

Vilniaus universitetas  
Filosofijos fakultetas  
Psichologijos institutas

Greta Uržaitė

Klinikinės psichologijos studijų programa  
Magistro darbas

**Psichikos sveikatos specialistų subjektyvios patirtys dirbant su  
padidėjusios suicidinės rizikos pacientais**

Darbo vadovė: dr. Odeta Geležėlytė  
Darbo konsultantė: dokt. Austėja Agnietė Čepulienė

Vilnius  
2021

## TURINYS

SANTRAUKA .....	4
SUMMARY .....	5
SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS.....	6
PRATARMĖ .....	7
1. ĮVADAS.....	9
1.1. Savižudybių problemos aktualumas .....	9
1.2. Psichikos sveikatos specialistų, susiduriančių su pacientų savižudybėmis, mastas .....	10
1.3. Emociniai išgyvenimai dirbant su suicidišku pacientu.....	11
1.4. Gedulas po paciento savižudybės .....	12
1.4.1. Emociniai išgyvenimai po paciento savižudybės .....	13
1.4.2. Paciento savižudybės įtaka specialisto profesiniam gyvenimui.....	14
1.5. Teigiami specialistų darbo su suicidiškais asmenimis aspektai .....	16
1.6. Specialistų poreikiai.....	17
1.7. Sunkumų įveika .....	19
1.8. Tyrimo problema ir aktualumas .....	22
1.9. Tyrimo tikslas ir uždaviniai .....	23
2. TYRIMO METODOLOGIJA .....	24
2.1. Tyrimo dalyviai.....	24
2.2. Tyrimo metodai ir eiga.....	26
2.3. Duomenų analizė .....	27
2.4. Tyrimo patikimumo ir validumo užtikrinimas .....	29
2.4.1. Tyrėjos patirties ir nuostatų refleksija.....	30
2.5. Etiniai tyrimo aspektai .....	31
3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS.....	32
3.6. Emociniai išgyvenimai dirbant su suicidiškais pacientais .....	32
3.7. Emociniai išgyvenimai po paciento savižudybės .....	39
3.8. Specialistų poreikiai dirbant su suicidiškais pacientais .....	42
3.9. Sunkumų, kylančių dirbant su suicidiškais pacientais, įveika .....	54
4. REZULTATŲ APIBENDRINIMAS.....	58
Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams.....	61
IŠVADOS .....	63
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS .....	64
LITERATŪRA .....	65
PRIEDAI .....	77
1 priedas. Interviu įžanga .....	77
2 priedas. Transkribavimo sutartiniai ženklai.....	78

3 priedas. Teminēs analizēs būdu išskirtų kodų ir temų sąrašas.....	79
4 priedas. Kodo apibūdinimas remiantis Boyatzis (1998) teminēs analizēs principais.....	87

## SANTRAUKA

### Psichikos sveikatos specialistų subjektyvios patirtys dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais

Greta Uržaitė

Vilnius: Vilniaus universitetas, Filosofijos fakultetas, Psichologijos institutas, Suicidologijos tyrimų centras, 2021 m., 87 psl.

Nedaug yra žinoma apie psichikos sveikatos specialistų patirtis, teikiant pagalbą savižudybės krizę išgyvenantiems asmenimis. Taigi šio darbo tikslas – atskleisti ir aprašyti psichikos sveikatos specialistų subjektyvias patirtis dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais. Tyrime dalyvavo 17 psichologų ir gyd. psichiatrų (13 moterų, 4 vyrai, amžiaus vidurkis 51 m.,  $SD = 13,25$ ), kurie savo darbe teikia pagalbą savižudybės rizikoje esantiems asmenims. Duomenys buvo renkami pusiau struktūruotu interviu, apdorojami pagal hibridinės teminės analizės principus (Boyatzis, 1998).

Rezultatai atskleidė, kad dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, psichikos sveikatos specialistai išgyvena nerimą, įtampą ir stresą, padidėjusį norą ir pastangas padėti pacientui, bejėgiškumą, liūdesį, atsakomybę už pacientą, baimę ir pyktį. Pastebėta, kad po paciento savižudybės specialistus slegia emocinis sunkumas ir gailėstis, kaltė ir savikritika, jaučiama baimė, kai kuriems dalyviams būdingas susitaikymas su paciento savižudybe. Nustatyti šie specialistų poreikiai: bendradarbiaujančio santykio su pacientu užmezgimas, motyvavimas gydymui, kvalifikacijos kėlimo ir kitokie mokymai, mokymasis iš kolegų, žinios, kolegų palaikymas, komandinis sprendimų priėmimas ir atsakomybės pasidalinimas, asmeninės savybės, supervizavimasis, geros darbo sąlygos, pagalba sau. Rezultatai parodė, kad psichikos sveikatos specialistai emocinius sunkumus, kylančius dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, įveikia pasitelkdami patirties reflektavimą, savo vaidmens supratimą, pasirūpindami savimi arba atsitraukdami nuo savo patirčių.

**Raktiniai žodžiai:** savižudybė, suicidinė rizika, savižudybių prevencija, psichikos sveikatos specialistai

## SUMMARY

Mental health professionals' subjective experiences while working with patients at increased risk for suicide

Greta Uržaitė

Vilnius: Vilnius University, Faculty of Philosophy, Institute of Psychology, Suicidology Research centre, 2021, 87 p.

Little is known about the mental health professionals' experiences while working with suicidal patients. Thus, this research aims to reveal and describe mental health professionals' subjective experiences while working with patients at increased risk for suicide. 17 psychologists and psychiatrists (13 females, 4 males, average age was 51,  $SD = 13,25$ ) participated in this study. All of them treat those at risk of suicide. Data was collected through semi-structured interviews. A hybrid thematic analysis approach was used to analyze the data (Boyatzis, 1998).

The results revealed that working with patients at increased risk of suicide, mental health professionals experience anxiety, tension and stress, increased willingness and effort to help, helplessness, sadness, responsibility for the patient, fear and anger. It has been observed that specialists experience emotional difficulty and pity, guilt and self-criticism, fear and some of them accept the patient's suicide. The following needs of specialists' have been identified – establishing a collaborative relationship with the patient and motivating him for treatment, professional development and other training, learning from colleagues, knowledge, support of colleagues, team decision-making and responsibility sharing, personal qualities, supervision, good working conditions, self-help. The results showed that mental health professionals overcome the emotional difficulties that arise when working with suicidal patients through reflection on experience, understanding their role, taking care of themselves, or withdrawing from their experiences.

**Keywords:** suicide, suicide risk, suicide prevention, mental health professionals

## SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

**Gedulas po savižudybės** – tai sielvartavimo ir bandymo prisitaikyti laikotarpis, patiriamas artimo žmogaus ar bet kurio asmens, turėjusio kontaktą su mirusiuoju ir paveikto jo savižudybės (Pitman, Osborn, King, & Erlangsen, 2014).

**Netektis** – kai prarandame kažką mums brangaus, svarbaus ir reikšmingo (Polukordienė, 2008).

**Savižudybė** – savo paties veiksmais sukelta mirtis, kurių imtasi su aiškiu ketinimu numirti (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007).

**Socialinė parama** (angl. *social support*) – tarpusavio verbalinės ir neverbalinės komunikacijos procesas, kuris pagerina asmens įveiką, pagarbą, priklausymą ir kompetenciją. Suvokiama socialinė parama labiau orientuota į asmens tikėjimą, kad socialinė parama jam yra prieinama (Hunt, 2011).

**Sunkumų arba streso įveika** (angl. *stress coping*) – kognityvinės ir elgesio pastangos suvaldyti specifinius išorinius arba vidinius reikalavimus, kurie vertinami kaip naudojamys arba viršijantys žmogaus resursus (Lazarus & Folkman, 1984).

## PRATARMĖ

Pasaulyje kas 40 sekundžių nusižudo žmogus (PSO, 2020). Kiekviena savižudybė skaudžiai paliečia nusižudžiusiojo artimuosius. Yra tyrimų, kurie rodo, kad savižudybė taip pat stipriai paliečia nusižudžiusiojo psichikos sveikata besirūpinusius asmenis – psichologus, psichoterapeutus, gydytojus psichiatrus bei kitus psichikos sveikatos priežiūros specialistus. Tai visiškai suprantama, juk tarp paciento ir jį konsultuojančio specialisto neretai užsimezga itin glaudus ir autentiškas ryšys. Pastebėta, jog paciento savižudybė dažnai suvokiama kaip terapinė nesėkmė ir labai paveikia net ir labiausiai patyrusį specialistą (Richards, 2000). Paciento netektis dėl savižudybės gali būti taip stipriai psichologiškai traumuojanti, kad gali net paskatinti užbaigti karjerą (Collins, 2003). Tokie faktai paskatina atkreipti dėmesį ne tik į nusižudžiusiuosius, artimiausius jų šeimos narius, bet ir į specialistus, kurie dėjo dideles pastangas pagerinti paciento savijautą ir užkirsti kelią bet kokiam savidestrukciniam elgesiui.

Ankstesni tyrimai rodo, jog specialistai po paciento savižudybės patiria įvairiausias reakcijas – sielvartą, kaltę, pyktį, liūdesį, depresiją, beviltiškumą. Specialistas gali save kaltinti, o tuo pačiu jaustis paciento išduotas (Goode, 2001). Pastebėta, kad kai kurie specialistai netgi patiria potrauminio streso simptomus, pvz., emocinę nejautrą ar praranda realybės pojūtį (Valente & Saunders, 2002). Paciento savižudybė gali sukelti nemalonius fizinius simptomus – galvos skausmą, kūno skausmą, virškinamojo trakto sutrikimų. Specialistai po paciento savižudybės gali netgi išgyventi stiprų sielvartą (Darden & Rutter, 2011). Šiek tiek žinoma ir apie specialistų, dirbančių su savižudybės rizikoje esančiais pacientais, patirtis. Prislėgtas, liūdnas, depresiškas ir suicidiškas pacientas gali sukelti šiltus, globėjiškus jausmus, didžiulį norą suteikti pagalbą (McWilliams, 2014). Visgi, informacija šiuo atžvilgiu yra prieštaringa ir randama, kad darbas su suicidišku klientu kelia pyktį, neigimą ir netgi neapykantą (Goldblatt & Maltsberger, 2009; Maltsberger & Buie, 1974). Tam, kad geriau suprastume, ką išgyvena psichikos sveikatos specialistas, dirbdamas su suicidiškais klientais, svarbu atlikti daugiau tyrimų, kurie leistų labiau pasigilinti į jų išgyvenimus.

Dėl visų minėtų neigiamų išgyvenimų specialistui taip pat gali prireikti psichologinės ar kitokios pagalbos. Suprantama, kad psichikos sveikatos specialistai turėtų būti sąmoningi savo psichikos sveikatos atžvilgiu ir kreiptis į kitus specialistus, kuomet patiems iškyla sunkumų. Visgi, jau minėti kaltės, bejėgiškumo jausmai, o taip pat ir kylančios abejonės savo profesine nekompetencija ar baimė susigadinti reputaciją (Collins, 2003) gali sutrukdyti patiems kreiptis pagalbos. Tai yra dar mažai tyrinėtas ir daug klausimų keliantis laukas, todėl reikalingi nauji tyrimai apie psichikos sveikatos specialistų patiriamų sunkumų įveiką bei pagalbos poreikį.

Galima pastebėti, jog atlikta nemažai tyrimų apie pacientų savižudybę patyrusių specialistų patirtis, tačiau trūksta tyrimų apie specialistų, dirbančių su padidėjusios suicidinės rizikos klientais,

patyrimus, tad tyrimas apie jų išgyvenimus būtų ganėtinai naujas ir atskleidžiantis mažai tyrinėtų aspektų. Tyrimų apie tokias psichikos sveikatos specialistų patirtis Lietuvoje beveik nėra, tad jie būtų nauji ir aktualūs, žinant, jog Lietuva pirmauja Europoje pagal savižudybių skaičių (Eurostat, 2020). Juk tokia statistika gali dar labiau padidinti klinicistų jaučiamą atsakomybę, nes yra žinoma, kad specialistai, dirbantys su suicidiškais klientais, jaučia didžiulę atsakomybę už savo klientus (Bongar & Sullivan, 2013).

Nors psichikos sveikatos specialistų patirtys neretai tyrinėjamos, deja, vis dar nėra pilnai aišku kokius išgyvenimus sukelia darbas su padidėjusios savižudybės rizikos pacientais, kaip šie specialistai įveikia kylančius sunkumus bei kokie jų poreikiai, todėl šiuo tyrimu ir bandysime tai geriau suprasti ir atskleisti.

Šis tyrimas yra Vilniaus universiteto Psichologijos instituto Suicidologijos tyrimų centro 2019 – 2021 m. vykdomo, Valstybinio visuomenės sveikatos stiprinimo fondo lėšomis finansuojamo projekto „Savižudybių prevencijos sistemos veiksmingumo tyrimas savivaldybėse“ (Nr.: S-172/(1.78)SU-1732) dalis. Projekto vadovas doc. dr. Paulius Skruibis. Šio darbo autorė dalyvavo sudarant tyrimo planą, parenkant ir kuriant tyrimo instrumentus, renkant ir analizuojant kokybinius interviu duomenis.



## 1. ĮVADAS

### 1.1. Savižudybių problemos aktualumas

Savižudybės yra didelė problema visame pasaulyje. Dėl savižudybių kasmet netenkame apie 800 000 gyventojų (PSO, 2020). Lietuva pasaulio kontekste pasižymi labai aukštu savižudybių rodikliu. Pirmieji oficialūs duomenys apie savižudybių paplitimą Lietuvoje randami nuo 1924 metų (Gailienė, 1998), tačiau duomenų apie 1940–1945 metų laikotarpį rasti nepavyksta (Domanskienė ir Gailienė, 1992). Visa turima informacija nuo savižudybių fiksavimo pradžios iki šios dienos rodo, kad Lietuvoje savižudybių rodikliai ryškiai svyruoja (Gailienė, 2015). Nepriklausomoje prieškario Lietuvoje savižudybių buvo nedaug, t. y. savižudybių rodiklis 100 000 gyventojų buvo 5-6 (1924–1927 m.) ir 9-10 (1928–1939 m.). Po karo savižudybių skaičius išaugo, pvz., 1962 m. savižudybių rodiklis buvo 15,8, o 1980 metais jau siekė 35,1 savižudybių 100 000 gyventojų. Vėliau rodiklis gana staigiai nukrenta ir siekia 25,1 (1986 m.), o po to vėl pakyla – 46,4 (1996 m.) (Gailienė, 1998). Pastaraisiais metais pastebimas savižudybių rodiklių mažėjimas, tačiau jie vis dar išlieka aukšti. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro 2020 metų duomenimis, 2010 m. dėl savižudybės Lietuvoje mirė 1018 asmenų (rodiklis 32,9 / 100 000 gyventojų), 2015 m. – 896 (30,8 / 100 000 gyv.), o 2019 m. – 658 (23,5 / 100 000 gyv.). Nepaisant akivaizdaus savižudybių mažėjimo Lietuvoje, Europos Sąjungos šalių kontekste Lietuvos savižudybių rodikliai išlieka aukšti. 2020 m. Eurostat duomenimis, Lietuvos savižudybių rodikliai 2017 m. buvo aukštesni nei visų kitų Europos Sąjungos šalių – net 26 / 100 000 gyv., po Lietuvos sekančios Slovėnijos savižudybių rodiklis 20 / 100 000 gyv., o tuo tarpu Kipro rodiklis žemiausias Europoje – 4 / 100 000 gyv.

Savižudybė kaip reiškinys yra plačiai mokslininkų tyrinėjamas tiek Lietuvoje, tiek visame pasaulyje. Daug dėmesio skiriama savižudybei paaiškinti – bandoma suprasti, kas paskatino žmogų imtis tokio veiksmo, kokios asmens savybės ir kitos aplinkybės gali padidinti tikimybę, kad žmogus nusižudys, kaip savižudybei užkirstų kelią viena ar kita pagalbos priemonė ir kt. Specialistai nuoširdžiai domisi visa informacija, kuri gali būti naudinga mažinant šią opią savižudybių problemą ir šios pastangos atsiperka, nes sukuriama vis daugiau efektyvių prevencinių programų. Tačiau suicidologijos pradininkas Edwin Shneidman (1972) atkreipė dėmesį ir į tai, kad, nepaisant to, kaip svarbu tyrinėti nusižudžiusiojo pasirinkimo motyvus, jo gyvenimo eigą, pagalbos gavimą, neturime susitelkti vien į tai. Labai svarbūs yra nusižudžiusiojo artimieji, nes asmens savižudybė paliečia bent keletą jam artimų žmonių (cit. iš Dyregrov & Dyregrov, 2005). Kasmet padaroma vis daugiau tyrimų šia tema ir, nors ilgą laiką manyta, kad savižudybė paliečia vidutiniškai 6 nusižudžiusiojo artimuosius (Cain, 1972), tačiau naujausiais duomenimis, paliestųjų asmenų skaičius gali siekti net 60 asmenų (Pitman et al., 2014). Tai rodo, kad savižudybė gali paveikti ne tik nusižudžiusiojo šeimos narius, bet

ir draugus, kolegas, kaimynus, pažįstamus.

Jei savižudybę įvykdęs asmuo kreipėsi psichikos sveikatos specialistų pagalbos, jo savižudybė neretai paveikia ir pačius specialistus. Cerel, McIntosh, Neimeyer, Maple ir Marshall (2014) viename iš straipsnių pateikė modelį, kurio pagrindinė idėja yra ta, kad įvykusios savižudybės padariniai aplinkiniams išsidėsto kontinuumu. Kontinuumą sudaro keturios grupės. Viena grupė yra tie asmenys, kuriuos su nusižudžiusiuoju siejo tam tikras prieraišumo santykis, bet reikšmingos reakcijos į netektį yra trunkančios neilgai (angl. *suicide bereaved, short-term*, liet. *gedulas dėl savižudybės, trumpalaikis*). Antroji grupė yra asmenys, turėję su nusižudžiusiuoju artimą santykį ir kurių kliniškai reikšmingos reakcijos į netektį pasireiškia ilgą laiką po netekties (angl. *suicide bereaved, long-term*, liet. *gedulas dėl savižudybės, ilgalaikis*). Trečiaja grupe laikomi savižudybės paveikti asmenys (angl. *affected by suicide*), kurie po netekties patiria reikšmingą psichologinį distresą. Ketvirtoji grupė – tai visi, turėję sąlytį su asmens savižudybe (angl. *exposed to suicide*), pavyzdžiui, jie žino, kad tokia savižudybė įvyko, tačiau šiai grupei priklausantys žmonės nepatiria reikšmingų ar ilgą laiko tarpą trunkančių pasekmių. Straipsnio autoriai rašo, kad terapeutai, kurie išgyveno paciento netektį, gali būti priskirti bet kuriai iš šių kontinuumu esančių grupių. Tai rodo, kad gali būti, jog psichoterapeutai po paciento savižudybės gali jausti stiprų psichologinį distresą ir tokios reakcijos gali trukti ilgą laiką po netekties.

## 1.2. Psichikos sveikatos specialistų, susiduriančių su pacientų savižudybėmis, mastas

Psichikos sveikatos specialistai yra tie žmonės, kurie savo darbe dažnai susiduria su paciento savižudybe. Moksliniuose tyrimuose pateikiama šiek tiek skirtinga statistika, tačiau specialistų, savo darbe susiduriančių su savižudybės rizikoje esančiais pacientais, skaičiai išlieka aukšti. Remiantis Firestone (2014), Jungtinėse Amerikos Valstijose net 71 proc. psichoterapeutų praneša, jog bent vienas jų klientas yra bandęs nusižudyti, o 28 proc. psichoterapeutų yra praradę klientą dėl įvykdytos savižudybės. Jungtinėse Amerikos Valstijose vieno tyrimo duomenimis, 22 proc. psichologų nurodo netekę kliento dėl savižudybės (Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe, & Kinney, 1988), kitame tyrime pastebėta, kad 51 % gyd. psichiatrų netenka bent vieno paciento dėl savižudybės (Chemtob, Bauer, Hamada, Pelowski, & Muraoka, 1989). Nurodoma, kad net 61,4 proc. Kanados psichiatrijos rezidentų yra patyrę paciento savižudybę (Pilkinton & Etkin, 2003). Tokie skaičiai šokiruoja, žinant, kad jie dar tik pradeda savo karjeros kelią. Taip pat dideli skaičiai yra slaugytojų tarpe, pavyzdžiui, Takahashi su kolegomis (2011) rašo, kad Japonijoje net 55 proc. psichiatrijos slaugytojų patyrė paciento savižudybę. Nors Lietuvoje tokios statistikos rasti nepavyko, nėra pagrindo manyti esant reikšmingiems skirtumams. Žinant, kad savižudybių skaičius čia, lyginant su kitomis šalimis, yra aukštas, tikėtina, kad net didesnė dalis psichikos sveikatos specialistų susiduria su savižudybės

rizikoje esančiais pacientais ar paciento savižudybe.

### 1.3. Emociniai išgyvenimai dirbant su suicidišku pacientu

Susitikimas su savižudybės krizę išgyvenančiu pacientu kelia daug įvairių emocijų. Nors moksliniais tyrimais pagrįstos informacijos apie tai, ką išgyvena psichikos sveikatos specialistas savo darbe susidurdamas su savižudiškų minčių ar ketinimų turinčiu žmogumi nėra daug, visgi, peržvelgus esamus mokslinius tyrimus, galima apibūdinti, kas vyksta specialisto viduje, susitikus su tokiu pacientu. Kai klientas išreiškia mintis ar ketinimus, susijusius su savižudybės grėsme, psichikos sveikatos specialistas visada sureaguoja šiek tiek kitaip nei į įvairias kitas kliento išsakomas mintis ar patiriamus simptomus. Lietuvos psichologų sąjungos prezidentė Valija Šap (2020) teigė, kad normalu pajusti nerimą, kai pacientas prabyla apie savižudybę. Jei joks nerimas nekyla, tai yra signalas specialistams, kad laikas atsigręžti į save – galbūt yra pervargta ir reikia pailsėti. Mažiau pasiruošusiems specialistams ar slaugytojams, kurie turi nedaug žinių apie tai, kaip elgtis išgirdus apie savižudybę, gali kilti dar stipresnis nerimas. Toks nerimas ypač kyla, kai, neturint didelės patirties, vertinama savižudybės rizika arba kai, kalbantis su suicidišku pacientu, yra abejojama dėl tinkamų žodžių parinkimo ir kaip šie žodžiai paveiks pacientą. Ilgametę praktiką turintis Jungtinėse Amerikos Valstijose dirbantis psichiatras ir psichoterapeutas Litman (1994) rašo, kad kai jam tenka supervizuoti kitą specialistą, dirbantį su savižudišku pacientu, jis susitelkia būtent į nerimą, kuris dažniausiai kyla supervizuojamam specialistui. Litman specialistui akcentuoja, kad toks nerimas yra visiškai normalus ir tinkamas šioje situacijoje, kuomet iškyla tikimybė, kad pacientas gali pasirinkti savižudybę. Jis pabrėžia, kad normalu pajusti ne tik nerimą – šalia nerimo supervizoriui dažnai tenka normalizuoti visą spektrą įvairių jausmų. Taip pat terapeutai gali pajusti pyktį ir norėti atsisakyti kliento, jį atstumti, apleisti ar nubausti. Tokias reakcijas, kylančias dirbant su pacientais išsakančiais mintis apie savižudybę, terapeutui, pačiam ar su supervizoriaus pagalba, tenka identifikuoti ir apgalvoti. Minėtas nerimo išgyvenimas pasireiškia ne tik kaip pirminė reakcija išgirdus apie paciento svarstymus apie savižudybę, bet taip pat jis išgyvenamas ir viso darbo su tokiu pacientu metu. Šalia nerimo apstu ir kitų kylančių emocijų dirbant su suicidinių minčių ar ketinimų turinčiu žmogumi – baimė, liūdesys, susirūpinimas, depresija, pyktis, panika, bejėgiškumas.

Ypatingai ryški ir dažna specialisto reakcija dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientu – profesinės perspektyvos praradimas. Viename Didžiojoje Britanijoje atliktame tyrime visi respondentai pranešė, kad jautė prarandantys profesinę kompetenciją ir jiems kilo abejonių dėl gebėjimo saugiai ir tinkamai užsiimti praktika, kai tai susiję su savižudybės tema (Reeves & Mintz, 2001). Gyd. psichiatrai, gydymą pacientą, visada turi gebėti suderinti du vaidmenis: a) pagalbininko ir nuraminančio dalyvio vaidmuo, kai klientas pasakoja istoriją, kurios ekspertas klientas pats yra; b)

klinikinio eksperto vaidmuo, kurio užduotis yra įvertinti paciento psichinę būseną, nustatyti diagnozę, paskirti ir stebėti gydymą (Michel & Valach, 2011). Konsultuodami suicidišką pacientą, jie turi ne tik suderinti šiuos du vaidmenis, bet ir būti dar labiau atidūs, jautrūs, kaskart iš naujo įvertinti suicidinę riziką, o kartais ir ją atpažinti tuomet, kai klientas žodžiais to neišsako. Toks darbas yra emociškai apsunkinantis. Visgi, pacientas visada turi teisę pats nuspręsti dėl savo gyvenimo, todėl specialistas ne visada jaučiasi saugiai ir pilnai savimi pasitikintis.

Be kylančių abejonių, ar specialistas yra pasirengęs įvertinti savižudybės riziką ir tinkamai dirbti su suicidišku pacientu, kitas veiksnys skatinantis specialistą suabejoti savo kompetencija – dilema, ar nutraukti konfidencialumą ir kada tai padaryti. Milton (2001) teigia, kad konsultantai privalo skirti daugiau nei įprastai dėmesio vertindami savižudybės riziką, kai pasirodo savižudybės grėsmė. Vieno tyrimo metu paaiškėjo, kad konsultavimo procese psichikos sveikatos specialistai savižudybės rizikos vertinimą labiau mato kaip neformalų procesą, o ne kaip formalų. Tyrimo dalyviai ne visada naudojami oficialiomis savižudybės rizikos vertinimo instrukcijomis. Nepaisant to, jie suvokė savižudybės vertinimo proceso svarbą ir patys, nesinaudodami iš anksto paruoštomis vertinimo formomis ar klausimynais, parinkdavo bei užduodavo klausimus, kurie leisdavo identifikuoti esant savižudiškų minčių, ketinimų ar planų. Specialistai akcentavo, kad savo suicidiškus klientus drąsina patiems išsikelti temas, kurias jie norėtų aptarti ir taip užkirsti kelią tolimesniam distreso patyrimui. Konsultantai jaučia būtinybę sulaužyti konfidencialumą, kai identifikuoja savižudybės grėsmę, bet tai daro su pagarba klientui, skleisdami jam žinią, kad tokiu būdu specialistas siekia apsaugoti jo gyvybę. Tai, kad specialistai geba nuspręsti kaip jiems atlikti savižudybės rizikos vertinimą, rodo jų pasitikėjimą savo kompetencija, tačiau, tuo pat metu skeptiškas požiūris į rizikos vertinimo oficialiai pripažintas instrukcijas gali mažinti specialistų apibrėžtumo ir saugumo jausmą dirbant su savižudybės rizikoje esančiais pacientais (Reeves & Mintz, 2001). Specialistai pripažįsta, kad konfidencialumo sulaužymas yra didelis iššūkis ir tam reikalinga drąsa, tačiau jie jaučia atsakomybę ir pareigą nesilaikyti tokios informacijos tik sau. Šis svarstymas ir neužtikrintumas kaip ir kada nutraukti konfidencialumą, kažkuriuo metu gali sukelti nerimo specialistams ir jiems gali kilti abejonių dėl tinkamo savo profesinio pasirengimo.

#### 1.4. Gedulas po paciento savižudybės

Paciento savižudybė suvokiama kaip terapinė nesėkmė ir labai paveikia net ir labiausiai patyrusį specialistą (Richards, 2000). Dažnai psichikos sveikatos specialistų reakcijos į kliento savižudybę yra panašios į kitų žmonių reakcijas, išgyvenus artimojo netektį dėl savižudybės (Jordan, 2001). Jie taip pat dažnai teigia išgyvenantys gedulą, kai pacientas įvykdo savižudybę (Goode, 2001). Gedulas po savižudybės – tai sielvartavimo ir bandymo prisitaikyti laikotarpis, patiriamas artimo

žmogaus ar bet kurio asmens, turėjusio kontaktą su mirusiuoju ir paveikto jo savižudybės (Pitman et al., 2014). Pasak Klimaitės (2015), gedulas atspindi tiek reakciją į artimojo mirtį, tiek procesą, kurio metu individas palaipsniui susitaiko su netektimi. Dažnai įvardijamos reakcijos yra šokas, dirglumas, irzlumas, nerimas, prislėgtumas, nesaugumo, neužtikrintumo, sumaištis, baimės, kaltės jausmai, emocinis ir fizinis sąstingis. Taip pat susilpnėja domėjimasis anksčiau mėgta veikla, tampa sunku susikaupti, pakinta kasdieninė rutina (Dyregrov & Dyregrov, 2008; Dyregrov, Cimitan, & De Leo, 2014).

#### 1.4.1. Emociniai išgyvenimai po paciento savižudybės

Emocinės reakcijos po kliento savižudybės gali būti įvairios. Pirminė psichikos specialisto reakcija į paciento savižudybę nelabai skiriasi nuo dažniausių reakcijų į artimojo savižudybę. Literatūroje pateikiama informacijos apie pradinę psichikos sveikatos specialisto reakciją į paciento savižudybę, dažniausiai tai – šoko reakcija (Lowenthal, 1976; Cotton, Drake, Whitaker, & Potter, 1983). Be šoko, dažniausiai pasitaikančios reakcijos yra sustingimas, neigimas, sumišimas ir netikėjimas. Netikėjimas gali pasireikšti įvairių minčių pavidalu, pvz., „ne, to negali būti“, „čia privalo būti klaida“, „kaip tai galėjo nutikti?“. Po šių pirminių reakcijų dažnai pasireiškia depresiškumas, beviltiškumas, liūdesys, sielvartas, gedulas, netekties ir atmetimo jausmai. Juos dažnai lydi nerimas ir baimė. Taip pat beveik visada seka kaltės ir gėdos jausmai, dažnai išskylantys tokių kankinančių klausimų ir svarstymų pavidalu: „kodėl?“, „ką aš praleidau?“, „galbūt aš turėjau...“, „kodėl gydytojai jam labiau nepadėjo, kai jis gulėjo ligoninėje?“ ir pan. Be viso to, gali kilti stiprus pyktis. Pyktis būna nukreiptas į pacientą, save, šeimą ar policiją, spaudą, draudimo kompanijas, jei jos būna įtrauktos. Specialistas gali save kaltinti, o tuo pačiu jaustis paciento išduotas (Collins, 2003; DeAngelis, 2001; Goode, 2001).

Neretai mokslininkai pastebi gedulo skirtumą ar ypatumą, būdingų būtent psichikos sveikatos specialistams po kliento savižudybės. Trumpai teigiant, galime pastebėti, kad klinicisto gedulo patyrimas yra trejopas: a) miršta žmogus; b) sutrikdomas savęs, kaip kompetentingo psichikos sveikatos specialisto, suvokimas; c) sutrikdomas įsivaizdavimas ir tikėjimas, kad savižudybei visada galima užkirsti kelią. Taip pat psichikos sveikatos specialistai, kitaip nei kiti nusižudžiusiojo artimieji, gali iš aplinkos išgirsti įvairių kaltinimų dėl per didelio emocinio įsitraukimo su pacientu (DeAngelis, 2001). Dažniausiai literatūroje akcentuojama, kad paciento savižudybė stipriai paveikia dvi svarbiausias specialisto gyvenimo sritis – asmeninę ir profesinę. Asmeninio gyvenimo pokyčiai pasireiškia įvairiomis emocinėmis ir fizinėmis reakcijomis, kurios sutrikdo specialisto bendrą savijautą ir kasdienybės išgyvenimą. Profesinis gyvenimas nukenčia nuvertinant save kaip specialistą bei su baime žvelgiant į ateitį ir klientus. Nustatyta, kad tokios reakcijos dažnai būna trumpalaikės,

tačiau net 40 proc. vieno Londono mieste atlikto tyrimo respondentų pripažino, kad tiek su asmenine, tiek su profesine sritimi susiję simptomai po paciento savižudybės truko ilgiau nei vieną mėnesį, o 7 proc. tiriamųjų visai nutraukė savo darbą po kliento savižudybės (Linke, Wojciak, & Day, 2002).

Pastebėta, kad kai kurie specialistai po paciento savižudybės netgi patiria potrauminio streso simptomus, pvz., patiria emocinę nejautrą, disocijuoja, praranda realybės pojūtį, juos kankina įkyrios mintys, negalėjimas patikėti savižudybės faktu, vengimo reakcija ar patiria hiperazinę būklę (Valente & Saunders, 2002). Yra tyrimų, kuriuose nustatyta, kad asmeniui, išgyvenusiam artimojo savižudybę, yra didesnė rizika susirgti potrauminio streso sutrikimu (PTSS) (Spino, Kameg, Cline, Terhorst, & Mitchell, 2016). Sanford, Cerel, McGann ir Maple (2016) nustatė, kad žmonės, išgyvenę artimo žmogaus savižudybę, patyrė PTSS simptomus, tačiau tik nedaugelis iš jų turėjo patvirtintą PTSS diagnozę ir buvo gydomi, atsižvelgiant į minėtus simptomus. Panašūs rezultatai randami ir tyrinėjant klinacistus, kurie neteko paciento dėl savižudybės. Trauminis poveikis (t. y. potrauminiai simptomai) buvo nustatytas 52 proc. terapeutų po to, kai jų klientas nusižudė (Yousaf, Hawthorne, & Sedgwick, 2002). Ypatingai varginančios yra nuolatinės mintys apie prarastą pacientą. Specialistas gali pradėti vengti vietų ar asmenų, susijusių su mirusiuoju. Taip pat dažnai yra skundžiamasi nemiga arba miegant suintensyvėjusiais sapnais (McAdams & Foster, 2000; Menninger, 1991).

Pastebėta, kad minėtas reakcijas dažnai lydi intensyvus sumaišties jausmas bei vis dažniau išskylantys įvairūs egzistenciniai klausimai, kuriuos paskatina paciento savižudybė, laikoma sukrečiančiu smūgiu specialisto asmeniniams pagrindiniams įsitikinimams apie save ir pasaulį, kuriame gyvena (Jordan, 2001). Žinoma, kad paciento savižudybė taip pat gali sukelti nemalonius fizinius simptomus – galvos skausmą, kūno skausmus, virškinamojo trakto sutrikimus (Jones, 1987). Greta visų emocinių sunkumų, kartais krenta bendra specialisto savivertė. Jam gali kilti sunkumų tvarkytis su įprastais veiksmais, o rutininiai dalykai nebepavyksta taip įprastai kaip anksčiau. Pasitaiko, kad specialistas „įkrenta“ į socialinę izoliaciją, nes yra apimtas minčių apie įvykusią savižudybę, o malonumą patirti kasdienybėje jam tampa nebeįmanoma. Tokiais atvejais dažnai lydi nuolatinė irzli nuotaika bei atsiranda sunkumų šeimyniniuose santykiuose (Alexander, Klein, Gray, Dewer, & Eagles, 2000). Dar 1987 m. Jones pastebėjo, kad paciento savižudybė yra vienišumą skatinanti ir izoliuojanti patirtis, todėl specialistas gali jaustis depresiškai, o retkarčiais pasitaiko, kad jam pačiam kyla minčių apie savižudybę. Jones nuomone, svarbu suprasti, kad visi minėti simptomai yra normalūs atsakai į nenormalius įvykius ir jie visi gali bauginti specialistą.

#### 1.4.2. Paciento savižudybės įtaka specialisto profesiniam gyvenimui

Paciento savižudybė gali stipriai paveikti psichikos sveikatos specialisto profesinį gyvenimą. Dažnai po paciento savižudybės psichikos sveikatos specialistas ima abejoti savo, kaip specialisto,

kompetencija. Krinta pasitikėjimas savimi profesinėje veikloje, jis gali jaustis nekompetentingu ar nepakankamai vertu darbinės pozicijos (Alexander et al., 2000; Goode, 2001; Jobes & Maltsberger, 1995; Jones, 1987). Linke su kolegomis (2002) įvardija dažniausiai pastebimus poveikius specialisto profesiniame kelyje po paciento savižudybės, tai – abejonės savimi, padidėja nerimas darbe, pradedama vengti klientų, kurie yra savižudybės rizikoje, kyla nepasitenkinimas savo institucija, prisiimama per didelė atsakomybė už pacientus, padidėja noras keisti darbą, padidėja darbo krūvis bei persidirbimas ir/ar kyla noras atsiriboti nuo klientų. Kiti mokslininkai labiau akcentuoja vieną ar kitą poveikio aspektą, tačiau dažnai jie persipina tarpusavyje ir sukuria sudėtingą santykį su savimi ir savo darbu. Svarbų vaidmenį čia atlieka realios arba specialisto suvokiamos visuomenės prielaidos ir įsitikinimai apie tai, kad profesionalai yra puikiai apmokyti ir geba išgydyti bet kurį klientą, sumažinti jo kančią ir „išstemti“ jį iš savižudybės krizės. Specialistai ir patys dažnai tiki, kad jei pavyksta sukurti stiprų terapinį aljansą, greičiausiai savižudybės pavyks išvengti. Visame tame yra didelė dalis tiesos, nes nuoširdus ir tikras santykis iš tiesų yra itin svarbi terapinio darbo dalis. Tačiau toks specialistui priskiriamas ar jo paties suvoktas herojaus vaidmuo nors ir suteikia viltį, tačiau taip pat užkrauna papildomą atsakomybę, o nesėkmės atveju, stipriai traumuojančiai paveikia net ir labiausiai savo darbui atsidavusį specialistą (Hawton & Van Heeringen, 2000; Litman, 1965). Būseną, kai neteko kliento dėl įvykdytos savižudybės, Rycroft (2004) apibūdina „profesine tuštuma“ (angl. *professional void*), kurioje „pasaulis pasikeitė, niekas nebebuvo nuspėjama“.

Kai pacientas nusižudo, profesionalas gali prarasti tikėjimą terapinio proceso efektyvumu ir bet koks aplinkinių realus ar suvoktas neigiamas vertinimas (kaltinimas, smerkimas ar nuomonė) gali dar labiau sumenkinti psichikos sveikatos specialisto kompetencijos jausmą (Hendin, Lipschitz, Maltsberger, Haas, & Wynecoop, 2000). Specialistas nebepasitiki savo, kaip profesionalo, savižudybės rizikos vertinimo sugebėjimu. Anksčiau minėti emociniai sunkumai taipogi gali turėti neigiamos įtakos tolimesniam klinikiniam darbui su savižudiškais klientais (Reeves, 2010). Viena iš dažniausiai pasitaikančių reakcijų yra hiperbudrumas į bet kokią suvoktą savižudybės riziką. Šiuo atveju specialistas gali imtis taikyti įvairias intervencijas, kurios apsaugotų nuo galimos žalos, tačiau dėl pernelyg sureikšmintos galimos žalos ir nereikalingų intervencijų taikymo, taip gali būti padaroma žala kokybiškam ir nuoširdžiam santykio tarp specialisto ir kliento kūrimui bei, visai nenorint, nuneigiami paties paciento pajėgumai rūpintis savimi.

Kliento netektis dėl savižudybės taip pat gali lemti specialisto subtilesnes reakcijas; jos ypač pastebėtos darbe su suicidiškais pacientais ar pacientais, išgyvenančiais netekties ir gedulo sunkumus. Tokios reakcijos apima vengimą ar disociacines reakcijas esant su klientu, o tai savo ruožtu neigiamai paveikia terapeuto gebėjimą pilnai būti „čia ir dabar“ su konkrečiu klientu ir išlikti nuoširdžiu bei empatišku jūdvių susitikime. Kai kurie specialistai įsitraukia į didaktinį (pamokantį ar moralizuojantį) kliento konsultavimą, tampa labiau direktyvūs, siekia aiškumo ir konkretumo.

Trukdyti efektyviam tolimesniam darbui po kliento savižudybės gali ir pykčio jausmų projektavimas į kitus suicidiškus pacientus ar pavydas tiems, kurie atrodo sėkmingai įveikę savo gedulą. Kartais specialistai griebiasi itin saugaus santykio kūrimo ir, siekdami apsaugoti klientą, elgiasi praplėsdami savo iki šiol nusistatytas profesines ribas. Kartais specialistai nesąmoningai pasirenka kokį nors būdą save nubausti – tarsi išpirkti „padarytą kaltę” (Gutin, McGann, & Jordan, 2011; Kolodny, Binder, Bronstein, & Friend, 1979). Schultz (2004) rašo, kad, terapeutai, patyrę kliento savižudybę, gali patirti sunkumų pasitikėdami kitais žmonėmis. Tai ypač pastebima, kai klientai, prieš įvykdydami savižudybę, sesijų metu neatskleidė ar neigė savo savižudiškus ketinimus, todėl terapeutas vėliau gali nepasitikėti tuo, ką klientai sako sesijos metu. Toks atsiradęs negalėjimas pilnai pasitikėti savo klientais, gali dar labiau sumažinti specialisto kompetencijos jausmą.

### 1.5. Teigiami specialistų darbo su suicidiškais asmenimis aspektai

Darbas su savižudybės krizėje esančiais pacientais nėra vien tik slegiantis ir neigiamai veikiantis psichikos sveikatos specialistus. Yra specialistų, kurie visą savo darbą paskiria suicidiškų klientų gydymui ir priežiūrai. Vadinasi, darbas su šiais žmonėmis kažkuo juos įtraukia į šią dažnai baugumu ir grėsme apipintą sritį. Įdomius svarstymus pateikia Soulié (2019) savo disertacijoje apie tai, kad yra klinacistų, kuriems patinka dirbti su pacientais, esančiais savižudybės krizėje, nes jie jaučiasi kompetentingi šioje srityje. Kadangi jie kompetentingi, todėl yra linkę pasiekti teigiamų rezultatų. Kadangi jie pasiekia teigiamus rezultatus, todėl jie jaučia pasitenkinimą. Kadangi jie jaučia pasitenkinimą, todėl jiems darbas su savižudybės rizikoje esančiais pacientais patinka ir t. t. Toks ciklas rodo, kad pagerėjus savižudiškų minčių ar ketinimų turinčio žmogaus savijautai, sustiprėja specialisto noras dirbti su tokiais klientais. Taip pat, remiantis neuromokslo žiniomis, paaiškinti pasitenkinimą dirbant su suicidiškais klientais galime remdamiesi su dopaminu susijusia smegenų atlygio sistema. Panašiai kaip vaiko šypsena suaktyvina tam tikrą motinos smegenų sritį, taip ši sritis suaktyvinama terapijos procese. Kai pacientui pagerėja, specialistui kyla pasitenkinimo jausmas, kuris ne tik veikia apdovanojančiai, bet ir motyvuoja nesustoti (Strathearn, Li, Fonagy, & Montague, 2008; Soulié, 2019).

Richards (1999) rašo, kad psichoterapeutai, dirbantys su suicidiškais klientais, yra unikaliaje pozicijoje. Neretai savižudybės galimybę svarstančiųjų ankstesnės (dažnai vaikystės) patirtys yra neigiamos. Dažnai tai komplikuoti santykiai su tėvais ar globėjais. Terapeutas, kurdamas santykį su tokiu pacientu, užima ypatingą vietą, nes jų sukuriamas santykis gali leisti pacientui atvirai tyrinėti praeities santykius, transformuoti juos ir padėti internalizuoti naujai sukurtą saugų santykį. Tokiai transformacijai pasiekti terapeuto vaidmuo yra esminis. Nicholl, Loewenthal ir Gaitanidis (2016) atliko kokybinį tyrimą, kurio metu Didžiojoje Britanijoje dirbantys psichoterapeutai pasakojo savo



darbo su savižudybės rizikos pacientais išgyvenimus. Jie identifikavo penkias ryškiausias visų pasakojimų temas ir viena iš jų – privilegija. Visi minėto tyrimo dalyviai apibūdino savo darbą su žmonėmis, turinčiais savižudiškų minčių, kaip privilegiją ir garbę. Privilegija laikoma tai, kad klientas visiškai atvirai dalinasi pačiais sunkiausiais jausmais ir išgyvenimais su savo specialistu ir dažnai tik jam vienam taip atsiveria. Visgi, psichoterapeutai nelinkę romantizuoti darbo su savižudybės krizėje esančiais pacientais ir teigia, kad minėti teigiami darbo aspektai neatsveria patiriamo nerimo.

Neretai pasitaiko, kad specialistai, pradedę pacientą dėl savižudybės, nepaisant patiriamo streso ir skausmo, vėliau pasižymi profesiniu ir asmeniniu augimu. Moos ir Schaefer (1986) buvo vieni pirmųjų, kurie tai tyrė ir įrodė tokio augimo galimybę. Potrauminis augimas yra apibrėžiamas kaip procesas, kurio metu individas patiria pozityvius pokyčius, kylančius iš didelės gyvenimo krizės kančios (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 2000; Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998). Tokios gyvenimo krizės turi įvairių teigiamų padarinių. Yra galimybė viršyti prieš traumą buvusią būklę, t. y. padidėja funkcionalumas (Ickovics & Park, 1998), sustiprinami socialiniai ir asmeniniai ištekliai, ugdomi nauji sunkumų įveikos būdai, skatinamas geresnis savęs pažinimas (Schaefer & Moos, 1992). Tedeschi ir kiti (1998) pateikia teigiamų psichologinių pokyčių pavyzdžius, tokius kaip padidėjęs gyvenimo vertinimas, naujų gyvenimo prioritetų nusistatymas, padidėjęs asmeninės stiprybės jausmas, naujų galimybių identifikavimas, pagerintas intymių santykių artumas ir teigiami dvasiniai pokyčiai.

## 1.6. Specialistų poreikiai

Ankstesniuose skyriuose buvo minėta, kad darbas su suicidišku klientu ir paciento savižudybė paliečia daugelį psichikos sveikatos specialisto gyvenimo sričių – pakinta emocinė ir fizinė savijauta, požiūris į save ir į savo darbą, o taip pat pasikeičia ir specialisto poreikiai (Cutcliffe & Stevenson, 2007). Pastaruoju metu vis dažniau mokslinėje literatūroje gilinamasi į specialistų, dirbančių su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, poreikius.

Mokslinėje literatūroje nemažai dėmesio yra skiriama psichikos sveikatos slaugytojų poreikiams. Dažnai šios specialybės atstovai, dirbantys ligoninės stacionare, turi paros trukmės budėjimus. Kai stacionare guli pacientai, esantys savižudybės krizėje, psichikos sveikatos slaugytojai yra atsakingi už šių pacientų priežiūrą visą parą (Higgins, Hurst, & Wistow, 1999). Cutcliffe ir Barker (2002) akcentuoja slaugytojų darbo stilių. Psichikos sveikatos slaugytojai jaučia labai daug atsakomybės prižiūradami savižudybės rizikoje esančius pacientus, tačiau ne visada žino, kokį vaidmenį savo darbe prisiimti ir už ką jie tikrai yra atsakingi. Minėti autoriai teigia, kad slaugytojai privalo būti susipažinę su literatūra apie suicidiškų asmenų priežiūrą, stengtis savo darbe būti

rūpestingiesniais ir palaikančiais, o ne įtemptai ir sugriežtintai stebinčiais tokius pacientus. Hamel-Bissel (1985) teigė, kad psichikos sveikatos slaugytojams yra reikalinga ilgametė patirtis, kad šie sėkmingai pajėgtų valdyti tokioje profesijoje neišvengiamai kylantį stresą. Jis taip pat akcentuoja, kad slaugytojai privalo gauti reguliarias kliniškes supervizijas, kurios suteiktų galimybę gauti nuolatinę tinkamą paramą slaugytojams, dirbantiems su suicidiškais pacientais. Hamel-Bissel taip pat mini, kad kartais turi būti taikomas formalus debriefingas ir suteikiama kitokia parama. Jeigu darbovietė nesuteikia tokios paramos, dėl dažno padidėjusio streso lygio psichikos sveikatos slaugytojai gali nebepajėgti arba nebenorėti toliau dirbti su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais.

Mokslinėje literatūroje taip pat galima rasti informacijos apie psichikos sveikatos specialistų poreikius. Specialistų poreikiai dažnai yra individualūs ir skirtingi, tačiau daugumą jų galima apjungti į kelias pagrindines grupes:

**Mokymai.** Vienas dažniausiai išsakomų poreikių yra papildomi mokymai savižudybių tema. Įvairios mokymų programos pateikia informaciją kaip dirbti su savižudybės krizėje esančiais pacientais, tačiau medžiaga dažnai yra teorinė ir integruota į kurį nors kitą klinikinį studijuojamą dalyką. Psichikos sveikatos specialistai nurodo, kad praverstų atskiras kursas savižudybių tema bei praktika, vertinant ir dirbant su suicidišku pacientu. Žinoma, patyrus paciento savižudybę, tokie mokymai greičiausiai nesumažintų emocinio krūvio, tačiau tai suteiktų daugiau kompetencijų tolimesniam darbui ir padėtų geriau susipažinti su galimomis pasekmėmis (Bongar & Harmatz, 1991; Ellis & Dickey, 1998). Psichikos sveikatos specialistai ne tik išsako tokių mokymų trūkumą, tačiau taip pat išreiškia geresnės mokymų kokybės poreikį. Neimeyer (2000) teigia, kad mokymai paprastai apsiriboja rizikos veiksnių išvardinimu ir paviršutinišku informavimu apie „nesižudymo kontraktus“ bei pristatoma etikos būtinybę pranešti ir užkirsti kelią kliento suplanuotai savižudybei, o Tanney (1995) praneša, kad mokymų programos, parengtos remiantis racionalumu ir orientuotos į meistriškumą, buvo įvertintos kaip „mažai arba vidutiniškai naudingos netektį išgyvenusiems pagalbos teikėjams“. Yousaf, Hawthorne ir Sedgwick (2002) taip pat atkreipė dėmesį į tai, kad jų tyrime dalyvavę terapeutai negavo naudos iš didaktinio mokymo. Neimeyer (2000) teigia, kad toks dabartinių mokymo metodų nepakankamumas neleidžia terapeutams pilnai pasiruošti sudėtingoms realioms savižudybių sukeltoms krizėms. Tačiau atsižvelgdami į tai, kad joks kiekis mokymų ar intervencija visiškai nepanaikins savižudybės rizikos (Graham et al., 2000; Little, 1992), škotų psichiatrai Alexander ir kiti savo tyrime (2000) išreiškė poreikį, kad mokymo programose reikia pabrėžti savižudybės neišvengiamumą, o ne vien tik jos riziką. Taip pakeitus fokusavimąsi mokymo programose, psichikos sveikatos specialistai įgytų realistiškesnius lūkesčius apie galimą tokio įvykio pasireiškimą savo klinikinėje praktikoje ir būtų geriau tam pasirengę.

**Gebėjimas užmegzti santykį su pacientu.** Pastebima, kad, nepaisant to, kuris psichikos sveikatos specialistas bendrauja su savižudybės rizikoje esančiu pacientu – psichologas,

psichoterapeutas, gyd. psichiatras ar slaugytojas – nepatologizuojantis žvilgsnis, dėmesys ne per sutrikimo prizmę, o į psichologinę kančią gali būti reikšmingas kuriant kontaktą su suicidišku klientu. Goldberg, Jenkins, Millar ir Faragher (1993) teigia, kad paciento psichologinio distreso lygį leidžiančių nustatyti ženklų atskleidimas specialistui daugiausia priklauso nuo pokalbio stiliaus. Specialisto pateikiami klausimai apie fizinius dalykus, teorijomis paremti klausimai, direktyvūs ir uždari psichologiniai ir socialiniai klausimai sumažina tokių distresą identifikuoti leidžiančių ženklų atskleidimą. Klientai greičiausiai pasidalina savo kančia ir skausmu kuomet specialistas yra empatiškas, rūpestingas, besidomintis ir leidžiantis klientui vesti pokalbį. Goldberg ir Huxley (1980) rašo, kad tai, ar pavyks ir kaip tiksliai pavyks nustatyti psichologinius paciento sunkumus, priklauso nuo pirmųjų specialisto ir paciento pokalbio minučių. Taigi, psichologinių žinių apie konsultavimo ir bendravimo ypatumus ir žodžių, kurie drąsintų klientą atskleisti savo subjektyvią kančią, žinojimas yra svarbus tam, kad būtų galima labiau padėti klientui bei kad specialistas jaustųsi saugiau ir labiau pasitikintis savimi, kai klientas kalba apie savižudybę.

**Socialinė parama.** Socialinę paramą psichikos sveikatos specialistas nori gauti tiek iš supervizoriaus, mentoriaus, kolegų, tiek iš šeimos narių ar bet kokių kitų jam svarbių žmonių. Tiek emocinės paramos gavėjui, tiek jos teikėjui svarbu suprasti, kad tokie susitikimai ir palaikymas turi būti emocinio, o ne techninio pobūdžio. Taigi, nors dažnai sunku nukreipti dėmesį nuo atsakymo į tai, kas skatina klientą svarstyti apie savižudybę paieškos, tačiau pirmiausiai specialistai norėtų, kad dėmesys būtų skiriamas jų pačių mąstysenai, savęs apsaugojimui ir priežiūrai. O įvykus paciento savižudybei, logika pagrįstos analizės apie įvykį turėtų būti atliekamos daug vėliau (Ellis & Patel, 2012).

## 1.7. Sunkumų įveika

Sunkumų arba streso įveika (angl. *stress coping*) apibūdinama kaip kognityvinės ir elgesio pastangos suvaldyti specifinius išorinius arba vidinius reikalavimus, kurie vertinami kaip naudojantys arba viršijantys žmogaus resursus (Lazarus & Folkman, 1984). Paprastesniais žodžiais, įveiką galime apibūdinti kaip sąmoningas žmogaus pastangas spręsti asmenines ir tarpasmenines problemas mažinant stresą. Tai, koku būdu asmuo įveikia stipraus streso ar traumos padarinius, vadinama įveikos strategijomis arba įveikos mechanizmais (Auchter & Strauss, 2003). Kaip ir esant bet kokiam trauminiam įvykiui, psichikos sveikatos specialistai, tvarkydamiesi su paciento savižudybės sukeltais padariniais arba sunkumais, kylančiais dirbant su suicidiškais pacientais, naudoja daugybę skirtingų įveikos strategijų ir mechanizmų. Vieni iš jų padeda susitvarkyti su kylančiu stresu arba susitaikyti su paciento savižudybės patirtimi, kiti – ne (Lazarus, 1993).

Toks elgesys, kurio imasi psichikos sveikatos specialistai siekdami susitvarkyti su kylančiais

sunkumais, gali būti tiek adaptyvus, tiek neadaptyvus. Adaptyvios įveikos strategijos sumažina patiriamo streso lygį. Tokios strategijos yra teigiamai susijusios su prisitaikymu ir gera sveikata. Dažnai tai – į problemos sprendimą nukreiptos įveikos strategijos (Cosway, Endler, Sadler, & Deary, 2000). Susidūrus su dideliu stresu dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, ne visiems pavyksta pasirinkti adaptyvius įveikos būdus, kurie teigiamai veiktų specialisto emocinę būseną. Kai kurie specialistai reaguoja neadaptyviai, t. y. renkasi stresą mažinančias reakcijas ar elgesį, kuris turi neigiamų pasekmių tiek specialisto savijautai, tiek tolimesniam jo darbui (Kapoor, 2008). Neadaptyviomis įveikos strategijomis vadinamas elgesys, laikinai sumažinantis streso požymius, tačiau neveikiantis jo priežasčių. Tokios strategijos gali būti efektyvios tam tikrą trumpą laiko tarpą, bet ilgalaikėje perspektyvoje gali turėti žalingų pasekmių (Schnider, Elhai, & Gray, 2007).

Gana nedaug mokslinių tyrimų yra atlikta, siekiant išsiaiškinti kaip psichikos sveikatos specialistai įveikia sunkumus, kurie kyla dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais. Ting, Jacobson ir Sanders (2008) tyrė psichikos sveikatos srityje dirbančių socialinių darbuotojų, dirbančių su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, įveikos strategijas. Ne visi socialiniai darbuotojai ėmėsi kažkokių veiksmų kylantiems sunkumams įveikti. Buvo atskleista, kad 35,8 proc. socialinių darbuotojų naudojo adaptyvias įveikos strategijas, tokias kaip malda (19,2 proc.), meditacija (18,1 proc.), mankšta (16,6 proc.) ir kreipimasis pagalbos į specialistus (8,5 proc.). 37,2 proc. socialinių darbuotojų nurodė ėmėsi neadaptyvių įveikos strategijų įveikti kylančius emocinius sunkumus savo darbe. Tarp šių įveikos strategijų buvo izoliacija (17 proc.), alkoholio vartojimas (16,2 proc.), persivalgymas (15,9 proc.), rūkymas (12,5 proc.), receptiniai vaistai (5,2 proc.), nelegalios narkotinės medžiagos (1,8 proc.).

Daugiau mokslininkų dėmesio skiriama išsiaiškinti, kaip psichikos sveikatos specialistai įveikia kylančius emocinius sunkumus po paciento savižudybės. Pavyzdžiui, McAdams ir Foster (2002) tyrė profesionalių konsultantų įveiką ir atsistatymą, netekus kliento dėl savižudybės ir nustatė keturias pagrindines grupes, apimančias įvairias įveikos strategijas, kurių dažniausiai ėmėsi konsultantai po paciento savižudybės. Kituose moksliniuose tyrimuose šios įveikos strategijos taip pat dažnai minimos:

1. Asmeninės paramos sistemos (angl. *personal support systems*). Asmeninės paramos sistemų ištekliams galima priskirti palaikymą iš šeimos, draugų, kolegų ir asmeninio terapeuto. McAdams ir Foster tyrime (2002) vienas dalyvis teigė: „Besąlygiškas mano šeimos ir ne darbo draugų palaikymas buvo neįkainojamas padedant man suprasti, kad po savižudybės aš esu ne mažiau vertas ir pajėgus žmogus nei buvau iki tol“. Nors kolegų iš darbo palaikymas taip pat dažnai laikomas vertingu atsigaunant po paciento savižudybės, visgi padeda ne visada. Prie to prisideda specialisto, kurio pacientas įvykdė savižudybę, nesėkmės jausmas ir profesinis nepilnavertiškumas. Bendraujant su kolegomis, toks specialistas gali pajauti, kad palaikymas suteikiamas „iš reikalo“ bei gali pradėti

save lyginti su kolegomis, kurie nepatyrė kliento netekties. Gali būti, kad svarbu, ar bendraujama su kolegomis turinčiais panašią patirtį, ar ne. Chemtob su kolegomis (1988) pabrėžė, kad daug naudos turi tiek konsultacijos su kolegomis, tiek paramos grupės su kolegomis, kurie taip pat yra išgyvenę paciento savižudybę. Grad, Zavasnik ir Groleger (1997) pastebėjo lyties skirtumą. Jie rado, kad specialistės moterys daugiau negu dvigubai dažniau už specialistus vyrus nurodė kalbėjimą su kolegomis kaip efektyvią įveikos strategiją. Minėtame McAdams ir Foster (2002) tyrime asmeninė terapija buvo įvertinta kaip efektyviausia pagalba ne tik šioje asmeninės paramos sistemų kategorijoje, bet ir iš visų įveikos strategijų.

2. Kontaktavimas su mirusio kliento šeima. Ši kategorija apima dalyvavimą nusižudžiusio paciento laidotuvėse bei susitikimą su nusižudžiusiojo šeima. Apsisprendimas dalyvauti laidotuvėse nėra dažnas tarp specialistų, tačiau nemažai specialistų tai suvokia kaip sėkmingą būdą padėti tiek sau, tiek nusižudžiusio paciento šeimai. McAdams ir Foster tyrime (2002) viena iš tyrimo dalyvių dalyvavimą paciento laidotuvėse laikė vieninteliu dalyku, kurį ji galėjo padaryti norėdama palaikyti nusižudžiusiojo šeimą. Nors šeimos skausmo toks veiksmas neišgydo, tačiau nuoširdi užuojauta, pasidalijimas liūdesiu gali palengvinti tiek šeimos, tiek specialisto vidinę kančią. Kaya ir Soreff (1991) teigia, kad laidotuvės suteikia labai svarbią galimybę gedėti grupėje ir dalyvavimas jose tikrai nereiškia atsakomybės dėl savižudybės prisiėmimo. Šeimos nariai specialisto dalyvavimą dažnai vertina. Žinoma, ne visada apsilankyti laidotuvėse yra įmanoma, kartais šeimos nariai kviečia tik pačius artimiausius asmenis, o retkarčiais tai trukdo įgyvendinti atstumas ir kelionės išlaidos.

3. Supervizorių parama. Supervizorių reakcija po to, kai supervizuojamo specialisto klientas nusižudo, daro didelę įtaką specialisto sunkumų įveikai ir atsistatymui. Supervizijų metu dažnai normalizuojami specialisto emociniai išgyvenimai ir padedama integruoti tokią patirtį (Knox, Burkard, Jackson, Schaack, & Hess, 2006). Supervizorius gali atlikti pomirtinę atvejo apžvalgą ar psichologinę autopsiją, kad galėtų padėti specialistui suprasti savižudybės klinikinius antecedentus ir jos poveikį (McAdams ir Foster, 2002). Taip pat supervizijų metu specialistams suteikiamas grįžtamasis ryšys iš labiau patyrusio profesionalo apie tai, kiek buvo padaryta siekiant užkirsti kelią savižudybei. Tai suteikia užtikrintumo savo darbo kokybe, palaiko savo kaip specialisto savigarbą, o jeigu reikalinga, inicijuojami savižudybių prevencijos programos pakeitimai ir tai suteikia saugumo tolimesniame darbe su savižudybės krizę išgyvenančiais pacientais. Brown (1987) pastebėjo, kad supervizorių pasidalijimas savo patirtimi teigiamai veikia atsistatymą po kliento savižudybės. Hendin ir kiti (2000) pažymėjo, kad terapeutai, išgyvenę paciento savižudybę, jautėsi mažiau izoliuoti, kai kolegos ir supervizoriai pasiūlė paramą pasidalindami savo pačių kliento netekties dėl savižudybės patirtimi. Terapeutai suvokė tai kaip labiau naudingą pagalbą negu nuraminimas ir užtikrinimas dėl tinkamo gydymo proceso. Tačiau, kartais, nepaisant to, koks svarbus supervizoriaus vaidmuo po

kliento savižudybės, terapeutas gali nesiekti gauti tokios pagalbos iš supervizoriaus dėl baimės būti apkaltintu dėl kliento savižudybės.

4. Edukacija ir mokymai. Neabejojama, kad dauguma psichikos sveikatos specialistų yra bent susipažinę su savižudybių tema savo aukštojoje mokykloje. Visgi, McAdams ir Foster (2002) atskleidė, kad paruošiamajame kurse gautos žinios ir savižudybės sukeltai krizei skirtas dėmesys neatskleidė realaus krizės, kuri ištinka po paciento savižudybės, dydžio. Buvo minėta, kad mokymai yra vienas dažniausių psichikos sveikatos specialistų poreikių dirbant su suicidiškais pacientais. Taip pat pastebėta, kad mokymai gali būti ir kaip įveikos strategija. Minėtame tyrime pastebėta, kad seminarai, skirti būtent savižudybių temai, suteikia jėgų nepalūžti ir žinių, padedančių greičiau atsistatyti po paciento savižudybės.

Visos išvardytos įveikos strategijos dažnai priskiriamos prie adaptyvių įveikos strategijų. Tačiau literatūroje randama ir informacijos apie neadaptyvias įveikos strategijas. Paciento savižudybė neretai lemia padidėjusį specialisto atsargumą su savižudybės rizikoje esančiais pacientais. Toks atsargumas kartais yra tinkamas dirbant su šiais pacientais, tačiau kartais tai lemia per dažną klientų hospitalizaciją arba teisių ligoninės pacientams suvaržymą. Kitas netinkamas elgesys pasireiškia vengimo reakcijomis. Tai gali būti paties specialisto vengimas spręsti savo emocinius sunkumus (Menninger, 1991; Ellis, Schwartz, & Rufino, 2018). Pasitaiko atvejų, kai neadaptyvios reakcijos į tokį stiprų stresą pasiekia klinikinį lygį. Dažnai tai vadinama „perdegimu“ (Maslach, 2003). Ankstyvieji jo požymiai – padidėjęs vėlavimas ar neatvykimas į darbą, socialinis atsitraukimas, dirglumas ir motyvacijos praradimas. Ypač aukštoje rizikoje yra tie profesionalai, kurie linkę per daug įsitraukti į darbą, prastai jaučia ribas, linkę prisiimti atsakomybę už savo klientų elgesį bei kuriems trūksta streso valdymo įgūdžių ir gebėjimo tinkamai pasirūpinti savimi (Horn, 1994). Neadaptyvios įveikos ženklu gali būti toks specialisto elgesys po paciento savižudybės, kai jis bando susitvarkyti su padariniais savarankiškai ir atsisako priimti bet kokią kitų paramą. Tokia atsiskyrėliška įveika gali būti lydima vienišumo, depresiškos nuotaikos, padidėjusio psichoaktyvių medžiagų vartojimo ir kitų kliniškai reikšmingų disfunkcijų, kurioms dažnai reikalingos terapinės intervencijos (Kapoor, 2008; Ellis & Patel, 2012).

## 1.8. Tyrimo problema ir aktualumas

Nemažai suicidologinių tyrimų gilinasi į suicidišką žmogų, bandydami suprasti kokie veiksniai lemia žmogaus pasirinkimą nusižudyti bei kokie yra efektyvūs būdai užkirsti tam kelią. Tačiau lig šiol labai mažai tyrimų atsižvelgia į specialistus, teikiančius pagalbą savižudybės krizėje esantiems žmonėms. Sunkumai, kuriuos šie specialistai patiria, dirbdami su tokiais pacientais, trukdo specialistui dirbti, nuo to kenčia darbo kokybė. Taigi svarbu analizuoti tokias specialistų patirtis, kad

būtų galima prisidėti prie efektyvesnės pagalbos.

Savižudybės krizę išgyvenantis žmogus kelia daug emocinių išgyvenimų artimiesiems. Psichikos sveikatos specialistai yra tie, kuriems patikima rūpintis suicidiško asmens psichikos savijauta, dažnai tikimasi, kad specialistas užkirs kelią paciento savižudybei. Patys specialistai taip pat dažnai turi lūkestį, kad laiku atpažinta savižudybės rizika, pritaikytas tinkamas gydymas yra lemiantys veiksniai siekiant išvengti savižudybės. Visgi kartais taip nutinka, kad žmogus savižudybės krizėje išlieka labai ilgą laiką arba gydymo eigoje nusižudo. Abiem atvejais su juo dirbusiam psichikos sveikatos specialistui, kaip ir kitiems nusižudžiusiojo artimiesiems, gali kilti įvairių nemalonių, slegiančių emocinių išgyvenimų. Pastaruoju metu mokslininkai vis daugiau skiria dėmesio gedului po paciento savižudybės. Taip pat svarbu tyrinėti specialistų emocinius išgyvenimus, kylančius dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, nes, kaip minėta šio rašto darbo įvadinėje dalyje, šie išgyvenimai gali būti tokie intensyvūs, kad gali sutrikdyti specialisto psichologinę savijautą, fizinę sveikatą ar net lemti pasirinktos profesijos atsisakymą.

Taip pat yra per mažai atsižvelgiama į kultūrinių ypatumų reikšmę. Daugiausia dabartinių suicidologijos žinių kyla iš teorinių bei empirinių tyrinėjimų, atliktų Vakarų pasaulio valstybėse, nors daugiausia savižudybių įvyksta kitose šalyse. Taip pat Lietuva neturi vieningos, aiškios valstybinės savižudybių prevencijos strategijos, o tai apsunkina darbą specialistams. Kai kuriose Lietuvos savivaldybėse nėra patvirtinto reagavimo į savižudybių riziką algoritmo. Svarbu gilintis į Lietuvoje dirbančių specialistų išgyvenimus, poreikius, sunkumų įveikimą, nes savižudybių skaičius šalyje yra vienas didžiausių pasaulyje ir svarbu suprasti, ko trūksta čia dirbantiems specialistams ir ar jie turi resursų ir galimybių tvarkytis su išskylančiais sunkumais.

## 1.9. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Šio tyrimo **tikslas** yra atskleisti ir aprašyti psichikos sveikatos specialistų (psichologų ir gyd. psichiatrų) subjektyvias patirtis dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais.

Tikslui pasiekti formuluojami tokie **klausimai**:

1. Ką patiria ir kaip jaučiasi psichikos sveikatos specialistai, dirbdami su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais?
2. Kokie yra psichikos sveikatos specialistų, dirbančių su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, poreikiai?
3. Kaip psichikos sveikatos specialistai įveikia sunkumus, kylančius dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais?

## 2. TYRIMO METODOLOGIJA

Šis tyrimas yra Vilniaus universiteto Psichologijos instituto Suicidologijos tyrimų centro 2019 – 2021 m. vykdomo, Valstybinio visuomenės sveikatos stiprinimo fondo lėšomis finansuojamo projekto „Savižudybių prevencijos sistemos veiksmingumo tyrimas savivaldybėse“ (Nr.: S-172/(1.78)SU-1732) dalis. Projekto vadovas doc. dr. Paulius Skruibis. Projekto tikslas – išanalizuoti pasirengimą reaguoti į savižudybės krizę dešimtyje Lietuvos savivaldybių, pasižyminčių aukščiausiais savižudybių rodikliais, ir pateikti praktines rekomendacijas egzistuojančios sistemos tobulinimui. Šiame rašto darbe pristatomi dalies šiam uždaviniui pasiekti atlikto tyrimo duomenys. Toliau darbe tyrimu bus vadinamas šis siauresnis darbas.

Šį tyrimą vykdė tyrėjų grupė: šio rašto darbo autorė, psichologai dr. Jurgita Rimkevičienė, dr. Said Dadašev, dokt. Dovilė Grigienė, dokt. Miglė Marcinkevičiūtė, dokt. Austėja Agnietė Čepulienė, klinikinės psichologijos magistrantė Ignė Umbrasaitė, vadovaujami Vilniaus universiteto Suicidologijos tyrimų centro vadovo doc. dr. Pauliaus Skruibio. Tyrėjų grupė dalyvavo visuose tyrimo etapuose: sudarant tyrimo planą, parenkant ir kuriant tyrimo instrumentus, renkant ir analizuojant kokybinius interviu duomenis. Šio rašto darbo autorė atliko giluminę psichikos sveikatos specialistų subjektyvių patirčių, dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, analizę atskirai nuo kitų tyrimo grupės narių.

### 2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimo dalyvavo 17 psichikos sveikatos specialistų, kurie savo darbe teikia skubią ar tęstinę pagalbą savižudybės rizikoje esantiems asmenims. Iš jų 11 psichologų (64,71%) ir 6 gydytojai psichiatrai (35,29%). Šiame tyrimo dalyvavo 4 vyrai (23,53%) ir 13 moterų (76,47%). Tyrimo dalyvių bendras amžiaus vidurkis buvo 51 m. ( $SD = 13,25$ ; nuo 31 iki 74 metų), vyrų – 53 m. ( $SD = 14,24$ ; nuo 32 iki 72 metų), moterų – 50 m. ( $SD = 12,85$ ; nuo 31 iki 74 metų). Visi tyrimo dalyviai yra iš skirtingų Lietuvos savivaldybių, turinčių aukščiausius savižudybių rodiklius pagal 2017 m. duomenis – Zarasų r., Molėtų r., Rokiškio r., Jurbarko r., Pakruojo r., Lazdijų r., Ignalinos r., Pagėgių r., Joniškio r., Kalvarijos savivaldybių. Apibendrinti tyrimo dalyvių demografiniai duomenys pateikti 1-oje lentelėje.

**1 lentelė.** *Tyrimo dalyvių demografiniai duomenys*

Nr.	1	2	3	4	5	6
Vardas	Diana	Kostas	Eduardas	Marija	Nojus	Valerija
Lytis	M	V	V	M	V	M



## Lentelės tęsinys

Nr.	1	2	3	4	5	6
Amžius	46	56	53	37	32	43
Profesija	Ps.	G. p.	Ps.	Ps.	Ps.	Ps.
Darbo stažas (m.)	21	32	30	5	7	11

Nr.	7	8	9	10	11	12
Vardas	Kajus	Adelė	Vakarė	Zita	Žemyna	Giedrė
Lytis	V	M	M	M	M	M
Amžius	72	58	62	74	45	32
Profesija	G. p.	Ps.	Ps.	G. p.	Ps.	G. p.
Darbo stažas (m.)	35	15	16	49	12	8

Nr.	13	14	15	16	17
Vardas	Gerda	Elizabeta	Klaudija	Ieva	Marcelė
Lytis	M	M	M	M	M
Amžius	58	58	44	66	31
Profesija	Ps.	Ps.	Ps.	G. p.	G. p.
Darbo stažas (m.)	30	20+	13	34	2

*Pastaba:* tyrimo dalyvių vardai pakeisti; Ps. – psichologas, G. p. – gyd. psichiatras; Darbo stažas (m.) – kiek laiko yra nurodytos srities specialistas (-ė).

Psichikos sveikatos specialistai buvo atrenkami tikslinės atrankos būdu. Buvo kreipiamasi į minėtų rajonų savivaldybėse esančias konkrečias įstaigas, kuriose dirba psichikos sveikatos specialistai (psichologai ir gyd. psichiatrai), bei, susisiekus su tų rajonų savivaldybių savižudybių prevencijos veiklų koordinatoriumi, buvo prašoma pasidalinti psichikos sveikatos specialistų, teikiančių psichologinę ar psichiatrinę pagalbą, kontaktais. Dalyvių kontaktai buvo gaunami susisiekiant su įstaigų personalu ar koordinatoriumi telefonu. Taip pat, siekiant surinkti tyrimo dalyvių imtį, buvo bendradarbiaujama su Lietuvos psichologų sąjunga, kuri vienija įvairiose srityse dirbančius psichologus visoje Lietuvoje. Surinkus specialistų kontaktus, tyrimo dalyviai telefonu buvo pakviečiami dalyvauti tyrime. Telefono pokalbio metu galimiems tyrimo dalyviams buvo pristatomas tyrimas ir klausama, ar jie sutiktų sudalyvauti interviu.

Nors buvo planuota vykdyti interviu susitikus su tiriamaisiais gyvai, tačiau dėl šalyje paskelbto karantino ir įvestų ribojimų, siekiant suvaldyti COVID-19 pandemiją (nuo 2020 m. kovo mėn.), teko pakeisti strategiją ir interviu atlikti nuotoliniu būdu. Su sutikusiais dalyvauti respondentais buvo suderintas jiems patogus laikas ir susiskambinama jiems patogia ryšio priemone. Visiems dalyviams pirmiausia buvo siūlyta interviu turėti ZOOM platformoje, tačiau keliems iš jų pageidavus, interviu buvo atliktas mobiliuoju telefonu.

## 2.2. Tyrimo metodai ir eiga

Šiame tyrime duomenys buvo renkami pusiau struktūruotu interviu. Tokia duomenų rinkimo forma pasirinkta, nes ji leidžia gana lanksčiai pateikti klausimus ir tai padeda sukurti bendradarbiavimu grįstą santykį su tyrimo dalyviu. Toks metodas įgalina atskleisti įvairių ir individualią tyrimo dalyvių patirtį. Visgi pusiau struktūruotame interviu yra iš anksto paruošti klausimai, remiantis žiniomis apie tyrinėjamą reiškinį bei lūkesčiais apie tai, kokią informaciją mums gali pateikti tyrimo dalyviai (Gudaitė, 2007). Taigi, interviu metu buvo užduodami iš anksto paruošti pagrindiniai klausimai, o esant poreikiui, tyrėjas galėjo užduoti tikslinamuosius klausimus. Pagrindiniai klausimai palengvina skirtingų dalyvių informacijos lyginimą. Interviu klausimai paruošti bendradarbiaujant Vilniaus universiteto Suicidologijos tyrimo centro mokslininkų grupei. Jie buvo formuluojami taip, kad kuo labiau skatintų psichikos sveikatos specialistus laisvai dalintis tiek savo išgyvenimais ir patirtimi, tiek realia ir faktine informacija apie pagalbą suicidiškiems asmenims konkrečiose savivaldybėse, kuri taip pat domino tyrėjus. Atliktų interviu trukmė svyravo nuo 18 iki 74 minučių, vidurkis – 39 minutės.

Prieš pradėdant interviu, tyrimo dalyviams buvo dar kartą pristatyta trumpa informacija apie tyrimą (interviu įžanga pateikiama 1 priede). Visiems tyrimo dalyviams, sutikusiems kalbėtis ir leisti pokalbį įrašyti diktofonu, buvo užduodami šie interviu klausimai:

1. Kaip dažnai tenka teikti pagalbą žmonėms, esantiems savižudybės krizėje? Su kokiomis situacijomis dažniausiai susiduriate?
2. Jeigu sužinote, kad žmogus (jūsų klientas, pacientas, kt.) galvoja apie savižudybę, ką darote tokioje situacijoje?
3. Teikiant pagalbą žmogui su savižudybės rizika, su kokiais sunkumais susiduriate? Kas Jums padeda tokiose situacijose? Kas kliudo teikti pagalbą?
4. Kokios pagalbos sistemos vietos, Jūsų nuomone, yra veiksmingos, o kurios neveikia? Kodėl?
5. Gal galite papasakoti apie savo emocinius išgyvenimus, dirbant su žmonėmis savižudybės rizikoje. Ką Jūs asmeniškai išgyvenate, kaip jaučiatės, ką galvojate?
6. Kokie, Jūsų manymu, yra pagrindiniai specialisto, dirbančio su savižudybės rizikoje esančiu pacientu, poreikiai? Ko Jums asmeniškai labiausiai reikia tokiose situacijose?
7. Jeigu susidūrė su paciento savižudybe: Gal galite plačiau papasakoti apie tą situaciją, kokios buvo aplinkybės? Kaip vertinate, kokios buvo savižudybės priežastys? Kas būtų padėję tam žmogui? Kokia buvo jūsų savijauta ir poreikiai?
8. Kadangi pastaruoju metu visiems teko susidurti su itin neįprastomis aplinkybėmis dėl koronaviruso pandemijos, mus domina, ar turite pastebėjimų dėl pagalbos suicidiškam asmeniui teikimo ypatumų būtent pandemijos metu? Galbūt atsiskleidė kažkokios pagalbos sistemos privalumai arba trūkumai?

Pabaigus interviu, buvo užduodami klausimai demografiniams tyrimo dalyvio duomenims surinkti. Šiais klausimais buvo siekiama sužinoti tyrimo dalyvio amžių, kiek laiko jis yra nurodytos srities specialistas, kiek laiko dirba praktinį darbą būtent šioje savivaldybėje bei ar dirba ir kurioje nors kitoje savivaldybėje, jei taip, tai kuriose. Šiame rašto darbe pateikiami tik tie demografiniai duomenys, kurie gali būti svarbūs šio rašto darbo temos kontekste.

Interviu buvo transkribuojami šio rašto darbo autorės, pakeičiant visas tyrimo dalyvį identifikuojančias detales (vardus, vietovardžius, pavadinimus). Transkribuojant buvo pažymima ir kai kuri neverbalinė informacija (pavyzdžiui, atsidusimas, juokas, pauzės). Transkripcijose naudoti ženklai pateikiami 2 priede.

### 2.3. Duomenų analizė

Interviu metu gautiems duomenims apdoroti buvo naudojama teminė analizė pagal Boyatzis (1998). Šis metodas suteikia galimybę atpažinti, analizuoti, apibendrinti tekste išskylančias temas nesivadovaujant išankstinėmis prielaidomis. Boyatzis (1998) skiria indukcinę, dedukcinę ir hibridinę teminės analizės formas. Indukcine laikoma tokia teminė analizė, kai nesiremiam iš anksto numatyta teorija ir temos yra generuojamos iš duomenų (ang. *data-driven*). Tokios temos nebūtinai siejasi su klausimais, kurie buvo pateikiami tyrimo dalyviams. Dedukcine analize laikoma tokia teminė analizė, kai temos formuojamos remiantis iš anksto žinoma tam tikra teorija (angl. *theory-driven*). Hibridine teminės analizės forma laikoma tokia analizė, kai nėra įmanoma taikyti indukcinės analizės. Indukcinei analizei reikalingos bent dvi imtys, kurios būtų lyginamos tarpusavyje pagal nustatytą kriterijų. Šiuo tyrimu siekiama sužinoti psichikos sveikatos specialistų patirtis dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, taigi teminės analizės vienetas yra vienas ir nėra kriterijaus, pagal kurį būtų svarbu skirti skirtingas imtis. Taigi, šiame tyrime taikoma hibridinė teminė analizė, kuri yra tarpinis variantas taip indukcinio ir dedukcinio analizės metodo. Taikant hibridinę analizę, tyrėjas turi sau įsivardyti savo teorines nuostatas (žr. skyriuje 2.4.1. Tyrėjos patirties ir nuostatų refleksija).

Duomenų analizės metu buvo siekiama pernelyg nenutolti nuo interviu teksto, išsakyto tyrimo dalyvio. Temų išskyrimą ir interpretavimą galima atlikti semantiniu arba latentiniu požiūriu. Skirtingai nei latentinėje duomenų analizėje, semantinėje analizėje formuluojamos duomenų turinį aprašančios, o ne interpretuojančios temos, t. y. tyrėjas nebando pažiūrėti, kas slypi už to, ką sako tyrimo dalyvis (Braun & Clarke, 2006). Semantinėje analizėje duomenų interpretacija prasideda tik pabaigus temų kūrimo etapą. Yra bandoma teoriškai aiškinti iškilusių temų reikšmę, siejant jas su ankstesniais tyrimais ir teorinėmis sistemomis. Šiame tyrime remiamasi semantiniu požiūriu.

Taikyti tokie hibridinės teminės analizės žingsniai:

#### 1. **Interviu įrašo transkribavimas.**

## 2. **Medžiagos redukavimas:**

- a) *Prasminių vienetų išskyrimas* – skaitomas tekstas ir kiekvienas svarbus informacijos segmentas perfrazuojamas ar apibendrinamas.
- b) *Prasminių vienetų suskirstymas pagal klausimus* – prasminiai vienetai sugrupuojami į 4 grupes, atitinkančias interviu klausimų temas: 1. Sistemos resursai ir trūkumai; 2. Pagalbos sistemos dalyviai; 3. Pandemijos poveikis; 4. Specialistų išgyvenimai, poreikiai ir įveika. Šiame rašto darbe analizuojama tik ketvirtoji grupė.

3. **Potencialių temų išskyrimas** – šešiuose išsamiausiųose ir skirtingiausiųose interviu peržiūrėti prasminiai vienetai, ieškoma pasikartojimų ir panašumų. Taip išskiriamos pasikartojančios temos. Vienas prasminis vienetas gali priklausyti kelioms temoms.

4. **Temų sąrašo kūrimas** – peržiūrimos potencialios temos, stengiamasi, kad neliktų persidengiančių ir neaiškių temų. Temos yra grupuojamos ir šios grupės pavadinamos.

5. **Kodų knygos kūrimas** – temų grupių pavadinimai performuluojami kuo aiškiau ir trumpiau. Taip šios grupės tampa kodais. Skaitant interviu, šie kodai koreguojami, nustatomos taisyklės, kada kodas laikomas pasireiškusiu, o kada ne.

Kiekvienas kodas yra aprašomas pagal nustatytą schemą:

- a) *kodo pavadinimas*;
- b) *kodo apibrėžimas (apibūdinimas)*;
- c) *specialios sąlygos (išimtys)*;
- d) *pavyzdys priskirtinas kodui*.

6. **Kodų validizavimas** – tam, kad padidinti duomenų analizės validumą, kitas tyrėjas nepriklausomai pritaikė kodus tai pačiai medžiagai, buvo žiūrimas tyrėjų kodavimo suderinamumas. Esant didesniai nei siekiama skirtumui, temos ar kodai buvo koreguojami arba pašalinami iš analizės. Nesutapimai buvo aptariami tyrėjų komandoje.

7. **Kodų knygos taikymas** – ji taikoma analizuojant likusius interviu. Esant poreikiui, sąrašas koreguojamas, įtraukiamos temos ir kodai, jie siaurinami ar plečiami, pervadinami ar kitaip sustruktūrinami.

8. **Proceso rezultatas** – turima aiški ir išsami kodų knyga, temų žemėlapis bei kiekybinė temų pasikartojimo skirtinguose interviu išklotinė.

Tokia duomenų analizė nėra linijinis procesas – etapai išskirti labiau sąlygiškai, siekiant apibrėžti atliekamus veiksmus, tačiau viso proceso metu nuolat grįžtama prie ankstesnių etapų (Braun & Clarke, 2006). Analizės metu gautas temų ir kodų sąrašas pateikiamas 3 priede. 4 priede pateikiamas pavyzdys, kaip atrodo vieno iš kodų apibrėžimas, remiantis Boyatzis (1998) teminės analizės principais.

Interviu transkribavimui ir analizei palengvinti naudojama ATLAS.ti kompiuterinė programa ir „Microsoft Office“ programų paketas. Šio rašto darbo autorė dalyvavo visuose duomenų tvarkymo etapuose kartu su kitais tyrėjais.

#### 2.4. Tyrimo patikimumo ir validumo užtikrinimas

Siekdami užtikrinti tyrimo kokybę ir rezultatų validumą, buvo remtasi Elliot, T. Fischer ir Rennie (1999) išskirtais kokybinių tyrimų validumo ir kokybės užtikrinimo kriterijais. Toliau yra pateikiami šie kriterijai bei paaiškinama kaip jais vadovautasi šiame tyrime:

1. **Asmeninės perspektyvos atskleidimas** (angl. *owning one's perspective*). Skyrelyje 2.4.1. pateikta tyrėjos patirties ir nuostatų refleksija. Dėmesys skirtas tiems tyrėjos teoriniams požiūriams, praktinei patirčiai ir asmeniniams įsitikinimams, kurie aktualūs šio tyrimo kontekste.
2. **Tyrimo imties konteksto apibūdinimas** (angl. *situating the sample*). Šiame rašto darbe tyrimo dalyviai aprašyti nurodant jų lytį, amžių, profesiją, kiek laiko yra nurodytos srities specialistas bei savivaldybę, kurioje teikia pagalbą.
3. **Pagrindimas pavyzdžiais** (angl. *grounding in examples*). Tyrimo metu išskirtos temos iliustruojamos pavyzdžiais – tyrimo dalyvių interviu citatomis. Išsamiai ir nuosekliai aprašomi duomenų analizės proceso etapai.
4. **Patikimumo užtikrinimas** (angl. *providing credibility checks*). Keturi tyrėjai dalyvavo duomenų rinkimo bei temų išskyrimo, kodų sudarymo etapuose. Be to, po kiekvieno interviu buvo rašomi dienoraščiai, siekiant reflektuoti galimą tyrėjo nuostatų, elgesio ar kitokią įtaką tyrimui, surinktų duomenų patikimumui.
5. **Rišlumas** (angl. *coherence*). Tyrimo rezultatų dalyje pateikiamas temų sąrašas, temos siejamos tarpusavyje, atskleidžiamos galimos sąsajos tarp jų.
6. **Bendrų ir specifinių užduočių įgyvendinimas** (angl. *accomplishing general vs. specific research tasks*). Tyrimo tikslas yra bendras, todėl rezultatų aptarimo dalyje nurodomi tyrimo rezultatų generalizavimo ribos.
7. **Rezonavimas su skaitytojais** (angl. *resonating with readers*). Tyrimo rezultatus stengtasi pateikti aiškiai, suprantamai, bet tuo pačiu metu ir „gyvai“, per daug nenutolstant nuo tyrimo dalyvių vartojamos kalbos. Vengta vartoti specifiskus mokslinius terminus, o esant būtinybei juos naudoti – jie paaiškinti.

Taip pat svarbu atskirai paminėti, kaip buvo užtikrintas sudarytų temų bei kodų validumas. Tuo buvo siekiama sumažinti tyrėjų šališkumą ir įtaką duomenų analizei. Kad užtikrinti tyrimo patikimumą, visus interviu kodavo 4 nepriklausomi tyrėjai. Tyrėjai buvo tinkamai pasiruošę ir pasižymintys skirtinga patirtimi, žiniomis bei domėjimosi sritimis ir tai, tikėtina, sumažino šališkumą.

Tyrėjai iš pradžių medžiagą sukodavo atskirai, po to kartu diskutavo ir sprendė, kokie išskirtini teksto segmentai bei temos, tokiu būdu siekiant priėti vieningos nuomonės. Kilus nesutarimams, buvo diskutuojama dėl bendro sprendimo, prireikus, buvo galimybė kreiptis į išorinius ekspertus, kurie nedalyvavo šiame tyrime. Taip buvo sudarytas temų ir kodų sąrašas.

#### 2.4.1. Tyrėjos patirties ir nuostatų refleksija

Kokybinio tyrimo organizavimui ar duomenų analizei ir interpretacijai įtakos gali turėti tyrėjos nuostatos ir patirtis, todėl svarbi yra pačios tyrėjos savirefleksija apie asmeninę patirtį bei turimas nuostatas (Elliott et al., 1999). Šio darbo autorė su savižudybių tema yra susipažinusi akademiškai bei praktiškai. Su savižudybių tema susijusios informacijos nemažai gauta universitete paskaitų bei seminarų metu bei įvairiuose ne universitete organizuojamuose seminaruose, konferencijose savižudybių tema. Praktiškai darbo autorė prie šios temos gyvai „prisilietė“ 2 metus savanoriaudama vaikų ir paauglių pagalbos tarnyboje „Vaikų linija“, 10 mėnesių dirbdama vaikų priežiūros darbuotoja Vaikų ligoninės, Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialo Vaiko raidos centre Vaikų psichiatrijos skyriuje. Pati naujausia ir su šio rašto darbo tema visiškai tiesiogiai susijusi patirtis yra profesinė praktika Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre Savižudybių prevencijos skyriuje, kuriame autorė konsultavo savižudybės krizėje esančius pacientus. Savanoriaujant, mokantis, dirbant ir atliekant praktiką susiformavo tam tikros nuostatos į savižudybių reiškinių, suicidiškus pacientus bei klinicistus, teikiančius tokiems asmenims pagalbą:

- Nėra vienos savižudybės priežasties. Savižudybė yra ilgalaikis procesas, nulemtas daugelio dvasinių, psichologinių, socialinių, kultūrinių, biologinių veiksnių. Šis procesas gali trukti kelias savaites arba daugelį metų. Iš pradžių atsiranda tam tikra įtampa gyvenime, kuri stiprėja, žmogus pasijaučia negalintis su ja susitvarkyti. Ilgainiui ji gali peraugti į psichologinį skausmą, o šis – į nepakeliamą kančią. Kai žmogui darosi per sunku „pakelti“ šią psichologinę kančią, jam kyla mintys apie savižudybę, kurios, situacijai nesikeičiant, kartais perauga į ketinimą nusižudyti, mėginimą tai padaryti ir kartais tai pasibaigia savižudybe.

- Dauguma galvojančių apie savižudybę nori gyventi ir siunčia signalus, kad jiems reikia pagalbos. Tiesus ir atviras paklausimas apie norą nusižudyti bei nuoširdus pokalbis gali būti pirmoji pagalba ir svarbus žingsnis siekiant padėti kenčiančiam žmogui. Sumažėjus psichologiniam skausmui, sumažėja ir savižudybės rizika. Beveik kiekvienos savižudybės galima išvengti. Tačiau taip pat svarbu nepamiršti, kad įvykus savižudybei, nei specialistas, nei artimasis nėra kaltas, kad taip nutiko.

- Specialistų darbą, jų emocinius išgyvenimus ir tinkamą pagalbos teikimą suicidiškam asmeniui gali apsunkinti labai įvairios kliūtys – nepakankamas pasiruošimas (žinių, įgūdžių stoka),

įvairūs sisteminiai sunkumai (pvz., didelis darbo krūvis), kurie kelia riziką specialistų „perdegimui“, savižudiško elgesio stigmatizacija, kurios vienas iš padarinių gali būti, kad suicidiškas žmogus vengia kreiptis pagalbos ar atsisako bendrauti su bet koku psichikos sveikatos specialistu.

- Tiek žmogaus išgyvenimai dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, tiek išgyvenimai netekus paciento dėl savižudybės yra labai individualūs, priklausantys nuo žmogaus asmeninio, socialinio bei kultūrinio konteksto. Normalu yra tai, kad vienam žmogui gali norėtis dalintis tokiais išgyvenimais, o kitas gali vengti kalbėti apie tokią patirtį ir neatsakyti į pateiktą klausimą. Vengimas kalbėti apie tokius išgyvenimus nebūtinai yra gynybinė reakcija.

## 2.5. Etiniai tyrimo aspektai

Tyrimas buvo pradamas tik gavus tyrimo dalyvių žodinį sutikimą dalyvauti tyrime ir leisti diktofonu įrašyti interviu. Visi tyrimo dalyviai buvo informuoti apie galimybę pasitraukti iš tyrimo bet kuriame jo etape. Buvo siekiama tyrimo dalyviams sudaryti kuo patogesnes sąlygas – interviu atliktas respondento pasirinkta ryšio priemone, jam tinkamu metu, interviu pabaigoje buvo leidžiama tyrimo dalyviui išsakyti kilusius klausimus ar pastebėjimus. Tyrimo dalyviai buvo informuoti apie galimybę kreiptis į tyrėjus, jei kiltų su tyrimu susijusių klausimų.

Rūpinomės ir tyrimo dalyvių konfidencialumo bei duomenų saugumo užtikrinimu. Visose interviu transkripcijose respondentus identifikuojančios detalės buvo pakeistos sutartiniais ženklais, o eilučių pradžioje standartizuotai žymima „T“ – tyrėjas, „D“ – dalyvis. Duomenų analizei buvo naudojami apibendrinti duomenys, kurie nesiejami su konkrečiu tyrimo dalyviu. Su pilna interviu transkripcija susipažinti gali tik tyrėjai. Su pirminiais duomenų analizės rezultatais leidžiama susipažinti tik tyrimo grupei, šio mokslo darbo vadovei bei recenzentui. Atlikus interviu transkribavimą, visi audio įrašai buvo ištrinti.

Tyrimui atlikti buvo gautas Vilniaus universiteto Psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimas Nr. 39, leidimo išdavimo data 2020-02-27.

### 3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Šioje dalyje pristatomi ir aptariami rezultatai gauti remiantis visų 17 tyrimo dalyvių interviu duomenimis. Teminės analizės metu buvo išskirti 625 prasminiai vienetai (citasos), kurie sudarė 165 temas. Šios temos buvo sugrupuotos į 23 kodus, kuriuos apibūdina 4 kategorijos.

Visas kategorijų, kodų ir temų sąrašas pateikiamas 3 priede. 4 priede pateiktas pavyzdys, kaip atrodo vienos iš temų apibrėžimas, remiantis Boyatzis (1998) teminės analizės principais. Rezultatų dalyje pateikiamos citatos iš dalyvių interviu.

#### 3.6. Emociniai išgyvenimai dirbant su suicidiškais pacientais

Teminės analizės metu išryškėjo septyni kodai, apibūdinantys emocinius išgyvenimus, kuriuos patiria tyrimo dalyviai, dirbantys su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais. Šie kodai pateikti 2 lentelėje.

**2 lentelė.** Kodai, apibūdinantys tyrimo dalyvių emocinius išgyvenimus dirbant su suicidiškais pacientais, ir jų dažnumas analizuotuose interviu (N=17)

<b>Emociniai išgyvenimai dirbant su suicidiškais pacientais</b>	<b>n (%)</b>
Nerimas, įtampa ir stresas	14 (82,4)
Noras ir pastangos padėti pacientui	13 (76,5)
Bejėgiškumas	6 (35,3)
Liūdesys	6 (35,3)
Jaučiasi atsakingas už pacientą	5 (29,4)
Baimė	4 (23,5)
Pyktis	1 (5,9)

**Nerimas, įtampa ir stresas.** Specialistų atsakymuose dažnai pasikartojo tai, kad darbas su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais yra emociškai sunkus, kelia nerimą, stresą, įtampą: „*Vėlgi tai yra toksai, nu vat, pats labai ten didelis emociškai krūvis padėt žmogui esančiam (...)*“ (Nojus); „*tie jausmai ir yra, nu, akivaizdu, būna, nu, įtampa, nerimas, nu, bet tai kažkaip, kadangi tai yra, nu kažkokia, tai vat, vis tiek tavo darbo dalis.*“ (Gerda). Dalis tyrimo dalyvių konkrečiai nurodė, kokios situacijos su suicidiškais pacientams kelia jiems daugiausia emociškai sunkių išgyvenimų. Pavyzdžiui, vienas tyrimo dalyvis įvardijo, kad emociškai sunkiausia yra, kai savižudybės krizę išgyvena jauni žmonės, patiriantys nesėkmes: „*Tie išgyvenimai žmonių, taip, jau, nu, kartais jauti jauti tokį iš tikrųjų emocijų krūvį. Ypatingai tai, aišku, kai matai tuos ypatingai jaunus žmones, kuriems, nu, sunkiai dėliojasi ir, atrodo, paprasti dalykai gyvenime.*“ (Kostas). Kita tyrimo dalyvė



pasidalino skausmu, kylančiu dirbant su suicidiškais vaikais: „Žinoma, kad visada yra labai skaudu, ypač kai vaikai verkia ir yra netekę ten ir artimųjų arba patys galvoja apie savižudybę, tai čia vienareikšmiškai. Yra tikrai skaudu.“ (Marija).

Pastebėta, kad emociniai sunkumai, kurie kyla dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, išlieka ir kitoje, ne tik darbinėje aplinkoje. Štai viena tyrimo dalyvė dalinosi gailėsčio išgyvenimu ir nuolatinio galvojimu apie pacientą grįžus namo po darbo: „Na, jeigu, ee, nu, apskritai, taip, tai toks, vat, nu, gaila man žmonių. Aš jaučiuosi, vat, empatiška tų žmonių atžvilgiu ir ir ir išgyvenu, ir ir ir, sakykim, vat, būna atvejų, kai kai tikrai parvažiuoji ir po darbo namo ir galvoji, ir ar viskas su tuo žmogum gerai.“ (Vakarė). Kartais nerimas pasireiškia miego problemomis. Diana dalinosi, kad, gydama suicidišką pacientą, kartais negali užmigti: „Aišku, paskui tenai turi visokių, jeigu jau ten priimi sprendimą, kad aktyvesnę pagalbą čia vietinę ir taip toliau, tai paskui turi visokių ir nemigos naktų ir visko ten.“ (Diana).

Tyrimo duomenų analizės metu atsiskleidė, kad profesinio kelio pradžioje nerimo ir galvojimo apie gydomus suicidiškus pacientus būna dažniau, o laikui bėgant ir didėjant patirčiai, darosi emociškai lengviau: „gal tik kada pradėjau dirbt, kaip būdavo, kad visą naktį galvoji, ar tu ten gerai padarei, ar ten vaistas toks, ar vaistas ne toks, padės, nepadės, na, nu, dabar šiek tiek šiek tiek kitaip.“ (Kajus); „kad va ten išėjus iš darbo labai pergyventum, taip, būna, nu, kad galvoji, ten galvoji apie, vat, kaip kaip jis, kaip ką čia, kaip jis ten jaučiasi, kaip čia mes ką kalbėsime, ką jis ką jis veikia, va, taip, nu, tiesiog. Sukasi tos mintys, bet taip labai, kad labai žiauriai kaip kaip jaunystėj veiktų, nu ne, nėra taip taip kažkaip.“ (Eduardas).

Taigi tyrimo dalyviai, dirbdami su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, išgyvena nerimą, stresą, jaučia įtampą. Šie išgyvenimai specialistus kartais kankina ir vakarais, naktimis neleidžia užmigti. Didėjant tokio darbo patirčiai, šie jausmai nebekyla tokie stiprūs, kaip pradėjus dirbti. Šie rezultatai patvirtina ankstesnių tyrimų rezultatus. Richards (2000) taip pat nustatė nerimo ir distreso išgyvenimus dirbant su suicidiškais pacientais, o Ronnestad ir Skovholt (1993) aprašo tokių išgyvenimų stiprumo kaitą. Pradedantys konsultantai jaučia intensyvesnį nerimą nei patirties įgiję specialistai. Remiantis moksline literatūra, stiprus nerimas ir stresas, kurį jaučia klinicistas, dažnai yra nesąmoningas atsakas į suicidiškų pacientų jausmus. Jei specialistas geba atpažinti šiuos jausmus ir įprasminti, jie gali būti puikia priemone geriau suprasti pacientą. Tačiau, jei šių jausmų specialistas nepripažįsta, jie gali būti netinkamai išveikiami ir netgi pakenkti paciento gydymui (Heimann, 1950; Richards, 2000).

**Noras ir pastangos padėti pacientui.** Teminės analizės metu pastebėta, kad daugiau negu pusei tyrimo dalyvavusių specialistų yra būdingas padidintas noras padėti savižudybės krizėje esantiems pacientams, kuris dažnai pareikalauja daugiau specialisto pastangų teikiant pagalbą. Vienai tyrimo dalyvei kyla jaudulys dėl didelio noro padėti: „Tai vis tiek jaudiniesi dėl tų savo pacientų,

*nori jiems padėti, kad geriau būtų.*“ (Giedrė). Kita tyrimo dalyvė teigė, kad deda didesnes pastangas konsultuodama ketinančius nusižudyti pacientus, nes jaučia, kad tai gali daryti įtaką žmogaus pasirinkimui gyventi: *„labiau labiau kažkaip stengiesi padaryti viską, kas nuo tavęs priklauso, nes, nu, tai tarsi toksai va vis tiek netoli netoli gyvybės mirties klausimo visada momentas“* (Diana). Vienas tyrimo dalyvis teigė norintis, kad pacientai matytų jo dideles pastangas ir tą jautė kaip reikšmingą veiksnį teikiant pagalbą: *„Vat, aš turiu būt ne taip, kad nešališkai, bet žmogus turi matyt, kad man čia svarbu, kad man čia įdomu, kad aš jam noriu padėt.“* (Kajus).

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad dėl didelio noro ir pastangų padėti kartais tenka peržengti savo kompetencijos ribas, imtis daugiau veiksmų nei specialistui priklauso pagal pareigas: *„nors nors šiaip gal ir, sakau, gal ir net ne mūsų, ar ne, ta ta sritis ir ta kompetencija, bet, nu, tiesiog žmogiškumo faktorius kai kada irgi figūruoja, tai, jeigu, žinom, turim sit- žin- žinių, tai stengiamės visa tai padaryt.“* (Marija); *„Čia tokia biškį labiau asmeninė iniciatyva, nu, kaip ir atsakomybės iniciatyva ir tavo kaip specialisto iniciatyva, bet gal tai nėra, jinai gal nėra tiek formalizuota.“* (Gerda); *„Jo, šiaip nu, geriau apsidrausti, geriau padaryti per daug, negu kažką praleisti ir paskui gailėtis. Aš tokios nuomonės.“* (Klaudija).

Analizuojant duomenis išryškėjo, kad kartais tyrimo dalyvių padidintas noras ir pastangos padėti jiems patiems sukelia nemalonių išgyvenimų, nusivylimo, pavyzdžiui, viena tyrimo dalyvė dalinosi: *„Aa, išgyveni, aišku, kai jie atsisako tos pagalbos.“* (Giedrė). Visgi kartais toks papildomas įsitraukimas gali lemti sėkmės išgyvenimą. Viena tyrimo dalyvė ne konsultacijos metu užkalbinusi savo pacientę išvengė savižudybės, nes pacientė jau buvo ėmusi suicidiškų veiksmų: *„labai džiaugiuosi, nežinau kuo tenai – Dievu, likimu ar kuo jis ten vardu, ane, kuris davė proto, ane, pateikti klausimus tam žmogui.“* (Diana).

Taigi savižudybės rizikoje esantis pacientas specialistui gali sukelti didesnę norą ir didesnes pastangas padėti, o šios pastangos gali pasireikšti padidintu specialistų aktyvumu, kartais net kompetencijų peržengimu. Šie aspektai aptariami ir kitoje mokslinėje literatūroje (pvz., Kleespies et al., 1993; Betz et al., 2013), kurioje dažnai akcentuojama ir tai, kad tokios per didelės pastangos didina perdegimo riziką. Gabbard (2003) skyrė daug laiko konsultuodamas terapeutus, kurie padarydavo rimtų pažeidimų peržengdami ribas, dirbdami su suicidiškais pacientais. Autoriaus nuomone, tarp altruistinio noro padėti tokiems pacientams ir visagalystės įsivaizdavimo, kuris yra žalingas tiek specialistui, tiek pacientui, yra plona riba. Pastebėtina, kad šio tyrimo dalyviai rimtų profesinių pažeidimų neišsakė, labiau apibendrintai dalinosi, kad, konsultuojant suicidišką asmenį, dėl didelio noro padėti kartais tenka pasielgti peržengiant savo kompetencijos ribas.

**Bejėgiškumas.** Išryškėjo tyrimo dalyviams būdingas bejėgiškumo jausmas dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais. Giedrė teigė, kad kartais jaučiasi „įstrigusi“, kyla „surištų rankų“ jausmas: *„būna, nu, kad, nu, atrodo, nė- nėra tos išeities, nu, vat, ir toks, ir tas žmogus, matai,*

*kad įstrigęs tame, ir tu pats jauties su juo kartu įstrigęs“*, „*Tai su tais tokiais, vat, lėtiniais ligoniais, tai, vat, nu, sunku būna tikrai, nes, nu, tokios rankos surištos atrodo“*. Jai taip pat kyla bejėgystės jausmas, kai pastebi, kad žmogus artėja link suicidiško veiksmo, tačiau ji nežino, kaip būtų galima tai sustabdyti: „*vis galvoju, ką būtų galima su tais sunkiais, va, tokiais ligoniais, kurie be perstojo apie tą suicidą galvoja, ir kur, vat, ir eina, tu lyg ir iš patirties matai, kad eina link to taško, ir neturi kaip užkirst kelio, kad kad sustabdyt tą žmogų. Nu, negali jo paimt, perkelt kažkur į šiltus kraštus po palme ir kad jis ten gerai jaustųsi, visų prižiūrimas“*. Kitas tyrimo dalyvis dalinosi, kad jo vidinis balsas kartais „praneša“ apie įvyksiančią paciento savižudybę, tačiau kartais jaučia, kad bet kokios jo pastangos padėti bus beprasmės: „*kartais būna toks vidinis balsas, kuris sako, nežiūrint į tai jokios pastangos, nes finišas bus tas pats. <...> Šiuo atveju buvo taip: aš žinojau, kad jinai, šita, taip gali pasibaigti.*“ (Kajus).

Tyrimo dalyvių išgyvenamas bejėgiškumas ypač atsiskleidė, kai pacientai atsisako pagalbos, yra nusistatę prieš gydymąsi stacionare: „*ee, nu, atsisako – atsisako į stacionarą vykti tam gydymui, ee, kažkok- išsako tas suicidines mintis, bet, pavyzdžiui, sakai, kad jam iškviesi greitąją, kad važiuok į ligoninę, jisai sako, -aa, aš nuvažiuosiu ir pasakysiu, kad aš neturiu jokių suicidinių minčių, kad man visas gerai, sako, aa, ir mane paleis, sako, aš taip ne kartą esu daręs. Nu, ir viskas, ir tavo rankos tada surištos tokios.*“ (Giedrė). Kartais bejėgiškumas kyla pačioje darbo su suicidišku žmogumi pradžioje, kai nepavyksta užmegzti kontakto: „*kartais nežinai kaip padėti, ar ne, ir negali padėti, ir ne- ne-, nes tiesiog neužmezgi kontakto.*“ (Marija). Vienas tyrimo dalyvis pasidalino situacija, kai apie vieno vaikino aukštą savižudybės riziką pranešė jo tėvams, tačiau šie nepakankamai rimtai tai priėmė. Jo žodžiuose pastebimas bejėgiškumas, kai jis kalba, kad vargu ar įmanoma Edukuoti vaikų tėvus, kad šie pastebėtų savižudybės riziką savo artimoje aplinkoje ir tinkamai sureaguotų: „*iš tikrųjų labai apmaudu, kad ir tėvams trūko tų, žinot, bet aš ne, nu, čia, nežinau, ar įmanoma iš viso apšviesti.*“ (Nojus).

Taigi psichikos sveikatos specialistams, dirbantiems su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, kartais būdingas bejėgiškumo jausmas ir jis kyla įvairiose situacijose – kartais specialistas nujaučia, kad žmogus nusižudys, ir nežino, kaip tai sustabdyti. Bejėgystė išgyvenama ir kai pacientas nenori priimti jokios pagalbos. Richards (2000) atliko kokybinį tyrimą su psichoterapeutais ir gavo panašius rezultatus. Ji nustatė, kad psichoterapeutai, dirbantys su suicidiškais pacientais, kartais jaučiasi bejėgiai. Dėl jausmo, kad nepavyks padėti, psichoterapeutai kartais stengiasi nukreipti tokį pacientą kitiems specialistams. Tai matyti ir šiame tyrime, kaip vienas tyrimo dalyvis įvardijo, kad jausmas toks, lyg bet kokios pastangos bus bevaisės. Richards (2000) teigia, kad bejėgiškumo jausmą privalu valdyti, nes jis gali daryti neigiamą poveikį suicidiško paciento gydymui.

**Liūdesys.** Dalis tyrime dalyvavusių specialistų minėjo apie darbe su suicidiškais pacientais išgyvenamą liūdesio jausmą. Viena specialistė patiriamą liūdesį ir nuovargį darbe suvokia kaip

natūralią ir įprastą reakciją dirbant su suicidiškais pacientais: „*Taip, pavargęs galbūt, taip, liūdna – taip, žinom, natūralu.*“ (Marija).

Liūdesio jausmas dalyviams kyla dėl skirtingų situacijų. Dažniausiai specialistų žodžiuose atsiskleidė liūdesio išgyvenimas kalbant apie pacientų išgyvenamą kančią; specialistai supranta, kad pacientams tuo metu būna emociškai labai sunku: „*tų jausmų yra daug, tų jausmų yra daug ir tokių bendražmogiškų ir ir ir tikrai labai gaila kitą sykį ir tos situacijos, į kurią žmogus papuolęs*“ (Diana). Kita tyrimo dalyvė su liūdesiu dalinosi kartu su paciente išgyvenusi netekties sukrėtimą, mat, pacientė neseniai buvo netekusi dukters: „*Ir tikrai mama buvo kažkokioj savo būklėj, dėl ko jinai atėjo ir ir tai turbūt supranti, nu, kokių būna nelaimių. Tai gal va tas bendras nelaimės sukrėtimas kažkaip palieka ir sukrečia, manau kad. Kaip supran- tada gal supranti, kaip kaip būna žmonėms sunku.*“ (Gerda). Liūdna gali būti ir konsultacijai pasibaigus: „*Sunkumai tai buvo tokie, kad gal pačiai, vat, sunku būdavo irgi, kad pakonsultuoji, atrodo, išvažiuoja ir žinai, kad jiems irgi labai sunku*“ (Žemyna).

Liūdesys kartais kyla, kai pacientai nėra motyvuoti pagalbai, jos atsisako: „*Tai tos, vat, liūdniausios kur kur, jeigu žmogui yra blogai ir jis atsisako*“ (Giedrė). Kitas dalyvis taip pat jaučia liūdesį, kai pacientas nepriima pagalbos, nes neįsisąmonina pagalbos poreikio: „*Nu, pirmiausia, tai neįsisąmonina nei rizikos, nei suvokia. Ir, pavyzdžiui, kaip jie, nu, dažniausiai tai yra socialinių paslaugų klientai, nu, tai jų kognityvinės funkcijos, šita, neleidžia sėkmingai bendradarbiauti. Kad (...) reikia, įtariu. Tai, vat, susiduri su žmogaus apribojimu, pajėgumo apribojimu. Kognityvinės funkcijos taip paveiktos, kad nepavyksta tokių ženklių pokyčių padaryt. O todėl, vat, nu, kaip, be abejo liūdna.*“ (Adelė).

Taigi liūdesys dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais gali kilti tiek matant kenčiantį pacientą, tiek pacientui atsisakant pagalbos ir esant kitoms situacijoms. Šis išgyvenimas dirbant su suicidiškais pacientais pastebimas ir kituose moksliniuose šaltiniuose (pvz., Medina, Kullgre, & Dahlblom, 2014; Hagen, Knizek, & Hjelmeland, 2017). Šio tyrimo dalyvės požiūris, kad liūdesys normali emocija kylanti tokiaame darbe, atskleidžiamas ir Mann (2005) straipsnyje. Jame akcentuojama, kad svarbu neslopinti ir neslėpti tokios emocijos, nes ši gali būti naudinga dirbant su suicidiškais pacientais – liūdesio atpažinimas gali apsaugoti specialistą nuo per didelio įsitraukimo ir leisti jam tinkamai įvertinti paciento būseną.

**Jaučiasi atsakingas už pacientą.** Dalis tyrimo dalyvavusių specialistų įvardino padidėjusį atsakomybės jausmą, kai pacientas yra savižudybės rizikoje. Vieno tyrimo dalyvė interviu metu gana dažnai pabrėždavo šį išgyvenimą: „*kiekviena situacija turi savo unikalumo kažkokį tai grūdą ir ir ir tikrai aa visą laiką tu jautiesi labiau atsakingas*“, „*Ir atsakomybės už tą žmogų, nu vat, tiesiog daugiau tada nešiojiesi*“ (Diana). Ši tyrimo dalyvė taip pat pabrėžė, kad toks padidėjęs atsakomybės jausmas yra našta specialistui: „*Tai va, tas turbūt toksai, nu, svoris jisai yra ir ir ta atsakomybė tikrai jinai tokia našta*“. Viena citata vaizdžiai iliustruoja kaip specialistui gali būti sunku priimti

sprendimus dėl paciento gydymo, kuomet jaučiama didelė atsakomybė. Čia taip pat matyti, kiek daug skausmo specialistui tokiais atvejais gali sukelti neteisingų sprendimų priėmimas: „*būna labai sunku priimt sprendimą kitą sykį, ane, ir ir ir trypčioji vietoj ir sveri ir po gramą, ir po tris, ir ir tikrai tas svarstymas, nu, jisai toks labai gi kitą sykį, nu, santykinis, jisai gi nėra toks tikrai, kad įbėrei, tiksliai žinai, kad įbėrei dešimt gramų, ane, nu, nėra taip ir ir būna tikrai tas sprendimas pasiremiant ir savo kažkokius tai savo nuojauta ir ir ir žiniom, ir ir kažkokiais įstatyminiais dalykais, ir nu kartais būna ir, kad prašauni, ir padarai kažkokių tų tų klaidų, o žinai, kad šitoj vietoj gali būt labai skaudžios klaidos, ane, ir labai labai ne- neatsukamos atgal tos tos klaidos.*“ (Diana).

Trys tyrimo dalyviai įvardijo, kad atsakomybės jaučia daugiau ir emociškai būna sunkiau, kai specialistas dirba vienas su pacientu: „*Kai yra daugiau personalo įsijungia, tai aišku, pasidalini ir tą atsakomybę, ir kartu gali kažką pasitarti, nuspręsti, o kai ant tavęs vieno, tai jau tada irgi, aišku, nu, ir emociškai sunkiau...*“ (Giedrė); „*Tai, vat, galvoju, ar sunkumas, kai esi vienas ir tu esi pajungtas realiai į dvidešimt keturias valandas*“ (Valerija); „*nes likt vienam ir paskui paskui žmogui kas nors atsitiks, tai tu galvosi ir galvosi apie tai.*“ (Vakarė).

Taigi psichikos sveikatos specialistams darbas su suicidiškais pacientais gali būti keliantis didelį atsakomybės jausmą. Tokį tyrimą atsiskleidusį išgyvenimą patvirtina ir kiti tyrimai (pvz., Kleespies, Smith, & Becker, 1990). Thompson, Powis, & Carradice (2008) rašo, kad toks padidėjęs atsakomybės jausmas gali būti susijęs su sunkumais įsisąmoninant savo ribas, tad viena iš galimybių tokį jausmą sumažinti yra bendradarbiavimas su kitais specialistais gydant suicidišką pacientą. Tai matyti ir šiame tyrime, nes tyrimo dalyviai dalijosi, kad daugiausia atsakomybės jaučia, kai su pacientu tenka dirbti vieniems. Fish (2000) teigia, kad padidėjusį atsakomybės jausmą taip pat gali lemti spaudimas patenkinti valdžios lūkesčius ir specialistų trūkumas. Nors šiame tyrime dalyvavę specialistai tokio priežastinio ryšio neįvardino, tačiau, analizuojant rezultatus, pastebėta, kad tyrimo dalyviai neretai išsakė specialistų trūkumą rajone ar darbo vietoje. Dar svarbu paminėti galimą specialistų perdėtos atsakomybės jausmo žalą. Weber (2002) pabrėžia, kad per didelis atsakomybės prisiėmimas ir stiprus poreikis užtikrinti pacientų saugumą gali sukelti pacientams bejėgiškumo ir pykčio jausmus ir atitinkamai gali sustiprinti pacientų savęs žalojimą.

**Baimė.** Vienas iš teminės analizės metu pastebėtų tyrimo dalyvių emocinių išgyvenimų, dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, yra baimės jausmas. Viena tyrimo dalyvė jaučiasi baugiai dirbdama savo rajone, žinodama, kad savižudybės čia yra opi problema, ji sakė: „*Realiai, [RAJONAS] juk mirga savižudybių skaičiumi, mes esam vieni aukščiausi Lietuvoj, jeigu ne patys aukščiausi, tai tai, vat, šita situacija truputį baugina*“ (Marija). Kitas tyrimo dalyvis išsakė bijantis tiek paciento savižudybės, tiek jaučiantis baimę, nes nesijaučia pakankamai kompetentingas savižudybių prevencijos srityje: „*Aišku, aš gyvenu baime. Ta baimė iš tikrujų, baimė, nerimas iš keletos šaltinių kyla. Nes, vienas dalykas, bijai to žmogaus, kas, kad jis nenusižudytų. Aa, paskui dar*

*bijai, nes tu nesijauti savižudybių prevencijos patyręs specialistas, turintis daug žinių, ane, nes. Kompetencijų tame ir tu viską gauni grynai mokytis čia ir dabar.*“ (Nojus).

Pastebėta, kad kartais baiminamasi dėl fizinio saugumo. Viena tyrimo dalyvė žinojo, kad jos pacientas linkęs į agresiją ir džiaugėsi pareigūno dalyvavimu konsultacijoje: *„žinokit, bijojau <...> ir policininkas sėdėjo sėdėjo kabinete prie durų už nugaros, nes nė-, nes iškvietė artimieji, reiškias, slapstės su peiliu, visus išbadyti net. <...> Ir ir pats (pasipjaustė), ir buvo labai piktas, nebendravo iš pra- iš iš ir pradžių, nu, atvažiavo du policininkai <...> sako: „Jeigu Jūs nieko prieš, aš norėčiau dalyvauti tam pokalbyje, kad būtų saugiau“. <...> Tai aš labai apsidžiaugiau, taip, iš tikrųjų sakau, jeigu man bus baisu, nieko nežinai, ką jis gali daryti.*“ (Elizabeta). Kitas tyrimo dalyvis taip pat minėjo papildomo asmens dalyvavimo konsultacijoje svarbą, nes galvoja, kad suicidiški žmonės yra linkę smurtauti: *„Nes tas bendravimas kartais būna ir su policijos dalyvavimu <...> kažkas tai turėtų būti šalia, jo, nes nes tikrai būna tos tokios asmenybės, ypatingai, jeigu jos, nu, ir alkoholio pavartojusios ar ar narkotikų ir, aišku, plus suicidinė mintis, nes juk, iš principo, juk kalbam kalbam, kai kalbam apie žmogų, kuris ban- netausoja savo, kaip sakant, bando nusižudyti, kaip sakant, jisai nesaugo savo gyvybės. Pirmiausia tai tie žmonės yra linkę ir į smurtą. Be- <...> Bbelieka tik yra bu-, nu, man teko bent jau taip taip girdėti tokias paskaitas, kad yra linkę į smurtą, tai užtai tenka kartais pagalvoti apie tai.*“ (Kostas).

Taigi pastebėta, kad baimę tyrimo dalyviams kelia didelis savižudybių skaičius rajone, kuriame specialistas dirba, baiminamasi dėl savo fizinio saugumo, bijoma paciento savižudybės. Mokslinėje literatūroje daugiausiai rašoma apie pastarąją baimę dirbant su suicidiškais pacientais – baimę, kad pacientas gali nusižudyti, nes jis visada turi galimybę tai padaryti, nepaisant net ir didžiausių specialisto pastangų. Ši kylanti baimė psichikos sveikatos specialistui trukdo efektyviai dirbti su suicidiškais pacientais (Birtchnell, 1983). Rossberg ir Friis (2003) nustatė, kad agresyvūs ir suicidiški pacientai yra tos dvi grupės, kurios kelia specialistams daug nemalonių emocijų. Visgi dauguma tyrimų atskleidžia, kad suicidiškiems asmenims labiau būdinga į save, o ne į išorę nukreipta agresija (pvz., Kaslow et al., 1998).

**Pyktis.** Teminės analizės metu pastebėta, kad dirbant su padidėjusios savižudybės rizikos pacientais gali kilti pykčio jausmas. Jį išsakė tik viena tyrimo dalyvė, kuri jautė pyktį po paciento mėginimo nusižudyti. Tyrimo dalyvė garsiai ir pabrėždama žodžius sako: *„TEN BUVO LABAI DAUG JAUSMŲ. <...> Turiu prisipažinti, kad ten buvo nu LABAI DIDELĖS ir streso, ir ir ir ir netgi pykčio, sakyčiau, turėčiau prisipažinti.*“ (Diana). Pyktį Diana jautė ne tik dėl paties fakto, kad pacientas mėgino nusižudyti, bet ją paveikė ir tai, kad pacientas nepranešė apie vėl atsinaujinusias mintis apie savižudybę ir ketinimą nusižudyti: *„Taip tai yra tokio pykčio, kad, nu, kodėl nepranešė, nepasakė ir čia taip, žinot (nusijuokia) ir ir tikrai, nu labai labai išmušė iš pusiausvyros ta visa situacija, tai vat, prisimenu ją net dabar karštis išmuša, ane, (nusijuokia).*“

Taigi tarp šio tyrimo dalyvių pyktis nėra dažna reakcija dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais. Iš tiesų, mokslinėje literatūroje šis jausmas gana dažnai nurodomas dirbant su šiais pacientais, ypač tada, kai gydymo eigoje pacientas mėgina nusižudyti arba tokie mėginimai yra dažni (pvz., Berman, 2006; Hagen, Knizek, & Hjelmeland, 2017). Tuo ir dalinosi šio tyrimo dalyvė Diana Midence, Gregory ir Stanley (1996) akcentuoja, kad pykčio jausmą nors ir sunku specialistui pripažinti, tačiau svarbu, kad tai netrukdytų tolimesniam darbui su pacientais. Žinoma, nebūtinai vien sunkumas pripažįstant tokį jausmą gali lemti tai, kad jis buvo tik vienos tyrimo dalyvės paminėtas. Iš tiesų, pykčio jausmas yra dažnesnė ir stipresnė reakcija pacientui nusižudžius (Shear, 2021; Brand et al., 2021).

### 3.7. Emociniai išgyvenimai po paciento savižudybės

Vienuolika tyrimo dalyvių (64,7 %) yra patyrę paciento savižudybę. Teminės analizės metu rasti keturi kodai, apibūdinantys emocinius išgyvenimus, kuriuos patiria tyrimo dalyviai po paciento savižudybės. Šie kodai pateikti 3 lentelėje.

**3 lentelė.** Kodai, apibūdinantys tyrimo dalyvių emocinius išgyvenimus po paciento savižudybės, ir jų dažnumas analizuotuose interviu (N=11)

<b>Emociniai išgyvenimai po paciento savižudybės</b>	<b>n (%)</b>
Emocinis sunkumas ir gailėstis	10 (90,9)
Kaltė ir savikritika	6 (54,5)
Susitaikymas	4 (36,4)
Baimė	1 (9,1)

**Emocinis sunkumas ir gailėstis.** Šiame tyrime dažniausiai pasikartojęs specialistų emocinis išgyvenimas po paciento savižudybės – emocinis sunkumas. Emocinis sunkumas gali pasireikšti įvairiai. Viena tyrimo dalyvė dalinosi, kad jautėsi emociškai sunkiai, jautė emocinį krūvį, kai neteko paciento dėl savižudybės: „*Tai emociškai tai tai krūvis, aišku, kiekvienam specialistui.*” (Giedrė). Kitas tyrimo dalyvis jausmą vadino „nemaloniu”: „*Nemalonus buvo įvykis, kai sku- sužinojom, tai labai nemalonu. Dar jisai, aš kartais nuvažiuoju į globos namus (ten) pavizituot tuos pacientus, senokus, tai jis dar mane vežiodavo iš poliklinikos, tai nu, nes pažįstu tą žmogų, tekdavo susitikt dažnai ir tai nemalonu, aišku. Nemalonūs tokie atvejai.*“ (Zita). Viena tyrimo dalyvė dalinosi, kad emociškai buvo taip sunku, jog norėjosi slėptis: „*Ta iš psichiatrinės irgi sesuo sesuo seseriai rašė vyresniajai pasižadėjimą, kad jinai prižiūrės ir ir jos nenorėjo išleisti, jinai per prievartą norėjo išeiti, ir konsultacijų atsisakė, ir, žinokit, tada jau blogai labai jaučiausi, kai tai galvoju, kad tikrai buvo žiema, sniego daug, tai norėjau net po sniegu lįsti. Va taip pasikasti.*“ (Elizabeta).

Emociškai sunku gali būti tiek susitaikyti su tuo, kad pacientas nusižudė, tiek prisiminti tokias patirtis: „*emociškai tai tikrai, nu, nėra lengva paleist, nes tada labai svarstai, ar tikrai viską padarei.*“ (Valerija); „*Visada sunku, žinot, visada prisiminus kažkaip tai negera ir visada sunku, ir visada gaila*“ (Diana). Dirbant gydymo įstaigoje, vieno paciento savižudybė gali emociškai paliesti ne tik specialistą, bet ir kitus, nebūtinai nusižudžiusį gydžiusius, komandos narius: „*Nu tas įvykis iš tikrųjų, nu, visus sukretė. <...> Tiek gydytojas, tiek tiek tiek mane, tiek, nu, visą personalą iš tikrųjų.*“ (Klaudija).

Taigi paciento savižudybė dažnai įvardijama kaip emociškai sunki, slegianti, nemaloni patirtis. Mokslinėje literatūroje gausu tą patvirtinančių tyrimų ir straipsnių (pvz., Goode, 2001; Rothes, Scheerder, Audenhove, & Henriques, 2013; Leaune, 2021). Hendin, Lipschitz, Maltsberger, Haas ir Wynecoop (2000) tyrimas atskleidžia, kad tokio emocinio sunkumo intensyvumas nepriklauso nuo specialistų amžiaus, praktinės darbo patirties.

**Kaltė ir savikritika.** Vienas iš šiame tyrime atsiskleidusių specialistų emocinių išgyvenimų po paciento savižudybės yra kaltės jausmas. Beveik visi, dalinęsi šiuo jausmu, minėjo po paciento savižudybės kylančius svarstymus, ką jie, kaip specialistai, turėjo daryti kitaip, kad savižudybė nebūtų įvykusi: „*Vis tiek tai yra tu kažko nepadarei, tu kažko nematei, tai tai yra toks, vat, kad gal galėjo kitaip, gal aš čia galėjau kažką kitaip padaryti, kad čia būtų taip neatsitikę. Gal kažko nepamačiau. Nors kalbėjo lygtais taip ir čia ne ne neuždarysi. Ir ir normaliai kalbėta, ir ir viską, ir staiga vis tiek jisai padaro savo kažkada. Tai va toksai tikrai nesmagus atvejis ir keletą kartų buvo ir visą laiką taip.*“ (Ieva); „*bet visada sukasi tas klausimas galvoj – o ką reikėjo daryt kitaip, o kaip, vat, būtų kas kas būtų padėjęs, o kas būtų išgelbėjęs, ane, o kas būtų kažkaip tai padėjęs tam vaikui, ane, nu, ne vaikui, jinai suaugusi mergina buvo*“ (Diana).

Kartais jausdami kaltę specialistai nuvertina visą teiktą pagalbą, savo veiksmus arba smerkia save kaip specialistą. Viena tyrimo dalyvė, jausdama kaltę, svarstė, kad jos teikta pagalba apskritai nebuvo efektyvi: „*Tai būna, nu, toks labai apgailėstavimas, kad kažkaip nepamatei, kad kažkas nepamatė, kad nu kažkas, vat, kažkokia neefektyvi gal buvo, nu, pagalba, kad, nu jisai turėtų viltį ir taip ne- nedarytų.*“ (Gerda). Kita tyrimo dalyvė dalinosi, kad nors bandė užtikrinti pagalbos tęstinumą duodama žmogui kitos specialistės kontaktus, tačiau šiam nusižudžius, ji mano, kad būtent jos išvykimas sutrukdė išvengti žmogaus savižudybės: „*ir aš sudaviau tam žmogui kontaktus ir vis tik jisai nepaskambino tam žmogui. Ir, va, čia galbūt buvo sunkiausia, nes, na, pagalvojau, galbūt jeigu būčiau buvusi Lietuvoje, gal gal tas žmogus būtų man skambinęs ir mes eilinį kartą būtume, na, tą veiksmą sustabdę.*“ (Valerija). Kostas dalinosi, kad po paciento savižudybės jaučiasi esantis prastas specialistas: „*dirbi, iš tiesų, tai, galvodamas visą laiką apie tai, kaip kaip kaip galėtum pats padėt geriausiai tam žmogui, ką suteikti, kokią jam kokią pagalbą galėtum suteikti ir, nu, iš principo, kai*



*jau nesigauna tokie dalykai, tai jautiesi lyg kažkoks, nu, lūzeris, prastas gydytojas, nesugebantis tai padaryti“.*

Svarbu paminėti ir tai, kad patys specialistai nebūtinai jaučiasi iš tikrųjų kalti, kartais gali suvokti, kad šis jausmas neadekvatus situacijai, žinoma, tai nesumenkina nemalonaus jausmo stiprumo: *„tiesiog jaustumei didžiulę kaltę, kadangi tu vienas dirbai, ar ne, su tuom, vadinkim. Tai reiškia, kažkur kažkas pražiūrėta jau tavo arba tai, nu, arba ta tokia, nu, tokia galbūt nesąmoninga kaltė kiltų, ten turbūt nėra nieko tokio, dėl ko tu galėtum jaustis kaltas“* (Gerda).

Taigi kai kurie psichikos sveikatos specialistai po paciento savižudybės išgyvena kaltės jausmą, nuvertina teiktą pagalbą ir dėtas pastangas. Šie tyrimo rezultatai patvirtina ankstesnių mokslininkų atliktų tyrimų rezultatus (pvz., Gibbons et al., 2019; Tillman, 2006; Grad, Zavasnik & Groleger, 1997). Fairman, Montross-Thomas, Whitmore, Meier ir Irwin (2014) taip pat atskleidė, kad specialistai gali jaustis „praleidę“, nepamatę savižudybės rizikos ženklų, kažkur suklydę. Taip pat analizuojant kaltės jausmą, gali būti svarbi specialistų darbo vieta. Visi mūsų atlikto tyrimo dalyviai yra dirbantys valstybinėse įstaigose, o Gulfi, Dransart, Heeb ir Gutjahr (2016) nustatė, kad kaltės jausmai po paciento savižudybės gali skirtis priklausomai nuo darbo vietos – privačia praktika užsiimantys psichikos sveikatos specialistai jaučia daugiau kaltės nei dirbantys valstybinėse institucijose. Autoriai rašo, kad taip yra todėl, kad institucijose dirbantys specialistai yra tik dalis didesnės komandos, dirbančios su pacientu, bei todėl, kad institucijose įprastai yra daugiau paramos šaltinių.

**Susitaikymas.** Nepaisant minėtų nemalonių išgyvenimų, įvykus paciento savižudybei, su tokia patirtimi galima susitaikyti. Šiame tyrime keturi tyrimo dalyviai dalinosi, kad susitaikė su įvykusia paciento savižudybe. Susitaikymu šiame darbe buvo laikoma tai, kad mintys ir stiprūs išgyvenimai, kilę specialistui po paciento savižudybės, atslūgo, nebekankina, patirties įspūdis išblėso. Būtent tokį požiūrį dažniausiai ir išsakė tyrimo dalyviai. Keli iš jų akcentavo laiko reikšmę: *„To laiko praeina, užsimiršta. Tai nebūna tų dažnai.“* (Kostas); *„o taip nieko, viskas stabilizuojasi, laikas gydo, praeina laikas ir kažkaip tai kažkaip kitaip viskas atrodo.“* (Zita). Zita taip pat pabrėžė, kad specialistui svarbu per tą laiką kažkaip „atsistatyti“: *„kažkiek tai laiko reikia, kad stabilizuotis“* (Zita).

Su paciento savižudybe specialistai susitaiko skirtingais būdais. Viena tyrimo dalyvė papasakojo apie gydymo atsisakiusio paciento savižudybę ir tai priima, kaip tiesiog praeities faktą: *„Na gavosi kaip gavosi.“* (Klaudija). Dar viena tyrimo dalyvė pasakojo apie išgyventą nerimą ir kaltę po paciento savižudybės iki to laiko, kol pas ją apsilankė nusižudžiusiojo artimasis, kuris jai pasakė: *„Čia ne jūsų kaltė, kad jisai pasirinko“*. Tyrimo dalyvė įvardija, kad po šio vizito jai pavyko nurimti, susitaikyti su savo pagalbos teikimo ribotomis galimybėmis: *„Bet mane taip savotiškai nu nuramino tuo tarpu, nu, kad gal tikrai aš ne viską galiu už tą žmogų padaryti. Nu ne viskas mano galioj.“* (Ieva).

Taigi susitaikymas su paciento savižudybe buvo būdingas kai kuriems tyrime dalyvavusiems psichikos sveikatos specialistams. Jie akcentavo laiko, „atsistatymo“, nusiramino reikšmę. Mokslinėje literatūroje iš tiesų nedaug, bet galima rasti informacijos apie specialistų susitaikymą po paciento savižudybės. Pavyzdžiui, mokslininkai nustatė, kad kai kurie specialistai priima tokią patirtį kaip pamoką, galimybę kažko išmokyti (Hendin, 2014). Kiti specialistai, taip pat kaip ir šiame tyrime dalyvavę tyrimo dalyviai, akcentuoja laiko svarbą ir, pavyzdžiui, po paciento savižudybės pasiima atostogas, kad galėtų susitaikyti su patirtimi (Bohan & Doyle, 2008).

**Baimė.** Paciento savižudybė psichikos sveikatos specialistui gali sukelti baimės jausmą. Tik vienas tyrimo dalyvis dalinosi baimės išgyvenimu. Jis baimę įvardija kaip kylančią dėl kelių priežasčių. Pirmiausia, jis baiminasi nusižudžiusiojo artimųjų kaltinimų: „*Vėlgi tai, ir, vėlgi, ir aišku, dar ir ta baimė, ane, aa, dar yra. Jeigu jeigu tas žmogus nusižudo, ane, kad vėlgi, o tu jam teikei pagalbą, tad gali būti artimųjų tada kaltinimų.*“ (Nojus). Kitas baimės išgyvenimas susijęs su tolimesniu darbu su pacientais. Patyrus paciento savižudybę, tyrimo dalyviui kyla baimės jausmas, kai vėl tenka konsultuoti savižudybės krizėje esančius pacientus. Baisu, kad šie taip pat neįvykdytų savižudybės: „*Ee, kitą kartą, kai būna kažkokia panaši situacija irgi ta baimė tokia iškyla, kad, vat, nepasikartotų.*“ (Nojus).

Iš visų emocinių išgyvenimų po paciento savižudybės baimės išgyvenimas šiame tyrime pasireiškė rečiausiai. Iš tiesų, moksliniuose tyrimuose baimė po paciento savižudybės – labai dažnas išgyvenimas. Tyrimo dalyvio, kuris pasidalino šiuo išgyvenimu, patyrimas tiksliai atspindi mokslinėje literatūroje aprašomus baimės jausmo „šaltinius“. Specialistai po paciento savižudybės dažnai bijo paciento artimųjų kaltinimo ir pykčio (Brownstein, 1992; Kozłowska, Nunn, & Cousens, 1997). Taip pat specialistams kartais kyla baimė dirbti su kitais pacientais, esančiais savižudybės rizikoje dėl savižudybės galimybės (Foster, 1987; Collins, 2003). Mokslinėje literatūroje taip pat gana dažnai minima teisinių veiksmų baimė (pvz., Kozłowska, Nunn, & Cousens, 1997; Dransart, Gutjahr, Gulfi, Didishheim, & Séguin, 2014). Mūsų tyrime ši patirtis neatsiskleidė. Tokį retą baimės išgyvenimą po paciento savižudybės šiame tyrime galima paaiškinti tuo, kad apskritai ne visi tyrimo dalyviai yra patyrę paciento savižudybę, todėl ne visi dalinosi šiais išgyvenimais. Iš tų, kurie tai patyrė, nemaža dalis citatų pateko į kategoriją „Emocinis sunkumas ir gailestis“, kuri yra labai plati, t. y. gali būti, kad specialistai apibendrina savijautą po paciento savižudybės kaip emociškai sunkią patirtį ir nedetalizavo baimės išgyvenimo.

### 3.8. Specialistų poreikiai dirbant su suicidiškais pacientais

Teminės analizės metu išryškėjo aštuoni kodai, atspindintys tyrimo dalyvių, dirbančių su savižudybės krizėje esančiais pacientais, poreikius. Šie kodai pateikti 4 lentelėje.

**4 lentelė.** Kodai, apibūdinantys tyrimo dalyvių poreikius dirbant su suicidiškais pacientais, ir jų dažnumas analizuotuose interviu (N=17)

<b>Specialistų poreikiai dirbant su suicidiškais pacientais</b>	<b>n (%)</b>
Bendradarbiaujančio santykio su pacientu užmezgimas, motyvavimas gydymui	16 (94,1)
Kvalifikacijos kėlimo ir kitokie mokymai, mokymasis iš kolegų, žinios	15 (88,2)
Kolegų palaikymas	13 (76,5)
Komandinis sprendimų priėmimas ir atsakomybės pasidalinimas	10 (58,8)
Asmeninės savybės	10 (58,8)
Supervizavimasis	8 (47,1)
Geros darbo sąlygos	8 (47,1)
Pagalba sau	5 (29,4)

**Bendradarbiaujančio santykio su pacientu užmezgimas, motyvavimas gydymui.** Beveik visi tyrimo dalyviai dalinosi bendradarbiaujančio santykio su pacientu užmezgimo svarba, poreikiu motyvuoti pacientą gydymuisi. Vienas tyrimo dalyvių dalijosi, kad kartais neįmanoma padėti žmogui, kai kontaktas nėra užmezgamas: „*kartais nežinau kaip padėti, ar ne, ir negali padėti, ir ne- ne-, nes tiesiog neužmezgi kontakto.*“ (Marija). Kitas tyrimo dalyvis dalinosi, kad tik vienas kito girdėjimas, abipusis supratimas sukuria galimybę spręsti iškilusius sunkumus: „*Daleiskim, mes su Jumis dabar bendraujam. <...> Jeigu mes viens kitą girdim, <...> jeigu mes viens kitą suprantam, <...> mes randam bendrą kalbą ir mes galim išsiaiškinti, ee, tą tą tą tą tą visą problemą ir pabandyti rasti tą sprendimą.*“ (Kajus). Adelė taip pat dalinosi, kad gydymo rezultatai priklauso tiek nuo kontakto su pacientu užmezgimo, tiek nuo paciento motyvacijos gydytis: „*Jeigu išryškėja, pavyzdžiui, šita, būna taip, kad ateina konsultacijai, išryškėja irgi suicidinės mintys. Nu, pagal visus algoritmus užduodu tiesius klausimus ir pradėdam dirbti, kontaktą mezgam, viskas vyksta normaliai. Ir nuo to, kiek pavyks-, kaip pavyksta užmegzti kontaktą, kiek žmogus motyvuotas dirbti, priklauso darbo rezultatai.*”.

Kartais tam tikras specialisto elgesys padeda jam pacientą motyvuoti gydytis. Viena tyrimo dalyvė teigė, kad nuoširdžiai pacientui parodžius rūpestį, dažniausiai jis pagalbą priima: „*Aa, man svarbiausias yra dalykas, iš tikrųjų megzti santykį su jais. Jeigu tu su jais pasieki kartu bendru susitarimu, aa, ir jo nepaleidi akiratyje ir tu nuoširdžiai parodai, kad tas žmogus tau rūpi. Žinokit, iš esmės, jie prisileidžia.*“ (Valerija). Kita tyrimo dalyvė įspėjo, kad specialistas neturi pernelyg stipriai sureaguoti į savižudybės riziką, t. y. svarbu neskubėti hospitalizuoti paciento, nes tai gali užkirsti kelią jam kreiptis pagalbos ateityje: „*Nes, jeigu ten visus tik pamatęs, kad yra ten suicidinių minčių, ketinimų iškart į greitąją ir į ligoninę Naująją Vilnią, tai kitą kartą žmogus tiesiog nesikreips, nes sakys, ai, ten iš karto išveža mane.*“ (Giedrė). Kartais specialistas turi imtis iniciatyvos motyvuojant

pacientą. Viena tyrimo dalyvė dalinosi, kad suicidiški paaugliai retai kreipiasi pagalbos, tad tenka juos kviestis pačiai: „jeigu patys paaugliai dar ateina, tai aš labai džiaugiuosi <...> Kitus tekdavo, sakykim, pačiai pasikviesti, kur tokie uždaresni, gynybiškesni, žinot, vat.” (Žemyna). Kita tyrimo dalyvė teigė skatinanti kreiptis pagalbos anksčiau nei sutartas vizitas, jei paciento savijauta suprastėja: „pasakai, kad jeigu būtų blogai, kad nelauktų to mūsų susitikimo, kad, nu, kreiptųsi, skambintų ar atvyktų anksčiau laiko.” (Giedrė).

Specialistai taip pat dalinosi, kad susiduria su sunkumais, norėdami užmegzti bendradarbiaujantį santykį ar motyvuodami pacientą gydytis. Kai žmogus nesutinka gydytis, tenka jį nukreipti pas kitą specialistą, kuris motyvuotų: „Ir be to pas mus ligoninėj yra tokia taisyklė, kad žmogus turi pasirašyti sutikimą dėl psichologinių intervencijų, tai vat, jeigu <...> jeigu jisai nesutinka, tai tada mes faktiškai negalim daryti šito vertinimo. Tai vėl, vat, tada <...> eini pas gydytoją ir tada dar gydytojas ar bando motyvuot jį” (Klaudija). Viena specialistė dalinosi, kad deda daug pastangų norėdama susisiekti su pagalbos nenorinčiu žmogumi, o tai yra sudėtinga: „būna kartais, nu, ir po stacionaro pacientas užrašomas pas mus, bet, tarkim, būna kitą kartą, nu, jis, nu, bet irgi, va, tas, kad nenoras to žmogaus būna. Nenurodo kartais kontaktų, nu, reikia ieškoti kaip tą žmogų rasti per ten kitus kanalus. Arba pats žmogus, pavyzdžiui, neatsiliepia, neatsako, išsijungia telefoną. Nu, vat, kai kai žmogus nenori, va, čia, vat, sunkiausia kažkaip būna.” (Giedrė).

Tyrimo rezultatai patvirtina mokslinėje literatūroje randamą informaciją, kad bendradarbiavimu grįstas santykis yra svarbus tiek savižudybės krizę išgyvenančiam pacientui, tiek psichikos sveikatos specialistui. Bendradarbiaujantis santykis yra vienas stipriausių apsauginių veiksnių savižudybės krizės atveju (APA, 2003). Mokslo įrodymais grįsto pagalbos metodo CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicidality; liet. *bendradarbiavimu grįsto savižudybės rizikos vertinimo ir valdymo metodas*), skirto asmenims, galvojantiems apie savižudybę, autorius Jobes (2016) nurodo, kad visas CAMS metodas yra pagrįstas bendradarbiavimu. Taikant šį metodą, visada klausiama paciento nuomonės, planuojant gydymą pacientas yra aktyviai įtraukiamas ir vadinamas savo į savižudybę nukreipto gydymo plano „bendraautoriumi“. Literatūroje galima rasti informacijos, kas trukdo sukurti ir išlaikyti tokį bendradarbiavimu grįstą santykį su suicidišku pacientu. Dažnai tai priešiškas kalbėjimo tonas, gelbėtojo vaidmens prisiėmimas, neaiškios profesinės ribos, kylančių nemalonių jausmų vengimas (Hendin, 1981; Maltzberger & Buie, 1980). Sunkumas, kai pacientas atsisako pagalbos, ir poreikis jį motyvuoti taip pat yra atskleisti kai kurių tyrimų metu (pvz., Hendin, Haas, Maltzberger, Kowstner, & Szanto, 2006). Carli (2017) pabrėžia, kad tokį poreikį patenkinti specialistams gali padėti dialogas ir ambivalencijos (noro gyventi ir mirti) reflektavimas kartu su pacientu. Ambivalencijos aptarimas su pacientu yra vienas iš veiksmingų būdų, padedančių pacientui priimti pagalbą.

**Kvalifikacijos kėlimo ir kitokie mokymai, mokymasis iš kolegų, žinios.** Analizuojant

tyrimo duomenis pastebėta, kad vienas iš tyrimo dalyvių, dirbančių su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, poreikių yra dalyvavimas kvalifikacijos kėlimo ir kitokuose mokymuose bei turėjimas tokiam darbui reikalingų žinių. Kai kurie tyrimo dalyviai pabrėžė tokių mokymų ir žinių svarbą: „*Aa, nu, visų pirma, reikia tam tikro pasiruošimo, kompetencijos ir žinių.*” (Kajus); „*Kitas dalykas, kuris yra labai svarbus, tai yra nuolatinis žinių atnaujinimas ir pasikartojimas*” (Marija). Viena tyrimo dalyvė specializuotus savižudybių prevencijos mokymus įvardino kaip būtinus, norint teikti pagalbą šiems pacientams: „*Na, be abejonės, sakyčiau, pirmiausia negali to imtis ne- nepraėjęs tam tikrų mokymų ar ne. Ar ASIST, ar CAMS*” (Valerija). Daugelis tyrimo dalyvavusių specialistų nurodė, kad mokymuose dalyvauja: „*gi ruošiesi ir važiuoji į tuos mokymus ir čia visas apsišarvavęs protingom knygom*” (Diana); „*pavyksta ten sudalyvaut tuose nuotoliniuose mokymuose.*” (Eduardas). Viena specialistė džiaugėsi karantino metu atsiradusia galimybe dalyvauti mokymuose nuotoliniu būdu: „*Taip, kaip čia žinote, su tais mokymais – visi buvo, važiuok į Vilnių, o dabar mokymai gali būti, ar ne, vat tokiu būdu. <...> Tai irgi yra didžiulis privalumas. Labai gerai, jeigu tu galėtum pasirinkti, ar tau atvažiuoti tenai į konferenciją, ar jinai galėtų būti, nu, transliuojama, ar ne.*” (Gerda).

Deja, ne visi tyrimo dalyviai turi galimybę patenkinti dalyvavimo mokymuose poreikį. Viena tyrimo dalyvė dalinosi, kad jai trūksta praktinių mokymų savižudybių prevencijos srityje, jie nepakankamai dažnai organizuojami: „*ko dar trūksta man pačiai, kaip kaip jaunai, galėčiau sakyti, specialistei ganėtinai vis tiek, ee, nedidelę dar patirtį turiu praktiniam darbe palyginus, tai gal trūktų va šitoj srity ir ypač kalbant apie savižudybes, tai gal mokymų. Ta prasme, praktinių mokymų specialistam. <...> Aš nesakau, jie yra organizuojami, bet jie ganėtinai retai yra organizuojami*” (Marcelė). Kita tyrimo dalyvė svarstė, kad norėtų išmokti taikyti CAMS metodą (Jobes, 2016): „*Iš tikrųjų dar labai norėčiau, kad CAMS kažkada pabandyti, nes, sakykim, va trūkumas ir būtų toks, kad kai CAMS'o nebaigęs, sakykim, įvyksta tas vertinimas <...> ir tada, jeigu žmogus daugiau konsultacijų ne- nenori, tai kaip ir tas darbas ir nutrūksta, ane, jis išvažiuoja ir viskas. <...> O vat, jeigu turėtumėm CAMS'ą, tai sakykim, nu viena konsultacija, kita konsultacija – toks testinumas daugiau būtų, kad spręsti žmogaus, va, būseną, kas keičiasi, kaip tie balai.*” (Klaudija). Dar vienam tyrimo dalyviui trūksta anglų kalbos žinojimo, nes jos prireikia pacientams teikiant pagalbą nuotoliniu būdu: „*va tas galbūt ne tik šitų psichologinių žinių žinojimas, bet ir, vat, galbūt tas anglų kalba (vat, kad) kompiuteriu.*” (Eduardas).

Taigi tyrimo duomenys rodo, kad tyrimo dalyviams reikia įvairių mokymų, kartais pritrūksta žinių. Toks poreikis nustatomas ir įvairiose kitose šalyse, specialistams dažnai reikia kvalifikacijos kėlimo mokymų būtent savižudybių tema (pvz., Foley & Kelly, 2007; Monahan, Crowley, Arnkoff, Glass, & Jobes, 2020). Tyrimai netgi rodo, kad specialistų dalyvavimas mokymuose ne tik užtikrina kokybiškesnės pagalbos teikimą, bet ir yra susijęs su didesniu noru gydyti savižudybės krizėje esančius asmenis. Dalyvavimas tokiuose mokymuose stiprina specialisto kompetencijas, o

jausdamasis labiau kompetentingu šioje srityje, specialistas atitinkamai jaučia didesnę pasitikėjimą savimi ir drąsiau jaučiasi teikdamas pagalbą šiems pacientams (Almaliah-Rauscher, Ettinger, Levi-Belz, & Gvion, 2020; Dexter-Mazza & Freeman, 2003). Psichikos sveikatos specialistų išsakomas mintis, kad mokymų trūksta savivaldybėse, kuriose jie dirba, galima paaiškinti tuo, kad Lietuvoje iš tikrųjų daugiausiai savižudybių prevencijos ir kitokių mokymų vyksta didžiuosiuose šalies miestuose. Nors iš tiesų, kaip keli šio tyrimo dalyviai dalinosi, pastaruoju metu tokių mokymų vis dažniau vyksta ir mažuosiuose miestuose, arba jie vykdomi nuotoliniu būdu.

**Kolegų palaikymas.** Vienas išryškėjusių tyrime dalyvavusių specialistų poreikių, dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, yra kolegų palaikymas. Kai kurie tyrimo dalyviai džiaugėsi savo darbo aplinkoje jaučiantys kolegų palaikymą: „*Na šiaip jo, bet ir padėjo iš tikrųjų, tai vat, kolegės psychologės, su kuriom šnekėjom, nu, ta prasme, dalinomės visa informacija, kai tas žmogus dinga, ir ir kiekvienas toks buvo, nu vat, tas palaikymas iš tikrųjų buvo pakankamai svarbus. Ir ir iš psichiatrų pusės, ir iš kolegų.*“ (Klaudija). Viena tyrimo dalyvė teigė, kad komandos palaikymas padeda užtikrinti darbo kokybę: „*ta komanda socialinių darbuotojų, ane, ar vaikų ir paauglių psichiatrų, ane, nu vat, kur mes galim kažkokius bendrus bendrus sprendimus priimti ir taip toliau, ir tai irgi yra toksai, nu, ir palaikomasis faktorius, ir toksai dėl dėl mm darbo kokybės turbūt, ane, kažkokios (ane), faktorius, kur pats nematai, galbūt kolega mato, ane, arba kažkokių išvalgų ir taip toliau, ir taip toliau.*“ (Diana). Kita tyrimo dalyvė dalinosi, kad komandos palaikymas padeda išvengti kankinančių minčių patyrus nesėkmę darbe, suteikia galimybę gauti patarimą iškilus sudėtingoms situacijoms: „*Tai, nu, reikia, manyčiau, reikia komandos, reikia reikia palaikymo. <...> nes likt vienam ir paskui paskui žmogui kas nors atsitiks, tai tu galvosi ir galvosi apie tai. <...> Tai be abejo, pagalbos reikia iš iš savo iš savo kolegų, sakykim, aš aš turiu koleges, ee, dirbančias, gyvenančias, kituose rajonuose, tai, sakykim, [MIESTAS]. Skambinuosi kolegei, tariuosi, klausiu*“ (Vakarė).

Kai kurie tyrimo dalyviai dalinosi, kad komandos palaikymo jiems trūksta. Pavyzdžiui, viena tyrimo dalyvė sakė: „*galimybės, ta prasme, tiesiog, nu, aptarti tą situaciją kažkaip nu, to palaikymo tokio. Tai trūksta trūksta, be abejo*“ (Marcelė). Ji taip pat dalinosi savo kolegų, kuriems trūko komandos palaikymo po paciento savižudybės, patirtimi: „*Užbaigia savo gyvenimą, ar ne, tai tai, bet aš, va, girdžiu tik iš kolegų, tai negaliu dalintis savo patirtim, bet, va, girdžiu iš kolegų, kad tiesiog jie ir paliekami su tuo.*“ Kita tyrimo dalyvė akcentavo, kad savoje komandoje sunku atsiverti, mano, kad pasidalijimas jausmais parodys jos silpnumą: „*Taip, kai nėra su kuo, nu tai, nu nu, kad kažkaip, nu su psichologu atsiverti tai mes čia, kaip pasakyti, esam savos, tai irgi nesinori apie tai kalbėti. <...> Bet tada dar, nu, tie laikai buvo kai ne, turėjom tą tiktai vieną psichologę, kuri čia trumpai būdavo, tai aš kažkaip tai, vat, nelabai linkus kalbėti apie savo jausmus su savo darb-, kaip ir, darbuotojom, ane, pavaldiniu, ar ne (nusijuokia). Tai va. Aš vadovas esu, o čia, vat, aš dabar*

*atsiversiu, kad aš čia tokia silpna, nu tai žinai, nu kaip pasakyt, <...> tarp mūsų mergaičių gali pasikalbėti, bet daugiau tai tiesiog nesinori to rodyt, kaip aš jaučiuosi ir ir ir kas manyje darosi, žinai.“ (Ieva).*

Taigi kolegų palaikymas tyrimo dalyvių vertinamas kaip itin svarbus veiksnys, teikiant pagalbą padidėjusios suicidinės rizikos pacientams. Kolegų palaikymas, kaip vienas iš pagrindinių tokį darbą dirbančių specialistų poreikių, yra minimas ir kituose moksliniuose šaltiniuose (pvz., Valente, 2003; Rothes, Scheerder, Van Audenhove, & Henriques, 2013). Specialistai, sulaukiantys tokio palaikymo iš kolegų, tuo džiaugiasi, tačiau pastebima, kad ne visi savivaldybėse dirbantys tyrimo dalyviai tokį komandos palaikymą turi ir kartais jaučiasi paliekami vieni su sunkiomis patirtimis. Svarbu paminėti, kad mokslinėje literatūroje galima rasti, kad kolegų palaikymas kartais gali būti netinkamas arba netinkamu laiku. Tillman (2006) nustatė, kad, pavyzdžiui, įvykus paciento savižudybei, specialistas, dirbantis gydymo įstaigoje, kartais sulaukia per ankstyvo kolegų ramino, kaltės jausmą bandančių sumažinti žodžių iš kolegų, bet tai tik trukdo gedulo procesui po paciento savižudybės. Taigi svarbi yra ir kolegų palaikymo kokybė, nors šis aspektas šiame tyrime neatsiskleidė.

**Komandinis sprendimų priėmimas ir atsakomybės pasidalinimas.** Teminės analizės metu pastebėtas komandinio sprendimų priėmimo arba atsakomybės pasidalinimo poreikis, dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais. Kelios tyrimo dalyvės pabrėžė komandinių sprendimų priėmimo svarbą ir pasidžiaugė, kad turi galimybę patenkinti šį poreikį: *„o o o o medicinos įstaigoje – nu, kaip ir visa pas mus dirba visa komanda ir ir, man atrodo, kad visi kompetentingi ir visi su s-su stažu, ir visi stengiasi padėt, tikrai visi visi stengiasi. Pradedant nuo registratūros, nuo slaugytojos, socialinės darbuotojos, psychologės – visos kartu ir, nu, kažkaip tai stengiamės padėti viena kitai ir ir, kad viskas teigiamai išspręst.“* (Zita); *„nuoširdžiai džiaugiuosi, vat, su kažkaip turimais koleginiiais tokiais santykiais ir su gydytoju psichiatru arba, nu, ta komanda socialinių darbuotojų, ane, ar vaikų ir paauglių psichiatry, ane, nu vat, kur mes galim kažkokius bendrus bendrus sprendimus priimti“* (Diana). Kita tyrimo dalyvė dalinosi komandinio darbo nauda – komandos nariams gali kilti idėjų apie paciento tolimesnį gydymą, kai pačiam specialistui sunku nuspręsti: *„Vat, ir nu pasitarti gali. Kartais tu vienas ir viskas, kai greitai vy- vyksta, tarkim, nu, ne- neateina į galvą kažkokia mintis, o o o, kai jau dirbi komandoje, tai tada, nu, kaip, vienas kažką sugalvoja, kitas kažkokį planelį, vat, ir, kad kad pritaikyt tam žmogui, kad jis irgi norėtų, kad nepabėgtų“* (Giedrė).

Keliems tyrimo dalyviams trūksta komandinio sprendimų priėmimo. Vienas iš jų minėjo, kad atsakomybė už pacientą tenka tik konsultuojančiam psychologui, nors svarbus būtų visos komandos bendradarbiavimas: *„Nu užkraunama, pagrinde paliekama psychologui, ane, o čia turi būt komandinis darbas. <...> Tai čia nėra psichologo, tik psichologo ir norinčio nusižudyti, reikalas.“* (Nojus). Kita tyrimo dalyvė išsako komandos susirinkimų poreikį: *„kažkaip tai kaž-*

*nežinau koku būdu turėtų būti, bet vis tiek aa, aš įsivaizduoju, kaip kokios stacionare penkiaminutės, tai turėtų būti ir psichikos, tarkim, sveikatos centrų ir ir stacionaro penkiaminutės nors kartą į metus (nusijuokia), ane.“ (Diana). Taip pat viena tyrimo dalyvė pasidalino, kad atsakomybės nepasidalijimas gali apsunkinti specialisto emocinę būseną: „Kai yra daugiau personalo įsijungia, tai aišku, pasidalini ir tą atsakomybę, ir kartu gali kažką pasitarti, nuspręsti, o kai ant tavęs vieno, tai jau tada irgi, aišku, nu, ir emociškai sunkiau...“ (Giedrė).*

Taigi apžvelgus šiuos rezultatus, matome, kad komandinis sprendimų priėmimas ir atsakomybės pasidalinimas yra svarbus tiek užtikrinant kokybišką suicidiškų pacientų priežiūrą, tiek gerą specialistų emocinę būseną. Kiti moksliniai tyrimai taip pat atskleidžia komandos bendradarbiavimo, dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, svarbą (Reid & Long, 1993; Barnicot et al., 2017). Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis (2011), efektyvus komandinis darbas sveikatos priežiūroje didina pacientų saugumą, mažina klaidas medicinoje (angl: *medical errors*), hospitalizavimo laiką ir išlaidas, gerina komunikaciją bei profesionalios pagalbos pasiekiamumą, didina pasitenkinimą darbu.

**Asmeninės savybės.** Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių įvardijo tam tikrų asmeninių savybių poreikį ar jų svarbą dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais. Pastebėta, kad skirtingi tyrimo dalyviai dažnai įvardino skirtingas savybes. Vienas tyrimo dalyvis pabrėžė prigimtines „duotybes“ teikti pagalbą svarbą: „*vat, tavo žmogiškąsias savybes. <...> Ar tau šitas duota, ar tau šitas neduota.*“ (Kajus). Kitas tyrimo dalyvis dalinosi mintimis apie tai, kad specialistas turi pats gebėti save nuraminti, išlikti ramus stresinėse situacijose: „*Pirmiausiai turi būt žmogus pats sau psichologas. Pas psichologę niekada niekada ne neno- ne nereikėjo kreiptis, nes, jeigu pats susitvardai, pats i- ir šeimoj randi palaikymą ir pats, vat, sugebi sugebi, tai tada viskas gerai, bet, jeigu pats žmogus emocingas ir ir labai pergyventum, tai, nu, negerai.*“ (Zita). Panašiai dalinosi ir Valerija, kad svarbu būti ramiam. Ji labiau akcentavo savybes, kurios svarbios būtent konsultuojant suicidiškus asmenis, pabrėžė ir aktyvumo, direktyvumo, empatiškumo, siekio bendradarbiauti reikšmę: „*iš tikrųjų, aa, galų gale, pats turi labai stipriai dirbti, ar ne, būti pakankamai ramus, išlaikytas, (bet) empatiškas, aaa, pakankamai bendradarbiaujantis, bet tuo pačiu aktyvus ir gana direktyvus. <...> Bet labai ramus*“. Dar vienas tyrimo dalyvis dalinosi su patirtimi įgyjamu tvirtumu, gebėjimu nepasimesti sudėtingose situacijose: „*Nu, gal gal su su metais tai yra papa- jau paprasčiau, gal taip, nes tas, tokios jau storesnės odos užsiauginimas ir ir turbūt vis tiek, gi galvoji, ta patirtis yra, tai kažkaip ne taip pasimeti, kai jaunesnis būdavai pasimeti.*“ (Eduardas).

Pastebėta drąsos ir užtikrintumo svarba. Eduardas pabrėžė, kad specialistas turi nebijoti ir drąsiai klausti apie savižudybę: „*Kažkaip iš tikrųjų tą sugebi ir drąsiai, kaip kiti, vat, ir (kaip) susiduri su mokytojais, kurie vis bijo ten klaust apie tą planą savižudybės ar jis turi, nu. Nu, žinai, aš tą padariau, apkalbėjau, vat, nu nu, galiu būt ramus.*“ Apie drąsos, kylančios iš didelio noro padėti



kenčiantiems pacientams, svarbą savo profesiniame kelyje taip pat užsiminė kita tyrimo dalyvė: „Galvoju aš pati, kai pradėjau, va, dirbti tai jau, (kad mano kolegos) sakė: „Kur tu eini, kaip bus sunku“. Bet aš sakau: „Labai noriu pabandyti, žiūrėsiu kaip man ten išeis“ (Žemyna). Kitas tyrimo dalyvis dažnai dalinosi poreikiu būti užtikrintu savo sprendimais. Jo nuomone, svarbu, kad specialistas pasitikėtų tuo ką daro, jaustų, kad yra tinkamai pasiruošęs teikti tokią pagalbą: „tada aš būčiau tikras, ane, kad aš neklystu suteikdamas tą pagalbą, ane, kad aš vadovaujuosi protokolu“; „Okay, (ane, maždaug), nereikia eit guglinti ką daryt, ane, ieškoti metodų, bet aš jau žinau, puikiai esu paruoštas ir pasiruošęs, išbandęs“ (Nojus).

Du tyrimo dalyviai dalinosi savybėmis, kurios jiems buvo labai svarbios ir padėjo tobulėti teikiant pagalbą savižudybės krizėje esantiems pacientams. Jie kalbėjo apie smalsumo, noro sužinoti, domėtis svarbą: „Žinojimas, kad jeigu ko nežinau, nu kad įmanoma sužinoti.“ (Nojus); „Nu, iš tikrųjų, vat, kaip aš dabar galvoju, tai be galo, vat, aš šiai dienai galvoju, kad, vat, reikėjo man pačiai paskaityti, aš nežinojau, kas tada irgi, kas tai yra traumos, vat, ane. Aš daug sužinojau apie tai <...>“ (Žemyna). Viena tyrimo dalyvė dažnai minėjo mokėjimo pasidžiaugti, suteikus pagalbą, svarbą. Mokėjimas pasidžiaugti savo darbu suteikia motyvacijos toliau dirbti šį emociškai nelengvą darbą: „bet kas kas man labai svarbu ir, va, su kolegom labai dažnai kalbam, kad kai tą pagalbą suteiki, ypač mobilioj komandoj, tai po to jautiesi labai gerai, kad padarei gerą darbą, ar ne, va, tas tas atlygis jisai užtad toksai emociškai labai svarbus.“, „Bet, jeigu tas kontaktas yra, tai tai, turbūt ta pagalba, kurią tu suteikei, yra pati sau stimuliacija ir toliau dirbt tą darbą, nes tu jauties gerai, emociškai gerai.“ (Zita).

Taigi tyrimo dalyviai išvardino daug asmeninių savybių, kurios reikalingos dirbant su savižudybės krizėje esančiais pacientais. Apibendrinant jas, pastebima, kad specialistas turi pasitikėti savo veiksmais ir kompetencija, neprarasti smalsumo ir noro tobulėti, būti aktyvus ir ramus, teikdamas pagalbą suicidiškiems pacientams. Pastebėta, kad šio tyrimo dalyvių išvardintos savybės yra apskritai svarbios kiekvienam psichikos sveikatos specialistui, dirbančiam su įvairiais žmonių sunkumais, o ne tik su savižudybės rizika (Gudaitė, 2009; Roe, 2002).

**Supervizavimasis.** Teminės analizės metu išryškėjo supervizijų poreikis. Kai kurie tyrimo dalyviai dalinosi, kad sudėtingose situacijose kreipiasi supervizijų: „nepavyko užmegzt kontakto ir tada aš jaučiaus tikrai, nu vat, blogai ir ir iš karto bandžiau supervizuotis su kita kolege, nu vat, ką ką galbūt aš ne taip darau. Kaip aš galbūt galėčiau kažką pakeist, kad... Ir tą savo emociją pakeist, ir tam vaikui padėt“ (Marija); „nu, kažkaip pati labai ieškau bendradarbiavimo, supervizijų su kolegom, nes emociškai tai tikrai, nu, nėra le- lengva paleist, nes tada labai svarstai, ar tikrai viską padarei.“ (Valerija). Ne visi tyrimo dalyviai supervizuoja pas Lietuvos supervizorius. Valerija sako: „Kartais su kolega [TAUTYBĖ], iš tikrųjų, supervizuojuosi.“

Pastebėta, kad kai kuriems tyrimo dalyviams supervizijų trūksta. Valerija svarstė, kad galbūt

Lietuvoje savižudybių prevencijos srityje yra kvalifikuotų supervizorių ir kokybiškų supervizijų trūkumas: „*Sakyčiau, galbūt vis tik reikėtų, na, galbūt ir nėra tokių kvalifikuotų specialistų Lietuvoje, bet, tarkime, jeigu būtų supervizijos rimtesnės gilesnės specialistam ir ir ne tik specialistam*“ (Valerija). Kitas tyrimo dalyvis dalinasi, kad supervizijų Lietuvoje yra, tačiau jos organizuojamos didžiuosiuose miestuose, o rajonuose jų trūksta: „*čia yra gal ta rajono specifika, ar ne, kur didžiuosiuose miestuose yra organizuojamos psichologų supervizijos, kur tiesiog suvažiuoja psichologai miesto, ane, ir jie gali tiesiog, nu, padėt viens kitam, ane, pasitarti <...> (pristatyt atvejus), palaikymą gaut, ane, tai rajone tai tu esi psichologas vienas, nu toksai, jo, vienas kaip vienas lauke karys.*“ (Nojus). Nojus taip pat dalinasi apgailestavimu, kad supervizijų trūksta. Jo nuomone, supervizijos turėtų būti įprastas ir savaime suprantamas dalykas psichologams: „*šitas, ale, toks atrodo elementarus dalykas, na, jįsai psichologams, ane. Bet jo nėra*“. Viena tyrimo dalyvė išsakė nemokamų supervizijų poreikį: „*supervizijos, nežinau, savi-, pavyzdžiui, organizuojamos savižudybių prevencijos biuro, ane, kur būtų sudaryta galimybė, nu, specialistam nemokamai aaa besispecializuojančiam, pavyzdžiui, nu, šitoj srity gauti supervizijas tikrai dėl darbo, dėl ten visokio kokio ir taip toliau. Tai vat, nu, kas kas galėtų tuos specialistus pasiekti kaip toksai palaikymas, tai būtų labai super.*“ (Diana). Ši specialistė taip pat dalinasi, jog norėtų, kad būtų organizuojamos specializuotos ir reguliarios supervizijos savižudybių prevencijos srities specialistams: „*aš netgi kartais pasvajoju, kad galėtų būti kažkokios tai labai tikslingos supervizijos, ane, būtent su savižudybės krizę išgyvenančiais žmonėm, ir pagalba jiems, ane, ir galėtų būti tai kažkokie tai reguliarios, ane, laiks nuo laiko, specialistų vat tokios susibūrimo galimybės*“. Du tyrimo dalyviai norėtų supervizijų, organizuojamų nuotoliniu būdu: „*Nu, aišku, iš tikrųjų, jaunesniam tai turbūt reikalingos tos supervizijos, va tas ir aišku irgi būtų gerai, kad taip nuotoliniu būdu bū-būtų*“ (Eduardas); „*Nu, kad, vat, reikėtų organizuoti būtent ar kažkokius tai nuotolinius tada rajono rajonų psichologų supervizijas.*“ (Nojus).

Taigi tyrimo dalyviams, dirbantiems su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, yra reikalingos supervizijos. Pastebėtina, kad norima kokybiškų, specializuotų savižudybės srityje, reguliarių supervizijų su galimybe jose dalyvauti nuotoliniu būdu. Tokius rezultatus patvirtina ir kiti moksliniai tyrimai (Scupham & Goss, 2020; Vedana et al., 2017). Iš tiesų, kartais yra pabrėžiama, kad supervizijos, dirbantiems su suicidiškais pacientais, turi būti kitokios, nei dirbant su kitokių sunkumų turinčiais pacientais. Pavyzdžiui, pasaulyje yra sukurta supervizijų modelių, kurie taikomi, kai susiduriama su paciento savižudybės grėsme. Tokių modelių pavyzdžiai – „Feministinis-naratyvinis požiūris“ (angl. *Feminist-Narrative approach*; Drake, 2013), į krizes orientuotų supervizijų „CARE“ modelis (angl. *Context, Action, Response, and Empathy (CARE) model of Crisis-Based Supervision*; Abassary & Goodrich, 2014), „Savižudybių ir supervizijų kubo modelis“ (CMSS; angl. *Cube Model of Suicide and Supervision*; McGlothlin et al., 2005). Tai tik keli užsienio šalyse

taikomi supervizijų modelių pavyzdžiai, kurių vis naujesnių atsiradimas taip pat pagrindžia ir šio tyrimo dalyvių savižudybės grėsmės atvejais specializuotų supervizijų poreikį.

**Geros darbo sąlygos.** Analizuojant tyrimo duomenis, nustatytas tyrimo dalyvių poreikis turėti geras darbo sąlygas. Vienas tyrimo dalyvių džiaugėsi turintis gerai įrengtą darbo kabinetą: „*Kabineta turiu, geras da- darbo kabinetas įrengtas, kai, va, patogiu, iš tikrųjų tas svarbiausia, nu kaip, nu, darbo vieta gera*“ (Eduardas). Tačiau jis taip pat nurodė, kad kabinete nėra užtikrintos sąlygos teikti pagalbą nuotoliniu būdu, t. y. trūksta kompiuterinės įrangos: „*Nu, galbūt dabar yra, kai iš tikrųjų tas vėl nuotolinis tas konsultavimas, tai tai galbūt iš tikrųjų tas poreikis, va, turėt, vat, nu gero kompiuterio savo kabinete, nes, vat, nu, aš savo kabinete neturiu tokio; mikrofonų nėra, instaliuoti seni va tie tikrai*“ (Eduardas).

Teminės analizės metu išryškėjo, kad kai kurių psichikos sveikatos specialistų konsultacijų laiko trukmė yra per trumpa teikiant pagalbą suicidiškiems pacientams. Štai viena tyrimo dalyvė dalinosi, kad turi per mažai laiko konsultacijos metu gilintis į paciento skaudžius išgyvenimus, todėl savižudybės riziką, saugumo plano sudarymą su suicidišku pacientu perleidžia psichologei: „*Nu, tai tada pradėdi kalbėti ir tada, jeigu jisai sutinka, aš duodu psichologei. Jinai turi daugiau laiko kalbėti, išsikalbėti, sakykim. Jeigu jau yra tokios mintys, aš bandau duoti psichologei įvertinti vadybos atvejį – ar tikrai yra čia rizika, ar tikrai tenai yra kažkas, galbūt sudaryti tą planą. <...> Nu, nu kaip pasakyt, aš nu, tos vadybos nelabai užsiimu, tiesiog neturiu laiko. Gal man būtų gerai kokią valandą, bet aš neturiu tokio tokios galimybės. Pas mane per daug ligonių, kad galėčiau, vat, labai labai gilintis, sakykim, giliai.*“ (Ieva). Ši tyrimo dalyvė pasidalino, kad jos konsultacija įprastai trunka tik penkiolika minučių, o pacientų kiekis per vieną dieną yra labai didelis: „*Laiko. Kad konsultacijai man duotų laiko daug daugiau negu dabar skiria penkiolika minučių viskam. <...> Ir surašymui, ir pakalbėjimui, ir ir viskam. Nu maksimum iki pusės atseit pirminiam, bet jų tiek daug, tai aš, pavyzdžiui, kiekvieną galiu pasakyt kiek aš jų turiu. Kiekvieną dieną iki trisdešimt keturiasdešimt pacientų aš turiu surašyt.*“ Dirbdama tokiomis darbo sąlygomis, tyrimo dalyvė nuogaštavo, kad pagalba, kurią ji ir kolegos suteikia pacientams, gali būti nepakankamai kokybiška: „*Tikrai Jums pasakysiu kad dideli. Kad per dideli yra krūviai, kad galėtum suteikti labai kokybišką pagalbą, ane. <...> O taip tai yra, kaip sakyt, paviršiuį praplaukei, pagavai ką nors ir spėjai arba nespėjai. O gal kažko neišgirdai, ane. Tu neturi laiko įsigilinti.*“ (Ieva).

Išryškėjo, kad kai kurių tyrimo dalyvių ne tik konsultacijos trukmė per trumpa, bet ir darbo krūvis yra neadekvačiai didelis, jie turi atlikti daug skirtingų funkcijų. Štai viena tyrimo dalyvė minėjo, kad tokį didelį darbo krūvį dažnai bando susirinkti patys specialistai, nes atlyginimas nėra didelis, tad stengiamasi dirbti daugiau negu vienu etatu: „*kažkoks adekvatus darbo krūvis, nu, ta prasme, nu, ir adekvatus atlygis už tai, nes, žinom, mes visi kaip dirba Lietuvoj specialistai per kelis etatus, ane, arba ten kažkaip bando susirinkti tą krūvį kuo didesnį, ane, ir tada mes visi ir patys, nu*

sutikim, mūsų gi ribotos visų galimybės, ane, ir ir ir patys turbūt ir pervargę būnam ir visokie mažiau atidūs galbūt ir mažiau pakantūs” (Diana). Marcelė dalijosi, kad per trumpą konsultacijos laiką turi atlikti daug funkcijų, o tai apsunkina specialistui darbą: „Tu turi greitai spręsti ką daryti, nes, tarkim, jeigu kreipiasi ir ten kokia depresinė simptomatika pablogėjusi, tai tu tu turi su tuo žmogum realiai, nu, dvidešimt minučių, bet, aišku, išsitęsia daugiau. Bet tuo laiku tu turi apsiklausti jį, išsiaiškinti, ten, tarkim, išduot kokį biuletinį, išrašyt vaistus, paaiškinti, kaip tuos vaistus vartoti. Jeigu kažkoks artimasis yra, dar su tuo artimuoju irgi viską aptari, užpildyt dokumentaciją. Nu, tai tas, tas laikas ir taip labai išsiplečia.” (Giedrė). Kita tyrimo dalyvė trumpai, bet apibendrintai išsakė tą pačią problemą: „nu, tikrai daug ir tų pacientų ir mažai to laiko” (Marcelė). Tyrimo dalyviai nurodė, kad įvairių dokumentų pildymas pareikalauja daug specialisto resursų. Viena tyrimo dalyvė dalinosi, kad norėtų pildyti mažiau dokumentų arba turėtų dirbti daugiau specialistų, kad pavyktų užtikrinti visų darbų atlikimą: „Mažiau mum popierizmo (nusijuokia). <...> Popierizmo noriu (nusijuokia). Jo, nu tai (surašyti ir) atiduoti, tai kažkaip irgi vat. <...> Kažkaip paprastesnį tą mechanizmą arba reikia daugiau personalo.” (Ieva). Kita tyrimo dalyvė taip pat minėjo, kad įvairių paslaugų išrašai užima daug laiko. Ji nurodė ir tai, kad elektroninė sistema turi trūkumų: „Taip, ir matai, pokalbiui dabar turi viską susirašyti. Sistemos mūsų lėtos labai. Elektroninė sistema labai tokia, sakyčiau, netobula, ar ne. Čia vieną turėjom, dabar į kitą pakeitė. Tai stringa, tai nerašo, tai tu turi pasilikti, nu tai, žinot, ir Sodra visa, visi nedarbingumai, nu, tai visi va tie rašliavos užima ir laiko. Tikrai užima.” (Ieva).

Atsiskleidė, kad kartais trūksta papildomų resursų teikiant pagalbą. Vienas tyrimo dalyvis dalinosi, kad trūksta savižudybės rizikos vertinimo trumpesnės formos. Šį savo poreikį jis siejo su jau anksčiau aprašyta per trumpos konsultacijos trukmės problema: „Tai va, tai, kad būtų dar kažkoks, va, toks mini testukas irgi visai tiktų, bet, vat, kažkoks toks trumpas, kad ne- ne tas psichosocialinis rizikos vertinimas, jis gan daug laiko užtrunka, tai, vat, tai pats nebelabai ir gali jo ten įtempti, nes laukia kiti pacientai irgi, buriuojasi ar ten skambina, tai va, tai tas laiko toksai trūkumas, sakyčiau” (Giedrė). Dar viena tyrimo dalyvė pasakojo, kad nepakanka personalo darbuotojų, kurie galėtų prižiūrėti savižudybės krizėje esantį pacientą, pabūti su juo, kol atvažiuos greitoji medicinos pagalba, kad būtų suteikta tolimesnė priežiūra: „nu tai vis tiek tas or- mechanizmas sukasi, ane, ir nėra ten kažkokio žmogaus, kuris lydėtų jį arba (kad) nu kartais, vėlgi mūsų centriukas mažas, ane, yra vienas psichologas, vienas socialinis, ane, viena slaugytoja, nu ta prasme, nu, yra tikrai labai mažas ir, tarkim, jeigu tą dieną slaugytoja yra teisme, nu, jos tiesiog nėra, tai nėra kam jį palydėti arba pa- pa- pagloboti, ane, kažkurį laiką arba bent jau kol ta greitoji atvažiuos, ane, pa- pabūti su juo ir taip toliau, o čia laukia už už durų vėl sekantis, nu vat nu tokio to va tokio žmogiško ir profesionalaus suderinimo kartais tenka tenka iššūkiu, nes greitoji būna, kad neatvažiuoja arba čia vėliau kažkiek atvažiuoja, nu žinot, viso- visokių tokių dalykų būna.” (Diana).

Taigi pastebėta, kad ne visi specialistai turi geras ar pakankamas darbo sąlygas, kurios leistų

teikti kokybišką pagalbą savižudybės krizėje esantiems pacientams. Tai, kad tokiems pacientams dažnai prireikia šiek tiek daugiau specialistų laiko ir aktyvumo, pabrėžiama ir kituose moksliniuose straipsniuose (Williams at al., 1999; Verger et al., 2007; Velupillai et al., 2019).

**Pagalba sau.** Tyrimo duomenys atskleidė, kad dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, patiems specialistams gali prireikti pagalbos. Vienas tyrimo dalyvis dalijosi psichoterapinės pagalbos poreikiu: „*tai sakyčiau, kad visiems, aišku, psichiatrams tai būtų labai gerai, sakykim, asmeninės psichoterapijos*“ (Kostas). Kita tyrimo dalyvė taip pat svarstė, kad susidūrus su sunkumais, gali prireikti psichiatrinės arba psichoterapinės pagalbos: „*Mm, nu, manau, kad gal gal ir ir gal kažkokio tai kito kompetentingo specialisto, kad... Galbūt ir psichiatro ar ar ar ten psichoterapeuto pagalbos, galbūt rei- reikėtų išsišnekėt.*” (Vakarė).

Psichikos sveikatos specialistui svarbu pačiam siekti gauti pagalbos bei žinoti, kas galėtų jam padėti. Giedrė akcentavo, kad svarbi yra paties psichikos sveikatos specialisto iniciatyva kreiptis pagalbos: „*gali būti pilna pagalbų, jeigu tu nesikreipsi, tai tai tada kaip ir ne ne ir negausi*” (Gerda). Kaip tokios pagalbos nesikreipimo neigiamą poveikį ji pabrėžė nemalonių patirčių kaupimą savyje: „*Tai manau, kad specialistui taip pat turėtų, galėtų būti kaž- kažkokia pagalba, nes, nu, čia tada jau lieki, nu, kiek pats inicijuoji, kiek pats, vat, eini pas kolegas, kalbiesi, kažką darai, o o, jeigu nieko nedarai, tai tiesiog ir kaupi tą patirtį, vat. Kaip kiti mano kolegos vadina, nu, va, kapinėlės mano (nusijuokia).*“ Kita tyrimo dalyvė dalinosi, kad svarbu turėti kontaktus ir žinoti, kur galima kreiptis pagalbos: „*jeigu, vat, yra man toks atvejis ir aš kažkur kažko nežinau, man reikia reikia patarimo, kad aš žinočiau kur aš galiu kreiptis, kur aš galiu gauti pagalbą, kad aš aš pati kaip specialistė nelikčiau viena.*” (Vakarė).

Vienas specialistas dalinosi, kad po paciento savižudybės tenka vienam analizuoti savo išgyvenimus, o esant stipriam savęs kaltinimui, norėtusi emocinio palaikymo iš kitų žmonių. Kaip pavyzdį jis pateikė kitose šalyse organizuojamas palaikymo grupes specialistams, netekusiems paciento dėl savižudybės: „*Jo, jo, jo, ne taip kaip vakaruose, kad tau sukuriama grupė, reiškia, kuri tau emociškai padeda išgyventi tuos dalykus, nes tu juk ne specialiai tai darai kažką tais, nu, kažkaip taip, juk ne viskas yra mano, suprantu, rankose, priklauso ir nuo daug ir aplinkybių, ir nuo pačio žmogaus, ir nuo kitų dalykų, sakykim. Nu, bet, nu, apie tai tada negalvoji. Galvoji, kad ką aš padariau blogai, kodėl man nepasisekė <...> kokios čia yra problemos. Bandai analizuoti, ką reikėtų daryti kitaip, nu. Jo. Iš tikrųjų, šito tai trūksta, šito trūksta.*” (Kostas).

Taigi kai kurie tyrimo dalyviai išsakė pagalbos sau poreikį, kuris dažnai buvo siejamas su kreipimusi į psichikos sveikatos specialistą. Tai, kad pačiam specialistui prireikia emocinės paramos ir kitų specialistų pagalbos, yra gan plačiai aprašoma mokslinėje literatūroje (Wurst et al., 2013). Visgi matyti, kad kartais specialistai neturi galimybės gauti tokios pagalbos, pavyzdžiui, trūksta organizuojamų palaikymo grupių. Kaip tyrimo dalyvis dalinosi, kitose šalyse tokios grupės yra

organizuojamos, jų poreikis yra didelis (pvz., American Association of Suicidology, 2021).

### 3.9. Sunkumų, kylančių dirbant su suicidiškais pacientais, įveika

Teminės analizės metu pastebėti keturi kodai, apibūdinantys tyrimo dalyvių sunkumų, kylančių dirbant su savižudybės krizėje esančiais pacientais, įveiką. Šie kodai pateikti 5 lentelėje.

**5 lentelė.** Kodai, apibūdinantys tyrimo dalyvių sunkumų, kylančių dirbant su suicidiškais pacientais, įveiką ir jų dažnumas analizuotuose interviu (N=17)

Sunkumų, kylančių dirbant su suicidiškais pacientais, įveika	n (%)
Patirties reflektavimas	14 (82,4)
Savo vaidmens supratimas	11 (64,7)
Pasirūpinimas savimi	7 (41,2)
Atsitraukimas nuo savo patirčių	2 (11,8)

**Patirties reflektavimas.** Didžioji dalis tyrimo dalyvių dalinosi, kad įveikti emocinius sunkumus, kylančius dirbant su savižudybės grėsmę patiriančiais asmenimis, padeda savo patirties reflektavimas. Analizuojant duomenis pastebėta, kad reflektavimas gali vykti įvairiais būdais – vieniems svarbu analizuoti ir aptarti atvejus, kalbėtis apie sunkumus su kitais žmonėmis, kiti atlieka tokį darbą viduje – kelia sau klausimus, ieško atsakymų į juos, apsversto turėtas patirtis. Kalbėjimas su kitais ir dalinimasis savo patirtimis specialistams dažnai atlieka emocijų išreiškimo funkciją: „*Ir labai svarbu, kad būtų su kuo po to pasikalbėti ir išsiventiliuoti, ypač va tokiose stresinėse situacijose, kai ar ten, ar kažkas iš artimųjų nusižudo, nes nes tas irgi yra labai svarbu*“. (Marija); „*vienintelis variantas, kad, nu va, su kolegom kažkaip aptakiai arba, sakykim, vat nu, skyriaus darbuotojais, su gydytoja, su slaugytojom, nu vat, šiek tiek pašnekėt, sakykim, išsiventiliuot, aptart ir panašiai*.“ (Klaudija).

Teminės analizės metu išryškėjo, kad dauguma tyrimo dalyvių aptaria patirtis su savo komanda, kolegomis, tos pačios srities specialistais: „*Labiau tai kalbiesi su savo su savo srities žmonėm – arba tai su psichiatru apie tai, ar tai tiesiog, nu, keliese kalbiesi, nes, nu, sėdi vis tiek geri arbatą, ar ne*.“ (Gerda); „*mes su kolegėm pasišnekam, pasiskambinam, bendradarbiaujam, vat, pasidalijame tom patirtim, tais išgyvenimais, jeigu būna sunku*.“ (Elizabeta). Viena tyrimo dalyvė dalindamasi, jog kalbasi su kitais ir pasakoja savo išgyvenimus, pridėjo ir tai, kad ne tik savo patirties pasakojimas, bet ir klausymasis kitų specialistų patirčių, yra veiksmingas būdas tvarkytis su nemaloniais išgyvenimais: „*išklausymas <...> kito specialisto, žinokit, kartais yra labai labai reikalingas*“ (Elizabeta). Eduardas teigė, kad, jei neranda su kuo galėtų pasidalinti išgyvenimais,

pavyksta tokią galimybę susirasti internete: „jeigu kas, tu tu pa- paklausi, įėjęs į internetą randi su su kuom ten pabendrauti“.

Kartais patirties reflektavimas vyksta keliant sau klausimus mintyse, ieškant atsakymų į juos. Šis vidinis procesas, nors ne visada yra malonus, dažnai slegiantis, tačiau tyrimo dalyvių pasakojimai atskleidžia, kad yra svarbus: „nu, daug galvoju ir ypač iš pradžių, na, dabar jau, sakykim, jau pakankamai daug tą darom, bet vis tiek apie kiekvieną žmogų galvoji ir tą aplinkui sukasi ir parėjus namo, ir savaitgaliais. Ir kažkaip galvoji, ką galėjai galbūt geriau padaryt, ką turėjai jam pasakyt, ar iš tikrųjų viską padarei tą ką reikėjo iš savo pusės <...> mintys sukasi, net per atostogas atsikeli ir tai galvoji, dar prisimeni va tuos atvejus, tuos va tuos ryškesnius, kurie įstrigę, <...> nu, galvoji, ar viską padarei iš savo pusės. Ir galvoji, kaip tam žmogui toliau sekasi, nes pagalvoji, ar tas žmogus dar gyvas ir, nu vat, visokių tų minčių. Tai turbūt toks psichologo darbas yra“ (Klaudija); „apgalvoji, ar viskas gerai, ar nieko blogo neįvyko, ar ar pagalba laiku suteikta, kaip kaip ten toliau bus viskas“ (Zita).

Taigi pastebėtina, kad didžioji dalis tyrimo dalyvių, bandydami įveikti kylančius sunkumus dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, renkasi reflektuoti savo patirtį, o tą daro tiek su kitais žmonėmis, tiek savo mintyse. Scupham ir Goss (2020) pabrėžia, kad patirties reflektavimas dirbant su suicidiškais pacientais, leidžia įprasminti patirtį, apgalvoti darbe naudojamą techniką, apsvaistyti tokio darbo ribas ir kitus kylančius klausimus, patyrinėti kylančius jausmus paciento atžvilgiu bei galimus paciento jausmus specialisto atžvilgiu. Tyrimo dalyviai, kalbėdami apie mintyse vykstantį patirčių reflektavimą, minėjo, kad kartais tai trunka ilgai, vyksta net savaitgaliais. Tokie patirčių permąstymai gali būti nevalingi, užsitęsti ir tapti ruminavimu, kuris yra neadaptyvus būdas tvarkytis su nerimą keliančiais išgyvenimais ir ilgainiui gali neigiamai paveikti specialisto emocinę savijautą (Boelen, van den Bout, & van den Hout, 2003).

**Savo vaidmens supratimas.** Pastebėta, kad tyrimo dalyviai kalbėdami apie sunkumus, kylančius darbe su savižudybės krizėje esančiais pacientais, kartais išsakydavo savo, kaip specialisto, atsakomybės ribų supratimą atspindintį požiūrį ir pripažindavo, kad ne viskas tokiame darbe nuo jų priklauso. Duomenų analizės metu apibendrintai toks požiūris buvo pavadintas „savo vaidmens supratimu“. Dauguma išsakiusių tokį požiūrį akcentavo savo galimybių ribotumą situacijose, kai tenka dirbti su suicidiškais pacientais: „gal tikrai aš ne viską galiu už tą žmogų padaryti. Nu ne viskas mano galioj“. (Ieva); „sutikim, mūsų gi ribotos visų galimybės“ (Diana). Keli tyrimo dalyviai atsisako neretai specialistams „primetamos“ visagalybės iliuzijos: „Aišku, žinai, kad, nu, viso pasaulio gi tu neišgelbėsi ir tu ne Dievas, ir tu gali padaryti tiek kiek gali ir tavo galimybės yra ribotos“ (Diana); „iš tikrųjų kažkada buvo įstrigę tie žodžiai, kad, nu, tu nesi tas visagalys, kad visus išgelbėsi, gal va tokius sugalvoji sau kažkokius tai paguodos dalykus.“ (Eduardas).

Teminės analizės metu atsiskleidė tyrimo dalyvių požiūris, kad specialistas neturi prisiimti atsakomybės už žmogaus pasirinkimą gyventi ar nusižudyti, priimti pagalbą ar jos atsisakyti: „*nes tu juk ne specialiai tai darai kažką tais, nu, kažkaip taip, juk ne viskas yra mano, suprantu, rankose, priklauso ir nuo daug ir aplinkybių, ir nuo pačio žmogaus, ir nuo kitų dalykų, sakykim.*“ (Kostas); „*kai įsisąmonini, tu žinai, kad tu gali padėt, bet žmogus nenori, nepriima, nemotyvuotas.*“ (Adelė). Viena tyrimo dalyvė minėjo, kad stengiasi nebūti vienintelė, kuri žino apie paciento skausmą, stengiasi įtraukti dar kažką ir taip neprisiimti visos atsakomybės už žmogų: „*nes aš aš negaliu prisiimt už vaiką atsakomybės, sakykim, jeigu jeigu situacija tokia.*“, „*Nes užsikraut ant savo pečių vienam žmogui visa tai yra per sudėtinga.*“ (Vakarė). Kita tyrimo dalyvė pasidalino, kad sudėtingesnių situacijų metu save ramindavo mintyse kartodama atsakomybės ribas atspindinčius žodžius: „*pagalvoju „aš tik žmogus“, vat. kažkaip sau ir nusiramindavau*“ (Žemyna). Kitas tyrimo dalyvis akcentavo, kad svarbu emociškai atsilaikyti atsitraukus nuo paciento išgyvenimų, tokiu būdu išlaikyti savo ribas: „*jeigu aš pradėsiu sirgt tomis ligomis, kuriomis serga ir mano pacientai <...> va, tai nieko gero iš to nebus*“ (Kajus).

Taigi specialisto savo vaidmens supratimą atspindintis požiūris tyrimo dalyviams yra vienas iš būdų, padedančių įveikti kylančius emocinius sunkumus dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais. Skirtingų tyrimo dalyvių pasakojimuose toks požiūris atsiskleidė šiek tiek skirtingai. Vieni labiau atlieka vidinį darbą – „permašto“ situacijas ir ramina save sakydami, jog nėra atsakingi už paciento pasirinkimą gyventi ar mirti. Kiti labiau tą atlieka veiksmais – stengiasi dalintis atsakomybe tiek su kitais specialistais, tiek su paciento artimaisiais, tiek su pačiu pacientu. Mokslinė literatūra atskleidžia, kad požiūrį, jog ne viskas priklauso nuo specialisto, lengviau yra priimti tais atvejais, kai paciento mėginimas nusižudyti arba savižudybė yra netikėta, savižudybės rizikos ženklai yra neakivaizdūs. Tokiu atveju specialistas gali galvoti: „*kaip aš galiu būti atsakingas, jeigu net nežinojau, kad pacientas galvoja apie savižudybę?*“. Sunkiau pripažinti, kad ne viskas nuo jo priklauso tada, kai vyko ilgas darbas su pacientu, savižudybės rizika buvo žinoma. Tokiu atveju, specialistas dažniau linkęs kaltinti save ir matyti paciento mėginimą nusižudyti ar savižudybę kaip savo klaidą (Light, 1972).

**Pasirūpinimas savimi.** Analizuojant tyrimo duomenis pastebėta, kad sunkumus, kurie kyla dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, specialistams gali padėti įveikti pasirūpinimas savimi. Pažymėtina, jog skirtingi specialistai renkasi skirtingus, sau priimtinausius pasirūpinimo savimi būdus. Kai kurie tyrimo dalyviai labai abstrakčiai įvardino ar apibūdino šią sunkumų įveikos formą, pavyzdžiui, viena tyrimo dalyvė tiesiog paminėjo, kad jai padeda rūpinimasis savimi: „*kažkoks pasirūpinimas savim*“ (Diana). Kita tyrimo dalyvė minėjo, kad neformaliai bando sau padėti, t. y. nesikreipia į specialistus iškilus emociniams sunkumams: „*Tiesiog labiau tai yra tokie neformalūs dalykai, kuriais remiesi, jeigu tau reikia remtis.*“ (Gerda). Dvi tyrimo dalyvės akcentavo



atsipalaidavimo svarbą. Viena iš jų sakė: „*stengiamės irgi atsipalaiduoti*“ (Zita), kita tyrimo dalyvė į klausimą, kas jai būtų svarbu patiriant emocinius sunkumus atsakė: „*Reabilitacija (nusijuokia)*. <...> *Sanatorija (nusijuokia)*.“ (Diana).

Dvi tyrimo dalyvės įvardino taikančios dėmesingo įsisąmoninimo techniką, kaip pagalbos priemonę tvarkantis su emociniais išgyvenimais. Viena iš jų taip pat užsiima gamtos ir miško terapija: „*Aš tai praktikuoju dabar gamtos ir miško terapiją*. <...> *Lankau va tokius mokymus, važinėju pas [VARDAS PAVARDĖ]. <...> Mindfulness esu baigus, tai va, man labai padeda, ypač gal tose miško terapija*. <...> *Iškeliauju į mišką ir ir ir, vat taip, tų pratimų visokių prisimenu, viską darau*. <...> *Va taip, individualiai individualiai pati*.“ (Elizabeta). Kita tyrimo dalyvė minėtą dėmesingo įsisąmoninimo techniką suvokia kaip vieną iš galimų specialistams būtino rūpinimosi savo psichikos sveikata priemonių: „*Tai sakyčiau, na, psichohigiena ir tos pačios mindfulness, ar ne, tarkime, vat, technikos jos yra būtinos mūsų pačių, kaip specialistų, gyvenime*.“ (Valerija). Dar vienas tyrimo dalyvis renkasi aktyvią fizinę veiklą: „*Sportas, pavyzdžiui. Aš daug bėgiuju <...> sportuoju*. <...> *kaip sako vienas mano chirurgas sako – bėg- bėgiojimas nuo savo demonų*.“ (Kostas). Šis tyrimo dalyvis taip pat įvardijo mokymąsi kaip būdą tvarkytis su patiriamais emociniais sunkumais. Psichoterapijos studijos jam padeda išlaikyti emocinę pusiausvyrą: „*Su amžiumi jau išmoksti derinti tą, sakykime, tausoti save, man aš iš asmeniškai labai padeda, iš tikrųjų, mokymaisi, kuriuos nu, tiesiog, aš, nu, mokausi toliau psichoterapijos pas [VARDAS PAVARDĖ] ir man tas labai padeda, sakykim, kaip išlaikyti savo balansas, visą laiką sako: „Tausokite save“*.“ (Kostas).

Taigi tyrimo dalyviai atranda ir užsiima įvairia veikla, kuri padeda jiems tvarkytis su emociniais išgyvenimais, kylančiais dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais. Šio tyrimo dalyviai įvardino labai skirtingus pasirūpinimo savimi būdus, tai leidžia kelti prielaidą, kad ne pati veikla ar metodas yra efektyvus tokiomis situacijomis, o svarbiau yra kiekvienam asmeniškai surasti savo būdą, leidžiantį nurimti ar kitaip tvarkytis su nemaloniais išgyvenimais. Kelis kartus paminėtos dėmesingo įsisąmoninimo technikos leidžia pripažinti susitelkimo į dabarties momentą, sąmoningumo svarbą. Pavyzdžiui, Ellis, Schwartz ir Rufino (2018) atskleidė, kad dėmesingas įsisąmoninimas leidžia psichoterapeutams atpažinti, priimti arba keisti pojūčius, mintis, kurie gali būti sukelti suicidiško paciento, tačiau per stiprūs ir apsunkinantys specialisto savijautą.

**Atsitraukimas nuo savo patirčių.** Dviejuose interviu pastebėta, kad tyrimo dalyviai kartais rinkosi atsitraukimą nuo nemalonių patirčių, kaip emocinių sunkumų įveikos strategiją dirbant su suicidiškais pacientais. Vieno iš specialistų, kuriam buvo būdingas stiprus savęs kaltinimas po paciento savižudybės, paklausus, ką jis darė su šiais nemaloniais išgyvenimais, atsakė: „*Ne, nieko nedariau*.“ (Kostas). Šis tyrimo dalyvis nesiėmė papildomų veiksmų emociniam skausmui malšinti. Kita tyrimo dalyvė, kalbėdama apie tai, kaip tvarkosi su emociniais sunkumais kylančiais darbe su suicidiškais pacientais, atskleidė, kad po įtemptos dienos kartais vartoja alkoholį: „*Turbūt kai yra*

*labai stiprios tos projekcinės identifikacijos, tokios nesąmoningos kartais, tai nu, su jom net negali suprasti ir aptarti jų, bet jos palieka. Tai, kaip aš sakau, tada namuose ką aš darau, ką aš darau namuose, kartais aš net ir vyno įsipilu“ (Gerda).*

Taigi nors atsitraukimas nuo savo patirčių paminėtas tik kelių tyrimo dalyvių, kituose moksliniuose tyrimuose ši reakcija, susidūrus su iššūkiais darbe su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, nėra reta. Ypatingai ji pastebima po paciento savižudybės – kai kurie klinicistai vengia bet kokių sąveikų su savo kolegomis, vietų ar žmonių, susijusių su nusižudžiusiu pacientu, ar netgi atsisako visų kitų pacientų, esančių savižudybės rizikoje (Ting, Sanders, Jacobson, & Power, 2006; McAdams & Foster, 2000). Šio tyrimo dalyviams pastaroji labai stipri vengimo reakcija nebuvo būdinga. Taip gali būti dėl to, kad, kaip tyrimai rodo, dažniau suicidiškų pacientų ima vengti savo profesinę praktiką atliekantys studentai arba gydytojai rezidentai po paciento savižudybės (Sacks, Kibel, Cohen, Keats, & Turnquist, 1987). Taip pat kartais atsitraukimas nuo savo patirčių pasireiškia vengimu kalbėti apie savo patirtis (Dailey & Palomares, 2004; Yousaf et al., 2002). Taigi gali būti, kad specialistai, vengiantys kalbėti apie sunkumus, kylančius dirbant su padidėjusios rizikos pacientais, nesutinka dalyvauti tyrimuose ir todėl jų patirtys yra sunkiau atskleidžiamos.

#### 4. REZULTATŲ APIBENDRINIMAS

Šiame skyriuje pateikti svarbiausi rezultatai ir išvalgos, gauti analizuojant psichikos sveikatos specialistų subjektyvias patirtis dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais. Gilinimasis į Lietuvos savivaldybėse dirbančių psichikos sveikatos specialistų išgyvenimus gali padėti prisidėti tiek prie pagalbos teikėjų emocinės gerovės tokiaame darbe stiprinimo, tiek prie teikiamos pagalbos suicidiškiems asmenims kokybės gerinimo.

Tyrimas atskleidė, kad savižudybės krizėje esantys pacientai psichikos sveikatos specialistams sukelia daug emocinių išgyvenimų – nerimą, įtampą, stresą, bejėgiškumą, liūdesį, baimę, pyktį, padidėjusį atsakomybės jausmą ir stiprų norą padėti šiems pacientams. Akivaizdu, kad dauguma iš šių išgyvenimų yra nemalonūs ir slegiantys. Viena vertus, tai yra savaime suprantama, juk dirbama su žmogumi, kuris svarsto pasirinkti gyvenimą ar mirtį. Kita vertus, dažnas tokių intensyvių jausmų išgyvenimas darbinėje aplinkoje gali varginti specialistą, vesti į pervargimą ar net sukelti perdegimo sindromą (Kumar, 2007; Rössler, 2012). Žvelgiant į rezultatus, pastebima, kad kai kuriuos tyrimo dalyvius mintys apie savižudybės krizėje esančius pacientus neramina naktimis ar net atostogų metu, o tai gali signalizuoti apie nekokybišką specialisto poilsį. Nemažai minėtų nemalonių išgyvenimų, kylančių dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, specialistams kyla dėl to, jog tokie pacientai kartais atsisako pagalbos, nėra motyvuoti ar sunkiai „prisileidžia“ specialistą. Tai gali sietis tiek su dideliu atsakomybės jausmu dirbant su pacientais, tiek su personalo narių, komandinio

bendradarbiavimo ir palaikymo stoka, kuriuos nemaža dalis tyrimo dalyvių įvardino kaip trūkumą savo darbe.

Po paciento savižudybės tyrimo dalyviai išgyveno emocinio sunkumo ir gailėsčio, kaltės ir savikritikos, baimės jausmus, kai kurie įvardijo susitaikę su tokia patirtimi. Emociškai sunku gali būti ne tik iš karto po paciento savižudybės, bet ir vėliau prisiminti ar kalbėti apie šią patirtį. Jausdamasis kaltas, specialistas gali nuvertinti visas savo pastangas, teiktą pagalbą, matyti save kaip nekompetentingą specialistą, išgyventi paciento savižudybę kaip savo klaidą. Gali būti baisu, kad nusižudžiusiojo artimieji kaltins specialistą, arba kyla baimė teikti pagalbą kitiems savižudybės krizėje esantiems pacientams dėl patirties pasikartojimo galimybės. Nepaisant visų psichikos sveikatos specialistų slegiančių išgyvenimų po paciento savižudybės, tenka rasti būdų, kaip gyventi turint tokią patirtį. Pastebėta, kad specialistams pavyksta susitaikyti su paciento savižudybe skirtingais būdais. Tyrimo dalyviai akcentavo, kad reikia laiko susitvarkyti su emociniais išgyvenimais, įvykusios savižudybės, kaip nepakeičiamo praeities fakto, priėmimo, taip pat svarbią reikšmę susitaikymui gali turėti pokalbis su nusižudžiusiojo artimaisiais.

Apibendrinant psichikos sveikatos specialistų, dirbančių su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, poreikius, galima pastebėti, kad jie labai skirtingi. Dažniausiai išsakytas poreikis buvo bendradarbiaujančio santykio su pacientu užmezgimas, be kurio pagalba suicidiškam asmeniui, pasak tyrimo dalyvių, yra sunkiai įmanoma. Buvo pastebėta, kad užmegzti bendradarbiaujančią santykį su savižudybės krizę išgyvenančiu žmogumi dažnai yra nelengva užduotis. Tyrimo dalyviai susiduria su sunkumais motyvuodami suicidišką pacientą, ieško įvairių būdų tą padaryti. Pastebėta, kad tam tikras specialistų elgesys palengvina tokio santykio užmezgimą, pavyzdžiui, rūpesčio parodymas, neskubėjimas hospitalizuoti, paskatinimas kreiptis anksčiau nei numatytas vizitas, jei savijauta suprastėtų. Nepavykus užmegzti bendradarbiaujančio santykio, kai kurie specialistai linkę nukreipti tokį pacientą pas kitą specialistą.

Taip pat akivaizdus įvairių mokymų ir žinių poreikis dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais. Nustatyta, kad tyrimo dalyviai yra aktyvūs dalyvaujant įvairiuose mokymuose, semdamiesi žinių iš literatūros ar mokydamiesi iš labiau patyrusių specialistų. Visgi, kai kuriems specialistams norėtųsi daugiau mokymų savižudybių tema. Tyrimo dalyviai norėtų, kad tokie mokymai būtų ne vien teoriniai, bet ir praktiniai, taip pat, kad jie dažniau vyktų nuotoliniu būdu.

Sėkmingam specialistų darbui užtikrinti pastebėta komandos reikšmė. Tyrimo dalyviams yra svarbu priimti komandinius sprendimus, dalintis atsakomybe su kitais specialistais, gauti palaikymą iš savo komandos narių. Kaip minėta anksčiau, darbas su suicidiškais pacientais yra keliantis daug intensyvių ir slegiančių jausmų, jaučiama pernelyg didelė atsakomybė už pacientą, tad komanda gali visapusiškai padėti dirbant su tokiais pacientais.

Tam tikras asmenines savybes tyrimo dalyviai įvardijo kaip nepamainomas arba padedančias

dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais. Specialistas turėtų gebėti išlikti ramus, būti empatiškas, direktyvus, bendradarbiaujantis, drąsus, pasitikintis, užtikrintas. Vienas dalyvis pabrėžė įgimtos duotybės dirbti tokį darbą reikšmę. Visgi, nuolatinis smalsumas, mokėjimas pasidžiaugti atliktu darbu yra tai, kas leidžia neprarasti prasmės jausmo ir stiprina motyvaciją dirbti su viltį gyventi praradusiais pacientais

Supervizijos – dar vienas tyrimo dalyvių poreikis dirbant su suicidiškais pacientais. Nors dauguma tyrimo dalyvių supervizuoja pas labiau patyrusius kolegas, tačiau kai kuriems trūksta nemokamų supervizijų, kitiems – reguliarių supervizijų darbo vietoje ar specializuotų supervizijų, dirbant su savižudybės rizikoje esančiais asmenimis. Taip pat atsiskleidė, kad reikalingos ir nuotolinės supervizijos.

Psichikos sveikatos specialistams reikalingos geros darbo sąlygos. Tyrimo dalyviai akcentavo kompiuterinės įrangos trūkumą dirbant nuotoliniu būdu, kas yra ypatingai svarbu teikiant pagalbą karantino metu per pandemiją. Taip pat minėjo per trumpą konsultacijų trukmę, per didelį pacientų skaičių, per mažą atlyginimą, per daug turimų funkcijų, per lėtą elektroninę sistemą, trumpos savižudybės rizikos vertinimo formos trūkumą ir kt. Pastebėta, kad kai kurie specialistai yra patenkinti savo darbo sąlygomis ir džiaugiasi turintys galimybę kokybiškai teikti pagalbą.

Vienas iš specialistų poreikių yra pagalba sau. Kai kuriems specialistams reikia asmeninės psichoterapijos ar gydytojo psichiatro pagalbos, norisi emocinio palaikymo grupės išgyvenus paciento savižudybę. Jiems svarbu, kad turėtų specialistų, į kuriuos galėtų kreiptis pagalbos, kontaktus. Svarbi yra paties specialisto iniciatyva, nes, nesikreipiant pagalbos, niekas jos nepasiūlys.

Bendrame poreikių kontekste išsiskyrė tie tyrimo dalyvių pasidalijimai, kurie siejosi su Lietuvos rajono specifika. Rajonai neretai buvo lyginami su didmiesčiais, pavyzdžiui, didžiuosiuose šalies miestuose vyksta daugiau specializuotų supervizijų, mokymų savižudybės tema, yra daugiau kvalifikuotų specialistų, didesni darbo kolektyvai, daugiau bendradarbiaujančių įstaigų ir pan. Iš tokių gan dažnų specialistų pasidalinimų galima suprasti, kad šių resursų Lietuvos rajonuose trūksta, o tai gali sietis ir su didesniu savižudybių skaičiumi šiame tyrime atliktose savivaldybėse.

Buvo pastebėti ir apibendrinti įveikos būdai, kuriuos specialistai taiko susidurdami su sunkumais dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais. Dažniausia įveikos forma yra patirties reflektavimas – dauguma specialistų linkę kalbėti apie sunkumus, patirtis ir tą dažniausiai daro su savo kolegomis. Patirties reflektavimas specialistams dažnai atlieka emocijų išreiškimo funkciją. Atsiskleidė, kad kartais ne mažiau svarbu išgirsti kitų psichikos sveikatos specialistų patirtis. Tą galima paaiškinti tuo, kad, kai specialistas girdi, kad kitas išgyvena tą patį, susiduria su panašiomis situacijomis ir iššūkiais, tai tas leidžia pajauti bendrystę, nesijaučiama vienišu dirbant su stipriai emociškai kenčiančiais pacientais (Abromaitienė, 2018; Nils & Rimé, 2012). Vienam tyrimo dalyviui, neturint su kuo pasidalinti patirtimis, pavyksta surasti pašnekovų internete. Pastebėta, kad patirtis

reflektuojama ne visada kalbantis su kitais, kartais tai atliekama mintyse. Nepastebėta, kad kažkuri viena forma yra geresnė už kitą. Analizuojant duomenis, matyti, kad tai labiau individualus dalykas, priklausantis nuo situacijos, konteksto ir specialisto asmeninių savybių.

Taip pat didelė dalis tyrimo dalyvių išsakė savo vaidmens supratimą atspindintį požiūrį, t. y. jie jaučia savo atsakomybės ribas, pripažįsta, kad ne viskas nuo jų priklauso. Dalis tyrimo dalyvių pabrėžė savo galimybių ribotumą teikiant pagalbą, sunkiomis situacijomis jie pajėgdavo atsisakyti visagalio specialisto iliuzijos. Kalbėdami apie atsakomybės ribas, tyrimo dalyviai neretai minėjo, kad stengiasi ta atsakomybe dalintis – bendradarbiauti su kitais specialistais, paciento artimaisiais. Tai ne tik objektyvus atsakomybės paskirstymas keliems asmenims, bet ir subjektyvus atsakomybės jausmo sumažėjimas.

Tyrimas atskleidė, kad kai kurie tyrimo dalyviai, įveikdami emocinius sunkumus, stengiasi pasirūpinti savimi. Jie tą daro skirtingais būdais – užsiima dėmesingo įsisaugojimo technikomis, leidžia laiką gamtoje, sportuoja, mokosi, svajoja apie poilsį sanatorijoje. Taigi akivaizdi yra poilsio ir atsipalaidavimo reikšmė susiduriant su sunkumais.

Nežymiai, bet taip pat išsiskyrė ir atsitraukimas nuo patirčių, kaip viena iš įveikos strategijų. Atsitraukimas nuo savo patirčių pasireiškė kaip nesiėmimas jokių veiksmų, tvarkantis su emociniais sunkumais, kylančiais darbe, ir kaip psichoaktyvių medžiagų vartojimas įtemptos dienos pabaigoje. Remiantis moksline literatūra, atsitraukimas nuo savo patirčių dažnai suvokiamas kaip neadaptivi įveikos strategija (Littleton, Axsom, & Grills-Taquechel, 2011; Hayward, Vartanian, & Pinkus, 2018), tačiau šiame tyrime tai per mažai atsiskleidusi ir aptarta įveikos forma, kad būtų galima daryti tokias išvadas.

#### Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams

Pastebime keletą svarbių šio tyrimo ribotumų, galimai turinčių įtakos rezultatams. Pirma, ne visi kviesti asmenys sutiko dalyvauti tyrime. Tikėtina, kad tam įtakos galėjo turėti tyrimo tema, nes dalintis savo išgyvenimais, dirbant su savižudybės krizėje esančiais pacientais, gali būti emociškai sunku – tą pastebėjome ir šio tyrimo rezultatų analizės metu. Gali būti, jog nesutikusių dalyvauti žmonių darbo su suicidiškais asmenimis patyrimas skyrėsi nuo tyrimo dalyvavusių asmenų. Be to, šiame tyrime žymiai daugiau yra tiriamųjų moterų nei vyrų. Kita vertus, psichikos sveikatos srityje dirbančių moterų procentas ir yra didesnis nei vyrų. Tyrimo dalyviai turi labai skirtingą darbo patirtį ir yra skirtingų profesijų – psichologai ir gydytojai psichiatrai. Tyrimo dalyviai yra dirbantys viešosiose įstaigose, privačiai dirbantys nebuvo kviesti dalyvauti tyrime. Taigi svarbu suprasti, kad tyrimo rezultatai negali būti generalizuojami visiems šalyje dirbantiems psichikos sveikatos specialistams.

Tyrimas buvo atliktas COVID-19 pandemijos ir šalyje įvesto karantino metu. Gali būti, kad tyrime dalyvavusių specialistų emociniai išgyvenimai, poreikiai bei įveikos strategijos šiek tiek skirtųsi esant kitokiai situacijai šalyje. Tad gali būti svarbu iš naujo įvertinti specialistų patirtis karantinui pasibaigus.

Tyrimas yra grįstas kokybine metodologija. Šio tyrimo metu siekta įsigilinti į specialistų, dirbančių su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, patirtis, o ne surinkti visą populiaciją reprezentuojančią imtį. Tačiau ateityje būtų svarbu atlikti ir kiekybinius tyrimus apie specialistų išgyvenimus, poreikius bei sunkumų įveikos strategijas, siekiant didesnio šiame tyrime gautų rezultatų pagrindimo bei apibendrinimo.

Dar vienas ribotumas susijęs su duomenų rinkimo strategija. Plati daugelio sričių interviu aprėptis svarbi sudarant visybišką tyrimo dalyvių patirties vaizdą. Tačiau toks kiekis klausimų neleido labiau išsiplėsti gilinantis į kiekvieną temą. Ateityje būtų svarbu siaurinti tyrimo objektą.

Taigi tyrimai, analizuojantys psichikos sveikatos specialistų patirtis teikiant pagalbą suicidiškiems pacientams, yra reikalingi ir ateityje. Svarbu, kad juose būtų tyrinėjamos šios patirtys su didesne žmonių imtimi, skirtingesnėmis darbo vietomis bei siekiama tolygesnio pasiskirstymo tarp lyčių bei profesijų. Norint gautas žinias generalizuoti visiems Lietuvos specialistams, svarbu atlikti ir kiekybine metodologija grįstų tyrimų šia tema.

## IŠVADOS

1. Darbas su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais kelia daug emocinių išgyvenimų psichikos sveikatos specialistams. Atlikto tyrimo duomenimis, specialistai dažniausiai jaučia nerimą, įtampą ir stresą, jiems būdingas padidintas noras padėti pacientui, pareikalaujantis daugiau specialisto pastangų teikiant pagalbą. Tyrimo dalyviai taip pat išsakė patiriantys bejėgiškumą, liūdesį, jaučiasi esantys atsakingi už pacientą, jiems kyla baimės ir pykčio jausmai.
2. Po paciento savižudybės psichikos sveikatos specialistai išgyvena emocinį sunkumą ir gailėstį, kaltę ir savikritiką, baimę. Kai kurie tyrimo dalyviai dalinosi susitaikę su tokia patirtimi.
3. Specialistai išskyrė šiuos poreikius, dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais: bendradarbiaujančio santykio su pacientu užmezgimą ir motyvavimą gydymui, kvalifikacijos kėlimo ir kitokius mokymus, kolegų palaikymą, komandinį sprendimų priėmimą ir atsakomybės pasidalinimą, asmenines savybes, supervizavimąsi, geras darbo sąlygas ir pagalbą sau.
4. Dažnai nepatenkinami poreikiai šiame tyrime sieti su darbo rajone specifika – nedidelis specialistų skaičius, retai organizuojami mokymai, sunkiai prieinamos supervizijos.
5. Tyrime dalyvavę psichikos sveikatos specialistai kylančius emocinius sunkumus, dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, įveikia skirtingais būdais. Didžioji tyrimo dalyvių dalis reflektuoja savo patirtis ir tą daro arba su kolegomis, arba mintyse. Taip pat specialistai supranta savo atsakomybės ribas, pasirūpina savimi, kartais atsitraukia nuo savo patirčių.

## PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Remiantis šio tyrimo rezultatais, psichikos sveikatos specialistams, savo darbe susiduriantiems su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, ir jų darbovietėms suformuluotos kelios praktinės rekomendacijos:

- Savižudybės krizėje esantys pacientai psichikos sveikatos specialistams dažnai sukelia įvairių intensyvių jausmų. Tokių jausmų nepripažinimas ar ignoravimas specialistui gali trukdyti tiek kokybiškai teikti pagalbą pacientui, tiek pačiam jausti pasitenkinimą darbu. Todėl svarbu gebėti atpažinti tokius jausmus, priimti juos ir išreikšti tinkamais būdais. Tyrimo metu pastebėta, kad šiam tikslui pasiekti specialistams gali būti naudinga asmeninė psichoterapija, patirties reflektavimas su kolegomis, kokybiškas poilsis.
- Dalyvavimas kvalifikacijos kėlimo mokymuose, žinių dalijimasis su kolegomis, naujausios mokslu grįstos literatūros savižudybių tema studijavimas, sudėtingų atvejų supervizavimas psichikos sveikatos specialistams yra labai svarbūs ir gali padėti dirbant savižudybių prevencijos srityje. Taip pat ne mažiau svarbu yra ugdyti asmenines savybes bei ieškoti labiausiai priimtinių pagalbos sau būdų.
- Darbovietėms svarbu stengtis užtikrinti geras darbo sąlygas (ypač atkreipti dėmesį, kad pacientų, esančių aukštoje savižudybės rizikoje, priežiūra dažnai pareikalauja šiek tiek daugiau specialisto darbo laiko bei aktyvumo), suteikti galimybę gauti reguliarias supervizijas darbo vietoje, stiprinti komandinį bendradarbiavimą, diegti komandinį darbų pasidalijimą.



## LITERATŪRA

- Abassary, C., & Goodrich, K. M. (2014). Attending to crisis-based supervision for counselors: The CARE model of crisis-based supervision. *The Clinical Supervisor, 33*(1), 63-81.
- Abromaitienė, L. (2018). Apie supervizijos naudą: socialinių darbuotojų ir pedagogų patirtys. *Socialinis darbas. Patirtis ir metodai, 22*(2), 83-93.
- Alexander, D.A., Klein, S., Gray, N.M., Dewar, I. G. & Eagles, J.M. 2000, 'Suicide By Patients: Questionnaire Study of its Effects on Consultant Psychiatrists', *British Medical Journal*, June, vol. 320, no. 10, pp. 1571–1574
- Almaliah-Rauscher, S., Ettinger, N., Levi-Belz, Y., & Gvion, Y. (2020). “Will you treat me? I'm suicidal!” The effect of patient gender, suicidal severity, and therapist characteristics on the therapist's likelihood to treat a hypothetical suicidal patient. *Clinical psychology & psychotherapy, 27*(3), 278-287.
- American Association of Suicidology. (2021). *Support groups*. Prieiga per internetą: <https://suicidology.org/resources/support-groups/>
- American Psychiatric Association. (2003). American Psychiatric Association Practice Guideline for the assessment and treatment of suicidal behaviors. *Arlington, VA: American Psychiatric Publishing*.
- Auchter T., & Strauss L. V. (2003). *Psichoanalizės terminų žodynelis*. Vilnius: Vaga
- Barnicot, K., Insua-Summerhayes, B., Plummer, E., Hart, A., Barker, C., & Priebe, S. (2017). Staff and patient experiences of decision-making about continuous observation in psychiatric hospitals. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 52*(4), 473-483.
- Berman, A. L. (2006). Risk management with suicidal patients. *Journal of Clinical Psychology, 62*(2), 171-184.
- Betz, M. E., Sullivan, A. F., Manton, A. P., Espinola, J. A., Miller, I., Camargo Jr, C. A., & ED-SAFE Investigators. (2013). Knowledge, attitudes, and practices of emergency department providers in the care of suicidal patients. *Depression and anxiety, 30*(10), 1005-1012.
- Birtchnell, J. (1983). Psychotherapeutic considerations in the management of the suicidal patient. *American Journal of Psychotherapy, 37*(1), 24-36.
- Boelen, P. A., van den Bout, J., & van den Hout, M. A. (2003). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 34*(3-4), 225-238.
- Bohan, F., & Doyle, L. (2008). Nurses' experiences of patient suicide and suicide attempts in an acute unit. *Mental health practice, 11*(5).
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code*

- development*. London: Sage Publications Inc.
- Bongar, B., & Harmatz, M. (1991). Clinical psychology graduate education in the study of suicide: Availability, resources, and importance. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21(3), 231-244.
- Bongar, B., & Sullivan, G. (2013). *The suicidal patient: Clinical and legal standards of care*. American Psychological Association.
- Brand, F., Carbonnier, A., Croft, A., Lascelles, K., Hawton, K., & Wolfart, G. (2019). Effects of patient suicide on psychiatrists: survey of experiences and support required.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brown, H. N. (1987). The impact of suicide on therapists in training. *Comprehensive psychiatry*, 28(2), 101-112.
- Brown, H. N. (1989). Patient suicide and therapists in training. *Suicide: Understanding and responding*, 415-436.
- Brownstein, M. (1992). Contacting the family after a suicide. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 208-212.
- Cain, A. C. (Ed.). (1972). *Survivors of suicide*. Springfield, IL: Thomas.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 13(3), 521-527.
- Carli, V. (2017). The Patient is Suicidal: What Should I Do as a Clinician?. *European Psychiatry*, 41(S1), S41-S41.
- Castelli Dransart, D. A., Gutjahr, E., Gulfi, A., Kaufmann Didisheim, N., & Séguin, M. (2014). Patient suicide in institutions: emotional responses and traumatic impact on Swiss mental health professionals. *Death Studies*, 38(5), 315-321.
- Chemtob, C. M., Bauer, G. B., Hamada, R. S., Pelowski, S. R., & Muraoka, M. Y. (1989). Patient suicide: Occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(5), 294.
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Torigoe, R. Y., & Kinney, B. (1988). Patient suicide: Frequency and impact on psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(4), 416.
- Collins, J. M. (2003). Impact of patient suicide on clinicians. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9(5), 159-162.

- Cosway, R., Endler, N. S., Sadler, A. J., & Deary, I. J. (2000). The Coping Inventory for Stressful Situations: Factorial Structure and Associations With Personality Traits and Psychological Health 1. *Journal of applied biobehavioral research*, 5(2), 121-143.
- Cotton, P. G., Drake Jr, R. E., Whitaker, A., & Potter, J. (1983). Dealing with suicide on a psychiatric inpatient unit. *Psychiatric Services*, 34(1), 55-59.
- Cutcliffe, J. R., & Barker, P. (2002). Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(5), 611-621.
- Cutcliffe, J. R., & Stevenson, C. (2007). *Care of the suicidal person*. Elsevier Health Sciences.
- Dailey, R. M., & Palomares, N. A. (2004). Strategic topic avoidance: An investigation of topic avoidance frequency, strategies used, and relational correlates. *Communication Monographs*, 71(4), 471-496.
- Darden, A. J., & Rutter, P. A. (2011). Psychologists' experiences of grief after client suicide: A qualitative study. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 63(4), 317-342.
- DeAngelis, T. (2001). Surviving a patient's suicide. *Monitor on Psychology*, 32(10), 70-73.
- Dewar, I., Eagles, J., Klein, S., Gray, N., & Alexander, D. (2000). Psychiatric trainees' experiences of, and reactions to, patient suicide. *Psychiatric Bulletin*, 24(1), 20-23.
- Dexter-Mazza, E. T., & Freeman, K. A. (2003). Graduate training and the treatment of suicidal clients: The students' perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(2), 211-218.
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2005). Siblings after suicide—"The forgotten bereaved". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), 714-724.
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2008). *Effective grief and bereavement support. The role of family, friends, colleagues, schools, and support professionals*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Dyregrov, K., Cimitan, A., De Leo, D. (2014). Reactions to traumatic death. In D. De Leo, A. Cimitan, K. Dyregrov, O. Grad, K. Andriessen. *Bereavement after traumatic death* (p. 19-36). Germany: Hogrefe Publishing.
- Domanskienė, V., & Gailienė, D. (1992). Savižudybių paplitimas Lietuvoje. *Psichologija*, 12, 65-79.
- Drake, A. (2013). The use of core competencies in suicide risk assessment and management in supervision: A feminist-narrative approach. *Journal of Feminist Family Therapy*, 25(3), 183-199.
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British journal of clinical psychology*, 38(3), 215-229.

- Ellis, T. E., & Dickey, T. O. (1998). Procedures surrounding the suicide of a trainee's patient: A national survey of psychology internships and psychiatry residency programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(5), 492.
- Ellis, T. E., & Patel, A. B. (2012). Client suicide: what now?. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 277-287.
- Ellis, T. E., Schwartz, J. A., & Rufino, K. A. (2018). Negative reactions of therapists working with suicidal patients: A CBT/Mindfulness perspective on “countertransference”. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(1), 80-99.
- Eurostat (2020). *Almost 8 in 10 suicides among men*. Paimta iš: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/edn-20200910-1>
- Fairman, N., Montross-Thomas, L. P., Whitmore, S., Meier, E. A., & Irwin, S. A. (2014). What did I miss? A qualitative assessment of the impact of patient suicide on hospice clinical staff. *Journal of palliative medicine*, 17(7), 832-836.
- Firestone, L. (2014). Suicide: what therapists need to know. *Continuing Education in Psychology*, 1–6.
- Fish, R. M. (2000). Working with people who harm themselves in a forensic learning disability service: experiences of direct care staff. *Journal of Learning Disabilities*, 4(3), 193-207.
- Foley, S. R., & Kelly, B. D. (2007). When a patient dies by suicide: incidence, implications and coping strategies. *Advances in psychiatric treatment*, 13(2), 134-138.
- Foster, B. (1987). Suicide and the impact on the therapist. *Attachment and the therapeutic process: Essays in honor of Otto Allen Will, Jr., MD*, 197-204.
- Gabbard, G. O. (2003). Miscarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84(2), 249-261.
- Shear, M. K. (2021). Suicide Loss Survivors. *Suicide Prevention: Stahl's Handbooks*, 261.
- Gailienė, D. (1998). *Jie neturėjo mirti: savižudybės Lietuvoje*. Tyto alba.
- Gailienė, D. (2015). Savižudybės Lietuvoje. Sociokultūrinis kontekstas. D. Gailienė (sud.), *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai*, 198-216.
- Gibbons, R., Brand, F., Carbonnier, A., Croft, A., Lascelles, K., Wolfart, G., & Hawton, K. (2019). Effects of patient suicide on psychiatrists: survey of experiences and support required. *BJPsych Bulletin*, 43(5), 236-241.
- Goldberg, D. P., Jenkins, L., Millar, T., & Faragher, E. B. (1993). The ability of trainee general practitioners to identify psychological distress among their patients. *Psychological medicine*, 23(1), 185-193.
- Goldberg, D, Huxley, P (1980). *Mental Illness in the Community: The Pathways to Psychiatric Care*. Tavistock: London.

- Goldblatt, M. J., & Maltzberger, J. T. (2009). Countertransference in the treatment of suicidal patients. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: A global perspective*, 389-393.
- Goode, E. (2001, sausio 16). Patient suicide brings therapists lasting pain. *New York Times*. Prieiga per internetą: <https://www.nytimes.com/2001/01/16/science/patient-suicide-brings-therapists-lasting-pain.html?searchResultPosition=1>
- Grad, O. T., Zavasnik, A., & Groleger, U. (1997). Suicide of a patient: Gender differences in bereavement reactions of therapists. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(4), 379-386.
- Grad, O., Michel, K., & Weiner, K. M. (2005). Therapists as client suicide survivors. Therapeutic and Legal Issues for Therapists Who Have Survived a Client Suicide: Breaking the Silence.
- Graham, A., Reser, J., Scuderi, C., Zubrick, S., Smith, M., & Turley, B. (2000). Suicide: An Australian psychological society discussion paper. *Australian Psychologist*, 35(1), 1-28.
- Gudaitė, G. (2007). *Klinikinis psichologinis vertinimas: užduotys ir taikymo principai*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Gudaitė, G. (2009). Asmenybės pokyčiai: sąlygos, procesai ir vertinimas (Habilitacijos procedūrai teikiamų mokslinių darbų apžvalga). Prieiga per internetą: [https://elaba.lvb.lt/prim-explore/fulldisplay?vid=ELABA&docid=ELABAETD6230596&context=L&lang=en\\_US](https://elaba.lvb.lt/prim-explore/fulldisplay?vid=ELABA&docid=ELABAETD6230596&context=L&lang=en_US).
- Gulfi, A., Dransart, D. A. C., Heeb, J. L., & Gutjahr, E. (2016). The impact of patient suicide on the professional practice of Swiss psychiatrists and psychologists. *Academic psychiatry*, 40(1), 13-22.
- Gutin, N., McGann, V. L., & Jordan, J. R. (2011). The impact of suicide on professional caregivers. In *Grief after suicide* (pp. 123-142). Routledge.
- Gvion, Y., Rozett, H., & Stern, T. (2021). Will you agree to treat a suicidal adolescent? A comparative study among mental health professionals. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(4), 671-680.
- Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2017). Mental health nurses' experiences of caring for suicidal patients in psychiatric wards: An emotional endeavor. *Archives of psychiatric nursing*, 31(1), 31-37.
- Hayward, L. E., Vartanian, L. R., & Pinkus, R. T. (2018). Weight stigma predicts poorer psychological well-being through internalized weight bias and maladaptive coping responses. *Obesity*, 26(4), 755-761.
- Hamel-Bissell, B. P. (1985). Suicidal casework: Assessing nurses' reactions. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 23(10), 20-23.
- Hawton, K., & Van Heeringen, K. (Eds.). (2000). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. John Wiley & Sons.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International journal of psycho-analysis*, 31, 81-84.

- Hendin, H. (1981). Psychotherapy and suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 35(4), 469-480.
- Hendin, H. (2014). An innovative approach to treating combat veterans with PTSD at risk for suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(5), 582-590.
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltzberger, J. T., Koestner, B., & Szanto, K. (2006). Problems in psychotherapy with suicidal patients. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 67-72.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltzberger, J. T., Haas, A. P., & Wynecoop, S. (2000). Therapists' reactions to the suicide of a patient. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 2022-2027.
- Henriques, G., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2003). Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *American behavioral scientist*, 46(9), 1258-1268.
- Higgins R., Hurst K., & Wistow G. (1999). *Psychiatric Nursing Revisited: The Care Provided for Acute Psychiatric Patients*. London: Whurr.
- Higienos instituto Sveikatos informacijos centras (2018). *Mirties priežastys 2019*. Paimta iš: [https://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Mirties\\_priezastys/Mirties\\_priezastys\\_2019.pdf](https://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Mirties_priezastys/Mirties_priezastys_2019.pdf).
- Hoffman, R. M., Osborn, C. J., & West, J. D. (2013). Clinical supervision of counselors-in-training working with suicidal clients: A grounded theory investigation. *The Clinical Supervisor*, 32(1), 105-127.
- Horn, P. J. (1994). Therapists' psychological adaptation to client suicide. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(1), 190.
- Hunt, K. (2011). Linking health communication with social support. *Health as communication Nexus: A service learning approach*, 1-38.
- Ickovics, J. R., & Park, C. L. (1998). Thriving [Special issue]. *Journal of Social Issues*, 54(2), 237-244.
- Yousaf, F., Hawthorne, M., & Sedgwick, P. (2002). Impact of patient suicide on psychiatric trainees. *Psychiatric Bulletin*, 26(2), 53-55.
- Jobes, D. A. (2016). *Managing suicidal risk: A collaborative approach*. Guilford Publications.
- Jobes, D. A., & Maltzberger, J. T. (1995). *The hazards of treating suicidal patients*. In M. B. Sussman (Ed.), *A perilous calling: The hazards of psychotherapy practice* (p. 200–214). John Wiley & Sons.
- Jones, F. A. (1987). Therapists as survivors of client suicide. *Suicide and its aftermath: Understanding and counseling the survivors*, 126-141.
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and life-threatening behavior*, 31(1), 91-102.
- Kaye, N. S., & Soreff, S. M. (1991). The psychiatrist's role, responses, and responsibilities when a patient commits suicide. *The American journal of psychiatry*.

- Kapoor, A. (2008). Client suicide and its effect on the therapist. In S. Palmer (Ed.), *Suicide: Strategies and interventions for reduction and prevention*. New York: Routledge.
- Kaslow, N. J., Reviere, S. L., Chance, S. E., Rogers, J. H., Hatcher, C. A., Wasserman, F., ... & Kaslow, N. J. (1998). An empirical study of the psychodynamics of suicide. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46(3), 777-796.
- Kleespies, P. M., Penk, W. E., & Forsyth, J. P. (1993). The stress of patient suicidal behavior during clinical training: Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(3), 293.
- Kleespies, P. M., Smith, M. R., & Becker, B. R. (1990). Psychology interns as patient suicide survivors: Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(4), 257.
- Klimaitė, V. (2015). *Del savižudybės artimojo netekusių asmenų gedulo patyrimas* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Knox, S., Burkard, A. W., Jackson, J. A., Schaack, A. M., & Hess, S. A. (2006). Therapists-in-training who experience a client suicide: Implications for supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(5), 547.
- Kolodny, S., Binder, R. L., Bronstein, A. A., & Friend, R. L. (1979). The working through of patients' suicides by four therapists. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 9(1), 33-46
- Kozłowska, K., Nunn, K., & Cousens, P. (1997). Adverse experiences in psychiatric training. Part 2. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(5), 641-652.
- Kumar, S. (2007). Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry*, 6(3), 186.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Fifty years of the research and theory of RS Lazarus: An analysis of historical and perennial issues*, 366-388.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Leaune, E., Allali, R., Rotgé, J. Y., Simon, L., Vieux, M., Fossati, P., ... & Vaiva, G. (2021). Prevalence and impact of patient suicide in psychiatrists: Results from a national French web-based survey. *L'encephale*.
- Light Jr, D. W. (1972). Psychiatry and suicide: the management of a mistake. *American Journal of Sociology*, 77(5), 821-838.
- Linke, S., Wojciak, J., & Day, S. (2002). The impact of suicide on community mental health teams: Findings and recommendations. *Psychiatric Bulletin*, 26(2), 50-52.
- Liobikienė, N. T. (2016). *Krizių intervencija socialinio darbo praktikoje: vadovėlis*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.
- Litman, R. E. (1994). The dilemma of suicide in psychoanalytic practice. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 22: 273-81.

- Litman, R. E. (1965). When patients commit suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 19(4), 570-576.
- Little, J. D. (1992). Staff response to inpatient and outpatient suicide: what happened and what do we do?. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 26(2), 162-167.
- Littleton, H., Axsom, D., & Grills-Taquechel, A. E. (2011). Longitudinal evaluation of the relationship between maladaptive trauma coping and distress: Examination following the mass shooting at Virginia Tech. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(3), 273-290.
- Lowental, U. (1976). Suicide—the other side: The factor of reality among suicidal motivations. *Archives of general psychiatry*, 33(7), 838-842.
- Maltsberger, J. T., & Buie, D. H. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 30(5), 625-633.
- Maltsberger, J. T., & Buie, D. H. (1980). The devices of suicide revenge, riddance, and rebirth. *International Review of Psycho-Analysis*, 7, 61-72.
- Mann, S. (2005). A health-care model of emotional labour: An evaluation of the literature and development of a model. *Journal of health organization and management*.
- Maslach, C. (2003). *Burnout: The cost of caring*. MA: ISHK.
- McAdams III, C. R., & Foster, V. A. (2000). Client suicide: Its frequency and impact on counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(2).
- McAdams III, C. R., & Foster, V. A. (2002). An assessment of resources for counselor coping and recovery in the aftermath of client suicide. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 41(2), 232-241.
- McGlothlin, J. M., Rainey, S., & Kindsvatter, A. (2005). Suicidal clients and supervisees: A model for considering supervisor roles. *Counselor Education and Supervision*, 45(2), 135-146.
- McWilliams, N. *Psichoanalitinė diagnostika. Asmenybės struktūros samprata klinikiniam procese*. Vilnius. Vaistų žinios, 2014.
- Medina, C. O., Kullgren, G., & Dahlblom, K. (2014). A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking among young people in Nicaragua. *BMC family practice*, 15(1), 1-8.
- Menninger, W. W. (1991). Patient suicide and its impact on the psychotherapist. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55(2), 216.
- Michel, K., & Valach, L. (2011). *The narrative interview with the suicidal patient*. In K. Michel & D. A. Jobes, *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient* (p. 63–80). American Psychological Association.
- Midence, K., Gregory, S., & Stanley, R. (1996). The effects of patient suicide on nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 5(2), 115-120.



- Milton, M. J. (2001). Recent research on suicide: Issues for British counselling psychologists. *Counselling Psychology Review*, 16, 28-33.
- Monahan, M. F., Crowley, K. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Jobes, D. A. (2020). Understanding therapists' work with suicidal patients: An examination of qualitative data. *OMEGA-Journal of death and dying*, 81(2), 330-346.
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1986). Life transitions and crises. In *Coping with life crises* (pp. 3-28). Springer, Boston, MA.
- Neimeyer, R. A. (2000). Suicide and hastened death: Toward a training agenda for counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 28(4), 551-560.
- Nicholl, E., Loewenthal, D., & Gaitanidis, A. (2016). 'What meaning does somebody's death have, what meaning does somebody's life have?' Psychotherapists' stories of their work with suicidal clients. *British Journal of Guidance & Counselling*, 44(5), 598-611.
- Nils, F., & Rimé, B. (2012). Beyond the myth of venting: Social sharing modes determine the benefits of emotional disclosure. *European Journal of Social Psychology*, 42(6), 672-681.
- Palukordienė, K.O. (2008). *Netekčių psichologija*. Vilnius.
- Pasaulio sveikatos organizacija. (2011). *Patient safety curriculum guide: Multi-professional edition*. Prieiga per internetą: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf?sequence=1).
- Pasaulio sveikatos organizacija. (2020). *Suicide data*. Prieiga per internetą: [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/).
- Pilkinton, P., & Etkin, M. (2003). Encountering suicide: the experience of psychiatric residents. *Academic Psychiatry*, 27(2), 93-99.
- Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 86-94. doi:10.1016/S2215-0366(14)70224.
- Reeves, A. (2010). *Counselling suicidal clients*. London: Sage.
- Reeves, A., & Mintz, R. (2001). Counsellors' experiences of working with suicidal clients: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1(3), 172-176.
- Reid, W., & Long, A. (1993). The role of the nurse providing therapeutic care for the suicidal patient. *Journal of Advanced Nursing*, 18(9), 1369-1376.
- Richards, B. M. (1999). Suicide and internalised relationships: A study from the perspective of psychotherapists working with suicidal patients. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27(1), 85-98.
- Richards, B. M. (2000). Impact upon therapy and the therapist when working with suicidal patients: Some transference and countertransference aspects. *British Journal of Guidance & Counselling*, 28(3), 325-337.

- Rycroft, P. (2004). Touching the heart and soul of therapy: Surviving client suicide. *Women & Therapy*, 28(1), 83-94.
- Roe, R. A. (2002). What makes a competent psychologist?. *European psychologist*, 7(3), 192.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (1993). Supervision of beginning and advanced graduate students of counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling & Development*, 71(4), 396-405.
- Rossberg, J. I., & Friis, S. (2003). Staff members' emotional reactions to aggressive and suicidal behavior of inpatients. *Psychiatric Services*, 54(10), 1388-1394.
- Rössler, W. (2012). Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 262(2), 65-69.
- Roths, I. A., Scheerder, G., Van Audenhove, C., & Henriques, M. R. (2013). Patient suicide: The experience of Flemish psychiatrists. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(4), 379-394.
- Sacks, M. H., Kibel, H. D., Cohen, A. M., Keats, M., & Turnquist, K. N. (1987). Resident response to patient suicide. *Journal of Psychiatric Education*, 11(4), 217-226.
- Sanford, R., Cerel, J., McGann, V., & Maple, M. (2016). Suicide loss survivors' experiences with therapy: Implications for clinical practice. *Community mental health journal*, 52(5), 551-558.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1992). Life crises and personal growth. In B. Carpenter (Ed.), *Personal Coping: Theory, research and application* (pp. 149–170). Westport, CT: Praeger.
- Schnider K. R., Elhai J. D., & Gray M. J. (2007). Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counselling Psychology*, 54(3), 344-350.
- Schultz, D. (2004). Suggestions for supervisors when a therapist experiences a client's suicide. *Women & Therapy*, 28(1), 59-69.
- Scupham, S., & Goss, S. P. (2020). Working with suicidal clients: Psychotherapists and allied professionals speak about their experiences. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(3), 525-534.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner Jr, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.
- Soulié, T. (2019). *'Liking' working with suicidal patients: A mixed methods research investigation of clinicians' positive inclination to patients at risk for suicide and the effect of this on the therapeutic encounter* (Daktaro disertacija). Prieiga per internetą: <http://hdl.handle.net/10523/9379>.

- Spino, E., Kameg, K. M., Cline, T. W., Terhorst, L., & Mitchell, A. M. (2016). Impact of social support on symptoms of depression and loneliness in survivors bereaved by suicide. *Archives of psychiatric nursing, 30*(5), 602-606.
- Strathearn, L., Li, J., Fonagy, P., & Montague, P. R. (2008). What's in a smile? Maternal brain responses to infant facial cues. *Pediatrics, 122*(1), 40-51.
- Šap, V. (2020 balandžio 16 d.). *Savižudybės grėsmėje esantys bei save žalojantys vaikai ir paaugliai: psichologinė pagalba nuotoliniu būdu*. Nuotoliniai mokymai.
- Takahashi, C., Chida, F., Nakamura, H., Akasaka, H., Yagi, J., Koeda, A., Takusari, E., Otsuka, K., & Sakai, A. (2011). The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. *BMC psychiatry, 11*(1), 38.
- Tanney, B. (1995). After Suicide: A Helper's Handbook. In B. L. Mishara, *The Impact of Suicide* (p. 100-120). New York: Springer Publishing Company.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Routledge.
- Thompson, A. R., Powis, J., & Carradice, A. (2008). Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm. *International journal of mental health nursing, 17*(3), 153-161.
- Tillman, J. G. (2006). When a patient commits suicide: An empirical study of psychoanalytic clinicians. *The International Journal of Psychoanalysis, 87*(1), 159-177.
- Ting, L., Jacobson, J. M., & Sanders, S. (2008). Available supports and coping behaviors of mental health social workers following fatal and nonfatal client suicidal behavior. *Social work, 53*(3), 211-221.
- Ting, L., Sanders, S., Jacobson, J. M., & Power, J. R. (2006). Dealing with the aftermath: A qualitative analysis of mental health social workers' reactions after a client suicide. *Social work, 51*(4), 329-341.
- Valente, S. M. (2003). Aftermath of a patient's suicide: A case study. *Perspectives in psychiatric care, 39*(1), 17-22.
- Valente, S. M., & Saunders, J. M. (2002). Nurses' grief reactions to a patient's suicide. *Perspectives in Psychiatric Care, 38*(1), 5-14.
- Vedana, K. G. G., Magrini, D. F., Miasso, A. I., Zanetti, A. C. G., de Souza, J., & Borges, T. L. (2017). Emergency nursing experiences in assisting people with suicidal behavior: a grounded theory study. *Archives of psychiatric nursing, 31*(4), 345-351.
- Velupillai, S., Hadlaczky, G., Baca-Garcia, E., Gorrell, G. M., Werbeloff, N., Nguyen, D., ... & Dutta, R. (2019). Risk assessment tools and data-driven approaches for predicting and preventing suicidal behavior. *Frontiers in psychiatry, 10*, 36.

- Verger, P., Brabis, P. A., Kovess, V., Lovell, A., Sebbah, R., Villani, P., ... & Rouillon, F. (2007). Determinants of early identification of suicidal ideation in patients treated with antidepressants or anxiolytics in general practice: a multilevel analysis. *Journal of affective disorders*, 99(1-3), 253-257.
- Weber, M. T. (2002). Triggers for self-abuse: a qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(3), 118-124.
- Williams Jr, J. W., Rost, K., Dietrich, A. J., Ciotti, M. C., Zyzanski, S. J., & Cornell, J. (1999). Primary care physicians' approach to depressive disorders: effects of physician specialty and practice structure. *Archives of Family Medicine*, 8(1), 58.
- Wurst, F. M., Kunz, I., Skipper, G., Wolfersdorf, M., Beine, K. H., Vogel, R., & Thon, N. (2013). How therapists react to patient's suicide: findings and consequences for health care professionals' wellbeing. *General hospital psychiatry*, 35(5), 565-570.

## PRIEDAI

### **1 priedas.** Interviu įžanga

Interviu įžanga:

Vilniaus universiteto Suicidologijos tyrimų centro tyrėjai šiuo metu vykdo mokslinio tyrimo projektą „Savižudybių prevencijos sistemos veiksmingumo tyrimas savivaldybėse“. Šiuo tyrimu siekiame išsiaiškinti, su kokiais sunkumais susiduria specialistas, teikdamas pagalbą savižudybės krizėje esančiam žmogui; kokie yra pagalbą teikiančio specialisto poreikiai ir kas palengvintų atliekamą darbą. Norime sužinoti Jūsų nuomonę apie esamos pagalbos sistemos spragas ir stipriąsias puses, ką būtų galima keisti ar tobulinti. Šio tyrimo ataskaitą galėsite pasiekti VU Filosofijos fakulteto tinklalapyje. Remiantis rezultatais, pateiksime rekomendacijas savižudybių prevencijos sistemos tobulinimui.

Šiame interviu pateiksiu keletą klausimų apie Jūsų patirtį teikiant pagalbą savižudybės krizėje esančiam žmogui. Jūsų atsakymai bus įrašomi į diktofoną. Tyrimo duomenys yra konfidencialūs ir bus pristatyti tik apibendrintai, Jūsų asmeninių pasisakymų nebus įmanoma atpažinti. Atminkite, kad bet kada galite nutraukti šį interviu arba neatsakyti į pateiktą klausimą. Ar prieš mums pradėdant turite klausimų apie patį tyrimą?

Ar sutinkate dalyvauti šiame tyrime?

2 priedas. Transkribavimo sutartiniai ženklai

**Transkripcijose naudoti ženklai  
(supaprastinta naudojantis Silverman ir Wengraf (2004))**

Simbolis	Pavyzdys	Paaiškinimas
[ ]	[ VARDAS]; [MIESTAS]	Laužtiniuose skliaustuose rašomi tikriniai vardai ar pavadinimai pakeisti į bendrinius, vietoj Tomas VARDAS ir t.t
(3)	Dalyvis: Taip. (3s.) Nežinau, ką daugiau pridurti.	Skliausteliuose pažymėtas skaičius nurodo sekundėmis pokalbyje trunkančią pauzę.
_____	Dalyvis: tada labai nuliūdau ir pamąščiau kad tik galėčiau jiems <u>irodyti</u>	Pabraukimas reiškia, kad vienas žodis ar jo dalis yra labai akcentuojama ar netikėtai pakeliamas balsas.
ŽODIS	Dalyvis: tada nutariau DAGIAU NIEKADA TAIP NEBEBUS	Didžiosiomis raidėmis rašoma frazė ar daugiau nei vienas žodis, kuri itin pabrėžiama ar net iššaukiama.
.hhh	Aš tai jaučių .hhh	Tai žymi gilesnį atodūšį ar iškvėpimą. Jei jis trunka ilgiau ar atskleidžia itin reikšmingą situaciją, galima papildomai skliausteliuose pažymėti sekundes.
(...)	Ateityje daug neramumų (...) bet ką jau čia	Tušti skliausteliai su tritaškiu viduje žymi transkribuotojo negalėjimą išgirsti, ką sako tyrimo dalyvis ar interviuotojas.
(žodis)	Ar matote (toje istorijoje) ką nors teigiamo?	Skliausteliuose pažymėtas žodis mažosiomis raidėmis reiškia, jog transkripcijoje spėjama, kad tai būtent šis žodis, bet nėra aiškiai girdima.
Žod-	Nebegaliu daugiau pasa-	Žodžio gale padėtas minuso ženklas reiškia, kad nepabaigus žodžio jis nutraukiamas ir nebesigirdi.

### **3 priedas.** Teminės analizės būdu išskirtų kodų ir temų sąrašas

## **1. SPECIALISTŲ EMOCINIAI IŠGYVENIMAI DIRBANT SU SUICIDIŠKAIS PACIENTAIS**

### **1.1. Nerimas, įtampa ir stresas**

- Dirbant su suicidiškais pacientais kyla nerimas
- Nerimas pasireiškia nuolatiniu galvojimumu apie pacientą ir situaciją
- Dirbant su suicidiškais pacientais kyla įtampa
- Dirbant su suicidiškais pacientais kyla stresas
- Emociškai sunku dirbti su suicidiškais žmonėmis
- Dirbant su suicidiškais pacientais yra sunku emociškai atsiriboti
- Emociškai sunku dėl žmonių išgyvenimų
- Emociškai sunku, kai matoma jaunų žmonių kančia
- Specialistą kamuoja miego problemos
- Specialistui emociškai sunku būti ne tik darbo aplinkoje
- Didėjant darbo patirčiai, nerimo mažėja

### **1.2. Noras ir pastangos padėti pacientui**

- Specialistas nori padėti pacientams
- Specialistas deda daugiau pastangų dirbdamas su suicidišku žmogumi
- Svarbu, kad pacientas matytų specialisto pastangas
- Didelis noras padėti kartais lemia kompetencijos ribų peržengimą
- Geriau padaryti per daug negu kažką praleisti
- Didelis noras padėti kelia emocinių sunkumų specialistui
- Papildomas specialisto įsitraukimas gali užkirsti kelią savižudybei
- Stengiamasi padaryti viską, kas nuo specialisto priklauso

### **1.3. Bejėgiškumas**

- Kartais kyla „surištų rankų“ jausmas
- Jaučiamasi bejėgiu, kai nerandama kaip padėti

- Nebežinai ką daryti, kai įdedi visas pastangas ir niekas nesikeičia
- Būna nuojauta, kad pastangos nepadės
- Jaučiamasi įstrigusių kartu su pacientu
- Neužmezgus kontakto negali padėti
- Nežino, ar įmanoma apšviesti artimuosius, kad šie tinkamai sureaguotų
- Bejėgiškumas, kai pacientas atsisako pagalbos

#### **1.4. Liūdesys**

- Liūdesys yra natūrali reakcija dirbant su suicidiškais pacientais
- Liūdna suprantant, kad pacientui emociškai sunku
- Liūdesys kyla pasibaigus konsultacijai
- Liūdna, kai pacientas atsisako pagalbos

#### **1.5. Jaučiasi atsakingas už pacientą**

- Kai pacientas savižudybės krizėje, jaučiama daugiau atsakomybės
- Didelė atsakomybė apsunkina sprendimų priėmimą
- Emociškai sunku jausti daug atsakomybės
- Specialistas, vienas dirbdamas su suicidišku pacientu, jaučia daugiau atsakomybės

#### **1.6. Baimė**

- Baisu, nes aukštas savižudybių skaičius
- Baisu, kad pacientas fiziškai nesužeistų
- Baisu, kad nenusižudytų gydomas pacientas
- Baisu, nes nesijaučiama patyrusiu specialistu

#### **1.7. Pyktis**

- Pyktis kilo dėl to, kad pacientas nepranešė apie savižudybės riziką
- Paciento bandymas nusižudyti sukėlė pyktį



## **2. SPECIALISTŲ EMOCINIAI IŠGYVENIMAI PO PACIENTO SAVIŽUDYBĖS**

### **2.1. Emocinis sunkumas ir gailestis**

- Emociškai sunku, kai pacientas nusižudo
- Emociškai sunku sužinojus kaip pacientas nusižudė
- Po paciento savižudybės norėjosi slėptis
- Emociškai sunku prisiminti paciento savižudybę
- Gaila paciento, kuris nusižudė
- Po paciento savižudybės emociškai sunku visai specialistų komandai

### **2.2. Kaltė ir savikritika**

- Paciento nusižudymas sukelia kaltės jausmą
- Po paciento savižudybės kyla svarstymai, ką buvo galima daryti kitaip
- Paciento nusižudymas sukelia jausmą, kad nesugebi padėti
- Nuvertinama visa teikta pagalba ir pastangos
- Paciento nusižudymas sukelia jausmą, kad esi prastas specialistas
- Paciento nusižudymas reiškia nepavykusią pagalbą
- Slegia kaltė, nors ir suprantama, kad nėra dėl ko jaustis kaltam

### **2.3. Susitaikymas**

- Paciento savižudybė ilgainiui pamirštama
- Specialistas po kiek laiko į situaciją pažvelgia jau kitaip
- Po paciento savižudybės pavyksta „stabilizuotis“
- Paciento savižudybė yra praeities faktas
- Nusižudžiusio artimasis nuramino specialistą

### **2.4. Baimė**

- Nusižudžius pacientui panašiose situacijose baisu, kad tai nepasikartotų
- Baimė, kad specialistą kaltins nusižudžiusio paciento artimieji

### **3. SPECIALISTŲ POREIKIAI DIRBANT SU SUICIDIŠKAIS PACIENTAIS**

#### **3.1. Bendradarbiaujančio santykio su pacientu užmezgimas, motyvavimas gydymui**

- Kontakto užmezgimas yra būtinas teikiant pagalbą
- Pagalbos rezultatai priklauso nuo kontakto
- Pagalbos rezultatai priklauso nuo paciento motyvacijos
- Suicidiški pacientai atsiveria bendraujant lygiavertiškai
- Suicidiški pacientai atsiveria parodytus rūpestį
- Svarbu neskubėti hospitalizuoti paciento
- Pacientus kartais reikia kviesti pačiam specialistui
- Kyla sunkumų motyvuoti pacientą
- Kartais tenka nukreipti pas kitą specialistą, kuris motyvuotų gydytis
- Reikia daug pastangų norint susisiekti su pacientu

#### **3.2. Kvalifikacijos kėlimo ir kitokie mokymai, mokymasis iš kolegų, žinios**

- Kvalifikacijos kėlimo kursai savižudybių tema yra vertingi
- Reikia žinių savižudybės tema
- Reikia pasiruošimo ir kompetencijos teikiant pagalbą suicidiškiems asmenims
- Specialistui norisi mokytis iš kolegų
- Specialistui turėtų būti privalomi mokymai
- Karantino metu atsirado nuotoliniai mokymai
- Trūksta praktinių mokymų savižudybių tema
- Svarbu mokytis iš kolegų
- Svarbu mokytis užsienio kalbų

#### **3.3. Kolegų palaikymas**

- Kolegų palaikymas svarbus
- Nusizudžius pacientui reikia kolegų palaikymo
- Kolegų palaikymas užtikrina darbo kokybę
- Kolegų palaikymo trūksta
- Savo komandoje sunkiau atsiverti

### **3.4. Komandinis sprendimų priėmimas ir atsakomybės pasidalinimas**

- Specialistas džiaugiasi, kad gali priimti komandinius sprendimus
- Esant aukštai rizikai sprendimą dėl gydymo specialistai priima kartu
- Komandinis darbas yra svarbus
- Komandinis darbas suteikia naujų idėjų
- Komandinio sprendimų priėmimo trūksta
- Sprendimai paliekami vienam specialistui
- Lengviau dirbti, kai pasidalinama atsakomybe
- Reikia komandos susirinkimų
- Komandinio darbo trūkumas apsunkina specialisto emocinę būseną

### **3.5. Asmeninės savybės**

- Specialistas turi turėti įgimtą „duotybę“
- Specialistas turi būti ramus
- Specialistas turi pasitikėti savimi
- Specialistas turi būti aktyvus, iniciatyvus
- Specialistas turi būti direktyvus
- Specialistui reikalinga turėti tinkamas savybes ir įgūdžius
- Specialistas turi būti empatiškas
- Specialistas turi būti bendradarbiaujantis
- Specialistas turi gebėti nepasimesti sudėtingose situacijose
- Specialistas turi būti užtikrintas
- Specialistas turi būti drąsus
- Specialistas turi būti smalsus
- Specialistas turi mokėti pasidžiaugti atliekamu darbu

### **3.6. Supervizavimasis**

- Supervizijos suteiktą galimybę specialistams dirbantiems su savižudybės krize susiburti
- Reikia nemokamų supervizių
- Reikia specializuotų supervizių

- Reikia pagerinti supervizijų prieinamumą
- Reikia nuotolinių supervizijų
- Specialistui reikalingos supervizijos
- Trūksta gilesnių supervizijų specialistams
- Trūksta reguliarių supervizijų
- Specialistai supervizuoja savo iniciatyva

### **3.7. Geros darbo sąlygos**

- Trūksta kompiuterinės įrangos
- Reikia adekvataus atlyginimo
- Reikia adekvataus darbo krūvio
- Reikia adekvačių darbo valandų
- Specialistui paskiriama per daug pacientų
- Konsultacijos trukmė per trumpa
- Psichologų darbas keliose įstaigose vertinamas nepalankiai
- Reikalingas fizinio saugumo užtikrinimas dirbant su suicidiškais pacientais
- Specialistai bando susirinkti kuo didesnę darbo krūvį
- Specialistai turi per daug funkcijų
- Dokumentų pildymas pareikalauja per daug specialisto resursų
- Įstaigoje per mažai specialistų
- Elektroninė sistema turi trūkumų
- Sudėtinga dirbti pagal aprašus

### **3.8. Pagalba sau**

- Reikalinga pagalba sau po paciento savižudybės
- Specialistas turi pats kreiptis pagalbos
- Reikalinga psichiatro pagalba
- Svarbu žinoti specialistų kontaktus
- Nesikreipiant pagalbos, patirtis kaupiasi
- Reikalinga asmeninė psichoterapija
- Po paciento savižudybės reikia emocinio palaikymo
- Trūksta emocinio palaikymo grupės

## **4. ĮVEIKA**

### **4.1. Patirties reflektavimas**

- Padeda pasidalinimas patirtimi
- Po paciento savižudybės reikia išsikalbėti
- Kalbėjimasis atlieka emocijų išreiškimo funkciją
- Nusizudžius pacientui, pasikalbama su kolegomis, tos pačios srities specialistais
- Padeda kitų specialistų klausymasis
- Padeda situacijos aptarimas
- Po paciento savižudybės kyla daug klausimų
- Po kiekvienos konsultacijos viskas apgalvojama
- Internete ieškoma su kuo pasikalbėti

### **4.2. Savo vaidmens supratimas**

- Svarbus savo ribų supratimas
- Padeda supratimas, kad specialisto galimybės padėti yra ribotos
- Padeda supratimas, kad specialistas nėra visagalis
- Specialistas neturi prisiimti visos atsakomybės už pacientą
- Pacientas sprendžia ar priimti pagalbą ar jos atsisakyti
- Padeda supratimas, kad savižudybė priklauso nuo daug aplinkybių
- Padeda supratimas, kad savižudybė priklauso ir nuo pačio žmogaus

### **4.3. Pasirūpinimas savimi**

- Padeda rūpinimasis savimi
- Padeda atsipalaidavimas
- Padeda gamtos ir miško terapija
- Specialistui svarbu užsiimti psichohigiena
- Emocinius sunkumus padeda įveikti sportas
- Ilgainiui išmokstama saugoti save
- Padeda dėmesingo įsisąmoninimo technikos
- Padeda savęs tausojimas

- Mokymasis padeda išlaikyti emocinę pusiausvyrą

#### **4.4. Atsitraukimas nuo savo patirčių**

- Nieko nedaroma patiriant emocinius sunkumus
- Kartais vartojamas alkoholis esant emociniams sunkumams

#### 4 priedas. Kodo apibūdinimas remiantis Boyatzis (1998) teminės analizės principais

**Pavadinimas:** Kaltė ir savikritika

**Apibūdinimas:** Tyrimo dalyvis išsako jaučiantis kaltės jausmą po paciento savižudybės, išsako save kritikuojančius ar nuvertinančius žodžius.

**Specialios sąlygos:** Kodas netaikomas, kai tyrimo dalyvis kalba, kad kiti žmonės jį kaltina, dalinasi kitų žmonių kritika, nukreipta į jį.

**Pavyzdys:** „<...> iš principo, kai jau nesigauna tokie dalykai, tai jautiesi lyg kažkoks, nu, lūzeris, prastas gydytojas, nesugebantis tai padaryti <...>.“