

Edwin Shneidman, *Suicide among the gifted* [w:] Shnaidman E., *Suicide as Psychache*, 1995.

Samobójstwo wśród uzdolnionych

WSTĘP I KONTEKST

Rozdział ten bazuje na dwóch podstawowych założeniach: (a) że zauważalne wskazówki zwiastujące samobójstwo u dorosłego mogą zostać zauważone już we wcześniejszej historii przypadku, i (b) że pożyteczne jest znalezienie tych ostrzegawczych wskazówek pod względem zaburzeń i śmiertelności.

Długoterminowe badania, z których zaczerpnięte zostały te informacje przeprowadził Lewis M. Terman (w roku 1921) na 1528 uzdolnionych osobach¹. Terman i jego współpracownicy postawili sobie za zadanie przeszukać kalifornijskie szkoły publiczne w poszukiwaniu wyjątkowo bystrych młodych osób. Ich celem było zbadanie, jakimi dziećmi były osoby utalentowane, jakimi stają się dorosłymi i jakie czynniki mają wpływ na ich rozwój (Oden, 1968). Badanie to, rozpoczęte pół wieku temu, trwa do dzisiaj [roku 1995].

W gronie 1528 badanych znalazło się 857 mężczyzn oraz 671 kobiet. Próba składała się z dzieci (średnia wieku: 9,7 lat) o IQ (liczonego w Stanfordzkiej Skali Inteligencji Bineta) wysokości 140 punktów lub więcej – średnia wynosiła ponad 150 punktów – a także grupy młodzieży ze szkół średnich (średnia wieku: 15,2), która osiągnęła wyniki Grupowego Testu Umiejętności Psychicznych Termana mieszczące się w najwyższym 1%. Moja analiza zostanie ograniczona do badanych płci męskiej, 80% z których urodziło się między rokiem 1905 a 1914.

Zebrano ogromną ilość danych. W czasie pierwotnych badań w latach 1921-1922 uwzględniano historię rozwoju, historię chorób, wyniki badań lekarskich, środowisko domowe i rodzinne, historię edukacji, uwarunkowania charakterologiczne i oceny osobowości dokonane przez nauczycieli i rodziców, testy zainteresowań, testy osiągnięć szkolnych i tym podobne. Co więcej, w 1924, 1925, 1936, 1940, 1945, 1950, 1955 i 1960 odbyły się kolejne systematyczne kontrole, przeprowadzone przez korespondencje listowne bądź też osobiste wizyty. Podczas badań terenowych (1921, 1927, 1940 i 1950) przeprowadzone zostały

¹ Badanie zostało przeprowadzone, kiedy autor był pracownikiem Centrum Zaawansowanych Badań nad Naukami Behawioralnymi [Center for Advanced Study in the Behavioral Sciences] w latach 1969-1970. Dostęp do poufnych wyników badań zapewnił profesor Robert R. Sears, który, wraz z profesorem Lee. J. Cronbachem był wykonawcą badania Termana. Wyniki są własnością Uniwersytetu w Stanford. Autor jest szczególnie wdzięczny Pani Melisie Oden i Pani Sheili Buckholtz, długoletnim pracownikom zaangażowanym w projekt badawczy nad utalentowanymi, za ich pomoc w przygotowywaniu odpowiednich danych, za porady i opiekę.

wywiady z badanymi oraz ich rodzinami, a także testy inteligencji, testy osobowości oraz inne ankiety.

Badania Termana zainspirowały i pomogły dwóm generacjom badaczy; dzięki nim zaszło wiele zmian w podejściu do tematu osób uzdolnionych i sposobie przekazywania o nich wiedzy. Szczegółowe opisy badanych na różnych etapach życia, jak i podsumowania najważniejszych odkryć są dostępne w serii publikacji autorstwa profesora Termana i jego głównej współpracownicy, Melity Oden (Oden, 1968; Terman, 1925, 1940, Terman i Oden, 1947, 1959). Oprócz niespotykanej długoterminowości (Stone i Onque, 1959) badania Termana wyróżniają się w jeszcze wielu aspektach, w tym w zakresie kontaktu, jaki badacze utrzymali z badanymi przez prawie pół wieku. W roku 1960 jedynie 1,7% z 1528 badanych zaprzestało jakiegokolwiek komunikacji z badaczami.

Prawie każda osoba pracująca w dziedzinie psychologii i pedagogiki zna podstawowe wnioski wyciągnięte z badań Termana, że dzieci obdarzone bystrym intelektem są – w przeciwieństwie do wcześniejszych założeń o wątpliwości, słabości, nieprzystosowaniu czy jednostronności – ogólnie patrząc zdrowsze fizycznie i psychicznie, a także odnoszą więcej sukcesów niż ich mniej utalentowani rówieśnicy. Niecodzienny umysł, pełne energii ciało i dobrze przystosowana społecznie osobowość nie są ze sobą niezgodne².

Statystyki dotyczące śmiertelności dla badanej grupy są następujące: w 1960 roku – kiedy średnia wieku badanych wynosiła 49,6 lat – udokumentowano 130 śmierci (83 mężczyzn i 47 kobiet). Wskaźnik umieralności wynosił odpowiednio 9,8% dla mężczyzn i 7,2% dla kobiet – 8,6% dla całej grupy. Powołując się na wskaźniki żywotności Dublina (Dublin, Lotka i Spiegelman, 1949) 13,9% białych mężczyzn, 10,1% białych kobiet i 12% ogólnej populacji, która dożyła 11 roku życia umrze przed 50 rokiem życia. W 1960 roku dane ukazywały więc znacznie korzystniejsze statystyki dotyczące śmierci w grupie Termana, aniżeli w ogólnej białej populacji w tym samym wieku.

W 1960 roku do 110 spośród 130 śmierci w grupie Termana, czyli 61%, doszło na skutek przyczyn naturalnych (najwięcej mężczyzn zmarło w związku z zaburzeniami sercowo-

² W ramach badań Termana dotyczących osób uzdolnionych, Catharine M. Cox (1926) przeprowadziła kompleksowe badania retrospektywne obejmujące analizę inteligencji dzieci pośród 301 mężczyzn historycznie uważanych za bystrych, urodzonych po roku 1450. W tej grupie znalazło się 119 osób, u których stwierdzono inteligencję wysokości 140 punktów lub wyższą (oto przykładowe imiona, po jednej osobie z pięciostopniowych grup punktowych od 140 do 190 punktów IQ: Carlyle, Jefferson, Descartes, Hume, Pope, J. O. Adams, Volter, Schelling, Paskal, Leibnitz i J. S. Mill). Jeśli chodzi o samobójstwa pośród tej wyjątkowej grupy stwierdzono, że dokonał go jedynie Thomas Chatterton, w wieku 17 lat.

naczyniowymi, najwięcej kobiet zmarło na nowotwory). Wypadki doprowadziły do śmierci 19 mężczyzn i jedynie 5 kobiet. 5 mężczyzn zginęło podczas II wojny światowej. Nikt nie zmarł na skutek morderstwa. Jedna śmierć okazała się zbyt niejednoznaczna, by definitywnie ją zaklasyfikować. Do 1960 roku, w wyniku samobójstwa zmarło 14 mężczyzn i 8 kobiet (do 1970 roku w grupie udokumentowano 28 samobójstw, 20 mężczyzn i 8 kobiet).

Analiza wykazu śmierci samobójczych [...] wykazała, że zidentyfikować można kilka podgrup suicydentów: śmierci uczniów/studentów, osób w wielu 30-40 lat i w wieku średnim. Pośród 28 samobójstw – osób obu płci, w wieku od 18 do 63 lat (rozpiętość wieku wyniosła więc 45 lat), w latach od 1928 do 1968 (40 lat), dokonanych różnymi sposobami (zatrucie, utonięcie, zastrzelenie) wyróżnić można było grupę 5 osób [...] – wszyscy byli mężczyznami urodzonymi w podobnym okresie (1907-1916), z czego czterech z nich dokonało samobójstwa w ciągu okresu jednego roku (w 1965 lub 1966), wszyscy byli również w wieku średnim (śmierci w wieku 43, 50, 51, 53 i 58 lat) i użyli tej samej metody do odebrania sobie życia (broń palna). Istnienie tej wyróżniającej się podgrupy zdawało się unikalną szansą do przeprowadzenia wnikliwych badań³.

Na liście wszystkich nieżyjących już badanych znalazło się jeszcze 10 innych mężczyzn, urodzonych w podobnym okresie (1910-1914) co wyżej wspomniani suicydenci, zmarłych na skutek przyczyn naturalnych (nowotworu bądź choroby serca) w tym samym czasie co 4 z 5 suicydentów (1965-1966). Ukazała się więc oczywista sposobność do badania, do którego użyłem metody ślepej próby [blind analysis].

Spośród wszystkich badanych wybrano grupę 30 osób: 5 osób, które odebrały sobie życie, 10 osób zmarłych naturalnie oraz 15 osób, które nadal żyły. Dwie ostatnie grupy osób dopasowane zostały do suicydentów pod względem wieku, ich zawodu oraz zawodu ich ojca. Każdy z przypadków został tak przeredagowany przez M. Oden, że nie wiedziałem, czy dana jednostka dalej żyje czy nie (usunięto certyfikaty śmierci, wycinki z gazet i inne „poszlaki świadczące o śmierci”). Dokumenty dotyczące spraw przychodziły do mnie pojedynczo, w losowej kolejności. Chociaż nie wiedziałem, czy dana osoba żyła czy nie, lub czy umarła

³ W fachowej literaturze dotyczącej samobójstwa trudno jest znaleźć wywiady lekarskie bądź historie choroby osób, które *dokonały* samobójstwa (nie brakuje natomiast materiałów dotyczących osób, które dokonały prób samobójczych). Na myśl przychodzi jedynie 4 źródła – rozciągnięte na okres ponad 50 lat: ekstensywne badania Ruth Cavan (1928, 198-248) dotyczące pamiętników dwóch młodych dorosłych, raport Binswagera (1958) dotyczący 33-letniej Ellen West, ekstensywne raporty Koblera i Stotlanda (1964, 98-251) dotyczące 4 hospitalizowanych pacjentów „szpitala dla umierających” w wieku 23, 34, 37 i 56 lat, którzy dokonali samobójstwa w ciągu jednego miesiąca; oraz opatrzona przypisami biografia Alvareza (1961).

z naturalnych lubi nienaturalnych powodów, znałem liczbę przypadków zaliczających się do każdej z 3 grup.

OCENA ZABURZEŃ („WYKRES ŻYCIA”)

Przypadki poddane zostały analizie w kontekście dwóch podstawowych wartości (według których ocenione może zostać każde życie): zaburzenia [perturbations] i śmiertelność [lethality]. Zaburzenia odnoszą się do stopnia niepokoju/rozstrojenia (zaniepokojenia, zdenerwowania, zdrowia lub braku zdrowia psychicznego, wzburzenia) w życiu pacjenta – ocenianego, dla przykładu, w skali od 1 do 9⁴. Śmiertelność odnosi się z kolei do prawdopodobieństwa, że jednostka odbierze sobie życie (śmiertelność omawiam w sekcji poniżej). Dla każdego z 30 przypadków stworzono orientacyjną ocenę stopnia „zaburzenia” w okresie wczesnego dzieciństwa, dorastania, szkoły średniej, studiów, wczesnego małżeństwa i wieku średniego. Tropów szukano w momentach utraty czy zachwiania spokoju, szczególnie wszelkich dowodów na zmiany i zróżnicowania w poziomie stresu. Podjęto próbę zaklasyfikowania materiałów pod nazwami takimi jak „wczesne sygnały”, „porażki”, i „wskaźniki” – każde z pojęć wyjaśnione jest niżej.

„Wykres życia” stworzony został dla każdego przypadku, z grubsza podążając za metodą stworzoną przez Adolfa Meyera (1951, 1952). W każdym z przypadków dokumenty były analizowane w porządku mniej lub bardziej chronologicznym, podejmując próbę uszeregowania materiałów w sekwencji czasowej, pamiętając o liczbie pokrewnych wątków. [...]

Wymieńmy jeden z przykładów zaburzeń (przypadek mężczyzny, który, jak się potem okazało był jednym z 5 samobójców): doradca ze szkoły średniej napisał o jednym z młodych mężczyzn, że był: „niestabilny emocjonalnie, zmienny w kwestiach moralnych, „włóczył się”, w stosunku do nauczycieli traktujących go jak dorosłego zachowywał się nienagannie, kłótlivy w relacjach z innymi pedagogami”. Wizytacja domowa doradcy zaowocowała z kolei takim zapisem: „Ogromnie go lubię; jest lepszym towarzyszem niż większość nauczycieli”.

⁴ Podkreślam jednak: podstawowe założenie całego projektu jest takie, że przypuszczenia jednostki co do ustania [życia] składają się z dwóch faz; znaczy to, że każda osoba dorosła w dowolnym momencie (a) ma mniej lub bardziej długofalową, stosunkowo długotrwałą, wszechogarniającą, notoryczną, charakterologiczną orientację co do „ustawiania” jako integralnej części swojej natury psychologicznej (mającej wpływ na filozofię życia, potrzeby, aspiracje, identyfikację, świadome przekonania itd.) oraz (b) jest zdolny do doświadczenia wnikliwych, krótkotrwałych, pogarszających się zmian co do prawdopodobieństwa ewentualnego ustania [życia]. To zwykle określane jest mianem tego, że jednostka stała się narażona na samobójstwo. Dlatego też kluczowym jest, w sytuacji analizy całościowej podejścia jednostki do zakończenia swojego życia, by znać zarówno czynniki długo- jak i krótko-trwałe (brak takiej analizy jest jednym z powodów, dla których dotychczasowe próby odnoszenia stanu suicydalnego do wyników testów psychologicznych okazywały się jałowe).

Dziesięć lat później badany napisał o sobie sam: „Moje talenty, jeśli jakieś były to niczym kometa – zapaliły się tak szybko, jak zgasły”.

Wczesne sygnały

W tej kategorii znajdują się najważniejsze relacje interpersonalne badanego, szczególnie te z ojcem i matką. Materiały zawarte w „teczkach” badanych zawierały ocenę stosunku do rodziców i wzajemnych interakcji. Niektóre z informacji dotyczących tych relacji zdają się wyjątkowo interesujące. W materiałach dotyczących roku 1940 – kiedy średni wiek w grupie wynosił 29,8 lat – pojawiła się seria pytań dotyczących wcześniejszych konfliktów i przywiązania do ojca oraz matki. Odpowiedzi 5 mężczyzn, którzy finalnie stworzyli podgrupę badanych przez mnie osób-samobójców, zbiegały się w 3 podpunktach: (a) na pytanie o ulubionego rodzica jedynie jedna osoba wspomniała o ojcu; (b) na pytanie o natężenie konfliktów między badanym a ojcem oraz badanym a matką, dwóch na pięciu wspomniało o umiarkowanym lub silnym konflikcie z ojcem, podczas gdy żaden z nich nie wspomniał o umiarkowanym lub silnym konflikcie z matką; (c) jeden z suicydentów, który w najbardziej oczywisty sposób został przez ojca odrzucony (i który zaznaczył obecność konfliktu w ich relacji) był jedyną osobą, która podkreśliła, że „tylko jeden człowiek... miał ogromny wpływ na jego życie”. Dalej napisał: „Sądzę, że mój ojciec jest odpowiedzialny za to, jaki wykształciłem w sobie kod etyczny: znaczenie szczerości i sprawiedliwego podejścia w każdej relacji”. To właśnie jego ojciec nalegał, by ten pracował w rodzinnej firmie i nazywał go głupim, gdy, ze względu na swój temperament, nie wykazywał zdolności do prowadzenia biznesu podobnych do swojego starszego brata.

Z nie do końca znanych powodów, w przypadku wybranych 5 suicydentów, relacje z ojcami okazywały się znacznie bardziej wyboiste niż z matkami. Możliwe jest, że szczególnie bystre dzieci stają się zwykle ulubieńcami matek i z tych samych powodów są rywalami ojców – stąd naturalnie przychodząca tendencja do częstszych konfliktów między synem a ojcem, aniżeli między synem a matką (brzmi całkiem znajomo – każdy psycholog zna ten schemat).

Podczas studiowania materiałów najwięcej uwagi poświęcono doszukiwaniu się dowodów na przebyte we wczesnym etapie życia traumy i stres (zarówno w dużym, jak i niewielkim zakresie) prowokowany przez rodziców, a także przez odrzucenie przez kogoś z rodziców. Patrząc z perspektywy czasu, szukałem doświadczeń na szerokim spektrum: od najłagodniejszych i niegroźnych do najbardziej stresujących i traumatycznych.

Materiały z teczek wskazywały, że w momencie rozpoczęcia badań w zasadzie wszyscy mężczyźni opisywani byli w pozytywny sposób. Dla przykładu, wczesne wizytacje domowe przeprowadzone pośród 5 mężczyzn, którzy jak się później okazało znaleźli się w grupie 5 badanych śmierci samobójczych, skutkowały takimi oto zapisami: „Atrakcyjny chłopak, dobrze zbudowany, przystojna twarz, ujmujący”. „Okrągły, pyzaty chłopak, bardzo urocza twarz”. „Ujmujący chłopiec, odznaczający się szeroko pojętą inteligencją. Zawdzięcza to w większości bardzo rozsądnej matce”. „Przyjazny, radosny, piegowaty chłopak”. „Wysoki jak na swój wiek”.

Z początku psychologiczne obrazy większości osób uczestniczących w badaniach Termana zdawały się łagodne. Niemniej jednak w 2 na 5 przypadków już na wczesnym etapie zauważyć można było subtelne zapowiedzi przyszłych wydarzeń: „Nieustannie towarzyszy swojemu ojcu, chociaż nie jest jego faworytem” (kilka lat później, kiedy chłopiec miał 14 lat, nauczyciel napisał o nim: „Rodzice chłopaka reprezentują zupełnie dwa sposoby myślenia; jego matka widzi go w college’u, ojciec z kolei uważa, że jest to zupełnie bezwartościowe rozwiązanie dla osoby, która będzie przejmowała rodzinną firmę. Chłopiec nie wykazuje specjalnej asertywności. Lepiej odnajduje się w rozważaniach teoretycznych, woli idee niż materie). Tego samego roku jego matka zanotowała, że największymi jego wadami są „brak dedykacji i nieodpowiedzialność” – raczej typowe dla 14-latków.

Kolejny przykład: dziecko zostaje skategoryzowane przez matkę jako „przeciętne” przy ocenie następujących cech: roztropność, pewność siebie, optymizm, stałość nastroju, egotyzm, prawdomówność. Oczywiście nie możemy być pewni, ile z tych informacji jest trafnym osądem, czy też, ile z nich jest samospełniającą się przepowiednią.

Jeszcze jeden przykład: kiedy chłopiec miał 14 lat, rodzice, którzy byli na dłuższym wyjeździe, otrzymali od dyrektora jego szkoły z internatem serię listów. Dotyczyły one szczerości ucznia, przy okazji wyrażając jeszcze inne spostrzeżenia: „Mamy nadzieję stworzyć z niego rzetelnego, młodego człowieka. Jesteśmy osobami, których nie może oszukać i przy nieustannej czujności z naszej strony na pewno chłopcu uda się pokonać te trudności”. Kilka lat później jego matka napisała: „jego sukcesy w dużej mierze będą zależne od dobrych układów ze swoimi współpracownikami”.

Pozbawienie sukcesów

W monografii Melity Oden (1968) znalazło się wiele porównań pomiędzy 100 osobami badanymi przez Termana, ocenianych jako odnoszących najwięcej, jak i najmniej sukcesów

(do obu kategorii przypisana była taka sama liczba osób). Przy każdej z 30 badanych przeze mnie osób podjąłem próbę zaklasyfikowania jej na spektrum sukces-porażka. W podsumowaniu 8 przypadków znalazło się w kategorii „wyraźnego sukcesu”, a 5 innych w kategorii „porażki”. Jak się potem okazało, żadna z osób z grupy „wyraźnego sukcesu” nie dokonała samobójstwa, natomiast 3 z grupy „najdotkliwszych porażek” odebrało sobie życie⁵.

Przykład: niezwykle bystry chłopak (IQ 180), świetnie radzący sobie w szkole średniej zarówno na zajęciach jak i przy aktywnościach pozalekcyjnych. Kiedy miał 15 lat profesor Terman napisał do niego: „Uważam, że nie ma co wątpić w fakt, że świetnie spisałby się jako student Stanfordu”. W ciągu roku, w wieku 16 lat, chłopak dostał się na Stanford i został z niego wyrzucony. W końcu, po roku pracy ekspedienta wrócił do college’u i go ukończył. Zdobył wykształcenie prawnicze uczęszczając do szkoły wieczorowej. Został adwokatem w dużej firmie prawniczej. Opisywano go jako nietowarzyskiego i nieśmiałego. W wieku lat 40 sam stwierdził, że zdarzało mu się pić za dużo alkoholu, jednak nie na tyle, by przeszkadzało mu to w pracy. Jego żonę określano jako niezwykle energiczną, jego jako osobę wycofaną. Po ataku serca jego dochód zmniejszył się o połowę. Opisał siebie jako człowieka znacznie mniej zainteresowanego pięciem się po szczeblach kariery i zyskami finansowymi.

Wskaźniki [signatures]

Przy analizie każdego przypadku szukałem szczególnych (choćby negatywnych) wyznaczników mogących samodzielnie lub w połączeniu z innymi wskazywać na skłonność do samobójstwa. Dla przykładu: alkoholizm, orientacja homoseksualna, groźby samobójstwa, wyraźna niestabilność w osiąganiu sukcesów, depresja, neurastenia, niewydolność oddechowa. Każdy z 5 przypadków badanych samobójstw charakteryzował się obecnością co najmniej jednej z tych kategorii. Te wyznaczniki pojawiały się również u kolejnych 8 badanych (z grupy 30 samobójstw). Elementy same w sobie niekoniecznie wskazują na samobójstwo, jednak w połączeniu z innymi pojawiającymi się oznakami składały się na ważny fragment całościowego obrazka zapowiadającego przyszłe wydarzenia.

Kolejny przykład, tym razem uwydatniający długotrwałą stabilność jednostki: kiedy chłopiec miał 7 lat, jego matka napisała, że „jest skory do stawiania jak najmniejszego oporu”. W tym

⁵ Pośród 20 mężczyzn, którzy odebrali sobie życie, co najmniej 3 było uważanych za odnoszących wyraźne sukcesy, jak na standardy grupy osób utalentowanych: dwóch uczestniczących w badaniu z 1960 i jeden, który dokonał samobójstwa w 1938, pomimo nienaganej historii, aż do momenty śmierci w wieku 28 lat. Patrząc na drugi koniec skali, 3 zostało ocenionych jako odnoszący najdotkliwsze porażki: dwóch w 1940 (umarli przed rokiem 1960) i jeden podczas ewaluacji w roku 1960 (Oden, 1968).

samym czasie jego nauczycielka oceniła go wysoko w kategoriach pragnienia odnoszenia sukcesu, ogólnej inteligencji i oryginalności, przeciętnie w kategoriach roztropności, wspaniałomyślności i pragnienia wiedzy, wreszcie nisko w kategoriach siły woli, optymizmu i szczerości. Jednocześnie wskazała, że chociaż chłopak pochodzi z dobrego domu ma skłonności do zmiany nastroju i „dąsania się”. Kiedy kończył 8 lat jego matka wysoko oceniła jego siłę woli i pragnienie wyznaczania własnej ścieżki, stwierdziła też, że szkoła była dla niego niezwykle prosta, co odzwierciedlały bardzo dobre oceny. Gdy chłopiec miał 10 lat, jego rodzice rozwiedli się. Gdy osiągnął wiek 12 lat jego nauczyciel zapisał, że chłopiec nie jest najlepszym uczniem, i że pracuje jedynie nad prostszymi zadaniami, że jego mentalne nawyki kierowały go raczej ku lenistwu. W wieku 16 lat ukończył szkołę średnią z ocenami na poziomie „trójek” [C]. Nie uczył się w college’u. Po dwudziestce został artystą. Był żonaty. Służył w armii podczas II wojny światowej. Po powrocie stał się bezrobotny, a jego żona opisywała go jako „niedojrzałego, niestabilnego, nieodpowiedzialnego i ekstrawaganckiego”. Przez jego powtarzające się romanse zdecydowała od niego odejść (mimo twierdzenia, że ma do niego słabość). Nazwała go impulsywnym, romantycznym i niestabilnym. Po 30 roku życia przez chwilę pracował jako artysta komercyjny. Napisał do profesora Termana: „jestem cytryną w Twojej grupie”. W formie żartu sugerował, że jego hobby jest obserwowanie kobiet siedząc na barowym stołku. Ożenił się ponownie. Pisał do profesora Termana w kontekście swojej sztuki, że „uzyskał sporo uznania wśród najbliższej widowni”, ale że jego pracy nie wystawiono jeszcze na żadnej wystawie. Jego życie było pasmem wzlotów i upadków, zbiorem impulsywnych zachowań i nieustannej niestabilności, mimo polepszenia statusu w latach 1950.

Zostając w temacie wzlotów i upadków, generalnie każde szybkie, nieoczekiwane zmiany dotyczące statusu żyjącego lub jego stylu życia mogą okazać się podejrzane (w kontekście narażenia na samobójstwo), szczególnie zmiany dotyczące *obniżenia się* statusu, pozycji czy dochodu. Z reguły, pracując w polu prewencji samobójstw nauczono się rozpoznawać każdą nowszą zmianę w stylu życia jako możliwy katalizator decyzji samobójczych.

OCENA ŚMIERTELNOŚCI (AUTOPSJA PSYCHOLOGICZNA)

Oprócz „wykresu życia” kolejnym narzędziem, jakiego użyliśmy do badań, a który wykorzystywałem już w przeszłości, była „autopsja psychologiczna”. Polega ona na retrospektywnej rekonstrukcji dotychczasowego życia badanego pod względem śmiertelności, czyli momentów, w których „pada światło” na kierunek relacji z własną śmiercią, wskazówki co do tego, jaka była to śmierć, poziom (jeśli w ogólne jakiś istniał) uczestnictwa osoby w swojej własnej śmierci i powodów, dla których śmierć nastąpiła w danym czasie.

Głównym zadaniem autopsji psychologicznej jest pomóc sędziom śledczym i innym osobom badającym ciało osądzić (choć przyczyna śmierci może być jasna, na przykład uduszenie, utonięcie czy otrucie lekami nasennymi), czy śmierć nastąpiła na skutek wypadku czy samobójstwa. Naturalnie więc autopsja psychologiczna służy określeniu, czy zmarły przyczynił się do własnej śmierci.

W ostatnich latach pojawiło się wiele publikacji dotyczących tego tematu: Litman i współpracownicy (Litman i inni, 1963) opisali ogólne zastosowanie klinicznie autopsji; Curphey (1961) pisał o użyciu jej z medyczno-prawniczego punktu widzenia patologa sądowego; Weisman i Kastenbaum (1968) z kolei odnieśli się do tej metody przy badaniach ostatnich faz życia. W innym tekście (Shneidman, 1969b) wyróżniłem trzy rodzaje (i użycia) autopsji psychologicznej. Każda z nich połączona jest z odpowiedzią na jedno podstawowe pytanie: (a) dlaczego osoba dokonała samobójstwa? (b) dlaczego osoba umarła w tym właśnie czasie? (c) jakie w tym przypadku jest najbardziej precyzyjne określenie trybu, w jakim doszło do śmierci? Celem takiej autopsji psychologicznej jest analiza śmierci, której znamy przyczynę, jednak której tryb pozostaje niejasny; tak, aby jak najbardziej „rozjaśnić” sytuację i dotrzeć do prawdy. Pierwotnie metoda autopsji psychologicznej wyrosła ze starań głównego sędziego śledczego okręgu Los Angeles (wtedy był nim dr Theodore J. Curphey) i pracowników Centrum Prewencji Samobójstw w Los Angeles, jako próba wykorzystania nauk behawioralnych w rozwiązywaniu problemu niejednoznacznych śmierci. W 10% spraw, w których tryb śmierci nie był jasny, sędzia śledczy musiał rozstrzygać, czy śmierć była wypadkiem czy samobójstwem. Zaprezentuję więc trzy uproszczone przykłady:

1. Przyczyna śmierci: uduszenie przez utonięcie. Kobieta znaleziona we własnym basenie. Pytanie: czy „utonąła” (wypadek), czy było to działanie zamierzone (samobójstwo)?
2. Przyczyna śmierci: obrażenia spowodowane wieloma zmiżdżeniami. Mężczyzna znaleziony u stóp budynku. Pytanie: Czy spadł (wypadek), czy skoczył (samobójstwo)? Co więcej, może został zepchnięty (morderstwo)?
3. Przyczyna śmierci: zatrucie lekami nasennymi. Kobieta znaleziona w łóżku. Pytanie: Czy zaskoczyłoby ją to, że nie żyje (wypadek), czy to właśnie zaplanowała (samobójstwo)?

[...]

W praktyce użycie autopsji psychologicznej polega na przeprowadzeniu wywiadów z bliskimi domniemanego samobójcy (rodziną i przyjaciółmi) i rekonstrukcji jego roli we własnej śmierci. Przy obecnym badaniu naturalnie byłem ograniczony do materiałów z dostępnych mi folderów.

Wszystkie kategorie, jakie omówiłem wyżej, zaburzenia, w tym „sygnały zwiastujące”, porażki i wskaźniki połączone zostały w jeden wskaźnik śmiertelności danej osoby, czyli prawdopodobieństwo, że popełnił bądź popełni samobójstwo w najbliższej przyszłości. Przy ocenie kierowałem się również dwoma dodatkowymi wyznacznikami: (a) kluczową rolą osoby bliskiej, oraz (b) konceptem „częściowej śmierci” (lub „chronicznego samobójstwa” czy wypalenia życiowego).

Kluczowa rola osoby bliskiej

Dla narażonego na samobójstwo dorosłego zachowanie bliskiej osoby, w szczególności żony, może być zarówno ratujące życie, jak i prowokujące do samobójstwa. Przeprowadzony odczyt przypadków doprowadził mnie do wniosku, że partnerka może być elementem przesądającym o życiu i śmierci. Na ogół żona, która wykazuje wrogość, niezależność, chęć rywalizacji, nie jest oparciem dla męża okazuje się przypieczętowywać jego samobójczą śmierć, podczas gdy pomocna, wspierająca, pozycjonująca się podrzędnie żona może uratować mężczyznę, który, przynajmniej według mojej klinicznej oceny, w innym wypadku odebrałby sobie życie.

Jeśli te ogólne kliniczne przypuszczenia odnośnie kluczowej roli małżonka są prawdziwe, to w tych przypadkach istnieje bardzo duży potencjał prewencyjny, szczególnie, że jest to osoba, z którą potencjalny suicydent jest w ciągłym kontakcie. Terapia lub program edukacyjny musi uwzględnić małżonka, a nawet poświęcić mu więcej uwagi, niż potencjalnemu suicydentowi. Naturalnie, należy dokładnie przyjrzeć się świadomym i nieświadomym zachowaniom kierowanym w stronę małżonka. W sytuacji, w której żona wykazuje dużą chęć rywalizacji (a nawet nieświadomie życzy mężowi śmierci), używanie jej jako pomocniczego terapeuty finalnie wyrządzić może znacznie więcej złego. Możliwe jest, że w niektórych przypadkach ratującą życie okazuje się separacja. Te wszystkie domysły nie mają oczywiście zakwestionować statusu żony, a raczej zaangażowanie ją w odpowiedni sposób. Równie dobrze, przy badaniach skupiających się na samobójstwach wśród kobiet, podobne wnioski można by wyciągnąć co do statusu męża.

Pojęcie śmierci częściowej [partial death]

Śmierć częściowa jest zjawiskiem powszechnie znanym w badaniach suicydologicznych. W literaturze fachowej została rozpowszechniona przez Karla Menningera (1938) w książce „Man Against Himself” [„Człowiek przeciwko sobie”]. Mając uzasadnione podstawy psychologiczne odrzuca dychotomiczną naturę śmierci psychologicznej i utrzymuje, że niektóre życia są jedynie wycinkami czegoś większego i że istnieją egzystencje cząstkowe.

Henry Murray (1967) rozszerza ten motyw w swoim tekście „Dead to the World” [„Martwy dla świata”]:

„Kiedy wybrałem wyrażenie „martwy dla świata” myślałem o różnorodnych stanach psychicznych charakteryzujących się wyraźnym osłabieniem lub nadchodzącym ustaniem wpływu, w co zaangażowane są dwie hemisfery: świata wewnętrznego i zewnętrznego. Dochodzi do sytuacji, w której najbardziej podstawowe źródła witalności danej osoby wysychają, jakby był on jałowy lub pusty w samym jądrze swojego jestestwa. To stan uderzającego braku czegokolwiek, poza najbardziej niedbałymi i powierzchownymi relacjami międzyludzkimi; zarówno to, co dajemy, jak i to, co przyjmujemy, ograniczone jest do poziomu minimalnego... Mówiłem już o osłabieniu lub zaprzestaniu odczuwania, tej jednej części składowej świadomości, zakładając, że ta kondycja jest w jakiś sposób analogiczna do zaprzestania odczuwania świadomości w całościowym wymiarze. Jeśli zaprzestanie odczuwania jest chwilowe, przypomina sen, jeśli jest stałe (praktyczna antropia życia emocjonalnego), przypomina śmierć, stan mózgu i ciała, kiedy poddaje się gorączkowo działający w korze pierwotnej metabolizm. W stanie pozbawionym uczucia ten ogień może i dalej się pali, nie daje jednak ani światła, ani ciepła” (strona 9).

Ostatnie zdanie dotyczące palącego się ognia doprowadziło mnie do przemyśleń na temat osób wypalonych – osób, których życie było w pewnym sensie „chronicznym samobójstwem”, żyjącą śmiercią, życiem bez ambicji i zdaje się, bez celu.

W rankingach śmiertelności badanych 30 przypadków, największą trudność sprawiły mi przewlekłe, pozbawione osiągnięć, „częściowo umarłe” życia. Osądziłem, że umieszczę ten rodzaj osoby w pierwszej dwunastce jeśli chodzi o śmiertelność, ale nie w pierwszej piątce. Zrobiłem tak będąc przekonanym, że właśnie ten stan życia w pewnym sensie jest substytutem faktycznego samobójstwa; w tych wypadkach *raison d'être* odebrania sobie życia był nieobecny, że takie spłaszczone życie same w sobie było zachowaniem niesprzyjającym (Sheidman, 1963).

WYNIKI ŚLEPEJ ANALIZY KLINICZNEJ

W dniu ukończenia przeze mnie ślepej analizy 13. przypadku, napisałem memorandum do profesora Searsa, brzmiące następująco:

Moja analiza danych, możliwie nawet same dane, nie pozwalają mi na określenie z całą pewnością, które z tych przypadków zakończyły się samobójstwem. Mogę natomiast

spróbować – opierając się na moich subiektywnych ocenach zaburzeń i śmiertelności jednostek – wybrać i uszeregować 11 kandydatów, którzy wydali mi się najbardziej narażeni na samobójstwo. Byłbym zaskoczony, gdyby jedna z pozostałych 19 osób odebrała sobie życie. Moja klasyfikacja wygląda więc następująco...

Następnie M. Oden, S. Buckholtz i ja spotkaliśmy się, alby wspólnie „odszyfrować” moje przypuszczenia. Okazało się, że osoba, którą oznaczyłem jako najbardziej skłoną do popełnienia samobójstwa faktycznie odebrała sobie życie, badany numer 2 również, badany numer 3 dalej żył, badany numer 4 dokonał samobójstwa, podobnie numer 5 i 6. Badani o nadanych numerach 7 i 9 dalej żyli, natomiast badani o numerach 8, 10 i 11 zmarli śmiercią naturalną. Statystycznie, wytypowanie 4 lub 5 z 5 przypadków samobójstwa w sposób losowy jest prawdopodobne jak 1 do 1:131 – szansa na poziomie .000884. Oczywiście, hipotezę zerową, że nie ma żadnych dostrzegalnych wskazówek zwiastujących samobójstwo, z dużą pewnością można odrzucić. [...]

Duża część moich analiz polegała na użyciu dedukcji, czasami nawet intuicji – co pokazuje, że nie każdy kognitywny „manewr” może zostać wykryty, a co dopiero zakomunikowany. Mimo to głęboko wierzę, że grupa doświadczonych profesjonalistów mogłaby dokonać podobnej ewaluacji. Jestem również przekonany, że ilość informacji, jaką w ciągu ostatnich 20 lat wygenerowali suicydologowie jest świetną podstawą do wydawania takich właśnie ratujących życie osądów w warunkach klinicznych - każdego dnia. Tego rodzaju wiedza jest dzisiaj poważaną częścią nowej dyscypliny suicydologii.

Jednym z najbardziej uderzających rezultatów badania było spostrzeżenie, że u osób, które dokonały samobójstwa w wieku około 50 lat, droga, którą zmiierzają widoczna była *jeszcze przed 30 rokiem życia*. Dane zebrane po 30 roku życia jedynie umacniały podejrzenie samobójczego rezultatu, który zdążył się już uformować wcześniej. Istniało kilka przypadków, u których wcześniejsze podejrzenie uległo zmianie w 30-40 roku życia, za sprawą dwóch elementów: (a) psychologicznie wspierającej żony, lub (b) wypalenia indywidualnego parcia i ekspresji emocji. W tym drugim wypadku, stan psychologicznego wyjałowienia i braku sukcesów zdawała się być ceną za kontynuację życia.

Jakie wysnułem wnioski badając samobójstwa w grupie utalentowanych mężczyzn? Najkrótsze możliwe podsumowanie może zostać sformułowane tak: *postać ojca*, nawet jeśli nieobecny, wyznacza kierunek życia ku samobójstwu; *szkoła i praca* (oraz poczucie niższości i nieustannego braku nadziei) stan ten pogarszają; w końcu małżonka, w niektórych

przypadkach, może okazać się ratunkiem (lub jeszcze bardziej popchnąć w kierunku śmierci z własnej ręki). Pośród 5 jednorodnych samobójstw da się wyróżnić 3 rodzaje sygnałów zapowiadających śmierć – związanych z niestabilnością, traumą i kontrolą.

Niestabilność

Z reguły na własne życie targają się osoby, w których dominuje niestabilność (aniżeli stabilność). Tak jak pisałem wcześniej, niestabilność jest synonimiczna z zaburzeniem.

Długotrwała niestabilność

Jako przykłady przewlekłej, długotrwałej niestabilności wymienić można hospitalizację neuropsychiatryczną, mówienie o samobójstwie lub grożenie nim, alkoholizm, wielokrotne rozwody i jakiegokolwiek niecodzienne psychodynamiczne środowisko – mimo, że te czynniki wystąpiły jedynie w jednym z pięciu przypadków. Przykłady: Pan. A: poddany hospitalizacji neuropsychologicznej, rozwód, mówienie o zamiarach popełnienia samobójstwa w wieku 15 i 20 lat; Pan B.: niestabilna osobowość, rozwodnik, nieodpowiedzialny, niewiele czynników stabilizujących; Pan C.: nieszczęśliwy człowiek, odrzucony przez ojca, zawsze na drugim miejscu, po czterech małżeństwach, silnie zaburzony.

Niedawna negatywna zmiana kursu życia

Niedawna zmiana kierunku życia na gorsze, szczególnie następująca w karierze naznaczonej wznoszeniami i upadkami, przy ogólnym braku stabilności była znamieną dla osób w stanie suicydalnym. Zmiany te uwzględniają: nagłe pomniejszenie przychodu, niespodziewany poważny alkoholizm, zmiana pracy, rozwód i separacja, szczególnie kiedy żona opuszcza partnera dla innego mężczyzny. Z reguły nagła, niewytłumaczalna zmiana na gorsze jest zapowiedzą złych wydarzeń. Znaczy to, że w przypadku jednostki z historią wielu wznoszeń i upadków ostatecznie wydarzenia mogą nie być znaczące, a momentami nawet zwodnicze. Przykłady: Pan D.: świetne rekomendacje uniwersyteckie, wyrzucenie z uczelni, powrót do szkoły wyższej, zdobycie wykształcenia prawniczego, z charakteru nieśmiały, alkoholik, doświadcza nagłego spadku dochodu – wznoszenia i upadki nie doprowadzają do wypalenia; Pan E.: wynalazca, kilkakrotnie żonaty, niestanne wznoszenia i upadki, ostra rozedma płuc (duszności są symptomem wyjątkowo obezwładniającym i badane są ich szczególne połączenia z samobójstwem [Farberow i inni, 1966]).

Trauma

Trauma dziecięca i młodzieńcza

Przykładami mogą tu być dotkliwe odrzucenia przez jednego lub obu rodziców, brak wsparcia psychologicznego ze strony rodziny, separacja bądź rozwód rodziców. Kryzys, który wystąpił w trakcie procesu dorastania może mieć wpływ na osiągnięte sukcesy.

Trauma w dorosłości

Jako przykłady wymienić można tu zły stan zdrowia (astma, duszności, ostra neuroza, otyłość i wiele innych chorób). Kolejnym rodzajem traumy życia dorosłego jest ta powstająca w wyniku złych relacji z małżonką (odtrącenie na rzecz innego mężczyzny, bądź też małżeństwo z nadaktywną, rywalizującą kobietą, zupełnie inną niż ta, którą poślubił). Przykłady: Pan. F. inżynier z depresją, jedynie praca ochroniarza w ośrodku zajmującą się techniką lotniczą daje mu jakąkolwiek satysfakcję; oraz Pan G., mający skomplikowaną, hipomaniaczną, osiągniętą sukcesy żonę, co do której ma mocno ambiwalentny stosunek.

Kontrola

Kontrola zewnętrzna

Są to kompensacje lub stabilizujące wpływy na jednostki, które bez sugestii kogoś innego niż oni sami mogą być pełni niepokoju i znacznie bardziej narażeni na samobójstwo. Przykład: stabilizująca praca Pana F., o której wspomniałem wyżej, zapewniająca równowagę żona Pana H., astmatyka, kobieta opiekująca się nim i zapewniająca mu odpowiedni odpoczynek od niepotrzebnych potencjalnych niepokojów. Rozsądnie gospodaruje jego ograniczoną energią.

Kontrola wewnętrzna

Ta wewnętrzna kontrola nie jest rozpatrywana jako siła albo pozytywna cecha charakteru czy osobowości. To raczej domyślna negatywna kontrola wewnętrzna. Czasami zauważyć ją można u osób doświadczonych przez życie w dzieciństwie, które, jeśli przeżyją, zwykle stabilizują, uspokajają się, czy wypalają w wieku lat 50 lub 60.

Przykłady: Pan J.: Psychologicznie strauumatyzowany w młodości przez stres wywoływany w domu. Nie miał zainteresowań, aspiracji co do szkoły wyższej, zawsze wycofany, pracujący jako mechanik i opiekun.

Pan K.: Niezwykle wysokie IQ. Zdiagnozowana neurastemia. Matka o zainteresowaniach ezoterycznych. Doświadczał podobnych bólów pleców i ramion co ojciec. Nie potrafił utrzymać poważniej pracy. Nazywał się „nie odnoszącym sukcesów zwierzęciem”. Finalnie pracował jako sprzedawca w dużej firmie. Jego podejście było – używając przykładu z Melvilla – takie samo jak współczesnego Bartelby’ego („Wolałbym nie”), co Menninger (1938) nazywa „przewlekłym samobójstwem”, gdzie takie „stępienie” życie może być pojmowane jako częściowa śmierć.

Omówienie

Podczas gdy klinicznym wyzwaniem jest kierowanie się intuicją, wykazywanie się wnikliwością diagnostyczną i umiejętnością w prowadzeniu terapii, naukowym wyzwaniem jest stworzenie teorii i wydestylowanie faktów tak, aby mogły być możliwe do odtworzenia w innych przypadkach, innych warunkach. Dlatego czuję się zobligowany do zaznaczenia mojego podejścia jeśli chodzi o teoretyczną stronę problemu.

Zacznę więc od teorii niższego szczebla - wyjaśnienia, co kierowało mną podczas wyboru osób, które według mnie dokonały samobójstwa. Na uwagę miałem 10 wskazówek: (1) wczesne (szkoła ponadpodstawowa, wiek młodzieńczy, college) oznaki niestabilności, w tym nieuczciwość; (2) odrzucenie przez ojca; (3) wielokrotne małżeństwa; (4) alkoholizm; (5) niestabilna sytuacja zawodowa; (6) nieustanna zmiana wielkości dochodu; (7) poważna niepełnosprawność fizyczna, szczególnie uwzględniająca duszności; (8) poczucie zmarnowanego potencjału, rozdźwięk pomiędzy aspiracjami i osiągnięciami; (9) jakiegokolwiek rozmowy czy wspomnienia o autodestrukcji; (10) rywalizujący lub skoncentrowany na sobie małżonek. Podsumowując, objaśnienie tej teorii niższego szczebla zakłada, że zdolny, biały mężczyzna, który dokonał samobójstwa mając ok. 50 lat prawdopodobnie mógł: być odrzucony przez ojca, doświadczyć dużych niepokojów w młodości, wielokrotnie wziąć ślub, popaść w alkoholizm, szybko przestawać odnosić sukcesy, być zawiedziony sobą i zawodzić innych, być niestabilny, samotny, skłonny do pochopnych decyzji.

Na niejako głębszym poziomie, czyli również bardziej teoretycznym, znajdują się elementy odrzucenia, rozbieżność pomiędzy aspiracjami i osiągnięciami, niestabilność i zaburzenia. W jeszcze dalszym wymiarze (i jeszcze bardziej teoretycznym) pojawia się pogląd, jakoby osoba narażona na samobójstwo to ta, która uważa, że nie otrzymała miłości od swojego ojca i symbolicznie szuka jej, bez powodzenia, przez całe życie, w nadziei że magicznie zdobędzie ją jednym ofiarnym zachowaniem lub wyjaśnieniem. Najbardziej teoretyczną myślą może być

w końcu: utalentowani mężczyźni, którzy dokonali samobójstwa w wieku ok. 50 lat, nie posiadali zinternalizowanego, prawdziwego homunculusa akceptacji rodziców, który – jak silne serce – zdaje się być niezbędny do dłuższego życia.

Interesującą perspektywę prezentuje fakt, że grupa 5 osób, które dokonały samobójstwa były pozbawione zaburzeń psychotycznych. Twierdzenie to nie ma na celu utwierdzić przekonania, że każdy z nich był mocno zaburzony w momencie targnięcia się na własne życie, chociaż nie był „szalony”; raczej że nie przejawiał typowych zachowań psychotycznych, takich jak halucynacje, urojenia, myślenie fantastyczne i innych. Zaburzenia przyjmowały formę alkoholizmu, statusów związku innych niż jedno małżeństwo (bycie kawalerem, rozwiedzionym lub po wielu małżeństwach), przewlekła samotność, problemy w pracy zawodowej, porywczosć i impulsywność, a także wewnętrzne (i otwarte) wzburzenie emocjonalne. Chociaż, jak w większości przypadków osób suicydalnych, przypuszczać można, że ich proces myślowy był mocno ograniczony („myślenie tunelowe”) i dychotomiczny („albo szczęśliwe życie albo śmierć), nic bezpośrednio nie wskazywało, że odbiegali od normy psychotycznej (Shneidman, 1969a).

Jak zauważa Oden (1968) „magiczny przepis” na pełne sukcesów życie osób utalentowanych nie jest prosty. Równanie, którego wynikiem jest samobójstwo również składa się z zarówno z ewidentnych jak i nieoczywistych składników. Wiele czynników, z których żaden sam w sobie nie wydaje się być wystarczający, zdaje się pojawiać jednocześnie. Jak przy każdym równaniu, pojawiają się elementy zarówno pozytywne (umiłowanie życia i natury, powstrzymanie samobójstwa), jak i negatywne (umiłowanie śmierci i martwoty, przyspieszanie samobójstwa).

W przeżywaniu ambiwalencji między życiem a śmiercią kluczową rolę może odegrać żona, utrzymując męża przy życiu, lub wręcz odwrotnie, prowokując do odebrania sobie życia. Każdy suicydolog wie, że samobójstwo jest często wydarzeniem dwuosobowym i dlatego też prewencja samobójstw prawie zawsze musi obejmować osobę bliską. W przypadku utalentowanych, narażonych na samobójstwo mężczyzn, w moim odczuciu, ciężar ratowania życia często nie leży po stronie samej osoby w stanie presuicydalnym, ale właśnie żony – szczególnie będącej w ciągłym porozumieniu z lekarzem rodzinnym.

W tym momencie przeprowadzana jest niewielka liczba badań retrospektywnych, mających na celu znalezienie wczesnych, wykrywalnych oznak zachowań presuicydalnych

w populacjach uważanych za ponadprzeciętne intelektualnie, szczególnie w grupach lekarzy i osób posiadających wykształcenie wyższe. Kilka słów o owych badaniach.

Blachly i jego współpracownicy (1968) przeanalizowali 249 samobójstw dokonanych przez lekarzy, których nekrologi zamieszczone zostały w „Journal of the American Medical Association” od maja 1965 do listopada 1967 roku. Liczba śmierci spowodowanych samobójstwem okazała się większa niż łączna liczba śmierci spowodowanych wypadkami samochodowymi, samolotowymi, utonięciami i morderstwami. Średni wiek w momencie odebrania sobie życia wyniósł 49 lat. Blachly i jego współpracownicy rozesłali kwestionariusze do najbliższych zmarłych osób (zwykle wdów); na około 30% z nich otrzymano odpowiedź, niejednokrotnie opatrzoną obszernymi komentarzami. Statystyki dotyczące samobójstw wśród medyków rozciągają się od 10 przypadków na 100 000 pediatrów do 61 przypadków na 100 000 psychiatrów. [...]

Paffenbarger i jego współpracownicy (Paffenbarger i Asnes, 1966, Paffenbarger, King i Wing, 1969) dokonali analizy ponad 50 000 historii medycznych i społecznych (w tym ewaluacji psychologicznych i fizycznych) byłych studentów płci męskiej Uniwersytetu w Pensylwanii oraz Harvardu, pokrywając okres od roku 1916 do 1950. Pierwotnym celem badania było przyjrzenie się osobom umierającym na chorobę niedokrwienną serca. Dane dotyczące samobójstw przyciągnęły jednak uwagę naukowców, którzy porównali je do grup osób, które samobójstwa nie dokonały. Z 4000 badanych śmierci 225 z nich okazało się samobójczych. Ich badania ukazały związek z wczesną utratą bądź śmiercią ojca, samotnością i brakiem zaangażowania w college'u, rezygnacją z college'u, poczuciem odrzucenia, niepewnością siebie i niepowodzeniami w latach studiów.

Doktor Caroline Thomas (1969), podobnie jak Paffenbarger, kardiolog, bada powody śmierci pośród 1337 byłych studentów Wyższej Szkoły Medycznej Johnsa Hopkinsa, w latach 1948-1964. Jej obecny projekt – tak jak projekt Paffenbargera – rozpoczął się jako studium zapowiedzi choroby niedokrwiennej serca, jednak w obliczu informacji (14 samobójstw pośród 31 wczesnych śmierci) zmienił kurs, by uwzględnić również zapowiedzi stanów suicydalnych.

[...] To, w jakim stopniu odkrycia wiążą się jedynie z osobami uważanymi za ponadprzeciętnie inteligentne, a w jakim stopniu są uniwersalne jest kwestią, którą należy poddać dalszym badaniom. Nie jest jednak przedwczesnym stwierdzić, na podstawie znanych nam danych, że wnioski można odnieść do populacji ogólnej.