

Erwin Stengel, *Attempted suicide* (fr.) [w:] Stengel E., *Suicide and Attempted Suicide*, 1973.

Dla porządku przytoczony został spis treści całego rozdziału:

Part II: Attempted Suicide

7. The Suicidal Attempt as a Behaviour Pattern, and it's Definition

8. The Statistics

9. Methods used in Suicidal Attempts

10. Cohort Studies

11. For and Against Self-Destruction

12. The Psychological and Social Effects of Attempted Suicide

13. The Psychodynamics of the Attempt

Część II: Próba samobójcza

7. Próba samobójcza jako wzór zachowania – definicja

Gdy myślimy o autentycznym akcie samobójczym, do głowy przychodzi mniej więcej taki opis: Osoba, która przemyślała tę kwestię i zdecydowała się zakończyć swoje życie, lub też robi to pod wpływem impulsu, zabija się, używając do tego jak najskuteczniejszej, dostępnej jej metody, upewniając się przy tym, że nikt jej nie przeszkodzi. Kiedy umrze, mówi się, że jej się udało i że była to udana próba samobójcza. Kiedy przeżyje, mówi się, że jej się nie udało i nazywa jej próbę nieudaną.¹ Śmierć jest celem, a więc jedynym kryterium, na podstawie którego możemy oceniać powodzenie działania. Niepowodzenie może wynikać z niewystarczająco silnego poczucia celowości, z dokonania aktu bez przekonania (w domyśle: nie był autentyczny), z niewiedzy dotyczącej wybranej metody lub z niewłaściwej oceny i niewystarczającej determinacji wynikającej z choroby psychicznej. Gdyby oceniać je tymi kategoriami, mniejszość prób zakończonych zgonem, i bardzo niewielka część prób nim niezakończonych okazałaby się zarówno poważna, jak i autentyczna. Reszta z nich musiałaby zostać zaklasyfikowana jako mizerne wysiłki, które, jeśli zakończyły się „sukcesem”

¹ Użyte przez Autora określenia ‘udana/nieudana próba’ miały zobrazować dość często występujący sposób interpretowania aktu samobójczego przez otoczenie. W dalszej części tekstu pojawiają się określenia zgodne z rekomendacjami suicydologów, czyli ‘próba samobójcza zakończona/niezakończona zgonem’ (przypis red.).

to bardziej dzięki przypadkowi, aniżeli faktycznym staraniom. Naturalnie, podejście to nie oddaje sprawiedliwości wzorom zachowania zarówno częstym, jak i zróżnicowanym.

Gdyby odwiedzający Ziemię akademik z jednej z niezamieszkałych planet postanowił zbadać gatunek ludzki, prędzej czy później zauważyłby, że niektóre jednostki dokonują aktów samookaleczenia. Zaobserwowałby również, że zachowanie to czasami doprowadza do śmierci, ale zapewne trudno byłoby mu dojść do wniosku, że ten stosunkowo rzadki wynik jest jego głównym celem. Wiedząc, że uważna obserwacja jak największej liczby obiektów badań jest niezbędna do wysnuwania hipotez o celowości danego zachowania, a nawet więcej, mając na uwadze, że wyjaśnienia obiektów badań mogą wprowadzać w błąd, przyglądałby się jak największej liczbie jednostek, a także przyczynom i konsekwencjom owych działań, bez przyjętych z góry założeń, przez stosunkowo długi okres. Jego raport brzmiałby pewnie tak: „Istnieją pewni ludzie, którzy robią sobie krzywdę w mniejszym lub większym stopniu i w jednym na osiem takich przypadków uszkodzenia są na tyle poważne, że człowiek ten umiera. Niezależnie od rezultatu, większość z nich daje jakąś wskazówkę, lub otwarcie ostrzega jedną lub więcej osób ze swojego otoczenia, zanim podejmą taką próbę. Osoby z otoczenia mogą, lecz nie muszą zauważyć sygnałów. Jednak gdy akt autoagresji zostanie już odkryty, wywołuje znaczne poruszenie wśród innych. Otoczenie wyraźnie daje do zrozumienia, że wolałoby, gdyby nigdy do tego nie doszło. Robi wszystko, by utrzymać tę osobę przy życiu i naprawić krzywdę, jaką sobie zrobiła. Robi nawet więcej. Chociaż zwykle nie wykazuje dużego zainteresowania i sympatii w stosunku do cierpiących pobratymców, akt autoagresji sprawia, że zaczyna się nimi interesować, przynajmniej na jakiś czas. Zachowuje się, jakby byli zmuszeni pomóc mu stanąć na nogi. W wyniku tych działań sytuacja osoby po próbie jest, przejściowo lub permanentnie, zmieniona na lepsze. Te pomocne zachowania wychodzą zwykle od najbliższych członków rodziny, ale większa wspólnota, do której należy człowiek, również się w ten proces angażuje.”

„Gdyby ktoś spojrzał wyłącznie na akty autoagresji, mógłby pomyśleć, że ich jedynym celem jest autodestrukcja. Jeśli weźmie się natomiast po uwagę to, co poprzedzało te akty, a także ich konsekwencje, nie da się utrzymać tego rodzaju tezy. Dlaczego jednostki te tak często ostrzegają innych o zamiarach zrobienia sobie krzywdy, szczególnie, że jest to działanie bardzo niepożądane pośród członków rodziny i we wspólnocie? Muszą przecież wiedzieć, że zachowanie to zmartwi wszystkich i sprawi, że będą chcieli im pomóc, a jeśli umrą, wiele osób będzie sądziło, że powinni im byli pomóc w przeszłości. Wygląda na to, że ich specyficzne zachowanie nie może zostać uzasadnione pojedynczą skłonnością, ale że prawdopodobnie jest

wynikiem zestawienia co najmniej dwóch tendencji; jedną z nich może być pragnienie autoagresji i prawdopodobnie również autodestrukcji, drugą pragnienie, by inni ludzie okazali im zainteresowanie i miłość. Oczywiście istnieją inne osobliwe cechy charakterystyczne dla zachowań autoagresywnych, te zdają się jednak być najważniejsze”.

Celem stworzenia tego fikcyjnego raportu zupełnie nieuprzedzonego naukowca jest uświadomienie potrzeby nowego i uważnego przyjrzenia się zachowaniom samobójczym. Najbardziej uderzającą różnicą pomiędzy konwencjonalnym a nieuprzedzonym spojrzeniem na akty samobójcze jest to, że uwaga osób nieuprzedzonych skupia się na reakcjach środowiska. Same reakcje i ich możliwe wykorzystanie znane są od dawna, ale zdaje się brać je pod uwagę jedynie przy próbach samobójczych postrzeganych jako autentyczne. Wszystkie autentyczne akty samobójcze są rozumiane jako zachowania mające na celu jedynie śmierć. Jest to mniemanie, którego niezaangażowany obserwator nie jest w stanie zaakceptować. Jakie są podstawy do takich wniosków?

Definiowanie próby samobójczej

Z każdą śmiercią samobójczą przychodzi również wiele pytań dotyczących faktów i wydarzeń, które miały miejsce przed autodestrukcyjnym aktem. Dlatego też jakiegokolwiek badania zachowań suicydalnych są retrospektywne, jak każde dochodzenie pośmiertne. Wiąże się z tym spora liczba ograniczeń – ponieważ główne źródło informacji jest już nam niedostępne. W niewielkiej liczbie przypadków jesteśmy w stanie pozyskać dokumenty, takie jak adnotacje ze szpitala, pozwalające na rekonstrukcję wydarzeń przed samobójstwem. Zwykle trzeba polegać na informacjach zostawionych przez ofiarę i na pogłoskach. Prób samobójczych niezakończonych zgonem często używa się w badaniach nad przyczynami i motywami samobójstw, uważając je za „małe samobójstwa”. Dlatego też wszystkie badania prób samobójczych są czysto retrospektywne i dotyczą tych samych kwestii, co badania dotyczące samobójstw. Ten sposób prowadzenia dochodzeń jest jak najbardziej zasadny i potrzebny, ale dopiero niedawno badacze przestali ignorować różnicę między samobójstwami i próbami samobójczymi, tj. że pierwsi nie żyją, a drudzy tak. Lub też, że przeżyli chociaż samą próbę samobójczą.

Losy osób po próbach samobójczych stały się przedmiotem badań dopiero w ostatnich dwóch dekadach, np. Dahlgrena w Malmö, Pierre’a B. Schneidera w Lausanne i Stengela oraz współpracowników w Londynie. Analizy tego zjawiska pokazały, jak wiele osób, które podjęło próbę samobójczą ostatecznie zginęło później z własnej ręki.

Grupa z Londynu przyjrzała się również znaczeniu społecznemu i efektom prób samobójczych. Badania zaczęto od postawienia hipotezy, że osoby które dokonały próby i osoby, które dokonały samobójstwa są zupełnie różnymi „populacjami”. Postanowiono skupić się na następujących pytaniach: „Jaka istnieje relacja pomiędzy dwoma populacjami: osobami, które dokonały próby i osobami, które dokonały samobójstwa? Ile z nich finalnie dokonuje w przyszłości samobójstwa i co ich do tego skłania? Jaki wpływ na stan zdrowia psychicznego ma próba samobójcza? Jeśli próba była wynikiem kryzysu w relacjach międzyludzkich, czy zmieniły się one po próbie, i jeśli tak, to jak? Jaki efekt na grupę ma próba samobójcza i jakie są na nią reakcje? Socjologowie uznali, że powodami samobójstw są izolacja i dezintegracja społeczna. Czy czynniki te można również odnieść do prób samobójczych, i jeśli tak, to jaki mają wpływ? Odpowiedzi na te pytania mogą stanowić bezpośrednią, praktyczną pomoc w praktyce lekarskiej. Badanie to może pomóc nam w zrozumieniu, czym w naszym społeczeństwie jest próba samobójcza” (Stengel).

Analizy przeprowadzone od momentu pierwszego postawienia tych pytań w 1952 roku sprawiają, że możemy udzielić na nie wstępnych odpowiedzi.

Zdefiniowanie tego, na co składa się próba samobójcza, nie jest prostym zadaniem. Jeśli dana osoba zostaje zabrana do szpitala będąc całkowicie otumanioną czy ośpałą, zostawiając za sobą notkę pożegnalną, co więcej, jeśli przyzna, że chciała odebrać sobie życie, nie ma problemu z zaklasyfikowaniem tego działania. Natomiast gdy inna osoba trafi do szpitala w podobnym stanie, jednak zaprzeczy temu, jakoby miała autodestrukcyjne intencje i ob staje przy tym, że przedawkowała przez przypadek, lub że „chciała się porządnie wyspać”, czy powinniśmy uważać to za próbę samobójczą? Lub też, kiedy nastolatka po kłótni ze swoim chłopakiem połyka na jego oczach opakowanie tabletek nasennych swojej matki z oczywistą intencją wywarcia na nim wrażenia, czy powinniśmy uważać to za próbę samobójczą? A może była to jedynie autoagresywna demonstracja lub groźba? W praktyce odpowiedź laika będzie zależała od tego, jaki efekt przyniosą połknięte tabletki, oraz jaka będzie reakcja środowiska. Jeśli dziewczyna wejdzie w stan śpiączki farmakologicznej, będzie musiała zostać niezwłocznie przetransportowana do szpitala i przeżyje, incydent zostanie nazwany próbą samobójczą. Jeśli umrze, będziemy mówić o samobójstwie. Ale jeśli jej chłopak ma głowę na karku i każe jej wypić szklankę osolonej wody, co sprawi, że z wymiotuje tabletki zanim zdążą się wchłonąć, cała ta sytuacja może skończyć się w kilka minut, będąc jedynie „kolejną związkową sprzeczką”. Wydarzenie zostanie jednak zapamiętane jeśli dziewczyna powtórzy zachowanie, możliwe że z mniej niegroźnym rezultatem. Ten przykład ilustruje, że skala uszczerbku

na zdrowiu, a nawet letalność samego aktu zależy od działań zewnętrznych i nie ma związku z autentycznością zamiaru samobójczego.

Wiele osób po dokonaniu takiego aktu zaprzecza, jakoby miało jakiegokolwiek intencje samobójcze, czując wstyd i winę. Mogą nie chcieć wyjawić prawdy, lub też sami nie byli pewni swoich intencji w momencie aktu. Zakłada się, że większość, jeśli nawet nie wszyscy ludzie, którzy dokonują aktów samobójczych faktycznie chce umrzeć. Nie potwierdzają tego badania prób samobójczych. Wiele prób, a także sporo samobójstw dokonuje się na zasadzie „nie obchodzi mnie, czy umrę czy przeżyję” aniżeli z silną i niezmaconą niczym determinacją, by zakończyć swoje życie. Osoba, która po dokonaniu aktu w oczywisty sposób wyglądającego na samobójczy zaprzecza, jakoby naprawdę chciała odebrać sobie życie, może mówić prawdę. Większość osób jest dokładnie tak samo zagubionych podczas dokonywania aktu samobójczego, jak w trakcie robienia czegokolwiek pod wpływem emocjonalnego stresu. Dokładnie zaplanowane samobójstwa są tak rzadkie, jak dokładnie zaplanowane morderstwa. Do wielu z nich dochodzi pod wpływem impulsu, chociaż myśli samobójcze pojawiały się zwykle już wcześniej. W każdym razie, osoba zainteresowana nie może być jedynym przewodnikiem w interpretacji własnego postępowania. Lekarze oraz inne osoby, które muszą zdecydować się na ustalenie ram działań mających na celu samouszkodzenie, przyjmują zwykle taką definicję: „Próba samobójcza to jakikolwiek akt samouszkodzenia zadany z intencją zrobienia sobie krzywdy, niezależnie od tego, jak bardzo byłaby ona nieokreślona i niejednoznaczna. Czasami intencje należy wywnioskować z zachowania pacjenta”. Dla lekarza znacznie bezpieczniej jest jednak założyć, że każde potencjalnie niebezpieczne samozatrucie albo samouszkodzenie jest rezultatem próby samobójczej, chyba że istnieją niezbita dowody na inne wyjaśnienie. „Potencjalnie niebezpieczne” w tym kontekście znaczy, że osoba dokonująca próby zdawała sobie sprawę z zagrożenia życia, jakie powoduje. Dla przykładu, kiedy osoba, nie znając efektów działania toksykologicznego, bierze podwójną lub potrójną zalecaną dawkę danego leku, można uznać to za próbę samobójczą – zażywając tak dużą dawkę powzięła ryzyko, które mogło zakończyć się śmiercią. Natomiast gdyby podobną dawkę wzięła pielęgniarka lub lekarz, ich działanie mogłoby nie zostać uznane za próbę, a raczej za ostentacyjny gest. Podobnie jest w przypadku uszkodzeń ostrymi narzędziami, a także innych metod samookaleczenia. Zaczerpując przykład z literatury – w utworze „Król Lear” skok niewidomego Glouceстера z, jak sądził, klifów Dover, subiektywnie był poważną próbą samobójczą, chociaż w rzeczywistości okazała się ona niegroźna.

„Czy była to autentyczna próba samobójcza?” Pytanie zadawane w każdym przypadku przez kogokolwiek, kto się o niej dowie. Pytanie to ma przypuszczalne wiele znaczeń. Może nawiązywać do szansy na przetrwanie w momencie, w którym „rezultat” próby nie jest jeszcze znany. Jako że termin „próba samobójcza” używany jest w tej książce jedynie w przypadku, gdy akt nie zakończył się śmiercią, ten wariant pytania nie będzie tutaj omawiany.

Istnieje bardzo dużo zamieszania, jeżeli chodzi o kryteria oceny powagi próby samobójczej, nawet wśród ekspertów. Czy jedynym wyznacznikiem powinien być stopień zadanych sobie obrażeń, tj. głębokości śpiączki, utraconej krwi, w skrócie, stopień zagrożenia życia? Jeśli tak, dokładnie zaplanowany akt autodestrukcji, który nie zakończył się zgonem dzięki interwencji zewnętrznej w odpowiednim czasie mógłby zostać zaklasyfikowany jako niegroźny.

Niektórzy z autorów nazywają próbę poważną, kiedy spowodowała je ciężka fizyczna dysfunkcja, lub gdy intencja samobójcza była poważna. Istnieje natomiast jeszcze jeden czynnik, który należy brać pod uwagę – możliwość ingerencji otoczenia. Śmiertelna dawka narkotyku zażyta ze świadomością konsekwencji w sytuacji, w której natychmiast podjęte zostały środki ratujące, może nie stanowić faktycznego zagrożenia dla życia. Z drugiej strony, nieznaczące przedawkowanie w przypadku osoby o słabym zdrowiu i w sytuacji, w której nie ma możliwości pomocy może okazać się śmiertelne. Jeżeli zagrożenie życia jest kryterium oceny powagi próby samobójczej, należy wziąć pod uwagę trzy czynniki: (1) potencjalne zagrożenie dla podstawowych funkcji życiowych, (2) skalę intencji samobójczej, oraz (3) warunki społeczne w czasie dokonania próby, tj. szansę na interwencję ze strony otoczenia. Większość śmiertelnych lub prawie śmiertelnych aktów samobójczych ocenić można wysoko pod względem co najmniej dwóch z tych kryteriów. By dać przykład: próba samobójcza osoby znacznie przedawkującej leki nasenne z silną intencją samobójczą dokonana w domu (w momencie, w którym znajduje ją członek rodziny) nie będzie oceniana tak poważnie, jak próba dokonana w pokoju hotelowym czy na odludnej polanie. Z tej perspektywy niewielka liczba aktów samobójczych, zarówno zakończonych, jak i niezakończonych śmiercią, daje się wysoko zaklasyfikować w tej skali. Ettliger i Flordh, dwóch szwedzkich badaczy wykazało, że jedynie 4% z 500 prób samobójczych można było ocenić jako dobrze zaplanowane, chociaż tylko 7% było mniej lub bardziej nieszkodliwych.

8. Statystyka

Ostatnia opublikowana przez Światową Organizację Zdrowia statystyka dotycząca samobójstw jest określana jako najbardziej przejrzyste numeryczne podsumowanie tej kwestii

w całym obszarze psychiatrii. Oczywiście należy podchodzić do tego twierdzenia z dystansem z powodów, które zaznaczyłem już wcześniej w tej książce. Częstotliwość, z jaką sprawy klasyfikowane są przez sędzi śledczych jako otwarte, często nie pozwala na wyróżnienie samobójstwa jako przyczyny śmierci. Pomijając jednak możliwe niedociągnięcia statystyk dotyczących samobójstw, pozostają one spójne w obszarze konkretnej społeczności. Numeryczne dane dotyczące prób samobójczych nie cieszą się podobnym poważaniem. Chociaż w Anglii oraz Walii każde samobójstwo musi zostać potwierdzone i zarejestrowane, będąc przedtem przedmiotem dochodzenia sędzi sądowego, nie ma natomiast systemu rejestrowania prób samobójczych. I jakkolwiek prawdą jest, że do 1961 roku próby samobójcze były przestępstwem i każdą z nich należało zgłosić na policję, to naprawdę niewielka ich część faktycznie zostawała oficjalnie odnotowana i nie wszystkie sprawy były sądownie ścigane. Liczba prób samobójczych zarejestrowanych przez policję była mniejsza niż liczba samobójstw, co jest oczywistym absurdem. Jak można więc oszacować rzeczywistą częstotliwość ich występowania?

Wiele osób, które podjęły próby samobójcze, trafia do szpitala. Zwykle najpierw przyjmowani są na izbę przyjęć, skąd odsyła się je do kolejnych oddziałów. Nie zawsze wspomina się przy tym o próbie, szczególnie gdy pacjent choruje fizycznie lub psychicznie. Aby określić, w obecnych warunkach, liczbę osób trafiających w ciągu roku do szpitali ze względu na próby samobójcze, należałoby dogłębnie zapoznać się z wszystkimi zapiskami dotyczącymi poszczególnych przypadków, co jest potężnym wyzwaniem.

Kolejnym źródłem informacji są lekarze pierwszego kontaktu, z którymi współpraca jest jak najbardziej wskazana. Najprostszą metodą są ankiety. Przeprowadzenie jej w szpitalach i wśród lekarzy pierwszego kontaktu powinno potwierdzić większość przypadków prób samobójczych na danym obszarze. Podobna ankieta na terenie Sheffield wykazała, że około 20% osób nie zostało odesłanych do szpitala po dokonanej próbie samobójczej. Dodatkowo należy wziąć pod uwagę liczbę osób, które targnęły się na swoje życie, a nigdy do lekarza nie trafiły. Nierzadko pacjenci przyjmowani do szpitala po próbie samobójczej wspominają o poprzednich próbach, po których nie nastąpił żaden kontakt z lekarzem. Naturalnie nie da się precyzyjnie określić rozmiaru tej grupy, jednak z pewnością nie jest ona bez znaczenia.

Badanie zasięgu zjawiska prób samobójczych jest przedsięwzięciem czasochłonnym i mozolnym, wymagającym współpracy wielu osób. Nie jest więc zaskakujące, że do tej pory przeprowadzono jedynie dwie takie analizy – jedną w Los Angeles, a drugą w Sheffield. Kolejna trwa właśnie w Edynburgu.

Ankiety te sugerują, że w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych liczba prób samobójczych jest od 6 do 8 razy większa niż samobójstw zakończonych śmiercią, przynajmniej w społecznościach miejskich². Znaczy to, że angielskie 500-tysięczne miasto, ze wskaźnikiem samobójstw 13 na 100 000 mieszkańców (więcej niż krajowa średnia 11 samobójstw) byłoby miejscem 390-520 prób samobójczych rocznie. Liczba prób samobójczych w stolicy, Londynie, zamieszkałym przez ponad 8 milionów osób wynosiłaby od 7500 do 9000 aktów samobójczych rocznie. Biorąc pod uwagę wysoką liczbę osób przyjętych do szpitala po dokonaniu próby, dane te nie są bynajmniej przeszacowane. Liczba osób przyjętych na oddział różni się na przestrzeni roku. Najwięcej jest ich na wiosnę, jest to również szczytowa pora jeśli chodzi o liczbę samobójstw i zapadania na choroby okołodepresyjne. Oszacowano, że liczba osób dokonujących prób samobójczych w Anglii i Walii w ciągu roku wynosi około 30 000-40 000 przypadków. Niektórzy z nich prawdopodobnie podjęli próbę odebrania sobie życia więcej niż jeden raz.

Statystyki dotyczące prób samobójczych różnią się od statystyk samobójstw pod względem wieku i płci. Więcej mężczyzn odbiera sobie życie, jednak to kobiety dokonują więcej prób samobójczych. Najwięcej samobójstw dokonują osoby w przedziale wiekowym 55-64 lat, natomiast najwięcej prób samobójczych osoby w przedziale 24-44 lat. Te dane są kluczowe do oszacowania liczby żyjących osób, które w pewnym momencie swojego życia podjęły próbę samobójczą (piszę o tym pod koniec rozdziału 9).

Przełożyła: Paulina Durakiewicz

² Podczas niedawnych badań odkryto, że w miejscowości Basle (Szwajcaria) roczna liczba prób samobójczych jest o od 10 do 15 razy większa, niż liczba samobójstw.