



VILNIAUS UNIVERSITETAS
FILOSOFIJOS FAKULTETAS
PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS
Klinikinės psichologijos katedra

Ieva Pocevičiūtė

ASSIP taikymas psichikos sveikatos priežiūros sistemoje po mėginimo nusižudyti

Magistro darbas

Klinikinės psichologijos studijų programa

Darbo vadovas: doc.dr. Paulius Skruibis

Darbo konsultantė: dokt. Jolanta Latakienė

Vilnius, 2019

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
SVARBIAUSIOS SAŲOKOS	6
PRATARMĖ	7
1. ĮVADAS	8
1.1. Savižudybių paplitimas pasaulyje ir Lietuvoje.....	8
1.2. Suicidinio elgesio samprata ir jį aiškinančios teorijos.....	9
1.3. Savižudybės rizikos įvertinimas, įspėjamieji ženklai.....	13
1.5. Ankstesni mėginimai nusižudyti ir suteikiamos pagalbos reikšmė.....	15
2. PSICHOLOGINĖ PAGALBA SAVIŽUDYBIŲ RIZIKOS ATVEJU	16
2.1. Savižudybių prevencijos strategijos.....	16
2.2. Savižudybių intervencijų metodai.....	17
2.3. Trumpalaikė bandymo nusižudyti intervencijos programa (ASSIP).....	19
2.4. Kokybinių tyrimų svarba.....	21
2.5. Tyrimo tikslas ir uždaviniai.....	23
3. TYRIMO METODIKA	24
3.1 Tyrimo dalyviai.....	24
3.2 Tyrimo metodai ir eiga.....	26
3.3. Duomenų analizė.....	30
3.4 Etiniai tyrimo aspektai.....	31
3.5. Tyrimo ir teminės analizės kokybė ir užtikrinimas.....	32
3.6. Tyrėjos patirties bei nuostatų refleksija.....	33
4. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	34
4.1. Teigiamas pagalbos poreikis.....	37
4.2. Pagalbos siekimas ir sunkumai priimant pagalbą.....	38
4.3. Profesionalaus, lygiaverčio santykio su specialistu svarba.....	41
4.4. Nepagarbaus santykio ir pernelyg griežtų gydymo būdų kenksmingumas.....	45
4.5. Savižudybėms specifinės psichologinės pagalbos veiksmingumo elementai.....	48
4.6. Nevienareikšmiškas vaistų veiksmingumas.....	51
4.7. Skirtingi pagalbos po ligoninės poreikiai.....	52
4.8. Pagalbos veiksmingumą galintys padidinti veiksniai.....	54

5. REZULTATŲ APIBENDRINIMAS	56
5.1. Tyrimo ribotumai ir rekomendacijos tolimesniems tyrimams	59
IŠVADOS	61
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	62
LITERATŪRA	63
PRIEDAI	71
1 priedas. Informuotas sutikimas	71
2 priedas. Riboto duomenų panaudojimo sutartis.....	72
3 priedas. Etikos leidimas atlikti psichologinį tyrimą	74
4 priedas. Sutartiniai transkribavimo ženklai	75
5 priedas. Teminės analizės būdų išskirtų kategorijų ir temų sąrašas	76

SANTRAUKA

ASSIP taikymas psichikos sveikatos priežiūros sistemoje po mėginimo nusižudyti
Klinikinės psichologijos magistro darbas. Vilniaus universitetas. Vilnius, 2019.

Pasaulyje beveik 800 000 žmonių kasmet miršta dėl įvykdytų savižudybių. Tam, kad būtų mažinamas savižudybių mastas, taikomos įvairios priemonės. Viena šių priemonių – trumpalaikė bandymo nusižudyti intervencijos programa (ASSIP). Kadangi programa pasaulyje yra pakankamai nauja ir dar neturinti didelių empirinių duomenų pagrindimo, todėl šiame tyrime siekiama atskleisti ASSIP taikymą bei jos patyrimą Vilniaus psichikos sveikatos priežiūros sistemoje. Šiame darbe yra naudojami duomenys, kurie yra ir platesnio mokslinio projekto „Savižudybių problema sveikatos apsaugos sistemoje: pagalbos siekimas ir veiksmingumas“ dalis. Tyrime dalyvavo 11 asmenų – 6 moterys ir 5 vyrai, jų amžiaus vidurkis 28 metai. Visi tyrimo dalyviai dalyvavo specializuotoje pagalbos po mėginimo nusižudyti programoje ASSIP. Tyrime buvo taikytas pusiau struktūruotas interviu. Išanalizavus duomenis temine analize paaiškėjo, kad ASSIP programa buvo taikoma kaip papildoma pagalbos rūšis, todėl ji nepakeitė įprastai gaunamos pagalbos po mėginimo nusižudyti. ASSIP buvo įvardyta kaip viena veiksmingiausių programų visame gautos pagalbos procese, programa vertinta kaip efektyvi, struktūruota. ASSIP programoje padėjo keletas pagalbos elementų: profesionalus ASSIP psichologės darbas, trumpų, realių tikslų ir saugumo plano sudarymas ir filmavimasis prieš kamerą bei vėlesnis savo elgesio ir istorijos naratyvo nagrinėjimas.

Raktiniai žodžiai: savižudybė, ASSIP, intervencija.

SUMMARY

Application of ASSIP in mental healthcare after a suicide attempt
Clinical psychology master thesis. Vilniaus university. Vilnius, 2019.

In the world, nearly 800,000 people die from suicide each year. Various measures are applied to reduce the extent of suicide. One of these measures is a attempted suicide short intervention program (ASSIP). As the program is relatively new in the world and does not yet have a solid basis for empirical data, the aim of this study is to reveal the application of ASSIP and its experience in the Vilnius mental health care system. This study uses data that is also part of a broader scientific project 'Suicide in the Health System: Achievement and Effectiveness of Assistance'. This study included 11 subjects - 6 women and 5 men, with an average age of 28 years. All subjects in the study participated in a specialized help after a suicide attempting in ASSIP. The study used a semi-structured interview. Analysis of the data by thematic analysis revealed that as an additional type of aid, the ASSIP program did not change the usual help after the attempted suicide. ASSIP was named as one of the most effective programs in the whole process of help received, the program was rated as effective, structured. The ASSIP program helped with a number of elements: the professional work of the ASSIP psychologist, the creation of a short, realistic goals and security plan, and the filming in front of the camera, later behavior and life narrative analysis.

Keywords: suicide, ASSIP, intervention.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Savižudybė – reiškinys, apimantis biologinius, biocheminius, kultūrinius, socialinius, tarpasmeninius, psichinius, loginius, filosofinius, įsisąmonintus ir pasąmoninius elementus, tačiau jos prigimtis iš esmės yra psichologinė (Shneidman, 2002).

Savižudiškas elgesys - tai procesas, kuris apima vidines ir išorines problemas, sąlygojančias savanorišką valingą žalojimąsi ar nuodijimąsi (Dembinskas, 2003).

Bandymas nusižudyti/mėginimas nusižudyti (angl. suicide attempt) – tai į save nukreiptas save žalojantis elgesys, kurio imasi žmogus su ketinimu numirti, tačiau tas elgesys nesibaigia mirtimi (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carol & Joiner, 2007).

Trumpalaikė bandymo nusižudyti intervencijos programa (angl. Attempted Suicide Short Intervention Program; ASSIP) - trumpa terapija bandžiusiems nusižudyti, 3-4 sesijos (po 60-90 min.). Po intervencijos 2 metus su pacientais reguliariai susisiekiama laiškais. Akcentas į ankstyvą terapinio aljanso kūrimą, psichoedukaciją, kognityvinį atvejo konceptualizavimą, saugumo plano kūrimą, besitęsiantį ilgalaikį kontaktą po intervencijos (Gysin-Maillart, Schwab, Soravia, Megert & Michel, 2016).

PRATARMĖ

Visais laikais buvo atvejų, kai žmonės nusižudydavo, tačiau ir šiai dienai didelis savižudybių mastas yra viena pagrindinių pasaulio visuomenės sveikatos problemų. Pasaulyje beveik 800 000 žmonių kasmet miršta dėl įvykdytų savižudybių (Pasaulinė sveikatos organizacija, 2018). Socialiniai, psichologiniai, kultūriniai ir daugelis kitų veiksnių sąveikauja didindami suicidinio elgesio riziką, tačiau vis dar esanti stigma, susijusi su savižudybe lemia tai, kad daugelis žmonių, kuriems reikia pagalbos, jaučiasi negalintys jos gauti ar bijantys jos ieškoti. Istoriskai Lietuvoje ryškus savižudybių rodiklių didėjimas prasidėjo nuo 1991 metų (Gailienė, 2005). Atkūrus nepriklausomybę, atėjo sunkus reformų laikas, kuris sukėlė didelius stresinius išgyvenimus Lietuvos gyventojams.

Bandymas nusižudyti yra vienas iš pagrindinių rizikos veiksnių vėlesniam savižudybės aktui (Joiner, 2005). Kadangi savižudybė yra labai sudėtingas ir kompleksiškas reiškinys, kuriam nėra vienos priežasties paaiškinimo, tai reiškia jog nėra ir vieno teisingo pagalbos būdo ar tuo labiau programos. Tam, kad būtų sumažintas savižudybių mastas ir suteikiama kuo kokybiškesnė ir efektyvesnė pagalba, yra stengiamasi taikyti empirinių įrodymų turinčias pagalbos rūšis. Šiai dienai yra įvairių prevencijos, intervencijos ar postvencijos pagalbos programų bei nuorodų, tačiau tik kelios iš jų parodė ilgalaikės savižudybės rizikos sumažėjimą (Jobes & Siegelman, 2015). Neretai suteikiama įprasta pagalba psichikos sveikatos gydymo įstaigose nėra tokia veiksminga kaip specializuota intervencinė programa, kuri būtent ir yra skirta žmonėms su aukšta suicido rizika. Taip gali nutikti todėl, kad savižudybė yra kompleksiškas reiškinys, kas reiškia, jog ir atskiri atvejai yra labai individualūs, su unikaliais gyvenimo naratyvais ir įprasta pagalba ne visada gali efektyviai veikti visais atvejais vienodai. Intervencinės programos yra būtent skirtos tam, kad dėmesys būtų nukreiptas į kiekvieną asmenį atskirai. Progreso metu svarbus tampa ne tik simptomo pašalinimas, bet ir giluminių priežasčių ieškojimas, psichoedukacija, naujų įveikos strategijų mokymasis (Jobes & Siegelman, 2015).

Viena tokių programų yra ASSIP intervencinė programa, kuri yra pakankamai nauja, todėl dar neturi didelio empirinio pagrindimo rezervo (Gysin-Maillart et al., 2016). Tam reikalingi tolimesni tyrimai, norint išsiaiškinti kaip taikoma ši intervencinė programa, kuo ji žmonėms su aukšta suicidine rizika padeda arba atvirkščiai. Atsižvelgiant į šios programos tolimesnių tyrimų poreikį yra atliekamas ir šis mokslo tiriamasis darbas, kuriuo siekiama išsiaiškinti kaip ASSIP programa yra taikoma Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje po mėginimo nusižudyti.

1. ĮVADAS

1.1. Savižudybių paplitimas pasaulyje ir Lietuvoje

Remiantis pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis apie 800 000 žmonių nusižudo kasmet (2018). Savižudybė randama visuose demografinėse grupėse. Pasaulinės sveikatos organizacija atkreipia dėmesį, kad per pastaruosius 45 metus savižudybių skaičius išaugo 60% pasauliniu mastu. Taip pat, tradiciškai daugiausiai nusižudydavo senyvo amžiaus žmonės, tačiau ir šiandien jaunų žmonių savižudybės stipriai didėja, jau dabar ši amžiaus grupė trečdalyje visų pasaulio šalių yra besižudanti labiausiai (PSO, 2018).

Jungtinės Amerikos Valstijose savižudybė yra 10-ta gyventojų mirties priežastis. Jungtinėse Amerikos valstijose, remiantis Amerikos savižudybių prevencijos fondo duomenimis, 2017 metais dėl įvykdytos savižudybės mirė 47,173 žmonių. Tai reiškia, kad kasdien nusižudo apie 129 žmonės. Skaičiuojama, kad nusižudyti bandyta per 1,400,000 kartų.

Vyrai nusižudo keturis kartus dažniau nei moterys ir savižudybių rizika yra dvigubai didesnė kaukaziečiams vyrams ir moterims, nei afroamerikiečiams vyrams ir moterims (Mann, 2003). Tą patvirtina ir Amerikos savižudybių prevencijos fondo duomenys, kurie skelbia, kad vyrai 2017 metais nusižudė 3.54 kartais dažniau, nei moterys. Statistiškai moterys dažniau mėgina nusižudyti, bet vyrai dažniau nusižudo, taip gali būti dėl to, kad vyrai renkasi pavojingesnius savižudybės būdus (pavyzdžiui, šaunamieji ginklai), moterys tuo tarpu labiau renkasi įvairias vaistų dozes ar nuodus. Taip pat, daugiausiai 2017 metais nusižudė 45-54 metų žmonės. Antri, pagal amžiaus kategoriją, nusižudė žmonės, kuriems buvo per 85 metus ir vyresni.

Daugiausia žudomasi kaimo vietovėse, kur žmonės turi nuosavų ginklų, išgyvenamas skurdas, nedarbas ir socialinė izoliacija taip pat susiję su savižudybe bei turi jai įtakos (Mann, 2003). Savižudybių sumažėja per įvairias metų šventes ar įvairių sunkių visuomenei laikų bei tragedijų laikotarpį (Joiner, 2005). Taip vyksta, nes žmonės jaučia bendrumą, susitelkia ir asmuo nesijaučia visiškai nepriklausantis socialinei grupei ar nutikusiam įvykiui.

Jungtinės Amerikos Valstijose, remiantis Amerikos savižudybių prevencijos fondo duomenimis, 2017 metais žmonės daugiausia nusižudė naudodami šaunamuosius ginklus (50,6%), kiek mažesnė dalis nusižudė uždusdami (bei pasikardami) (27,7%), nusinuodydami (13,9%) ir likę pasinaudojo kitais nusižudymo metodais (7,8%). Tuo tarpu Švedijoje (Bjorkenstam, Ekselius, Berlin, Gerdin & Björkenstam, 2014) labiausiai naudotas metodas – nusinuodijimas.

Lietuvos savižudybių rodiklis (nuo 1996 m.) yra didžiausias pasaulyje (Gailienė, 2005), šiai dienai, nors ir matomas nedidelis pozityvus pokytis, tačiau vis dar turime aukščiausią savižudybių rodiklį

(Pasaulio sveikatos organizacija, 2018). Savižudybių statistikai Lietuvoje (2017m.) iliustruoti, mirusiųjų skaičius pateikiamas 1-oje lentelėje.

1 lentelė. *Mirusiųjų skaičius nuo savižudybių pagal lytį ir amžiaus grupes Lietuvoje 2017m. Higienos instituto duomenys*

Amžiaus grupės	Iš viso			Miestas			Kaimas		
	Iš viso	Vyrai	Moterys	Iš viso	Vyrai	Moterys	Iš viso	Vyrai	Moterys
12-19	25	20	5	11	8	3	14	12	2
20-24	25	21	4	13	11	2	12	10	2
25-44	194	168	26	96	80	16	98	88	10
45-59	251	203	48	137	110	27	114	93	21
60-74	162	127	35	101	75	26	61	52	9
75+	91	56	35	55	33	22	36	23	13
Iš viso	748	595	153	413	317	96	335	278	57

Taigi, galima kelti prielaidą, kad savižudybių statistika Lietuvoje kinta teigiama linkme dėl to, kad vis efektyviau taikomos įvairios prevencinės priemonės, šalyje imama taikyti naujos, empiriškai pagrįstos intervencinės programos, taikoma postvenciniai veiksniai. 2018 metais Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija paskelbė, kad nutarta plėtoti vieningą savižudybių prevencijos ženklą „TuEsi“, tai yra nacionalinė savižudybių prevencijos programa, prieinama ir internetu.

1.2. Suicidinio elgesio samprata ir jį aiškinančios teorijos

Savižudybė visada buvo ir tebėra sukrečiantis, prieštaringas, keliantis diskusijas fenomenas (Dembinskas, 2003). Prancūzų sociologas E. Durkheimas (1858-1917) padėjo socialinės savižudybių teorijos pamatus. Jis pabrėžė socialinio integravimo ir reguliavimo svarbą, nurodė keturis savižudybių tipus: egoistinį, altruistinį, anominį, fatalinį (Dembiskas, 2003). Vienas iš žinomiausių Jungtinių Amerikos Valstijų suicidologų E. Shneidman (2002) savižudybę apibrėžė kaip reiškinį, kuris apima biologinius, biocheminius, kultūrinius, socialinius, tarpasmeninius, psichinius, loginius, filosofinius, įsisąmonintus ir pasąmoninius elementus, tačiau išskyrė, kad savižudybės prigimtis iš esmės yra psichologinė.

Savižudybei būdingas jausmų ambivalentiškumas, pavyzdžiui, žmogus nori nutraukti savo gyvenimą, nes jam per sunku gyventi kančioje, tačiau tuo pat metu dar turi vilties, kad situacija pasikeis, jam padės suteikiama pagalba. Apie savižudybę svarstantys asmenys labai dažnai kenčia nuo žemos

savivertės ir jie jaučia gėdą, vien dėl to, kad nepavyksta susitvarkyti su savo gyvenimo sunkumais. Tokie žmonės bijo būti nesuprasti, bijo būti stigmatizuoti (Michel, Valach & Gysin-Maillart, 2017). Anestis Soberay, Gutierrez, Hernández ir Joiner (2014) apžvengdami ankstesnius tyrimus, kuriuose ieškomi ryšiai tarp impulsyvumo ir savižudybės, nurodo, kad dažniausiai autoriai iškelia tai, jog suicidinis elgesys labai retai yra visiškai impulsyvus elgesys, tai per daug gąsdinantis ir stresą keliantis elgesys, kurį žmogus galėtų atlikti visiškai be jokio išankstinio apmąstymo. Tačiau autoriai siūlo tokią idėją, kad impulsyvių asmenybės bruožų turintys žmonės dažniau įsitraukia į suicidinį elgesį, tačiau savižudybės vis tiek neatlieka impulsyviai.

Vis labiau savo svarbą įgauna neurobiologiniai tyrimų aspektai. Neurobiologiniai tyrimai neatranda to pakitimo žmogaus smegenyse, kuris būtų buvęs kaip lemtingas veiksnys nusižudant. Tokie tyrimai labiau akcentuoja stebimus tam tikrus pokyčius centrinėje nervų sistemoje, tačiau yra reikalingi dar išsamesni tyrimai. Neurobiologiniams tyrimams naudojamas pomirtinis smegenų audinys, tiriamos neurotransmiterių sistemos (serotonerginių, noradrenerginių ir dopaminerginių), signalų perdavimas ir morfologija žmonėse, kurie nusižudė. Nurodoma ir hipotalaminės pituitrininės adrenalinės ašies hiperaktyvumo įtaka (Dembinskas, 2003). Savižudybės tikslas ir mirtingumas teigiamai koreliuoja tarpusavyje ir yra susiję su biologinėmis anomalijomis, tai dažniausiai susiję su serotogenine poveikio sistema (Mann, 2003). Neurobiologiniai tyrimai daug dėmesio skiria įvairioms psichinėms ligoms tyrinėti, tačiau tyrimai vis dar neatskleidžia kaip psichikos sutrikimas yra susijęs su suicidiniu elgesiu, nes daugelis žmonių kenčiančių nuo psichinių ligų nenusižudo (Hjelmeland & Knizek, 2010).

Efektyvių prevencinių ir intervencinių programų vystymas ir kūrimas priklauso nuo gilaus supratimo kas priverčia asmenį galvoti apie savižudybę ir mėginimo nusižudyti (Klonsky & May, 2014). Šiai dienai turime pakankamą kiekį įvairių teorijų bei modelių, kurie aiškina suicidinį elgesį, tačiau neretai šie modeliai suicidiškumą vertina per įvairių simptomų ar psichikos ligų bei sutrikimų prizmę. Sekantys pristatomi modeliai atsižvelgia į platesnį žmogaus vaizdą, jo jausmus ir psichologiją.

Shneidman (2002) teigė, kad savižudybės tikslas dažniausiai yra nutraukti sąmonę. Savižudybės tikslas nėra mirtis, ja siekiama „išjungti“ sąmonę tam, kad būtų galima nebejausti ir nebegalvoti. Baumeister (1990) savižudybę aiškino kaip pabėgimą iš pasibjaurėjimą keliančios būsenos, o Abramson ir kolegos (2000) kalbėjo ir apie beviltiškumo jausmą. Šios teorijos nepaaiškina kaip kyla suicidinės mintys ar kaip atsiranda suicidinis elgesys, tačiau jos buvo išties naudingos tiesiant kelią kitoms savižudybių teorijoms bei modeliams.

O'Connor (2011) pasiūlė integruotą motyvacinį – valios modelį (angl. The integrated motivational - volitional model of suicidal behavior; IMV), kuriame savižudiškas elgesys suprantamas

kaip sudėtinga veiksnių sąveika. Ketinimas nusižudyti yra labiau apspręstas įkalinimo jausmo, o savižudybė matoma, kaip pagrindinė išeitis iš tuo metu esančių gyvenimo aplinkybių. Įstrigimo/įkalinimo jausmas yra iššauktas pralaimėjimo ar pažeminimo vertinimo, kas dažnai yra asocijuojama su lėtiniais ar ūminiais stresoriais. Perėjimai iš pralaimėjimo/pažeminimo etapo iki ketinimo nusižudyti bei suicidinio elgesio yra sąlygoti specifinių etapų moderatorių (faktorai, kurie palengvina/trukdo perėjimą tarp skirtingų etapų). Yra išskirta keletas rūšių moderatorių: grėsmės sau moderatoriai (pavyzdžiui, socialinių problemų sprendimas, ruminaciniai procesai), motyvaciniai moderatoriai (pavyzdžiui, mintys apie ateitį, tikslai, socialinis palaikymas, nuostatos) ir valingi moderatoriai (pavyzdžiui, impulsyvumas, planavimas, imitacinis elgesys). Taip pat, didžiulę reikšmę turi įvairūs gyvenimo įvykiai (pavyzdžiui, santykių krizė) bei kiti foniniai asmenybės veiksniai (pavyzdžiui, žmogaus pažeidžiamumas).

Kita, empiriškais bei klinikiniais duomenimis paremta yra Joiner (2005) tarpasmeninė – psichologinė suicidinio elgesio teorija (angl. The interpersonal–psychological theory of suicidal behavior), kuri yra išties ambicinga, nes siekia atsakyti į klausimą „kodėl žmonės nusižudo?“. Žmonės nusižudo, remiantis teorija, tada kai patiria nepakeliamą kiekį skausmo ar/ir baimės. Teorija akcentuoja, kad asmuo turėtų jausti didžiulį kiekį skausmo, baimės, nes evoliuciškai žmonės ir kiti gyvi organizmai nėra sutverti destrukcijai, o atvirkščiai – savo rūšies išsaugojimui. Asmuo dėl pratinimosi prie skausmo ir baimės išgyvenimų sukaupia gebėjimą įvykdyti mirtiną savęs sužalojimą. Itin svarbi teorijos dalis yra tai, kad sukaupias gebėjimas nebūtinai reiškia ir norą nusižudyti. Tik tie kurie turi sukaupę gebėjimą ir norą nusižudyti yra rizikos grupėje. Norą nusižudyti lemia du pagrindiniai tarpasmeniniai aspektai: savęs kaip naštos suvokimas ir ankstesnis negebėjimas priklausyti tam tikrai socialinei grupei. Savęs kaip naštos suvokimas generuoja tokią idėją, kad mano mirtis turės daugiau naudos mano šeimai, draugams, visuomenei, nei mano gyvenimas. Šie jausmai skatina asmenį galvoti, kad rūpestis dėl kitų žmonių yra nereikšmingas ir dėl jų pačių niekas taip pat nesirūpina. Teorija pabrėžia, kad tada žmogus ima jausti, jog nėra dėl ko gyventi ir noras nusižudyti ima stiprėti. Itin svarbu tai, kad ši Joiner (2005) teorija pateikia ir psichoterapinių nuorodų darbui su suicidiniais pacientais. Psichoterapeutui reiktų akcentuoti žmogaus gyvenimo vertę, dirbti su asmens nuostatomis, įtraukti į veiklas, kurios skatintų bendruomeniškumą.

Dar viena empiriškai pagrįsta savižudybės teorija yra Klonsky ir May (2014) trijų žingsnių teoriją (angl. The three – step theory; 3ST). Pirma, teorija kelia hipotezę, kad mintys apie savižudybę kyla iš skausmo (dažniausiai psichologinio) ir beviltiškumo derinio, nes jei asmuo turi vilties, kad vėliau jam pagerės ir skausmas mažės, tuomet tikimybė tampa ženkliai mažesnė jog žmogui savižudybės idėja taps artima. Antra, tiems asmenims, kurie išgyvena skausmą ir beviltiškumą, susietumo jausmas veikia kaip

apsauginis faktorius savižudybės, kaip idėjos atsiradimui bei suicidiniam elgesiui. Susietumo sąvoką autoriai naudoja plačiau negu ankstesnės teorijos, šį kartą susietumas yra ne tik apie priklausymą kitai socialinei grupei, buvimą santykiuose, bet ir apie prisirišimą prie savo darbo, projektų, laisvalaikio pomėgių ar bet kokios kitos veiklos, kurioje asmuo mato tikslą ar prasmę. Trečia, jei asmuo vis dėlto turi norą nusižudyti, kitas keliamas klausimas yra „kas lemia ar žmogus iš tikrųjų mėgins nusižudyti?“. Autoriai sutinka su Joiner (2008) pasiūlyta idėja apie sukauptą asmens gebėjimą nusižudyti. Joiner (2005) kalbėjo tik apie įgytą gebėjimą (kuris vyksta per pripratimą prie skausmo, baimės), o Klonsky ir May (2014) įveda dar dvi naujas sąvokas: dispozicinius ir praktinius veiksnius. Dispoziciniai veiksniai, tai daugiausiai genetiniai veiksniai, tokie kaip jautrumas skausmui ar kraujo fobija. Praktiniai veiksniai, tai faktoriai, kurie lemia jog savižudybė bus įvykdyta lengviau, pavyzdžiui, turimos žinios ir galimybė turėti prieigą prie padėsiančių nusižudyti priemonių. Taigi, jei žmogui kyla noras nusižudyti, jis tai padarys tik sukaukęs reikiamą rezervuarą savižudybei (tai yra, veiks įgytų, dispozicinių ir praktinių veiksnių visuma).

Kaip jau buvo nagrinėjama ir anksčiau, nėra vienos savižudybės priežasties. Svarbu paminėti, kad savižudybių, kaip tokio įvykio supratimas, vis dėlto nepadeda išsiaiškinti atskiro individo savižudybės priežasties, nes kiekvienu atveju tai yra per daug daugialypis reiškinys. Dauguma teorijų pristato įvairius veiksnius, turinčius įtakos tiek savižudybės kaip idėjos formavimuisi, tiek pačiam suicidiniam elgesiui. Suicidologų tarpe neretai laikomasi nuostatos, kad žmogus iš tikrųjų nenori mirti, paprasčiausiai jis neįsivaizduoja tolimesnio gyvenimo dabartinėje, savo psichologinės įtampos kankinamoje, aplinkoje (Granello, 2010).

Vis dėlto, šalia labiau integruotų teorijų yra ir rizikos/apsauginių faktorių požiūris, kuris kažkuria dalimi yra ir kiekviena teorija. Keli negatyvių gyvenimo situacijų pavyzdžiai, kas gali suveikti kaip paleidžiamasis veiksnys ir iššaukti suicidines mintis bei atitinkamą elgesį:

1. Emocinis, fizinis, seksualinis smurtas (įvykęs praeityje arba vykstantis dabartyje) (Joiner Jr, 2007);
2. Artimo žmogaus netektis (Stack & Scourfield, 2015);
3. Skyrybos (Stack & Scourfield, 2015);
4. Socialinė izoliacija (McLaren & Challis, 2009);
5. Ankstesnis bandymas nusižudyti arba savęs žalojimas (Joiner, 2005);
6. Susidūrimas su suicidiniu elgesiu artimoje aplinkoje (ypač įvykdyta savižudybe) (Zaborskis, Makari & Žemaitienė, 2002);

7. Narkotinių medžiagų ar alkoholio vartojimas/priklausomybės (Conner & Caine, 2004; Hufford, 2001);
8. Benamystė (Petterson & Holden, 2012);
9. Nesėkmės mokykloje/pašalinimas iš mokyklos (Zaborskis, Makari & Žemaitienė, 2002);
10. Patyčios (Bauman, Toomey & Walker, 2013; Zaborskis, Makari & Žemaitienė, 2002);
11. Laisvės atėmimas ir patekimas į įkalinimo įstaigą (Blaauw, Arensman, Kraaij, Winkel, & Bout, 2002; Konrad et al., 2007);
12. Finansinės krizės bei susiję sunkumai (Coope et al., 2015);
13. Savęs, kaip naštos, suvokimas (Joiner, 2005);
14. Sveikatos sutrikimai, patiriamas skausmas, lėtinės ligos (Giner et al., 2013; Sanna et al., 2014; Singh, Taylor, Kornmehl & Armstrong, 2017);
15. Psichinės ligos, asmenybės sutrikimai (Bjorkenstam et al., 2016);
16. Gėdos jausmas (Bryan, Ray-Sannerud, Morrow & Etienne, 2013).

Apibendrinus, galima išskirti, kad savižudybė nėra vienalytis reiškinys, jo neįmanoma paaiškinti kuriuo nors vienu rizikos veiksniu. Daugeliu atvejų žmonės, galvojantys apie savižudybę, vienu metu susiduria su keliais stresiniais įvykiais savo gyvenime. Jų mintys ir emocijos, susijusios su šia patirtimi, atrodo, kad tampa jiems neįveikiamos. Bet koks gyvenimo įvykis gali sukelti suicidalinių minčių, tačiau svarbiausia yra tai, kaip žmogus jaučiasi dėl įvykusios patirties ir kokią reikšmę ir prasmę įvykiui/įvykiams suteikia (Stack & Scourfield, 2015). Taigi, svarbu suprasti savižudybę kaip reiškinį, su visais galimais rizikos veiksniais, tačiau dar svarbiau suprasti, kad savižudybė yra kiekvieno asmens individualus pasirinkimas ir mes negalime visiškai tiksliai prognozuoti rezultato.

1.3. Savižudybės rizikos įvertinimas, išpėjamieji ženklai

Svarbu diferencijuoti tarp išpėjamųjų ženklų (tai kas stebima kito žmogaus išorėje) ir simptomų (tai ką žmogus subjektyviai atskleidžia kitam) (Rudd, 2008). Išpėjamieji ženklai yra svarbūs norint suteikti tinkamą pagalbą. Būtų galima apibrėžti, kad išpėjamieji suicidalinio elgesio ženklai turi keletą tikslų (Rudd, 2008):

1. padėti dirbantiems praktikams teisingai diferencijuoti tarp išpėjamųjų ženklų bei rizikos faktorių;
2. suformuluoti ryšį tarp išpėjamųjų suicidalinio elgesio ženklų, beviltiškumo ir noro/ketinimo mirti;

3. itin svarbu teisingai pastebėti ir įvardinti įspėjamuosius suicidinio elgesio ženklus praktiku kasdieniniame darbe, tai leis suteikti dar efektyvesnę pagalbą žmogui.

Žmogaus elgesyje galime stebėti tokius įspėjamuosius ženklus: beviltiškumas, pyktis/kerštavimas; neapgalvotas ar rizikingas elgesys, dažniausiai be gilesnio apmąstymo; bejėgiškumas; padidėjęs alkoholio ar narkotikų medžiagų vartojimas; atsiribojimas nuo šeimos, draugų, visuomenės; nuolatinis nerimas, susijaudinimas, negebėjimas ramiai išmiegoti ar miegoti visą laiką neprabudus; dramatiški nuotaikos pokyčiai; neradimas priešasčių, dėl kurių verta gyventi, ar gyvenimo prasmės/tikslo neradimas (Rudd, 2008). Asmuo gali tik galvoti apie savižudybę, gali turėti ir ketinimų ar turėti detalų planą, kaip įvykdys savižudybę (Joiner et al., 2007). Joiner ir kolegos (2007) išskiria, kad esant aukštai savižudybės rizikai asmuo intensyviai galvoja apie savižudybę bei yra stebimi ketinimai ir tikslus planas, gebėjimas įvykdyti savižudybę. Vidutinės rizikos metu, asmuo galvoja apie savižudybę ir turi ketinimus arba gebėjimą nusižudyti. Mažos savižudybės rizikos metu dažniausiai pasireiškia tik vienas iš anksčiau vardintų komponentų (pavyzdžiui, mintys apie savižudybę).

Ties kiekvienos rizikos įvertinimu, svarbu įvertinti ir apsauginius veiksnys. Nuo senų laikų žinomas bendravimo poreikis, jo svarbumas žmogui gyvenime, todėl ir žmonėms, galvojantiems apie savižudybę, bendravimo veiksnys yra lemiamas. Buvimas tarpasmeniniame kontakte labiausiai prisideda prie gyvybės išsaugojimo (Dadašev, 2017). Taip pat, žinoma, kad socialiniai santykiai ir socialinė integracija/adaptacija veikia kaip apsauginis veiksnys, asmeniui, svarstančiam apie savižudybę (Daniel & Goldston, 2012; McLaren & Challis, 2009). Todėl ir intervencijų metu svarbu aukštos suicidinės rizikos žmogui neleisti būti vienam. Dar svarbus apsauginis veiksnys – įveikos strategijos, kurios padeda efektyviau susitvarkyti su situacijomis, kurios kelia stresą (Mirkovic et al., 2015). Kitas apsauginis veiksnys – vilties ir priešasčių turėjimas gyvenimo pasirinkimui (Wang, Nyutu & Tran, 2012). Kiti, galimi apsauginiai veiksniai: asmeniniai kognityviniai gebėjimai, savo kompetencijos suvokimas (savivertė) (Masten, Luthar & Powell, 2003), fizinis aktyvumas ir sveikata (Tomori & Zalar, 2000), artimi šeimos santykiai ir santuoka (Donald, Dower, Correa-Velez & Jones, 2006), religiniai įsitikinimai (Gearing & Lizardi, 2009), darbas (Schneider et al., 2011), laisvalaikio pomėgių turėjimas, psichinė sveikata, bei pagalbos prieinamumas (Waern, Rubenowitz & Wilhelmson, 2003). Apsauginių veiksmų įsisavinimas labai svarbus dirbant ar susiduriant su žmonėmis, kurie galvoja apie savižudybę, taip efektyviau galime jiems padėti ar nukreipti reikiama linkme.

Taigi, yra itin svarbu gebėti tinkamai skaityti savižudybės riziką rodančius įspėjamuosius ženklus. Teisingas jų interpretavimas gali kažkam išgelbėti gyvybę.

1.5. Ankstesni mėginimai nusižudyti ir suteikiamos pagalbos reikšmė

Skaičiuojama, kad kasmet nusižudo per 800 000 žmonių (PSO, 2018), tačiau bandžiusiųjų skaičius spėjama yra ženkliai didesnis, skaičiuojama, kad vienai savižudybei tenka maždaug 25 bandymai nusižudyti (Goldsmith, Pellmar, Kleinman & Bunney, 2002). Dar didesnis skaičius tų žmonių, kurie galvoja apie savižudybę. Pasaulinė studija apskaičiavo, kad maždaug kiekvienam mėginimui nusižudyti tenka du ar trys žmonės, kurie rimtai svarstė nusižudyti, tačiau to nepadarė (Nock et al., 2008). Moterys dažniau mėgina nusižudyti, dažniau ieško pagalbos ir dažniau naudoja mažiau pavojingus būdus nusižudymui (Paris, 2006).

Atlikta metaanalizė išryškino, kad asmenys, kurie praeityje jau yra bandę įvykdyti savižudybę yra 38-40 kartų padidintoje rizikoje nusižudyti, negu tie asmenys, kurie nė karto nebuvo bandę nusižudyti (Brown et al., 2005). Aukščiausia savižudybės rizika yra iš karto po mėginimo nusižudyti (Guptill, 2011). Ankstesni mėginimai nusižudyti didina riziką vėlesniems mėginimams nusižudyti ar įvykdytai savižudybei (Guptill, 2011; Rudd et al., 2006). Tyrimai rodo, kad kartą mėginus nusižudyti, vėliau, ypač pirmaisiais metais po pirmo mėginimo, bandoma nusižudyti vėl (Cedereke & Öjehagen, 2004). Joiner (2005) tarpasmeninėje – psichologinėje suicidinio elgesio teorijoje teigia, kad ankstesnis bandymas nusižudyti lems tik dar rimtesnes suicidinio elgesio formas ateityje, lyginant su kitais žmonėmis.

McKay ir Shand (2018) tyrime buvo išskirta, kad žmonėms, kurie mėgino nusižudyti labai reikia palaikymo sistemos ir tolesnio susisiekiimo su asmeniu. Vienas iš ryškiausių rizikos faktorių galimam pakartotiniam mėginimui nusižudyti yra gydymo nutraukimas arba staigus jo sumažėjimas (Kan, Ho, Dong, & Dunn, 2007). Didžiuliam keturis metus vykusiame tyrime (n=4859) buvo gautos išvados, kad po paciento išleidimo iš psichikos sveikatos priežiūros įstaigos savižudybės įvykdavo dažniausiai per sekančias dvi savaites, tačiau daugiausia jų įvykdavo pirmą dieną (Meehan et al., 2006). Autoriai teigia, kad savižudybės rizika aukščiausia būna pirmą patekimo į psichiatrinę dieną ir iš karto po išleidimo iš gydymo įstaigos.

Asmenys neretai vengia kreiptis pagalbos tiek atsiradus mintis apie savižudybę, tiek po mėginimo nusižudyti, nes neretai neįvertina savo padėties rimtumo, dar kitais kartais netiki suteikiamos pagalbos efektyvumu ir pasikliauja tik savo asmeniniais resursais (Hom, Stanley & Joiner, 2015). Dadašev, Skruibis, Gailienė, Latakienė ir Grižas (2016) savo tyrime išskiria, kad asmenys gali vengti ieškoti pagalbos dar iki mėginimo nusižudyti, nes nepasitiki kitais žmonėmis, tiki, kad savo problemas turi išsispręsti patys, vengia kitiems užkrauti našta ar kitus rūpesčius bei gali tikėti, kad savo jausmų rodymas yra silpnumo ženklas. Geresnis atsigavimo po mėginimo nusižudyti faktorių supratimas gali padėti

išsaugoti gyvybes (Chan, Kirkpatric & Brasch, 2017). Autoriai taip pat išskiria, kad galimos kelios priežastys, dėl kurių mėginusieji nusižudyti gali norėti toliau gyventi ir pagalbos sistema gali prie to prisidėti: hospitalizacija (gerosios patirtys), šeimos rūpinimosi poveikis/įtaka, nebaigti darbai ir tikslai.

Tinkama psichikos sveikatos priežiūros pagalba asmeniui po mėginimo nusižudyti yra vienas svarbiausių komponentų (Hom, Stanley & Joiner, 2015). Sveikatos priežiūros sistemoje dirbantys profesionalai turi turėti adekvačius ir intensyvius mokymus, vėlesnį palaikymą tam, kad galėtų užtikrinti reikiamą pagalbą ir paramą žmonėms po mėginimų nusižudyti atliekant savo darbą (McKay & Shand, 2018). Jahn ir Ries (2012) savo analizėje pažymi, kad specialistai, kurie jautė, kad jų mokymai buvo pakankamai efektyvūs, vėliau jie daug mažiau bijojo dirbti su mėginusiais nusižudyti, geriau juos suprasedavo ir palaikydavo, o žinios apie apsauginius ir rizikos faktorius darė jų darbą veiksmingesniu.

Apibendrinant, galime išskirti, kad mėginusiesiems nusižudyti asmenims svarbu suteikti atitinkamą ir kompetentingą pagalbą ir, žinoma, kad specialistai jaustūsi pasiruošę teikti pagalbą vienai jautriausių žmonių grupių.

2. PSICHOLOGINĖ PAGALBA SAVIŽUDYBIŲ RIZIKOS ATVEJU

2.1. Savižudybių prevencijos strategijos

Savižudybių mąstai yra didžiulė visuomenės sveikatos problema, pastaruosius kelis dešimtmečius savižudybė buvo daugelio mokslinių tyrimų ir prevencijos programų pastangų objektu (Klonsky & May, 2014). Valstybei turėti savižudybių prevencijos planą, tuo labiau nacionalinę programą yra itin svarbu, tik tokiu būdu savižudybės tematika nėra nepaisoma. Deja, savižudybių prevencija dažnai nėra vyriausybės ir politikos prioritetas net ir pasaulio mastu. Nors pasaulyje savižudybės tema itin aktuali, tačiau yra šalių, kurios nevykdo ar neturi prevencinių programų. Pavyzdžiui, Ispanijoje valstybė neturi priėmusi atitinkamų gairių ar prevencinių programų, kaip elgtis su gresiančiu suicidiniu elgesiu, tėra vietinės iniciatyvos padariniai, kuriems trūksta finansavimo ir iš to sekančio prevencijos plano įgyvendinimo (Pilar & Bobes, 2014). 2018–ų metų rugsėjį, Ispanija pradėjo planą bandant įvesti savižudybės prevencijos programą dėl kasmet užregistruojamų 3500 mirčių dėl savižudybės (El País, 2018). Nacionalinė savižudybių prevencijos strategija yra itin svarbi, nes ji rodo aiškų vyriausybės įsipareigojimą, pirmenybę teikiant savižudybės temai ir sprendžiant su ja susijusias problemas (Pasaulinė sveikatos organizacija, 2018). Tyla ir stigma neretai vienos iš pagrindinių priežasčių, kas sulaiko žmones kreiptis pagalbos, kai jiems to labiausiai reikia. Tačiau moksliniai tyrimai ir užsienio šalių praktika rodo, kad savižudybių paplitimą galima sumažinti tikslingomis valstybės prevencinėmis priemonėmis (Gailienė, 2015).

Nacionalinė savižudybių prevencijos strategija turi būti daugiasektorinė, apimanti ne tik sveikatos sektorių, bet ir tokius sektorius kaip: švietimas, darbas, socialinė gerovė, žemės ūkis, verslas, teisė, politika ir žiniasklaida. Labiausiai paplitęs požiūris yra tas, kad svarbiausia skatinti teigiamą psichinę sveikatą, didinti visuomenės supratimą apie psichines ligas ir gerinti psichikos sutrikimų diagnozavimą, gydymą ir valdymą.

Lietuvoje savižudybių prevencija daugiau susirūpinta 1995m., įkūrus Lietuvos suicidologijos asociaciją, vienijančią įvairius specialistus: psichiatrus, psichologus, toksikologus, teismo medikus, socialinius darbuotojus, teisininkus, pedagogus ir kitų specialybių darbuotojus, besidominčius savižudybių prevencija. Lietuvoje 2016 m. balandžio 19 d. patvirtinta Vilniaus miesto savižudybių prevencijos 2016-2019 metų strategija, kuri apima šias grandis: kompleksinės pagalbos kūrimą, paslaugų teikimą, „vartininkų“ (ASIST; SafeTALK programos) ir specialistų mokymus, informacijos sklaidą, kompetencijų stiprinimą ir tarptautinį bendradarbiavimą (Vilniaus visuomenės sveikatos biuras, 2019). Savižudybės krizės metu dažnai padeda emocinės paramos telefonai, jų Lietuvoje turime keletą: Jaunimo linija, Vaikų linija, Vilties linija, Pagalbos moterims linija, linija Doverija, Sidabrinė linija.

Taigi, pasaulis vis labiau kreipia dėmesį į savižudybių opią temą, Lietuva taip pat bando spręsti savižudybės problemą taikant įvairias prevencines priemones, bei steigiant vis daugiau vietų, kuriuose žmogus gali gauti psichologinę ir/ar emocinę pagalbą, teikiamą informaciją, kurių dėka tampa vis labiau sąmoningi šios temos klausimais.

2.2. Savižudybių intervencijų metodai

Paprastai intervencijos skirstomos į du tipus: trumpalaikes ir ilgalaikes. Trumpalaikės intervencijos orientuotos į specifines krizės intervencijos strategijas, kurių metu pagrindinis tikslas yra išsaugoti žmogaus gyvybę ir atstatyti jo pusiausvyrą. Ilgalaikės intervencijos strategijos orientuotos labiau į rizikos faktorius, stresorius žmogaus gyvenime, psichologinius sunkumus, psichines ligas, individo pažeidžiamumą. Jų metu taikoma įvairūs metodai, bet neretai jie būna individualiai taikomi kiekvienam žmogui su kuriuo tuo metu yra dirbama. Granello (2010) pristato trumpalaikę, 7 pakopų/žingsnių strategiją, pritaikytą dirbti su žmonėmis išgyvenančiais suicidinę krizę. Jo intervencijos modelis apima tokius žingsnius kaip: savižudybės rizikos įvertinimą, ataskaitos apie situaciją paruošimas, žmogaus istorijos išklausymas, jausmų valdymas, alternatyvų tyrinėjimas, elgesio strategijų naudojimas (saugumo plano sukūrimas, pozityvus bei trumpalaikis veiksmų planas) ir tolimesnis žmogaus būsenos sekimas. Skirtingi autoriai pristato skirtingas intervencijų strategijas, pavyzdžiui,

O'Connor ir kolegos (2015) naudoja mokomosios akimirkos trumpąją intervenciją (angl. Teachable Moment Brief Intervention; TMBI), kurios pagrindinis tikslas yra skatinti pokyčius iš karto po bandymo nusižudyti, pagrindinių rizikos faktorių ieškojimas lėmęs suicidinį elgesį bei tolimesnio gydymo rekomendacijos ir nukreipimas. Kita, naudojama intervencija – motyvacinis interviu (Britton, Conner & Maisto, 2012), kurio metu siekiama keisti žmogaus elgesį ir spręsti jį lydinčią ambivalenciją bei rasti resursų norui gyventi, taip siekiama sumažinti ir suicidinės rizikos faktorius.

Nors pasaulyje galime rasti daug skirtingų taikomų intervencijos metodų, tačiau daugiausiai empirinio efektyvumo pagrindimo turinčios intervencijos yra šios:

1. Dialektinė elgesio terapija (ang. DBT). Ši terapija yra kognityvinės elgesio terapijos atmaina, skirta treniruoti gebėjimą valdyti jausmus, kad jie padėtų žmogui, o ne kenktų. Dialektinės elgesio terapijos programa paremta įgūdžių mokymu, naudojant struktūruotą individualią ar grupinę terapiją, įgūdžių stiprinimu ir motyvacijos kliūčių šalinimu individualioje psichoterapijoje bei įgūdžių pritaikymu kasdieniame gyvenime, ryšį su psichoterapeutu toliau palaikant telefonu (Jobes & Siegelman, 2015);
2. Kognityvinę terapiją skirtą suicidinio elgesio prevencijai (angl. CT-SP). Keletas studijų nurodo sumažėjusią savižudybės riziką prevenciškai taikant kognityvinę elgesio terapiją (Brown et al., 2005; Jobes & Siegelman, 2015; Wenzel, Brown & Beck, 2009). Struktūruota psichoterapija, akcentuojanti specifinį elgesį ir kognityvinius gebėjimus, yra empiriškai įrodyta kaip viena veiksmingiausių metodų tarp mėginusių nusižudyti asmenų (Simon et al., 2016). CT-SP intervencijos metu siekiama lavinti efektyvias žmogaus įveikos strategijas bei nustatyti paciento mąstymo, elgesio ir tarpasmeninio sąveikos modelius, kurie lemia suicidines mintis ir ketinimus. Svarbiausias principas yra tas, kad asmuo, svarstantis apie savižudybę ir toliau savo gyvenime turės stresorius, kurie praeityje sukėlė suicidinį elgesį ar mintis, tačiau dabar žmogus gebės veiksmingai įveikti šiuos stresorius ir kitus sunkumus savo gyvenime ir jie nebeveiks kaip suicidinio elgesio paskata. Pagrindinis šios intervencijos tikslas yra nustatyti artimiausius trigerius, kurie žmogui sukelia suicidines mintis. Atsižvelgiant į tai, tikslas yra ištaisyti ankstesnes ir įdiegti naujas, efektyvias įveikos strategijas (Jobes & Siegelman, 2015);
3. Bendradarbiavimu grįsto savižudybės rizikos vertinimo ir valdymo intervencija (angl. Collaborative Assessment and Management of Suicidality; CAMS). Jobes (2016) rašo, kad CAMS metodas pirmiausia išsiskiria savo klinicine filosofija, kuri būtent yra orientuota darbui su mėginusiais nusižudyti asmenimis. Šio metodo kertiniai darbo principai paremti empatijos, bendradarbiavimo, nuoširdumo bei teisingumo aspektais. CAMS priima fenomenologinį požiūrį, kad suprastų paciento suicidinį elgesį, CAMS kertinis aspektas yra daugiafunkcinio vertinimo naudojimas, gydymo

planavimo, stebėjimo ir rezultatų įrankis, dar vadinamas „savižudybės statuso forma“ (SSF), kuri yra lyg klinikinis žemėlapis, kuris kuruoja tolimesnį gydymąsi (Jobes & Siegelman, 2015). Tyrimai rodo, kad šis metodas yra lankstus ir lengvai pritaikomas, o jo naudojimas ženkliai sumažina savižudybės riziką (Comtois et al., 2011; Jobes & Siegelman, 2015; Jobes, 2012).

Lietuvoje turime priimtą teisės aktą, įsakymą Nr. V-859 „Pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems, savižudybės krizę išgyvenantiems ir savižudybės krizę išgyvenusiems asmenims teikimas“, kurioje yra pateiktos terapinės gairės kiek, kokie specialistai ir už ką yra atsakingi, taip pat pateikiamos nuorodos ir kiek mokymų valandų turi būti praėjęs specialistas, norint padėti savižudybės krizę išgyvenantiems asmenims. Tačiau įstatyme nėra pažymima kokią tiksliai pagalbą turi suteikti specialistas, tai spręsti paliekama jo nuožiūrai. Šis įstatymas įneša aiškumo ir nuorodų ką ir kaip turi atlikti specialistai dirbantys ir susiduriantys su žmonėmis, pasižyminčiais aukšta savižudybės rizika.

Apibendrinus, galime matyti, kad šiame skyriuje aptartos intervencijos strategijos naudoja įvairias technikas tam, kad padėtų klientui atpažinti, kada, kaip, kur ir dėl ko juos aplanko suicidinės mintys bei randasi ketinimai. Tuomet stebimas bendras intervencijų tikslas, kurio metu siekiama klientą išmokyti atpažinti suicidinio elgesio rizikos bei įspėjamuosius veiksnius ir taikyti efektyvias įveikos strategijas bei naujai išmokus įgūdžius bei tokiu būdu išvengti vis sunkėjančios situacijos. Visos anksčiau aprašytos intervencijos stengiasi klientą įkvėpti, nukreipti ir teisingai panaudoti asmens motyvaciją bei tokiu būdu geriau susidoroti su kylančiais suicidiniais impulsais ir sumažinti savižudybės riziką.

2.3. Trumpalaikė bandymo nusižudyti intervencijos programa (ASSIP)

Atsižvelgiant į žinomą didelę savižudybės riziką, atsirandančią po stacionarinio gydymo (Meehan et al., 2006), psichinės sveikatos įstaigos turėtų vis labiau į savo programą įtraukti ir su savižudybe susijusių intervencijų naudojimą stacionarinio gydymo metu, ypatingą dėmesį skiriant saugumo plano sudarymui ir jei reikalinga suteiktų nuorodas tolimesnei pagalbai gauti.

Mėginimas nusižudyti praeityje yra vienas pagrindinių savižudybių rizikos faktorių ir pakartotinių bandymų nusižudyti veiksnys (Guptill, 2011; Rudd et al., 2006). Tačiau, turimi tyrimai yra riboti, kurie galėtų parodyti empirinį įvairių intervencijų metodų veiksmingumą bei suicidinio elgesio rizikos sumažinimą (Brown & Green, 2014; O’Neil et al., 2012). Šiuo tyrimu taip pat mėginama įvertinti kaip trumpalaikė bandymo nusižudyti intervencijos programa (angl. Attempted Suicide Short Intervention Program; ASSIP) yra taikoma psichikos sveikatos sistemoje. ASSIP yra gydymo programa,

pagrįsta į klientą nukreiptu modeliu, kurio metu orientuojamasi į suicidinį elgesį, ypatingą dėmesį skiriant ankstyvajam terapiniam aljansui, taip pat svarbi psichoedukacija, kognityvinis atvejo konceptualizavimas, saugumo plano kūrimas, besitęsiantis ilgalaikis kontaktas po intervencijos (Gysin-Maillart et al., 2016). Ši terapija susideda iš 3-4 sesijų (po 60-90 minučių). Po intervencijos 2 metus su pacientais reguliariai susisiekiama laiškais. Dalyviams siunčiami pusiau standartizuoti laiškai ateinančius 24 mėnesius, kas tris mėnesius per pirmuosius metus, o antrus metus – kas šešis mėnesius. Laiškai dalyviams primena apie ilgalaikę savižudybių krizės riziką ateityje ir saugos strategijų svarbą. Laiškai asmeniškai pasirašomi ASSIP programos terapeuto. Klientai yra informuoti, kad jiems nereikia atsakyti į laiškus, bet būtų laukiama, jei jie pasidalintų kaip jiems sekasi gyvenime (Michel, Valach & Gysin-Maillart, 2017). Laiškų naudą po bandymo nusižudyti yra pažymėję ir tokie autoriai kaip Motto ir Bostrom (2001), kur paaiškėjo, kad laiškų gavėjai vėliau pasižymėjo žemesniu suicidiniu elgesiu, nei asmenys, kurie tokių laiškų negavo.

Pirmojoje sesijoje klientai yra prašomi papasakoti savo gyvenimo istorijos naratyvą, kuris atvedė iki suicidinių minčių ar veiksmų, pasakojimas yra įrašomas į vaizdo įrašą ir vėliau, kitoje sesijoje, peržiūrimas kliento ir klinicisto. Šio veiksmo tikslas yra iš naujo sujungti suicidinės krizės progresą jau kontroliuojamoje, saugioje aplinkoje ir sesijos pabaigoje, bendradarbiaujant klientui ir psichologui, sukurti psichoedukacinį planą. Trečioje sesijoje klinicistas pateikia atvejo apibendrinimą, kuris yra peržiūretas bendradarbiaujant su klientu. Jo metu klientui paaiškinami galimi įspėjamieji ženklai ir sudaromas individualus saugumo planas ir lydinčios strategijos, šis sąrašas pateikiamas klientui, kad prireikus, jis visada būtų pasiekiamas (Gysin-Maillart et al., 2016).

Saugumo planas nėra naudojamas tik ASSIP intervencijos programoje, jo reikalingumas ir efektyvumas randamas ir kituose anksčiau aprašytuose intervencijų metoduose bei kituose autorių straipsniuose. Kliento saugumo planas (arba dar kitaip gali būti vadinamas krizės atsako planu) turėtų aprašyti ir įspėjamuosius ženklus, kuriuos klientui reikėtų stebėti. Rudd (2008) rekomenduoja, kad geriausia saugumo planą yra turėti fiziniu pavidalu, kad jis būtų užrašytas ir būtų lengvai prieinamas, jei jo bet kada prireiktų. Autorius taip pat rekomenduoja, kad saugumo planas turėtų būti sudarytas iš keleto elementų: aiškių nuorodų, kada saugumo planas turėtų būti panaudojamas (pavyzdžiui, atsiradus suicidinėms mintims ar ketinimams, esant pasiruošimo ritualui ar repeticijai, alkoholio ar narkotinių medžiagų vartojimui, atsiradus pavojingam elgesiui ar tokiems jausmams kaip beviltiškumas, bejėgiškumas). Saugumo plane turėtų būti išskirti labai aiškūs žingsniai, kurie galėtų padėti klientui kontroliuoti savo vidinę būseną (pavyzdžiui, pasikalbėti su draugu ar šeimos nariu; atlikti atitinkamų pratimų emocijų nuraminimui bei jų valdymui). Galiausiai, saugumo plane turėtų būti išskirti ir aiškūs

žingsniai tolimesnių veiksmų, jei krizė išlieka (pavyzdžiui, skambinimas skubios pagalbos teikimo numeriu ar skambinimas į pasirinktą įstaigą, kuri galėtų suteikti pagalbą).

Dar vienas iš svarbiausių ASSIP programos siekiamybių ir orientacinių veiksmų – terapinis aljansas. Gysin-Maillart, Soravia, Gemperli ir Michel (2017) tyrime, kuriame buvo įvertinamas terapinis aljansas skirtingų ASSIP sesijų metu, paaiškėjo, kad terapinis aljansas padidėjo nuo pirmos iki trečios sesijos bei aukštesnis terapinis aljansas koreliavo su mažesne asmens savižudybės rizika. Dyregrov (2009) tyrime buvo analizuojama kokios pagalbos tikisi jaunimas po mėginimo nusižudyti ir kas dirbant su psichologu nepadedą užmegzti terapinį aljansą. Buvo išskirta, kad nepadedą per greitas gilinimasis į patį savižudybės aktą, profesionalo negebėjimas išskirti tikrų sunkumų savo kliento situacijoje, empatijos trūkumas ir nuoširdus neįsitraukimas/nesidomėjimas klientu neleidžia pasitikėti psichologu, trukdo ir psichologo nepakankamas patirties turėjimas suicidologijos srityje.

Gysin-Maillart ir kolegų (2016) tyrime, kuriame 2 metus buvo tiriama bei susisiekiama su dalyviais (n=120), buvo nustatyta, kad ASSIP grupė, kitaip nei kontrolinė grupė, kurie gavo įprastą gydymą, pasižymėjo 80% sumažėjusių bandymų pakartotinai nusižudyti. Taip pat, ASSIP pagalbą gaunanti grupė psichiatrinėje ligoninėje praleido ženkliai mažiau dienų gydantis.

Taigi, Gysin-Maillart ir kolegų (2016) išskiria, kad ASSIP programa sėkminga gali būti dėl to, kad, pirmiausia, klientams yra paaiškinama, jog ši intervencijos programa yra ribota ir ji negali išgydyti savižudiškų minčių, tačiau ši programa gali išmokyti klientą atskirti kada reikalingas saugumo planas, gali išmokyti ir naujų įveikos strategijų, psichoedukuoti apie savižudybės psichologiją apskritai. Terapinis aljansas tik dar labiau padeda įgyvendinti išsikeltus tikslus, išbandyti ir pritaikyti naujus įveikos būdus.

Kadangi ASSIP intervencijos programa yra pakankamai nauja ir yra didelis trūkumas šios intervencinės programos empirinių įrodymų, šiuo tikslu ir yra atliekamas šis mokslo tiriamasis darbas.

2.4. Kokybinių tyrimų svarba

Leenaars (2002) sako, kad tiek kokybiniai, tiek kiekybiniai tyrimų metodai yra svarbūs suicidologijai. Tačiau pastebima, kad didžiąją daugumą sudaro kiekybiniai tyrimai.

Didelę dalį suicidologinių tyrimų būtų galima suskirstyti į klasifikaciją, kur išsiskirtų epidemiologiniai, (neuro)biologiniai tyrimai ir intervencinės studijos (Hjelmeland & Knizek, 2010). Didžioji dalis epidemiologinių tyrimų koncentruojasi į suicidinio elgesio rizikos faktorių atskleidimą, tačiau vis dar nėra aišku daug detalių kaip įvairūs rizikos faktoriai veikia asmens elgesį. Žinome, kad

rizikos veiksniai gali būti universalūs, tačiau gali būti ir priklausomi nuo kultūros (Hjelmeland & Knizek, 2010). Visi šie tyrimų tipai gali paaiškinti atskiras suicidinio elgesio dalis, tačiau nei vienas negali paaiškinti viso savižudybės fenomeno.

Hjelmeland ir Knizek (2010) teigia, kad suicidologinių tyrimų srityje, itin svarbią vietą užima kokybiniai tyrimai. Jų dėka galima kur kas giliau pažinti reiškinį ar trynąjamą įvykį. Kokybiniai tyrimai leidžia kur kas plačiau suprasti nagrinėjamą reiškinį.

Virš 90% savižudybių aukų turi diagnozuotą psichinį sutrikimą arba nuotaikos sutrikimą (Mann, 2003). Tačiau Hjelmeland, Dieserud, Dyregrov, Knizek, ir Leenaars (2012) išreiškia kritiką dėl pačių metodų, kaip yra apipavidalinami tokio tipo tyrimai. Dažniausiai po nusižudymo yra imami interviu (angl. Psychological autopsy) bei kalbinami artimieji, draugai, tėvai, tačiau paties žmogaus jau nebeįmanoma pakalbinti. Dėl šios priežasties yra rekomenduojama suicidologinius tyrimus atlikti pasitelkiant kokybinę metodologiją, kur pagrindinis dėmesys būtų sutelktas ne į psichikos sutrikimus, o į gilesnį asmens patyrimą.

Standartizuoti testai ne visada gali tikti ir padėti atskleisti kiekvieno skirtingo žmogaus tikrus išgyvenimus. Kokybiniai tyrimai gali padėti nagrinėti ryšius tarp įvairių kintamųjų, gautų kiekybinių tyrimų metu. Taip pat, kartais net nereikia interpretacinių tyrimų, kartai užtenka aprašyti ir pažvelgti į žmogaus gyvenimą, tai padaryti gali padėti ir fenomenologiniai tyrimai, kurie geba atskleisti žmogaus psichologiją, žmogaus paveikslą (Giorgi, 2012).

Žinant, kad savižudybė yra reiškinys susidedantis iš daugelio faktorių, norima pabrėžti, kad yra reikalingi ir epidemiologiniai ir (neuro)biologiniai tyrimai, tačiau itin naudingi ir svarbūs yra kokybiniai tyrimai platesniam ir gilesniam reiškinio supratimui.

Šiame tyrime taikomas vienas iš kokybinių tyrimų metodų – teminė analizė. Teminė analizė metodologinėje literatūroje yra mažai aprašyta, tačiau praktikoje yra gana plačiai naudojamas metodas. Teminės analizės technika įgalina tyrėją analizuoti didelės apimties sudėtingą informaciją ir prienamai pateikti tyrimo rezultatus (Žydžiūnaitė ir Sabaliauskas, 2017). Ši metodika gali būti kritikuojama dėl savo didelio lankstumo, tačiau Braun ir Clarke (2006) nesutinka, jie išskiria, kad teminei analizei būdingas nuoseklus požiūris į kokybinių duomenų analizę.

Taigi, galima išskirti, kad kokybiniai tyrimai leidžia tyrėjams plačiau pažinti tyrinėjamą reiškinį, tačiau suicidologiniams tyrimams svarbūs tiek kokybiniai, tiek kiekybiniai tyrimai.

2.5. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Tyrimo tikslas: atskleisti trumpalaikės bandymo nusižudyti intervencijos programos (ASSIP) pritaikymą bei jos patyrimą Vilniaus psichikos sveikatos priežiūros sistemoje.

Tyrimo uždaviniai:

1. Atskleisti kaip tiriamieji patiria ASSIP programos pritaikymą ir jos kokybę gaunant pagalbą;
2. Atskleisti ir aprašyti temas, kokie pagalbos elementai tiriamiesiems atrodė svarbūs ASSIP programoje;
3. Atskleisti ir aprašyti temas, kokie veiksniai įprastai gaunamoje pagalboje po mėginimo nusižudyti išryškėjo tyrimo dalyvių patyrimė.

3. TYRIMO METODIKA

Šiame darbe yra naudojami duomenys, kurie yra ir platesnio mokslinio projekto dalis „Savižudybių problema sveikatos apsaugos sistemoje: pagalbos siekimas ir veiksmingumas“, 2017 10 – 2019 10 įgyvendinamo Vilniaus universiteto Klinikinės psichologijos katedros Suicidologinių tyrimų grupės, vadovaujamos doc. dr. Pauliaus Skruibio (Lietuvos mokslų tarybos finansuojamas mokslininkų grupių projektas, sutarties Nr. S-MIP-17-113). Projekto tikslas – įvertinti ketinusių nusižudyti, mėginusių nusižudyti ir nusižudžiusiųjų artimųjų pagalbos siekimo ypatumus bei pagalbos sistemos veiksmingumą.

Šį tyrimą vykdė tyrėjų grupė – šio darbo autorė, Kotryna Mikalauskaitė (Vilniaus universiteto, klinikinės psichologijos 2 kurso studentė) ir dokt. Jolanta Latakienė (klinikinė psichologė), vadovaujami doc. dr. Pauliaus Skruibio (klinikinis psichologas-psichoterapeutas). Tyrėjų grupė dalyvavo visuose tyrimo etapuose – tyrimo dalyvių kvietime, duomenų rinkime bei pirminėje jų analizėje. Šio darbo autorė atliko giluminę pagalbos po bandymo nusižudyti ir ASSIP intervencijos programos patyrimo analizę visoje surinktoje duomenų imtyje atskirai nuo kitų tyrimo grupės narių.

3.1 Tyrimo dalyviai

Tyrimo dalyvavo mėginę nusižudyti asmenys, po mėginimo patekę į Vilniaus mieste esančią psichikos sveikatos įstaigą, gaunantys įprastą pagalbą (gydymas medikamentais, gydytojo psichiatro konsultacijos, grupinės psichoterapijos, individualios konsultacijos su psichologu bei įvairūs užimtumo užsiėmimai, kuriuos pacientai renkasi savo nuožiūra) ir specializuotą psichologinę programą po mėginimo nusižudyti – ASSIP. Šiame tyrime dalyviams buvo keliami tokie atrankos reikalavimai:

1. dalyviai turi būti sulaukę bent 18 metų;
2. susižalojimą laiko mėginimu nusižudyti;
3. nėra ženklių kognityvinių sutrikimų;
4. nėra psichotinio sutrikimo;
5. nėra kalbos sunkumų.

Tyrimo dalyvių demografiniai duomenys nurodyti 2-oje lentelėje, siekiant konfidencialumo, tyrimo dalyvių vardai yra pakeisti. Šiame tyrime dalyvavo 11 asmenų – 6 moterys (55%) ir 5 vyrai (45%). Jų amžius svyravo nuo 22 iki 43 metų (bendras amžiaus vidurkis –28 m.). Pirmame tyrimo matavime dalyvavo 14 tiriamųjų, tačiau iki antro matavimo 3 asmenys nutraukė savo dalyvavimą.

2 lentelė. Tyrimo dalyvių demografiniai duomenys

Vardas	Lytis	Amžius	Gyvenamoji situacija	Darbinė veikla	Išsilavinimas	Gyvenamoji vieta
Tadas	Vyras	36	Gyvena su tėvais	Bedarbis	Profesinis	Didmiestis
Saimonas	Vyras	28	Gyvena vienas	Dirba	Aukštasis neuniversitetinis	Miestas
Dovydas	Vyras	43	Gyvena vienas	Yra neįgalus	Auštasis universitetinis	Didmiestis
Gabrielė	Moteris	24	Gyvena su partneriu	Bedarbė	Vidurinis	Didmiestis
Kristina	Moteris	27	Gyvena su kitais artimaisiais	Dirba nepilną dieną	Aukštasis universitetinis	Didmiestis
Andrius	Vyras	25	Gyvena su tėvais	Dirba	Vidurinis	Didmiestis
Rūta	Moteris	23	Gyvena su partneriu	Dirba/studijuoja	Aukštasis neuniversitetinis	Didmiestis
Jūratė	Moteris	26	Gyvena viena	Dirba/studijuoja	Aukštasis universitetinis	Didmiestis
Sigita	Moteris	35	Gyvena su partneriu	Bedarbė	Aukštasis universitetinis	Miestas
Matas	Vyras	24	Gyvena vienas	Dirba/studijuoja	Vidurinis	Didmiestis
Brigita	Moteris	22	Gyvena viena	Studijuoja	Vidurinis	Didmiestis

Didžioji dauguma tyrimo dalyvių nusižudyti bandė ne vieną kartą. Vieną kartą nusižudyti bandė tik du dalyviai, trys dalyviai bandė nusižudyti du kartus, du dalyviai bandė tris kartus, du dalyviai bandė nusižudyti keturis kartus, vienas dalyvis – aštuonis kartus ir galiausiai, vienas dalyvis iš viso bandė nusižudyti dešimt kartų. Per pastaruosius 6 mėn. du dalyviai mėgino nusižudyti po tris kartus, du dalyviai mėgino nusižudyti du kartus, likę septyni tyrimo dalyviai po vieną kartą.

3 lentelė. Paskutinio mėginimo nusižudyti būdai, diagnozės ir vartoti/vartojami medikamentai ir tyrimo dalyvių pasiskirstymas

Mėginimo nusižudyti būdas	Tyrimo dalyvių skaičius
Vaistai	4
Šuolis nuo aukštos vietos	1
Venų persipjovimas	2
Garaže nuo automobilio smalkių	1
Kelių būdų derinys	
Vaistai, korimasis	1

Vaistai, alkoholis, skandinimasis	1
Vaistai, venų pjovimasis, korimasis	1
Diagnozės	
Depresijos epizodas	6
Pasikartojantis depresijos sutrikimas	5
Šizoafektiniai sutrikimai	1
Asmenybės sutrikimai	3
Adaptacijos sutrikimas	1
Išsėtinė sklerozė	1
Psichikos ir elgesio sutrikimai dėl alkoholio vartojimo	1
Vartoti/vartojami medikamentai	
Antidepresantai	11
Antipsichotiniai vaistai	13
Benzodiazepinai	4
Antiparkinsoniniai vaistai	1
Nuotaikos stabilizatoriai	1

3-oje lentelėje matome, kad daugiausiai tiriamųjų mėgino nusižudyti naudodami įvairius vaistus, mažiausiai tiriamieji naudojo kombinuotus derinius bei buvimą garaže ir apsinuodijimą automobilio smalkėmis. Taip pat yra žinoma, kad dažniausia diagnozė, nustatyta šio tyrimo dalyviams, buvo depresijos epizodas, rečiausiai – adaptacijos sutrikimas, išsėtinė sklerozė, psichikos ir elgesio sutrikimai dėl alkoholio vartojimo. Galima apibendrinti, kad daugumai tyrimo dalyvių buvo paskirti antipsichotiniai vaistai, kitai daugumai - antidepresantai, rečiausiai – antiparkinsoniniai vaistai ir nuotaikos stabilizatoriai.

3.2 Tyrimo metodai ir eiga

Tyrimo eiga prasidėjo nuo kreipimosi į Vilniaus universiteto Psichologinių tyrimų etikos komisiją, norint gauti leidimą tyrimo atlikimui. Gavus etikos komisijos leidimą (Priedas Nr. 3) buvo susisiekiama su ligoninėmis dėl tyrimo atlikimo.

Kitas svarbus etapas – tyrimų dalyvių sutikimai dalyvauti tyrime, informuoto sutikimo anketa pateikiama Priede Nr. 1. Ši anketa buvo dalyviams pateikta psichologų, dirbančių įstaigoje.

Tyrimo atlikimo etape dalyviams buvo pateikiamos tyrėjų sukurtos anketos, kurios padėjo išsiaiškinti demografinius bei su savižudybe susijusius klausimus:

1. Demografiniai duomenys, gydymo informacija (8 klausimai);
2. Klausimai apie savižudišką elgesį (4 klausimai).

Kadangi šis tyrimas yra platesnio mokslinio projekto dalis, todėl tyrimo dalyviams buvo įteikiami ir kiti klausimynai. Dauguma ASSIP dalyvių pildė anketas palatose savarankiškai ir į antra ASSIP sesiją atsinešdavo jau užpildytus klausimynus, tačiau pildytų klausimynų rezultatai šiame tyrime nebus analizuojami:

1. Depresyvumo (Beck Depresijos klausimynas, BDI);
2. Suicidinių minčių (Beck Suicidinės ideacijos skalė, BSS);
3. Psichologinis skausmas, beviltiškumas, savižudybės rizika (dalis Suicide Status Form-4, SSF-4);
4. Psichologinės gerovės indeksas (WHO-5, 1999);
5. Terapinio aljanso klausimynas (WAI).

Tyrimo duomenų rinkimui buvo pasirinktas naudoti pusiau struktūruoto interviu metodas. Pusiau struktūruotas interviu leidžia giliau suprasti: visus gautus pagalbos būdus, pasitenkinimą gaunama pagalba ir jos kokybę; pagalbos poreikius; kas atrodo veiksminga/neveiksminga dabartinėje gaunamoje pagalboje. Šiame tyrime dalyviams buvo pateikiami iš anksto apgalvoti ir paruošti klausimai. Interviu metu yra paliekama galimybė esant reikalui užduoti papildomus tikslinamuosius klausimus.

Sudarytų interviu klausimų tinkamumui patikrinti buvo atliktas bandomasis tyrimas. Jo metu buvo atliktas bandomasis tyrimas su mergina, po bandymo nusižudyti. Šio interviu trukmė buvo 62 min. Remiantis bandomojo tyrimo duomenimis ir dalyvės pastebėjimais, interviu klausimai buvo koreguojami.

Visi šie metodai buvo taikomi vieno susitikimo metu. Interviu ėmė keturios tyrėjos (šio darbo autorė atliko 4 interviu iš 11 poveikio (ASSIP) grupėje ir 3 interviu įprastą pagalbą gaunančioje grupėje, kuri buvo platesnio tyrimo dalis). Interviu trukmė svyravo nuo 27 iki 76 min. Interviu buvo įrašinėjami į diktofoną, jokių papildomų pastabų interviu metu interviuotojo nebuvo žymima, tik tyrimo dalyvis ant popieriaus lapo sužymėdavo gautos pagalbos seką.

Bandžiusieji nusižudyti asmenys dalyvauti tyrime buvo kviečiami bendradarbiaujant su vienos Vilniaus miesto psichiatrinės ligoninės psychologėmis. Dalyvauti sutinkančių žmonių kontaktus

psichologės perdavė mums, tyrimo grupės tyrėjoms, ir praėjus 4 savaitėms nuo gauto sutikimo, telefoniniu skambučiu susisiekėme su šiais tyrimo dalyviais. Skambinimui sutikusiam tyrime dalyvauti asmeniui buvo naudojama tokia schema:

„Laba diena,

ar kalbu su (tyrimo dalyvio vardas)?

Ar galite dabar kalbėti? Čia skambina (vardas) iš Vilniaus universiteto tyrėjų grupės. Visu pirma, norėčiau Jums padėkoti už tai, kad sutikote dalyvauti mūsų tyrime, kurio pirmąją dalį atlikote su psichologe (vardas). Taip pat noriu pasiteirauti, kada Jums būtų patogiausias laikas ir diena susitikimui dėl antrosios tyrimo dalies – interviu ir (/arba tik) kelių testų? Visa tai turėtų užtrukti apie 1,5 val. Dėl susitikimo vietos dar pranešiu Jums, kai suderinsiu ją pagal Jums tinkamą dieną ir laiką.“

Susitikus su tyrimo dalyviu būdavo gaunamas leidimas interviu įrašinėti į diktofoną. Dalyviui pateikiamas baltas popieriaus lapas bei tušinukas ir **interviuotojas pateikdavo pagrindinį tyrimo klausimą**, kuris tyrėjams padėjo išsiaiškinti kokią pagalbą po paskutinio mėginimo nusižudyti gavo dalyvis:

„Šio pokalbio metu bandysime susidaryti platesnį vaizdą apie Jūsų gautą pagalbą po paskutinio bandymo nusižudyti ir jos veiksmingumą. Pradžioje šiame lape sužymėsime visą seką, kokią pagalbą gavote nuo paskutinio bandymo nusižudyti iki dabar, o vėliau užduosiu Jums detalesnių klausimų apie kiekvieną iš pagalbos rūšių. Kokią specialistų pagalbą gavote po bandymo nusižudyti?“

Po šio pagrindinio klausimo buvo užduodami patikslinantys klausimai apie kiekvieną iš paminėtos pagalbos komponentų:

- Kiek Jums ši pagalba padėjo? (įvertinti skaičiumi nuo 1 iki 10) Kuo padėjo ir kas nepadėjo? Koks specialistų elgesys daro šią pagalbą veiksminga?
- Kiek Jums patiko ši pagalba? (įvertinti skaičiumi nuo 1 iki 10) Kuo patiko ir kuo nepatiko?
- Kiek profesionalus [kompetentingas] buvo specialistas? (įvertinti skaičiumi nuo 1 iki 10)
- Kaip apibūdintumėte Jūsų santykį su specialistu?

Išsiaiškinus ir aptarus visus pagalbos komponentus dalyvio buvo prašoma įvertinti labiausiai ir mažiausiai padėjusias pagalbos rūšis:

- Kaip manot, kuris iš pagalbos komponentų labiausiai padėjo? Dėl ko?
 - Išrangaukite, nuo daugiausiai padedančio iki mažiausiai
 - [Apie daugiausiai ir mažiausiai] – kuo jis išsiskiria iš visos gautos pagalbos?
 - Ką reikėtų keisti Jūsų gaunamoje pagalba, kad ji būtų labiau veiksminga? / Ką norėtumėte, kad specialistai darytų kitaip?

Įvertinus ir išrangavus visus gautus pagalbos komponentus po paskutinio bandymo nusižudyti, tyrimo dalyvio buvo prašoma įvertinti gautą pagalbą bendrai, palyginti ją su anksčiau gauta, išsakyti pagalbos poreikius bei įvertinti dabar gautos pagalbos reikšmingumą:

- *Pagalbos vertinimas:*
 - Kuo ši pagalba panaši į tai, ką gavote anksčiau?
 - Kuo ši pagalba skiriasi nuo anksčiau gautos?
 - Kaip vertinat visą Jūsų gaunamą pagalbą po paskutinio bandymo nusižudyti bendrai?
- *Pagalbos poreikiai:*
 - Kokia pagalba šiuo metu Jums labiausiai reikalinga? / Kokios pagalbos trūksta?
- *Pagalbos svarba/reikšmingumas:*
 - Kas keičiasi Jūsų gyvenime gaunant šią pagalbą?
 - (Kas dabar būtų kitaip, jei negautumėte šios pagalbos?)

Baigiamasis klausimas:

„Šiame tyrime norime susidaryti išsamų vaizdą apie pagalbą po mėginimo nusižudyti. Ką dar turėtume žinoti, bet Jūsų nepaklausėme?“

Kiekvienas interviu buvo transkribuojamas tyrimo grupės tyrėjų, pakeičiant bet kokias tyrimo dalyvį identifikuojančias detales, vietovardžius, pavadinimus ir vardus. Interviu transkripcijose naudoti sutartiniai transkribavimo ženklai pateikiami Priede Nr. 4.

Toliau tyrime buvo apdorojami gauti rezultatai, daroma jų analizė ir rašomos išvados bei praktinės rekomendacijos.

3.3. Duomenų analizė

Šio tyrimo duomenų analizei buvo pasirinkta teminė analizė pagal Boyatzis (1998). Teminė analizė yra procesas, kurio metu yra užkoduojama kokybinė informacija. Šio užkodavimo rezultatas yra „kodas“ – tai gali būti temų sąrašas ar kompleksiškas tarpusavyje susijusių požymių, sąlygų ir temų modelis (arba tarpinė šių formų kombinacija). Teminė analizė padeda nustatyti centrinę ir pasikartojančias temas. Duomenų tvarkymas vyko keliais etapais: interviu įrašo transkribavimas, medžiagos redukavimas, potencialių temų išskyrimas, temų sąrašo kūrimas. Vykdyti etapai pristatomi plačiau:

1. **Interviu įrašo transkribavimas.** Įrašas perklausomas ir transkribuojamas, kartu pažymint ir kai kurią neverbalinę informaciją (pavyzdžiui, nusijuokimą, atsidusimą, kosėjimą) bei tyrimo metu atsiradusius pašalinius garsus (pavyzdžiui, rašo ant lapo, numeta tušinuką);
2. **Medžiagos redukavimas.** Prasminių vienetų tekste išskyrimas - interviu transkripcijos yra nuodugniai perskaitomos ir kiekvienas svarbus informacijos segmentas yra perfrazuojamas arba apibendrinamas. Tyrėjai skaitydami kiekvieną transkribuotą interviu tekstą į jį įsigilina, stengiasi jį internalizuoti ir teksto paraštėje pažymi teksto perfrazavimus ar apibendrinimus, naudojant kokybinių duomenų analizės programą „Atlas.ti“ Vilniaus universiteto Filosofijos fakultete. Apibendrinimų išraiška galima tiek tiriamojo, tiek tyrėjo žodžiais. Šio etapo tikslas yra pertvarkyti interviu medžiagą taip, kad ji būtų patogesnė tolesnei analizei;
3. **Potencialių temų išskyrimas.** Peržiūrimi išskirti visi prasminiai vienetai ir ieškoma panašumų, atsikartojančių momentų, tokiu būdu yra išskiriamos pasikartojančios temos. Siekiama užfiksuoti besikartojančių temų įvairovę visuose nagrinėjamuose tyrimo dalyvių atvejuose. Vienas prasminis vienetas gali būti priskiriamas kelioms temoms;
4. **Temų sąrašo kūrimas.** Ankstesnėje dalyje išskirti prasminiai vienetai sugrupuojami pagal interviu klausimų temas, pavyzdžiui, kas subjektyviai padeda tiriamajam skirtinguose pagalbos komponentuose, kas yra vertinama kaip neefektyvi pagalba ir panašiai. Peržiūrimos išskirtos potencialios temos, siekiant sudaryti bendrą temų sąrašą ir bandant išvengti neaiškių arba persidengiančių temų. Temų sąrašė prie kiekvienos temos yra nurodoma, kuriuose atvejuose pasireiškia atitinkama tema. Šiame etape sąrašas dar nėra laikomas baigtiniu ar nekintamu, nes reikalui esant jis galėjo būti koreguojamas įtraukiant naujai iškilusias temas, plečiant arba siaurinant kategorijas, jas pervadinant;

5. **Temų sąrašo taikymas likusiems interviu.** Jau sukurtas temų sąrašas buvo pritaikomas likusiai imčiai, t.y. su kiekvienu interviu atlikus 1 ir 2 duomenų tvarkymo žingsnius išskirti prasminiai vienetai priskiriami tinkamai temai. Jei būdavo aptinkama dar nesamas temos aspektas, tuomet temų sąrašas būdavo atnaujinamas ir papildomas;
6. **Galiausiai buvo sudarytas išsamus, aiškus temų sąrašas** ir kiekybinė temų pasikartojimo skirtinguose interviu išsklotinė.

3.4 Etiniai tyrimo aspektai

Tyrimo atlikimui buvo gautas Vilniaus universiteto Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedros ir Bendrosios psichologijos katedros Psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimas (Priedas Nr. 3).

Svarbu atkreipti dėmesį, kad šiame tyrime dalyvavę asmenys yra neseniai bandę nusižudyti žmonės ir tai yra psichologiškai jautri grupė. Buvo siekiama visais atžvilgiais užtikrinti asmenų psichologinį saugumą bei informacijos teisingumą ir tolesnes pagalbos galimybes, esant poreikiui. Visi tyrimo dalyviai pasirašydami informuoto sutikimo formą būdavo informuoti apie galimybę, esant norui ar susiklosčius tam tikroms situacijoms, pasitraukti iš tyrimo bet kuriame jo etape. Tyrimo procesas buvo vykdomas tik gavus kiekvieno asmens rašytinį sutikimą, interviu metu - žodinį sutikimą, leidimui diktofonu įrašyti interviu. Taip pat, turėjai siekė sudaryti kuo komfortablesnes sąlygas tyrimo dalyviams, interviu vykdavo jiems tinkamiausiu laiku, suderinus ir jiems patogesnę lokacijos vietą susitikimui. Jei buvo stebima sujaudinta tiriamojo būseną, po interviu būdavo aptariama dalyvio savijauta, primenama apie galimus psichologinės pagalbos būdus. Visi tyrimo dalyviai buvo informuoti apie galimybę susisiekti su tyrėjomis iškilus su tyrimu susijusiems klausimams.

Tyrimo dalyvavusių asmenų konfidencialumas bei anonimiškumas buvo užtikrinamas pakeičiant jų vardus, panaikinus bet kokias identifikuojančias detales, vietovardžius, minimų specialistų vardus. Darbuose ar pranešimuose rezultatų pavaizdavimui naudojamos tik trumpos citatos iš interviu transkripcijų. Su pilna interviu transkripcija ir pirminiais duomenų analizės rezultatais leidžiama susipažinti tik tyrimo grupei bei mokslo darbų recenzentams, sudarant galimybę įvertinti duomenų analizės skaidrumą bei nuoseklumą.

Svarbu atkreipti dėmesį, kad tyrimo grupės nariams turint kompetenciją suteikti emocinę paramą, o daliai ir psichologinę pagalbą, buvo nuspręsta apsiriboti tik tyrėjo vaidmeniu ir esant reikalui nukreipti tiriamuosius psichologinės pagalbos į kitus specialistus ar atitinkamas įstaigas.

3.5. Tyrimo ir teminės analizės kokybė ir užtikrinimas

Analizuojant tyrimo medžiagą, svarbiausia sistemiškai koduoti duomenis ir nustatyti temas. Vienas iš esminių veiksnių, lemiančių tinkamumą ir patikimumą, yra klaida. Esminės klaidų priežastys gali būti skirstomos į šias kategorijas (Žydžiūnaitė ir Sabaliauskas, 2017):

- *Su tyrėju susijusios klaidos.* Tyrėjo kompetencija tiesiogiai lemia duomenų tikrumą ir įtikinamumą, todėl pirmiausia svarbu užtikrinti ar tyrėjas turi pakankamai kompetencijos tiek metodologiškai, tiek teoriškai, tiek praktine prasme;
- *Su tiriamųjų dalyvavimus atliekant tyrimą susijusios klaidos.* Klaidas gali lemti subjektyvus tyrimo dalyvio elgesys ar savijauta (pavyzdžiui, pykinimas), motyvacijos stoka, nerimas, ilgesnį laiką trunkanti bloga sveikatos būklė, nuotaika, negebėjimas susitelkti, skausmas, nuovargis;
- *Su situacija ar socialiniu kontekstu susijusios klaidos.* Tyrėjas turi gebėti išskirti fizinius, socialinius ir tarpasmeninius kontekstus, rinkdamas kokybinius duomenis. Tyrimo dalyviai gali elgtis labai skirtingai skirtinguose socialinėse situacijose, pavyzdžiui, būdami vienumoje su tyrėju jie gali pateikti vienokią informaciją, o būdami grupėje – kitokią;
- *Su duomenų rinkimo ir analizės metodais susijusios klaidos.* Tyrėjas privalo aiškiai pristatyti visus taikytus metodus (kruopščiai aprašyti strategijas bei metodus). Pristatydamas ir interpretuodamas rezultatus, taip pat privalo naudotis turimų tyrimo lauko užrašų medžiaga. Kita rizika yra susijusi su tyrimo dalyvių atranka. Tyrėjas, atrinkdamas dalyvius, turi vadovautis nuostata, kad tyrimui yra aktualūs tie asmenys, kurie gerai išmano situaciją, turi su ja susijusios patirties ir gali aiškiai atsakyti į užduodamus klausimus. Taip pat, tyrėjas analizuojantis duomenis, turi išryškinti kraštutinius ir kontrastuojančius, arba oponuojančius vienas kitam, atvejus.

Smith (2008) kaip vieną iš kokybės užtikrinimo būtinybių išskiria tyrėjų interviu kodavimų patikrinimą. Tai leidžia įsitikinti, kad analizė nebuvo padaryta tik iš vienos perspektyvos. Temų išskyrimo etape taip pat svarbus komandos darbas, diskusija, tokiu būdu kai kurios temos gali būti pakeistos ar koreguojamos. Šiame tyrime tyrėjų komanda taip pat diskutavo kartu, tikrino ir koregavo temas, aptarė kitus galimus variantus, koduoti tekstai buvo tikrinami. Tokiu būdu užtikriname tekstų, kodų ir temų tikslumą bei kokybę.

Smith (2008) atkreipia dėmesį, kad itin svarbus veiksnys kokybės užtikrinime yra tyrėjo gebėjimas reflektuoti. Atliekant šį tyrimą refleksijos vykdavo tyrėjų susitikimo metu bei pildant

kokybinio tyrimo dienoraštį siekiant reflektuoti galimą tyrėjo nuostatų ar elgesio įtaką interviu duomenų patikimumui. Dienoraštis sudarytas pačių tyrėjų su klinikinės psichologės dr. Astos Zbarauskaitės pagalba, jį sudarė keturi klausimai:

- Mano bendri įspūdžiai po interviu (bet kokie pastebėjimai);
- Mano vaidmuo interviu procese - kaip interviu atlikimo metu galėjau paveikti tyrimo dalyvio pasakojimą (pavyzdžiui, būdamas pernelyg aktyvus, naudodamas per daug perfrazavimo ir kt.);
- Interviu konteksto stebėjimas (nuo susitikimo pradžios iki susitikimo pabaigos – kaip tyrimo dalyvis reaguoja, komunikuoja, priima tyrimo situaciją ir pan.);
- Pastebėjimai, mintys apie surinktų duomenų kokybę, patikimumą.

3.6. Tyrėjos patirties bei nuostatų refleksija

Tyrėja su savižudybių tematika yra susipažinusi akademiškai ir praktiškai: daugiau nei ketverius metus savanoriaujant emocinės paramos tarnyboje „Jaunimo linija“ bei rengiant naujus savanorius. Ši patirtis suformavo tam tikras nuostatas į savižudybę kaip reiškinį, pavyzdžiui:

- Savižudybė neįvyksta netikėtai, iki šio veiksmo galima pastebėti būsimos savižudybės signalų, o juos tinkamai pastebėjus galima suteikti pagalbą, kuri padės asmeniui išgyvenančiam krizę;
- Nebūtinai kartą mėginęs nusižudyti žmogus vėl bandys nusižudyti ateityje;
- Pagerėjimas po bandymo nusižudyti nerodo, kad savižudybės rizika praėjo;
- Tie žmonės, kurie mėgina nusižudyti, nebūtinai nori mirti, labiau nori nebejausti skaudžių ir sunkių emocijų, psichologinio skausmo.

4. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Šiame tyrime buvo siekta giliau suprasti ASSIP programos po mėginimo nusižudyti patyrimą ir jos veiksmingumo suvokimą, tačiau atsižvelgiant ir į visą pagalbos kontekstą, kokį žmogus gavo per gydymosi laikotarpį. Šioje dalyje bus pateikiami ir aptariami visų 11-os tyrimo dalyvių rezultatai. Teminės analizės metu buvo 1399 prasminių vienetų (kodų), kurie sudarė 318 potencialias temas. Šios potencialios temos buvo sugrupuotos į 29 potemes, kurios apibūdina 8 temas. Bus pristatytas visas teminės analizės metu išryškėjęs temų sąrašas. Papildomą informaciją galima rasti prieduose - Priede Nr. 5 pateiktas teminės analizės būdu išskirtų kategorijų bei temų sąrašas, jame pateikiami sutrumpinti tiriamiesiems priskirti vardai (pavyzdžiui, Dovydas – DO).

4 lentelė. Tyrimo metu išskirtos temos ir potemės

Temos ir potemės	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. TEIGIAMAS PAGALBOS POVEIKIS:											
<ul style="list-style-type: none"> Gauta pagalba išgelbėjo gyvybę, apsaugojo nuo dar vieno mėginimo nusižudyti 	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x
<ul style="list-style-type: none"> Pasikeitęs sunkumų ir būdų sau padėti supratimas, geresnis savęs pažinimas 	x	x		x	x	x	x	x	x		x
<ul style="list-style-type: none"> Pagalbos pakako, ji buvo efektyvi 					x	x				x	
2. PAGALBOS SIEKIMAS IR SUNKUMAI PRIIMANT PAGALBĄ:											
<ul style="list-style-type: none"> Pagalbos siekimas, įsitraukimas ir savarankiškumas 		x		x	x	x	x	x	x	x	x
<ul style="list-style-type: none"> Sunkumai priimti pagalbą: abejonės, beviltiškumas, vienišumas, nenoras kalbėti apie problemas 	x	x	x		x		x	x	x		x
<ul style="list-style-type: none"> Jausmai, elgesys susijęs su bandymu nusižudyti 	x		x	x		x	x	x			
<ul style="list-style-type: none"> Asmeninių savybių ir jausmų įtaka gaunamai pagalbai 	x		x			x	x		x	x	x

<ul style="list-style-type: none"> • Sunku prisiminti kai kurią informaciją iš gydymo proceso 	x		x	x					x	x	
3. PROFESIONALAUS, LYGIAVERČIO SANTYKIO SU SPECIALISTU SVARBA:											
<ul style="list-style-type: none"> • Padeda ASSIP terapeuto profesionalumas, geranoriškumas, bendradarbiavimas, įžvalgos, darbiniai santykiai 	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<ul style="list-style-type: none"> • Psichiatras kompetentingas, išklausančias, padedantis, draugiškas santykis, juo galima pasitikėti 	x	x	x		x		x	x		x	x
<ul style="list-style-type: none"> • Padeda specialistų išklausimas, supratingumas, nuoširdumas, dėmesingumas, profesionalumas 	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<ul style="list-style-type: none"> • Ligoninės sąlygų ir aplinkos svarba: laisvė, saugumas, bendravimas su pacientais 	x	x	x				x				
<ul style="list-style-type: none"> • Abejonės psichiatro kompetencija, santykis be pasitikėjimo 	x	x							x		
4. NEPAGARBAUS SANTYKIO IR PERNELYG GRIEŽTŲ GYDYMO BŪDŲ KENKSMINGUMAS:											
<ul style="list-style-type: none"> • Nepadeda griežtas, neatidus, nejautrus, rūpesčio nerodantis santykis 	x	x	x		x	x	x	x	x	x	
<ul style="list-style-type: none"> • Personalo nekompetentingas elgesys 	x	x	x	x	x		x		x		
<ul style="list-style-type: none"> • Nepadeda priverstiniai ar netinkami gydymo metodai, pasikeitę terapeutai, režimas ir per griežtos taisyklės 	x		x		x		x		x		x
<ul style="list-style-type: none"> • Gulėjimas psichiatrinėje ligoninėje ir jos aplinka nepadėjo 	x	x	x				x		x		x
5. SAVIŽUDYBĖMS SPECIFINĖS PSICHOLOGINĖS PAGALBOS VEIKSMINGUMO ELEMENTAI:											
<ul style="list-style-type: none"> • Padeda kelių psichologinės pagalbos būdų derinimas, 		x	x	x		x	x	x	x		x

konkretumas, saugumo planas, krizės ženklų pastebėjimas, išmokti nauji savipagalbos būdai													
• Psichologinė pagalba buvo svarbi	x			x	x				x			x	
• ASSIP programa buvo efektyvi, koncentruota ir struktūruota	x			x	x	x					x	x	
• Dabartinė pagalba specifiškesnė, intensyvesnė				x	x				x				
6. NEVIENAREIŠMIŠKAS VAISTŲ VEIKSMINGUMAS:													
• Šalutiniai vaistų poveikiai ir menkas veiksmingumas	x	x		x	x			x		x		x	
• Vaistai palengvina būseną, miego sutrikimus, įkyrias mintis	x	x	x	x			x	x			x		
7. SKIRTINGI PAGALBOS PO LIGONINĖS POREIKIAI:													
• Po ligoninės: gydymo netęsimas, savarankiškumas, artimųjų palaikymas	x	x									x	x	
• Po ligoninės: tolesnės psichologinės pagalbos poreikis				x		x			x				
• Po ligoninės prasta savijauta, baimė būti vienam, trūksta finansinės paramos, asmeninės priežastys, santykių sunkumai				x	x					x		x	
• Psichosocialinės reabilitacijos pagalba svarba						x				x			
8. PAGALBOS VEIKSMINGUMĄ GALINTYS PADIDINTI VEIKSNIAI:													
• Savalaikė pagalba: iki minčių apie savižudybę, tinkamai parinkti vaistai			x	x		x							
• Trūkstama pagalba gydymosi metu, poreikis ilgesnei ASSIP intervencinei programai				x	x	x			x	x		x	x

Pastaba. Interviu numerių paaiškinimai: 1 - Sigita, 2 – Rūta, 3 – Gabrielė, 4 – Dovydas, 5 – Jūratė, 6 – Matas, 7 – Andrius, 8 – Kristina, 9 – Tadas, 10 – Brigita, 11 – Saimonas.

Dalyviai kalbėdami apie gautą pagalbą dažniausiai kalba apie visumą, tai yra, tiek apie įprastai gaunamą pagalbą, tiek apie situacijas kylančias iš jų gyvenimo (santykių ypatumai, artimųjų, draugų

pagalba), o ASSIP programa yra visumos dalis. Šiame tyrime, specifiskai apie ASSIP, išryškėjo kelios temos, kuriose kalbama apie darbą, kontaktą su ASSIP psichologu bei pačios ASSIP programos ypatumus (daugiau žiūrėti potemėse „*Gauta pagalba išgelbėjo gyvybę, apsaugojo nuo dar vieno mėginimo nusižudyti*“; „*Padeda ASSIP terapeuto profesionalumas, geranoriškumas, bendradarbiavimas, įžvalgos, darbiniai santykiai*“; „*Padeda kelių psichologinės pagalbos būdų derinimas, konkretumas, saugumo planas, krizės ženklų pastebėjimas, išmokti nauji savipagalbos būdai*“; „*ASSIP programa buvo efektyvi, koncentruota ir struktūruota*“; „*Dabartinė pagalba specifiskesnė, intensyvesnė*“).

Taip pat, ASSIP programa yra papildoma (angl. add-on) intervencija, kuri yra šalia įprastos pagalbos, tačiau jos nepakeičia. Dėl šios priežasties svarbu nepamiršti ir visumos, platesnio konteksto, nes neretai, kaip stebima ir šiame tyrime, geriausi rezultatai jaučiami apjungiant įvairiapusę profesionalią pagalbą.

4.1. Teigiamas pagalbos poreikis

Tyrimo dalyviai apibendrinę visą gautą pagalbą, ją apibūdina kaip suteikusią teigiamą poveikį.

Gauta pagalba išgelbėjo gyvybę, apsaugojo nuo dar vieno mėginimo nusižudyti. Galima teigti, kad vienas svarbiausių aspektų asmenims, bandžiusiems nusižudyti yra išgelbėta gyvybė arba apsaugojimas nuo dar vieno mėginimo nusižudyti. Beveik visi (išskyrus vieną) tiriamieji būtent tai ir įvardijo. Keli tiriamieji įvardija, kad jei nebūtų gavę reikiamos pagalbos, tuomet būtų nusižudę „*Tai manęs šitoj žemėj nebebūtų*“ (Brigita, 169); „*Nu išgelbėjo man gyvybę, taip.*“ (Sigita, 223); „*Ne nu ta prasme, nežinau, tai arba būčiau nusižudęs, arba būčiau dirbęs.*“ (Andrius, 435). Taip pat, tiriamasis kalba apie tai, kad ASSIP intervencinės programos metu sudarytas saugumo planas galimai išgelbėjo gyvybę „*Jau vieną kartą jisai man (pagalbos planas) galimai išgelbėjo gyvybę, nes galėjo būti dar vienas suicidinis bandymas.*“ (Dovydas, 54). Vienas tiriamasis įvardijo, kad gauta pagalba gydymo metu padeda nenusižudyti „*būtų daug lengviau įkrist ir galimai ir būčiau paslydęs pakeliui. Tai mažų mažiausiai užkirto kelią, bent jau iki dabar, kad tai neįvyktų vėl*“ (Matas, 229). Tai ką sako Mantas patvirtina ir tyrimai. Cedereke ir Öjehagen (2004) tyrime buvo stebima, kad kartą mėginus nusižudyti, vėliau, ypač pirmaisiais metais po pirmo mėginimo, rizika išlieka itin aukšta ir neretai bandoma nusižudyti vėl. Todėl geresnis atsigavimo po mėginimo nusižudyti faktorių supratimas gali padėti išsaugoti gyvybes (Chan, Kirkpatric & Brasch, 2017).

Pasikeitęs sunkumų ir būdų sau padėti supratimas, geresnis savęs pažinimas. Aštuoni tiriamieji kalba apie tai, kad išmoko geriau save pažinti ir sau padėti. Tiriamasis atskleidžia, kad gauta pagalba teigiamai paveikė jo kasdienį funkcionavimą, savęs supratimą bei ateities planus „*Pasidariau veiklesnis, geresnės nuotaikos, daugiau bendraujantis ir geresnės nuotaikos, kitokių minčių, kitokių nusistatymų, ateities planų ir panašiai.*“ (Andrius, 427). Kitas tiriamasis įvardijo jog susitikimai su ASSIP programos psichologe padėjo geriau pažinti save „*padeda pažinti save nes, aš toks vat, gal- galvojau taip ir tik taip ir ne kitaip. Bet pabendravus su ja iš tikrųjų yra ir kitos galimybės ir tada pradedi mąstyt.*“ (Tadas, 187). Tiriamoji dalinasi, kad po gautos pagalbos supranta, jog bandymas nusižudyti buvo psichologinės būsenos padarinys „*Mąstymas pasikeitė. Atsirado norai poreikiai, o ne augalėlis, kuriam viskas gerai. Reikalavimai sau iš- išsiugdė tokie dabar, galvoju kiek aš švaisčiau laiko glušindama save vaistais ir, kiek aš ko nepadariau ir, daug daug daug visko dabar yra. Siekiai viskas.*“ (Sigita, 217). Atsiradę tikslai ar nebaigti darbai bei nauji, sveiki streso įveikos įpročiai skatina asmenį sėkmingai sveikti ir grįžti į gyvenimą (Chan, Kirkpatric & Brasch, 2017), tai stebime ir šio tyrimo dalyvių patyrimė.

Pagalbos pakako, ji buvo efektyvi. Trys tiriamieji įvardijo, kad gautos pagalbos visiškai pakako, ji buvo efektyvi ir naudinga „*Pagalba buvo, buvo tiek, kiek man jos reikėjo.*“ (Jūratė, 189) ir „*Nežinau ką ir bepridurt prie to, kad labai gerai vertinu.*“ (Matas, 217). Džiugu, kad šiame tyrime buvo žmonių, kuriems pagalba pasirodė veiksminga ir visko pakako, nes neretai pagrindinis barjeras, kuris sulaiko mėginusius nusižudyti kreiptis pagalbos yra įsitikinimas, kad pagalba nepadės ar nebus pakankamai efektyvi (Hom, Stanley & Joiner, 2015).

4.2. Pagalbos siekimas ir sunkumai priimant pagalbą

Interviu metu išryškėjo, kad tiriamieji ieško dabar ar ieškojo anksčiau pagalbos, tačiau susiduria ir su įvairiais sunkumais priimant pagalbą.

Pagalbos siekimas, įsitraukimas ir savarankiškumas. Penki tiriamieji pasidalino savo nuostata, kad suteikiamos pagalbos veiksmingumas labiausiai priklauso nuo pačio asmens, o gauta pagalba labiau veikia kaip tolimesnis postūmis kažką keisti savo gyvenime „*aš kaip suprantu tai ta pagalba labiau buvo tokia pre- Kaip čia pasakyt, postūmis toks labiau man pačiam kažką imt ir daryt [T: mhm], keistis ta prasme ir tvarkytis, tai labiau apie tai.*“ (Saimonas, 202); „*Čia viskas kaip sakant jau nuo manęs nuo tokio, tokio apatiškumo, nusivylimo ir taip toliau*“ (Tadas, 193). Vienas tiriamasis dalinasi, kad būdamas ligoninėje norėjo ir buvo skatinamas vesti kitiems pacientams savipagalbos grupes „*aš ligoninėje, kad padėti sau ir kitiems vedžiau savipagalbos filmų terapijos ir biblioterapijos savipagalbos grupes <...>*

visas personalas skatino, kad va taip va būtų.“ (Dovydas, 106-108). Kitas tiriamasis dalinosi, jog ramybės suteikia ir draugų palaikymas, jų parama „*palaikymas ypatingai draugų, kad tu žinai, kad kaip sakyti, tave palaiko [T: mhm] ir supranta, ir tau jeigu bus blogai tu gali kreiptis [T: mhm], tai tas irgi tokios ramybės duoda.*“ (Saimonas, 202). Tas pats dalyvis atskleidžia, kad jei nebūtų dabar gavęs visos šios pagalbos, vis tiek būtų savarankiškai kreipęsis pas specialistus arba kiti asmenys, matantys, kad jam blogai, ieškotų pagalbos už jį „*aš vis tiek būčiau ėjęs anksčiau ar vėliau kažkokios pagalbos, ta prasme bet bet faktas, kad man jau reikėjo turbūt jau jau ta buvo tokia krizė, kada man biški reikėjo užsidaryti nuo aplinkos ir pabūt [T:mhm] pabūt ant lovytės ir pagalvoti.*“ (Saimonas, 208). Kitame tyrime išryškėjo, kad patekę į psichiatrinę ligoninę pacientai gali ne tik jausti gėdą, kaltę, nervingumą, tačiau ir palengvėjimą, nes jiems darėsi per sunku tvarkytis su savo emocine būseną ar gyvenimo situacija (Samuelsson, Wiklander, Åsberg & Saveman, 2000). Rancāns, Lapiņš, Renberg & Jacobsson (2003) tyrime, 95% tyrimo dalyvių išreiškė nuomonę, kad bet kokia psichologinė pagalba po mėginimo nusižudyti yra būtina. Iš šiame tyrime stebima, kad tyrimo dalyviai buvo labiau linkę kreiptis, ieškoti psichologinės pagalbos, nei viską spręsti savarankiškai.

Sunkumai priimti pagalbą: abejonės, beviltiškumas, vienišumas, nenoras kalbėti apie problemas.

Keli tiriamieji atskleidžia, kad buvo sunku atsiverti gaunant įvairių psichologinę pagalbą (konsultacijas ar dalyvaujant grupinėje psichoterapijoje), nesinori kalbėti apie esamus sunkumus „*Be galo sunku kažkaip atsiverti didesnėje tokioje grupėje.*“ (Kristina, 64); „*Nepatiko apskritai, kad reikėdavo kalbėti apie savo problemas, nu tas, kad su psichologu bendraut apskritai dalykas, nemėgstu.*“ (tiriamoji kalba apie skyriuje dirbantį psichologą) (Rūta, 65), tačiau Rūta kalbėdama apie kontaktą ir ryšį su ASSIP psichologe sako, kad „*man labai padėdavo konsultacijos su ja, aš geriau pasijusdavau po pokalbių su ja. Geriau negu buvo su [LIGONINĖ nr. 1] psichologe, kai kalbėdavau.*“ (Rūta, 123). Šiuo atveju Rūtos palyginime matome, kad tiriamoji užmezgė geresnį kontaktą su ASSIP psichologe, po konsultacijų jausdavosi geriau. Viena tiriamoji įvardijo, kad jai nelabai patiko filmuotis prieš kamerą ASSIP programoje „*nepatiko stebėti save ekrane, filmuotis nepatiko.*“ (JŪ, 142). Vienas tiriamasis dalinosi, kad jį kamavo abejonės ir baimė dėl savo savižautos pasidalinimo gydytojui „*aš tiesiog tų migdomųjų kažkaip vengčiau prašyti, kad man sakau nepradėtų įtarinėti, kad man kažkas ten nežinau, blogiau su manim darosi žodžiu.*“ (Saimonas, 108). Vienas tiriamasis dalijasi, kad yra vienišas: „*aš dabar taip gyvenu kad, neturiu nei draugų nei nieko, nėra man net su kuo pasišnekėt. Su mama tai taip, žinot taip tikrai kažką tai.*“ (Tadas, 215). Draugų neturėjimas, negalėjimas dalintis ir jaustis grupės dalimi, dažniausiai veda į psichologinę kančią (Chan, Kirkpatrick & Brasch, 2017). Joiner (2005) savo teorijoje taip pat pristato, kad vienas ir lydinčių veiksmų į aukštą savižudybės riziką yra negebėjimas priklausyti jokiai socialinei

grupei, buvimas vienišu. Dar viena tiriamoji sako, kad tiesiog nebuvo noro priimti siūlomą pagalbą „*Na tiesiog aš jaučiausi abejinga aplinkiniam pasauliui tiesiog, nenorėjau pagalbos priimti.*“ (Gabrielė, 28). Rancāns ir kolegų (2003) tyrime rasta, kad žmonės, kurie anksčiau yra savo gyvenime gavę pagalbą, tai jie daug lengviau priims pagalbą ir ateityje. Mūsų tyrimo metu gauta rezultatų dalis prieštarauja Rancāns ir kolegų atliktam tyrimui, nes mums žinoma, kad dalis šio tyrimo dalyvių yra bandę žudyti ne vieną kartą, tačiau stebimas nenoras, abejingumas priimant specialistų pagalbą. Įtakos šiam patiriamam nenorui ar abejingumui gali turėti daugybę įvairių faktorių, todėl galima tik pasvarstyti kas galėjo lemti, kad dalis šio tyrimo dalyvių nenori priimti pagalbos. Dadašev, Skruibis, Gailienė, Latakienė ir Grižas (2016) savo tyrime išskiria, kad asmenys gali vengti ieškoti pagalbos dar iki mėginimo nusižudyti, nes nepasitiki kitais žmonėmis, tiki, kad savo problemas turi išsispręsti patys, vengia kitiems užkrauti našta ar kitus rūpesčius bei gali tikėti, kad savo jausmų rodymas yra silpnumo ženklas. O kaip buvo iškelta ir Joiner (2005) teorijoje, savęs kaip naštos suvokimas gali skatinti atsiriboti nuo aplinkinių teikiamos pagalbos. Taigi, tiriamiesiems gali kliudyti jų pačių jausmai, susiję su esama situacija (pavyzdžiui, gėda, kaltė), dar tiriamieji gali būti turėję nemalonus patirties iš ankstesnio/ankstesnių bandymų nusižudyti (specialistai elgėsi netinkamai: kaltino, įžeidė ar panašiai), todėl iš nemalonus ankstesnės patirties gali kilti ir dabartinis nenoras, baimė likti nesuprastiems ar atstumtiems.

Jausmai, elgesys susijęs su bandymu nusižudyti. Suicidologijos temoje itin svarbus aspektas – žmogaus jausmai, tiek kalbant apie bandymą nusižudyti, tiek kalbant apie gaunamos pagalbos sukeltus jausmus. Tiriamoji atskleidžia, jog ją aplankė gailestis dėl to, kad jai nepavyko nusižudyti „*Išvis gailėjausi, kad man nepavyko nusižudyti.*“ (Gabrielė, 36); „*Ir tu, vienintelis dalykas, ką tu girdi, tu visų pirma turi susitaikyti, su tuo, kad tu atsibudai aplamai, kad nemirei.*“ (Jūratė, 269). Kaip yra žinoma, tie asmenys, kurie bandė nusižudyti ir gailisi dėl to, kad liko gyvi yra daug didesnėje rizikoje nusižudyti ateityje, nei tie, kurie džiaugiasi, kad liko gyvi ar bent jau išgyvena ambivalentiškus jausmus (Henriques et al., 2005). Taip pat, tas pats tyrimas patvirtino, kad tie asmenys, kurie likę gyvi gailisi, vėliau patiria daug daugiau beviltiškumo jausmo ir jaučiasi prislėgti. Remiantis tiek Joiner (2005), tiek Klonsky ir May (2014) suicidinio elgesio teorijomis, asmens išgyvenamas beviltiškumo jausmas yra vienas pagrindinių veiksnių tolesniam bandymui nusižudyti. Visiškai natūralu ir nenuostabu, kad ir šiame tyrime buvo akcentuotas kalbėjimo sunkumas apie savo ankstesnį mėginimą nusižudyti „*Buvo labai sunku kalbėti apie tą savo savižudybės bandymą, nes tai vis vien nėra toks eilinis dalykas, tai buvo skaudu ir sunku apie visa tai kalbėti, tai va... Tam tikra sakyčiau šoko reakcija šiek tiek.*“ (Kristina, 38). Tiriamasis sako, kad alkoholio vartojimas tik didino norą nusižudyti „*.hhh Kuomet mėginau nusižudyti,*

aš daug gėriau tuo metu. Ir tai tiesiog buvo vienas iš veiksmų, kuris paskatino imtis tolimesnių veiksmų.“ (Matas, 79).

Asmeninių savybių ir jausmų įtaka gaunamai pagalbai. Viena tiriamoji dalinosi savo aukštų standartų iškėlimu įvairiems specialistams „*Jeigu jau specialistai nesvarbu, tada ir man neturėtų būt svarbu. Gal per daug reikalauju iš specialistų.*“ (Gabrielė, 90). Per aukšti mūsų lūkesčiai gyvenime išties gali nuvilti. Kitas tiriamasis dalinosi, kad patiria sunkumų įvertinant kitų specialistų kompetentingumą „*Aaa, nežinau, nes aš nežinau, kuriuose vietose kam ką reikėtų daryt.*“ (Andrius, 112). Tiriamoji atskleidžia, kad nemėgsta kalbėtis apie save ir tai išties gali turėti įtakos gaunamoje pagalboje. Dar vienas tiriamasis svarsto, kad jam yra sunku pastebėti kai kuriuos dalykus savyje „*net tokius vizualinius aš juo labiau, kai sportuoju aš tokių pokyčių galbūt tokių trumpalaikių nesugebėdavau pastebėt žodžiu kas su manim vyksta.*“ (Saimonas, 166). Dalyvių tarpe matomas ir nevienpusiškas pasitikėjimas įvairias vaistais, gautais pagalbos metu „*[T: Pasitikite jų šiaip veiksmingumu?] D: Jo, aš visiškai nieko prieš vaistus neturiu.*“ (Saimonas, 114); „*Ir sakau, aš labai skeptiškai į tuos vaistus žiūriu, antidepresantus ypač.*“ (Tadas, 39). Tiriamasis dalinosi, kad jam nepatiko jį lydinti nežinomybė ar ateityje padės ASSIP intervencijos programoje sukurtas saugumo planas „*Nes nežinau ar tas planas padės.*“ (Andrius, 338).

Sunku prisiminti kai kurią informaciją iš gydymo proceso. Penki tiriamieji atskleidė, kad jiems sunku prisiminti vienokią ar kitokią informaciją iš gydymo proceso „*nelabai atsimenu, man buvo konstatuota dalinė amnezija, tai aš neatsimenu pusės vakaro prieš savižudybę ir didelės dalies iš, iš reanimacijos*“ (Brigita, 30); „*Aš ne viską atsimenu, biški atsimenu, biški neatsimenu. Tai maždaug taip.*“ (Tadas, 33). Du iš jų neatsimena įvykių reanimacijos laikotarpiu. Šias tyrimo dalyvių atminties spragas būtų galima interpretuoti, siejant su toliau aprašyta medikamentų tema (žiūrėti skyrelį 4.6. *Nevienareikšmiškas vaistų veiksmingumas*) tuo, kad gydantis reanimacijoje bei kituose ūmuose ligoninės skyriuose, buvo gaunama itin dideli kiekiai medikamentų, kurie galėjo stipriai slopinti tiriamuosius ir vienaip ar kitaip paveikti jų atmintį.

4.3. Profesionalaus, lygiaverčio santykio su specialistu svarba

Vienas iš svarbiausių aspektų gaunamoje pagalboje be abejonės yra santykio su specialistu svarba. Tyrimo dalyviai taip pat gausiai dalinosi savo patyrimais ir specialistų matymu gydymo procese.

Padeda ASSIP terapeuto profesionalumas, geranoriškumas, bendradarbiavimas, įžvalgos, darbiniai santykiai. Apie ryšį ir santykį su ASSIP psichologu kalbėjo visi tyrimo dalyviai. Dešimt tyrimo dalyvių įvardijo, kad ASSIP psichologė buvo profesionali ir kompetentinga ir pasakydavo gilių įžvalgų

„kažkaip labai labai profesionaliai dirbo, tokių labai įdomių tokių įžvalgų pasako.“ (Saimonas, 124); „Nes sakau tos įžvalgos, tikrai tokios, nu aš net nesitikėjau tokių įdomių ir gilių įžvalgų, pastebėjimų.“ (Saimonas, 144). Taip pat, keli tyrimo dalyviai atskleidžia, kad santykis su ASSIP psichologe buvo labiau darbinis, formalus, tačiau pakankamai šiltas ir nuteikiantis darbui „[T: Vėlgi, kaip kaip kaip jūs jaučiat tą santykį, koks jis yra, kaip atrodo?] Jis yra dalykinis, orientuotas į pagalbą klientui, jis puikus (8s.), tikrai puikus (4s.). Nė po vienos konsultacijos nesijaučiau kaip nors, ar nesuprastas, ar neišgirstas ar nenorėtas suprasti, ar išgirsti. Visą laiką viskas buvo gerai.“ (Dovydas, 70); „man iš tikrųjų ir patinka išlaikyt galbūt tą tokį santykį ta prasme gydytojo ir ir ir ir besigydančio [T: mhm], vis tiek kažkaip tai palaiko tokį nu kaip čia pasakyt, nu kai, tas formalumas išsilaiko, tiesiog galbūt tu tada natūraliai rimčiau žiūri į pačią tą pačią tą pačią tą sesiją, patį tą darbą su tuo gydytoju.“ (Saimonas, 146). Tiriamasis sako, kad ASSIP psichologė nepiršo jam savo nuomonės, o labiau švelniai keitė dalyvio mąstymą ir padėjo išgryninti ko jis nori gyvenime „Jo, kažkaip tai moka nepiršt tos savo nuomonės, nes man vis tiek teko ir su daugiau psichologų bendrauti tai, būdavo tikrai taip perša savo nuomonę.“ (Tadas, 107). Vienas tyrimo dalyvis paatviravo, kad seniau po įvairių kitų psichologų konsultacijų jį vis tiek aplankydavo suicidinės mintys, o dirbant su ASSIP psichologe tiriamasis jautėsi, kad juo rūpinamasi ir po įvykusių konsultacijų jo neaplankydavo suicidinės mintys „būnu pakankamai sudėtingas, ypač po terapijų. MAN BLOGA BŪNA, MAN TA PRASME TOS MINTYS VISOKIOS ATEINA, a vat po šitų neateidavo. Vadinasi, kažką tai manyje tinkamai koregavo arba bent jau įžodindavo.“ (Dovydas, 24). Tas pats dalyvis dalinasi, kad ASSIP konsultacijų metu jis nebuvo spaudžiamas kažką daryti „neskubino padaryti kažką čia ir dabar, kad ramiai iš lėto, kad viskas. Nes jeigu dar .hhh pradėt ir su laiku lenktyniauti, tai (4s) nemanau, kad naudingiau būtų buvę.“ (Dovydas, 16). Švedijoje buvo atliktas tyrimas, kurio metu pacientai, besigydančios psichiatrinėje ligoninėje, dalinosi savo įžvalgomis apie jiems suteiktą specialistų pagalbą. Paaiškėjo, kad pacientams kritiškai svarbu buvo užmegzti gerą kontaktą su jais gydančiu personalu, tai skatina gyventi toliau ir lengviau priimti pagalbą, nes jei trūksta patvirtinimo iš personalo pusės – pacientai jausdavosi kaip našta ir greičiau išsirašydavo iš ligoninės arba mėgindavo nusižudyti dar kartą (Samuelsson et al., 2000). Džiugu, kad šio tyrimo dalyviai įvardijo santykį su ASSIP psichologe, kaip vertingą, darbingą ir konsultacijos daugeliui buvo veiksmingos. Dalyvis sako, kad nesijautė kaip statistinis vienetas ateidamas į konsultacijas: „Maloniai jausdavaus (4 s). Jausdavaus taip, kad nu, ne taip kad užėini į kabinetą, O DAR VIENAS VARTOTOJAS (psichologas). NE. Ta prasme kiekvienas, nu aš taip jausdavau, kaip nu .hhh (5s) kaip aš atėjau, o ne kaip tai kažkoks statistinis vienetas, nes nu tokia pakankamai šilta, darbinė atmosfera.“ (DO, 28). Dovydas toliau kalba apie konsultacijų kokybę: „Na jos buvo, jos buvo ne bendro pobūdžio, jos buvo orientuotos į mane kaip

asmenį ir į įvykį, kuris va su manim va buvo. Irgi ne kaip į kažkokį vieną iš daugelio, bet kaip įvykį, kuris su manim galėjo realiai pakeist mano (2 s) gyvenimo kelią. Nutraukiantį .hhh ir toliau va svarbiausia tos mintys buvo išlikusios, tai [VARDAS] (psichologė kartu sudariusi planą) sugebėjo .hhh (7 s) atrast tą, atrast tam tikrus aspektus, kurie būtų man kaip kabliukas kabinantis į gyvenimą.“ (DO, 127). Nors šiame tyrime nėra vertinamas terapinio aljanso pokytis, tačiau iš to ką sako tyrimo dalyviai, galima spręsti, kad daugumai pavyko užmegzti pakankamai artimą, pasitikėjimu grįstą santykį, kurio metu galėjo vykti teigiami pokyčiai dalyvio mąstyme ir elgesyje.

Psichiatras kompetentingas, išklausantis, padedantis, draugiškas santykis, juo galima pasitikėti. Penki tiriamieji pabrėžia psichiatro, su kuriuo dirbo, profesionalumą ir kompetentingumą „laiko trūkumas jautėsi, bet šiaip ji gera specialistė.“ (Brigita, 50); „tikrai jis labai labai profesionaliai dirba ta prasme su pacientais, aš sakyčiau.“ (Saimonas, 70). Trys tiriamieji dalinasi, kad pavyko užmegzti artimą ryšį su psichiatru, todėl galėjo juo pasitikėti ir šis artimas ryšys tikrai prisidėjo prie bendrai gautos pagalbos gavimo „nes kažkaip tikrai galėjau pasitikėti ja.“ (Kristina, 74); „Tai mes su juo tikrai gerą gerą ryšį išlaikėme, labai kažkaip profesionaliai šioje vietoje mane priėmė.“ (Saimonas, 54). Tiriamoji atskleidžia, kad psichiatras ją daug ko išmokė, ji naujas žinias gali taikyti sau, taip pat buvo patenkinta darbu su psichiatru bei užmegztu ryšiu „jis padėjo man išmokti atpažinti kada man, pareina manija, o kada man, ar ar čia iš tiesų aš taip galvoju ar čia liga už mane galvoja.“ (Brigita, 134). Užmegztas geras, artimas ryšys su specialistu mažina riziką pakartotinam mėginimui nusižudyti (Motto & Bostrom, 2001).

Padedą specialistų išklausymas, supratingumas, nuoširdumas, dėmesingumas, profesionalumas. Įvairūs specialistai, dirbdami tiesiogiai ar netiesiogiai su pacientais, labai stipriai prisideda prie pacientų bendros gerovės ir gydymo proceso. Todėl nenuostabu, kad visi šio tyrimo dalyviai dalinosi, kad jiems padėjo įvairūs specialistai savo dėmesiu, rūpesčiu, supratingumu. Septyni tiriamieji kalba apie tai, kad specialistai su kuriais jie susidūrė buvo išties profesionalūs, kompetentingi ir geri specialistai „Jinai tai labai šiaip kontroliavo ir taip moderavo tą diskusiją, tai tikrai labai labai profesionaliai aš sakyčiau.“ (dalyvis kalba apie grupinę psichoterapiją moderavusią psichologę) (Saimonas, 38). Nors Tadas dalinasi, kad artimiausias ryšys jam buvo užmegztas su ASSIP psichologe, tačiau įvardija, kad atvejo vadybininkė taip pat gera specialistė: „su atvejo vadybininke aš gal ne toks atviras kaip su psichologe, bet jinai irgi manau yra gera specialistė.“ (Tadas, 195). Viena tiriamoji atskleidė, kad laiko perspektyvoje santykis su specialistais keitėsi „Iš pradžių buvo labai įtempti ir pikti, paskutinėm dienom jau pašvelnėjo santykiai .hhh.“ (kalba apie santykį su psichiatru) (Gabrielė, 44). Keli tyrimo dalyviai įvardijo psichosocialinės reabilitacijos atvejo vadybininkų dėmesingumą ir pagalbą „šiaip jinai kaip specialistė jinai gera, tik gal pačios pagalbos iš jos pusės man nelabai reikėjo.“ (Brigita, 62); „Yra atvejo vadybininkai (tai jie tikrai

man yra svarbūs)“ (Jūratė, 249). Vienas tyrimo dalyvis įvardijo, kad besigydant skyriuje, užsiėmimus vedė ne tik dirbantys specialistai, bet ir savanoriai, su kuriais buvo įdomu bendrauti ir savanoriai į besigydančius asmenius nežiūri, kaip į tiesiog pacientus „*man patinka su juo pasišnekėti, kaip tik įdomu. Ir jisai taip nu, nešneka kaip čia su kažkokiais pacientais, bet grynai vat kaip su draugais šneka. Tai patinka.*“ (Tadas, 231). Visiems žmonėms yra svarbu išskirtinis dėmesys ir rūpestis, todėl džiugu matyti, kad tiriamoji išskyrė tai, kad gydantis specialistai žiūrėjo į ją kaip į vienintelę ir išskirtinę „*Bet jinai į kiekvieną savo pacientą žiūrėdavo kaip į vieną vienintelį ir patį svarbiausią.*“ (kalba apie psichiatrę) (Brigita, 44). Vienas iš labiausiai padedančių veiksnių ir yra nuoseklumas ir suasmeninimas, jautimasis svarbiu, gydantis psichikos sveikatos įstaigoje (McKay & Shand, 2018). Taip pat, ta pati tiriamoji atskleidžia, kad gydytojai pastebėjo koks yra jos bendravimo poreikis bei humoro jausmas ir gydytojai atitinkamai elgėsi bei bendravo „*pagrindinis psichiatras matydamas, kad aš esu šiek tiek kandi, lygiai taip pat elgėsi su manim.*“ (Brigita, 126). Dauguma tyrimo dalyvių dalinasi, kad sulaukė pakankamai dėmesio ir rūpesčio iš specialistų su kuriais jie buvo susidūrę. Patikimas, artimas ryšys, kuris yra užmezgamas su prižiūrinčiu personalu gali būti viena iš priežasčių skatinančių asmenį toliau gyventi (Chan, Kirkpatric & Brasch, 2017).

Ligoninės sąlygų ir aplinkos svarba: laisvė, saugumas, bendravimas su pacientais. Keli tiriamieji kalba apie tai, kad jiems padėjo draugiški pacientai ir bendravimas su panašių sunkumų turinčiais žmonėmis „*aš pakliuvau į geriausią palatą tam skyriui. Nu ligo- ligonės tos pacientės, draugiškos buvo.*“ (Sigita, 111); „*bet tas kažkoks bendrumas, jis padeda.*“ (Andrius, 437). Radcliffe ir Smith (2007) tyrime taip pat kalbama apie įvairių užsiėmimų psichiatrinėje svarbą, kaip jų pagalba pacientai gali įsitraukti į veiklą, pajauti bendrumą, tačiau ir šiame tyrime, ir Radcliffe ir Smith (2007) tyrime yra kalbama apie tai, kad labai nedidelė dalis tiriamųjų įsitraukia į įvairias veiklas. Tam įtakos gali turėti tokie faktoriai kaip: asmeniniai socialinio bendravimo poreikiai, palatos bendra atmosfera, psichiatrinės organizaciniai aspektai bei personalo elgesys. Keli šio tyrimo dalyviai dalinasi, kad ligoninėje jautėsi ramiai ir saugiai. Viena tiriamoji sako, kad padėjo galimybė išeiti į lauką „*Susitarimas dėl trečio režimo pasirodė veiksmingas, aš rūkanti, tai man buvo labai sunku išbūti ir aš dar blogiau jaučiausi nerūkydama ten.*“ (Gabrielė, 30). Anksčiau jau minėtame Švedų tyrime, pacientai, kurie gydėsi psichiatrinėje ligoninėje, taip pat kaip ir šio tyrimo dalyviai, išskyrė saugumo ir bendrumo jausmo svarbą gydantis (Samuelsson et al., 2000). Saugumo jausmą suteikia ne tik fizinė aplinka, kiek tinkamas komunikavimas su personalu, teikiama pagalba.

Abejonės psichiatro kompetencija, santykis be pasitikėjimo. Keli tiriamieji išsako savo abejones dėl santykio su psichiatru ir abejoja jo kompetencijos „*(10s) Jeigu psichiatru sakai gydytojui kokius tau*

vaistus išrašyti reikia pagal, pagal savo diagnozę jau per tiek metų juos perpratau žinau ir, ir sakyti kokius tau vaistus išrašyti tai, ne gydytojas sprendžia, o tu sprendi, nežinau.“ (Sigita, 161); „*Nes jinai, jaučiausi, kad kišasi į mano asmeninius santykius, jinai norėjo, kad aš gulėčiau dar kitam skyriuje tam, kad aš negyvenčiau, negrįžčiau gyvent pas savo sužadėtinį.*“ (Rūta, 293). Vienas tiriamasis dalinasi savo matymu, kad specialistai tokiam darbe turi mylėti žmones ir turėti atitinkamą kompetenciją darbui su pacientais „*jeigu tu pasirinkai tokią profesiją ten rūpintis žmonėm, tai tu kažkiek turi būti tam pasiruošęs ir supratimo turėti o ne, kaip, nu nežinau ten reikia pačiam pamatyti tuos.*“ (Tadas, 285). Su šia nuomone sutinka ir Jahn ir Ries (2012), kurių tyrimas parodė, kad įvairiems specialistams, dirbantiems su asmenimis, kurie mėgino nusižudyti, yra kritiškai svarbu turėti atitinkamą kompetenciją (ne tik praktinės darbo patirties, bet ir formalių mokymų) ir pasiruošimą, nes tik tokiu būdu jie gali suteikti efektyvią pagalbą, geriau suprasti mėginusius nusižudyti asmenis.

4.4. Nepagarbaus santykio ir pernelyg griežtų gydymo būdų kenksmingumas

Atliekant interviu su tiriamaisiais išryškėjo ir keli aspektai, kuo gauta pagalba nepadėjo, o keliais atvejais net buvo žalinga ir turėjo įtakos dar vienam ketinimui nusižudyti.

Nepadedą griežtas, neatidus, nejautrus, rūpesčio nerodantis santykis. Trys tyrimo dalyviai teigia, kad nepadėjo specialistų griežtumas, grubumas ir kaltinantis bendravimas „*Nors kai atsiguliau į ligoninę, aš buvau šiek tiek šokiruota. Tą patį priėmimo vakarą mane, priimamojo gydytojas mane apkaltino, kad aš nusižudžiau.*“ (Kristina, 24); „*Griežtesni žodžiai, man buvo sunku juos priimti, jaučiausi tarsi kalta. Kažkaip norėjosi ne tokių griežtų pasisakymų, nes priverstė jaustis dar blogiau, bent jau mane. Ir baimės šiek tiek tai įvaro.*“ (Gabrielė, 58). Trys dalyviai pastebi, kad būnant ligoninėje jiems trūko gydytojų laiko bei dėmesio „*nori, kad daktaras ateitų pas tave, apglėbtų, paglostytų ten, nu man pavyzdžiui to tada labai norėjosi <...> bet aišku buvo tas laiko trūkumas kadangi pacientų buvo krūva, nėra laisvų vietų.*“ (Brigita, 44); „*mažiausiai gavau dėmesio, rūpesčio ar kaip čia.*“ (Tadas, 273). Remiantis ankstesniais tyrimais (Chan, Kirkpatric & Brasch, 2017) žinome, kad artimas ir šiltas ryšys yra kritiškai svarbus pagalbos efektyvumui, deja, tačiau trys tiriamieji įvardijo, kad susidūrė su šaltu, abejingu, kaltinančiu specialistų santykiu „*Daktarai ir slaugytojos labai, nu labai mažai dėmesio skiria ir labai šalti yra.*“ (Andrius, 144); „*Tai tu jauti kalnę, kad tu įskaudinai savo artimuosius, dar tau kažką prideda, nu tai veda tave dar vienos krizės link.*“ (Kristina, 124). Švedų tyrime, pacientai gydydamiesi psichiatrinėje ligoninėje taip pat susidūrė su nepakankamai atsidavusiu ir empatijos stokojančiu elgesiu, ypač tada, kai gydytojas/seselė matė, kad pacientui reikia pasikalbėti, tačiau to nedarė ir labiau elgdavosi

kaip apsaugos darbuotojai (Samuelsson et al., 2000). Svarbus momentas, kad sveikatos priežiūros sistemoje dirbantys specialistai neretai per mažai dėmesio skiria besigydančioms, labai mažai kalba apie bandymo nusižudyti priežastis, jausmus ar retai ieško būdų kaip toliau padėti pacientui (McKay & Shand, 2018). Keli tyrimo dalyviai atskleidžia, kad nepadėjo buvimas reanimacijoje, ten susidūrė su neprofesionalių personalo elgesiu „*nieko ten per daug nereikia ruošti, bet pasakyti, kad prisilaikyti, ir nešnekėti, ko nereikia, ir tiek.*“ (Jūratė, 285), šią tyrimo dalyvę žeidė komentarai, kuriuos ji girdėjo sakant personalo darbuotojas, kurios manė, kad ji nieko negirdi.

Personalo nekompetentingas elgesys. Viena tyrimo dalyvė dalinosi, kad tiek psichiatrė, tiek psichologė gydymosi laikotarpiu pažeidė jos konfidencialumą „*aš pasakojau psichologei, psichologė matyt papasakojo psichiatrei, o psichiatrė mano artimam žmogui, o aš nenorėjau, kad ta informacija išeitytų, nes ta informacija buvo apie mano vaikiną. Tai tiesiog buvo kaip ir konfidencialumas pažeistas.*“ (Rūta, 68). Kitas tyrimo dalyvis atskleidė, kad jis buvo skatinamas meluoti susiklosčiusios situacijos „*Tai maždaug, jeigu sakysi kažką apie savižudybes, tai tave ten dar ilgiau laikys. Tai duoda motyvaciją meluoti.*“ (Andrius, 379). Dar vienas tiriamasis sako, kad jam nepadėjo prastas personalo elgesys somatinėje ligoninėje, personalas ant jo rėkė ir elgėsi visiškai neprofesionaliai, o kadangi ten tiriamasis pateko itin sujaudintos būsenos, buvo jautrus, toks personalo elgesys jį galėjo šokiruoti ir didinti įtampą „*Nu pavyzdžiui kai plovė skr- skrandį man, tenais nepavyko kaip, taip daryt kaip jos norėjo ir, ant manęs rėkt pradėjo. <...> Ar kažkuri ten rado pas save ant pilvo utelę ir pradėjo man knai- knaisiot barzdą, kad tipo aš čia utelių užvežiau jiems.*“ (Tadas, 51). Australijoje atliktame tyrime yra išryškinama, kad empatiškas personalo elgesys ir efektyvi pagalba, kuri prasideda jau reanimacijoje, yra būtina (Shand, Vogl & Robinson, 2018), tačiau dabartiniame tyrime stebime, kad tyrimo dalyviai turėjo nemalonus patirties reanimacijos skyriuje, kur labai trūko empatijos ir supratingumo. McKay ir Shand (2018) tyrime išryškėjo, kad asmenys po mėginimo nusižudyti yra baimės, sutrikimo ir neapibrėžtumo būsenoje, todėl iš karto po mėginimo patekus į somatinę ligoninę/reanimaciją ar psichikos sveikatos įstaigą yra kritiškai svarbus atitinkamas specialistų elgesys ir supratimas apie būseną, kurią išgyvena gaunantys pagalbą pacientai. Specialistam svarbu apgalvoti ką ir kaip sako pacientams, nes jų pasakyta mintis gali būti interpretuota kitaip dėl patiriamos baimės ir nestabilios būsenos.

Vienas labiausiai keliančių nerimą įvykių tiriamojo patyrimo – bandymas nusižudyti būnant ligoninėje, dėl netinkamo grupinę psichoterapiją vedusios terapeutės elgesio „*Tai va [VARDAS] išjuokė visa šita <...> O čia iš tavęs .hhh (4s) pasišaiपो.*“ (Dovydas, 106); „*Sako: "ten jūs ir vadovaukit, o ne mano grupinių terapijų metu". .hhh (5 s) Tai buvo begalo skaudu <...> Nes man kaip tik suicidas buvo po, .hhh (3s) GRUPINĖS PSICHOTERAPIJOS, kur atidarė ta .hhh jausmų indą. Pradėjo traukti ir*

nutraukė terapiją, pasakė, kad laikas baigės. Nu ir man tada.“ (Dovydas, 32). Šis įvykis verčia apgalvoti ar visi psichikos sveikatos sistemoje dirbantys specialistai turi atitinkamą kompetenciją ir pasirengimą dirbti su tokia jautria grupe, kaip bandžiusieji nusižudyti asmenys. Nekompetentingo specialistų elgesio pasitaiko visame pasaulyje, tačiau svarbu pabrėžti, kad asmenis besigydančius psichiatrinėje ligoninėje (turint tiek psichiatrinių ar psichologinių sunkumų) stipriai veikia įvairios socialinės sąveikos (Tarrier & Barrowclough, 2003). Tyrimas, kuris buvo atliktas Hon Konge parodė, kad specialistų negebėjimas užmegzti kontaktą su mėginusiu nusižudyti asmeniu veikia kaip rizikos faktorius po gydymo nutraukimo (Kan, Ho, Dong & Dunn, 2007). Šiuo atveju netinkamas terapeutės elgesys grupinės psichoterapijos metu galėjo turėti įtakos ir taip jautriam pacientui. Tiriamasis labai greitai, po grupinės psichoterapijos mėgino nusižudyti. Meehan ir kolegos (2006) savo tyrime nurodė, kad 31% (236) (n=1100) savižudybių įvyksta ligoninių palatose. Šį atvejį būtų galima paaiškinti ir remiantis Joiner (2005) teorija, kurioje akcentuojamas priklausymo jausmas, kuris gali susvyruoti, jeigu žmogus negauna progos būti išgirstas. Tiriamasis taip pat kalba apie tai, kad grupinės psichoterapijos metu iš jo buvo pasišaipyta, tai sukelia pažeminimo jausmą, apie kurį, kaip vieną iš savižudybės etapų rašė O'Connor (2011). Todėl galime matyti, kad šis įvykis stacionare sukėlė tiriamajam neigiamų jausmų, o tai didino savižudybės riziką, kur galiausiai įvyko dar vienas mėginimas nusižudyti.

Nepadeda priverstiniai ar netinkami gydymo metodai, pasikeitę terapeutai, režimas ir per griežtos taisyklės. Tyrimo dalyvei kilo abejonių ar tikrai jai buvo naudinga izoliacija gydymo metu „*Izoliacija kas mažiausiai padėjo tai, stebima palata, ir gyvuliškas elgesys. Tai čia mažiausiai kas padėjo.*“ (Sigita, 193). McKay ir Shand (2018) tyrime išskiriama, kad net maži ir kartais atrodantys ne tokie reikšmingi dėmesio ir gerumo mažmožiai, pavyzdžiui, šypsena, gali ženkliai padėti bandžiusiems nusižudyti asmenims ir atvirkščiai – jei su asmeniu elgiamasi lyg ne su žmogumi gali stipriai pabloginti savijautą ir tolimesnę savižudybės riziką. Keli tiriamieji pripažįsta, kad jiems netiko tokios griežtos ligoninės taisyklės ir suvaržymai „*viskas labiau yra tai, kad pagal knygą, nes nu va parašyta, kad tu turi grįžti iki aštuonių ir jeigu negrįši [T: mhm], tai tave tave išrašys iš skyriaus ta prasme.*“ (Saimonas, 168); „*Ten nežinau, jautiesi kaip kalėjime kažkokiam tai. Ir suvaržytas, apribotas ir taip toliau.*“ (Tadas, 273). Tiriamasis atskleidė, kad grupinių psichoterapijų metu buvo sunku rasti bendrumą dėl to, kad daugelis pacientų neturėjo suicidinių minčių, o buvo su kitais, itin sunkiais sutrikimais ir sunkumais, su kuriais tiriamajam buvo sunku rezonuoti „*Mažai kas bendra, jo. O čia tai vis tiek daugiau mažiau visi su depresija, tai vat.*“ (Tadas, 211). Ir vėliau bus matoma, kad tyrime dalyvavę asmenys nori labiau koncentruotų ir specializuotų grupių ir pagalbos. Vienas tyrimo dalyvis kalba apie tai, kad jam gydantis keitėsi psichoterapeutai ir tai jam nepadėjo „*tas vėlgi nepadeda, kaip čia pasakyt [T: kontaktui?], vėl tu*

turi atskleidinėt istoriją, vėl [T: mhm] ar tau tas žmogus tinka ir ir ir žodžiu ir truputėlį va tokio asmeninio ryšio.“ (Saimonas, 168). Labiausiai padedanti ir reikalinga pagalba mėginusiems nusižudyti yra tokia pagalba, kurioje stebimas nuoseklumas, ypač tuo atžvilgiu, kad mėginusį nusižudyti asmenį nuolat prižiūrėtų/gydytų tas pats gydytojas ir kitoks specialistas (McKay & Shand, 2018) ir taip nereikėtų ir taip skaudžios savo patirties aiškinti keliems skirtingiems asmenims, tokiu būdu daug sunkiau mezgasi terapinis aljansas.

Gulėjimas psichiatrinėje ligoninėje ir jos aplinka nepadėjo. Penki tiriamieji kalba apie tai, kad gulėjimas ir gydymasis psichiatrinėje jiems arba padėjo labai mažai arba nepadėjo visai „*nu manau, kad būčiau išsivertus ir be tos ligoninės*“ (Rūta, 327); „*Nes ten nu nežinau ligoninėj gulėjimas tai, beprasmiškas nežinau.*“ (Tadas, 263). Keli tiriamieji kalba apie tai, kad jiems nepadėjo ir pati psichiatrinės ligoninės aplinka bei užimtumo trūkumas „*nėr visiškai jokio užimtumo, jeigu jis ten ir yra, tai jis ten toks labai apsimestinis.*“ (Andrius, 144); „*Taip ir ta aplinka tokia čia [PAVADINIMAS] jinai tokia niūroka ta prasme nu realiai niūroka.*“ (Saimonas, 184). Grupiniai užsiėmimai gydymo įstaigoje yra vienas iš būdų užtikrinti, kad pacientai turėtų kaip naudingai ir tikslingai praleisti laiką, juose pacientai gali sumažinti savo streso lygį, izoliaciją ir išmokti naujų įgūdžių (Radcliffe & Smith, 2007). Remiantis šiomis idėjomis, svarbu užtikrinti, kad ir Lietuvos psichiatrinėse besigydantys pacientai galėtų savo laiką praleisti tikslingai ir nenuobodžiai. Viena tiriamoji išreiškė savo pasipiktinimą psichiatrijos ligoninės sistemos nesikeitimu „*atrodo, kad su tavimi kaip su antrarūše elgiasi ten to, tu ne žmogus, ten tu... Nenoriu aš kalbėti apie tas psichiatrines ligonines iš tikrųjų kaip ten ta politika visa vyksta bet ten yra baisu.*“ (Sigita, 95). McKay ir Shand (2018) tyrime paaiškėjo, kad asmenys po mėginimo nusižudyti buvo daug laimingesni patekę į privačią kliniką, nes joje buvo daug daugiau asmeniškumo, nuoseklumo ir žinojimo kaip vyks gydymas, gydymo metodai buvo taikomi prie jų poreikių ir santykis su psichiatru buvo labiau patikimas ir saugus. Mūsų tyrime vienas dalyvis taip pat dalinosi ankstesne pozityvia patirtimi privačioje klinikoje: „*Nu užimtumo buvo tikrai tikrai tai buvo daugiau jau sustatyta ta prasme, kad kad jo jo jo, būdavo to užimtumo. <...> Ta prasme kiek aš pabuvau, tai tai jo buvo tokio truputėlį suasmeninimo ten daugiau, bet sakau nu (T: mhm) turėkim omeny, kad tai yra privati įstaiga.*“ (Saimonas, 180).

4.5. Savižudybėms specifinės psichologinės pagalbos veiksmingumo elementai

Tyrimo dalyviai išskyrė temą, kad yra tam tikri elementai gydymo sistemoje, kurie yra specifiškai sukurti ir padedantys žmonėms, kurie mėgino nusižudyti.

Padeda kelių psichologinės pagalbos būdų derinimas, konkretumas, saugumo planas, krizės ženklų pastebėjimas, išmokti nauji savipagalbos būdai. Keli tiriamieji išskiria, kad jiems padėjo realių tikslų išsikėlimas ir jų įgyvendinimas, planų ateičiai turėjimas „*Pokalbiai, trumpalaikių planų darymas, realistiškų planų susidarymas, kas bus už metų, dviejų, nes yra baisu, kad nepasieksiu tų metų, dviejų ir tiesiog kitą savaitę, dar kitą... Pasižadėjimas, kad atvyksi kitą kartą irgi atrodė svarbus.*“ (kalba apie darbą su ASSIP psichologe) (Gabrielė, 82); „*Nu tai vat atsiranda man su tais tikslų išsikėlimais viltis nežinau, kad apskritai gali gyvenimas, jeigu pakeisiu profesiją, kardinaliai pasikeist, nes aš tos savo dabartinės profesijos tai nekenčiu tiesiog. Tai va, ir kažkokia viltis atsiranda.*“ (kalba apie darbą su ASSIP psichologe) (Tadas, 307). Keli tyrimo dalyviai išsakė, kad buvo naudinga ir patiko nusifilmavus stebėti save (ASSIP programos dalis) ir taip išmokti atpažinti krizės ženklus savo elgesyje „*nes jinai padėjo man žingsnis po žingsnio pastebėti kaip aš į krizęėjau.*“ (Rūta, 245); „*tokie labai konkretūs kaip ir įrankiai kaip sau padėti tos krizės atveju.*“ (Kristina, 86). Keturi tyrimo dalyviai kalbėjo apie tai, kaip padėjo įvairių savipagalbos priemonių (pavyzdžiui, praktinių knygų skaitymas, relaksacija) metodai jų asmeniniame gyvenime „*Ir jis mane išmokė daug, jis mane su vat dėl ko aš ir klausiu, filmų terapijos, biblioterapijos, audioterapijos. Jis man davė daug įrankių, kur kuriais galėčiau naudotis ir pasidėjinėt sau.*“ (Dovydas, 40); „*Man tokios knygų davė žodžiu, kognityvinės terapijos, ta prasme tokių praktinių.*“ (Saimonas, 66). Trys tiriamieji pasakė, kad jiems padėjo ir net galimai išgelbėjo gyvybę sudarytas saugumo planas ASSIP intervencinėje programoje „*suteikė saugumo, nes yra kažkoks konkretus planas.*“ (Andrius, 334); „*[T: O šioje atmintinėje padeda, kad yra labai konkrečiai įvardinti kažkokie dalykai, ką turi padaryt?] D: Jo, nu tiksliai aišku. Labai padėjo va sakau, .hhh ką turiu va daryt.*“ (Dovydas, 58). Kaip jau buvo rašoma ir anksčiau, struktūruota psichoterapija, akcentuojanti specifinį elgesį ir kognityvinius gebėjimus, yra empiriškai įrodyta kaip viena veiksmingiausių metodų tarp mėginusių nusižudyti asmenų (Simon et al., 2016).

Psichologinė pagalba buvo svarbi. Penki tyrimo dalyviai pasidalino, kad vienokia ar kitokia psichologinės pagalbos forma buvo svarbi jų gydymo procese. Dalyviai dalinosi, kad padėjo ir psichologinės konsultacijos ir įvairūs grupiniai užsiėmimai bei grupinė psichoterapija „*viena iš tokių kaip sakyt .hhh žodžiu tokių pokyčių ir apmąstymų suteikusių ta prasme veiksminga [T: mhm] viena iš tų terapijų.*“ (kalba apie ASSIP programą)(Saimonas, 32); „*matai, kad ne tau vienam tenais sunku.*“ (Tadas, 213). Kitame tyrime taip pat išryškėjo, kad psichologinė pagalba po mėginimo nusižudyti yra labai svarbi (Rancāns et al., 2003).

ASSIP programa buvo efektyvi, centruota ir struktūruota. Trys tyrimo dalyviai ASSIP programą išskyrė kaip konkrečią, struktūruotą ir tokia programa galima pasitikėti „*O ASSIP jau buvo*

labai konkreti, su konkrečiu tikslu“ (Matas, 177); „tai buvo apie tai iš kur viskas kilo ir apie tai, kas atrodo branduolys gal.“ (Jūratė, 137); „struktūra tokia labai aiški ir nu ta prasme tokia, pasitiki tu ta programa žodžiu, nes jinai tokia atrodo nu kaip sakyti iš- išdirbta.“ (Saimonas, 156). Keli tyrimo dalyviai kalbėjo apie tai, kad filmuotis ir vėliau stebėti save iš šono buvo įdomu „patiko man tai, kad aš galėjau į save pasižiūrėti iš kito žmogaus akių, kai skaitai viską arba peržiūrinėji tai, tada atrodo kad kaip kitas žmogus į save žiūri ir gali matyti ja pasikartojantį kažkokį elgesio modelį.“ (Brigita, 108). Keli tiriamieji ASSIP programą įvardijo kaip programą, kuri davė ženklios naudos ir gydymosi procese buvo pati naudingiausia „Ir aišku, ta ASSIP terapija tai šiaip labai daug, nes tie patys tikslų išsikėlimai <...> Ir aplamai, tokį platesnį požiūrį į tam tikrus dalykus. Nes prieš tai taip labai siaurai žiūrėjau (kol gavau tą pagalbą).“ (Jūratė, 143); „labiausiai padeda turbūt tas, kad per tokius, kaip čia pasakyt, per tokius, tokiom ryškio priemonėm ta prasme tas tas ta terapija vyksta.“ (Saimonas, 130). Vienas tyrimo dalyvis pasakojo, kad visos jo pasakotos istorijos užrašymas ir vėlesnis perskaitymas jį palietė ir sukretė labiausiai ir tai privertė susimąstyti „mane kažkaip labai užgriebė ta istorija, kai aš, kai tai galėjau perskaityti ta prasme, tai vat čia buvo toks gal nu toks pats įsimintiniausias, ryškiausias tas momentas, ta tas reiškiasi visas tas surašymas, kaip tai atrodo ant lapo ir kai tu skaitai apie save žodžiu, pirmuoju asmeniu, apie tai apie tai kaip aš atėjau žodžiu iki tos krizės tai tikrai kaip sakyti, nu kažkaip mane mane palietė.“ (Saimonas, 124). Kaip ir anksčiau buvo minėta - struktūruota psichoterapija, akcentuojanti specifinį elgesį ir kognityvinius gebėjimus, yra empiriškai įrodyta kaip viena veiksmingiausių metodų tarp mėginusių nusižudyti asmenų (Simon et al., 2016). ASSIP šiandienai yra viena trumpiausių specifinių intervencinių programų skirtų mėginusiems nusižudyti asmenims (Gysin-Maillart et al., 2016). Dėl jos trumpumo ir specifiškumo, programa nėra sunkiai pritaikoma psichikos sveikatos priežiūros įstaigoje, o ir šio tyrimo dalyviai programą vertina kaip efektyvią, struktūruotą ir koncentruotą. Šio tyrimo dalyviams ASSIP programos bendradarbiaujantis santykis su pacientu buvo, galima sakyti, lyg kontrastas ar atsvara visiems dalyvių nepasitenkinimams dėl neįtraukimo į gydymą ar nepagarbaus santykio, patirtų nusivylimų įprastai teikiamos pagalbos metu. Iš to, kokią informaciją apie visą gydymo procesą suteikė tyrimo dalyviai, galima daryti išvadą, kad ASSIP programa ir ją įgyvendinusios psichologės suteikė tokį santykį, kurio pacientai kartais pasigenda įprastoje pagalboje. Tyrimo dalyviai neįvardino nemalonių situacijų ar jausmų konsultacijų metu ar kitų žeidžiančių įvykių, tik viena tiriamoji įvardijo, kad jai buvo nelabai malonu filmuotis ir vėliau save stebėti, tačiau apibendrinus, tyrimo dalyviai ASSIP programoje neišskyrė neigiamų įvykių ar jausmų susijusių su programa ar psichologe.

Dabartinė pagalba specifiškesnė, intensyvesnė. Trys tyrimo dalyviai įvardijo, kad ASSIP teikiama pagalba buvo specifiškesnė ir labiau intensyvi bei labiau gyvybiškai svarbesnė, nei ankstesnė

patirtyse gauta pagalba „*Man labai svarbi buvo (šitie susitikimai).*“ (Jūratė, 135); „*Aš sakyčiau gal ta ASSIP programa labiausiai padėjo, nes tikrai galėjau labai aiškiai įsivardinti tuos ženklus, kurie vedė į tą savižudybės krizę, kaip pastebėti visa tai, kaip užbėgti už akių visam šiam procesui.*“ (Kristina, 80). Nenuostabu, kad ASSIP programa vertinamas kaip intensyvi ir daug labiau specifiška, nei įprastai gaunama pagalba, nes ASSIP yra viena trumpiausių specifinių intervencinių programų skirtų mėginusiems nusižudyti asmenims (Gysin-Maillart et al., 2016).

4.6. Nevienareikšmiškas vaistų veiksmingumas

Visi tyrimo dalyviai gavo medikamentinę pagalbą, todėl iš to seka, kad vaistai vieniems tyrimo dalyviams ženkliai padėjo, tačiau kiti jautė šalutinius jų reiškinius arba išvis nejautė jų veiksmingumo.

Šalutiniai vaistų poveikiai ir menkas veiksmingumas. Trys tyrimo dalyviai mini, kad nuo medikamentų vartojimo jautė slopinimą, pasireiškė šalutiniai poveikiai „*Tiktai iš pradžių man tie vaistai tiko, bet paskui gal pripratau ar kažkas nutiko, kad vėl grįžau prie tos pačios būsenos.*“ (Rūta, 161); „*neuroleptikai nepatiko, nes jie apetitą labai keldavo ir dar migdė man atrodo.*“ (Andrius, 312). Kiti trys tiriamieji įvardijo, kad nejaučia teigiamo ir laukiamo vaistų poveikio, labiau atvirkesčiai – jie kėlė dar didesnę nerimą „*bet jie man kažkaip tai blogai pradėjo mane veikti, nežinau, dar didesnę nerimą tokį sukėlė.*“ (Tadas, 85). Du tiriamieji įvardija, kad jaučia priklausomybę nuo medikamentų „*Nu mane pripratino prie vaistų iš tikrųjų. Ta prasme man kažkas negerai koks nerimukas man viskas, aš vaistus griebiuosi.*“ (Sigita, 151); „*Nu kai kurių aš nejaučiu poveikio. (3s) Ypač antidepresantų (4s). Aš jį metus geriu, dabar jie (gydytojai) padvigubino gal du su karto didesnę dozę dabar, vis tiek aš nejaučiu jų poveikio, aš nesuprantu koks jis turi būti.*“ (Dovydas, 86).

Vaistai palengvina būseną, miego sutrikimus, įkyrias mintis. Medikamentinė pagalba sukėlė ne tik neigiamų išgyvenimų, bet ir turėjo teigiamų rezultatų, ypač tiriamieji akcentavo miego sutrikimų koregavimą, galėjimą užmigti ir pailsėti naktį „*Nežinau kaip jausčiausi be vaistų, bet nu jie padėjo, mano būseną pagerėjo.*“ (Rūta, 113); „*Nuo miego padėjo pilnai.*“ (Andrius, 192); „*[T: O kaip jie padeda, ar gal nepadeda?] D: Užmigti padeda.*“ (Dovydas, 80).

Ilgalaikės studijos rodo, kad vieni geriausių rezultatų yra pasiekiami gydant bipolinį sutrikimą, kur pacientai vartoja litį. Tokioje imtyje empiriškai patvirtinta mažesnė savižudybės rizika, nei tų, kurie ličio nevartojo (Paris, 2006). Taip pat, tyrimai analizuojantys šizofrenijos gydymą rodo, kad pacientai, kurie buvo gydomi klozepinu (ir ne kitu antipsichotiniu vaistu) taip pat pasižymi sumažėjusia savižudybės rizika (Paris, 2006). Autorius apžvelgdamas literatūrą išskiria, kad nors tyrimai rodo, kad

asmeniui pradėjus vartoti antidepresantus žmogus mažiau tikėtina, jog nusižudys, tačiau tam įtakos gali turėti ir kiti apsauginiai veiksniai, todėl antidepresantai, kaip atskiras faktorius, nėra prevencinė priemonė.

4.7. Skirtingi pagalbos po ligoninės poreikiai

Tyrimo metu dalyviai išsakė įvairių poreikių, kurių jiems norisi išėjus iš gydymo programos

Po ligoninės: gydymo netęsimas, savarankiškumas, artimųjų palaikymas. Du dalyviai dalinasi, kad po gautos pagalbos būseną pagerėjo ir dabar netrūksta jokios papildomos pagalbos „[T: Mhm, bet vat dar kažkokių poreikių netrūksta, dar kažkokios papildomos pagalbos?] D: Bent jau dabar tai ne“ (Brigita, 163); „Dabar aš jaučiu, kad man išvis pagalbos kaip ir nereikia, nes jaučiuosi puikiai.“ (Rūta, 351). Vienas dalyvis atvirauja, kad jo šeima palaikė jį visapusiškai visą gydymosi laikotarpį, o dabar jį labai motyvuoja naujai sutikta draugė ir daug žadantys santykiai „<...> aš jaučiuos stipresnis ir kai aš galiu palaikyti ir aš matau-. Nu man norisi palaikyti, tai man dar [T: mhm] tokios motyvacijos suteikia laikytis žodžiu.“ (Saimonas, 214). Viena dalyvė po gautos pagalbos ieškosi darbo, nori savarankiškai tęsti gydymą „Negaliu pasakyti tiesiog, aš noriu dabar darbo ir terapijų.“ (Sigita, 215). Rancāns ir kolegų (2003) tyrime, 90% tiriamųjų gavo palaikymą iš draugų, šeimos ar kitų artimųjų. Draugų, šeimos palaikymas yra viena ir priežasčių, dėl kurios mėginę nusižudyti greičiau grįžta į normalią savo kasdienybę, lengviau joje adaptuojasi (Chan, Kirkpatric & Brasch, 2017). Taip pat, asmenys, kurie galvoja, kad turi pakankamai aplinkinių palaikymo ir asmeninių resursų labiau linkę tęsti ar apskritai savarankiškai gydytis atsiradus suicidinėms mintims, deja, tačiau neretai šie savarankiško gydymosi įgūdžiai yra pervertinami (Hom, Stanley & Joiner, 2015).

Po ligoninės: tolesnės psichologinės pagalbos poreikis. Ne visiems tyrimo dalyviams pakako gautos psichologinės pagalbos, todėl jie išsako tolesnį poreikį psichoterapijai „Šiuo metu labiausiai norėčiau lankyti kas savaitę terapeutą, dabar nebelankau, tiesiog surasti specialistą su kuriuo tikrai rasčiau bendrą kalbą, turėčiau tokį pasitikėjimo ryšį, tai va.“ (Kristina, 114); „Norėtusi gal toliau tęsti psichoterapiją lankyti, arba gauti kažkokį finansavimą individualioms konsultacijoms, nes dabar kainuoja kaip ir, reikia nemažai lėšų išleisti, ypač kai aš nedirbu, man yra sunku dabar.“ (Gabrielė, 138). Kadangi po išėjimo iš ligoninės asmenys vis dar jaučiasi pažeidžiami, galimi susitikimai ar skambučiai savo psichiatrui/psichologui esant būtinybei, gali suteikti labai daug saugumo (McKay & Shand, 2018). Taip pat, to pačio tyrimo dalyviai jautė didžiulę našta dėl atsakomybės patiems toliau ieškotis pagalbos, psichologinių konsultacijų, kai vis dar yra apgalvojamas bandymo nusižudyti įvykis. Todėl svarbu

pastebėti, kad ASSIP programa dar kurį laiką siunčia laiškus mėginusiems nusižudyti ir asmenys, jei yra suicidinė rizika, gali susisiekti su psichologe. Empiriniai duomenys rodo, kad taikyta psichoterapija ar jos elementai efektyviai veikia pagalboje mėginusiems nusižudyti asmenims (Calati & Courtet, 2016), tačiau psichoterapija buvo efektyvesnė suaugusiems, nei paaugliams ir kai ji buvo taikyta ne psichikos sveikatos priežiūros įstaigoje, o asmeniui jau baigus gydymą įstaigoje.

Po ligoninės prasta savijauta, baimė būti vienam, trūksta finansinės paramos, asmeninės priežastys, santykių sunkumai. Suprantama, kad išėjus iš ligoninės nėra taip lengva adaptuotis aplinkoje, susirasti darbą, kartais net artimiems draugams vengiama pasakyti, kad gydeisi psichiatrinėje ligoninėje. Šio tyrimo dalyviai dalinosi, kad išėjus iš ligoninės buvo baisu būti vienai „*buvo labai baisu, stengiausi nelikti viena, prasidėjo panikos priepuoliai, ko anksčiau niekad nebuvo. Jaučiausi labai blogai išėjusi iš tikrųjų.*“ (Gabrielė, 46). Kitas tyrimo dalyvis dalinasi, kad besigydamas jis negalėjo dirbti savo darbo, todėl išėjus jam trūksta finansinės pagalbos „[T: Aišku. O kokia pagalba šiuo metu jums būtų reikalinga? Arba ko galbūt trūksta?] D: Tai finansinė be abejo. Aš užsirašiau į šitą, gaut socialinę tą pašalpą, bet kada gausiu nežinau. Nu kol kas tik finansinė.“ (Tadas, 301). Dar vienas tyrimo dalyvis dalinasi apsunkintais santykiais su tėvais, kurie reaguoja perdėtai į tą faktą, kad sūnus bandė nusižudyti, todėl dabar stipriai kontroliuoja ir tai kenkia santykiams „*tėvų bandymas kažkaip per tokią kontrolę ir per tokį perdėjimą tvarkytis su tuo, nu tai nu ne išeitis yra realiai [T: mhm]. Tai va čia dabar turbūt opiausia problema yra.*“ (Saimonas, 148). Dadašev (2017) išskiria, kad aplinkinių reakciją į mėginusį nusižudyti gali lemti suicidinės krizės eigą. Taigi ir šiuo atveju sunkumai su tėvų perdėta kontrole nepadedą Saimonui jaustis geriau.

Psichosocialinės reabilitacijos pagalbos svarba. Du tyrimo dalyviai dalinasi, jiems padėjo psichosocialinė reabilitacija. Labiausiai ji padėjo todėl, kad joje galima įsitraukti į įvairias veiklas, esi užimtas dienos metu „*Aš tokius daugiau lankau edukuojančius nežinau ar kaip čia, įtampos valdymo, bendravimo grupę, antidepresinę grupę. Tai tokius lankau dar. Lankiau maisto ruošą, bet dabar nebėgaliau dėl rankos. Tai va.*“ (Tadas, 147); „*padeda tai, kad kokie žmonės supa, na nes vis tiek reikia bendrauti, ypač personalas yra malonus, jie irgi bendrauja ir na man padėjo dar tai, kad susiradau žmonių, kurie turi panašių problemų.*“ (Jūratė, 229). Psichosocialinė reabilitacija padeda pacientams greičiau grįžti į gyvenimą, adaptuotis po išgyventos krizės, todėl joje propaguojamos veiklos gali padėti rasti panašiai mąstančių žmonių, pabendrauti su panašius sunkumus turinčiais asmenimis, o tai, remiantis Klonsky ir May (2015) teorija vienas iš pagrindinių veiksnių, kuris mažina savižudybės riziką.

4.8. Pagalbos veiksmingumą galintys padidinti veiksniai

Kaip baigiamieji šio tyrimo klausimai sufleruoja, buvo bandyta išsiaiškinti kokios pagalbos trūko visame gaunamos pagalbos procese.

Savalaikė pagalba: iki minčių apie savižudybę, tinkamai parinkti vaistai. Tyrimo dalyvė dalinosi, kad jos nuomone pagalba būtų veiksmingesnė, jei ji būtų suteikiama prieš mėginimą nusižudyti „*Svarbu suteikti pagalbą, kol dar nepradedi galvoti apie savižudybę, nes tada gali pradėti labiau, gali mažiau kaštų kainuoti, o ne tada kai jau pabandė tai padaryti, yra sunkiau išlipti iš to.*“ (Gabrielė, 148). Panašiai galvoja ir kitas tyrimo dalyvis, sakantis, kad padėtų platesnis žinojimas apie galimą pagalbą atsiradus mintims apie savižudybę „*Nes bent jau tos informacijos daugiau tikrai, kad žmonės suprastų, kaip reikia, nu kaip kaip bendrauti, kad viskas okei, su tais, kurie turi problemų ir tiems, kurie turi, bet nežino, kaip jas spręsti ir nežino, ką su jomis daryti. Tai va, to labai reikėtų.*“ (Jūratė, 335). Rancāns ir kolegų (2003) tyrime rasta, kad labai maža dalis žmonių žinojo kur rasti reikiamos pagalbos atsiradus suicidinėms mintims.

Trūkstama pagalba gydymosi metu, poreikis ilgesnei ASSIP intervencinei programai. Trys dalyviai išreiškė norą, kad trūko intensyvesnės pagalbos „*Kartais norėdavau, kad būtų du kartus per savaitę, bet būdavo galimybė psichologei mane priimti tik vieną kartą per savaitę.*“ (Jūratė, 169); „*Intensyvumas, kad dažniau per savaitę.*“ (Dovydas, 114). Du dalyviai sakė norintys ilgesnės ASSIP terapijos „*per trumpai, galbūt reikėtų ją plėtoti*“ (Brigita, 116); „*galbūt tada turėtų atsirasti dar kažkokių tai etapų ta prasme, dar kažkaip, ne tiktai, kad tą patį per tą patį žiūrėt ir vertint [T: mhm] tai tai tai tai nu sakykim galbūt kurso kokio norėtusi, nežinau šešių – aštuonių galbūt tarkim, taip.*“ (Saimonas, 136). Tyrimo dalyvis dar kartą akcentavo, kad gydantis psichiatrijos ligoninėje labai trūko veiklos, ypač savaitgaliais, kai niekas nevykdavo „*Pačiam skyriui, kol aš dar buvau, tai tikrai trūko tokio užimtumo, ypatingai savaitgaliais, nieko nevykdavo, tai ta prasme būdavo nu gulėjimas vardan gulėjimo, tas labai erzindavo kai tu kažkaip sakau nori eit į laisvę.*“ (Saimonas, 168). Užimtumas yra svarbus elementas gydymo įstaigoje. Joiner (2005) teorijoje vienas iš veiksmų, kuris didina savižudybės riziką yra negebėjimas/nepriklausymas kokiais nors socialiniai grupei/veiklai, todėl ir rekomendacijose psichoterapeutams yra kryptis dėl veiklos suteikimo suicidiškiems klientams. Bendrumo jausmas ir suvokimas, kad nesi vienas tokioje situacijoje, kurią išgyveni gali būti stiprus postūmis tolesniems pokyčiams. Taip pat, kitas dalyvis sakė, jog reikia labiau specializuotų grupinių psichoterapijų apie savižudybę galvojantiems asmenims „*grupinė psichoterapija, kurioje dalyvautų nu specialus kontingentas, tie kurie turi mintis apie suicidą arba turėjo, arba bandymus yra jau turėję.*“ (Dovydas,

116). Taip gali būti todėl, kad grupinėje psichoterapijoje dabar susirenka labai įvairaus spektro pacientai su įvairiais sutrikimais ir sunkumais, todėl kartais gali būti sunku rasti bendrų temų ar kelti visiems aktualius klausimus.

5. REZULTATŲ APIBENDRINIMAS

Dabar apibendrinsime kokiame kontekste buvo taikyta intervencinė ASSIP programa psichikos sveikatos priežiūros sistemoje ir kas reikšmingo ASSIP programoje ir įprastai gaunamoje pagalba po mėginimo nusižudyti atrodė šio tyrimo dalyviams. Temos susijusios su ASSIP intervencine programa atskleidė kelis aspektus.

Pirmiausia, visi tyrimo dalyviai kalbėjo apie tai, kad po mėginimo nusižudyti gauta pagalba turėjo vienokį ar kitokį teigiamą poveikį jų gyvenime. Dešimčiai iš vienuolikos tyrimo dalyvių gauta pagalba išgelbėjo gyvybę, taip pat, gauta psichologinė pagalba ASSIP konsultacijų metu padėjo geriau pažinti save ir suvokti savo sunkumus. Kaip žinoma, atsiradę tikslai ar nebaigti darbai bei nauji, sveiki streso įveikos įpročiai skatina asmenį sėkmingai sveikti ir grįžti į gyvenimą, todėl šio tyrimo rezultatai atsikartoja ir anksčiau atliktame Chan, Kirkpatric ir Brasch (2017) tyrime.

Antra, gautos pagalbos procese išryškėjo profesionalaus, lygiaverčio santykio su specialistu svarba. Visi tyrimo dalyviai kalbėjo apie ASSIP terapeutės profesionalumą, bendradarbiavimą, jos įžvalgų svarbumą. Kadangi šis tyrimas ir siekia suprasti kaip ASSIP programa yra integruojama psichikos sveikatos priežiūros sistemoje, labai svarbu, kad visi šio tyrimo dalyviai buvo patenkinti santykiu su ASSIP terapeute, darbu konsultacijų metu ir iš konsultacijų gauta nauda. Dalyviai dalinosi, kad buvo palaikomas formalus, bendradarbiaujantis santykis, kuris buvo profesionalus, bet kartu ir šiltas.

Trečia, šiame tyrime dalyviams padėjo kelių ASSIP programos elementų derinimas, saugumo plano sudarymas, galimybė išmokti atpažinti krizės ženklus ir nauji savipagalbos būdai. Saugumo planas vienam tiriamajam galimai išėjus iš ligoninės jau išgelbėjo gyvybę. Taip pat, ne vienas dalyvis akcentavo, kad labai padėjo trumpų tikslų išsikėlimas ir jų įgyvendinimas, tai suteikė vilties, kad įmanoma keisti savo gyvenimą ir pasiekti norimų rezultatų. Pusė dalyvių dalinosi, kad psichologinė pagalba (tiek psichologinės konsultacijos, tiek grupinė psichoterapija) buvo svarbios jų gautos pagalbos procese. Didžioji dauguma tyrimo dalyvių įvardijo ASSIP programą kaip efektyvią, koncentruotą bei struktūruotą, dalyviai gavo ženkliai naudą iš ASSIP programos konsultacijų. Būtų galima iš dalies palyginti šį tyrimą su Gysin-Maillart ir kolegų (2016) atliktu tyrimu, kuris analizavo ASSIP programą. Tarp šių dviejų tyrimų galime rasti panašumų: tyrimo dalyviai dalyvavo ASSIP programoje, abiejuose tyrimuose dauguma dalyvių jau yra anksčiau mėginę nusižudyti, taip pat, abiejuose tyrimuose dalyviai atskleidė, kad pavyko sukurti pakankamai gerą ryšį, jie jautėsi išgirsti ir suprasti, tai Gysin-Maillart ir kolegų interpretuoja kaip apsauginį veiksnį, kuris vėliau sumažina tikimybę pakartotiniam mėginimui nusižudyti. Tuo tarpu šiame tyrime tiriamieji taip pat dalinasi, kad su ASSIP psichologe buvo įdomu, naudinga dirbti, ja galėjo pasitikėti, todėl būtų galima spėti, kad šis ryšys taip pat galėtų veikti kaip

apsauginis veiksnys ateityje. Žinoma, šiuose dviejuose tyrimuose yra pastebima ir skirtumų: Gysin-Maillart ir kolegų (2016) tyrime su dalyviais buvo susisiekiama du metus, buvo vertinama ir laiškų svarba. Kadangi jų tyrime dalyvavo tiek žmonės gaunantys ASSIP pagalbą, tiek įprastą pagalbą, tyrėjai galėjo patikrinti išryškėjusius skirtumus tarp šių grupių, kurie rodė, kad gaunantys ASSIP pagalbą žmonės turėjo 80% sumažėjusią riziką pakartotiniam mėginimui nusižudyti ir asmenys dalyvaujantys ASSIP programoje praleido 72% mažiau dienų ligoninėje per du metus, negu įprastą pagalbą gaunantys asmenys. Apibendrinant, tiek šiame, tiek Gysin-Maillart ir kolegų (2016) tyrime ASSIP programa buvo įvardyta kaip efektyvi, trumpa bei struktūruota pagalba.

Ketvirta, daugumai tiriamųjų norėjosi ilgesnių ir dažnesnių psichologinių konsultacijų bei ilgesnės pačios ASSIP programos. Tyrimo dalyviai supranta, kad įstaigose dirba ne tiek daug specialistų, ypač psichologų. Specialistų darbo krūviai yra didžiuliai, todėl dalyviai taip pat siūlo didinti personalo skaičių, kad kiekvienas pacientas galėtų gauti daugiau ir taip trūkstamo dėmesio bei priežiūros.

Apibendrinus, galima išskirti, kad ASSIP programa dalyvių buvo vertinama kaip veiksminga, struktūruota, didžioji dalis tiriamųjų sukūrė artimą ir darbingą ryšį su ASSIP psichologe ir tas ryšys buvo lyg atsvara kitiems įprasto gydymo procese iškilusiems nesklaidumams ar nemaloniems patyrimams. ASSIP programa buvo taikoma kaip pridėtinė pagalba prie įprastai gaunamos pagalbos po mėginimo nusižudyti, todėl ji negalėjo pakeisti įprastos pagalbos, tačiau ASSIP konsultacijos buvo naudingos, beveik visi dalyviai įvardijo, kad jų labai laukdavo ir po konsultacijų jausdavosi geriau, neaplankydavo suicidinės mintys.

Galima teigti, kad Lietuvoje yra bandomos pritaikyti ir naujausios intervencijos programos, to mūsų psichikos sveikatos priežiūros sistemai tikrai reikia. Tyrimo dalyviai vertina ASSIP programą, kaip efektyvią, suteikusią apčiuopiamos naudos, jos metu buvo išmokta naujų įgūdžių bei pasiruošta vėlesnio mėginimo nusižudyti rizikai. Iš dalies būtų galima pritarti Gailienei (2015), kad psichikos sveikatos priežiūros sistemoje vis dar pagrindinę pagalbą teikia psichiatrija, tačiau kita vertus, Lietuvos sveikatos politiką bandoma modernizuoti taikant ir vieną naujausių intervencinių programų ASSIP.

Taip pat, išryškėjo kitos temos, kurios buvo svarbios tiriamiesiems gaunant įprastą pagalbą po mėginimo nusižudyti.

Pirma, paaiškėjo kokie specifiniai pagalbos elementai įprastai gaunamoje pagalba tyrimo dalyviams pasirodė veiksmingi. Dalyviai dalinosi tokiais naujai išmoktais savipagalbos būdais: biblioterapija, audio terapija, vizualinės relaksacijos, praktinių knygų skaitymas. Dalyviai taip pat dalinosi, kad darbas su psichiatru padėjo, dauguma dalyvių turėjo gerą santykį, galėjo pasitikėti psichiatru. Ne mažiau svarbu, kad dalyviai kalbėjo apie tai, jog dauguma kitų specialistų buvo taip pat

išklausantys, supratingi, nuoširdūs, dėmesingi ir profesionaliai atliko savo darbą. Patikimas, artimas ryšys, kuris yra užmezgamas su prižiūrinčiu personalu gali būti viena iš priežasčių skatinančių asmenį toliau gyventi (Chan, Kirkpatric & Brasch, 2017), todėl svarbu, kad ir šiame tyrime dalyviai įvardijo jog gydymo metu buvo užmezgę bent vieną ryšį su personalo darbuotoju, kuriuo galėjo pasitikėti ir esant norui pabendrauti.

Antra, tyrimo dalyviai išskyrė, kad gaunamoje pagalboje buvo ir sunkumų. Dalyviai patyrė sunkumus priimant pagalbą: abejones specialistų kompetencijomis, beviltiškumą, vienišumą, nenorėjo kalbėti ar dalintis savo patiriamais sunkumais. Taip pat, tiriamoji atskleidė, kad gailėjosi, jog nepavyko nusižudyti. Pusė dalyvių dalinosi atminties spragomis, sunkumais prisiminti informaciją iš gydymo proceso. Tyrimo dalyviai kalbėjo apie savarankiškumą bei savo įsitraukimo į gydymo procesą svarbą, norą pasveikti.

Trečia, tyrimo dalyviai gaunamoje pagalboje susidūrė ir su nepagarbiu santykiu bei kartais pernelyg griežto gydymo taikymo kenksmingumu. Dalyviai išskyrė, kad gaunamoje pagalboje nepadėjo įvairių specialistų griežtas, neatidus, nejautrus ir rūpesčio nerodantis santykis. Dalyviai susidūrė ir su nekompetingu personalo elgesiu, vienas tyrimo dalyvis mėgino nusižudyti dar būdamas skyriuje, nes grupinėje psichoterapijoje patyrė pažeminimą, o kilę neigiami jausmai turėjo įtakos dar vienam mėginimui nusižudyti. Dalyviai įvardijo ir tai, kad nepadeda priverstiniai ar netinkami gydymo metodai, pasikeitę terapeutai ir per griežtos taisyklės. Šeši tyrimo dalyviai išskyrė, kad gulėjimas psichiatrinėje ligoninėje jiems mažai arba visai nepadėjo. Tam, kad specialistai kaip galima labiau elgtųsi kompetentingai, reikia suprasti, kad asmenys po mėginimo nusižudyti atsidūrę jau ir reanimacijos skyriuje dažnai jaučia baimę, bendrą sutrikimą ir neapibrėžtumo būseną, todėl labai svarbu, kad specialistai būtų tinkamai paruošti ir gebėtų kompetentingai dirbti su suicidiniaisiais pacientais (McKay & Shand, 2018). Šio tyrimo dalyviai taip pat kalbėjo apie tai, kad patekus į reanimaciją jie jautėsi nesaugiai, nes nežinojo, kas jiems bus daroma toliau, todėl dirbantys specialistai galėtų, suprasdami jų emocinę būseną, būti kantresni, empatiškesni ir paaiškinti kas yra ar bus daroma su pacientu.

Ketvirta, buvo išskirtas nevienareikšmiškas medikamentų veiksmingumas. Dalyviai dalinosi ir medikamentų šalutiniu poveikiu ar menku veiksmingumu, tačiau daugumai dalyvių medikamentai padėjo nusiraminti, pašalino įkyrias mintis ir leido pailsėti bei išsimiegoti.

Penkta, tyrimo dalyviai išsakė skirtingus pagalbos po ligoninės poreikius. Kai kurie tiriamieji dalinosi, kad nori kuo greičiau grįžti į darbą arba jo ieškoti, jaučiasi pasiruošę savarankiškai gydytis toliau. Buvo išsakytas ir tolesnės psichoterapijos ar psichologinių konsultacijų poreikis. Taip pat,

išryškėjo ir įvairių santykių sunkumų ypatumai išėjus iš ligoninės, pavyzdžiui, pasikeitęs santykis su tėvais. Keli dalyviai dalinosi, kad jiems itin svarbi pasirodė psichosocialinė rehabilitacija ir pati jos idėja.

Šešta, dalyviai pasidalino savo įžvalgomis ko, jų manymu, trūksta, kad pagalba būtų dar veiksmingesnė. Keli dalyviai kalbėjo apie pagalbos reikalingumą dar iki mėginimo nusižudyti ir bendrą sklandesnę edukaciją apie galimos pagalbos prieinamumą. Taip pat, keli dalyviai išreiškė, kad būtų naudinga, jog atsirastų specializuotos grupinės psichoterapijos, skirtos mėginusiems nusižudyti ar dar tik minčių turintiems asmenims, nes dabartinėje grupinėje psichoterapijoje neretai būna sunku rasti bendrumą su kitais grupės dalyviais ir dalintis savo patirtimi bei kitais sunkumais. Daugeliui tyrimo dalyvių trūko užimtumo gydantis ligoninėje, ypač sunku būdavo savaitgaliais, kai nevykdavo jokia veikla. Joiner (2005) teorijoje vienas iš veiksnių, kuris didina savižudybės riziką yra negebėjimas/nepriklausymas kokiais nors socialiniais grupėmis/veiklomis, todėl Joiner rekomenduoja suicidiškus pacientus įtraukti į įvairias galimas veiklas. Šiame tyrime dalyvavę asmenys teigė gavę galimybę lankyti įvairius užsiėmimus, tiek skyriuje, tiek psichoreabilitacijoje, tačiau neretai siūlomi užsiėmimai netenkina jų poreikių ir tampa ypač sunku savaitgaliais, kai skyriuje nevyksta jokia veikla.

Būtų galima apibendrinti, kad šiame tyrime išryškėjo įvairūs pagalbos po mėginimo nusižudyti aspektai. Taip pat, atskleidėme ir keletą svarbių patyrimo aspektų, kurie žmonėms padeda geriau priimti ir įsitraukti į gaunamą pagalbą (pavyzdžiui, užmegztas artimas ryšis su specialistu, galimybė dalyvauti įvairiuose užsiėmimuose, bendrumo jausmas grupiniuose užsiėmimuose), bei tokių veiksnių, kurie didina nenorą gydytis, žeidžia gaunančius pagalbą asmenis (pavyzdžiui, griežtas, pakeltas specialisto balso tonas, žeidžiantys komentarai, kaltinimas). Todėl galima teigti, kad panašiai, kaip ir Samuelsson ir kolegų (2000) atliktame tyrime tiriamiesiems kritiškai svarbu užmegzti gerą kontaktą su jais gydančiu personalu, todėl, remiantis kitais tyrimais (Samuelsson et al., 2000) galima prognozuoti, kad šis ryšis gali skatinti gyventi toliau ir pacientai lengviau priims suteikiamą pagalbą.

5.1. Tyrimo ribotumai ir rekomendacijos tolimesniems tyrimams

Šiame tyrime nebuvo išvengta ir kai kurių ribotumų. Visi šio tyrimo dalyviai gyvena didmiestyje arba mieste. Būtų svarbu pamatyti kokius skirtumus išryškėtų, jei tyrime būtų dalyvavę ir daugiau žmonių iš mažų miestelių, taip pat, didesnio ir įvairesnio amžiaus spektro.

Šiame tyrime buvo keli dalyviai, kurie nutraukė savo dalyvavimą. Tai irgi galėjo turėti įtakos, nes tikėtina, kad nutraukusiųjų savo dalyvavimą asmenų patirtis buvo kitokia ir galėjo atskleisti naujų aspektų apie gaunamą pagalbą.

Nors buvo imamasi priemonių šio tyrimo patikimumui išlaikyti (reflektavimas, kokybinių tyrimų pildymas, diskusijos tyrėjų grupėje), tačiau yra įmanoma, kad tyrėjų ankstesnė patirtis, nuostatos ir bendra emocinė būseną galėjo turėti įtakos šio tyrimo interviu rinkimo procesui.

Dar vienas ribotumas – šio tyrimo metu nebuvo galimybės įvertinti visiems taikytos pilnos ASSIP programos, ypač laiškų poveikio ilgesnėje laiko perspektyvoje. Kadangi pusiau struktūruoti interviu buvo atliekami praėjus maždaug mėnesiui po žmogaus sutikimo dalyvauti tyrime, todėl suprantama, kad per tokį trumpą laiką yra sunku įvertinti ilgalaikę ASSIP teikiamą naudą ar tik ateityje gautus psichologės laiškus, kurie yra ASSIP programos dalis.

Taigi, ateityje yra reikalinga atlikti išsamesnį ASSIP programos tyrimą, kuris apimtų visą programos laikotarpį ir tada dalyviams būtų įmanoma įvertinti ASSIP programos gautą ilgalaikę naudą. Rekomenduojama atlikti ir kiekybinius tyrimus šia tema, siekiant geresnio empirinio pagrįstumo apie programos efektyvumą.

IŠVADOS

1. Visi tyrimo dalyviai teigiamai įvertino ASSIP programos poveikį ir kokybę:
 - ASSIP intervencinė programa buvo taikoma kaip papildoma pagalbos rūšis įprastai gaunamoje pagalboje po mėginimo nusižudyti, todėl įprastos pagalbos nepakeitė;
 - ASSIP buvo įvardyta kaip viena veiksmingiausių programų visame gautos pagalbos procese. Programa vertinama kaip efektyvi ir struktūruota.
2. Išryškėjo keletas padedančių pagalbos elementų ASSIP programoje:
 - Padėjo artimas santykis su ASSIP psichologe, kuri vertinta kaip profesionali, geranoriška, suteikianti galias įžvalgas;
 - ASSIP konsultacijų metu asmenys ima geriau pažinti save ir savo mąstymą, išmoksta atpažinti rizikos veiksnius savo elgesyje;
 - Padėjo trumpų, realių tikslų ir saugumo plano sudarymas;
 - Padėjo filmavimasis ir vėlesnis savo elgesio ir istorijos naratyvo nagrinėjimas.
3. Išryškėjo keletas svarbių veiksnių įprastai gaunamoje pagalboje po mėginimo nusižudyti:
 - Nuoširdus, draugiškas, pasitikėjimą keliantis bei profesionalus ryšys su specialistu yra naudingas pagalbos priėmimo ir gydymosi procese;
 - Personalo nekompetentingas bei griežtas, nejautrus, rūpesčio nerodantis elgesys kelia nemalonių jausmus, o kartais didina ir savižudybės riziką;
 - Buvo patirta įvairių sunkumų priimant pagalbą: aplankiusios abejonės, beviltiškumas, vienišumas, nenoras kalbėti apie savo problemas, kas turėjo neigiamos įtakos priimant pagalbą;
 - Medikamentinis gydymas vertinamas nevienareikšmiškai. Daugumą medikamentai slopino, kiti dalyviai nelabai arba visai nejautė teigiamo poveikio savo psichologinėje būsenoje. Tačiau medikamentai padėjo spręsti miego sutrikimus ir padėjo pašalinti įkyrias mintis;
4. Tyrimo dalyvių nuomone, teikiamą įprastą pagalbą po mėginimo nusižudyti galima padaryti dar efektyvesne, jei būtų atsižvelgta į ilgesnės psichologinės pagalbos poreikį, specializuotų grupių asmenims po mėginimo nusižudyti atsiradimą ir veiklos, ypač fizinės, didinimą gydymosi metu bei didinant specialistų kompetentingumą dirbant su suicidiškais pacientais.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Remiantis gautais rezultatais šio tyrimo metu yra pateikiama keletas rekomendacijų specialistams, savo darbe susiduriantiems ir dirbantiems su suicidiškais asmenimis. Nors šiame tyrime buvo akcentuojama ASSIP programa, tačiau ir jos elementus galima panaudoti įprastai teikiamoje pagalboje asmenims po mėginimo nusižudyti:

- Asmenys po mėginimo nusižudyti atsidūrę reanimacijos skyriuje yra labai pažeidžiami ir sutrikę. Šiuo metu itin svarbus atsakingas ir profesionalus specialistų elgesys, kuris pasižymėtų empatija ir pacientams būtų suteikiama visa reikiama informacija apie daromus ir ateityje būsimus veiksmus. Tokiu būdu asmenys po mėginimo nusižudyti jausis saugesni ir visa situacija kels mažiau sumaišties;
- Atsižvelgiant, kad daugumai tiriamųjų padėjo tolimesnių veiksmų žinojimas, koncentruotumas ir struktūra, rekomenduojama ir teikiant įprastą pagalbą kurti su klientu saugumo planą ar konkrečius, netolimos ateities tikslus;
- Artimas ryšys, kuris gali būti užmezgamas su specialistu, yra itin svarbus asmenims, kurie mėgino nusižudyti. Ryšiui užmegzti padeda specialisto empatiškumas, gebėjimas išklausti, kiek įmanoma saugesnės ir komfortabilesnės aplinkos sudarymas. Tai gali turėti tiesioginės įtakos mažesnei pakartotinei savižudybės rizikai ir asmeniui gali būti lengviau kreiptis pagalbos ateityje, jei jos prireiktų;
- Jei tik įmanoma, rekomenduojama staiga nenutraukti psichologinės pagalbos, o ją mažinti palaipsniui. Staigus psichologinės pagalbos nutraukimas skatina asmenų pasimetimą, baimės atsiradimą, ypač pavojinga asmeniui esant aukštoje savižudybės rizikoje.

LITERATŪRA

- Anestis, M. D., Soberay, K. A., Gutierrez, P. M., Hernández, T. D., & Joiner, T. E. (2014). Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. *Personality and social psychology review*, 18(4), 366-386;
- Bauman, S., Toomey, R. B., & Walker, J. L. (2013). Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. *Journal of adolescence*, 36(2), 341-350;
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97(1), 90;
- Björkenstam, C., Björkenstam, E., Hjern, A., Bodén, R., & Reutfors, J. (2014). Suicide in first episode psychosis: a nationwide cohort study. *Schizophrenia research*, 157(1-3), 1-7;
- Björkenstam, C., Ekselius, L., Berlin, M., Gerdin, B., & Björkenstam, E. (2016). Suicide risk and suicide method in patients with personality disorders. *Journal of psychiatric research*, 83, 29-36;
- Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V., Winkel, F. W., & Bout, R. (2002). Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: the influence of types of events, time period and significant others. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(1), 9-16;
- Boyatzis, R. E. (1998). Thematic analysis and code development: Transforming qualitative information. *London and New Delhi: Sage Publications*;
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101;
- Bryan, C. J., Ray-Sannerud, B., Morrow, C. E., & Etienne, N. (2013). Shame, pride, and suicidal ideation in a military clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 212-216;
- Britton, P. C., Conner, K. R., & Maisto, S. A. (2012). An open trial of motivational interviewing to address suicidal ideation with hospitalized veterans. *Journal of clinical psychology*, 68(9), 961-971;
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 371;
- Brown, G. K., Green, K. L. (2014). A review of evidence-based follow-up care for suicide prevention: where do we go from here?. *American journal of preventive medicine*, 47(3), S209-S215;

- Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *Jama*, 294(5), 563-570;
- Calati, R., & Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of psychiatric research*, 79, 8-20;
- Cedereke, M., & Öjehagen, A. (2005). Prediction of repeated parasuicide after 1–12 months. *European Psychiatry*, 20(2), 101-109;
- Chan, K. J., Kirkpatrick, H., & Brasch, J. (2017). The reasons to go on living project: stories of recovery after a suicide attempt. *Qualitative Research in Psychology*, 14(3), 350-373;
- Comtois, K. A., Jobes, D. A., O'Connor, S., Atkins, D. C., Janis, K., Chessen, E., et al. (2011). Collaborative assessment and management of suicidality (CAMS): feasibility trial for next-day appointment services. *Depress Anxiety*; 28:963–72;
- Coope, C., Donovan, J., Wilson, C., Barnes, M., Metcalfe, C., Hollingworth, W., ... & Gunnell, D. (2015). Characteristics of people dying by suicide after job loss, financial difficulties and other economic stressors during a period of recession (2010–2011): A review of coroners' records. *Journal of Affective Disorders*, 183, 98-105;
- Dadašev, S. (2017). *Mėginusiųjų nusizudyti savižudybės proceso patirtis* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas;
- Dadašev, S., Skruibis, P., Gailienė, D., Latakienė, J., & Grižas, A. (2016). Too strong? Barriers from getting support before a suicide attempt in Lithuania. *Death studies*, 40(8), 507-512;
- Daniel, S. S., & Goldston, D. B. (2012). Hopelessness and lack of connectedness to others as risk factors for suicidal behavior across the lifespan: Implications for cognitive-behavioral treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 288-300;
- Dembinskas, A. (2003). *Psichiatrija. Vaistų žinios*: Vilnius;
- Dienraštis ispanų kalba „Elpais“, leidžiamas Ispanijoje; internetinė prieiga: https://elpais.com/elpais/2018/09/11/inenglish/1536656107_277760.html;
- Dyregrov, K. (2009). How do the young suicide survivors wish to be met by psychologists? A user study. *OMEGA-Journal of death and dying*, 59(3), 221-238;
- Donald, M., Dower, J., Correa-Velez, I., & Jones, M. (2006). Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 87-96;

- Gailienė, D. (2015). *Gyvenimas po lūžio: kultūrinių traumų psichologiniai padariniai*. Vilnius: Eugrimas;
- Gailienė, D. (2005). Užburtame rate: savižudybių paplitimas Lietuvoje po nepriklausomybės atkūrimo. *Psichologija*, 31, 7-15;
- Gearing, R. E., & Lizardi, D. (2009). Religion and suicide. *Journal of religion and health*, 48(3), 332-341;
- Giner, L., Blasco-Fontecilla, H., Perez-Rodriguez, M. M., Garcia-Nieto, R., Giner, J., Guija, J. A., ... & Oquendo, M. A. (2013). Personality disorders and health problems distinguish suicide attempters from completers in a direct comparison. *Journal of affective disorders*, 151(2), 474-483;
- Giorgi, A. (2012). The descriptive phenomenological psychological method. *Journal of Phenomenological psychology*, 43(1), 3-12;
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP). *PLoS medicine*, 13(3), e1001968;
- Gysin-Maillart, A. C., Soravia, L. M., Gemperli, A., & Michel, K. (2017). Suicide ideation is related to therapeutic alliance in a brief therapy for attempted suicide. *Archives of suicide research*, 21(1), 113-126;
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., & Bunney, W. E. (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. National Academies Press;
- Granello, D. (2010). A suicide crisis intervention model with 25 practical strategies for implementation. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 218-235;
- Guptill, J. (2011). After an attempt: caring for the suicidal patient on the medical-surgical unit. *Medsurg nursing*, 20(4), 163;
- Henriques, G., Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2005). Suicide attempters' reaction to survival as a risk factor for eventual suicide. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2180-2182;
- Higienos institutas (2019). Prieiga internete: <http://www.hi.lt/lt/mpr-statistine-informacija.html>;
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 74-80;

- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B. L., & Leenaars, A. A. (2012). Psychological autopsy studies as diagnostic tools: Are they methodologically flawed?. *Death studies*, 36(7), 605-626;
- Hom, M. A., Stanley, I. H., & Joiner Jr, T. E. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clinical psychology review*, 40, 28-39;
- Hufford, M. R. (2001). Alcohol and suicidal behavior. *Clinical psychology review*, 21(5), 797-811;
- Jahn, D. R., Quinnett, P., & Ries, R. (2016). The influence of training and experience on mental health practitioners' comfort working with suicidal individuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(2), 130;
- Jobes D. A. (2016). *Managing Suicidal Risk, Second Edition: A Collaborative Approach*. The Guilford Press;
- Jobes, D. A. (2012). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): an evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(6), 640-653;
- Jobes, D. A., Au, J. S., & Siegelman, A. (2015). Psychological approaches to suicide treatment and prevention. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2(4), 363-370;
- Joiner, T., Kalafat, J., Draper, J., Stokes, H., Knudson, M., Berman, A. L., & McKeon, R. (2007). Establishing standards for the assessment of suicide risk among callers to the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 353-365;
- Joiner Jr, T. E., Brown, J. S., & Wingate, L. R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review Psychology*, 56, 287-314;
- Joiner Jr, T. E., Sachs-Ericsson, N. J., Wingate, L. R., Brown, J. S., Anestis, M. D., & Selby, E. A. (2007). Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: a persistent and theoretically important relationship. *Behaviour research and therapy*, 45(3), 539-547;
- Jungtinių Amerikos valstijų savižudybių prevencijos fondas (2019). Prieiga internetu: <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/>;
- Kan, C. K., Ho, T. P., Dong, J. Y., & Dunn, E. L. (2007). Risk factors for suicide in the immediate post-discharge period. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 208-214;

- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129;
- Konrad, N., Daigle, M. S., Daniel, A. E., Dear, G. E., Frottier, P., Hayes, L. M., ... & Sarchiapone, M. (2007). Preventing suicide in prisons, part I: recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons. *Crisis*, 28(3), 113-121;
- Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American journal of Psychiatry*, 1(42), 559-563;
- Leenaars, A., Lester, D., & Goldney, R. (2002). Qualitative versus quantitative studies in suicidology. *Archives of Suicide Research*, 6, 1-73;
- Lönnqvist, K. J. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: depression. *The international handbook of suicide and attempted suicide*, 107-120;
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(10), 819;
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Mehlum, L. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074;
- Masten, A. S., Powell, J. L., & Luthar, S. S. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. Resilience and vulnerability: *Adaptation in the context of childhood adversities*, 1(25), 153;
- McKay, K., & Shand, F. (2018). Advocacy and luck: Australian healthcare experiences following a suicide attempt. *Death studies*, 42(6), 392-399;
- McLaren, S., & Challis, C. (2009). Resilience among men farmers: the protective roles of social support and sense of belonging in the depression-suicidal ideation relation. *Death Studies*, 33(3), 262-276;
- Meehan, J., Kapur, N., Hunt, I. M., Turnbull, P., Robinson, J., Bickley, H., ... & Shaw, J. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge: national clinical survey. *The British Journal of Psychiatry*, 188(2), 129-134;
- Meehan, J., Kapur, N., Hunt, I. M., Turnbull, P., Robinson, J., Bickley, H., ... & Shaw, J. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge: national clinical survey. *The British Journal of Psychiatry*, 188(2), 129-134;

- Michel, K., Valach, L., & Gysin-Maillart, A. (2017). A novel therapy for people who attempt suicide and why we need new models of suicide. *International journal of environmental research and public health*, 14(3), 243;
- Mirkovic, B., Labelle, R., Guile, J. M., Belloncle, V., Bodeau, N., Knafo, A., ... & Cohen, D. (2015). Coping skills among adolescent suicide attempters: results of a multisite study. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(2 Suppl 1), S37;
- Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric services*, 52(6), 828-833;
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133-154;
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*, 1, 181-98;
- O'Connor, S. S., Comtois, K. A., Wang, J., Russo, J., Peterson, R., Lapping-Carr, L., & Zatzick, D. (2015). The development and implementation of a brief intervention for medically admitted suicide attempt survivors. *General hospital psychiatry*, 37(5), 427-433;
- O'Neil, M. E., Peterson, K., Low, A., Carson, S., Denneson, L. M., Haney, E., ... & Kansagara, D. (2012). Suicide prevention interventions and referral/follow-up services: A systematic review;
- Paris, J. (2006). Predicting and preventing suicide: do we know enough to do either?. *Harvard review of psychiatry*, 14(5), 233-240;
- Pasaulinē sveikatos organizācija (2018). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>;
- Patterson, A. A., & Holden, R. R. (2012). Psychache and suicide ideation among men who are homeless: a test of Shneidman's model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(2), 147-156;
- Radcliffe, J., & Smith, R. (2007). Acute in-patient psychiatry: how patients spend their time on acute psychiatric wards. *Psychiatric Bulletin*, 31(5), 167-170;
- Rancāns, E., Lapiņš, J., Renberg, E. S., & Jacobsson, L. (2003). Self-reported suicidal and help seeking behaviours in the general population in Latvia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(1), 18-26;
- Rudd, M. D. (2008). Suicide warning signs in clinical practice. *Current Psychiatry Reports*, 10(1), 87-90;

- Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner Jr, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., ... & Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 255-262;
- Sabaliauskas, S., & Žydžiūnaitė, V. (2017). *Kokybiniai tyrimai. Principai ir metodai*. Vaga: Vilnius;
- Sáiz, P. A., & Bobes, J. (2014). Suicide prevention in Spain: an uncovered clinical need. *Revista de psiquiatria y salud mental*, 7, 1-4;
- Samuelsson, M., Wiklander, M., Åsberg, M., & Saveman, B. I. (2000). Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 635-643;
- Sanna, L., Stuart, A. L., Pasco, J. A., Kotowicz, M. A., Berk, M., Girardi, P., & Williams, L. J. (2014). Suicidal ideation and physical illness: does the link lie with depression?. *Journal of affective disorders*, 152, 422-426;
- Schneider, B., Grebner, K., Schnabel, A., Hampel, H., Georgi, K., & Seidler, A. (2011). Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide: a Case-control psychological autopsy study. *Psychiatry research*, 190(2-3), 265-270;
- Shand, F., Vogl, L., & Robinson, J. (2018). Improving patient care after a suicide attempt. *Australasian Psychiatry*, 26(2), 145-148;
- Shneidman E. S. (2002). *Savižudžio sąmonė*. Via recta: Vilnius;
- 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 1: background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263;
- Simon, G. E., Beck, A., Rossom, R., Richards, J., Kirlin, B., King, D., ... & Whiteside, U. (2016). Population-based outreach versus care as usual to prevent suicide attempt: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 452;
- Singh, S., Taylor, C., Kornmehl, H., & Armstrong, A. W. (2017). Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 77(3), 425-440;
- Smith, J. A. (Ed.). (2008). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. Sage;
- Stack, S., & Scourfield, J. (2015). Recency of divorce, depression, and suicide risk. *Journal of Family Issues*, 36(6), 695-715;
- Stoupel, E., Israelevich, P., Gabbay, U., Abramson, E., Petrauskiene, J., Kalediene, R., ... & Sulkes, J. (2000). Correlation of two levels of space proton flux with monthly distribution of deaths

- from cardiovascular disease and suicide. *Journal of basic and clinical physiology and pharmacology*, 11(1), 63-72;
- Tarrier, N., & Barrowclough, C. (2003). Professional attitudes to psychiatric patients: a time for change and an end to medical paternalism. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 12(4), 238-241;
- Tomori, M., & Zalar, B. (2000). Sport and physical activity as possible protective factors in relation to adolescent suicide attempts. *International Journal of Sport Psychology*;
- Van Heeringen, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 292-300;
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner Jr, T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 72;
- Waern, M., Rubenowitz, E., & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology*, 49(5), 328-334;
- Wang, M. C., Nyutu, P. N., & Tran, K. K. (2012). Coping, reasons for living, and suicide in Black college students. *Journal of Counseling & Development*, 90(4), 459-466;
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. *American Psychological Association*;
- Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and alcohol dependence*, 76, S11-S19;
- Zaborskis, A., Makari, J., & Žemaitienė, N. (2002). Lietuvos moksleivių psichologinė būseną. *Biomedicina*, 2(2), 107-112.

PRIEDAI

1 priedas. Informuotas sutikimas



ASMENS INFORMAVIMO FORMA

Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra vykdo tyrimą, kurio tikslas yra geriau suprasti, kiek veiksminga psichologinė pagalba, gaunama po bandymo nusižudyti. Šio projekto mokslinis vadovas yra doc. dr. Paulius Skruibis.

Atlikus šį tyrimą būtų galima efektyviau teikti pagalbą ir tobulinti gydymo tarnybų veiklą. Siekiant įgyvendinti šiuos tikslus labai prašome Jūsų aktyviai ir geranoriškai dalyvauti šiame tyrime.

Šio tyrimo metu Jums bus pateikiama keletas klausimynų apie Jūsų emocinę savijautą. Šių klausimynų pildymo trukmė gali būti nuo 20 iki 30 minučių. Praėjus 4 savaitėms po Jūsų patekimo į ligoninę vėl bus prašoma užpildyti klausimynus ir sutartu laiku sudalyvauti interviu.

Mums labai svarbi Jūsų nuomonė bei savijauta, todėl prašome nuoširdžiai atsakyti į pateiktus klausimus. Šiame tyrime užtikrinamas Jūsų atsakymų konfidencialumas. Gauti duomenys bus analizuojami ir pristatomi mokslo darbuose apibendrintai, nesiejant su konkretais asmens atsakymais. Jūs galite atsisakyti dalyvauti tyrime ar pasitraukti iš jo bet kuriuo metu ir tai neturės jokios įtakos Jūsų tolimesniam pagalbos gavimui.

Iš anksto dėkojame už vertingą pagalbą ir bendradarbiavimą šiame tyrime. Jei Jums kilo klausimų ar neaiškumų dėl šio tyrimo eigos, kreipkitės į psichologę Jolantą Latakiene tel.: +370 659 73549 arba el. p. jolanta.latakiene@fsf.vu.lt

Perskaičiau šią informaciją ir supratau tyrimo tikslus. Turėjau galimybę pateikti klausimus ir į juos man buvo suprantamai atsakyta. Pasirašydamas šią formą, aš duodu laisvą sutikimą dalyvauti šiame tyrime.

Dalyvauti tyrime sutinku (*vardas, parašas*) _____ Data _____

Sutinku, kad tyrėjas susisiektų su manimi dėl interviu laiko, tel. nr. _____

Sutinku, kad tyrėjams būtų atskleisti duomenys apie mano diagnozę ir gydymą _____
(*parašas*)

2 priedas. Riboto duomenų panaudojimo sutartis

RIBOTO DUOMENŲ PANAUDOJIMO SUTARTIS

2019 m. sausio mėn. 2 d.

Vilnius

I. Sutarties objektas

Ši sutartis apibrėžia Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Psichologijos instituto Suicidologijos tyrimų centro (toliau **Suicidologijos tyrimų centras**) riboto tyrimo duomenų panaudojimo sąlygas, sutarties galiojimą ir atsakomybę už šios sutarties sąlygų pažeidimą.

II. Sutarties šalys

Sutartis sudaroma tarp Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Psichologijos instituto Suicidologijos tyrimų centro vadovo doc. dr. Pauliaus Skruibio (toliau **Suicidologijos tyrimų centro vadovas**) ir Vilniaus universiteto studentės Ievos Pocevičiūtės (toliau **Studentas**).

III. Sutarties sąlygos

1. Studento surinkti priminiai duomenys (užpildytos anketos, interviu garso įrašai, transkripcijos ir kt.) privalo būti pateikti ir priklauso Suicidologijos tyrimų centrui.
2. Suicidologijos tyrimų centro vadovas suteikia ribotą teisę Studentui naudoti Suicidologijos tyrimų centro duomenis tik rengiant *magistro* darbą „*ASSIP taikymas psichikos sveikatos priežiūros sistemoje po mėginimo nusižudyti*“ (toliau **Rašto darbą**). Studentui nesuteikiama teisė gautų duomenų naudoti jokiais kitais tikslais, įskaitant pranešimus konferencijose, straipsnius ir visus kitus panaudojimo būdus.
3. Sudarant šią sutartį Suicidologijos tyrimų centro vadovas suteikia teisę Studentui Rašto darbe naudoti tik šioje sutartyje nurodytus šiuos Suicidologijos tyrimų centro duomenis: tyrimo „Savižudybių problema sveikatos apsaugos sistemoje: pagalbos siekimas ir veiksmingumas“ bandžiusiųjų nusižudyti grupės 1) kokybinių interviu, 2) kiekybinių klausimynų bei 3) demografinių anketų duomenis (toliau **Duomenys**).
4. Studentas Rašto darbe privalo nurodyti Duomenų šaltinį – Suicidologijos tyrimų centrą. Studentas Rašto darbe privalo nurodyti pilną projekto pavadinimą, projekto vadovą, sutarties numerį ir projekto finansuotoją – „Savižudybių problema sveikatos apsaugos sistemoje: pagalbos siekimas ir veiksmingumas“, vadovas doc. dr. Pauliaus Skruibio, sutarties Nr. S-MIP-17-113, finansuotojas Lietuvos mokslo taryba.
5. Studentas privalo užtikrinti gautų Duomenų saugumą ir užtikrinti, kad duomenys nebus perduoti ar nepateks kitiems fiziniams ar juridiniams asmenims. Elektroniniai duomenys turi būti saugomi specialiai užšifruotoje kompiuterio paskyroje.
6. Parengęs Rašto darbą Studentas privalo gautus Duomenis elektroninėje ir/arba spausdintoje formoje sunaikinti, išskyrus pateiktus Rašto darbe apibendrintus Duomenis.

IV. Sutarties galiojimas

1. Sutartis įsigalioja nuo jos pasirašymo datos.
2. Suicidologijos tyrimų centro vadovas pateikia Studentui šioje sutartyje nurodytus Duomenis ne vėliau kaip iki 2019 m. balandžio mėn. 1 d.
3. Studentui suteikiama teisė naudoti duomenis Rašto darbo rengimui iki 2019 m. liepos mėn. 1 d. Laiku neparengus Rašto darbo studentui suteikta ribota duomenų panaudojimo teisė

nustoja galioti ir Studentas privalo gautus Duomenis elektroninėje ir/arba spausdintoje formoje sunaikinti.

4. Suicidologijos tyrimų centro vadovas turi teisę, pranešdamas Studentui šioje sutartyje nurodytu el. paštu, vienašališkai nutraukti šią sutartį, jei Studentas nutraukia studijas, nevykdo šios sutarties sąlygų, pažeidžia akademinę etiką ar tyrimų etiką. Sutarties nutraukimo atveju Studentas privalo gautus Duomenis elektroninėje ir/arba spausdintoje formoje sunaikinti.

V. Atsakomybė

Studentui pažeidus šią sutartį Suicidologijos tyrimų centro vadovas turi teisę kreiptis į Vilniaus universiteto administraciją dėl akademinės etikos pažeidimų ir teisėsaugos institucijas dėl autorių teisių ir kitų teisių pažeidimo ir žalos atlyginimo.

Suicidologijos tyrimų centro vadovas

Studentas

doc. dr. Paulius Skruibis



**Filosofijos
fakultetas**

VU Suicidologijos tyrimų centras
Universiteto g. 9
Vilnius LT-01513
El. paštas: suicidologija@fsf.vu.lt

Ieva Pocevičiūtė

Adresas: Žemaitės 5b-36, Vilnius
El. paštas: ievapocevicute04@gmail.com
Telefonas: +37060676928

3 priedas. Etikos leidimas atlikti psichologinį tyrimą



VILNIAUS UNIVERSITETO PSICHOLOGINIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

LEIDIMAS ATLIKTI PSICHOLOGINIŲ TYRIMŲ

2017-05-17 Nr. 12
Vilnius

Tyrimo pavadinimas: Trumpalaikės bandymo nusižudyti intervencijos programos (ASSIP) veiksmingumas
Tyrimo vadovas: Doc. dr. Paulius Skruibis
Tyrimo vieta (įstaigos pavadinimas) ir adresas: Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra, Filosofijos fakultetas, Vilniaus universitetas, Universiteto g. 9-202, Vilnius 01513
Leidimas galioja iki: 2019-03-31

Leidimas suteiktas VU Psichologinių tyrimų etikos komiteto posėdžio sprendimu.

Pirmininkas

Doc. dr. Evaldas Kazlauskas

VU Psichologinių tyrimų etikos komitetas
Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Universiteto g. 9-202, Vilnius 01513
El. pastas: tyrimu.etika@fsf.vu.lt
Tel. + 370 5 266 7605

4 priedas. Sutartiniai transkribavimo ženklai, remiantis 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 nuliūda 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 išsaukiama.
.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.

5 priedas. Teminės analizės būdų išskirtų kategorijų ir temų sąrašas

1. TEIGIAMAS PAGALBOS POVEIKIS

1a. Gauta pagalba išgelbėjo gyvybę, apsaugojo nuo dar vieno mėginimo nusižudyti

JŪ Reanimacijos specifika

SI Gydymanas man išgelbėjo gyvybę

GA Negavus pagalbos turėčiau savižudybės planą

RŪ Pagalba padėjo išvengti dar vieno bandymo nusižudyti

MA Gauta pagalba stabdo nuo mėginimo nusižudyti

KR Abejonės, kas būtų negavus pagalbos, šeimos paramos lūkestis

AN Gauta pagalba padėjo nenusižudyti

DO ASSIP terapija suteikė saugumo planą ir vieną kartą planas galimai išgelbėjo mano gyvybę

BR Anksčiau esu gavusi kitokia pagalbą, nes tai ne pirmas mėginimas nusižudyti

BR Reanimacijoje mane išgelbėjo, daktarai mane prižiūrėjo

BR Jei nebūtų pagalbos, būčiau nusižudžiusi

SA Aš nebūčiau nusižudęs

1b. Pasikeitęs sunkumų ir būdų sau padėti supratimas, geresnis savęs pažinimas

SI Pasikeitė mano požiūris, mąstymas

SI Išsigandau mėginimo nusižudyti, laikau klaida

SI Supratau, kad bandymas nusižudyti psichologinės prievartos padarinys

RŪ Psichiatrė padėjo suprasti ligą

JŪ Gautos pagalbos efektyvumas

MA Susisiekimai su psichologe po bandymo nusižudyti padėjo prisiminti kaip sau padėti

RŪ Psichologė labiausiai padėjo, supratau kaip sau padėti

KR Gauta pagalba mažina mintis apie savižudybę, skatina pozityvesnį požiūrį

AN Gauta pagalba teigiamai paveikė kasdienį funkcionavimą, savęs supratimą ir ateities planus

TA Susitikimai su psichologe padėjo, padėjo pažinti save

TA Nekenčiu savo profesijos ir noriu ją keisti

DO Dabar mano gyvenimas sustingęs, bet stengiuosi gyventi čia ir dabar

SA Psichologiniame vertinime išgirdau įdomių dalykų apie save

1c. Pagalbos pakako, ji buvo efektyvi

JŪ Specialistų pagalbos buvo užtektinai

JŪ Gautos pagalbos efektyvumas

MA Visa gauta pagalba vertinama kaip naudinga

BR Visą gautą pagalbą vertinu labai gerai, nes ji buvo šimtaprocentinė

2. PAGALBOS SIEKIMAS IR SUNKUMAI PRIIMANT PAGALBĄ

2a. Pagalbos siekimas, išitraukimas ir savarankiškumas

JŪ Pagalbos veiksmingumo priklausymas nuo pačios dalyvės

MA Ženkliai padėjo parašymas psichologei apie mėginimą nusižudyti
MA Žmonės, kurie žinojo apie mėginimą nusižudyti, skatino kreiptis pagalbos
RŪ Po stresinės situacijos kilo suicidinių minčių
RŪ Lankymasis pas psichologą privačiai
KR Labiausiai padėjau sau pati, specialistai tik nukreipia
AN Už pagalbos veiksmingumą atsakingas jaučiasi ir pats dalyvis
AN Sunku būti aktyviam, įsitraukti į konsultacijas dėl nuovargio
TA Viskas priklauso nuo manęs, mano pastangų
DO Dabar gaunu psichologinę pagalbą
DO Ligoninėje norėjau vesti savipagalbos grupes, buvau skatinamas tai daryti
DO Nuostatos dėl gydymo, pacientas pats turi norėti gydytis
BR Aš noriu pasveikti
BR Dabar gaunu gydytojo ir psichologės konsultacijas
SA Aš susilaukiau palaikymo iš draugų, tai duoda ramybės
SA Jei nesigydyčiau aš vis tiek pats ieškočiau pagalbos arba už mane kiti jos ieškotų
SA Pradėjau tvarkytis savo gyvenimą
SA Programa veikė kaip postūmis man kažką daryti

2b. Sunkumai priimti pagalbą: abejonės, beviltiškumas, vienišumas, nenoras kalbėti apie problemas

GA Nenoras priimti pagalbos
GA Netikėjimas pagalba, beviltiškumas
RŪ Nenorėjau kalbėti apie savo problemas, bet reikėjo
KR Sunku kalbėti apie mėginimą nusižudyti
RŪ Relaksacija nelabai padėjo, sunku atsipalaiduoti
SI Būnant reanimacijoje sunku įvertinti gaunamą pagalbą
JŪ ASSIP terapijoje trūko savo įsitraukimo, nepatiko filmuotis
JŪ Reanimacijoje pradžioje turi susitaikyti su tuo, kad nemirei – abejonės, ar gerai, kad atgaivino
JŪ Abejonės dėl greitosios pagalbos
KR Grupinė terapija nepadėjo, buvo sunku atsiverti
AN Abejonės dėl reanimacijos pagalbos reikalingumo
SA Nenorėjau, kad gydytojai įtartų, kad man blogėja
SA Nepadėjo, kad kiti pacientai į grupinę terapiją mažai įsitraukia
TA Neturiu draugų

2c. Jausmai, elgesys susijęs su bandymu nusižudyti

GA Gailėjimasis, kad nepavyko nusižudyti
SI Sunku prisiminti detales
MA Alkoholio vartojimas didino norą nusižudyti
KR Sunku kalbėti apie mėginimą nusižudyti
AN Ambivalentiškas požiūris į tėvo atvežimą į reanimaciją
DO Anksčiau būdavo, kad pagalvodavau apie savižudybę, yra tekę kalbėtis ir su šeimos gydytoju

DO Negavęs gydymo galėjau patirti daugiau nerimo, o gal ir bandęs nusižudyti

2d. Asmeninių savybių ir jausmų įtaka gaunamai pagalbai

GA Gėda dėl gydymo nutraukimo

GA Mano per aukšti standartai specialistams

GA Atrodė, reikia rimtesnės pagalbos

SI Noras padėti psichologei ir tyrėjams

MA Anksčiau neatrodė derama rašyti psichologei už konsultacijos ribų

AN ASSIP terapijoje nepatiko nežinomybė ar ateityje padės saugumo planas

AN Sunkumai įvertinant specialistų kompetentingumą

TA Mano pasaulėžiūra ir požiūris į save yra gan neigiamas

TA Dabar bandau save prisiversti kažką daryti ir turiu keletą veiklų

BR Aš nemėgstu kalbėti apie save, piešti ar spalvinti

SA Man sunku pastebėti kai kuriuos dalykus savyje

SA Tikėjau, nors ir bijojau kad psichologinis vertinimas mane išanalizuos giliau

SA Aš stebiu savo ir kitų kūno kalbą, ji pasako daugiau nei žodžiai

TA Netikiu vaistų galia

SA Pasitikiu vaistų veiksmingumu

2e. Sunku prisiminti kai kurią informaciją iš gydymo proceso

SI Reanimacijos neatsimenu

GA Reanimacijos neatsimenu

DO Pablogėjo atmintis, nesugebu planuoti

BR Sunkiai prisimenu įvykius

TA Sunku blaiviai vertinti, nes man trūkinėjo prisiminimai

3. PROFESIONALAUS, LYGIAVERČIO SANTYKIO SU SPECIALISTU SVARBA

3a. Padeda ASSIP terapeuto profesionalumas, geranoriškumas, bendradarbiavimas, įžvalgos, darbiniai santykiai

SI Psichologė kompetentinga

RŪ Psichologė profesionali, svarbu, kad tarėsi su manimi

RŪ Padėjo psichologės nuoširdus noras padėti

SI Geranoriškas, pasitikintis santykis su psichologe

GA Patiko psichologė, susiklostė darbiniai santykiai

RŪ Su psichologe lengviau bendrauti, supratingumas

JŪ Padėjo laisvumo jausmas su psichologe

JŪ Padėjo ASSIP psichologės profesionalumas

MA Santykis su psichologėmis buvo dalykiškas, profesionalus, bet kartu ir šiltas

AN Padėjo psichologės kryptingumas

AN Padėjo psichologės profesionalumas

AN Padėjo bendradarbiavimas su psichologe, jos įžvalgos, išskelti tikslai ir uždaviniai

KR Padėjo ASSIP psichologės empatija, profesionalumas, pagalba įvardinant sunkius dalykus

TA Psichologė nepiršo savo nuomonės ir švelniai keitė mano mąstymą, išgrynino ko aš noriu gyvenime
TA Ryšys su psichologe buvo geras
TA Padeda, kad ASSIP psichologė profesionali ir supratinga
DO ASSIP konsultacijose jaučiausi svarbus ir manimi buvo rūpinamasi, po konsultacijų manęs neaplankydavo suicidinės mintys
DO ASSIP konsultacijose nebuvo spaudžiamas kažką daryti
DO ASSIP terapeutė buvo profesionali ir kompetentinga
DO Padėjo su ASSIP terapeute užmegzta darbinis ryšys ir jos pastangos mane suprasti ir padėti, ji mane perskaitė
BR Man padėjo darbas su psichologe
BR Psichologė buvo gera specialistė, kantri ir įžvalgi
SA ASSIP psichologė dirbo profesionaliai
SA ASSIP psichologė paliko gerą įspūdį
SA ASSIP psichologės įžvalgos buvo gilios
SA Santykis su ASSIP psichologe buvo formalus

3b. Psichiatras kompetingas, išklausančias, padedantis, draugiškas santykis, juo galima pasitikėti

SI Psichiatrė padėjo dėl nugaros skausmų
RŪ Psichiatrė koregavo gydymą
GA Padeda gydytojo aktyvumas
RŪ Artimas, draugiškas santykis su psichiatre
RŪ Psichiatrė kompetentinga
JŪ Psichiatrų pagalbos profesionalumas
KR Padėjo artimas, grįstas pasitikėjimu santykis su psichiatre
AN Padeda psichiatro dėmesingumas, atjauta, profesionalumas, tikslų kėlimas
BR Psichiatrai elgėsi taktiškai
BR Man padėjo darbas su psichiatru, jis buvo tvirtas žmogus, atitakė man vaistus ir daug ko mane išmokė
BR Psichiatrė buvo gera specialistė
SA Aš kreipiuosi į psichiatrą pasikonsultuoti
SA Gydytojas dirba profesionaliai ir manimi rūpinasi, išklauso
SA Su savo gydytoju psichiatru turiu gerą ryšį ir manau, kad man geriau konsultuotis su vyru

3c. Padeda specialistų išklauskas, supratingumas, nuoširdumas, dėmesingumas, profesionalumas

SI Domėjimasis, nuoširdumas, išklauskas iš personalo padeda
SI Gydytojų bandymas suprasti priežastį
SI Labiau kompetentingi specialistai
GA Padeda specialistų atidumas, išklauskas
GA Specialistai kompetentingi
GA Santykiai su specialistais keitėsi

RŪ Padėjo psichiatrės supratingumas, nuoširdumas
RŪ Padėjo išsikalbėjimas psichologei
JŪ Padėjo profesionalus, laisvas santykis su kineziterapeute
JŪ Padėjo dėmesingas santykis su psichosocialinės reabilitacijos atvejo vadybininkais
JŪ Padėjo lygiavertis, saugus, sąžiningas santykis su psichiatrais
JŪ Padėjo psichiatrų rūpestingumas
MA Santykiyje su psichologe padėjo jos ramumas, supratingumas
KR Padėjo visą laiką prieinamas ir bendradarbiaujantis personalas
KR Pagalbos veiksmingumą didino asmeniškasis dėmesys, empatija, rūpestis
AN Specialistai buvo rūpestingi, kompetentingi ir profesionalūs
AN Padėjo empatiškas, šiltas ir supratingas santykis su psichologe
TA Jaučiuosi ir jaučiausi prižiūrimas, manimi rūpinosi
TA Padeda geras ryšys su atvejo vadybininke bei jos pagalba
TA Reabilitacijoje dirba geri ir supratingi specialistai
TA Specialistai nori padėti, skiria dėmesio
TA Užsiėmimus veda ne tik specialistai, bet ir savanoriai, jie nežiūri kaip į pacientą, man patinka su jais bendrauti
TA Atvejo vadybininkė profesionali ir padeda išspręsti visus reikalus
DO Skyriaus psichologai buvo geri, bet reikėjo labiau specializuotos pagalbos
BR Specialistai žiūri į pacientą kaip į vienintelį ir išskirtinį
BR Ergoterapeutė buvo gera specialistė, nors man nereikėjo jos pagalbos
BR Ergoterapeutė mus užėmė ir buvo kaip draugė
BR Aš ir kiti specialistai buvome kandūs ir su specifiniu humoro jausmu
BR Mane gydę daktarai manimi rūpinosi
BR Santykis su specialistais buvo toks, kokio aš reikalavau ir iš savęs
SA Aš turėjau gerą ryšį su grupės terapeute
SA Grupės terapeutė dirbo profesionaliai

3d. Ligoninės sąlygų ir aplinkos svarba: laisvė, saugumas, bendravimas su pacientais

SI Padeda laisvė, ramybė ligoninėje
GA Padėjo galimybė išeiti į lauką
SI Padėjo draugiškos pacientės
RŪ Ligoninėje saugi aplinka padėjo
AN Padeda bendravimas su panašių problemų turinčiais žmonėmis

3e. Abejonės psichiatro kompetencija, santykis be pasitikėjimo

SI Paviršutiniški, be pasitikėjimo santykiai su psichiatre
SI Abejoju psichiatrės kompetencija
RŪ Sunku bendrauti su psichiatre, neartimas ryšys
TA Specialistai turi turėti atitinkamą kompetenciją ir mylėti žmones

4. NEPAGARBAUS SANTYKIO IR PERNELYG GRIEŽTŲ GYDYMO BŪDŲ KENKSMINGUMAS

4a. Nepadeda griežtas, neatidus, nejautrus, rūpesčio nerodantis santykis

SI Personalui trūko atidumo, geranoriškumo
SI Personalo grubumas, nepagarbus bendravimas nepadėjo
SI Abejoju specialistų grubaus bendravimo veiksmingumu
SI Karingi santykiai su personalu ir pacientais
GA Nepadeda specialistų neatidumas, neįsitraukimas
GA Nepadėjo griežtas tonas
RŪ Nepadėjo psichiatrės griežtumas
RŪ Psichiatrė kišosi ne į savo reikalus
GA Trūko specialistų aktyvumo, įtraukimo
JŪ Iš psichiatro trūko atvirumo, dėmesio
JŪ Nepadėjo reanimacijos aplinkos nejautrumas
MA Ankstesnėje pagalboje nepadėdavo psichiatrų nejautrumas, šališkumas
RŪ Psichiatrė nepadėjo psichologiškai
JŪ Nepadėjo formalus, neprofesionalus santykis su reanimacijos personalu
KR Nepadeda šaltas, nedėmesingas santykis su psichologe
KR Nepadeda grubus, nepagarbus ir kaltinantis specialistų bendravimas
AN Nepadėjo specialistų abejingumas, šaltas santykis
AN Gulėjimas reanimacijoje nepadėjo psichologiškai
TA Ligoninėje gavau mažai rūpesčio, nepatiko personalo darbas
BR Jautėsi dėmesio trūkumas, gydytojų laiko stoka

4b. Personalo nekompetentingas elgesys

JŪ Nepadėjo formalus, neprofesionalus santykis su reanimacijos personalu
RŪ Psichiatrė ir psichologė pažeidė konfidencialumą, tai neprofesionalu
SI Žema personalo kompetencija nepadeda
GA Specialistams trūko kompetencijos
AN Nepadeda skatinimas meluoti
TA Lazdynų ligoninėje nepadėjo prastas personalo elgesys, ant manęs rėkė
DO Po grupinės psichoterapijos įvyko savižudybės bandymas, nes jos metu iš manęs pasišaipė terapeutė
TA Personalą vertinu tragiškai

4c. Nepadeda priverstiniai ar netinkami gydymo metodai, pasikeitę terapeutai, režimas ir per griežtos taisyklės

SI Fiksavimas reanimacijoje kėlė pyktį
SI Kančia dėl skyriaus apribojimų ir taisyklių
SI Nemanau, kad man buvo reikalinga ar naudinga izoliacija
GA Nepadeda pagalbos priverstinumas, perdėtas intensyvumas
JŪ Nepadėjo reanimacijos aplinkos nejautrumas
AN Nekompetentingas personalo elgesys, uždarymas per prievartą

TA Mane slėgė ir žemino ligoninės suvaržymai
SI Nelaikau savęs ūmaus skyriaus paciente
JŪ Kelia abejonių psichosocialinės reabilitacijos pagalbos metodai
TA Vasaros ligoninėje, grupinėje psichoterapijoje sunku buvo rasti bendrumą
SA Man nepadėjo tai, kad pasikeitė terapeutai
SA Skyriuje buvo griežtos taisyklės, negalėdavai išeiti iš skyriaus
SA Manau, kad kai kurie užsiėmimai stacionare buvo neefektyvūs
SA Manęs nesužavėjo kalbėjimo grupė, nors manau, kad kalbėtis yra gerai
SA Žmonės yra provokuojami kalbėti apie tai, kas jiems labai sunku

4d. Gulėjimas psichiatrinėje ligoninėje ir jos aplinka nepadėjo

SI Psichiatrinė ligoninė nepadėjo
SI Išgąstis ir baimė tęsti gydymą
SI Pasipiktinimas psichiatrijos sistemos nesikeitimu
RŪ Gulėjimas ligoninėje mažai padėjo, neįaučiau būtinybės
GA Pagalba nelabai padėjo
AN Nepadėjo psichiatrinės ligoninės aplinka ir užimtumo trūkumas
AN Gulėjimas psichiatrinėje ligoninėje nepadėjo
TA Gulėjimas ligoninėje nepadėjo ir nepatiko, ten gulėjo pacientai su sunkesniais sutrikimais
SA Ligoninėje buvo siaubinga, kai reikėdavo užmigti
SA Ligoninėje yra niūri aplinka

5. SAVIŽUDYBĖMS SPECIFINĖS PSICHOLOGINĖS PAGALBOS VEIKSMINGUMO ELEMENTAI

5a. Padeda kelių psichologinės pagalbos būdų derinimas, konkretumas, saugumo planas, krizės ženklų pastebėjimas, išmokti nauji savipagalbos būdai

GA Padeda kelių pagalbos rūšių derinimas, specifinė savižudybėms pagalba
RŪ Padėjo psichologės taikomų metodų įvairovė
GA Padėjo trumpų, realistiškų planų susidarymas
GA Padėjo vizualinės relaksacijos atsigauti
RŪ Buvo nedrašu filmuotis, bet padėjo pastebėti krizės ženklus
RŪ Atmintinė padėjo kreiptis pagalbos vietoje bandymo nusižudyti
RŪ Padėjo su psichologe daryta atmintinė
MA Psichologinėse konsultacijose padėjo konstruktyvumas, problemos sprendimų ieškojimas
MA Padėjo konkretūs psichologės pasiūlymai
KR ASSIP terapijoje padėjo konkretūs įrankiai: krizės ženklų pažinimas ir saugumo plano kūrimas
AN ASSIP terapija suteikia saugumą planą ateičiai
TA Padeda realių tikslų išsikėlimas ir įgyvendinimas
DO Labiausiai gydyme man padėjo psichologės konsultacijos ir gauti savipagalbos metodai
DO Grupės psichoterapeutas skyriuje davė priemonių savipagalbai
SA Psichiatras davė skaityti knygų, bet trūko kontrolės
SA Teorinės paskaitos buvo įdomios

DO ASSIP terapija suteikė saugumo planą ir vieną kartą planas galimai išgelbėjo mano gyvybę

5b. Psichologinė pagalba buvo svarbi

SI Psichologinės pagalbos poreikis ir nauda

JŪ Psichologinių konsultacijų svarba

TA Patinka ir padeda grupiniai užsiėmimai, matai, kad ne tau vienam sunku

DO Grupinė psichoterapija buvo veiksminga

SA Grupinė terapija man padėjo

5c. ASSIP programa buvo efektyvi, koncentruota ir struktūruota

MA ASSIP terapijoje padėjo konkretumas, konstruktyvumas

SI Buvo įdomu žiūrėti į save iš šono

JŪ ASSIP terapijos ženkli nauda

JŪ ASSIP terapijos pagalbos komponentai

DO ASSIP terapeutės darbas skiriasi nuo skyriaus psichologų darbo, darbas buvo labiau koncentruotas ir taikomas kitoks požiūris

BR ASSIP programos metu į save galėjau pažiūrėti iš šono, kaip į kitą žmogų

SA ASSIP programa yra efektyvi ir struktūruota, ja galima pasitikėti

SA ASSIP programa padėjo labiausiai

SA Mano istorija užrašyta ant lapo mane palietė ir sukrėtė

5d. Dabartinė pagalba specifiškesnė, intensyvesnė

JŪ Dabartinė pagalba specifiškesnė, gyvybiškai svarbesnė

JŪ Anksčiau gauta pagalba psichoterapinėje grupėje

KR Dabartinė pagalba intensyvesnė

DO Dabartinė gauta pagalba skiriasi įrankiu kiekiu nuo anksčiau gautos pagalbos, o panaši stipriais specialistais

6. NEVIENAREIKŠMIŠKAS VAISTŲ VEIKSMINGUMAS

6a. Šalutiniai vaistų poveikiai ir menkas veiksmingumas

SI Nuslopinimas ir priklausomybė nuo vaistų

SI Abejoju gydymo dideliais vaistų kiekiais veiksmingumu

RŪ Prislopinimas nuo vaistų, šalutiniai poveikiai

JŪ Vaistų menkas poveikis

AN Neuroleptikai nepadėjo, nes per daug kėlė apetitą ir migdė

TA Nejaučiu vaistų poveikio, tik didesnę nerimą, nors vaistai buvo koreguojami

DO Nejaučiu teigiamo vaistų poveikio, bet jaučiu jeigu jų neišgeriu

SA Nejaučiau vaistų poveikio

6b. Vaistai palengvina būseną, miego sutrikimus, įkyrias mintis

SI Vaistai padėjo dėl miego sutrikimų ir įkyrių minčių

GA Vaistai padėjo miegoti

RŪ Vaistai padėjo, būsena pagerėjo
MA Vaistų vartojimas susijęs su depresija, o ne bandymu nusižudyti
AN Vaistai padėjo miegoti
DO Vaistai padeda užmigti ir dėl jų nebegirdžiu garsų
BR Aš jau žinau kokie vaistai man veikia ir padeda

7. SKIRTINGI PAGALBOS PO LIGONINĖS POREIKIAI

7a. Po ligoninės: gydymo netęsimas, savarankiškumas, artimųjų palaikymas

SI Gydymo netęsimas, savarankiškumas po ligoninės
SI Noras greičiau išeiti iš psichiatrinės ligoninės
SI Intensyviai ieškau darbo
RŪ Dabar pagalbos nebereikia, būsena pagerėjo
BR Dabar man netrūksta papildomos pagalbos
SA Man padeda mano nauja draugė, suteikė motyvacijos
SA Šeima mane visokeriopai palaikė

7b. Po ligoninės: tolesnės psichologinės pagalbos poreikis

GA Pagalbos poreikis: psichoterapija
JŪ Dabartiniai psichologinės pagalbos poreikiai
KR Po ligoninės – pagalbos trūkumas, reguliarios psichoterapijos poreikis

7c. Po ligoninės prasta savijauta, baimė būti vienam, trūksta finansinės paramos, asmeninės priežastys, santykių sunkumai

GA Bloga savijauta išėjus iš ligoninės ar konsultacijos
GA Baimė, panika būti vienai
GA Po bandymo padėjo nebūti vienai
TA Trūksta finansinės pagalbos
DO Dabar nepadeda draugai ir apsunrintas santykiai su vaikais
SA Dabar jaučiu spaudimą artimoje aplinkoje
SA Mano santykis su tėvais dabar yra apsunrintas
SA Tėvai mane labai kontroliuoja ir perdėti reaguoja
SA Santykiai su nauja drauge kelia sumaištis

7d. Psichosocialinės reabilitacijos pagalbos svarba

JŪ Padėjo aplinka, pati idėja psichosocialinėje reabilitacijoje
TA Patinka laisvas reabilitacijos požiūris
TA Reabilitacijoje yra nemažai veiklų
TA Reabilitacijos programa padėjo labiausiai, joje randu daug teigiamų dalykų
TA Padeda, kad dienos metu esu užimtas

8. PAGALBOS VEIKSMINGUMĄ GALINTYS PADIDINTI VEIKSNIAI

8a. Savalaikė pagalba: iki minčių apie savižudybę, tinkamai parinkti vaistai

GA Pagalba būtų veiksmingesnė iki bandymo ar galvojimo apie savižudybę
RŪ Vaistai nustojo veikti, padėtų iškart tinkamą gydymą parinkti
JŪ Padėtų žinojimas apie pagalbos prieinamumą

8b. Trūkstama pagalba gydymosi metu, poreikis ilgesnei ASSIP intervencinei programai

GA Norėjosi ilgiau, dažniau gauti pagalbą
JŪ Trūko ilgesnių, dažnesnių psichologinių konsultacijų, saugumo jausmo
AN Prieinamesnės psichologinės pagalbos poreikis
DO Reikia specializuotos grupinės psichoterapijos apie savižudybę galvojantiems žmonėms
DO Dabartinėje gaunamoje pagalboje galėtų būti didinamas intensyvumas ir teikiama specializuota grupinė psichoterapija
BR Norisi, kad ASSIP programa būtų ilgesnė
BR Ligoninėje trūksta specialistų
SA Norėjau ilgesnės ASSIP programos
SA Stacionare trūko veiklos, ypač savaitgaliais
TA Trūksta patalpų
SA Reikia, kad judėjimas, sportas būtų skatinamas
KR Noras, kad su suicidiškais pacientais dirbtų labiau empatiški, įsiklausantys specialistai