

Suicide chez les jeunes Guarani/Kaiowa du Mato Grosso du Sud

Suicidio entre los jovenes Guaraníes/Kaiowa del Mato Grosso do Sul

GRUBITS, Sonia

Professeur de psychologie sociale
Université Católica Dom Bosco
Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brésil
sgrubits@uol.com.br

Résumé

D'après les dernières données de la Fondation Nationale de la Santé- FUNASA (2008), 40 245 Guarani/Kaiowa vivent dans l'Etat du Mato Grosso du Sud au Brésil. Toujours d'après la FUNASA, de 2000 à 2008, 410 suicides sont survenus au sein de cette nation. Au cours du premier semestre 2011, 15 cas ont été notifiés. La majorité des suicidés sont des hommes qui se sont pendus ; 65 % d'entre eux avaient entre 15 et 29 ans. Dans ce travail, nous présentons des conclusions sur des recherches récentes, relatives aux causes du problème. Nous y soulignons le concept de sorcellerie et ses implications à travers les concepts d'instinct de vie et de mort, l'inconscient collectif et la suggestion ainsi que le processus de confinement compulsif auquel le groupe est soumis par la surpopulation dans les villages. Nous abordons également le thème de l'imposition de croyances, de valeurs, par des leaders étrangers à la culture des indigènes, cités comme des facteurs de cause. Nous suggérons, au-delà de la révision urgente de la politique gouvernementale par rapport aux terres indigènes, la préservation de l'identité ethnique comme forme d'affirmation et la réorganisation du groupe Guarani/kaiowa.

Mots clés : indiens, jeunes, suicides, culture

Resumen

Según los últimos datos de la Fundación Nacional de la Salud - FUNASA (2008), 40 245 Guaraníes/Kaiowa viven en el Estado de Mato Grosso do Sul, en Brasil. También, según la FUNASA, entre los años 2000 y 2008, 410 suicidios ocurrieron en esta nación. Durante el primer semestre 2011, 15 casos han sido notificados. La mayoría de los suicidas son hombres que se ahorcaron ; el 65% de ellos tenía entre 15 y 29 años. En este trabajo, presentamos unas conclusiones a partir de unas investigaciones recientes relativas a las causas del problema. Ponemos de relieve el concepto de brujería y sus implicaciones a través de los conceptos de instinto de vida y de muerte, el inconsciente colectivo y la sugestión así como el proceso de confinamiento compulsivo al cual el grupo es sometido, con motivo de la superpoblación en los pueblos. También estudiamos la imposición de creencias y de valores por unos líderes ajenos a su cultura, como factores de causa. Sugerimos, más allá de la revisión urgente de la política gubernamental con relación a las tierras indígenas, la preservación de la identidad étnica como forma de afirmación y la reorganización del grupo Guarani/Kaiowa.

Palabras clave: indios, jóvenes, suicidios, cultura

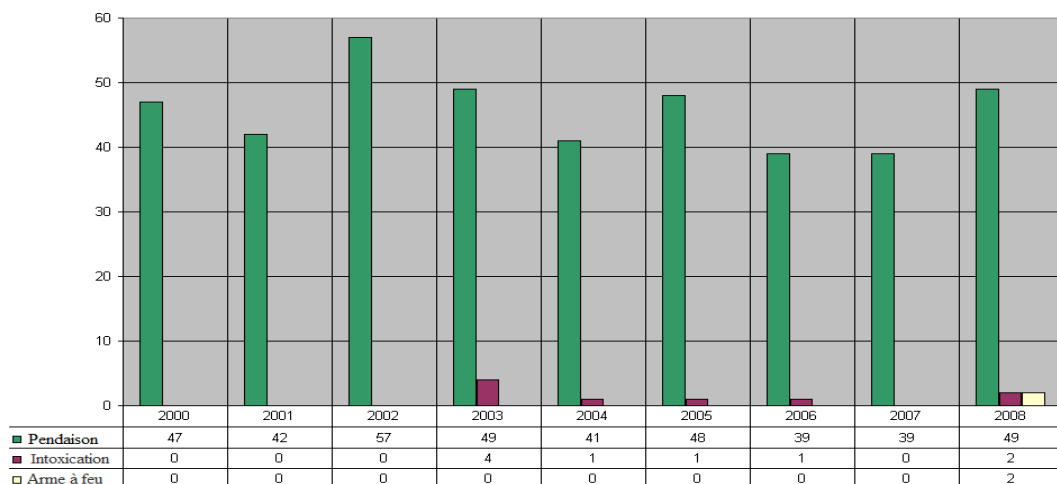
Introduction

D'après les dernières données de la Fondation Nationale de la Santé- FUNASA (2008), 40 245 Guarani/Kaiowa vivent dans l'Etat du Mato Grosso du Sud, au Brésil. Toujours d'après la FUNASA, 410 cas de suicides ont été notifiés de 2000 à 2008. Au cours du premier semestre 2011, 15 cas ont été recensés. Des publications liées aux questions indigènes, à leur histoire et au contact direct dans les villages du Mato Grosso et Mato Grosso du Sud, où nous avons eu l'opportunité d'observer et de suivre l'évolution de divers problèmes rencontrés par ces groupes dans leurs contacts avec la société nationale, nous amènent à réfléchir sur les raisons qui conduisent les membres des communautés indigènes, directement ou indirectement à l'autodestruction.

L'Etat du Mato Grosso du Sud, où nous avons mené nos travaux, est le deuxième état en nombre de populations indigènes, ceci ayant été divulgué par la FUNASA(2008). Sur un total de 63 963 indiens, près de 40 245 sont Guarani (il existe actuellement une tendance à les diviser entre Guarani, Kaiowa et Guarani/Kaiowa).

La méthode la plus fréquemment utilisée est la pendaison (Tableau 1). Les données analysées signalent le fait que ces suicides continuent à se produire, par vagues, sur une période de 8 ans, répétant ainsi les observations antérieures de Brand (1997).

Tableau 1

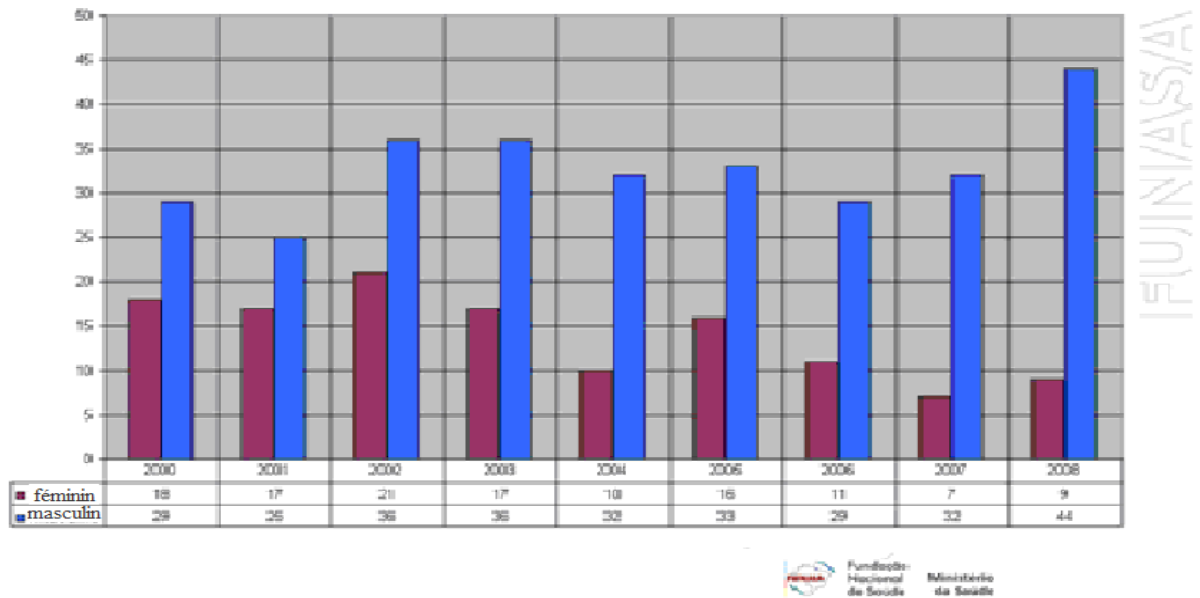


Morts pour cause de suicide dans le DSEI-MS (District Sanitaire Indigène - Mato Grosso do Sul) 2000-2008¹

Le sexe masculin représente la majorité des suicidés malgré un pourcentage proche de celui des femmes (tableau 2). Les suicides se produisent plus fréquemment en dessous de 29 ans, sachant que pendant cette période, ont également été relevées une mort à l'âge de 5 ans et une à l'âge de 9 ans (tableau 3).

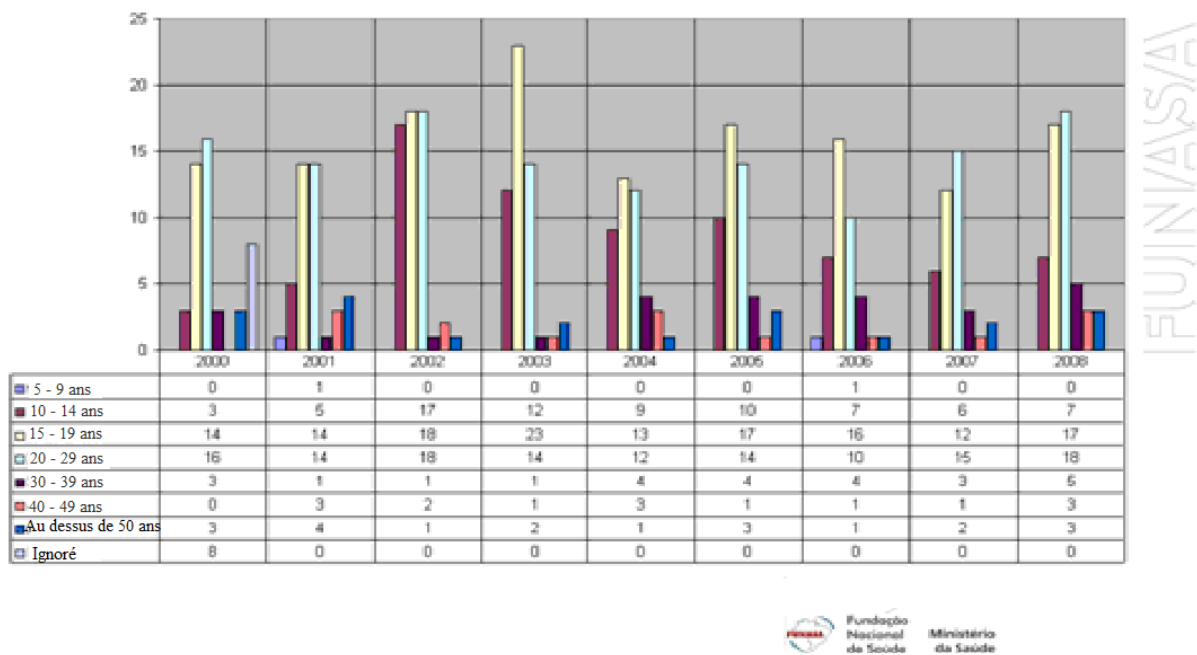
¹ FUNASA, 2009.

Tableau 2



Morts pour cause de suicide dans le DSEI-MS (District Sanitaire Indigène - Mato Grosso do Sul) 2000 - 2008²

Tableau 3



Morts pour cause de suicide dans le DSEI-MS (District Sanitaire Indigène - Mato Grosso do Sul) 2000-2008³

² Id.

³ FUNASA, 2009.

Le groupe affronte des problèmes qui sont la conséquence de disputes liées à la propriété des terres et des questions en lien avec la démarcation des territoires indigènes par le gouvernement. La justice a du mal à définir la propriété de ces terres qui appartiennent, depuis parfois plus de deux générations, à des familles qui en possèdent les titres légaux. Mais ces terres sont également revendiquées par des Indiens qui possèdent des preuves de vestiges trouvés lors de fouilles réalisées sur celles-ci. D'autre part certains écologistes ont également manifesté leur inquiétude et leur mécontentement en ce qui concerne la dégradation de rivières, le déboisement ainsi que le confinement de groupes indigènes. En effet, ceux-ci ont pris l'habitude de se délocaliser en fonction de la diminution de leurs ressources en chasse, pêche, et cueillette, essentiellement.

D'une manière générale, nous pouvons résumer ainsi les facteurs importants qui contribuent à la problématique indigène. La proximité de la société capitaliste et la délimitation territoriale des réserves ont impliqué l'abandon de la vie nomade ou ont empêché la délocalisation des groupes, entraînant, par conséquent, la pollution de l'environnement où ils se trouvent, provoquant ainsi des maladies qui peuvent les conduire à la mort. Une autre question importante est celle de l'imposition de nouvelles religions, qui leur fait perdre leurs références en désorganisant leur structure sociale et culturelle au point même de les conduire à des conflits - dans les deux sociétés - et de les pousser à s'adonner à des vices tels que l'alcoolisme et la prostitution. D'autre part, l'imposition d'une autre culture, étrangère à la leur, que ce soit dans la manière de s'habiller et de se comporter, ou bien même à travers une nouvelle conception du travail (même si l'objectif poursuivi est leur éducation), leur fait courir le risque d'une dégradation (Ribeiro, 1996).

Concepts et recherches sur les suicides

La majorité des définitions proposées pour le suicide présentent des limitations, principalement si l'on prend en compte les aspects dits inconscients. Les études sur le suicide mettent fréquemment en avant la conscience et l'intention de l'acte : l'individu étant supposé lucide lorsque son action le conduit à la mort (Cassorla, 1981). D'un autre côté, Durkheim (1977) attire notre attention sur le fait que nous ne devons pas classer et traiter de la même façon le suicide d'une personne ayant des problèmes mentaux et le suicide d'une autre qui n'en a pas.

Cherchant à éviter des erreurs dans des études multicentriques sur l'épidémiologie des tentatives de suicides, l'Organisation Mondiale de la Santé présente une définition sur les tentatives de suicide, basée sur la Dixième Classification Internationale des Maladies.

« Actes aux résultats non fatals dans lesquels un individu initie intentionnellement un comportement non habituel, sans intervention externe, causant une auto-lésion ou ingérant intentionnellement un excès de médicaments (par rapport à un dosage prescrit ou considéré comme normal), ayant pour finalité de provoquer des changements aux conséquences physiques » (WHO, 1992 : 2).

Nous trouvons, dans certains textes, le suicide et la tentative de suicide sous la même appellation de « comportements suicidaires ». L'Organisation Mondiale de la Santé définit le comportement suicidaire comme " tout acte par lequel un individu s'occurrence une lésion quel que soit le degré d'intention létale et le degré de connaissance de la véritable motivation de cet acte" (WHO 1992 : 2).

Un des principaux problèmes de la caractérisation et de l'identification des comportements suicidaires est la difficulté de critères pour ce qui est du diagnostic. La connaissance de la

véritable gravité de ce phénomène est extrêmement lacunaire. Les institutions de santé qui reçoivent des personnes qui ont tenté de se suicider, gardent rarement des traces de ces cas en tant que tels. Botega (2007) considère le suicide comme un sérieux problème de santé publique, sachant qu'en termes globaux, ce type de mortalité a augmenté de 60% ces 35 dernières années au Brésil. Pendant cette période, les plus grands coefficients de suicides ont évolué d'une tranche plus âgée de la population vers une tranche plus jeune. D'après l'auteur, dans la majorité des pays, le suicide se situe parmi les premières causes de mort et parmi les 2 ou 3 causes les plus fréquentes chez les adolescents et jeunes adultes.

L'auteur cite encore des registres de l'Organisation Mondiale de la Santé qui donne le chiffre de 900 000 personnes qui se sont suicidées en 2003. On y lit également que le taux de suicide moyen, au Brésil, est relativement bas sur une échelle mondiale, soit de 4,5 pour 100 000 habitants sur une année. Botega (2007) souligne néanmoins que certains groupes de populations, comme par exemple celui des jeunes dans les grandes villes ou celui des indigènes du Centre-Ouest et du Nord ainsi que celui des travailleurs de l'intérieur du Rio Grande du Sud, présentent des chiffres qui se rapprochent ou dépassent même ceux des pays de l'Est européen et de la Scandinavie. Les coefficients de suicide au Brésil ont augmenté, en particulier chez les jeunes et les jeunes adultes de sexe masculin.

Nous avons sélectionné certaines recherches brésiliennes et latino-américaines afin d'illustrer les avancées ainsi que les importantes conclusions sur ce thème. Il convient de signaler une différence dans les résultats, selon les caractéristiques culturelles et sociales du pays ou de la région où les travaux ont été développés.

Des recherches plus récentes au Chili indiquent six statistiques significatives en rapport avec la tendance au suicide. Suivant un ordre d'importance, l'estime de soi arrive en premier, puis le genre, l'impulsivité, la cohésion familiale, la perception de l'appui social et l'âge. Les femmes présentent une plus grande tendance aux idées et aux tentatives de suicide. Un développement adapté des adolescents sans risque de suicide est influencé, en grande partie, par leur propre image, par leur degré d'impulsivité, leurs mécanismes d'autocontrôle et par l'intégration qu'ils font de la demande impulsive, ainsi que par le type et la qualité de la relation qu'ils ont avec leur famille et avec ceux qui font partie de leur cercle social (Salvo ; Melipillan, 2008).

Viana, Zenkner, Sakae et Escobar (2008) en analysant pendant cinq ans les 17 villes qui font partie de la région d'Amurel, dans l'Etat de Santa Catarina, dans le sud du Brésil, ont obtenu le coefficient de 7,9 décès par suicide, pour 100 000 habitants. Ce nombre est dans la moyenne de cette région. Néanmoins, les coefficients varient beaucoup entre les villes, atteignant des valeurs aussi élevées que dans les pays où l'incidence dans le monde est la plus forte (comme la France : 19 suicides pour 100 000 habitants) ou bien des valeurs inférieures aux estimations brésiliennes. Les auteurs indiquent que les régions en question ont été formées par des immigrants européens qui ont hérité de la culture de leur pays d'origine, ce qui justifie le fait que la mortalité en soit comparable.

Selon les calculs de la moyenne de toute la population d'Amurel, le nombre de suicides a été au-dessus de la moyenne brésilienne : de 4 à 6 morts par suicide pour 100 000 habitants, alors que de 2001 à 2003, ces valeurs étaient proches des estimations brésiliennes. Toutefois, les deux années suivantes, 2004 et 2005, ont également présenté un taux très élevé (valeurs au-dessus de l'estimative nationale), mais en accord avec le taux de Santa Catarina, le deuxième le plus élevé au Brésil, avec 7 à 8,5 suicides pour 100 000 habitants.

De plus, on note d'une manière globale une prédominance de suicides de genre masculin, de hauts indices chez les patients de plus de 45 ans, ainsi qu'un nombre significatif de patients

qui ne vivaient pas au sein d'une union stable (des célibataires, des hommes séparés, divorcés ou veufs), ceci suivant la tendance mondiale. Une prévalence de la méthode de la pendaison, des armes à feu et par intoxication hexogène (insecticides, surdosage de médicaments, entre autres), est en accord avec les données nationales.

Il convient de noter que les études réalisées par Borges et Werlang (2006) auprès des jeunes à Porto Alegre ont conclu que le développement des idées de suicide est plus fréquent chez les femmes, et souvent lié au fait d'avoir eu un proche qui a tenté de se suicider.

Des données similaires ont été trouvées par Parenté (2007) dans le nord-est du Brésil, à Teresina. On note une prédominance du sexe masculin : 71,3 % (de 6 à 11 suicides pour 100 000 habitants) sur le sexe féminin : 28,7% (de 1,8 à 4 suicides pour 100 000 habitants). La différence se creuse d'année en année, ce qui coïncide avec les données nationales.

L'auteure informe également que la plus petite occurrence de suicides parmi les femmes a été attribuée à une consommation d'alcool plus faible que celle des hommes ; à la pratique religieuse; à des attitudes plus souples par rapport aux aptitudes sociales et aux différents rôles occupés durant leur vie. Elle remarque que les femmes identifient, de manière plus précoce, les signes caractéristiques de la dépression, du suicide et des maladies mentales, en cherchant de l'aide dans les moments de crise.

D'un autre côté, l'auteure cite la compétitivité, l'impulsion et le plus grand accès aux technologies létales et aux armes à feu. Par ailleurs, une plus grande sensibilité en raison de l'instabilité économique, le chômage et l'appauvrissement apparaissent comme des facteurs qui prédisposent les hommes au suicide.

Lorsqu'elle analyse la tranche d'âge dans les périodes de 2000 à 2005, l'auteure observe la présence de morts par suicide à tous les âges, même si l'incidence est plus grande chez les populations plus jeunes. Les données de cette recherche démontrent que, ces dernières années, l'âge moyen des individus qui se suicident au Brésil est en train de diminuer. Cela signifie que le taux de suicides en augmentation ces vingt dernières années est celui des jeunes.

Les taux élevés des indices de suicide indiquent que les jeunes Brésiliens meurent de plus en plus pour des raisons violentes. La grande pression occupationnelle et l'augmentation de la compétitivité sur le marché du travail rendent la population brésilienne jeune particulièrement vulnérable au risque de suicide.

Finalement, en ce qui concerne l'état civil, d'une manière générale, les suicides sont moins fréquents chez les personnes qui sont mariées. Ils augmentent dans une proportion significative chez les célibataires, les veufs et les divorcés, montrant ainsi que l'isolement est un facteur important par rapport au risque de suicide.

Des résultats différents ont été trouvés dans les recherches menées par Perez Olmos, Rodriguez Sandoval, Dussan-Buitrago et Ayala-Aguilera (2007). Pour chaque homme, quatre femmes ont tenté de se suicider. Les auteurs lient ces résultats à la dépression, aux mauvais traitements, aux abus sexuels infantiles et à la violence intrafamiliale - les victimes étant généralement les femmes.

Ils indiquent aussi les inégalités de genre dans la société colombienne où a été réalisée cette recherche. L'âge est également remarquable puisque c'est autour de 15 ans que l'on perçoit des altérations dans l'équilibre bio-psycho-social de l'adolescent, une puberté plus précoce

et une dépendance sociale plus longue, causant du stress, des tensions et des problèmes dans la famille et à l'école.

Suicides : les facteurs sociaux, psychologiques et biologiques

D'après Cassorla (1991), le comportement suicidaire est étudié aussi bien du point de vue psychologique, comme expression d'une personnalité individuelle et de sa propre constitution, que du point de vue social et culturel, à travers l'histoire du développement, des circonstances sociales et des fantasmes spéciaux sur la mort et l'après-vie.

L'environnement psycho-social comprend les événements de la vie et, principalement, l'appui interpersonnel. D'autre part, la variabilité biologique courante qui se développe, comprend des recherches récentes liées au niveau de sérotonine (5-HT). Ce changement a été mis en relation avec le suicide et la tentative de suicide. La méthode fréquemment utilisée dans les recherches biologiques de l'examen du métabolisme de la sérotonine centrale chez les humains est la plus grande mesure du métabolique (acide 5 Hydrox-indol-acétique- 5 HIAA) dans le liquide cébrospinal (LCR). Une moindre quantité de 5 HIAA dans le LCR indique une diminution dans le métabolisme du 5 HT dans le système nerveux central. Cette diminution entraîne de faibles niveaux de 5 HIAA dans le LCR et a été trouvée dans des cas de dépression ayant un rapport au suicide ou à la tentative de suicide (Van Praag, 1986).

D'après Marshall (2007), les anomalies des neurotransmetteurs norépinephrine et sérotonine jouent un rôle important dans les désordres où la disposition est marquée par des niveaux et des effets peu actifs sur la dépression et au contraire hyper actifs pour ce qui est du comportement maniaque. D'autres études dans le domaine biologique ont indiqué l'importance de niveaux satisfaisants de sérotonine dans le traitement de patients en dépression suicidaire.

Des études statistiques ont montré que l'environnement était une cause fondamentale du suicide. Durkheim (1977) a été le plus grand représentant de cette théorie, signalant le degré d'intégration de l'individu, par rapport au groupe dans lequel il vit, comme facteur déterminant du suicide. Selon l'auteur, une tendance collective au suicide, exprimée par les taux de suicides, peut influencer l'individu et le pousser à se tuer. Lorsque les caractéristiques de la société ne souffrent pas d'altérations, le taux de suicide dans la société demeure stable.

L'importance exclusive des facteurs sociaux a été souvent questionnée, et les sociologues sont devenus de plus en plus critiques par rapport aux statistiques. Cassorla (1989) qui s'appuie sur l'excessive rationalisation du XIXe et du début du XXe siècle, estime qu'à travers la psychanalyse, la psychologie dynamique apparaît comme un champ de connaissances plus structuré par rapport au fonctionnement psychique. L'auteur indique une séquence de facteurs constitutionnels, environnementaux, culturels, biologiques qui s'accumulent dans l'histoire de l'individu et peuvent générer un comportement suicidaire. Pour lui, les individus qui vivent une situation de crise, avec des pensées insoutenables, manifestent la peur de la folie, de l'annihilation, de la désintégration. Ils présentent même, parfois, une angoisse intense qui peut être associée au désespoir, à la tristesse et à la mélancolie. La mort est vue ainsi comme une solution, non pas parce qu'elle est désirée, mais parce que la vie devient insupportable. Le suicidaire ne veut donc pas mourir, mais il souhaite en réalité faire cesser la souffrance.

L'association du suicide par la transmission génétique se trouve dans la relation des individus qui se suicident, qui ont une histoire de suicide ou de cas de tentative de suicide au sein de leur famille. Rapeli (1997) alerte sur le fait que d'autres aspects doivent être explorés dans ces derniers cas, comme par exemple, le rôle des processus d'identification, qui, nous le savons, influencent le comportement suicidaire. Toujours d'après les informations de l'auteur, certaines maladies psychiatriques entraînent un plus grand risque de suicide, comme la dépression, l'alcoolisme et la schizophrénie. La dépression est le diagnostic le plus souvent réalisé chez les victimes de suicide. D'après Roy (1992), une série de publications révèle qu'approximativement 10% des patients déprimés ont une histoire de suicide dans leur famille.

Suicides: enfance, adolescence et famille

Chez les Guarani/Kaiowa le plus grand nombre de suicides survient à l'adolescence. Pour Erickson (1987), cette phase est une période critique pour la formation de l'identité. Son passage dépendra des conditions innées de l'individu, des conditions de son développement, des expériences au sein de sa famille, ainsi que de la culture dans laquelle chacun aura grandi. L'adolescent tente d'intégrer aussi bien son passé que son futur, et de ces tentatives résultera la construction de son identité. L'auteur met en relief également le renouvellement de l'expérience du processus de séparation-individualisation dans l'adolescence et du processus de *dessymbiotisation*.

Mioto (1994) affirme que la tentative de suicide du jeune ne doit pas être comprise comme une *maladie* ou une *pathologie* suivant les critères classiques. L'acte de suicide se situe dans la recherche d'un sens d'identité. Ce qui doit être présent est le sens d'une continuité entre passé et futur, sachant que le jeune affronte aussi bien son expérience passée que ses possibilités futures. Il faut aussi tenir compte de l'existence d'un passé désastreux et de situations d'échec patentes, chez les parents, en particulier.

Le caractère paradoxal de la capacité d'un jeune à mettre sa vie en perspective peut être à l'origine de ce phénomène. Selon Mioto, l'augmentation croissante du nombre de jeunes présentant un comportement suicidaire, peut être liée à l'habileté de plus en plus grande du jeune à prévoir son futur, à partir des expériences du passé. Mioto (1994) cite, par ailleurs, d'innombrables études épidémiologiques qui indiquent que l'environnement familial est un facteur important dans la structuration et le déclenchement de l'acte de suicide : séparation des parents, relation conjugale et familiale de mauvaise qualité, absence, alcoolisme - principalement du père -, changements constants qui génèrent une plus forte augmentation des tendances suicidaires, problèmes accrus entre la famille, la police et la justice et présence de maladies chroniques.

D'après Cassorla (1984), un foyer défectueux ne repose pas uniquement sur une situation objective représentée par la perte et la séparation des parents, mais également sur des foyers psychologiquement défectueux : plus le foyer connaîtra des dysfonctionnements précoces, plus les conséquences en seront néfastes pour les enfants. Pour ce qui est de l'environnement suicidaire, l'auteur relate aussi que, dans les recherches menées au sein de groupes de jeunes qui ont tenté de se suicider, il a été fait état des familles au sein desquelles on trouve des mères autoritaires et des pères faibles et absents et un environnement familial froid qui génère tristesse et insécurité chez les enfants.

D'après Castellan (1991), la famille au sein de laquelle on compte des suicidés est dépourvue, en général, de projet de vie. Il n'existe aucune communication adaptée, aucune

compréhension mutuelle et la vie est dépourvue de sens. Mito (1994) a également analysé les aspects historiques et internationaux chez des familles de jeunes qui ont tenté le suicide. Elle souligne que le processus s'initie avant même la naissance du jeune - ses origines se trouvant dans la constitution de la famille elle-même.

Les suicides des Guarani

Nous pouvons affirmer que les conclusions de Cassorla (1981,1991), Castellan (1991), Durkheim (1977), Erickson (1987) et Mito (1994) sont pertinentes en ce qui concerne la situation des Guarani/Kaiowa. Les exemples qui sont présentés montrent clairement ce que peuvent provoquer les troubles causés par la problématique familiale décrite ci-dessus.

D'autre part, la sorcellerie est présente au sein de tous les groupes brésiliens ; elle est étudiée de diverses manières. Les études réalisées sur le terrain par Brand (1997) auprès des Guarani/Kaiowa indiquent que les suicides sont provoqués par la force des pratiques de sorcellerie. Dans ces récits, on observe l'existence d'un conflit entre le bien et le mal. Un autre phénomène que nous pouvons également remarquer dans ces études est celui de la suggestion, qui apparaît dans les études de différentes branches de la psychologie. L'augmentation du nombre de récits et de situations ayant un rapport avec la sorcellerie est un signe de désintégration culturelle et de désorganisation interne du groupe. Toutefois, d'après Brand (1997), paradoxalement, le suicide est aussi associé au fait que nombre de jeunes ne passent plus par le rituel d'initiation au passage à la vie adulte.

Par le passé, les rites anthropophagiques concluaient un cycle éternel de vengeance et d'éducation de la personne, car chaque mort ennemie vengeait ou annulait une mort antérieure - l'unique accès à la condition d'adulte passait par l'exécution d'un ennemi. L'homicide faisait partie du rite de passage ; c'était une condition pour que l'homme entre dans le cycle reproductif. Toutefois, dans nos recherches, les objectifs de ce passage sont restés flous. De nos jours, un tel rituel n'existe plus ; il représente à peine une image, celle de la perspective de quitter la réserve vers une future vie d'adulte. D'après Schaden (1974), il existerait encore une pratique d'initiation sur les petits garçons, au cours de cérémonies où l'on transperce leur lèvre inférieure (ceci constituant néanmoins un secret chez les Kaiowa) - cet aspect n'a pas été cité ni représenté dans les travaux d'enfants étudiés par Grubits et Darrault-Harris (2001).

Les Indiens, mais également les chercheurs considèrent comme des déséquilibres ou même comme une maladie les causes du suicide parmi les Guarani/Kaiowa. Beaucoup de récits parlent de tristesse, de stress, d'incapacité à exprimer ce que l'on sent ou ressent. D'après Brand (1997), les informateurs relatent un manque de conscience, une confusion mentale qui précède le suicide, ce que d'ailleurs l'auteur questionne.

Une étude de Wicker sur le suicide (1997), réalisée à l'université de Berne, en Suisse, intitulée *Taraju maladie des dieux* apporte des observations provisoires pour la compréhension des suicides chez les Pai-Tavytera (Guarani) du Nord-Est du Paraguay (groupe de la même racine ethnique que les Kaiowa du Mato Grosso du Sud). Cette étude tire trois conclusions à partir des informations recueillies: le taux de suicides des Kaiowa, dans la période de 1986 à 1992, bien qu'il ne soit pas possible de le déterminer avec précision, est extraordinairement élevé. Les suicides surviennent principalement dans la tranche d'âge formée par les jeunes et jeunes adultes. Parmi les Kaiowa, les suicides ne marquent pas simplement une augmentation linéaire, mais aussi une croissance par vagues, comme le montrent les graphiques présentés sur les tableaux 1, 2 et 3.

En général, aussi bien les Kaiowa que les Pai s'étranglent en se pendant avec une grosse corde, une ceinture ou une liane, attachées à une branche d'arbre basse ou à une poutre. Exceptionnellement, ils optent aussi pour d'autres moyens tels que les insecticides, les combustibles et les armes à feu. Wicker (1997) informe que les causes seraient, en principe, liées aux facteurs culturels, sociaux, économiques et politiques cités précédemment. Néanmoins, en cherchant à mieux comprendre les raisons qui les poussent au suicide, il semble que le concept de *Taruju* (concept associé à la définition de force occulte, destructrice, ainsi que d'un préjudice spirituel, difficile à évaluer) fasse l'objet de différentes interprétations et d'études.

Wicker (1997) affirme encore que, dans les études de cas réalisées au cours de ses recherches, apparaît un état mental au cours duquel la personne perd tout contrôle de soi. En effet, aucune des personnes interviewées ne se rappelle le moment où elle est sortie en courant pour se pendre. Les périodes de maladie durent de deux semaines à un mois, mais diminuent rapidement. La guérison a été attribuée par les Guarani interviewés aux effets de la thérapie de la danse et du chant réalisés sur eux par leur propre famille, sous la direction de leaders religieux. Les personnes qui ont réchappé à la maladie disent avoir vécu le *taruju* par des phases d'intensité variables, avec des jours de normalité suivis de phases obscures.

Une autre information importante, ayant valeur de diagnostic, a été le témoignage de guéris du *taruju* et qui, pendant leur maladie, ont été exposés à des voix et à des bruits contre lesquels ils ne savaient pas se défendre et qui les poursuivaient de manière constante. Le désir de suicide, signalent-ils tous, de façon unanime, venait de ces voix et de ces bruits. L'auteur, dans ses conclusions, appelle ce phénomène *expérience psychotique*. Il suggère qu'un spécialiste pourrait vérifier si la paranoïa répond à une structure endogène ou réactive. Il rappelle qu'il est probable qu'elle soit réactive et le résultat de tensions psychiques extrêmes - nous n'avons pas trouvé d'études similaires en ce qui concerne les Guarani du Brésil.

Un processus appelé *confinement compulsif* (diminution progressive de leur espace) par Brand (1997) a créé historiquement un contexte de violence, en vigueur jusqu'en 1980. Il résulte de la surpopulation des réserves, ainsi que de la superposition de différents villages, qui, bien qu'appartenant au même groupe, possédaient en propre des terres et des chefs politico-religieux - facteur considéré important dans l'étude de la problématique Guarani/Kaiowa. Comme facteur aggravant, Brand cite le contact avec les Terena (autre ethnie), lesquels à partir de 1940, afin d'enseigner l'agriculture aux Guarani, ont été contactés par le Service de Protection aux indiens, l'actuel FUNAI. Or, celle-ci n'a pas pris en compte le fait que les Guarani sont des peuples traditionnellement agricoles et les différences culturelles qui séparent les deux groupes.

Discussion

Deux études liées à des recherches actuelles sur les suicides nous montrent des situations similaires à celles des Guarani/kaiowa. Celle de Levecovitz (1998) auprès de jeunes adolescents dans des groupes d'indiens en Amérique du Nord et celle de Mito (1994) auprès de familles de jeunes brésiliens qui ont tenté de se suicider.

Dans la dernière décennie, la réduction de la tranche d'âge des personnes touchées par le suicide, dans diverses études, certaines précédemment citées, a rendu la situation des jeunes Guarani/Kaiowa de plus en plus proche de celle d'autres groupes, ce qui ne nous empêche pas d'observer certaines spécificités culturelles dans celui-ci.

Les deux enfants qui ont participé à la recherche menée par Darrault-Harris et Grubits (2001) se structurent de manière différente. L'un d'eux cherchant à être un Guarani/Kaiowa, un peuple qui, conformément aux études de la problématique Guarani/Kaiowa connaît un passé désastreux, aux histoires marquées par nombre d'échecs et de destructions. Ainsi, si nous réfléchissons par rapport à l'identité des deux enfants participants, d'après les représentations émanant des travaux d'expression artistique et d'analyse sémiotique, nous concluons que la continuité passé-futur est sérieusement mise à mal dans les deux cas. La fille I., se construit une identité Guarani/Kaiowa, à savoir celle d'une culture menacée de destruction et qui a déjà entamé, malgré une population nombreuse, un processus de transformation ou de dégradation - accroissant ainsi l'incertitude quant aux possibilités futures, voire aux projets. Le garçon C., quant à lui, rompt, apparemment, avec le passé et fait son entrée dans un monde moderne et globalisé. Par des recherches antérieures sur les populations indigènes, nous connaissons les risques de l'entrée dans ce monde sans l'appui d'une identité ethnique liée au passé. D'où l'aggravation de la situation des habitants des *favelas*, principalement dans les grandes villes (Grubits, 1995).

Il convient de mettre en relief le fait que, dès l'enfance, leur éducation ainsi que la formation de leur personnalité, qui suivent les directives de leur culture (traditionnelle) sont très différentes de celle des non-indiens. Ceci doit être pris en compte par les chercheurs lorsqu'ils traitent de la question du suicide (Darrault-Harris & Grubits, 2001).

Ces faits deviennent préoccupants, car ce sont des problèmes relatés et constatés dans les deux sociétés où ces enfants joueront leur rôle en accord avec les identités attribuées ou acquises. Mais, par ailleurs, la compréhension globale de la vision du monde, de la vie et de la mort, d'après la cosmologie Guarani/Kaiowa est très complexe.

D'après des recherches antérieures menées par Grubits (1995), nous comprenons que des individus qui sont capables de parler et d'agir en restant identiques à eux-mêmes lorsqu'ils changent de vie, d'environnement ou même de personnalité, ont ce que nous appelons *une identité bien-réussie du moi*, pour utiliser une expression consacrée par Habermas (1990).

Les recherches et révisions bibliographiques ne sont pas suffisantes pour que nous analysions les différences et les conflits vécus par les Guarani. Dans ce contexte, il semble évident que les questions identitaires, culturelles, comme la conception de guérison et les effets des thérapies par le biais des chants et la danse, sont des questions fondamentales tout comme les problèmes liés, entre autres, à la possession territoriale et aux ressources environnementales.

Références bibliographiques

BOTEGA, N. J. (2007). « Suicídio: saindo da sombra em direção a um plano nacional de prevenção ». *Rev. Bras. Psiquiatria*, 29(1). Recuperado em 29 de janeiro de 2009 de <http://www.scielo.br/scielo>.

BORGES, V. R., & WERLANG, B. S. G. (2006). « Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos ». *Estudos em Psicologia*, 11(3). Recuperado em 29 de janeiro de 2009 de <http://www.scielo.br/scielo>.

BRAND, A. (1997). *O impacto da perda da terra sobre a tradição kaiowá/guarani: os difíceis caminhos da palavra*. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

- CASSORLA, R. M. S. (1981). *Jovens que tentam suicídio*. Tese de doutorado. Faculdades de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- _____ (1984). « Características das famílias de jovens que tentam suicídio em Campinas, Brasil: um estudo comparativo com jovens normais e psiquiátricos ». *Acta Psiq. Am. Lat.*, 30, p.125-134.
- _____ (1989). « O impacto do suicídio no médico e na equipe de saúde ». *JBM*, 56(3), 84-90
- _____ (1991). « Comportamentos suicidas na infância e na adolescência ». In _____ (Org). *Do suicídio. Estudos brasileiros*. (pp. 107-116). Campinas, SP: Papirus, p.107-116.
- CASTELLAN, Y. (1991). « Dix années d'études nord-américains sur le suicide ». *Bulletin de Psychologie*, 64(401), p.297-3061.
- DARRAULT-HARRIS, I., & GRUBITS, S. (2001). *Psicossemiótica na construção da identidade infantil: um estudo da produção artística de crianças Guarani/Kaiowá*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- DURKHEIM E. (1977). *O suicídio*. Lisboa: Editorial Presença.
- ERIKSON, E. H. (1987). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- FUNASA. (2008). *Suicídios por aldeias*. DSEI/MS. Brasília, DF.
- GRUBITS, S. (1995). *Bororo: Identity in construction*, Campo Grande, MT: Gráfica D. Bosco.
- HABERMAS J. (1990). *Para a reconstrução do materialismo histórico*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- LEVCOVITZ, S. (1998). *Kandire, o paraíso terreal*. Rio de Janeiro: Te Corá.
- MARSHALL, F. J. (2007). « Disorders of mood and behavior ». In T. E. Andreoli, C. J. Carpenter, R. C. Griggs, & I. J. Benjamin (Eds.). *Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine (7a ed., pp. 1060-1065)*. Filadélfia: Saunders Elsevier.
- MIOTO, R. C. T. (1994). *Famílias de jovens que tentam suicídio*. Tese de doutorado. Faculdades de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- PARENTE, A. da C. M., SOARES, R. de B., ARAÚJO, A. R. F., CAVALCANTE, I. S., & MONTERIO, C. F. de S. (2007, agosto). Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (4), 377-381. Recuperado em 29 de janeiro de 2009 de <http://www.scielo.br/scielo>.
- PÉREZ, O., RODRÍGUEZ, S., DUSSAN, B., & AYALA, A. (2007, junho). « Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. » *Rev. Salud Pública*, 9(2), 230-240. Recuperado em 29 de janeiro de 2009 de <http://www.scielo.br/scielo>.
- RAPELI, C. B. (1997). *Características clínicas e demográficas de pacientes internados por tentativa de suicídio no Hospital de Clínicas da UNICAMP*. Dissertação de mestrado em Saúde Mental, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

RIBEIRO, D. (1996). *Os índios e a civilização*. São Paulo: Companhia das Letras.

ROY, A. (1992). « Are there genetic factors in suicide?» *International Review of Psychiatry*, 4, 169-175.

SALVO, G. L., & MELIPLILLAN, A. R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena del Neuro-psiquiatria*, 46(2). Recuperado em 29 de janeiro de 2009 de <http://www.scielo.br/scielo>.

SCHADEN, E. (1974). *Aspectos fundamentais da cultura guarani*. São Paulo: EPU, Ed. da Universidade de São Paulo.

VANA, G. N., Z., ZENKER, F. de M., SAKAE, T. M., & ESCOBAR, B. T. (2008). Prevalência de suicídio no sul do Brasil, 2001-2005. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1). Recuperado em 29 de janeiro 2009 de <http://www.scielo.br/scielo>.

VANN PRAAGg, H. (1986). « Biological suicide research: Outcome and limitations. *Biological Psychiatry* », 21(13), p.1305-1323.

WICKER, H.-R. (1997, dezembro). « Taraju – Enfermedad de los que lleva al suicidio. Acotaciones provisionarias para la comprensión de los suicidios entre los Pi-Tavyterã (guarani) del noroeste de Paraguay ». *Suplemento Antropológico*, 32(1-2), 15-23.

World Health Organization, WHO. (1992). *The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.