

Edwin S. Shneidman, *Suicide as Psychache* [w:] Shneidman E. S., *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-destructive Behavior*, 1995.

Samobójstwo jako ból psychiczny

Teraz, gdy zbliża się koniec mojej kariery jako suicydologa, sądzę, że mogę wyrazić wreszcie myśl krążącą od pewnego czasu w mojej głowie w jedynie pięciu słowach: samobójstwo jest powodowane bólem psychicznym [ang. psychache¹]. Ból psychiczny odnosi się do poczucia krzywdy, udręki, ucisku, uciążliwości, cierpienia o podłożu psychologicznym w *psyche*, w umyśle. Jest nieodłącznie związany z owym podłożem – to ból związany z poczuciem wstydu, winy, poniżenia, samotności, lękiem, obawą czy strachem przed starością lub tragiczną śmiercią. Wewnętrzne źródła bólu nie da się zakwestionować. Do samobójstwa dochodzi w momencie, w którym dana osoba uznaje swój ból psychiczny za nie do wytrzymania. To oznacza, że mówiąc o samobójstwie mamy również do czynienia z różnymi progami odporności na ból psychiczny (Shneidman 1985, 1992).

Nasze próby łączenia lub zestawiania samobójstw z nazbyt uproszczonymi, niepsychologicznymi zmiennymi takimi jak płeć, wiek, rasa, status socjoekonomiczny, historia choroby (niezależnie od tego, jak poważna), czy nawet narzucane przez nas kategorie psychiatryczne (w tym depresja) były (i nadal są) skazane na porażkę właśnie dlatego, że nie biorą pod uwagę kluczowej zmiennej, o której należy myśleć w przypadku analizy samobójstw – jest nią właśnie nieznośny ból psychiczny, po prostu – psychache.

Ból psychologiczny jest naturalnie powiązany z psychologicznymi potrzebami człowieka. Zasadniczo cała ludzka aktywność sprowadza się bowiem do zaspokojenia potrzeb psychologicznych. W tym wypadku dokonanie samobójstwa jest szczególnym sposobem na zatrzymanie nieznośnego potoku myśli powodującego ból. Dalej, powodem cierpienia jest swego rodzaju blokada, ograniczenie; frustracja płynąca z niemożności zaspokojenia potrzeb psychologicznych, które dla danej osoby w konkretnym czasie i warunkach są niezbędne do dalszego życia.

Samobójstwo nie służy bowiem lepszemu przystosowaniu, ale korygowaniu – celem jest zredukowanie napięcia pojawiającego się jako rezultat bólu powodowanego niezrealizowanymi potrzebami. Monumentalny tom Murraya *Explorations in Personality* (1938) dostarcza

¹ Od tej pory za każdym razem, gdy użyte jest określenie „ból psychiczny”, w oryginale tekstu występuje słowo „psychache” (przypis tłumacza).

wyczerpującą listę psychologicznych potrzeb i ich definicji: upokorzenia, powodzenia, poczucia przynależności, afiliacji, agresji, autonomii, kontrreakcji, obrony, szacunku, dominacji, bycia zauważonym, unikania szkody [harmavoidance], unikania poniżenia [infavoidance], nietykalności, zaopiekowania, porządku, zabawy, odrzucenia, możliwości odczuwania zmysłami [sentience], pomocy i bycia zrozumianym.

Istnieje zasadniczy związek między samobójstwem a szczęściem – czy raczej jego brakiem. Prawdziwe szczęście – wbrew dziewiętnasto- i dwudziestowiecznym materialistycznym wyobrażeniom zawężającym pojęcie szczęścia do braku odczuwania bólu i zadowalania się małymi, nieznaczącymi wiele przyjemnościami – ma właściwości magiczne (Spender 1988). Oczywiście istnieje przyziemne szczęście: to komfort, unikanie cierpienia, znieczulenie psychologiczne. Ale autentyczne, magiczne poczucie szczęścia niewiele ma do czynienia z małymi przyjemnościami; jest to raczej ekstaza i pochłaniające człowieka uniesienie, które najprościej doświadczyć w pozbawionym trosk dzieciństwie. Jako że samobójstwo wiąże się z uczuciem szczęścia, dotknięci jego tragedią są ludzie w każdym wieku – nie przez brak doczesnych przyjemności, ale przez utratę czarodziejskiej uciechy dzieciństwa.

Kluczowym wzywaniem dla dzisiejszej suicydologii jest operacjonalizacja (i nadanie miary) kluczowych wymiarów bólu psychicznego. Dobrym początkiem może być zadanie pytania „Jak duży odczuwasz ból?” (Kropf, 1990).

Jednym z najbardziej bezpośrednich sposobów na zrozumienie jednostki jest uszeregowanie rankingowe (bądź techniką Q) dwudziestu potrzeb co do siły ich odczuwania: czyli zdefiniować bądź scharakteryzować osobowość jednostki w kontekście jej najważniejszych potrzeb. Można dokonać tego poprzez przypisanie każdej z potrzeb takiej liczby, aby wszystkie sumowały się do 100. To pozwala nam na ocenę wielu jednostek bądź konkretnej osoby na przestrzeni czasu, używając do tego metody zsumowania liczb. Zadanie jest proste i zajmuje jedynie kilka minut. (Spróbuj ocenić tą metodą siebie, potem znaną osobę publiczną; poproś znajomych, by ocenili tę samą osobę; oceniaj swoich pacjentów po każdej sesji, oceniaj pacjentów z myślami samobójczymi, a także bez nich.)

W kontekście samobójstwa, każda jednostka posiada dwa rodzaje podejścia czy też dwa sposoby wartościowania dwudziestu potrzeb psychologicznych. Są to: (1) Te potrzeby psychologiczne, z którymi jednostka żyje, które definiują jej czy jego osobowość w codziennym intrapsychologicznym i międzyludzkim funkcjonowaniu – są to potrzeby modalne; i (2) potrzeby psychologiczne, których niespełnienia jednostka nie jest w stanie

tolerować, to potrzeby, za których spełnienie osoba oddałaby życie – potrzeby witalne. W obrębie charakteru jednostki te dwa rodzaje potrzeb psychologicznych uzupełniają się. Potrzeby witalne dają o sobie znać, gdy osoba jest w stresie lub pod przymusem. Ten szczególny obraz ustosunkowania się do potrzeb może zostać wywołany przez zadanie pytania o dokładne reakcje danej osoby na porażki lub przegrane, odtrącenia czy poniżenia – mroczne części jego bądź jej życia.

Drogą intensywnej autopsji psychologicznej (Shneidman, 1977) możliwe zdaje się zidentyfikowanie (czy określenie) każdego dokonanego samobójstwa w kontekście dwóch lub trzech najważniejszych potrzeb, których brak spełnienia doprowadził do śmierci (z podziałem na dwadzieścia potrzeb można wyróżnić kilka setek różnych rodzajów samobójstwa).

Prewencja samobójstw (w wypadku osób szczególnie na nie narażonych) w najbardziej podstawowym zakresie polega więc na znalezieniu i częściowym odciążeniu osoby od niezrealizowanych potrzeb psychologicznych, które prowadzą ją na drogę samobójstwa. Zasada jest prosta: należy załagodzić ból psychiczny.

Uważam, że w sekwencji prowadzącej do samobójstwa możemy wyróżnić siedem elementów.

Są to:

1. Zmienność kolei życia; stres, porażki, odtrącenia, kataboliczne i społeczne oraz psychologiczne obelgi, które są nieustannie obecne w toku naszego życia.
2. Wielorakie podejścia do rozumienia ludzkiego zachowania. Zachowania samobójcze (jak każde zachowania) naturalnie są wieloaspektowe – co w praktyce znaczy, że ich wyjaśnienie również musi być interdyscyplinarne. Znaczące dla suicydologii dziedziny to biochemia (i genetyka), socjologia, demografio-epidemiologia, psychologia, psychiatria, lingwistyka i tak dalej. Czytelnik winien jest docenić, że rozdział ten ograniczony jest do psychologicznego podejścia do samobójstwa – bez uwłaczania znaczeniu innych zasadnych podejść.
3. Ludzki umysł nieustannie nadaje kierunek zmiennej kolei życia, przyjmując je za ekstatyczne, przyjemne, neutralne, niespójne lub bolesne. Jeśli pojawia się ekstremalny ból psychiczny, aby dokonać samobójstwa potrzebne jest jeszcze spełnienie warunku. „Odczuwam zbyt dużo bólu.”
4. Kolejnym stanem doprowadzającym do samobójstw, oprócz bólu psychicznego, jest postrzeganie tegoż bólu jako nieznośnego, nie do wytrzymania, nieakceptowalnego. „Nie będę tolerował tego cierpienia.”

5. Następnym stanem doprowadzającym do autodestrukcji jest myśl (czy spostrzeżenie), że ustanie odczuwania świadomości jest rozwiązaniem dla nieznośnego bólu psychicznego. W zdaniu: „Wolę śmierć niż życie”, śmierć jest wyjściem lub drogą ucieczki. „Mogę się zabić.”
6. Ostatnim wyznacznikiem, koniecznym do osiągnięcia stanu granicznego jest niski próg wytrzymałości na rozdzierający ból psychiczny. Z góry założyc można, że reakcje dwóch osób odczuwających podobny poziom bólu psychicznego mogą się różnić w sposób radykalny, zależy to od umiejętności radzenia sobie z bólem psychologicznym (w życiu ból jest wszechobecny i nieunikniony, przeżywanie cierpienia już nie).
7. Powstaje suicydalny rezultat: „Odczuwam zbyt dużo bólu, by żyć.”

W tym momencie uważny i dociekliwy czytelnik może zapytać: co jednak z depresją? Jak wszyscy wiedzą, depresja jest poważną chorobą psychiatryczną, którą bardzo dobrze rozpoznano i która jest względnie wyleczalna. Depresja nie jest jednak tym samym co samobójstwo. To zjawiska, które wielce się od siebie różnią. Po pierwsze, kontrastują ze sobą wskaźnikami śmiertelności. Jednostka może żyć z depresją długim, nieszczęśliwym życiem – co nie jest możliwe w wypadku poważnego stanu suicydalnego. W teorii nikt nie umarł od depresji – nie umieszcza się jej jako przyczyny śmierci na akcie zgonu – ale wiele, zbyt wiele osób umarło w wyniku samobójstwa. Sporo ludzi cierpi z powodu lżejszych bądź silniejszych objawów depresyjnych. Depresja to składowa czynników fizjologicznych, biochemicznych a także prawdopodobnie genetycznych. Leki stosuje się punktowo. Można powiedzieć, że to biologiczna burza w mózgu. Samobójstwo, z drugiej strony, jest zdarzeniem fenomenologicznym, przejściowym sztormem w umyśle. Reaguje na terapię i na zmiany w środowisku. Samobójstwo nie jest zaburzeniem psychicznym. Samobójstwo jest dysfunkcją układu nerwowego, nie chorobą psychiczną. *Każda* osoba dokonująca samobójstwa – 100% tych osób – jest zaburzona² – ale wcale nie musi chorować na depresję (czy schizofrenię, nie musi być uzależniona od alkoholu czy narkotyków, nie musi być chora psychicznie). Kryzys suicydalny najlepiej jest leczyć na jego własnych zasadach. Jest to zabójczo poważny (uleczalny i niedługotrwały) ból psychiczny (patrz tabela 4-1).

² ‘Zaburzona’ w rozumieniu zawężonego postrzegania rzeczywistości przez osobę w kryzysie suicydalnym, nie w kategoriach klinicznych zaburzeń psychicznych (przypis red.).

Tabela 4-1

<i>Symptomy depresji</i>	<i>Charakterystyka samobójcza</i>
<i>Depresja</i>	Samobójstwo
1. Smutek	1. Odczuwanie wielkiego bólu psychicznego
2. Apatia	
3. Utrata bądź zaostrenie apetytu	2. Niemożność wytrzymania bólu (obniżony próg odczuwalności bólu)
4. Bezsenność lub hypersomnia	
5. Nadmierne fizyczne poruszenie lub ociężałość, spowolnienie	3. Postrzeganie końca życia jako ucieczki (śmierć jako rozwiązanie)
6. Zmęczenie i brak energii	
7. Poczucie bycia bezużytecznym lub poczucie winy	4. Niedostrzeganie żadnych innych dróg wyjścia z sytuacji jak tylko śmierć (zawężenie)
8. Dekoncentracja i brak decyzyjności	
9. Myśli o własnej śmierci i samobójstwie.	5. Posiadanie lub nie posiadanie symptomów (samobójstwo jako stan psychiczny).

Samobójstwo nigdy nie jest powodowane przez depresję³; jest ono raczej rezultatem intensywnego bólu psychicznego – połączonego z dysforią, zawężeniem sytuacyjnym, myślą, że śmierć jest bardziej pożądana niż życie. Kliniczne objawy depresji same z siebie są co prawda osłabiające, ale nie śmiertelne. Z drugiej strony poważny ból psychiczny jak najbardziej może być zagrożeniem dla życia. Zestawianie samobójstwa z kategoriami DSM [przyp. tłum. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders] jest nietrafne przy dyskusji o tym, co naprawdę dzieje się w umyśle. Oczywiście, w wypadku depresji leczenie jest potrzebne, ale zakładanie, że samobójstwo równa się depresji jest błędem logicznym, pomyleniem znaczeń albo manewrem profesjonalistów. W każdym razie, najwyższy już czas by obalić to przekonanie.

³ Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) 90% aktów samobójczych dokonywanych jest w nastroju lub stanie depresyjnym, nie należy jednak traktować nawet zdiagnozowanej przez psychiatrę depresji jako jedynej i bezwyjątkowej przyczyny, dla której ktoś decyduje się odebrać sobie życie. Autor podkreśla, że depresja i samobójstwo nie są synonimami. Zachowania samobójcze podejmują zarówno osoby chorujące na depresję, jak i te, którym nie towarzyszą żadne zaburzenia psychiczne. Wiele osób chorujących na depresję nigdy nie podejmuje zachowań samobójczych (przypis red.).

W końcu, przedstawić mogę krótkie podsumowanie moich poglądów dotyczących samobójstwa, czyli efekt ponad 40 lat doświadczenia jako suicydologa:

1. Wyjaśnienie zjawiska samobójstwa w kontekście całej ludzkości jest dokładnie takie samo jak wyjaśnienie go w kontekście jednej konkretnej osoby. Suicydologia – nauka o samobójstwach – i psychologiczna autopsja danego przypadku mają jedno zadanie: spróbować uchylić rąbka tajemnicy dotyczącej ludzkiej autodestrukcji.
2. Najbardziej oczywistym faktem w dziedzinie suicydologii oraz zachowań samobójczych jest to, że są to zjawiska wielowymiarowe, wielopostaciowe, interdyscyplinarne – dotykające biologii, socjologii, psychologii (międzyludzkiej i intrapersonalnej), epidemiologii i filozofii.
3. Biorąc pod uwagę czynniki psychologiczne wpływające na samobójstwo, kluczowym elementem w każdym wypadku jest ból psychiczny. Stany afektywne (jak wściekłość, wrogość, obniżony nastrój, wstyd, poczucie winy, brak okazywania emocji, utrata nadziei itd.) należy odnosić do samobójstwa jedynie, gdy wiążą się z nieznośnym bólem psychicznym. Gdy, na przykład, poczucie winy, obniżony nastrój, wrzuty sumienia czy nieświadome, przytłaczające wybuchy gniewu wprowadzają jednostkę w samobójczy stan, mają taki efekt tylko dlatego, że są niezwykle bolesne. Bez bólu psychicznego nie ma samobójstwa.
4. Jednostki charakteryzują się różną odpornością na ból; dlatego też decyzja danej osoby o zaprzestaniu dalszego znoszenia bólu – a wyznaczają ją granice tej wrażliwości – ma z tym bezpośredni związek.
5. W każdym przypadku, ból psychiczny jest wynikiem niespełnionych potrzeb psychologicznych (objaśnione przez H. A. Murraya, 1938).
6. Istnieją modalne potrzeby psychologiczne, z którymi żyjemy, i które definiują naszą osobowość, a także witalne potrzeby psychologiczne, których braku spełnienia nie da się wytrzymać, co definiuje samobójstwo. Potrzeby te wzajemnie się dopełniają w danej osobie, chociaż wcale nie są tym samym.
7. Podstawą w wyprowadzeniu osoby ze stanu suicydalnego jest zidentyfikowanie i odciążenie jednostki od niespełnionych potrzeb witalnych. Terapeuta powinien mieć na uwadze tenże schemat potrzeb psychologicznych, aby jak najlepiej dopasować sposób leczenia do pacjenta. Często załagodzenie problemu niespełnionych potrzeb wystarczy, by uratować czyjeś życie.

Przełożyła: Paulina Durakiewicz