

## SINUCIDEREA ÎN EUROPA, ÎN CONTEXTUL CRIZEI ECONOMICE GLOBALE

SORIN M. RĂDULESCU\*

### ABSTRACT

#### SUICIDE IN EUROPE IN THE CONTEXT OF THE GLOBAL ECONOMIC CRISIS

Starting from Durkheim's hypothesis according to which crisis periods cause a significant increase in the number of suicides, the author examines several variables associated with the recent economic crisis and the extent to which they influence suicide rates in Europe, including Romania. In this respect, an assessment is made of the findings of theoretical studies and empirical surveys conducted in several European countries, according to which the increase of unemployment rates, the decline of welfare standards and the deterioration of health conditions (including those related to mental health) are among the main factors associated with the increase of suicide rates in different countries.

**Keywords:** suicide, economic crisis, unemployment, mental health, factors associated with the increase of suicide rates.

### 1. CONDUITELE SUICIDARE CA EFECT AL UNOR TENDINȚE ȘI PRESIUNI SOCIALE

În esența sa și prin consecințele multiple pe care le implică, sinuciderea este o problemă socială extrem de importantă, care prezintă un interes justificat pentru sociologi, psihologi, criminologi, juriști, medici, pentru diferite categorii de specialiști, practicieni, reprezentanți ai autorității și, nu în ultimul rând, pentru public. O problemă socială – evidențiază sociologii – este o condiție indezirabilă și dăunătoare pentru societate, care afectează exigențele ei de ordine, împiedică schimbarea socială și are un impact negativ asupra existenței, securității și bunăstării membrilor societății (Rădulescu, 2010, p. 192).

Statisticile sau estimările întocmite de Organizația Mondială a Sănătății sunt relevante în acest sens, punând în evidență faptul că suicidul este o problemă globală a umanității, care se manifestă în toate țările lumii cu o mare intensitate, fiind amplificată de condițiile crizei actuale.

---

\* Correspondence address to Sorin M. Rădulescu: Institutul de Sociologie al Academiei Române, Calea 13 Septembrie nr. 13, sector 5, 050711 București, România; e-mail: [mihai46@clicknet.ro](mailto:mihai46@clicknet.ro).

În consens cu această interpretare a sinuciderii ca problemă socială, sociologii consideră că ratele suicidare nu pot fi explicate decât prin factori de natură socială, independent de trăsăturile biologice, caracteristicile și tendințele psihice ale individului. Dacă actul suicidar ca atare poate implica asemenea caractere și motivații individuale, ratele de suicid se supun obligatoriu unor tendințe și presiuni sociale, fiind – așa cum sublinia cunoscutul sociolog É. Durkheim – o consecință a „faptelor sociale” care se manifestă și acționează într-o anumită societate. Iar asemenea fapte sociale sunt, de fapt, un produs al relațiilor sociale și formelor de asociere umană, constând în „*moduri de a lucra, de a gândi și simți, exterioare individului și care sunt înzestrate cu o putere de constrângere în virtutea căreia ele i se impun*” (Durkheim, 1974, p. 59).

## 2. SINUCIDERE, CRIZĂ ȘI PROSPERITATE ECONOMICĂ

Émile Durkheim este, probabil, primul sociolog care a subliniat faptul că „*fiecare popor are în mod colectiv o tendință spre sinucidere care îi este proprie*”, lucru demonstrat (1999, p. 247–261) de faptul că „*atât timp cât societatea nu se schimbă, numărul de sinucideri rămâne constant*” (Durkheim, 1993, p. 247–261).

Creșterea amplitudinii sinuciderilor – observa Durkheim – apare atunci când societatea este în schimbare, adică fie într-o stare de criză economică (în sens negativ), fie într-o stare de prosperitate economică (în sens pozitiv). „*Orice zdruncinare a echilibrului, chiar dacă provoacă belșug și sporirea vitalității sociale, favorizează sinuciderea*” (Durkheim, 1993, p. 197).

Teoria lui Durkheim pare, într-un fel sau în altul, testată de criza economică actuală, deși datele diverselor cercetări efectuate în acest domeniu sunt contradictorii între ele. Astfel, unele studii au evidențiat faptul că perioadele de criză economică determină o creștere semnificativă a sinuciderilor, alte studii au accentuat asupra faptului că în asemenea perioade se sinucid, mai ales, persoanele vulnerabile (care sunt afectate deja de stres, tulburări psihice, șomaj, consum de alcool ș.a.), în timp ce alte studii au subliniat, dimpotrivă, că în perioadele de recesiune economică scade numărul de sinucideri, datorită faptului că indivizii se mobilizează mai puternic decât în vremuri „normale” pentru a face față dificultăților vieții (Carey, 2011). Cercetările întreprinse în Statele Unite au pus, pe de altă parte, în lumină faptul că, opus concepției lui Durkheim, ratele de sinucidere scad în perioadele de expansiune economică, cu unele excepții, legate de categoriile de vârstă. Astfel, în timpul *boom*-ului economic din anii '60, în Statele Unite au crescut ratele de sinucidere ale populației cuprinse în intervalul 30–50 de ani, iar în timpul recesiunii apărute în mijlocul deceniului 7 au scăzut ratele de sinucidere din rândul populației vârstnice, beneficiară, între altele, a programului de Securitate Socială din deceniul anterior (Carey, 2011).

R.B. Ginsberg (1966) a subliniat că sinuciderea are un caracter „prociclic”, în sensul că ratele de sinucidere scad în timpul perioadelor de depresiune economică și cresc în perioadele de expansiune economică. Dimpotrivă, A.F. Short și J.F. Short (1954) au evidențiat faptul că sinuciderea are un caracter „anticiclic”: astfel, în timpul perioadelor de prosperitate economică rata sinuciderii scade, iar în timpul perioadelor de criză economică crește.

Un studiu efectuat de către Bijou Yang (1992, p. 87–99) asupra evoluției ratei de sinucidere în Statele Unite, în perioada 1940–1984, a infirmat ipotezele circumscrise concepției elaborate de Durkheim. În acest sens, studiul a constatat că: ratele de sinucidere nu au crescut în timpul perioadelor de *boom* economic sau de criză economică din Statele Unite, orice schimbare a acestor rate fiind dependentă de caracteristicile grupurilor sociale implicate. Pe de altă parte, ratele de șomaj au avut un efect negativ semnificativ numai asupra ratei de sinucidere caracteristice bărbaților albi, iar rata de participare a femeilor la forța de muncă a avut o influență benefică pentru ratele de sinucidere, atât cele caracteristice femeilor albe, cât și cele specifice femeilor de culoare.

### 3. RELAȚIA DINTRE SINUCIDERE ȘI CRIZELE ECONOMICE

Un exemplu sugestiv care evidențiază faptul că suicidul este determinat de factori sociali-economici sau se află în corelație cu aceștia îl constituie constatarea – rezultată din studiile de istorie socială – conform căreia, în timpul perioadelor de recesiune economică, crește numărul de sinucideri ale populației incluse în intervalele de vârstă 25–64 de ani.

Perioada Marii Depresiuni, de exemplu, care a început cu un deceniu mai devreme decât cel de al Doilea Război Mondial, este un exemplu sugestiv din acest punct de vedere. Astfel, declinul puternic al indicatorilor economici, în special scăderea producției, a comerțului, a șomajului și, implicit, a veniturilor a determinat numeroase sinucideri.

În Statele Unite, de exemplu, rata medie de deces prin suicid la 100 000 de locuitori a crescut, față de perioada precedentă (1920–1928), cu aproape 50% în anul 1929 și cu 27% între 1930–1940. În aceeași țară, în perioada cea mai accentuată de criză, 1928–1933, atunci când rata șomajului a atins cifra de 24%, s-au atins cele mai ridicate rate de suicid din întreaga istorie a Americii. Dimpotrivă, în anul 2000, atunci când rata șomajului din SUA nu depășea cifra de 4%, s-a înregistrat cea mai mică rată de suicid din istoria acestei țări (Sternheimer, 2011).

Dincolo de asemenea constatări, se poate sublinia că ratele suicidare înregistrate în timpul crizei începute în anul 2008 sunt mult mai pronunțate, cel puțin în Europa, decât în perioada Marii Depresiuni (Stuckler, 2011, p. 124–125).

Ca un exemplu, țările care s-au confruntat cel mai mult cu dificultățile crizei economice începute în anul 2008, precum Grecia și Irlanda, au înregistrat cea mai mare creștere a ratei sinuciderilor (conform cu Mediafax, 2011).

În Grecia, numărul de sinucideri a sporit cu 17% în perioada 2007–2009, iar unele date neoficiale menționează chiar o creștere cu 25% în 2010 (Kentikeles, Stucker și colab., 2011). Potrivit Ministerului Sănătății de la Atena, în prima jumătate a anului 2011, numărul sinucigașilor a crescut cu 40% față de aceeași perioadă a anului trecut (Stancu, 2011). Înainte de criza financiară, Grecia avea una dintre cele mai scăzute rate de suicid din Europa: 2,8 la suta de mii de locuitori. În anul 2011, această cifră s-a dublat. Au crescut, de asemenea, tentativele de sinucidere (Smith, 2011).

Aceste tendințe, la care se adaugă cele care vizează dublarea numărului de crime și furturi în perioada 2007–2010, complementară cu deteriorarea sistemului sănătății publice din cauza lipsei de fonduri, i-au determinat pe cercetătorii americani de la Universitatea din Cambridge, Alex Kentikelenis și David Stuckler, să aprecieze că se poate vorbi de o veritabilă „tragedie greacă” (Kentikeles, Stucker și colab., 2011).

În Irlanda, în aceeași perioadă de timp (2007–2009), atunci când această țară a resimțit cel mai puternic efectele crizei economice și financiare, rata de sinucideri a crescut cu 15%. În concordanță cu datele Raportului elaborat de către Oficiul Central de Statistică al Irlandei, de la sfârșitul anului 2006 și până în 2009, rata de sinucideri a crescut cu 25%, cea mare rată anuală înregistrată vreodată în această țară (Queen, 2010).

Cele mai mari creșteri ale ratei suicidare au avut loc în rândul populației tinere (15–24 ani): cu 23% în cazul bărbaților și cu 13% în cazul femeilor. Sinuciderea tinerilor a fost, în perioada menționată, pe locul 5 din Europa, după cea înregistrată în Estonia, Letonia, Lituania și Finlanda (Queen, 2010). Ca o tendință caracteristică Irlandei, actele suicidare au fost comise, în anii de criză, cu precădere de către copiii familiilor tinere, care s-au confruntat cu numeroase probleme financiare, fapt care i-a determinat să consume alcool în mod excesiv. Pe de altă parte, s-a evidențiat o creștere a sinuciderilor în zonele rurale și în industria construcțiilor, care au fost afectate cel mai mult de criza economico-financiară. Alături de efectele acestei crize, abuzul de alcool și de droguri au fost factorii care au potențat puternic conduitele suicidare (Thomas, 2012).

Exceptând aceste două țări, aproape toate țările europene au înregistrat creșteri ale ratei de sinucideri determinate de criza economică.

Un studiu efectuat, de exemplu, de David Stuckler și colaboratorii săi, cu privire la evoluția ratei de mortalitate înregistrate în 26 țări europene, în cursul crizelor economice din ultimele trei decenii, a evidențiat faptul că șomajul este unul dintre factorii principali asociați cu creșterea sinuciderilor în rândul populației având vârsta sub 65 de ani. Astfel o creștere cu peste 3% a ratei șomajului are efecte puternice asupra suicidului comis de această categorie de populație. Pe baza analizelor efectuate, autorii menționați au prezis că perioada de criză economică începută în anul 2008 va avea consecințe similare (Stuckler și colab., 2009, p. 315–323).

Autorii studiului au prelucrat datele asupra cauzelor mortalității pe grupuri de vârstă existente în datele elaborate de Organizația Mondială a Sănătății, iar

informațiile cu privire la tendințele șomajului caracteristic populației adulte le-au preluat din statisticile publicate de EUROSTAT.3 (*Calendarul Euro-indicatorilor*). Deoarece lipseau informațiile complete asupra a 17 dintre cele 27 de țări europene, analiza s-a concentrat, cu precădere, asupra a 10 țări, dintre care șase au aderat la Uniunea Europeană înainte de 2004 (Austria, Finlanda, Grecia, Irlanda, Olanda și Marea Britanie), iar alte patru au aderat la Uniunea menționată după 2004 (Republica Cehă, Ungaria, Lituania și România). Datele obținute cu privire la situația existentă în cele două grupuri de țări au fost ponderate în funcție de dimensiunea populației (Stuckler și colab., 2011, p. 124–125).

Constatările studiului au arătat următoarele:

– în ambele grupuri de țări, ratele de șomaj, înregistrate în mod oficial, nu au crescut până în anul 2009, an care a urmat crizei economice. Începând din acest an, rata șomajului a crescut rapid în toate cele 10 țări, cu aproximativ 35% față de nivelul atins în anul 2007, această creștere atingând între 2% și 6% în toată Uniunea Europeană;

– totuși, tendința de scădere constantă a ratelor suicidare, care a fost observată în cadrul ambelor grupuri de țări înainte de începutul crizei, s-a inversat în mod simultan în toate țările analizate. Astfel, în anul 2008, creșterea ratelor suicidare s-a situat sub 1% în țările care au aderat mai recent la Uniunea Europeană și cu circa 7% în acele țări care au aderat mai demult la Uniune;

– în anul 2009, tendința de creștere s-a accentuat în toate țările (situându-se la cel puțin 5%, comparativ cu anul 2007), cu excepția Austriei, care, în anul 2009, a înregistrat mai puține sinucideri (cu circa 5%) decât în anul 2007;

– în mod surprinzător, Finlanda, care are unul dintre cele mai puternice sisteme de protecție socială, a înregistrat o creștere de peste 5% a sinuciderilor, comparativ cu Austria, care are, de asemenea, un sistem de protecție socială extrem de funcțional;

– Grecia și, mai ales, Irlanda, așa cum am menționat deja, au avut cele mai mari creșteri ale sinuciderilor. De asemenea, Letonia a avut o creștere cu peste 17% în perioada 2007–2008;

– în Marea Britanie, rata sinuciderilor a crescut de la 6,14 pentru 100 000 de persoane în 2007, la 6,75 la 100 000 în 2008, înregistrând, deci, o creștere cu 10%, care s-a menținut la același nivel în anul 2009;

– în pofida acestor fluctuații, studiul menționat nu a putut identifica o tendință certă de deviere, în perioada de criză, față de trecut, în ceea ce privește toate cazurile de mortalitate, cu excepția sinuciderilor, care au crescut în amploare și intensitate, și a accidentelor auto, care au scăzut semnificativ, probabil din cauza micșorării disponibilității de utilizare a mașinilor și a folosirii unora mai uzate, care nu au permis o viteză excesivă în trafic.

Exceptând dificultățile cu care s-au confruntat autorii studiului menționat, datorate, în special, dificultăților de ponderare a datelor, precum și variațiilor pronunțate de la o țară la alta, în ceea ce privește disponibilitatea lor (este menționată,

în acest sens, România), acest studiu a evidențiat, în mod sugestiv, legătura de asociere (nu neapărat cauzală) între perioadele de criză economică și creșterea ratelor de suicid.

#### 4. SINUCIDAREA, BUNĂSTAREA ȘI CONDIȚIILE DE SĂNĂTATE ALE POPULAȚIEI

În mod evident, sinuciderea nu este un efect al unor factori sau procese care acționează în mod izolat sau autonom. Trebuie precizat, în acest sens, că perioadele de criză nu determină, prin ele însele, creșterea ratelor de sinucidere, ci numai prin intermediul unor variabile intermediare, precum sunt: șomajul, scăderea veniturilor, deteriorarea calității vieții, consumul de alcool sau de droguri, perturbarea sănătății fizice, dar mai ales mentale a indivizilor etc. O perioadă de criză este complementară, de fapt, cu aceste schimbări în viața indivizilor, care afectează – așa cum evidențiază rezultatele mai multor studii și cercetări – bunăstarea socială a populației în ansamblul ei. Suicidul, ca atare, este un indicator semnificativ al scăderii bunăstării sociale și, în primul rând – așa cum subliniază numeroși experți în domeniu –, al stării de sănătate mentală.

Așa cum este definită de Organizația Mondială a Sănătății, sănătatea, în integralitatea ei, este o dimensiune esențială a vieții umane, care constituie un indicator important al bunăstării sociale și calității vieții. Ea este o „condiție de bunăstare fizică, psihică și socială”, care reflectă, de fapt, standardele de viață ale unei anumite comunități (Rădulescu, 2002, p. 7).

Totuși, în ansamblul lor, constatările cercetărilor empirice focalizate asupra legăturii dintre perioadele de criză economică și deteriorarea bunăstării sociale, inclusiv a stării de sănătate sunt contradictorii între ele. Astfel, unii analiști apreciază că, excluzând sinuciderea – care sunt o „excepție” –, crizele economice nu au efecte negative asupra sănătății (Anderson, 2011, p. 2). În mod paradoxal, în perioada Marii Depresiuni, care a precedat cel de al Doilea Război Mondial, rata mortalității generale a descrescut pentru toate grupurile de vârstă, dar ratele de sinucidere au crescut.

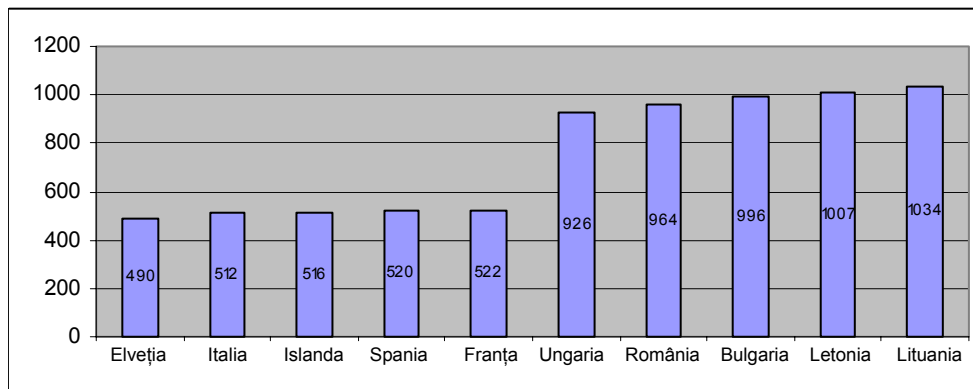
Exceptând influențele crizelor economice, între starea de sănătate a unei populații și tendințele ei către sinucidere există o legătură de asociere, cu variații de la o țară la alta. Starea de sănătate se poate evidenția, cel mai bine, prin intermediul ratelor de mortalitate. Dar, datorită faptului că mortalitatea este diferită în cadrul diferitelor grupuri de vârstă și de la o țară la alta, institutele sau oficiile de statistică sunt nevoite să le însumeze și să le standardizeze în diferite moduri comparabile.

În perioada 2008–2009, de exemplu, perioadă în care a debutat și s-a extins criza economică, cele mai scăzute rate de mortalitate pentru toate cazurile de deces din cadrul țărilor europene au fost înregistrate în Elveția, Italia, Islanda și Spania (între 490 și 520 de decese la o sută de mii de locuitori), iar cele mai ridicate rate au fost înregistrate în Lituania și Letonia (peste 1 000 decese la o sută de mii de

locuitori). Bulgaria, România și Ungaria au avut, la rândul lor, rate de mortalitate situate la un nivel de peste 900 de decese la o sută de mii de locuitori (OECD, 2010, p. 30–31) – vezi *Graficul nr. 1*.

*Graficul nr. 1*

Rata mortalității pentru toate cazurile de deces, în anul 2008, pentru zece țări europene

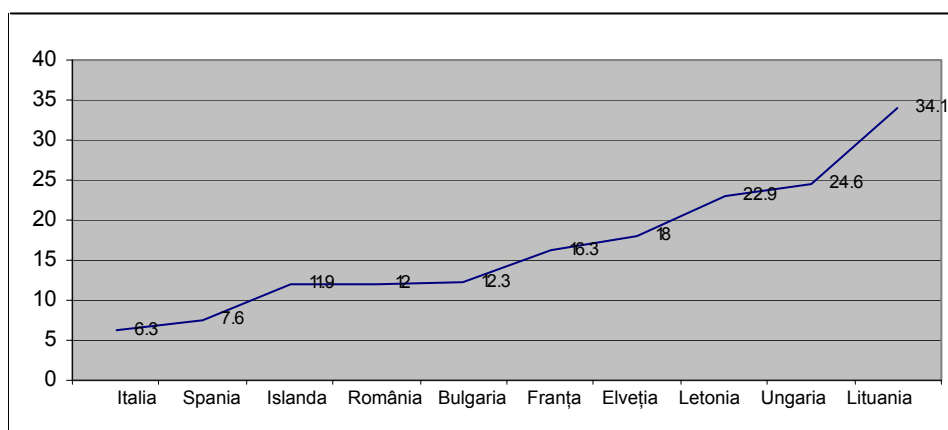


Sursa: OECD Health Data 2010

În ceea ce privește ratele de suicid, acestea au fost mai scăzute în Italia, Spania și Islanda (între 6,3 și circa 12 la o sută de mii de locuitori) și mai ridicate în Lituania (peste 34 la o sută de mii de locuitori), Ungaria și Letonia (aproximativ între 32–25 la o sută de mii de locuitori). Bulgaria, respectiv România, au înregistrat circa 12 sinucideri la sută de mii de locuitori (vezi *Graficul nr. 2*).

*Graficul nr. 2*

Rata de mortalitate prin sinucidere în anul 2008 (2009), în zece țări europene



Sursa: Eurostat Statistics Date, 2010

Pe baza datelor menționate, se poate infera o corelație pozitivă între ratele de mortalitate – în calitatea lor de indicatori ai stării de sănătate a populației – și ratele de sinucidere. Astfel, Italia, Spania și Islanda, care au avut cele mai scăzute rate de mortalitate dintre țările europene, au înregistrat și cele mai scăzute rate de sinucidere. Excepție face Elveția, care a avut cea mică rată de mortalitate din Europa, dar a înregistrat o rată de sinucidere de nivel mediu (18 la suta de mii de locuitori). În schimb, Lituania și Letonia, care au înregistrat cele mai ridicate rate de mortalitate dintre toate țările europene, au avut și cele mai ridicate rate de sinucidere. O excepție o reprezintă și cazul Ungariei, care a avut o rată medie de mortalitate, dar a înregistrat, în schimb, una dintre cele mai ridicate rate de sinucidere. O situație aparte au înregistrat România și Bulgaria, care, deși au avut rate ridicate de mortalitate (imediat după cele înregistrate de Lituania și Letonia), au avut rate de sinucidere relativ mici, dar aproximativ de două ori mai mari decât cele înregistrate, de pildă, de Elveția.

Aceste excepții se explică, între altele, prin variațiile înregistrate între diferite țări în ceea ce privește rata șomajului, consumul de alcool și de droguri, starea de depresie care caracterizează indivizii și, implicit, gradul lor de sănătate mentală.

Trebuie menționat, pe de altă parte, faptul că atât ratele de mortalitate, cât și ratele de suicid sunt mult mai ridicate în rândul bărbaților, decât în rândul femeilor. Astfel, ratele de mortalitate ale bărbaților ajung să le depășească cu 50% până la 100% pe cele ale femeilor, în timp ce ratele de sinucidere ale aceleorași bărbați le depășesc pe cele ale femeilor chiar de 3–4 ori (OECD, 2010, p. 35). În cazul tentativelor de sinucidere diferențele între cele două sexe sunt mai mici, între altele și datorită faptului că femeile tind să folosească metode de suicid mai puțin letale decât cele utilizate de bărbați.

## 5. SINUCIDERE, ȘOMAJ ȘI SĂNĂTATE PSIHICĂ

În majoritatea țărilor cu economii de piață se manifestă un „ciclu al afacerilor”, caracterizat de o creștere a șomajului în perioadele de recesiune economică și o reducere a sa în perioadele de expansiune economică (Kposowa, 2003, p. 559). Un asemenea ciclu are, implicit, un impact aparte asupra sinuciderilor, cu precădere asupra celor comise de populația activă.

Unul dintre obiectivele principale ale studiilor focalizate asupra rolului acestui ciclu, în general, al factorilor socio-economici în creșterea sau, dimpotrivă, scăderea ratelor de sinucidere îl reprezintă relația dintre suicid și șomaj. Variabilele socio-economice par să contribuie, în cea mai mare măsură, la impactul statusului ocupațional asupra sinuciderii (Preti, 2003, p. 557). Mai multe studii au subliniat faptul că un nivel scăzut al statusului ocupațional al indivizilor se corelează cu un risc mai ridicat de sinucidere. În multe țări europene, schimbările care au avut loc la nivelul ratelor ocupaționale au



influențat ratele de sinucidere. Riscul suicidar este legat, între altele, de temerea angajaților că își vor pierde locul de muncă și de stresul care îi caracterizează pe șomeri în privința reducerii drastice a venitului și a deteriorării standardelor lor de viață (Yur'iev și colab., 2010).

Una dintre analizele cele mai semnificative a studiilor care au abordat relația dintre șomaj și sinucidere a fost întreprinsă de către S. Plat (1984). Constatările rezultate din această analiză au demonstrat că există o relație de asociere între cele două variabile, în sensul că amplificarea șomajului determină un risc crescut atât asupra sinuciderilor finalizate, cât și asupra tentativelor de sinucidere. Totuși, analiza menționată a arătat că o asemenea relație de asociere pare să fie valabilă mai degrabă la nivel individual, decât la nivel agregat. Pe de altă parte, așa cum au observat D. Lester și B. Yang (2003), relația dintre șomaj și sinucidere pare să fie mediată de alte variabile, între care *sănătatea mentală* a indivizilor are un rol distinct.

Aproximativ jumătate din riscul crescut al deceselor prin suicid – subliniau, în mod similar, T. A. Blakely și colab. (2003, p. 594–595) – se poate atribui rolului mediator al creșterii nivelului bolilor psihice. La rândul lui, dr. Benedetto Saraceno, director al Departamentului de Sănătate Mentală al Organizației Mondiale a Sănătății, arăta că „peste 90% din toate cazurile de sinucidere sunt asociate cu tulburări medicale precum depresia, schizofrenia și alcoolismul” (...). „De aceea, reducerea ratei globale de sinucidere semnifică rezolvarea efectivă a creșterii ponderii și gravității bolii mentale în lume” (World Mental Health, 2006).

În general, o stare de sănătate deficitară precede sau poate fi un predictor atât al șomajului, cât și al deceselor, determinând o relație falsă, directă, între șomaj și suicid. Bolile, ca atare, par să prevaleze, cu precădere, în rândul populației inactive, nu în rândul șomerilor. În mod real, relația dintre șomaj și sinucidere are ca variabilă intermediară o stare *mentală* deficitară și nu bolile în general, care îi afectează, așa cum se știe, mai ales pe vârstnici.

Evidența empirică în această privință este controversată. De exemplu, constatările rezultate dintr-un studiu longitudinal întreprins de OPCS (The Office of Population Censuses and Surveys) în Anglia a pus în evidență o asociere puternică între șomaj și mortalitate prin toate cazurile de deces, inclusiv prin sinucidere, atât în perioade de amplificare a șomajului (1981), cât și în perioade de reducere a ratei de șomaj (1971). În mod contrar, o cercetare întreprinsă în Finlanda și ale cărei rezultate au fost publicate în 1996 a evidențiat faptul că, în perioadele de creștere a ratei șomajului, se poate infera un risc relativ mai mic de sinucidere pentru șomeri, comparativ cu cei angajați ocupațional (conform cu Blakely și colab., 2003, p. 594). Există, de asemenea, studii care au constatat că persoanele (în mod special, bărbații) care se confruntă cu problema șomajului, implicit cu reducerea veniturilor și cu diverse probleme familiale, au un risc semnificativ mai mare de a dobândi

diverse tulburări mentale, printre care depresie sau alcoolism, care, la rândul lor, au un deosebit impact asupra creșterii sinuciderilor (World Health Organization (1), 2011, p. 6). Șomajul are deci o influență distinctă asupra deteriorării sănătății psihice și propensiunii spre suicid.

Cercetările întreprinse în țările membre ale Uniunii Europene au arătat, de exemplu, că tendințele de creștere a ratelor naționale de șomaj au fost și sunt asociate, în continuare, cu creșterea ratelor de sinucidere și, între alți factori, cu incidența crescută a bolilor sau tulburărilor psihice (World Health Organization (1), 2011, p.7).

Exceptând aceste constatări, mai multe studii și cercetări (Kposowa, 2001, p. 127–138) au ajuns la concluzia că efectul șomajului asupra sinuciderii este mai pronunțat *imediat* după intrarea în șomaj a indivizilor. În măsura în care trece timpul, noii șomeri se adaptează la noul lor statut, motiv pentru sunt mai puțin înclinați să se sinucidă. În plus, odată cu trecerea timpului, șomerii își pot găsi de lucru și părăsesc statusul de șomer. Aceste aspecte au fost ignorate de studiile care s-au ocupat de legătura de asociere dintre șomaj și sinucidere și care nu au luat în considerare *durata* perioadei de șomaj.

Sintetizând principalele caracteristici și efecte ale relației dintre sinucidere, șomaj și starea de sănătate, Centrul Strategic de Prevenire a Sinuciderii din Statele Unite a pus în evidență următoarele constatări (Suicide Prevention Resource Center, 2008):

**Șomajul afectează starea de sănătate generală.**

– Șomajul este asociat cu o proastă stare de sănătate și cu mortalitatea prin toate cazurile de deces (cu excepția cancerului și a accidentelor vasculare).

**Șomajul contribuie la riscul suicidar, dar nu „cauzează” sinuciderea prin el însuși.**

– Statutul ocupațional este doar unul dintre factorii care interacționează cu indivizii, comunitățile și societățile, afectând riscul suicidar.

– Deși șomajul este asociat cu creșterea ratelor de suicid, mulți indivizi pot avea rate de ocupație mai scăzute din cauza sănătății mentale precare și consumului de droguri, care sunt, de asemenea, asociate cu rate crescute de sinucidere.

**Șomajul determină dificultăți financiare și poate duce la depresii sau alte probleme pe care indivizii le percep ca o pierdere a controlului personal.**

– Condițiile economice, ca atare, nu sunt suficiente pentru a cauza un act suicidar; în mod real, nu cunoaștem nici un factor singular, adică suficient prin el însuși, care să „determine” un act suicidar. Factori stresanți precum pierderea unei slujbe, unei locuințe sau pensionarea pot produce sentimente de rușine, umilință și disperare, iar în acest context pot precipita tentativele de suicid ale acelor persoane care sunt deja vulnerabile sau nu au suficiente resurse pentru a obține sprijin. În majoritate, dar nu în toate cazurile, problemele vizând sănătatea mentală se numără printre factorii care cresc această vulnerabilitate.

– Șomajul (și constrângerile financiare adiacente) sunt asociate cu starea de depresie, cu problemele implicate de abuzul de droguri și cu perturbările căminului, factori care sunt legați, dar în mod independent, de riscul suicidar.

**Putem să ne așteptăm ca o criză acută în domeniul economic să determine un risc suicidar în rândul adulților cu statut ocupațional și în cadrul adulților vârstnici a căror securitate la pensionare este amenințată.**

– Creșterea peste măsură a șomajului, de obicei în contextul unor condiții economice instabile sau în declin, este legată puternic cu creșterea ratelor de suicid; schimbările de amploare în ciclul economic determină cele mai ample creșteri ale sinuciderilor. Această legătură între șomaj și suicid este puternică, mai ales pentru bărbații angajați ocupațional, dar este vizibilă și în cadrul altor grupuri, inclusiv pentru femei.

Aceste constatări se explică prin deteriorarea, cu precădere, a sănătății mentale a indivizilor, care este acea dimensiune a sănătății cea mai afectată de crizele economice. Astfel, în perioadele de criză, șomajul, dificultățile financiare, starea de sărăcie, deprivarea socială, erodarea sentimentului de apartenență la colectivitate și, adeseori, legat de acestea, consumul de alcool reprezintă importanți factori de risc în creșterea ratelor de sinucidere, mai ales în rândul bărbaților. „Șomajul este, de asemenea, o sursă considerabilă de stres social, care conduce la creșterea tensiunilor familiale, creșterea izolării față de ceilalți și pierderea încrederii și stimei față de propria persoană” (Preti, 2003, p. 557). Dimpotrivă, securitatea slujbei, sentimentul de control al muncii, sprijinul social la locul de muncă, buna calitate a relațiilor sociale, conștiința apartenenței la comunitate și angajarea civică se numără printre cei mai importanți factori care promovează sănătatea mentală a indivizilor și a populației, în ansamblul ei (World Health Organization (1), 2011, p. 3). Organizația Mondială a Sănătății definește sănătatea mentală ca fiind „o condiție de bunăstare prin intermediul căreia individul își poate exercita capacitățile, se poate confrunta cu stresurile normale ale vieții, poate munci în mod productiv și benefic, și este capabil să aducă o contribuție la viața comunității” (European Communities (2), 2008, p. 5).

Poate exista însă și o relație inversă, în sensul că starea de șomer este determinată, adeseori, de o stare de sănătate mentală deficitară. Astfel persoanele caracterizate de anumite tulburări psihice se pot confrunta atât cu riscul de a deveni șomeri, cât și cu riscul de a se sinucide (Lönnqvist, 2000, p. 107–120).

Este de menționat faptul că É. Durkheim a negat rolul tulburărilor psihice în creșterea ratelor de suicid: „Nu se găsește un raport între variațiile sinuciderii și nebuniei nici dacă diferite societăți sunt comparate din acest punct de vedere (...)”. „Rata socială a sinuciderilor nu are deci nicio legătură cu tendința spre nebunie, ori spre alte forme de neurastenie”(…). „Nu există, așadar, nicio stare psihopatică aflată într-o relație regulată și incontestabilă cu sinuciderea” (Durkheim, 1993, p. 38, 41, 47). Acest fapt se explică prin întreaga sa concepție cu privire la regulile metodei sociologice, sintetizată de ideea conform căreia: „Cauza determinantă a

unui fapt social trebuie să fie căutată printre faptele sociale antecedente, iar nu printre stările conștiinței individuale” (Durkheim, 1974, p. 151). Dar trebuie precizat că Durkheim nu a efectuat cercetări empirice asupra acestui subiect, iar analiza sa de amploare asupra statisticilor cu privire la distribuția sinuciderilor în diferite țări din Europa, inclusiv în funcție de „numărul de nebuni la 100 000 de locuitori”, cuprinde constatarea în concordanță cu care nu există niciun raport între variațiile celor două fenomene: boala psihică și sinuciderea.

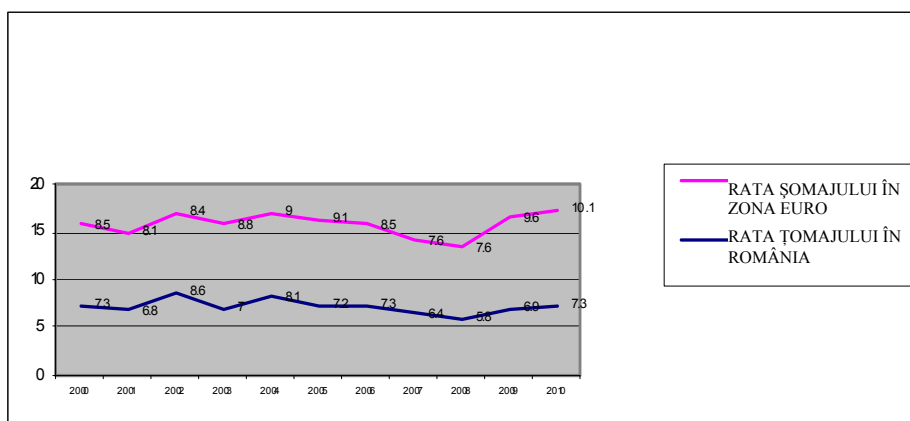
## 6. EVOLUȚIA RATELOR DE ȘOMAJ ȘI A RATELOR DE SINUCIDERE ÎN ROMÂNIA

Ca măsură a prevalenței șomajului dintr-o anumită țară, rata șomajului poate fi un indicator reprezentativ al intensității cu care se manifestă criza economică în țara respectivă.

O evaluare comparativă a evoluției șomajului în România și în întreaga zonă Euro, în perioada 2000–2010, permite, de exemplu, evidențierea următoarelor constatări (vezi *Graficul nr. 3*):

*Graficul nr. 3*

Evoluția ratelor de șomaj, în România și în zona Euro, în perioada 2000–2010



Sursa: Eurostat, februarie 2012

– cu excepția anului 2002, atunci când rata șomajului înregistrat în România a depășit ușor pe cea înregistrată în întreaga zonă Euro (8,4 față de 8,6), cele mai semnificative abateri (peste 2,5) ale evoluției acestor rate în țările europene față de România s-au produs în 2009 și 2010, atunci când criza a atins o intensitate maximă în țările din zona Euro;

– în România, în mod paradoxal, rata șomajului înregistrată în anul 2008, atunci când criza economică s-a extins pe plan european și mondial, a atins cel mai scăzut nivel (5,8) din întreaga perioadă analizată (2000–2010), fapt care poate fi

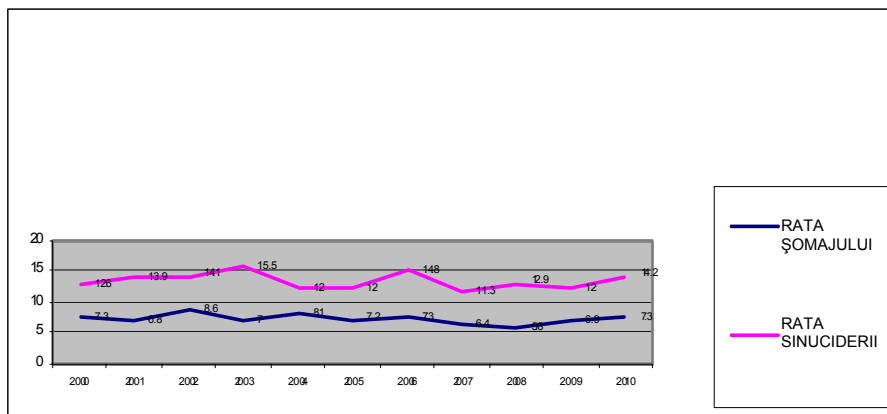
explicat, între altele, și prin relativa „întârziere” cu care au fost resimțite efectele crizei în țara noastră;

– chiar dacă vizăm anii de manifestare deplină a crizei (2009 și 2010), nivelul ratei șomajului din România s-a situat fie la nivelurile înregistrate în anii anteriori, fie sub acest nivel.

În ceea ce privește relația dintre șomaj și sinucidere (vezi *Graficul nr. 4*), perioada prea scurtă de timp pe care am luat-o în considerare și pentru care există informații disponibile face dificilă evidențierea unei corelații pozitive certe între cele două fenomene, cu atât mai mult cu cât o asemenea corelație este mediată de influența a numeroase alte variabile, a căror evidență este greu de obținut din statisticile existente în România.

*Graficul nr. 4*

Evoluții paralele ale ratelor de șomaj și de sinucidere, în România, în perioada 2000–2010



Sursa: Eurostat, 2012, Institutul Național de Statistică, World Health Organization

Cele mai mari rate de sinucidere au fost înregistrate în perioada 2000–2003 și, ulterior, în 2006 și 2010, în timp ce rate de șomaj mai mari au fost înregistrate în 2002 și 2004. Nu se poate vorbi însă de un paralelism integral al evoluției acestor rate, scăderi sau creșteri coincidente înregistrându-se doar în perioada 2000–2001 (scădere), 2001–2002 (creștere), 2005–2006 (creștere), 2006–2007 (scădere) și 2009–2010 (creștere).

În general – așa cum observau cu îndreptățire A. Ceccherini-Nelli și S. Priebe (2011) –, șomajul (și statusul ocupațional – adăugăm noi) influențează doar pe termen lung sinuciderile. Din acest punct de vedere, efectuarea unui viitor studiu longitudinal de amploare ar putea scoate în evidență existența unei asocieri pozitive sau negative între cele două fenomene, pe care cercetările actuale din România – întreprinse cu resurse limitate – nu sunt încă în stare să le infereze.

## 7. STAREA DE SĂNĂTATE, INCLUSIV SĂNĂTATEA PSIHICĂ A POPULAȚIEI DIN ROMÂNIA, ȘI IMPACTUL EI ASUPRA SINUCIDERILOR

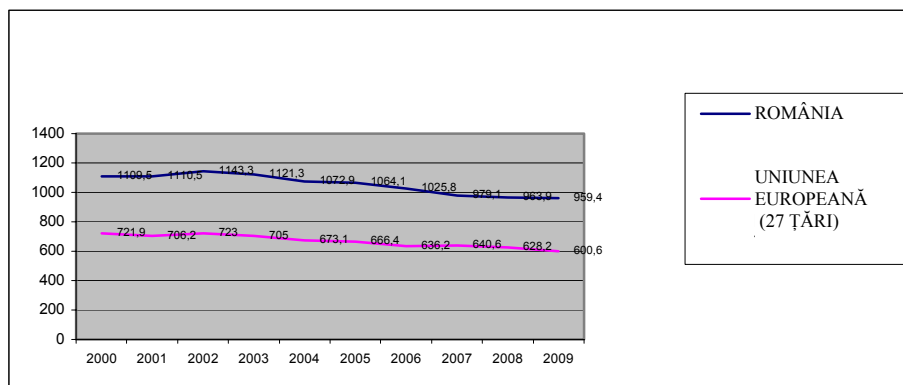
Așa cum au arătat diverse studii și cercetări, un rol important asupra tendinței spre sinucidere poate fi exercitat de starea de sănătate a indivizilor, cu precădere de sănătatea psihică. Mai ales în perioadele de criză și instabilitate economică, indivizii se confruntă cu numeroase probleme de sănătate, inclusiv cu tulburări și boli psihice.

### 7.1. RATA STANDARDIZATĂ DE MORTALITATE – INDICATOR REPREZENTATIV AL STĂRII DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

Criza economică mondială s-a extins rapid în toate țările Uniunii Europene, inclusiv în România, determinând declinul activității economice, creșterea șomajului și a sărăciei și având efecte asupra sănătății populației, cu precădere asupra sănătății psihice (WHO, *Impact of economic crises on mental health*, World Health Organization 2011 (1), p. 1). Dacă luăm în considerare nivelul mortalității ca indicator semnificativ al stării generale de sănătate, cel puțin în România, acesta nu pare că a fost afectat, în mod drastic, de către criză (vezi *Graficul nr. 5*).

*Graficul nr. 5*

Evoluția ratelor de șomaj, în România și în zona Euro, în perioada 2000–2010



Sursa: Eurostat, februarie 2012

Astfel, după o ușoară tendință de creștere din 2000 până în 2003, atunci când a atins nivelul ei maxim, rata standardizată de mortalitate (la 100 000 locuitori)\* a înregistrat o scădere constantă, în România.

\* Această măsură a stării de sănătate, specifică unei anumite țări, este un indicator mult mai adecvat decât rata generală de mortalitate, deoarece permite eliminarea influenței pe care o exercită structura diferită pe grupuri de vârstă a populației asupra mortalității. În același timp, ea permite posibilitatea de comparație a două sau mai multe populații diferite din punct de vedere structural.

Creșteri relativ mai mici au fost atinse în perioada 2007–2009, atunci când efectele crizei economice au început să fie resimțite și în țara noastră. În general, cu câteva excepții, evoluția ratei standardizate de mortalitate din România a urmat tendințele înregistrate în medie, în Uniunea Europeană, inclusiv în ceea ce privește faptul că aceste tendințe nu par să reflecte efectele crizei economice.

Exceptând această similitudine, totuși rata menționată înregistrată, în diverși ani, în România, a depășit cu peste 60% pe cea înregistrată, în medie, în Uniunea Europeană, în anul 2009, această diferență (959,4 față de numai 600,6 cazuri la suta de mii de locuitori) fiind de circa 63%. Trebuie precizat, în acest sens, că, dacă luăm ca an de referință 2008, doar Letonia, Lituania și fosta Iugoslavie au avut rate standardizate de mortalitate mai mari decât cele înregistrate în România (vezi *Graficul nr. 6*). Cu alte cuvinte, comparativ cu alte țări din Uniunea Europeană, România s-a situat, în anul 2008, pe locul patru în ceea ce privește rata standardizată de mortalitate.

## 7.2. INCIDENȚA ȘI PREVALENȚA BOLILOR PSIHICE ÎN ROMÂNIA

În ceea ce privește incidența și prevalența bolilor psihice în România, se estimează (European Commission, 2008) că aproximativ 1% din populație suferă de tulburări sau boli psihice, iar anual, apar circa 1 018 noi cazuri la 100 000 de locuitori. Comparativ cu incidența tulburărilor mentale (între 600 și circa 800 la 100 000 de locuitori), înregistrată, de exemplu, în țările care au aderat la Uniunea Europeană începând din mai 2004, în România această incidență a fost mult mai mare, situându-se între 900 și aproximativ 1 000 la suta de mii de locuitori (vezi *Graficul nr. 7*).

O extrapolare a incidenței bolilor psihice în lume, inclusiv în Europa și România, făcută de experții americani (conform cu RightDiagnosis.com) a arătat, de pildă, că în țara noastră, au fost afectate de boli sau tulburări psihice circa 5 milioane de persoane, adică circa 22% din populația înregistrată în iulie 2004\*\*.

La fel ca și în alte țări europene, în țara noastră, depresia este cea mai frecventă și cea mai prevalentă formă de manifestare a bolilor psihice. Anual, circa 23 000 de cazuri de depresie sunt diagnosticate în România, estimările evidențiind faptul că aproximativ 10% dintre români sunt afectați de această tulburare psihică (ROMedic, 2008).

Exceptând toate aceste informații, nu există informații complete asupra situației sănătății mentale caracteristice populației din România, puținele anchete epidemiologice cu caracter comparativ, efectuate de experții europeni, evidențiind

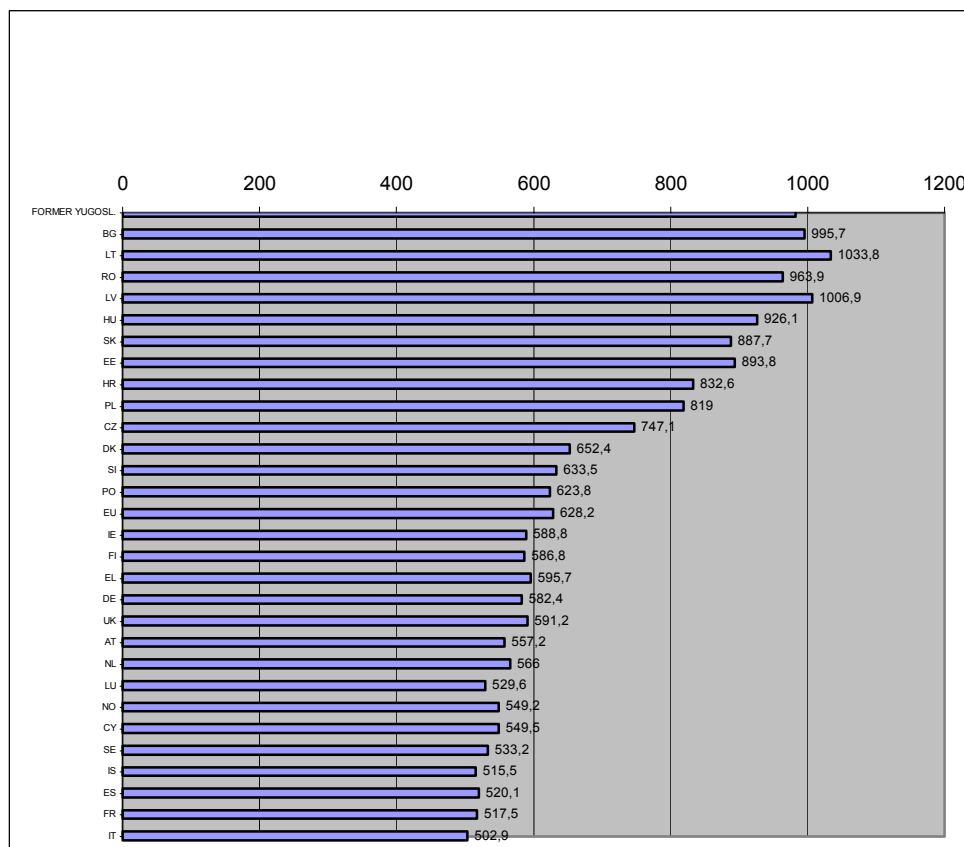
---

\*\* Autorii fac precizarea că extrapolările se bazează pe statisticile prevalenței bolilor psihice din Statele Unite, Anglia, Canada și Australia, iar calcularea lor este automată și nu ține seama de diferențele existente între țări în ceea ce privește elementele genetice, culturale, sociale, rasiale sau cele care vizează mediul.

doar parțial amploarea acestei probleme. Aceeași dificultate se ridică în legătură cu estimarea bolilor și tulburărilor mentale existente în alte țări\*.

Graficul nr. 6

Rata standardizată de mortalitate în țările UE, în anul 2008



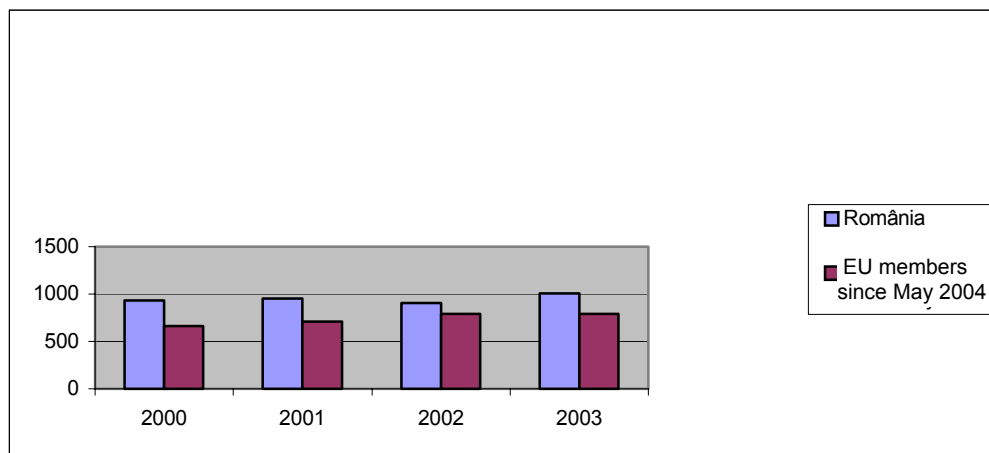
Sursa: European Community Health Indicators, 2010

\* Informații cu privire la acest aspect pot fi obținute și prin intermediul anchetelor comparative, întreprinse cu ocazia elaborării unor *eurobarometre* speciale, sub egida Comisiei Europene, în cadrul cărora subiecții selectați, aparținând celor 27 țări membre ale Uniunii Europene, sunt chestionați cu privire la autoperceperea gradului lor de sănătate mentală, ei declarând, între altele, dacă și de câte ori au căutat ajutor și tratament specializat, dacă au luat medicamente antidepresive etc. (vezi, de pildă, Special Barometer 345, October, 2010).



Graficul nr. 7

Mental disorders incidence per 100 000



Sursa: Conform cu Ministerul Sănătății, Date\_comparative.doc <http://vechi.ms.ro/pagina.php?id=110>

Pentru acest motiv, specialiștii sunt de acord cu ideea că suicidul poate fi folosit, adeseori, ca un veritabil „indicator-surogat” al nivelului sănătății mentale (WHO Regional Office for Europe, European Commission, 1999, p. 16).

### ÎN LOC DE CONCLUZII

În general, schimbările sociale bruște sau perioadele de criză vulnerabilizează cel mai mult indivizii, pentru a-i face să comită sinucideri într-o proporție mai mare decât în alte perioade de timp.

Criza economică, care s-a răspândit rapid în întreaga lume, inclusiv în Europa, în ultimii 4 ani, a avut numeroase consecințe negative asupra vieții indivizilor și comunităților, generând, între altele, o creștere puternică a ratelor de suicid, în special asupra bărbaților incluși în rândul populației active. Amplificarea șomajului, declinul economiei și al afacerilor, frânarea investițiilor, falimentul mai multor întreprinderi mici și mijlocii, deteriorarea standardelor de viață, reducerea drastică a veniturilor și alte asemenea efecte distructive au determinat, între altele, un nivel ridicat al bolilor și tulburărilor psihice, constând în creșterea numărului de depresii, a tentativelor de suicid și sinuciderilor ca atare. Asemenea efecte s-au manifestat inclusiv în România, unde nu există încă suficiente informații sau evaluări care să evidențieze cu certitudine o legătură directă între criza economică și creșterea numărului de sinucideri. Dacă în majoritatea țărilor europene au fost întreprinse mai multe cercetări cu privire la acest subiect, în România asemenea preocupări sunt încă timide, nereușind, până în prezent, decât să producă prezumții intuitive, dar nu constatări științifice ferme.

**BIBLIOGRAFIE**

1. ANDERSON, PETER (2011), *Economic crisis and mental health and wellbeing*. A background prepared for the WHO Regional Office for Europe publication, *Impact of economic crises on mental health*, World Health Organization.
2. BLAKELY, T.A., COLLINGS, S.C.D., ATKINSON, J. (2003), *Unemployment and suicide. Evidence for a causal association?*, în *The Journal of Epidemiology & Community Health*, 57, p. 594–600.
3. CAAN, W. (2009), *Unemployment and suicide: is alcohol the missing link?*, în *The Lancet*, vol. 374, issue 9697, October 10, p. 1241–1242.
4. CAREY, BENEDICE (2011), *Study ties suicide rate in work force to economy*, în *The New York Times*, April 14.
5. CECCHERINI-NELLI, A, PRIEBE, S. (2011), *Economic factors and suicide rates: associations over time in four countries*, în *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46 (10), oct. 2011, p. 975–82.
6. DURKHEIM, ÉMILE (1974), *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Librairie Félix Alcan, 1894 (Durkheim Émile, *Regulile metodei sociologice*, traducere în limba română, ediția a doua, Editura Științifică). Citatele sunt date în conformitate cu ediția românească.
7. DURKHEIM, ÉMILE (1993) *Le Suicide. Étude de sociologie*, Paris, Alcan, 1897 (tradusă în limba română subtitlul *Despre sinucidere*, Iași, Institutul European; citatele sunt preluate din ediția românească).
8. EUROPEAN, COMMUNITIES (2) (2008), *Mental Health in the EU. Key facts, Figures, and activities*. A background paper provided by the support-project, Contribution to the EU high-level conference “Together for Mental Health and Well-being”, Brussels, 13 June.
9. GINSBERG, R.B. (1997), *Anomie and aspirations. Dissertation Abstracts 27A:3945–3946* (citat by Lester David and Bijou Yang).
10. KENTIKELLENIS, A., STUCKER, D. și colab. (2011), *Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy*, în *The Lancet*, Volume 378, Issue 9801, p. 1457–1458, 22 October.
11. KPOSOWA, A.J. (2001), *Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National longitudinal Mortality Study*, în *Psychological Medicine*, vol. 31, p. 127–138.
12. KPOSOWA, A.J. (2003), *Research on unemployment and suicide*, *The Journal of Epidemiology & Community Health*, 57, p. 559–560.
13. LESTER, DAVID, BIJOU, YANG (2003), *Unemployment and suicidal behaviour*, în *The Journal of Epidemiology & Community Health*, 57, p. 558–559.
14. LÖNNQVIST, J.K. (2003), *Psychiatric aspects of suicidal behavior: depression*, în Hawton K., Heeringen K.E., *The International handbook of suicide and attempted suicide*, New York: Wiley, 2000, p. 107–120 (citat de Kposowa A.J., p. 560).
15. MEDIAFAX, 8 iulie (2011), conform cu: <http://www.mediafax.ro/externe/criza-economica-determina-mai-multe-sinucidere-dar-mai-putine-accidente-auto-in-europa-8463984>.
16. OECD (2010), *Health at a Glance: Europe 2000*, OECD Publishing.
17. PLATT, S.D. (1984), *Unemployment and suicidal behavior*, în *Social Science & Medicine*, vol. 19, p. 93–115.
18. PRETI, A. (2003), *Unemployment and suicide*, în *The Journal of Epidemiology & Community Health*, 57, p. 557–558.
19. RĂDULESCU, SORIN M. (2002), *Sociologia sănătății și a bolii*, București, Editura Nemira.
20. RĂDULESCU, SORIN M. (2010), *Sociologia devianței și a problemelor sociale*, București, Editura Lumina Lex.
21. SHORT, A.F., SHORT, J.F. (1997), *Suicide and Homicide*, New York: Free Press, 1954 (citat by Lester David and Bijou Yang).

22. SMITH, ELENA (2011), *Greek woes drive up suicide rate. Experts attribute rise to the country's economic crisis following release of statistics that show a 40% jump since last year*, în *The Guardian*, 18 December.
23. STANCU, DAN (2011), *Criza economică i-a îmbolnăvit pe greci*, în *Evz.ro*, 11 octombrie 2011 (conform cu <http://www.evz.ro/detalii/stiri/criza-economica-i-a-imbolnavit-pe-greci-949156.html>).
24. STERNHEIMER, KAREN (2011), *Social Problems and Anomic Suicide*, în *Everyday Sociology Blog*, W.W. Norton Company, Inc., may 23, 2011 (conform cu <http://www.everydaysociologyblog.com/2011/05/social-problems-and-anomic-suicide.html>).
25. STUCKLER, DAVID (2011), and collab., *Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data*, în *The Lancet*, Volume 378, Issue 9786, July 9.
26. STUCKLER, DAVIDE (2009), *The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis*, în *The Lancet*, Volume 374, Issue 9686.
27. THOMAS, ZOE (2012), *Drugs, Alcohol and a Financial Crisis: Ireland's Fight to Lower Suicide Rates*, în *Die News*, conform cu <http://dinews.posterous.com/drugs-alcohol-and-a-financial-crisis-irelands>.
28. SUICIDE PREVENTION RESOURCE CENTER (2008), *Relation between the economy, unemployment and Suicide*, November 12.
29. ZIARE.COM (2011), *Aproape 900 000 de copii din România au probleme de sănătate mintală*, 15 aprilie.
30. WORLD MENTAL HEALTH DAY (2006), „*Building Awareness – Reducing Risks: Suicide and Mental Illness*”.
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1) (2011), *Impact of economic crises on mental health*, Geneva.
32. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2) (2011), *Global Status Report on Alcohol and Health*.
33. YANG, B. (1992), *The Economy and Suicide: A Time-Series Study of the U.S.A.*, în *American Journal of Economics and Sociology*, 51(1), p. 87–99.
34. YUR'YEV, ANDRIY, VÄRNIK, AIR, VÄRNIK, PEETER, SISASK, MERIKE, LEPPIK, LAURI (2010), *Employment status influences suicide mortality in Europe*, în *International Journal of Social Psychiatry*, XX(X), p. 1–7.