácter; concluye que del punto de vista psíquico la mayoría de los casos se apartan de la normalidad. May de Bâle insiste sobre las taras hereditarias, el alcoholismo de los padres, y concluye al predominio de los caracteres psicopáticos en sus jóvenes enfermos. Se encuentran las mismas conclusiones en la tesis de Le Moal: sólo 6% de los niños estudiados están exentos de taras, aún después del estudio clínico sólo uno sobre 165 casos pudo reconocerse como probablemente normal.

③ En una tercera etapa, las nociones de ideas, tentativas o chantaje al suicidio están aisladas por los autores. El todo resume el conjunto de los comportamientos de suicidio, mientras que se proyectan paralelamente teorías concerniendo el concepto de muerte para el niño. Deshaies muestra así que «el valor psicológico del suicidio varía con el estado de desarrollo alcanzado por el niño». Esboza una dicotomía entre los comportamientos de suicidio del niño y los del adolescente, los de la niñez resultan sobre todo emocionales y los de la juventud impulsivos.

Los autores se interesan ahora a los motivos profundos del acto de suicidarse para el niño y a la diferenciación de los suicidios de la niñez y de la post-

pubertad. Numerosos autores insisten sobre la rareza de las enfermedades mentales y presentan el acto de suicidio como una reacción a las disociaciones de la familia. Gautier y Sutter señalan el efecto de la carencia de auto-ridad. Schur pone en evidencia la relación entre delincuencia y dificultades escolares.

Veamos ahora las relaciones que mantienen entre ellos el adulto, el niño y la muerte.

Si el adulto se rodea de múltiples defensas delante de la muerte, ¿qué puede decirse de su actitud delante de la desaparición de un niño? Tiene que admitir la muerte del niño como si fuera un castigo. Pero el mito de la total inocencia del niño hace su muerte completamente inaceptable. Además, si la muerte ha regresado delante del progreso de la medicina es sobre todo en la edad infantil y la muerte del niño desde este momento aparece como un escándalo y un fracaso que se callan y que se niegan. Parece que la muerte brutal es particularmente insufrible, sobre todo cuando cae sobre un niño quien parece gozar de una buena salud.

Desde hace un siglo las relaciones del adulto y del niño han cambiado, sea en la familia, sea en la escuela, pero sobre todo en lo que se refiere a la muerte. De ésta, el adulto no habla de la misma manera al niño y eso por varias razones. Era antes la muerte mucho más frecuente y presente: madre muerta durante el parto, niño nacido muerto o en la edad infantil (así la princesa Palatina, Montaigne, no se acuerdan cuántos niños tuvieron) muerte de niños por enfermedades infecciosas. Aunque hoy apartan los niños del luto (y que poca gente se pone luto) sobre todo en las ciudades, en los siglos pasados la muerte era «un ceremonial público que el difunto presidía» (Ariès) y la cohesión del grupo social prohibía

que se apartasen completamente los niños; lo que notamos de la actitud de los padres tiene su continuación en la escuela y nada es tan revelador como el libro escolar: muertas heroicas de Bará, de Viola, de Gavroche, muerte de niños descrita con complacencia en los libros de niños, libros de cuentos, libros de la biblioteca rosa. Abundan los ejemplos. ¿Qué queda de esa danza fúnebre en los libros escolares de hoy? La caída es rápida: de 20% en los libros impresos entre 1957 y 1967 pasa a menos de 10% en los libros publicados después.

Menos afrontados a la muerte que antes (Flaubert, de niño, trepado a la parrá, miraba curiosamente los cadáveres que disecaba su padre), los niños de hoy encuentran sólo la muerte sobre la pantalla de la televisión: western, películas policíacas, telediario que se mira comiendo. «Se hace de la muerte un espectáculo, contorta, pues se convierte en ficción. Los muertos son los otros» (J. Duquesne).

Por ciertos autores la noción de muerte aparece más tarde porque tiene que ver con la pedagogía, y depende de factores empíricos, sociológicos y biológicos relacionados a la maduración. Según Heuyer y Coll «la noción de muerte no resulta innata, ni instintiva pero se adquiere y es de origen social». Para otros, tal modo de ver mantiene la confusión entre el sentimiento de la muerte y su concepto. La noción no se puede dar más que a los que tienen la experiencia. Es decir, que la angustia de muerte como experiencia previa fundadora del vivido de la muerte se encuentra en los orígenes mismos de la conciencia y duerme en el niño. No se podrían ver diferencias entre esa experiencia primitiva y la aparición tardía de la conceptualidad, la expresión de las defensas del niño, las represiones del adulto y cierta torpeza ideov-
verbal. Según Heuyer y Coll, en un pri-

mer tiempo el niño niega que puede existir la muerte. En un segundo tiempo la concibe como una desaparición provisional, una ausencia, una enfermedad que sólo interesa los ancianos y presenta un carácter reversible.

Cerca de los nueve años, una nueva etapa está cubierta: se entiende la muerte como interesando primero las personas neutrales, después sus parientes y, en fin, ellos mismos. Los niños quedarían protegidos mucho tiempo y además la muerte no sería definitiva. «Entiendo que mi padre está muerto, pero no puedo entender por qué no llega para la cena» decía a Freud un niño de 10 años inteligentísimo, después de la muerte súbita de su padre.

Está cubierta la cuarta etapa a una edad variable, durante la adolescencia.

Parece que es menos el difunto, que el conjunto de los elementos del luto que fija la atención del niño y produce en él la necesidad de participación y además de imitación. No se puede aún quedarse a las solas representaciones verbales y conceptuadas de la muerte que puede expresar el niño mientras que la experiencia clínica nos muestra muchas veces la importancia antes de los 6 años de la angustia y de la noción difusa de muerte. La experiencia de esta angustia, ese sentimiento de nada o de la nada, empieza cuando el niño toma consciencia de su existencia, es decir, muy tempranamente. Para suprimir la angustia, el niño niega que la muerte le puede coger así como a sus padres que tanto le harían falta. Cuando delante de lo que sucede se determina a admitirla es para considerarla como una enfermedad que se cura. Si se atribuye inmortalidad, si lleva cuidado de negarla, es que es tan fuerte la angustia que se esconde con estos artificios (A. Freud).

A esta defensa fundamental sucede un acto anticipador del riesgo por el

cual el niño se identifica al agresor e intenta dejar de mitificar la muerte. El niño temerario parece utilizar esos medios de defensa. Estudiando el ambiente y la psiché de los jóvenes accidentados pareció que este acontecimiento, al parecer fortuito, era en realidad sostenido por una ansiedad fuertísima. Es durante la etapa de latencia que el niño puede adquirir el concepto de muerte, entonces puede expresar lo que antes era no sólo indecible, pero además, cubierto de defensas infranqueables y de prohibiciones insuperables.

Por falta de condiciones afectivas suficientes permitiendo su evolución este proceso de elaboración del concepto de muerte podrá enviarse para llegar mejor a la elaboración de fantasmas y de pasajes al auto y hetero agresivos.

Puede decirse que esas conductas son el resultado de un defecto de elaboración del concepto de muerte y la experiencia clínica nos enseña a reconocer en los niños agresivos y con tendencias de suicidio todas las estigmas de una inmadurez. Por el escándalo suscitado, el suicidio del niño no se admite. Hemos visto cómo ciertos autores niegan la posibilidad y cómo la familia transforma, cuando lo puede, el trágico acontecimiento en accidente. Los análisis clínicos y estadísticos lo demostrarán claramente. Por otra parte, hay que tener prudencia con la publicidad del asunto. Pues en un ambiente de sueño y de exaltación esos actos pueden servir de ejemplo y multiplicarse por contagio. La única evocación del suicidio infantil admitida por el público es la que propone la literatura por el alejamiento que mantiene; se tiene que notar todavía que las narraciones de suicidio de adolescentes abundan pero que los suicidios de niños son rarísimos.

¿El adulto, siendo tan reservado sobre el tema del suicidio infantil, cómo podría el niño hablar de ello? Sus pa-

dres han hecho todo lo posible para apartar de él la imagen de la muerte. ¿Cómo podrían evocar delante de él la auto-destrucción?, ¿quién podría permitirse investigar entre los niños sobre este tema? El peligro de contagio de la idea de suicidio es una realidad. Por fin, el niño no llegaría a determinar fácilmente lo que puede pensar del suicidio, mientras que muchas veces anuncia la amenaza. ¿Cuál realidad se esconde detrás de esta provocación? Si se repite demasiado, los padres no se fijan y un día, de golpe, con un pretexto fútil adviene el paso al acto; es decir, que sólo podemos recoger informaciones del testimonio de los suicidas que su tentativa condujo al hospital.

Nuestro estudio se refiere a 103 casos: No tenemos ningún medio para evaluar la representatividad de esta muestra estadística; 103 casos parece poco para sacar conclusiones estadísticas. Sin embargo, no tenemos que olvidar que el suicidio infantil no tiene una clientela muy grande, y la mortalidad imputable al suicidio ha sido contada sobre un período de diez años, es decir, 193 casos en Francia. Entonces la muestra constituida tendría que aparecer bastante coherente, pues comporta la totalidad de los casos encontrados en un gran Servicio durante un período importante (1948-1972).

Estudiaremos sucesivamente:

- la dimensión personal del sujeto, sexo, edad, coeficiente intelectual;
- la dimensión social: situación entre los hermanos, el ambiente familiar y la herencia;
- cuántas tentativas de suicidios;
- las técnicas usadas para estas tentativas.

Los 103 casos se componen de 74 niños y 29 niñas cuyas representan 28,1% de la muestra. Esto correspon-

de bien a lo que fue observado por otra parte. Siempre están las niñas menos concernidas que los niños en la edad infantil. La edad de los niños va de 5 años por el más joven a los 12 años, pues habíamos decidido limitar nuestra investigación a los niños prepúberes. La repartición de los coeficientes intelectuales está conforme con la curva de Gauss (modal y un poco inferior a 100 por los niños y bi-modal por las niñas); lo que confirma el carácter normal y representativa de la muestra escogida.

Nos hemos fijado en la dimensión familiar y la situación entre los hermanos. Están más representados los niños de familias numerosas. Si tenemos en cuenta las familias observadas 7 sobre 53 tienen 6 hijos por lo menos, pero una sobre cinco familias tiene hijo único. Muchas veces la familia está incompleta y disociada. Se cuenta 7 padres y 3 madres fallecidos, 6 madres divorciadas, pues casadas de nuevo, y numerosos casos de concubinage. La vida de la familia resulta muy difícil por 20 padres y 20 madres donde encontramos 11 etílicos y 12 depresivas.

Tratamos ahora, por lo que se refiere a las tentativas, de la muestra completa. Sobre 103 niños, 74 han hecho sólo una tentativa (51 niños, 23 niñas), 29 niños han hecho varias tentativas (en totalidad 73), es decir, que los 103 niños observados han hecho 147 tentativas. Esas 147 tentativas que acumulan los 103 niños de ambos sexos comportan en primer lugar una manera brutal que se puede interpretar como una acción impulsiva:

- echándose por la ventana (44 tentativas);
- intoxicaciones (38 tentativas), sobre todo con medicamentos;
- estrangulación y ahorcamiento (14 tentativas);
- flebotomía (15 tentativas);

- echándose debajo de un coche (8 tentativas);
- varios (9 tentativas).

Las formas se diferencian según el sexo. Las formas masculinas las más típicas son: el ahorcamiento, la flebotomía y el echarse por la ventana. Las formas femeninas las más corrientes son: el echarse debajo de un coche, el gas, la intoxicación y la estrangulación. El análisis de los varios datos pone en evidencia que el echarse por la ventana en el caso del niño y el echarse debajo de un coche en el caso de la niña, son las técnicas que eligen los menos dotados y los más jóvenes. Se trata de actos que la rabia puede estallar y que necesitan poca preparación. Mientras que por atender a la función respiratoria sea por ahorcamiento y estrangulación o sea por gas y sumersión necesita una representación más elaborada de los actos que se tienen que cumplir, de sus consecuencias así que cierta preparación material. Parece esencial insistir sobre la doble dificultad de reconocer las modalidades del paso al acto: dificultad a nivel del acto mismo pues hemos notado en nuestra muestra la gama completa de las formas de conductas de suicidio de la más arcaica a la más consciente así que formas complejas e intrincadas que se clasifican con dificultad. Es a veces difícil apreciar el nivel de determinación y sobre todo el valor de la explicación dada. Se encuentra otra dificultad al nivel de la consciencia y sobre todo de la explicación al momento del testimonio ulterior de los niños.

Hay quien no quiere o no puede hablar claramente del acto cumplido, pero hay más: así entre los que han tomado medicamentos en semejantes situaciones de suicidio, uno dirá haber pensado tomar caramelos, otro haber buscado el sueño y otro no tendrá co-

nocimiento de los que ha hecho y sólo podrá clarificarlo dentro de una psicoterapia; mientras otro declarará su intento. Todo eso hace difícil nuestra interpretación. Acordémonos del caso de un niño particularmente apto a clarificar su hecho, un hijo de Freud: se puso en una rabia violenta porque querían dejarle acostado, y hasta amenazó suicidarse para hacer como aquellos cuyo suicidio había leído en los periódicos: «de noche me enseñó un hematoma que tenía en el pecho en consecuencia de un golpe sobre la cerradura de la puerta». A la pregunta irónica ¿por qué hicistes eso y qué querías hacer? respondió súbitamente iluminado “era la tentativa de suicidio de la que le había amenazado por la mañana”. Tengo que añadir que no me acuerdo haber hablado delante de mis hijos de mis ideas tratando de las mutilaciones voluntarias. El relato de este incidente se encuentra en *Psicopatología de la vida cotidiana* para ilustrar la automutilación y el suicidio semi-intencional. Frente a los suicidios de sujetos de más edad parece que la originalidad fundamental de la conducta de suicidio viene de la pluralidad de esas modalidades.

Estas plantean la cuestión difícil de las fronteras entre conductas de suicidio y otras conductas mórbidas quienes ciertos autores llaman equivalente-suicidio o para-suicidio (Deshaies). Aunque la limitación de las fronteras sea difícil y un tanto arbitraria, hemos dividido esquemáticamente las modalidades del paso al acto en:

- sideración de las funciones vitales;
- ataque de la integridad corporal;
- acciones peligrosas como: juegos, accidentes, actos desproporcionados;
- actos de suicidio patentes.

La forma más arcaica nos parecic

ser una especie de sideración de las funciones vitales, es decir, el rechazo de satisfacer necesidades vitales, principalmente las de la comida. Hemos sólo retenido las observaciones donde la negación de alimentarse ha constituido el primer acto de una conducta de suicidio, confirmada ulteriormente por un pasaje al acto más elaborado. No se trata sólo de anorexia, la cual en el caso sea del niño sea del adolescente, podría tener otro significado. Se pueden observar todos los grados de sideración: además de la poca gana de comer muy frecuente y junta a otras conductas, pueden notarse: el deseo de estar enfermo, negar alimentarse hasta alterar el estado general acompañado de manifestaciones psicósomáticas o hipocondríacas hasta una inapetencia total.

Nos fijaremos en la observación de Daniel por el cual la sideración de la función vital no es sólo una forma de intento pero la única posibilidad para actuar su determinación. Daniel está hospitalizado por conductas de suicidio reiteradas. Sus perturbaciones familiares resultan banales. Su madre se ha casado de nuevo y dos hijos nacieron de esta unión. Desde los cuatro años, Daniel se manifiesta con numerosas conductas, las cuales se podrían considerar como accidentes. Se tomará una botella de tinta y muchos otros líquidos empleados para limpiar, hasta el momento donde justificará su intención de morir, intentando muchas veces echarse debajo de coches. Está entonces hospitalizado y le tratan con cuidados intensivos (maternage) y con una psicoterapia. Su estado va mejorándose hasta que vuelve a amenazar e intentar echarse por la ventana. Se intenta organizar su vida en una familia especializada (famille d'Accueil). Todo parece bien, pero sus padres no admiten la situación y Daniel entra de nuevo en el hospital. Habla sin descanso de muer-

te y si el paso al acto es imposible por causa de la vigilancia, se deja morir de hambre al punto que su estado necesita que le reanimen. Es Daniel un niño inteligente, no es su contacto el de un psicótico. Parece padecer de una neurosis de angustia gravísima.

Desde esta observación, así que otras similares en que no se puede dudar de la intención de muerte, pensamos que tendencias de suicidio pueden manifestarse con este único tipo de conducta, lo que nos incita a examinar la significación profunda de ciertas anorexias y también de ciertas manifestaciones psicósomáticas o hipocondríacas.

Por ataque de la integridad corporal tenemos que entender una automutilación con significado de intento de suicidio, un suicidio incompleto en cierto modo. Sin duda alguna, ciertas automutilaciones tienen que interpretarse al revés como un sacrificio. Pues consisten en sacrificar un órgano para tener salva la vida. Pero, otras formas de auto-agresividad, heridas varias, picaduras o ingestión de productos peligrosos traducen a menudo tendencias auto-agresivas fracasadas, relativas a una parte del cuerpo. El hecho que estas conductas sean acompañadas de otras formas de paso al acto asegura que se trata de una conducta de suicidio.

En medio de varias observaciones, tomaremos la de Gilbert, 12 años, primogénito de una familia unida de tres hijos. A los nueve años muere su madre, víctima de una accidente de circulación. Desde entonces la idea de muerte y de suicidio obsesiona Gilbert. Cuatro meses después del fallecimiento de su madre hace una tentativa de suicidio, ingiriendo Gardenal, medicamento que tomaba regularmente su madre epiléptica. «Yo era su preferido, tengo su enfermedad.» Mantiene un hematoma de la rodilla (se tiene que notar que

las crisis de su madre empezaban con una caída sobre las rodillas). Durante su hospitalización, se notaron varias veces marcas de cortaduras en las muñecas. Cuatro meses después de su primera y verdadera tentativa hace de nuevo otra tentativa con Tofranil.

Las acciones peligrosas recuerdan la noción de apuesta que ya hemos desarrollado en un estudio sobre las tentativas de suicidio de adolescentes. Todo ocurre como si el niño se dejaba llevar por su destino; se abandona a la inspiración del momento presente, haciendo la suerte lo demás. Sea por dificultades pasajeras, sea seducido momentáneamente por lo atractivo de lo desconocido, el niño más frágil a causa de las experiencias anteriores pasa de repente al acto. Numerosos son los niños a quienes les gusta familiarizarse con el peligro antes de desafiarlo. El juego a la orilla del río, el paseo de barca conocido como peligroso, el paseo solitario del cual espera algún susto a la cruzada del camino, sin saber si podrá volver atrás, la satisfacción sentida en la ventana manteniéndose en equilibrio precario encima del vacío, tales son las situaciones muy buscadas por esos niños, las cuales los conducirán al paso al acto.

Uno de los niños dirá hablando de su acción «nada tenía que perder y nada que ganar». Tienen que ser distinguidas tres conductas, incluyendo varios grados de apuestas: la seguida de un juego, la actitud que ocasiona necesariamente el accidente, por fin, el acto desproporcionado.

Es para jugar que Helène, 8 años, se divierte tomando medicamentos como si fueran dulces. hasta el coma. Su madre acredita esta tesis. Geraldine, 10 años, se divierte ahorcándose. Cierto es el juego macabro, pero los padres le juzgan anodino. Todavía ideas de suicidio aparecen en sus pruebas psico-

técnicas y proyectivas. Parece un juego ¿pero qué decir de un juego del cual no resulta la función esencial que se le atribuye generalmente? Esta función, según Freud, permite volver a vivir en el imaginario una situación dolorosamente vivida y permite la transferencia al nivel simbólico de los problemas verdaderos. De otro modo, el juego garantiza la protección contra una realidad amenazadora; permite vivir sin peligro las situaciones más funestas. A defecto de comportar la posibilidad de fingir, las conductas precedentes se alejan mucho del juego.

André, 11 años, nos permite ilustrar la transición entre juego y accidente. En efecto, ante su tentativa de suicidio por ahorcamiento, le gustaba ligarse con cuerdas y cuerdecitas. Sus padres, tanto a la familia como a él mismo acreditaron la tesis del accidente al final de un juego. La psicoterapia sola, le revelará sus proyectos de suicidio. Así hemos recogido numerosas observaciones de niños que van multiplicando los accidentes antes de pasar al acto. Esas conductas accidentales ya justificarían a ellas solas un estudio. El análisis estadístico muestra, por lo demás, una relación cierta entre suicidios y accidentes. Ciertos estudios aseguran que los accidentes tienen generalmente una relación con las particularidades del ambiente familiar.

Una investigación efectuada en el Centro médico del Hospital de niños de Boston señala claramente que los conflictos familiares aumentan la predisposición a los accidentes. En los casos que tenemos, se han notado situaciones similares; sin duda alguna, esas situaciones contribuyen al estallido de la conducta de suicidio. Así, peligrosas o inhábiles, las conductas que producen el accidente no son el fruto de la suerte pero son la consecuencia de la inseguridad y del estado precario encontra-

do antes. Pues el niño deja de preservarse con los mecanismos de defensa elementales; notamos que estos casos no son admitidos por los adultos, quienes no oyen el grito del niño a causa de sus propias defensas. Por falta de obtener una respuesta, el niño corre el riesgo de hacer un «paso al acto» más afirmado.

Sucede que la torpeza y la ignorancia parecen haber engendrado actos peligrosos, por ejemplo la ingestión exagerada de somníferos. Sin embargo, cuando se trata de muchachos advertidos, es imposible atribuir a la ignorancia la absorción de una gran cantidad de medicamentos. Hemos recogido dos observaciones que muestran cuán difícil es descubrir los intentos de suicidio en el niño. Un niño de 11 años sólo lo dejará parecer durante la obnubilación post-coma y la recusará después: «quería sólo dormir y no pensar». Un niña de 12 años, con más defensas, tomará consciencia de la significación de su acto durante su psicoterapia.

Además podemos observar actos de suicidio verdaderos que su autor y la familia deben reconocer como tales. Así este niño de 12 años, nacido en un ambiente particularmente desfavorable, el cual para escapar al asilo que le parece insoportable, toma la resolución de quitarse la vida, traga numerosos comprimidos de barbitúricos y espera la muerte con paciencia. Así, Roland, 12 años, cansado de los malos tratos de su madre (la cual ha conducido su marido al suicidio) decide, dos años después del fallecimiento de éste, ahorcarse con cable eléctrico.

En suma, el rechazo de alimentarse, las heridas contra sí mismo, la seguida de acciones peligrosas, son modalidades del paso al acto más o menos elaboradas y habladas. Todo llega como si esta tendencia autodestructiva estaba tan controlada que el niño podía re-

latarla. Muchos niños no tienen la posibilidad de expresar su angustia, tanto a causa de su edad que por falta de escucha. Por eso, tenemos que quedar particularmente vigilantes y admitir que ciertos actos tengan un significado de suicidio, aunque la idea sea insoportable para nosotros. Sin embargo esas formas de abandono, de juego o de accidentes nos parecen características del suicidio infantil. Tenemos que guardarnos de considerar como equivalentes de suicidios todas las afecciones psicossomáticas, todos los accidentes, todas las automutilaciones.

El significado del acto de suicidio resulta particular en el niño. Cumple, en cierto modo, una función y responde a una necesidad imprecisa y latente; sin prohibir formas de pasaje o de asociación entre ellos, se individualizan cuatro tipos principales.

La primera función a la cual corresponde el acto de suicidio es la huida o la depresión reaccional. ¿Cuántas veces están mezcladas, en algunos niños, fugas y tentativas de suicidio? Unos temen el castigo, quien la faena, quien la sevicia corporal, pero detrás de este miedo, se perfila una angustia más profunda, la cual con un mecanismo de traslado se fija sobre un hecho al parecer muy benigno.

Recordaremos aquí que mientras la futilidad del motivo de origen puede ser un acto que conduce a la muerte, lo que prueba, si es aún necesario la profundidad de la angustia subyacente. Mencionaremos, a propósito de eso, un niño de 10 años, el cual se quitó la vida de un tiro después de un castigo que pensaba merecido. Por extensión, mencionaremos casos de niños confrontados a la enfermedad o una enfermedad crónica; por falta de poder organizar defensas elaboradas, a causa de malas condiciones familiares, su único recurso es la huida. Mencionaremos, a pro-

pósito de eso, las observaciones de niños habiendo intentado suicidarse, niños afligidos quien de una división palatina y de una sordomudez, quien de una cecidad, quien de un estrabismo, quien por fin de una enfermedad de «tics de Gilles de La Tourette». Recordamos que, tratando de esta última enfermedad, Alliez y Odon escriben que frente al carácter mórbido y crónico de su enfermedad, ciertos pacientes eligen el suicidio.

La segunda función del acto se resuelve en una llamada y particularmente reivindicación afectiva. Pero conviene notar cuán numerosas se encuentran las conductas infantiles teniendo significación de llamada. Es después de ésta, si no fuera entendida, que aparecerá la tentativa de suicidio.

Encontramos de nuevo aquí casos de niños con carencias afectivas o fantasmáticas, por ejemplo, los niños que están o piensan estar suplantados en el corazón de su madre por un hermano o una hermana. André, 11 años, decía a su madre, cuando su hermano pequeño volvió a casa: «sepárate de Jean-Claude o me voy». Después no dejó de solicitar la atención de su madre: «voy a suicidarme y verás cómo vas a llorar» y pasó al acto absorbiendo un frasco de Valium.

Otros tienen una reivindicación afectiva más difusa, condicionada por numerosos «placements» (cambiar el niño de familia), y la tentativa de suicidio es el último grito que hacen a otro desde mucho tiempo inexistente.

La tercera función es permitir al niño asumir los fantasmas de castigo o de agresividad que tiene en él. Determinante en ese caso, es la noción que puede tener de la muerte, asimilada a un castigo que cae, a veces sobre él que llama o a veces por el juego de las culpabilidades sobre su familia: ¡Cuántos niños sueñan su suicidio, el luto y

la culpabilidad de sus padres! Así, ciertos actos de suicidio de niños pueden significar una agresión.

La función de un cuarto tipo de suicidio es satisfacer el deseo de reunirse a un ser perdido. Así procede esta conducta del pensamiento mágico característico de esa edad. Se trata para el niño de anihilar la muerte del otro e imaginar, por otra parte, que la muerte no quiere de él.

Georges, 9 años, puesto en un asilo de huérfanos, después del fallecimiento de su madre, toma medicamentos para reunirse con ella; mismo ruego de Gerard, 9 años, que intenta echarse a la vía férrea. Parece la imitación acercarse del mismo mecanismo de anihilación y derivar del pensamiento mágico del niño: la muerte del otro ya es negada, desde entonces que puede imitarse. Mencionaremos, en esa perspectiva, una observación de Durand Fardel: «Un niño de 10 años, el 2 de julio de 1847, seguía el entierro de un compañero de 11 años, hijo de un campesino, el cual se había ahorcado sin motivo aparente, detrás de la puerta de la bodega. Después del entierro hizo esta reflexión a la cual los padres no dieron atención al momento: «tendré que ahorcarme también». El 6 de julio le encontraron ahorcado en la bodega de sus padres». Por ser menos dramáticas, podremos encontrar semejanzas con tres de nuestras observaciones.

Entonces nos parece que estas funciones son características de las conductas de suicidio del niño, las cuales aún parecen benignas o de poca autenticidad tienen un significado que se necesita descubrir. El hecho común a todas las observaciones es la inseguridad de la primera infancia: «placements» (cambiar el niño de familia) mostrando el rechazo maternal por incapacidad física o moral a cuidar el niño, problemas paternos por etilismo, crueldad o pasi-

vidad, sin olvidar la irrupción de la muerte de cualquier miembro de la familia: Eso es la trama sobre la cual se escribe la historia individual del niño suicida. Todos esos acontecimientos son factores que favorecen una mala integración del impulso (instinto de muerte) en la economía del impulso. Tomará así cierta autonomía permitiendo su emergencia paralelamente a la descarga motriz del pasaje al acto. Todo esto se traduce por una dificultad profunda de la manipulación de la agresividad: víctimas de agresiones físicas o morales, la violencia es para ellos la única salida de relación posible. El niño ataca a los otros y es el triste desfile de actos sádicos, crueles y delictuosos. Todavía es a los otros que se dirige cuando elige atacarse. El niño intenta matarse, y es contra el mal objeto introducido (introjecté) que va dirigida su agresividad. El niño odia y quiere al objeto que se le escapa y por el juego de la culpabilidad, escoge sentirse malo y travieso antes de admitir que sus padres lo sean.

Sobreviene el paso al acto en este contexto. Inesperado, brutal, sorprendente, refleja la impulsividad y la hiperemotividad del niño, manifiesta los impulsos destructivos latentes y la consecuencia de la imposibilidad del niño a hablar. El acto de suicidio sobreviene cuando se produce la liberación brutal y simultánea del instinto de muerte y del intento de paso al acto. El hecho que origina es generalmente menor, interpretado por el medio como un acto de poca autenticidad, pero en él, se cristalizan todas las frustraciones anteriores. Capitaliza la suma de las experiencias difíciles vividas antes. El niño no habla. ¡Actúa!

Estas experiencias contribuyen a la formación de un tipo de personalidad que se podría caracterizar por:

1. Dificultades del carácter que se re-

lacionan con el carácter difuminado y arcaico de la angustia muy diferente de la angustia de castración; no es el falo que defiende el niño sino su piel.

2. Dificultad de reactualizar lo vivido, que se traduce por importantes carencias instrumentales. Aquí encontramos un carácter común a las afecciones psicosomáticas y a la delincuencia, las dos asociadas a las conductas de suicidio en nuestras observaciones.

3. Dificultades de la constitución del YO que la estructura arcaica hace intolerante a las frustraciones. El YO está también caracterizado por la debilidad de sus mecanismos de defensa.

Pero, todo esto, no es característico de la personalidad del joven suicida. Hay que notar con qué frecuencia encontramos estas señales patológicas en otras afecciones psicológicas de la niñez, como la delincuencia o las carencias psicosomáticas. Para apoyar esta afirmación, en los raros casos que hemos obtenido resultados sobre la evolución de niños suicidas, hemos podido ver que ciertos evolucionaban a la delincuencia y otros padecían de afecciones psicosomáticas.

Si bien la organización psíquica no parece ser específica de la conducta de suicidio del niño, se puede pensar que es una barrera al proceso normal de la evolución afectiva del niño, y favorecerá la regresión masiva necesaria a la elaboración del acto de suicidio, a lo que se añade la noción particular que el niño puede tener de la muerte.

Es natural si se considera que la personalidad del niño está caracterizada por la debilidad de sus defensas que hemos encontrado pocas neurosis y psicosis constituidas. Hemos notado un caso de histeria de conversión: Martine,

10 años, con enuresis y encopresis, tiene hace dos años una afonía después de una operación del apéndice. Después de esta afonía sobreviene una hemiparesia de origen histérico. Martine tiene un contacto típicamente histérico y su neurosis aparece sólidamente estructurada.

Hemos retenido primero el caso de un niño de 10 años con una neurosis obsesiva muy estructurada, intentando echarse por la ventana; en segundo, cinco observaciones de niños prepsicóticos y algunos casos con más o menos epilepsia aunque ninguno sea considerado como equivalente comicial.

Por fin, hemos intentado completar este estudio de las tendencias y conductas de suicidio del niño por un examen del hecho de suicidio. Estábamos incitados por el análisis clínico que reconocía una similitud de las experiencias psicológicas influenciadas por situaciones familiares difíciles.

La relación entre suicidio y accidente ha sido estudiada, todo conducía a esto: la gran semejanza de las personalidades que toman muchos riesgos:

conductas peligrosas o delincuencia. Un estudio estadístico de los fallecimientos comportando algunos errores, como la de cambiar suicidios en accidentes después de la intervención de las familias, permitió establecer una relación entre fallecimientos por suicidio y fallecimientos accidentales.

Para concluir, pensamos haber mostrado la autenticidad de conductas que, a priori, no podrían ser reconocidas como tales. El clínico tiene que quedar vigilante para descubrir un indicio, fuese anodino, que podría esconder conductas de suicidio: Juegos macabros, accidentes repetidos necesitan una atención particular.

Insistiré sobre el interés de estudios pluridisciplinares. Las conductas de suicidio no están aisladas de su medio y los varios participantes de las ciencias sociales: psicólogos, sociólogos, geógrafos, trabajadores sociales, tienen que hacer conocer este medio. Hechos generales no llevan la atención del médico que ellos pueden notar. Al médico de llamar la atención sobre hechos particulares y contribuir a una buena interpretación.