

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Vilmantė Gaudiešiūtė

Klinikinės psichologijos studijų programa
Magistro darbas

Kas padeda stacionare besigydantiems asmenims atsigauti po savižudybės krizės?

Darbo vadovas: prof. dr. Paulius Skruibis

Vilnius
2025

TURINYS

SANTRAUKA	5
SUMMARY	6
SVARBIAUSIOS SĄVOKOS	7
PRATARMĖ	8
1. ĮVADAS.....	10
1.1. Savižudybės krizės teorinė samprata	10
1.2. Atsigavimo po savižudybės krizės procesas	12
1.2.1. Atsigavimo apibrėžimas	12
1.2.2. Atsigavimo proceso dinamika	13
1.2.3. Veiksniai, turintys įtakos atsigavimo procesui	16
1.2.3.1. Profesionali pagalba	16
1.2.3.2. Socialinė parama	20
1.2.3.3. Žmogaus vidiniai ištekliai	22
1.3. Tyrimo aktualumas, tikslas ir klausimas	23
2. METODIKA.....	25
2.1. Teorinis tyrimo pagrindimas.....	25
2.2. Tyrimo dalyviai	25
2.3. Tyrimo instrumentai ir eiga	27
2.4. Etiniai tyrimo aspektai.....	28
2.5. Duomenų analizė	29
2.5.1. Tyrimo kokybė ir validumas.....	29
3. REZULTATAI	31
3.1. Individuali savižudybės krizės įveikos proceso dinamika.....	31
3.1.1. Lėta ir „banguojanti“ sveikimo pradžia.....	32

3.1.2. „Lūžio taškas“	33
3.1.3. Išliekantys sunkumai	33
3.2. Atsigavimui po savižudybės krizės svarbūs veiksniai.....	35
3.2.1. Profesionalios pagalbos veiksniai.....	36
3.2.1.1. Tinkamai pritaikytas medikamentinis gydymas.....	36
3.2.1.2. Nuoširdus specialistų rūpestis ir suteikiama erdvė išsikalbėti	37
3.2.1.3. Savęs pažinimą ir saviraišką skatinantys grupiniai užsiėmimai	38
3.2.1.4. Palaikantis ir pagarbus pagalbinis personalas	39
3.2.1.5. „Leidžianti gyti“ aplinka.....	40
3.2.1.6. Struktūra ir tęstinumas – tinkamo gydymo organizavimo pagrindas.....	40
3.2.2. Socialinės paramos veiksniai.....	41
3.2.2.1. Emocinis palaikymas	41
3.2.2.2. Praktinė ir finansinė parama.....	42
3.2.2.3. Aktyvus artimųjų įsitraukimas gijimo metu.....	43
3.2.2.4. Socialinė integracija	43
3.2.2.5. Santykiai su reikšmingais asmenimis.....	44
3.2.2.6. „Leidimas sveikti“ iš kitų.....	45
3.2.2.7. Visuomenės požiūris ir psichikos sveikatos temų matomumas viešojoje erdvėje.....	46
3.2.3. Vidiniai ištekliai ir įveikos strategijos	46
3.2.3.1. Atsakomybės už savo gijimo procesą prisiėmimas.....	46
3.2.3.2. Vidinės varomosios jėgos atsigavimo kelyje	47
3.2.3.3. Aktyvus vidinis darbas	48
3.2.4. Aplinkos įtaka ir išoriniai veiksniai.....	48
3.2.4.1. Laikas	49
4. REZULTATŲ APTARIMAS	50
4.2. Atsigavimui po savižudybės krizės svarbūs veiksniai.....	52

4.2.1. Profesionali pagalba.....	52
4.2.2. Socialinė parama.....	55
4.2.3. Vidiniai ištekliai ir įveikos strategijos	57
4.2.4. Aplinkos įtaka ir išoriniai veiksniai.....	59
4.3. Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams	59
4.4. Rekomendacijos.....	61
IŠVADOS.....	63
LITERATŪRA	65

SANTRAUKA

Vilmantė Gaudiešiūtė (2025). *Kas padeda stacionare besigydantiems asmenims atsigauti po savižudybės krizės?* Magistro darbas. Vilnius: Vilniaus universitetas, 73 psl.

Bandymas nusižudyti yra susijęs su aukštesne rizika pakartotiniam bandymui bei mirtimi dėl savižudybės. Nors jau yra įvairių intervencijų, kuriomis siekiama užkirsti tam kelią, tačiau vis dar trūksta duomenų, kurie pateiktų asmeninę perspektyvą apie bendrus veiksnius, kas asmenims padeda atsigauti ir išvengti pakartotinio bandymo nusižudyti. Šiuo tyrimu buvo siekiama atskleisti, kokie veiksniai padeda atsigauti asmenims, šiuo metu besigydantiems stacionare po savižudybės krizės išgyvenimo. Šiam tikslui pasiekti buvo pasitelkta kokybinė metodologija. Pusiau struktūruoto interviu būdu buvo apklausti 5 pilnamečiai asmenys – 3 moterys ir 2 vyrai, jų amžiaus vidurkis – 30,8 m. Visi tyrimo dalyviai bandė nusižudyti prieš ne daugiau kaip metus ir ne mažiau kaip prieš 1 mėnesį. Tyrimo metu visi tyrimo dalyviai gydėsi viename iš VMPSC stacionarų. Tyrimu gauti duomenys buvo analizuojami teminės indukcinės analizės būdu. Atlikus duomenų analizę atsiskleidė šios pagrindinės temos, kurios apibūdina atsigavimui po savižudybės krizės padedančius veiksnius: profesionalios pagalbos veiksniai, socialinės paramos veiksniai, vidiniai ištekliai ir įveikos strategijos, aplinkos įtaka ir išoriniai veiksniai. Šios temos atskleidžia individualizuotos profesionalios pagalbos svarbą, taip pat jautraus ir empatiško požiūrio, priėmimo iš kitų, priklausymo grupei, ryšio su kitais svarbą. Kartu atsiskleidė ir paties asmens motyvacijos bei įsitraukimo į atsigavimo procesą reikšmė. Rezultatuose taip pat išskirta tema, atskleidžianti individualią savižudybės krizės įveikos proceso dinamiką. Rezultatai rodo, kad kiekvienas asmuo atsigavimo procesą išgyvena individualiu tempu, o ir pats procesas yra skirtingas. Vieni tyrimo dalyviai jaučia ryškesnius teigiamus būklės pokyčius, kiti savo būklę dar suvokia kaip nepakankamai atsigavusią.

Raktiniai žodžiai: savižudybės krizė, bandymas nusižudyti, atsigavimas.

SUMMARY

Vilmantė Gaudiešiūtė (2025). What helps people receiving inpatient treatment to recover from a suicidal crisis? Master's thesis. Vilnius: Vilnius University, p. 73.

Attempted suicide is associated with a higher risk of reattempt and death by suicide. Although there are already various interventions aimed at preventing this, there is still a lack of data to provide a personal perspective on the common factors that help individuals to recover and prevent a repeat suicide attempt. This study aimed to uncover what factors contribute to the recovery of individuals currently receiving inpatient treatment after experiencing a suicide crisis. A qualitative methodology was used to achieve this aim. 5 adults, 3 women and 2 men, with an average age of 30.8 years, were interviewed by means of semi-structured interviews. All participants had attempted suicide no more than 1 year and no less than 1 month ago. All participants were treated in one of the VMPSC inpatient units at the time of the study. The data were analysed by thematic inductive analysis. The main themes that emerged from the data analysis were the following, which describe the factors that contribute to recovery from a suicide crisis: professional support factors, social support factors, internal resources and coping strategies, environmental influences and external factors. These themes highlight the importance of individualised professional support, as well as the importance of a sensitive and empathetic approach, acceptance from others, belonging to a group, and connection with others. At the same time, the importance of the individual's own motivation and involvement in the recovery process was also revealed. The results also highlighted a theme that reveals the individual dynamics of the process of coping with a suicide crisis. The results show that each person experiences the recovery process at an individual pace and that the process itself is different for everyone. Some of the participants in the study experience more pronounced positive changes in their condition, while others perceive their condition as not yet sufficiently recovered.

Keywords: suicide crisis, suicide attempt, recovery.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Savižudybės krizė – ribotą laiką trunkanti psichologinė būseną, reiškianti ūmų savižudybės pavojų (Hendin, et al., 2007).

Bandymas nusižudyti arba mėginimas nusižudyti (angl. *suicide attempt*) – „mirtimi nepasibaigęs į save nukreiptas potencialiai žalingas elgesys, su aiškiais arba numanomais ketinimo numirti požymiais“ (Dadašev, 2017, p. 12).

Atsigavimas – klinikiniu požiūriu, tai reikšmingas klinikinių ir (ar) psichiatrinių simptomų sumažėjimas (Elkins, 2009); asmens atžvilgiu – tai giliai asmeninis, unikalus procesas, kurio metu keičiasi požiūris, vertybės, jausmai, tikslai, įgūdžiai, ir (arba) vaidmenys. Tai būdas gyventi pasitenkinimą ir viltį teikiantį, naudingą gyvenimą net ir esant ligos sukeltiems apribojimams (Anthony, 1993).

PRATARMĖ

Savižudybės tema pastaraisiais dešimtmečiais sulaukia vis daugiau dėmesio kaip itin opi problema, su kuria vienokiu ar kitokiu būdu susiduria didelė dalis visuomenės. Nuo 2000 m. savižudybių skaičius pasaulyje nežymiai tendencingai mažėjo tiek vyrų, tiek moterų populiacijose (Ilic & Ilic, 2022), tačiau, Pasaulio sveikatos organizacijos pateiktais duomenimis, kasmet pasaulyje vis dar nusižudo daugiau nei 700000 žmonių (WHO, 2023).

Lietuvoje savižudybių skaičius pastaraisiais dešimtmečiais taip pat mažėjo (2010 m. – 1015, o 2022 m. – 489 savižudybės) (Higienos institutas, 2023). Prie to galėjo prisidėti savivaldybėse aktyviai vykdomi projektai, skirti savižudybių prevencijai, padidintas alkoholio prieinamumo ribojimas bei įvairūs socialiniai pokyčiai, vykstantys šalyje (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2020; Lange et al., 2021). Tačiau, nors ir mažėjantis, Lietuvos savižudybių skaičius vis dar išlieka vienas aukščiausių: Lietuva patenka tarp 10 šalių, kuriose savižudybių skaičius yra didžiausias visame pasaulyje (pagal gyventojų skaičių), o Europoje Lietuva vis dar išlieka šalimi, kurioje savižudybių skaičius yra pats didžiausias pagal gyventojų skaičių (WHO, 2022).

Kaip teigia Pasaulio sveikatos organizacija (2023), kiekvienam nusižudymui tenka dar didesnis skaičius bandymų nusižudyti, o taip pat ankstesnis bandymas nusižudyti bene labiausiai prognozuoja nusižudymą ateityje (Bostwick et al., 2016). Pažymėtina ir tai, kad didelė dalis bandžiusiųjų nusižudyti mėgina tai daryti ir vėliau, po kurio laiko. Pavyzdžiui, Owens ir kolegos (2002) nustatė, kad, praėjus vieneriems metams po bandymo nusižudyti, pakartotinių bandymų (kai mėginama, bet nenusižudoma) skaičius siekia apie 15 %. Tai gali reikšti, kad didelę dalį asmenų, kurie kenčia nuo įvairių psichologinių ir/ar psichinių sunkumų bei dėl to mėgina pasitraukti iš gyvenimo, šie sunkumai ir toliau slegia, t. y. po mėginimo nusižudyti jie ir toliau išgyvena didelę kančią, kurią nori nutraukti savižudybės būdu.

Mokslininkai daug dėmesio skiria išsiaiškinti, kokios aplinkybės paskatina žmones galvoti apie savižudybę ir imtis savižudiško elgesio (Az et al., 2023; Tong et al., 2023), taip pat daug tyrinėjimų yra atlikta apie prevencines priemones, kurios padeda ar galėtų padėti sumažinti savižudybių bei mėginimų nusižudyti skaičių (Mirick et al., 2023; Cecchin et al., 2022). Mokslinėje literatūroje nemažai dėmesio skiriama ir nusižudžiusiųjų artimųjų patirtims (Hunt et al., 2019) bei paties savižudybės proceso analizei (Dadašev, 2017). Vis labiau pradedama domėtis ir tuo, kas po mėginimo nusižudyti padeda asmenims atsigauti (Osafo et al., 2023; Gaily-Luoma et al., 2022).

Ar žmogus po savižudybės krizės jau atsigavo, įvertinti nėra paprasta, tačiau tai yra itin svarbu, norint suprasti, ar rizika ateities bandymams nusižudyti tebėra. Atsigavimą galima vertinti iš klinikinės perspektyvos, t. y. įvertinant, ar klinikiniai simptomai sumažėjo, arba iš asmeninės – ar

pats žmogus gali įsivaizduoti ir gyventi prasmingą gyvenimą, net ir turėdamas psichikos sunkumų (Sokol et al., 2023). Nemažiau svarbu yra suprasti, kokie veiksniai prisideda prie asmens atsigavimo po savižudybės krizės. Tokie veiksniai jau buvo šiek tiek aptariami ir Lietuvoje atliekamuose tyrimuose (Latakienė, 2020; Mastauskaitė, 2018), tačiau išsamių tyrimų būtent apie tai, kas po bandymo nusižudyti padeda asmenims atsistatyti, pamatyti gyvenimo prasmę, galimybę prasmingai gyventi ir atsisakyti minčių bei veiksmų, susijusių su savanorišku pasitraukimu iš gyvenimo, nėra. Taigi šiuo tyrimu norima papildyti trūkstamą literatūrą, kuri padėtų sveikatos specialistams ir įvairiems visuomenės atstovams geriau suprasti, kokių priemonių galima būtų imtis, kad asmenys, bandę nusižudyti, nebepatektų į tokią riziką vėl.

1. ĮVADAS

1.1. Savižudybės krizės teorinė samprata

Tarp suicidologų nėra bendro sutarimo, ar savižudybė, bandymas nusižudyti ir ketinimas nusižudyti yra skirtingi reiškiniai (Latakienė, 2020). Vis dėlto Latakienė (2020) teigia, kad reikšmingo skirtumo šių suicidinio elgesio formų psichologiniuose procesuose nėra. Silverman su kolegomis (2007), pasiūlę naują savižudiško elgesio klasifikaciją, bandymą nusižudyti apibrėžė kaip į save nukreiptą galimai žalojantį elgesį, kuris neturi mirtinų pasekmių. Pagal šią naują klasifikaciją, *bandymas nusižudyti* gali baigtis be sužalojimų, su sužalojimais arba mirtimi ir jam būdingas aiškus arba numanomas ketinimas mirti. Tai reiškia, kad ketinimas nusižudyti yra svarbi savižudiško elgesio forma, kuri indikuoja apie galimą susižalojimą. Taigi, jei yra nustatomas tam tikro laipsnio ketinimas nusižudyti (kurio pasekmė gali būti ir sužalojimai, ir sužalojimų nebuvimas), tai galima traktuoti kaip bandymą nusižudyti (Silverman et al., 2007). Dadašev suformulavo tokį mėginimo nusižudyti apibrėžimą: „mirtimi nepasibaigęs į save nukreiptas potencialiai žalingas elgesys, su aiškiais arba numanomais ketinimo numirti požymiais“ (Dadašev, 2017, p. 12). Šia bandymo nusižudyti formuluote remiamasi ir šiame darbe, turint omeny, kad bandymą nusižudyti apima ketinimas nusižudyti, kuris gali baigtis be sužalojimų arba su sužalojimais, tačiau jis nesibaigia mirtimi.

Savižudybės krizė apibrėžiama kaip ribotą laiką trunkanti psichologinė būseną, reiškianti ūmų savižudybės pavojų (Hendin, et al., 2007). Ši ūmi krizė yra proceso, kuris vystosi per kelias savaites ir atsiskleidžia keliais etapais, rezultatas, todėl asmuo išgyvena įvairias psichologines būsenas. Krizės metu psichologinės pusiausvyros būseną sutrikdo stresoriai, sukuriantys pažeidžiamumo būseną. Šioje būsenoje pasigendama problemų sprendimo, pamažu atsiranda beviltiškumo jausmas, susijęs su mintimis apie savižudybę (Bloch-Elkouby, Gorman, Schuck et al., 2020). Kaip teigia Hendin ir kolegos (2007), savižudybės krizę gali rodyti intensyvios afektų apraiškos, desperacijos ir beviltiškumo išgyvenimas. Jos metu asmenys susiduria su socialinėmis, šeimos santykių ar profesinio funkcionavimo problemomis. Jei šioje fazėje nepateikiama jokios perspektyvos, didėja neviltis, mintys apie savižudybę pamažu tampa ryškesnės, aktyvesnės. Galiausiai sudaromas savižudybės veiksmų planas, o savižudybė tampa galutiniu sprendimu, taigi šiuo etapu itin padidėja rizika nusižudyti (de Neris et al., 2020).

Siekiant identifikuoti požymius, kurie leistų nustatyti gresiantį savižudišką elgesį, kaip naują diagnozę į DSM yra siūloma įtraukti *savižudybės krizės sindromą* (angl. *Suicide Crisis Syndrome* (SCS)) (Bloch-Elkouby, Gorman, Schuck et al., 2020). Savižudybės krizės sindromu apibūdinami trumpalaikiai rizikos veiksniai ir psichologiniai procesai, rodantys didelę savižudybės riziką. Šiam sindromui būdingas stiprus įstrigimo jausmas, kai pabėgimas iš nepakeliamos gyvenimo situacijos

suvokiamas ir kaip skubus, ir kaip neįmanomas tuo pačiu metu. Įstrigimo jausmą lydi emocinis skausmas, ruminavimas, mirties baimė ir panika arba disociacija (Bloch-Elkouby, Gorman, Schuck et al., 2020).

Šalia šių sunkumų taip pat pasireiškia tokios simptomų dimensijos: afektinis sutrikimas, kognityvinės kontrolės praradimas, padidėjęs susijaudinimas ir socialinis atsitraukimas (Bloch-Elkouby, Gorman, Lloveras et al., 2020). Afektiniam sutrikimui būdingas emocinis skausmas, greiti neigiamų emocijų šuoliai, itin stiprus nerimas ir ūminė anhedonija. Kognityvinės kontrolės praradimas apima keletą psichologinių procesų, kuriuos atspindi individualiai arba vienu metu galintys pasireikšti keturi simptomai, tokie kaip: a) ruminavimas; b) kognityvinis nelankstumas, c) ruminavimo „užliejimas“ (angl. *Ruminative flooding*), susijęs su somatinėmis kančiomis, pavyzdžiui, galvos skausmu, d) nepavykęs minčių slopinimas, t. y. nesėkmingi bandymai nuslopinti kankinančias mintis. Padidėjęs susijaudinimas apima: a) susijaudinimą, patiriamą kaip įtampą ir neramumą, b) padidėjusį budrumą, pasireiškiantį ūmiu ir per dideliu jautrumu jutiminiams dirgikliams, c) dirglumą, d) nemigą. Socialinis atsitraukimas pasireiškia asmens vengimu bendrauti su aplinka ir suvokiamu nepritapimu prie savo socialinės aplinkos (Bloch-Elkouby, Gorman, Schuck et al., 2020).

Taigi šie kriterijai, kurie apibūdina savižudybės krizės sindromą, gali būti itin naudingi nustatant aukštą savižudybės riziką ir taip siekiant užkirsti kelią galimoms krizės pasekmėms.

Kalbant apie pagrindines psichologines intervencijas, dėmesys iki šiol buvo skiriamas minčių apie savižudybę ir savižudiško elgesio mažinimui. Siekiant prisidėti prie savižudybių prevencijos, atlikta daug mokslinių tyrimų, kuriais bandoma nustatyti savižudybių rizikos veiksnius (Ropaj et al., 2023), daugybė šalių steigia savižudybių prevencijos centrus (Sun et al., 2017). Savižudybių prevencija tapo svarbiu šiuolaikinės psichikos sveikatos klausimu. Kadangi daugumos savižudybių galima išvengti, į savižudybių prevenciją nukreiptos veiksmingos intervencijos yra labai svarbios (Sun et al., 2017), ypač dėl to, nes padidėjusi asmens savižudybės rizika yra vienas iš labiausiai mirtį dėl savižudybės prognozuojančių veiksnių (Barnes et al., 2021).

Siekis išsiaiškinti, kas veda prie savižudybės, yra svarbi mokslinių tyrimų sritis, tačiau ne mažiau svarbu suprasti, kas padeda *atsigauti po savižudybės krizės* (Sun et al., 2017; Sokol et al., 2023). Iki šiol mažai dėmesio skiriama atsigavimui po mėginimo nusižudyti, nepaisant to, kad supratimas apie išgyventą sveikimo patirtį galėtų prisidėti prie nuolatinių savižudybių prevencijos pastangų (Ropaj et al., 2023). Be to, išgyvenusieji gali pakartotinai bandyti nusižudyti, todėl labai svarbu padėti savižudybės krizę išgyvenusiems žmonėms atsigauti po bandymo nusižudyti (Sun et al., 2017). Apie tai bus kalbama kitame šio darbo skyriuje.

1.2. Atsigavimo po savižudybės krizės procesas

Geresnis atsigavimo po savižudybės krizės ir veiksmų, kurie padeda atsigauti, supratimas galėtų svariai prisidėti prie savižudybių prevencijos intervencijų kūrimo (Ropaj et al., 2023). Todėl šiame skyriuje siekiama aptarti, kaip atrodo atsigavimas po savižudybės krizės ir kokie veiksniai gali padėti atsigauti.

1.2.1. Atsigavimo apibrėžimas

Atsigavimas – tai gebėjimas susidoroti su gyvenimo pokyčiais ar trauminiais įvykiais ir laikomas apsauginiu savižudybės veiksmu (Sun et al., 2017). Minčių apie savižudybę ir savižudiško elgesio sumažėjimas yra svarbus atsigavimo rodiklis (Ropaj et al., 2023), kuris gali išgelbėti gyvybes (Chan et al., 2017). Atliekant mokslinės literatūros analizę pastebėta, kad atsigavimui po bandymo nusižudyti dar vis skiriama per mažai dėmesio, o siūlomos atsigavimo apibrėžtys yra gana konkuruojančios, atsižvelgiant į tai, iš kokios perspektyvos ši tema analizuojama – klinikinės ar paslaugų vartotojo pusės (Ropaj et al., 2023).

Kalbant apie *klinikinį atsigavimą*, dažnai dėmesys nukreipiamas į balų pasikeitimą iš klinikinio į neklinikinį diapazoną pagal daugelį priemonių, kurios užfiksuoja mintis apie savižudybę ir savižudybės tikimybę, o daugelis intervencinių tyrimų rodo atsigavimą mažinant minčių apie savižudybę ir savižudybės atvejų skaičių. Taigi klinikinį aspektu atsigavimas gali būti apibrėžiamas kaip galutinis taškas, kurį reikia pasiekti (Ropaj et al., 2023).

Pastaruoju metu mokslinėje literatūroje dėmesys nuo klinikinų simptomų mažinimo vis dažniau nukreipiamas į asmeninės valios laisvės susigrąžinimą ir prasmingo gyvenimo kūrimą, nepaisant savižudiškos patirties. Atsigavimas vis dažniau pripažįstamas ne kaip klinikinis rezultatas, ne kaip simptomų sumažėjimas, o suprantamas holistiniu požiūriu kaip transformacinis procesas, sukeliantis gyvenimą patvirtinančius pokyčius (Gaily-Luoma et al., 2024). Taigi atsigavimas suprantamas kaip vidinis procesas, kai kintančios sąlygos (tokios kaip viltis ar įgalinimas) leidžia gyventi prasmingą ir tikslingą gyvenimą, nepaisant psichikos sveikatos problemų (Sokol et al., 2023). Trumpai tariant, *asmeninis atsigavimas* gali būti apibrėžiamas kaip kelionė nuo savižudiško elgesio link atsigavimo (Ropaj et al., 2023), kuris pirmiausia apima savęs susigrąžinimą (Gaffney & Bergmans, 2022). Kalbant apie savęs susigrąžinimą, turima omenyje, kad asmuo po bandymo nusižudyti turi galimybę pradėti gyventi savo tempu ir savo sąlygomis. Tai reiškia, kad svarbu, jog pats asmuo įsivertintų savo atsigavimo pažangą ir pats pasirinktų, koks jam atrodo prasmingas gyvenimas (Ropaj et al., 2023).

1.2.2. Atsigavimo proceso dinamika

Atsigavimo procesas gali vykti vienu metu arba bet kokia tvarka. Apskritai atsigavimo procesas po bandymo nusižudyti mokslinėje literatūroje aprašomas kaip lėtas, laipsniškas augimo procesas, kai asmuo svyruoja tarp pagerėjimo ir retkarčiais pasitaikančių nesėkmių (Sokol et al., 2022; Chauvin, 2022).

Judėjimo į priekį procesas atsigaunant po savižudybės ne visada būna linijinis, o nesėkmės ir naujos negandos priverčia bandžiusius žudyti kas kartą stabtelėti ir stabilizuoti save (Chauvin, 2022). Šiame darbe laikomasi požiūrio, kad atsigavimo procesas po bandymo žudyti yra individualus tarsi „greitai besikeičiančių bei nepastovių emocinių būsenų jūros peizažas“ (Bennett et al., 2023, p. 395). Taigi atsigavimas yra „banguojantis“ procesas (Kar Ray et al., 2024).

Atsigavimas po savižudybės krizės yra individualus procesas, bet mokslinėje literatūroje randama ir tam tikrų bendrų bruožų, apibendrinančių bandžiusiųjų nusižudyti atsigavimo proceso patirtis (Sokol et al., 2022; Chi et al., 2013; Chauvin, 2022). Pavyzdžiui, Chauvin (2022) išskiria tris atsigavimo etapus: 1) stabilizavimas, 2) atsigavimas / atsistatymas ir 3) laimės kūrimas. Pasak autorės (2022), tam tikrais būdais šie etapai sudaro kontinuumą, kadangi judama palaipsniui pereinant iš vieno etapo į kitą. Tačiau atsigavimo procesas yra nelinijinis, nes pasitaiko grįžimų į ankstesnį etapą (Chauvin, 2022).

Pirmasis Chauvin (2022) išskirtas etapas yra *stabilizavimas*, kurio galutinis tikslas – saugus prisijungimas prie kasdienio gyvenimo (Chauvin, 2022). Stabilizavimo strategijos gali apimti pirmąją pagalbą po savižudybės krizės ir neatidėliotiną saugos plano įgyvendinimą, siekiant padėti asmenims nustatyti įveikos strategijų, kurias jie gali naudoti savižudybės krizės metu, sąrašą (Bautista et al., 2023). Jau ir šiame etape atsiskleidžia individualūs bandžiusiųjų nusižudyti poreikiai: dalis jaučia bendravimo, ryšio, šilumos poreikį, kitai daliai, priešingai – strategijos, padedančios nusiraminti ir stabilizuotis, pirmiausia yra susijusios su atsitraukimu nuo kitų, t. y. vienatvės poreikiu (Chauvin, 2022). Chauvin (2022) tyrimas parodė, kad gali prireikti kelių mėnesių, kol bandžiusieji nusižudyti pajaučia, kad jų vidinės jėgos sustiprėjo ir jie jau pakankamai pasitiki savo stabilumu, kad galėtų išbandyti naujas gyvenimo sąlygas ar įsitraukti į veiklas.

Pereinant nuo stabilizavimo į atsistatymą, svarbus yra smalsumo ir ryžto pabudimas, t. y. tapimas iniciatyviu. Chauvin (2022) tyrimas parodė, kad asmenims stabilizuojantis, jie pamažu ima smalsauti, kaip pateko į tokį beviltiškumą, kad planavo ar bandė nusižudyti. Taip pat jie apmąsto, kokių gyvenimo pokyčių, įgūdžių ar savybių jiems reikia, kad ateityje būtų išvengta tokio elgesio. (Chauvin, 2022).

Antrasis etapas, kuris gali trukti mėnesius ar net kelerius metus, yra *atsigavimas / atsistatymas*. Atsigavimas ir atstatymas yra sąmoningas ir dinamiškas, nuolat besivystantis gijimo procesas. Atstatyti savo gyvenimą dažniausiai siekiama aktyviai mokantis gyvenimo įgūdžių, rūpinimosi savimi strategijų ir būdų, kaip atsiverti naujoms galimybėms (Chauvin, 2022). Vienas pirmųjų iniciatyvių atsigavimo žingsnių po bandymo nusižudyti, remiantis Chauvin (2022), yra savęs stiprinimas, t. y. rūpinimasis savimi. Chauvin (2022) tyrimas parodė, kad, kai bandžiusieji nusižudyti pradeda aiškiau mąstyti, jie prisimena ir ima taikyti strategijas, kurios pasiteisino praeityje, susidūrus su traumomis ir kančia, pavyzdžiui, tinkamai išsimiegoti, gerai maitintis, pasirinkti teigiamus socialinius ryšius, sportuoti, naudoti meną bei muziką savo jausmų išraiškai. Judėdami atsigavimo trajektorija bandžiusieji nusižudyti taip pat stengiasi prisiminti savo stipriąsias puses.

Atsigavimo / atsistatymo etapo metu pradedami kurti ryšiai. Chauvin (2022) tyrimas rodo, kad bandžiusiesiems nusižudyti šiame etape norisi pasidalinti teigiama patirtimi su kitais, užsiimti maloniomis veiklomis su kitais žmonėmis ar būti tarp artimųjų ir tiesiog tarp malonių žmonių. Be to, pamažu randasi noras padėti kitiems per savanoriškas veiklas ir dėmesio parodymą kitiems.

Pastangos suprasti, kas lėmė savižudybę, suprasti savo stipriąsias ir silpnąsias puses, sprendimas veikti proaktyviai ir nuosekliai bei kurti strategijas, kurios stiprintų jėgas ir sumažintų pasikartojančią riziką, rodo atsparaus žmogaus procesus. Susidūrus su naujais iššūkiais ar nesėkmėmis, atsistatęs asmuo gali grįžti į ankstesnį etapą ir apmąstyti tai, kas nepasiteisino. Kai gyvenimo įgūdžiai ir pasitikėjimas savimi sustiprėja, bandžiusieji nusižudyti pradeda vizualizuoti ar įsivaizduoti galimą teigiamą ateitį, ugdyti altruizmą ir pereiti prie sprendimo tapti geresniu žmogumi (Chauvin, 2022).

Paskutinis etapas – *laimės kūrimas* ir strategijos, leidžiančios kokybiškai funkcionuoti. Remiantis Chauvin (2022) tyrimu, šiame etape bandžiusieji nusižudyti sąmoningai renkasi kelius į priekį, vadovaudamiesi įsitikinimu, kad jie patys yra atsakingi už savo laimę ir kad laimę galima susikurti. Šie sprendimai yra filtruojami per moralinį kompasą ir gebėjimą gyventi sąmoningai, kurie yra ugdomi atsigavimo / atsistatymo etape. Tarp atsigavimo etapų kartais judama pirmyn ir atgal, ypač kai patiriamos nesėkmės. Tačiau išugdyti vidiniai resursai dabar jau leidžia pasisemti stiprybės ir nepasiduoti.

Mokslinėje literatūroje neretai minimas Sokol ir kolegų (2022) *atsigavimo po savižudybės krizės modelis* („COURAGE“). „COURAGE“ modelį sudaro septyni atsigavimo proceso žingsniai, arba gyvenimo pertvarkymo sritys, apimančios žmogaus gyvenimo prasmės suvokimą: ką reiškia gyventi, augti kaip asmenybei ir rasti prasmę bei tikslą (Sokol et al., 2022). Sokol su kolegomis (2022) nemano, kad kiekvieno žmogaus atsigavimo kelionė tiksliai atitiks jų siūlomą modelį ir kad visiems asmenims reikia augimo pagal kiekvieną šio modelio žingsnį. Tačiau Sokol ir bendraautoriai (2022)

daro išvadą, kad daugelis bandžusių žudyti asmenų patiria daugumą, jei ne visus šiame modelyje paminėtus žingsnius. „COURAGE“ modelį sudaro šios septynios temos:

- *Gyvenimo pasirinkimas* yra sprendimo gyventi procesas, pagrįstas kognityviniais ir emociniais veiksniais, kurie lemia didesnę susidomėjimą gyvenimu, viltį ir ateities planavimą (Sokol et al., 2022).
- *Tapatybės optimizavimas* yra savęs kaip vertingo individo, turinčio nuoseklią gyvenimo istoriją, jausmo ugdymas. Tai gali apimti pasitikėjimo savimi, savigarbos, aiškesnio gyvenimo vaidmens ir posavižudiškos tapatybės ugdymą, kai prasideda asmeninis tobulėjimas būtent dėl savižudybės patirties (Sokol et al., 2023).
- *Savęs supratimas* yra procesas, kai pasitelkiant mąstymą / refleksiją imama geriau suprasti savo skausmingus išgyvenimus, gyvenimo istoriją, emocines reakcijas, elgesį, stipriąsias puses, silpnybes ir modelius, kada jaučiamasi didesnėje savižudybės rizikoje (Sokol et al., 2023).
- *Prasmės iš naujo atradimas* reiškia atrasti gyvenimo tikslą ir prasmę. Tai stiprina į ateitį orientuotus įsitikinimus ir skatina psichologinį atsparumą (Sokol et al., 2023). Prasmės iš naujo atradimas apima tokias temas kaip aukštesnis tikslas, gyvenimo prasmė, religija, dvasingumas, vertybių identifikavimas (Sokol et al., 2022).
- *Priėmimas* apima tokias temas kaip vidinių prieštaravimų ir skausmo priėmimas, išorinės stigmos priėmimas, laisvas kalbėjimas apie savižudybę, nežodinis buvimas ir palaikymas, aplinkinių jautrumas, patvirtinimas, šilta ir saugi aplinka (Sokol et al., 2022).
- *Augantis ryšys* apima tokias temas kaip didesnio susietumo su kitais jausmas, santykių gerinimas, atviras bendravimas, saugūs, mylintys ir prasmingi santykiai, paramos sistema (bendra ir kitų, atsigauinančių po savižudybės krizės) (Sokol et al., 2022).
- *Igalinimas* apima šias temas: palaikančioji gydymo įstaiga, gyvenimo įgūdžių ugdymas, empatijos įgijimas, emocijų reguliavimas, asmeninė atsakomybė, produktyvumas / iniciatyvumas, profesionali priežiūra, rūpinimasis savimi ir saviveiksmingumas (Sokol et al., 2022).

Anot Sokol ir kolegų (2022), šio modelio taikymas reikalauja individualizuoto požiūrio, nes kategorijos žmonėms taikomos skirtingai. Subkategorijos taip pat turi būti parenkamos remiantis atitinkamo asmens vertybėmis, tikslais ir kognityviniais, emociniais bei turimais socialinės paramos tinklais. Šiame modelyje atsigavimo procesas apibūdinamas kaip individualus kiekvienam asmeniui ir pabrėžiama, kaip svarbu, kad ir pats asmuo galėtų įsivertinti savo atsigavimą.

Apibendrinant galima teigti, kad atsigavimo proceso dinamikoje svarbu tai, kad prasmės paieškos yra taip pat svarbios, kaip ir jos radimas. Sprendimas kontroliuoti atsigavimo procesą yra tas lūžio taškas, nuo kurio prasideda atsigavimo procesas, t. y. pereinant nuo tikėjimo išorinių jėgų malone prie vidinio kontrolės lokuso.

1.2.3. Veiksniai, turintys įtakos atsigavimo procesui

Bandžiusieji nusižudyti yra aukštoje pakartotinio bandymo ir bendrai savižudybės rizikoje (Tachikawa et al., 2022; Parra-Urbe et al., 2017). Yra sukurta įvairių intervencijų, kurios siekia užkirsti kelią pakartotiniams bandymams ir padėti atsistatyti po mėginimo nusižudyti (Gysin-Maillart & Michel, 2015; Bahlmann et al., 2022; Wright et al., 2021). Šios intervencijos apima psichosocialinius ir klinikinius pagalbos metodus. Kol bandoma suprasti, kokie pagalbos būdai labiausiai padeda atsigauti po savižudybės krizės, patiems intervencijose dalyvaujantiems asmenims taip pat sunku išskirti, kokia prieiga (biologinė, psichologinė, socialinė) prie jų sunkumų yra veiksmingiausia (Gaily-Luoma et al., 2022).

Gaily-Luoma ir kolegų (2022) tyrime dalyvavę asmenys, kuriems buvo taikoma specializuota pagalbos programa ASSIP (angl. *Attempted Suicide Short Intervention Program*) (Gysin-Maillart & Michel, 2015), atskleidė, kad jie savižudybę suvokė kaip: a) simptomatinę biologinių priežasčių turinčią ligą, todėl išgydomą vaistais, b) išreiškiančią psichologinį pažeidžiamumą, todėl tinkamą psichologinėms intervencijoms ir c) įsišaknijusią jų socialiniame kontekste, todėl geriausiai ją palengvina intervencijos, nukreiptos į jų santykį su šiuo kontekstu. Toks daugialypis bandžiusiųjų nusižudyti supratimas apie jų sunkumų kilmę ir efektyviausius pagalbos metodus sufleruoja apie biopsichosocialinio požiūrio svarbą (Gaily-Luoma et al., 2022).

Tyrimai rodo, kad atsigavimui svarbus yra gydymo įstaigos, specialistų (Berg et al., 2017), socialinio tinklo (Denneson et al., 2021) vaidmuo bei paties bandžiusio nusižudyti asmens iniciatyvos atsigauti (Chauvin, 2022). Vis dėlto daugeliui padedančių atsigauti veiksnių, ypač tokiems, kaip sprendimo įgūdžių ugdymas, emocijų reguliavimas, gilesnis savęs ir savo sunkumų pažinimas, svarbus yra kontaktas su profesionaliais darbuotojais. Šiuos vidinius asmens aspektus padeda plėtoti įsitraukimas į psichologines intervencijas (Ropaj et al., 2023). Taigi galima sakyti, kad pirmiausia atsigavimui po savižudybės krizės svarbūs yra profesionalios pagalbos veiksniai.

1.2.3.1. Profesionali pagalba

Bandžiusiems nusižudyti gydymo įstaigose dažnai siūlomos farmakologinės ir psichosocialinės intervencijos, ir jos paprastai siūlomos kartu (Gaily-Luoma et al., 2022). Kalbant apie profesionalios pagalbos veiksnius, turinčius įtakos atsigavimui po savižudybės krizės, vienas pirmųjų yra medikamentinis gydymas. Tačiau susiduriama su problema, kad, kaip jau minėta anksčiau, empiriškai mažai žinoma apie bandymą nusižudyti išgyvenusių asmenų atsigavimo patirtį gydymo įstaigose. Aptikti pavieniai tyrimai (Hom et al., 2020) aiškiai rodo, kad dauguma bandžiusių nusižudyti asmenų, kurie naudojos psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis, teigiamai atsiliepė apie tokius su gydymu

susijusius veiksmus kaip skiriamų vaistų veiksmingumas, kuris prisidėjo prie jų teigiamos patirties atsigaunant po savižudybės krizės. Visgi, kalbant apie atsigavimui trukdančius veiksmus, tame pačiame Hom ir kolegų (2020) tyrime nurodoma, kad kai kuriems tiriamiesiems atsigauti po savižudybės krizės gydymo įstaigoje trukdė vaistų vartojimo problemos. Chauvin (2022) tyrimas taip pat parodė, kad kai kuriems tiriamiesiems atsigauti po savižudybės krizės gydymo įstaigoje trukdė tai, jog gydytojas iškart grįžo prie gydymo antidepresantais ir nesuteikė galimybės pasikalbėti apie problemas.

Bandžiusiems nusižudyti gydymo įstaigose dažnai siūlomos farmakologinės ir psichosocialinės intervencijos, ir jos paprastai taikomos kartu (Gaily-Luoma et al., 2022). Kalbant apie profesionalios pagalbos veiksmus, turinčius įtakos atsigavimui po savižudybės krizės, vienas pirmųjų yra medikamentinis gydymas. Tyrimai rodo, kad medikamentai gali reikšmingai prisidėti mažinant suicidinės rizikos simptomus (Zisook et al., 2023), tačiau tik nedaugelis tyrimų kalba apie pačių bandžiusiųjų nusižudyti patirtis medikamentų atžvilgiu. Hom ir kolegų (2020) tyrimas parodė, kad dauguma bandžiusių nusižudyti asmenų, kurie naudojos psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis, teigiamai vertino skiriamų vaistų veiksmingumą. Visgi tame pačiame Hom ir kolegų (2020) tyrime nurodoma, kad kai kurie tyrime dalyvavę asmenys juto neigiamą vaistų poveikį. Taigi tikėtina, kad medikamentai turi teigiamą poveikį suicidinės rizikos mažinimui bei atsigavimui po savižudybės krizės, tačiau svarbu įvertinti galimą medikamentų poveikį kiekvienam asmeniui.

Kaip rodo tyrimai (Staniforth et al., 2024; Wright et al., 2021), ryšys yra esminis veiksnys atsigavimui ir tai gali tapti priežastimi gyventi po savižudybės krizės. Ryšio su rūpestingu ir patikimu asmeniu jausmas, pavyzdžiui, su sveikatos priežiūros specialistu, gali padėti išgyventi savižudybės krizę (Staniforth et al., 2024). Kalbant apie terapinį santykį su gydymo įstaigos specialistais, Chan ir kolegų (2017) tyrimas rodo, kad hospitalizacijos metu užmegztas tvirtas terapinis santykis su psichikos sveikatos specialistais padeda rasti vilčiai, kurios pagalba įveikiamas neigiamas savęs suvokimas ir randama prasmė. Wright ir kolegų (2021) tyrimas atskleidė, kad specialistų atkaklumas, sukaupta darbo patirtis, gebėjimas išklausti ir pagarbus požiūris padeda įveikti sunkumus atsigaunant po bandymo nusižudyti. Būtent parama iš specialistų lėmė mažesnę šio tyrimo dalyvių izoliacijos jausmą ir pozityvų savo ateities vertinimą atsiradimą. Panašiai ir Staniforth bei kolegų (2024) tyrimas atskleidė, kad motyvuotas ir nuoširdus personalo noras padėti yra vienas iš svarbiausių atsigavimo aspektų. Pastarojo tyrimo metu gaunamos pagalbos iš specialistų kokybė buvo įvardyta taip: „klausomasi“, „nėra traktuojamas kaip kitoks“, „nėra visų tų laipsnių“ ir yra „beveik kaip draugas“. Tyrimo dalyviai šiuos aspektus apibūdino kaip paguodžiančius, palaikančius ir raminančius, taip pat skatinančius viltį savižudybės krizės metu.

Australijoje atliktas kokybinis tyrimas (Centre of Research Excellence in Suicide Prevention [CRESP], 2014) parodė, kad atsigauti asmenims po bandymo nusižudyti padėjo priimanti ir saugi

gydymo įstaigos aplinka bei suteikiantis vilties ir tuo pačiu jautrus personalas, t. y. toks personalas, kuriuo galima pasitikėti. Bandžiusiems nusižudyti asmenims gyvybiškai svarbu buvo turėti su kuo pasikalbėti ir būti suprastiems, priimtiems, o darbuotojai dažnai suteikdavo šią galimybę. Minėtam Australijoje atliktam tyrimui (CRESP, 2014) antrina kiti tyrimai (Hom et al., 2020; Chopra et al., 2022; Chauvin, 2022; Bautista et al., 2023; Staniforth et al., 2024), rodantys, kad išgyvenantiems savižudybės krizę svarbi yra saugi, patogi terapinė aplinka, tačiau gydymo personalo emocinis palaikymas yra pats svarbiausias elementas. Shih ir kolegų tyrimas (2023) taip pat parodė, kad po bandymo nusižudyti tiriamiesiems atsigauti padėjo iš slaugytojų jaučiama empatija, draugiškumas, parama, lankstumas bei išklausymas. Taigi asmenims, bandžiusiems nusižudyti, labai svarbu pajauti, kad yra žmonių, kurie jiems nori padėti.

Kita vertus, santykis su specialistu po bandymo nusižudyti ne visada padeda. Remiantis Chauvin (2022) tyrimu, kai kuriems tiriamiesiems atsigauti po savižudybės krizės gydymo įstaigoje trukdė tai, kad sveikatos priežiūros specialistas, tyrimo dalyvių manymu, buvo kontroliuojantis ir nereagavo, nepalaikė bandžiusio nusižudyti asmens apmąstymų bei problemų sprendimo. Tyrimo dalyviai ne tik nustojo bendrauti su tokiu specialistu, bet kartais ir išsiugdė didelį pasipriešinimą ieškoti naujo sveikatos priežiūros specialisto ateityje (Chauvin, 2022). Staniforth ir kolegų (2024) tyrime dalyvavusius asmenis neigiamai veikė tai, kad jie jautėsi neišgirsti specialistų ir kad į juos nebuvo tinkamai reaguojama krizinėje situacijoje. Kai kurie šio tyrimo dalyviai jautė, kad personalo darbuotojai buvo pernelyg nutolę nuo jų patirties ir negebėjo jų suprasti. Atsigavimui po bandymo nusižudyti neigiamą poveikį gali turėti ir bejėgiškumo, kurį patiria bandęs nusižudyti asmuo, atspindėjimas iš personalo (Kar Ray et al., 2024). Shih ir kolegų (2023) tyrime, kuriame buvo siekiama išsiaiškinti slaugos personalo poveikį atsigavimui po bandymo nusižudyti, atskleista, kad iš slaugytojų patiriamas stigmatizavimas, nuvertinimas ir pažeminimas, fizinės jėgos naudojimas bei suvaržymas turėjo neigiamą poveikį atsigavimo procesui.

Kalbant apie gydymo organizavimą, Kar Ray ir kolegų (2024) tyrimas rodo, kad atsigavimui svarbius aspektus, tokius kaip bendra asmens galimybė priimti sprendimus, orumas ir teisė klysti, dažnai neigiamai veikia įkyri ir ribojanti priverstinio priėmimo į stacionarą praktika. Kartais tokia patirtis sugrąžina trauminius prisiminimus, padidina savižudybės riziką ir, žinoma, atitolina atsigavimą. Iš Frey ir kolegų (2019) tyrimo taip pat matyti, kad tiriamiesiems būnant gydymo įstaigoje atsigavimą apsunkino tai, kad jie prarado savo gydymo kontrolę, patyrė priverstinį hospitalizavimą, galios atėmimą, taip pat gėdą ir nuosprendį dėl diagnozės. Gaily-Luoma ir kolegų (2022) tyrime dalyvavę asmenys atskleidė, kad po mėginimo nusižudyti svarbu būtų užtikrinti gydymo / priežiūros tęstinumą, turint omeny po pirminio gydymo vykdomas tolesnės priežiūros pastangas, taip pat mažiau perkėlimų pas naujus specialistus gydymo proceso metu. Kalbant apie gydymo organizavimo elementus, Chauvin (2022) tyrimas atskleidė, kad asmenys, kuriems po

mėginimo nusižudyti buvo aktualus atsitraukimo, t. y. vienatvės poreikis, teigiamai vertino specialistų suteiktą leidimą atsiriboti ir įsitraukti į gydymo procesą tada, kai bus pasiruošę.

Mokslinėje literatūroje galima rasti nemažai tyrimų, kuriuose yra siekiama įvertinti įvairių intervencijų veiksmingumą atsigauvant po savižudybės krizės (Wright et al., 2021; Schechter et al., 2019). Pavyzdžiui, Chaib ir kolegų (2020) atliktas tyrimas atskleidžia, kad kognityvinė elgesio terapija gali būti veiksminga atsigavimui po savižudybės krizės. Taip pat galima paminėti Barnes ir kolegų (2021) tyrimą, kurio metu stacionare hospitalizuotiems veteranams buvo taikoma ACT terapija. Preliminarūs šio tyrimo rezultatai rodo, kad „ACT for Life“ turi teigiamą poveikį atsigauvant po savižudybės krizės. Bahlmann ir kolegų (2022), tyrę RISE (angl. *Relapse Prevention Intervention after Suicidal Event*) programos efektyvumą taip pat patvirtino, kad tam tikri ACT metodai, taip pat terapinė sąjunga ir saugumo planavimas, turėjo didelę reikšmę siekiant išvengti pakartotinio bandymo nusižudyti. Latakienė (2020), tyrusi ASSIP programos veiksmingumą Lietuvoje, nustatė, kad kartu su įprastiniu gydymu taikyta ASSIP metodika reikšmingai prisidėjo prie suicidinių minčių ir bendro suicidiškumo sumažėjimo. Santos ir kolegų (2024), palyginę tyrimus, kurie analizavo įvairių psichoterapijos rūšių efektyvumą aukštos suicidinės rizikos asmenims, atskleidė, kad daugelis taikomų intervencijų turi teigiamą poveikį, tačiau šiuos rezultatus reikėtų vertinti atsargiai. Schechter ir kolegų (2019) teigia, kad psichodinaminė psichoterapija aukštos suicidinės rizikos asmenims padeda atskleisti tikruosius jų gebėjimus, sumažinti puolimą ant savęs bei kurti naujas santykių patirtis, per kurias mažinami neadaptyvūs įsitikinimai apie save. Kai kurie tyrimai rodo, kad esminiai intervencijų komponentai, kuriuos teigiamai vertina patys bandymo nusižudyti patirtį išgyvenę asmenys, yra ryšys, apsauga ir kontrolė (Berg et al., 2017). Tai reiškia, kad asmuo nori jausti ryšį su sveikatos priežiūros specialistais, jaustis saugus susitikimų su specialistais metu, taip pat jausti savo kontrolę, t. y. būti saugomas nuo savo savižudiškų impulsų. Nepatenkinti šie poreikiai lemia bendrą nesaugumo jausmą ir didesnę suicidinę riziką.

Kalbant apie profesionalios pagalbos veiksnius, svarbu paminėti Michaud ir kolegų (2021) bei Chauvin (2022) tyrimus, kurie pabrėžia, kad taikant įvairias intervencijas asmenims, išgyvenusiems savižudybės krizę, būtina atsižvelgti į individualius asmens poreikius. Tai, kas padeda vienam asmeniui, nebūtinai padės kitam. Taigi gydymo metodų parinkimas turėtų būti individualus. Gaily-Luoma ir kolegų (2022) taip pat teigia, kad dabartinės sveikatos priežiūros paslaugos yra nenuoseklios tenkinant bandymą nusižudyti išgyvenusių asmenų poreikius. Minėtame tyrime nurodoma, kad pacientams labiausiai trūksta dėmesio socialiniams atsigavimo aspektams, ypač turint omenyje socialinės paramos iš artimųjų gavimą.

1.2.3.2. Socialinė parama

Kaip minėta anksčiau, didesne dalimi tyrimų, kurie analizuoja padedančius atsigauti po savižudybės krizės veiksnius, orientuojamasi į tai, kokią poveikį daro tam tikros klinikinės ir neklinikinės intervencijos bei jų komponentai. Apie tai, kokią poveikį atsigavimui po bandymo nusižudyti turi socialinės paramos veiksniai, patiriami iš kitų asmenų, ne specialistų – duomenų mažai. Daugiau apie tai sužinoma iš tyrimų, kurie aiškinasi suicidinės rizikos ir apsauginių veiksmų vaidmenį. Pavyzdžiui, Wang ir Zhang (2023) atskleidė, kad socialinė parama veikia kaip apsauginis veiksnys psichologinės įtampos ir suicidinio elgesio atžvilgiu. Silva ir kolegų (2023) tyrimas taip pat parodė, kad asmenys, kurie bandė nusižudyti, turėjo mažiau palaikymo nei tie, kurie niekada nebandė nusižudyti. Richards (2016), tyrusi bandžiusių nusižudyti jaunų asmenų patirtis, išsiaiškino, kad viena iš priežasčių, paskatinusi jų suicidinį elgesį, buvo socialinio ryšio ir paramos trūkumas. Su socialinio ryšio trūkumo aspektu buvo susiję romantinių santykių nutrūkimas, santykių problemos šeimoje, tarpasmeniniai konfliktai ir kt. veiksniai. Kaip matoma, socialinės paramos trūkumas yra vienas svarbiausių veiksmų, galinčių paskatinti suicidinį elgesį. Tai leidžia manyti, kad ir atsigauant po bandymo nusižudyti socialinė parama vaidina svarbų vaidmenį.

Kaip teigia Gaily-Luoma ir kolegės (2022), į socialinius veiksnius atsigauant po bandymo nusižudyti dabartinėje sveikatos priežiūros praktikoje atsižvelgiama mažai. Tačiau įvairios socialinės paramos rūšys (emocinė, instrumentinė, informacinė), kurias gali suteikti skirtingi šaltiniai (pavyzdžiui, tėvai, bendraamžiai, kiti reikšmingi asmenys), yra reikšmingi atsigavimui po bandymo nusižudyti (Marraccini & Pittleman, 2022). Pavyzdžiui, Chan ir kolegų (2017) tyrimas atskleidė, kad bandžiusiųjų nusižudyti atsigavimui labai svarbus yra emocinis palaikymas iš savo šeimos narių ir draugų. Bennett ir kolegės (2023) teigia, kad reikšmingi žmonės, ypač kalbant apie romantinius partnerius, gali būti gyvybiškai svarbus atsigavimo šaltinis po bandymo nusižudyti, o ryšys su svarbiu žmogumi gali sugrąžinti norą gyventi. Chan ir kolegų (2017) tyrimas taip pat atskleidė, kad reikšmingo ryšio su romantiniu partneriu užmezgimas kai kuriems tyrimo dalyviams buvo esminis atsigavimo elementas. Chopra ir kolegų (2022) tyrimas parodė, kad nemažos dalies tirtų vyrų atsigavimui teigiamos įtakos turėjo pagerėję santykiai su šeima. Denneson ir kolegės (2021), tyrę bandžiusius nusižudyti karo veteranus, pastebėjo, kad atsigauant po savižudybės krizės moterims buvo svarbu kurti ryšį su kitais žmonėmis, o vyrai, nors tam teikė mažesnę prioritetą, tačiau taip pat norėjo jaustis reikalingi kitiems.

Pastaruoju metu tyrimuose nemažai kalbama apie palaikymą iš tų, kurie yra išgyvenę panašias patirtis. Pavyzdžiui, Staniforth ir kolegų (2024) tyrime išsiaiškinta, kad bandžiusiems nusižudyti didelę reikšmę turėjo palaikymas iš kartu besigydančių pacientų, kadangi šalia jų jie jautėsi suprasti ir nesmerkiami. Panašiai ir Jackson su kolegomis (2020) pastebėjo, kad tarpusavio pagalbos tarp kartu

besigydančių pacientų praktika, veikianti gydymo įstaigoje, turi pastebimą teigiamą poveikį bendram intervencijų efektyvumui. Gaily-Luoma ir kolegos (2022), tyrinėdami pačių bandžiusiųjų nusižudyti patirtis, atkreipė dėmesį į tai, kad šie asmenys jaučia gydymo įstaigoje taikomų intervencijų ribotumą, kadangi jomis mažai orientuojamasi į pagalbą kuriant santykius su kitais, kartu besigydančiais asmenimis, ir bendrai į pagalbą ieškant socialinės paramos iš kitų, įskaitant ir šeimos narių. Be to, Gaily-Luoma ir kolegų (2022) tyrime dalyvavę asmenys išsakė poreikį specifinės pagalbos socialinėje srityje, tokios kaip padėti dėl artimųjų reakcijų, kurias sukėlė jų bandymas nusižudyti, ir suprasti savo socialinį vaidmenį, kuris pakito dėl laikino nedarbingumo. Dar vienas svarbus socialinės paramos aspektas – praktinė ir finansinė pagalba. Farr ir kolegų (2024) atliktas tyrimas, kuriuo buvo siekiama įvertinti intervencijos efektyvumą, atskleidė, kad tyrime dalyvavusiems vyrams pagalba su tokiomis problemomis, kaip finansai ar būstas buvo labai naudinga. Tai jiems padėjo susidoroti su tokiomis krizėmis kaip benamystė, skolos bei suteikė galimybę pajusti kontrolę, atrodytų, neišsprendžiamų problemų atžvilgiu.

Kita vertus, artimųjų įsitraukimas ir pagalba ne visada turi teigiamą poveikį. Sheehan ir kolegų (2019) tyrimas parodė, kad bandžiusių nusižudyti asmenų atsigavimą apsunkino aplinkinių nesupratimas, kaip jaučiasi bandęs žudyti žmogus. Taip pat neigiamą poveikį gali turėti perdėtos aplinkinių reakcijos. Maple ir kolegų (2020) tyrimas papildė, kad aplinkiniai gali nežinoti, kaip padėti žmogui, bandžiusiam nusižudyti. Be to, pasitaiko atvejų, kai aplinkiniai savižudybę yra linkę sieti su savanaudiškumu. Toks supratimas, kad bandymas nusižudyti yra savanaudiškas ir juo siekiama dėmesio, gali itin neigiamai paveikti asmenį, išgyvenantį savižudybės krizę. Taigi galima pripažinti, kad artimųjų pagalba gali būti svarbus pagalbininkas ir kartu kliūtis einant sveikimo keliu (Ropaj et al., 2023).

Dar vienas svarbus aspektas, kuris gali neigiamai veikti atsigavimo po savižudybės krizės procesą, yra susijęs su visuomenės požiūriu į savižudybę, bandžiusius žudyti asmenis, t. y. stigma (Maple et al., 2020). Stigma apima stereotipus, išankstinį nusistatymą, diskriminaciją. Maple ir kolegų (2020) tyrime dalyvavę asmenys, pasidaliję apie savo bandymą nusižudyti su kitais, patyrė išankstinį nusistatymą, socialinį atsiribojimą ir galimybių apribojimus, įskaitant darbo praradimą, sumažėjusias profesines galimybes, draugų ir šeimos narių paramos netekimą. Bandžiusiųjų nusižudyti patirtys iliustruoja, kad jie patyrė socialinį susvetimėjimą ir atskirtį, taigi galima teigti, kad jie susiduria su suvokiama ir internalizuota stigma (Williams et al., 2018), kuri gali neigiamai veikti atsigavimą po savižudybės krizės.

1.2.3.3. Žmogaus vidiniai ištekliai

Paties asmens vaidmuo atsigavimo po savižudybės krizės procese yra ne kiek mažiau svarbus nei pagalba iš šalies. Pasak Sokol ir kolegų (2022), atsigavimas po bandymo nusižudyti apima visą žmogaus gyvenimą, turint omeny, kad jam tenka suprasti, ką reiškia gyventi, ką reiškia augti ir ką reiškia rasti prasmę bei tikslą. Taigi atsigavimo procesas vyksta žmogaus viduje, todėl savaime suprantama, kad jo vidinių mechanizmų dalyvavimas judant sveikimo linkme yra būtinas.

Pagal Chi ir kolegų (2013) sudarytą atsigavimo po savižudybės krizės modelį, pirmasis etapas apima savęs pažinimą ir atsakomybės už savo gyvenimą prisiėmimą. Autoriai teigia, kad bandžiusiam nusižudyti asmeniui tenka iš naujo suvokti, kad jis turi atsakomybę sau ir kitiems. Chan ir bendraautorai (2017) taip pat sutinka, kad savižudybės poveikio šeimai suvokimas bei suvokimas, ką dar reikia gyvenime nuveikti, yra reikšmingi aspektai atsigavimo kelyje. Chauvin (2022) tyrime dalyvavę asmenys nurodė, kad sąmoningas sprendimas gyventi ir rasti būdų, kaip prasmingai gyventi, yra kritinis taškas, kuris indikuoja asmens pokytį iš pasyvaus dalyvavimo į pasiryžimą aktyviai veikti. Toks proaktyvus siekis veikti ir ieškoti įveikos strategijų padeda atgauti kontrolės jausmą, kuris yra itin svarbus pasitikėjimo savimi ir saviveiksmingumo augimui.

Žmogui pradėjus pripažinti, kad aš, gyvenimas bei šeima yra svarbūs, jis ima mokytis kurti tarpusavio ryšius. Tada savižudiškos mintys ima silpnėti ir pradeda mąstyti apie gyvenimo džiaugsmus bei iššūkius kaip apie neišvengiamus jo komponentus (Sun & Long, 2013). Chi ir kolegų (2013) sutinka, kad svarbu yra kurti tarpusavio ryšius. Krizės metu asmuo gali būti praradęs tikėjimą kitais, o kartu ir savimi. Asmens uždarumas, nenoras dalintis savo bandymo nusižudyti patirtimi, baimė apsunkinti ir nuliūdinti kitus užkerta kelią priimti ir gauti pagalbą (Sheehan et al., 2019; Ridge et al., 2021). Bautista ir kolegų (2023) tyrimas taip pat parodė, kad kai kurių asmenų atsigavimo po savižudybės krizės procesą apsunkino baimė paprašyti pagalbos iš savo artimųjų. Tačiau pagalba ir parama yra būtina. Atviras kalbėjimas apie savo skausmą ir kančią padeda pažinti ir priimti save, tokiu būdu užmezgamas unikalus ir labiau užjaučiantis santykis su savimi pačiu bei kitais. Taip kuriamas teigiamas savęs suvokimas ir pradeda suvokti gyvenimo vertę (Sun & Long, 2013). Gilėjantis ryšys su kitais skatina vilties, stiprybės ir savęs priėmimo augimą (Chauvin, 2022). Be to, kokybiški santykiai mažina vienišumo jausmą ir didina priklausymo, reintegracijos patyrimą. Dalinimasis savo sunkumais rodo aktyvų asmens dalyvavimą gijimo procese (Sokol et al., 2022).

Kelio į savęs priėmimą ir prasmės radimą procese svarbus ryšio su savimi atkūrimas. Tai reiškia, kad bandžiusiesiems nusižudyti tenka iš naujo užmegzti ryšį su savimi, kad geriau suprastų ir priimtų save. Ryšys su savimi leidžia kurti savo gyvenimo prasmę ir nusistatyti ateities tikslus (Chan et al., 2017). Chan ir kolegų (2017) tyrime dalyvavusiems kai kuriems asmenims ryšys su savimi reiškė susitaikymą su savo psichikos ligomis ar traumuojančia praeitimi. Sokol ir kolegų

(2022) minimas priėmimas, kuris auga atsigavimo po savižudybės krizės proceso metu, taip pat yra susijęs su savo skausmo bei vidinių sunkumų priėmimu bei su buvimu priimtam kitų.

Aktyvus vidinis darbas, pavyzdžiui, reflektuojant, leidžia savarankiškai apmąstyti ir suprasti savo mintis apie savižudybę, suprasti savo išgyventą patirtį (Sheehan et al., 2019). Tyrinėdami save bandžiusieji nusižudyti kelia sau klausimus ir mažus pasiekiamus tikslus. Tokiu būdu jie vis labiau pasitiki savo sugebėjimu susidoroti su „viskuo, ką gyvenimas gali jiems pateikti“ (Chauvin, 2022). Asmeniui, atsigaušančiam po savižudybės krizės, taip pat svarbu yra suvokti, kad praeityje bandant susidoroti su iškilusiais sunkumais ir kančia jis naudojo netinkamas įveikos strategijas (Chi et al., 2013). Įgaudamas vis daugiau pasitikėjimo savo jėgomis krizę išgyvenęs žmogus pradeda mokytis naujų įveikos strategijų būdų, kaip atsigauti, sukurti apsauginius veiksnius ir pašalinti suicidinę riziką iš savo gyvenimo (Chauvin, 2022). Pavyzdžiui, praktikuojant dėmesingą įsisąmoninimą, rašymą ar muzikos klausymąsi (Ridge et al., 2021). Chauvin (2022) tyrime dalyvavę asmenys praktikavo realybės tikrinimą ir mokėsi nebausti savęs, taip pat sąmoningai mezgė ryšius su palaikančiais žmonėmis ir nutraukdavo tuos ryšius, kurie, jų manymu, turėjo neigiamą poveikį. Daugelis Chauvin (2022) tyrimo dalyvių teigė, kad būtent pats savarankiško atsigavimo procesas buvo pagrindinis veiksnys, lemiantis jų didėjančią pasitikėjimą savo sugebėjimu susidoroti su sunkumais.

Kaip teigia Chauvin (2022), bandymas nusižudyti atspindi prasmės žlugimą. Taigi atsigavimo po savižudybės krizės procesas yra prasmės rekonstrukcija. Kai kuriais atvejais savižudybės krizę išgyvenusiems asmenims prasmę pavyksta rasti perfrazuojant savo trauminę patirtį kaip galimybę augti. Suvokimas, kad pavyko susidoroti su tokiais reikšmingais sunkumais, atveria naujas perspektyvas ir keičia požiūrį į gyvenimą, kartu keičiantis ir pačiam asmeniui. Savo patirties dalijimasis su kitais, siekiant jiems padėti, taip pat padeda įprasminti savo patirtį kaip tam tikra prasme vertingą. Religija ir dvasingumas yra vienas iš būdų bandžiusiems nusižudyti asmenims rasti prasmę gyvenime. Chan ir kolegų (2017) tyrimas atskleidė, kad religija ir dvasingumas kai kuriems bandžiusiems nusižudyti asmenims suteikė bendruomeniškumo ir bendrumo jausmą.

Taigi atsigauvant po savižudybės krizės svarbūs yra asmens vidiniai resursai, kuriuos jis atranda iš naujo ir ugdo atsigavimo kelyje. Žmogaus noro gyventi atsiradimas ir gebėjimas susidoroti su savo sunkumais išgyvenus savižudybės krizę be kitų pagalbos yra sunkiai įsivaizduojamas. Tačiau padedant kitiems žmogus ima atrasti ir savo vidinę stiprybę, kuri stumia atsigavimo linkme.

1.3. Tyrimo aktualumas, tikslas ir klausimas

Siekiant atskleisti, kokie veiksniai padeda atsigauti asmenims po bandymo nusižudyti, atlikta mokslinės literatūros analizė atskleidžia labai nevienareikšmiškus rezultatus, t. y. išsiaiškinta, kad tie patys veiksniai vieniems bandžiusiems nusižudyti asmenims gali padėti atsigauti po savižudybės

krizės išgyvenimo, tačiau kitiems – trukdyti. Ir tai nestebina, nes bandžiusieji nusižudyti, nors ir išgyvena tą patį aspektą (savižudybės krizę), bet kiekvienas išgyvena ją savaip, skirtingu tempu, skirtingu laiku. Būtent tai ir atskleidė atlikta mokslinės literatūros analizė. Pavyzdžiui, tokie profesionalios pagalbos veiksniai kaip medikamentinis gydymas, specialistų intervencijos, gydymo organizavimo elementai vieniems bandžiusiems nusižudyti asmenims gydymo įstaigose gali padėti atsigauti, o kitiems - sukelti papildomų sunkumų. Panašiai yra ir kalbant apie socialinės paramos veiksnius: vieni po bandymo nusižudyti nori dalintis savo sunkumais su artimaisiais ir priimti jų paramą, tačiau kiti – to nepageidauja, pirmenybę teikdami savo vidiniams resursams ir įveikos strategijomis. Taigi šis tyrimas, tikėtina, išplės žinias apie specifinių veiksnių poveikį kiekvienam asmeniui atsigauvant po savižudybės krizės.

Mokslinėje literatūroje bandoma surasti atsigavimo po savižudybės krizės proceso panašumų, tačiau atrodo, kad kiekvieno žmogaus patirtis yra skirtinga ir reikalaujanti į ją pažvelgti individualiai. Didesne dalimi tyrimų bandoma atskleisti, ar tam tikros intervencijos arba tam tikri kiti veiksniai padeda atsigauti po bandymo nusižudyti. Vis dėlto nedaug yra žinoma apie tai, kas bendrai asmenims padeda atsigauti po šios krizės, kai gaunamas gydymas ir dalyvauja kiti veiksniai. Taigi šis tyrimas gali reikšmingai prisidėti atsakant į klausimą, kas bendrai padeda asmenims atsigauti. Kadangi ši tema yra itin jautri, be to, ir labai individuali, geriau suprasti ir įsigilinti į bandymo nusižudyti patirtį galima tiriant kiekvieno žmogaus išgyvenimus per jo paties prizmę. Būtent todėl kokybinio tyrimo metodas, kuris buvo pasirinktas šiam tyrimui, tikėtina, yra tinkamiausias, norint susipažinti su asmenine žmogaus patirtimi iš arčiau.

Šio tyrimo **tikslas**: atskleisti, kokie veiksniai padeda atsigauti asmenims, šiuo metu besigydančioms stacionare po savižudybės krizės išgyvenimo.

Tyrimo klausimas:

- 1) Kokie veiksniai padeda stacionare besigydančioms asmenims atsigauti po savižudybės krizės?

2. METODIKA

2.1. Teorinis tyrimo pagrindimas

Siekiant atskleisti, kas bandžiusiems nusižudyti asmenims padėjo atsigauti po savižudybės krizės, buvo pasitelkta kokybinė tyrimo strategija. Tokį sprendimą lėmė keletas priežasčių. Pirmą, atsigavimui po savižudybės krizės įtakos turintys veiksniai dar apskritai nedaug tyrinėti pasaulyje. Be to didesnė dalis tokių tyrimų orientuojasi į tam tikrų intervencijų ar konkrečių aspektų veiksmingumą. Todėl iš jų daugiausiai sužinome apie tai, ar konkretūs metodai yra naudingi, ar ne. Kita dalis tyrimų nagrinėja žmonių vidines patirtis, t. y. daugiau dėmesio skiria vidiniams žmogaus procesams ir veiksniams, kurie atskleidžia atsigavimo proceso vidinį virsmą. Tačiau mažai yra tokių tyrimų, kuriais būtų įsigilinta į bendras žmonių patirtis ir kurie atskleistų, kokie veiksniai jiems yra svarbūs atsigaukant po savižudybės krizės tiek kalbant apie institucinį gydymą, tiek už jo ribų.

Antra, Lietuvoje yra atlikta tik keletas tyrimų, kurie taip pat daugiau atskleidžia tam tikros pagalbos veiksmingumą, o ne bendrus padedančius veiksnius. Kokybinės tyrimo strategijos pasirinkimą lėmė ir tai, kad šiuo tyrimu norėjau labiau priartėti prie kiekvieno žmogaus patirties. Turint omeny, kad tema yra labai jautri – empatiškas, žmogiškas priėjimas prie jos atrodo labiausiai tinkamas, o jis gali būti įgyvendintas tik kokybinės strategijos būdu. Be to kokybinė strategija suteikė galimybę reikšmingai patyrinėti be išankstinių nuostatų, t. y. iš ne-žinančiojo perspektyvos, kuri atveria didesnę laisvę tyrimo dalyvio patirčiai. Kokybinė tyrimo strategija leidžia geriau suprasti asmeninę žmogaus perspektyvą, nes dėmesys yra sutelkiamas į tai, kokią prasmę iš savo patirties kuria pats žmogus. Remiantis šia individualia žmogaus patirtimi, vėliau galima kurti teorines formuluotes (Willig, 2019).

2.2. Tyrimo dalyviai

Gavus įstaigos vadovo leidimą atlikti tyrimą Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre (toliau – VMPSC), buvo susitarta dėl bendradarbiavimo su Savižudybių prevencijos skyriumi. Šio skyriaus vadovė bei kitos specialistės reikšmingai prisidėjo prie tyrimo dalyvių paieškos ir atrankos. Turėdamos tiesioginį kontaktą su įstaigoje besigydančiais bandžiusiais nusižudyti asmenimis, skyriaus darbuotojos galėjo įvertinti, ar asmuo atitinka šio tyrimo atrankos kriterijus ir pasiūlyti jam sudalyvauti tyrime. Savižudybių prevencijos skyriaus specialistės su potencialiais tyrimo dalyviais taip pat pasidalino tyrimo anketa (1 priedas). Asmeniui sutikus dalyvauti tyrime, su tyrimo vykdytoja buvo pasidalinti jo kontaktai (su asmens sutikimu) ir tariamasi dėl interviu atlikimo laiko. Taigi šiame tyrime buvo taikomas tikslinis patogusis dalyvių atrankos būdas.

Tyrimė dalyvavo asmenys, kuriems tyrimo metu buvo taikomas gydymas viename iš VMPSC stacionarų. Į šį tyrimą buvo įtraukti tie asmenys, kurie neseniai išgyveno savižudybės krizę, t. y. bandė nusižudyti, ir po to atvyko į VMPSC dėl sunkios psichikos būklės. Pirmas tyrimo dalyvių atrankos kriterijus buvo amžius: į tyrimą įtraukiami tik pilnamečiai asmenys. Kitas tyrimo dalyvių atrankos kriterijus buvo laikas, praėjęs nuo bandymo nusižudyti: į tyrimą buvo įtraukiami tie VMPSC pacientai, kurie mėgino nusižudyti ne mažiau kaip prieš vieną mėnesį ir ne daugiau kaip prieš metus laiko. Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad visi tyrimė dalyvavę asmenys bandė nusižudyti ne daugiau kaip prieš šešis mėnesius. Be to viena tyrimo dalyvė pakartotinai planavo nusižudyti prieš maždaug dvi savaites iki tyrimo atlikimo, tačiau tai paaiškėjo tik tyrimo metu. Taip pat į tyrimą buvo siekiama įtraukti tik tuos asmenis, kurie gali sąmoningai dalyvauti tyrimė ir nėra praradę ryšio su realybe t. y. neišgyvena psichozės ir kt. būsenos.

Atliekant tyrimą buvo siekiama užtikrinti, kad tyrimo dalyvių psichikos būklė būtų stabili, nebūtų pavojaus ženklų dėl vėl galimo mėginimo nusižudyti. Tą užtikrinti padėjo VMPSC specialistės, su kuriomis buvo bendradarbiaujama tyrimo atlikimo tikslais. Asmenys, kurių psichikos būklė tuo metu nebuvo pakankamai stabili, į tyrimą neįtraukti.

Buvo surinkti šie demografiniai duomenys: amžius, lytis, profesinė sritis, šeiminė padėtis ir gyvenamoji vieta. Demografiniai duomenys pavaizduoti 1 lentelėje. Tyrimė dalyvavo 5 asmenys, kurių amžius – nuo 23 iki 47 metų ($M=30,8$). Tyrimė dalyvavo 3 moterys ir 2 vyrai. Du tyrimo dalyviai dirba informacinių technologijų (IT) srityje, vienas dalyvis pradėjo studijas šioje srityje. Kitos dvi tyrimo dalyvės dirba klientų aptarnavimo srityje. Du šio tyrimo dalyviai turi romantinius partnerius, viena tyrimo dalyvė yra ištekęjusi ir turi vaikų, kita – išsiskyrusi ir turi vaikų, ir vienas dalyvis yra vienišas. Visi tyrimė dalyvavę asmenys gyvena didmiestyje.

1 lentelė. Tyrimo dalyvių demografiniai duomenys

Tyrimo dalyvis	<i>Lidija</i>	<i>Marija</i>	<i>Algirdas</i>	<i>Akvilė</i>	<i>Mantas</i>
Amžius	31 m.	47 m.	23 m.	23 m.	30 m.
Lytis	Moteris	Moteris	Vyras	Moteris	Vyras
Profesinė sritis	IT sritis	Klientų aptarnavimas	Studijuoja IT srityje	Klientų aptarnavimas	IT sritis
Šeiminė padėtis	Ištekęjusi, turi vaikų	Išsiskyrusi, turi vaikų	Vienišas	Turi romantinį partnerį	Turi romantinę partnerę
Gyvenamoji vieta	Didmiestis	Didmiestis	Didmiestis	Didmiestis	Didmiestis
Interviu trukmė	41 min	77 min	30 min	57 min	61 min

Į šį tyrimą buvo įtraukti VMPSC besigydančys pacientai, kurie bandė nusižudyti pirmą kartą ir kurie į VMPSC pateko po pakartotinio mėginimo nusižudyti. Ši informacija nebuvo tikslingai renkama, tačiau kai kuriais atvejais ji atsiskleidė interviu metu. Į diagnozuotą psichikos sutrikimą taip pat nebuvo atsižvelgiama, apie tai duomenų nerinkta. 1 lentelėje taip pat pateikiama kiekvieno interviu trukmė.

2.3. Tyrimo instrumentai ir eiga

Šiame tyrime buvo naudojamas pačių tyrėjų parengtas pusiau struktūruotas interviu (2 Priedas) – tyrimo vykdytoja, kartu su darbo vadovu buvo parengę keletą klausimų, o pokalbio metu, norint pasitikslinti tam tikras neaiškias vietas ar labiau pasigilinti į tiriamojo išsakytą mintį, buvo užduodami papildomi klausimai. Toks interviu metodas praplečia galimybes gauti tikslesnę, aiškesnę bei platesnę informaciją dominančia tema.

Šiame tyrime buvo užduodami klausimai, padedantys atskleisti, kurie veiksniai prisideda prie asmens atsigavimo po savižudybės krizės: buvo tikslinamasi, kokie gaunamo gydymo aspektai padeda ir nepadeda psichikos būklės gerėjimui, kokie veiksniai, nesusiję su gaunamu gydymu, padeda atsigauti bei kokios pagalbos trūksta, kad asmuo pasijustų geriau. Taip pat interviu metu buvo siekiama suprasti, ar gaunama pagalba atitinka asmens lūkesčius ir kaip pasikeitė jo savijauta nuo tada, kai atvyko į VMPSC. Tiriamiesiems buvo paliekama erdvė išsakyti savo papildomus pastebėjimus, mintis bei pasiūlymus.

Tyrimas buvo vykdomas Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre, kuriame tyrimo dalyviams tuo metu buvo taikomas gydymas po savižudybės krizės išgyvenimo. Tyrimas buvo atliekamas 2024 m. liepos – 2025 m. kovo mėn. (pirmasis interviu įvyko 2024 m. spalio 23 d., o paskutinis – 2025 m. kovo 6 d.). Tyrimo trukmę ir interviu atlikimo dažnumą lėmė tai, kiek asmenų, atitinkančių šio tyrimo dalyviams taikomus atrankos kriterijus, konkrečiu metu pateko į VMPSC po bandymo nusižudyti bei kiek iš jų sutiko dalyvauti tyrime. Viso tyrimo atlikimo metu pildžiau tyrėjo dienoraštį, kuriame rašiau savo mintis ir jausmus, susijusius su tyrimo atlikimu. Tai padėjo geriau pažvelgti į savo santykį su tyrimo dalyviais bei į patį tyrimą.

VMPSC Savižudybių prevencijos skyriaus darbuotojoms pasidalinus asmens, sutinkančio dalyvauti tyrime, kontaktais, su juo susisiekdavau telefonu arba elektroniniu paštu (pagal asmens pageidavimą). Laiške arba telefoninio pokalbio metu prisistatydavau, pasitikslindavau, ar asmuo sutinka dalyvauti tyrime ir tardavausi dėl galimo laiko tyrimo atlikimui.

Susitikimo pradžioje tyrimo dalyvių paprašydavau užpildyti informuoto sutikimo formą (3 Priedas). Tyrimo dalyvius informuodavau apie tai, jog gali bet kada pasitraukti iš tyrimo, ir tai, kad

jų konfidencialumas bei anonimiškumas bus užtikrintas, t. y. jokie tiriamųjų identifikaciniai duomenys nebus registruojami. Dalyvius taip pat informuodavau, kad pokalbiai bus įrašomi diktofonu. Jiems sutikus su šiomis tyrimo sąlygomis, atlikdavau interviu, prieš tai uždavus kelis klausimus, susijusius su demografiniais duomenimis. Interviu trukmė svyravo nuo 30 min iki 77 min. Siekiant užtikrinti kiekvieno tyrimo dalyvio saugumą, po interviu pasiteiraudavau, kaip jis jaučiasi ir pasiūlydavau kreiptis į VMPSC specialistą, jei emocinė būseną staiga pablogėtų. Visi tyrimo dalyviai po pokalbio išsakė, kad jautėsi panašiai kaip prieš pokalbį arba šiek tiek geriau.

Po kiekvieno pokalbio garso įrašus transkribavau, naudodama Microsoft Word programą. Transkripcijose buvo pakeisti tyrimo dalyvius padedantys identifikuoti duomenys, tokie kaip vardai, vietovės ir pan., tačiau paliekama autentiška tyrimo dalyvio kalba. Laužtiniuose skliaustuose įrašiau emocijas, neverbalines reakcijas, taip pat pažymėjau ilgesnes pauzes ir kt. informaciją. Daugtaškis transkripcijose žymi nebaigtą mintį. Iš viso transkripcijos sudarė 46 Word lapus.

2.4. Etiniai tyrimo aspektai

Tyrimas buvo kruopščiai suplanuotas ir rengiamas vadovaujantis kokybinio tyrimo validumo principais etiniais reikalavimais. Tyrimas buvo atliekamas nepraleidžiant nei vieno mokslinio tyrimo etapo. Buvo užtikrinamas tyrimo dalyvių savanoriškas dalyvavimas tyrime – jie pasirašė informuoto sutikimo formą bei žodžiu patvirtino sutikimą dalyvauti tyrime. Taip pat tyrimo dalyviai buvo informuoti, kad gali bet kada pasitraukti iš tyrimo bei paprašyti pašalinti jų pateiktą informaciją iš tyrimo. Tyrimo metu ir po jo buvo užtikrinamas dalyvių konfidencialumas ir anonimiškumas. Iš interviu transkripcijų buvo pašalinta informacija, galinti padėti juos identifikuoti, tyrimo dalyvių vardai buvo pakeisti. Tyrimo dalyviai buvo informuojami ir su tuo sutiko, kad bus daromas interviu garso įrašas, kuris bus saugiai laikomas iki magistro darbo rašymo pabaigos, o vėliau sunaikinamas.

Tyrimas vyko tyrimo dalyviams patogiu metu, jiems pažįstamoje erdvėje – VMPSC, kur jie tuo metu gydėsi. Be to ši aplinka padėjo užtikrinti dalyvių saugumą, jei po pokalbio sukiltų neigiami jausmai. Taigi buvo stengiamasi, kad tyrime dalyvavę asmenys jaustųsi kuo patogiau. Su tyrimo dalyviais buvo mezgamas šiltas ryšys, suteikiama erdvė kalbėti tiek, kiek norisi, nespaudžiama atsakyti į klausimus, jei jie to nenori. Po pokalbio buvo teirujamasi, kaip jie jaučiasi ir siūloma kreiptis į įstaigoje dirbantį specialistą, jei to prireiktų. Taip pat tyrimo dalyviai buvo informuoti, kad iškilus klausimams, ar nusprendus atsiimti savo duomenis iš tyrimo, jie gali susisiekti su tyrimo vykdytoja arba jos darbo vadovu.

2.5. Duomenų analizė

Tyrimo metu gautiems duomenims apdoroti buvo naudojamas kokybinis teminės analizės metodas, kurį aprašo Boyatzis (1998) ir Braun ir Clarke (2006). Šis metodas tinkamas apdoroti dideliame duomenų kiekiui, identifikuoti ir analizuoti iškilusias temas. Tyrime buvo atliekama indukcinė analizė, kai iš anksto nebuvo remiamasi teorinėmis žiniomis ir modeliais, kuriuos būtų norima pagrįsti šiame tyrime surinktais duomenimis. Atvirkščiai – norima atskleisti savitas, unikalias įžvalgas. Indukcinė analizė atlikta remiantis Braun ir Clarke (2006) etapais:

1. *Susipažinimas su duomenimis*. Šio etapo metu po du kartus perklausiau kiekvieno interviu garso įrašą. Tada kiekvieną iš jų transkribavau. Transkripcijas taip pat perskaičiau po kelis kartus, taip dar labiau įsigilindama į visą medžiagą.
2. *Pirminių kodų generavimas*. Transkribuotus interviu suskirsčiau į segmentus ir perfrazavau juos, priskirdama pirminius kodus. Tai atlikau naudodama Microsoft Word programą ir pasitelkdama komentary funkciją. Vėliau kodai buvo dar kartą peržiūrėti ir tikslinami, papildomi.
3. *Temų paieška*. Peržiūrėjus pirminius kodus, pradėjau juos jungti į atskiras grupes pagal panašias temas. Tokių kodų grupes kėliau į atskirus Excel failus, vis papildydama ir apjungdama susijusius kodus į potemes.
4. *Temų peržiūrėjimas*. Išskirtas potemes dar kartą peržiūrėjau ir vėl grįžau prie kodų, kad įsitikinčiau, ar jie atitinka išskirtas potemes. Jei reikėjo, atlikau pakeitimus. Tada potemes jungiau į grupes, iš kurių susidarė tam tikrų temų sąrašas. Temų sąrašą dar kelis kartus peržiūrėjau ir tikslinau, atlikdama reikiamus pakeitimus.
5. *Temų apibrėžimas ir pavadinimas*. Temoms ir potemėms priskyriau pavadinimus, kurie atspindėtų po jomis slypinčią esmę.
6. *Rezultatų aprašymas*. Išskirtas temas ir potemes paaiškinau aprašydama jas ir pateikdama interviu citatas.

2.5.1. Tyrimo kokybė ir validumas

Tyrimo metu stengiausi užtikrinti rezultatų kokybę ir validumą:

1. Darbe aprašomi visi tyrimo metu atlikti žingsniai, duomenų analizės eiga bei tai, kaip buvo ieškomi tyrimo dalyviai ir rinkti duomenys. Tyrimo metu buvo vykdomi visi metodologiniai analizės žingsniai.
2. Viso tyrimo metu buvo pildomas asmeninis tyrėjo dienoraštis, kuriame buvo reflektuojama apie santykį su tyrimo dalyviais ir pačiu tyrimo atlikimu.

3. Tyrimo rezultatai buvo aprašomi remiantis pavyzdžiais, t. y. rezultatų dalyje pateikiamos tyrimo dalyvių citatos, kurios pagrindžia išskirtas temas ir potemes.
4. Atliekant analizę buvo konsultuojamasi su magistro darbo vadovu dėl išskirtų temų ir potemių. Taip pat temos, potemės ir kodai buvo peržiūrimi kelis kartus, siekiant užtikrinti rezultatų patikimumą.
5. Visų temų ir potemių tarpusavio ryšiai atskleidžiami rezultatų dalyje.
6. Rezultatų aptarimo dalyje pateikiami šio tyrimo ribotumai ir pritaikymas platesniam kontekstui.
7. Rezultatus buvo stengiamasi pateikti skaitytojams suprantamu būdu, t. y. aiškiai ir neperkraunant teksto specifiniais terminais.

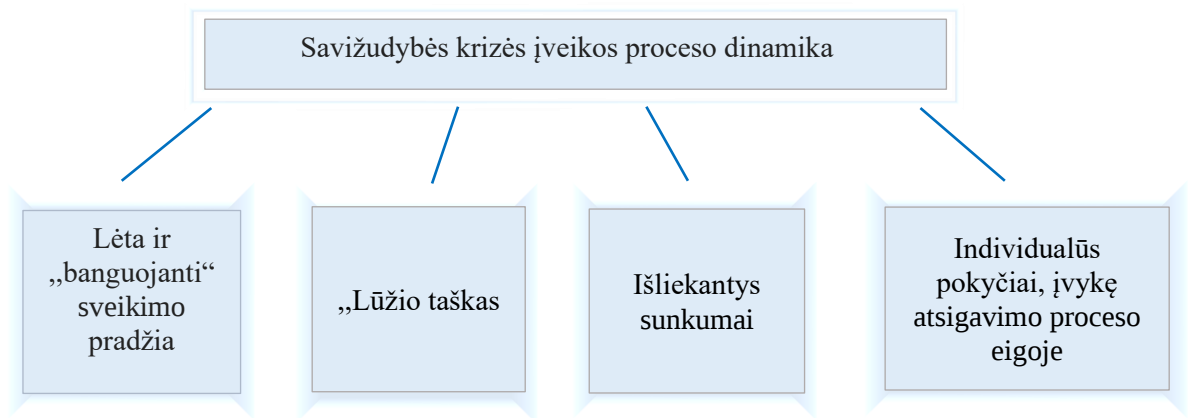
3. REZULTATAI

Šioje dalyje pateikiami rezultatai, gauti išanalizavus penkių tyrimo dalyvių pasakojimus. Analizės metu buvo sisteminami duomenys, atskleidžiantys tyrime dalyvavusių asmenų atsigavimo procesui įtakos turinčius veiksnius. Pastebėjus, kad tyrimo metu buvo gauta pakankamai duomenų apie tyrimo dalyvių atsigavimo po savižudybės krizės proceso ypatumus, buvo nuspręsta šiuo darbu kartu su svarbiais atsigavimui veiksniais išanalizuoti ir tyrime dalyvavusių asmenų atsigavimo po savižudybės krizės proceso patyrimą. Atsigavimo po savižudybės krizės proceso dinamika ir atsigavimo procesui įtakos turintys veiksniai aprašomi atskiruose šios darbo dalies skyriuose.

Kituose šios darbo dalies skyriuose pateikiamos analizės metu iškilusios temos ir jas sudarančios potėmės, kurios iliustruojamos citatomis, paimtomis iš tyrimo dalyvių interviu. Tyrimo dalyvių citatos yra netaisytos ir autentiškos, jos darbe įrašytos kursyvu. Citatos gale skliausteliuose nurodytas tyrimo dalyvio vardas (pakeistas) ir interviu transkripcijos puslapio numeris. Siekiant užtikrinti tyrimo dalyvių anonimiškumą, iš citatų yra pašalinta informacija, galinti padėti juos identifikuoti. Laužtiniuose skliaustuose „[...]“ nurodomos neverbalinės tyrimo dalyvių reakcijos ir kita skaitytojui naudinga informacija.

3.1. Individuali savižudybės krizės įveikos proceso dinamika

Analizuojant tyrimo dalyvių pasidalintas asmenines patirtis, buvo atkreiptas dėmesys į tai, kad vieni jaučia reikšmingus teigiamus savo būsenos pokyčius, o kiti savo būklę suvokia kaip nepakankamai pagerėjusią. Tai suteikė pagrindą šiuo tyrimu panagrinėti ne vien tai, kas asmenims, bandžiusiems nusižudyti, padeda atsigauti po šios krizės, bet ir paties atsigavimo proceso dinamiką. Analizuojant tyrimo dalyvių pasakojimuose iškilusias temas, kurios atspindi atsigavimo proceso ypatumus, jos buvo grupuojamos ir galiausiai apjungtos į vieną temą, kuria giliau pažvelgiama į tai, kaip vyksta tyrime dalyvavusių asmenų savižudybės krizės įveika, bei atskleidžiami proceso metu įvykę pokyčiai. Šiai temai buvo išskirtos keturios potėmės (1 pav.): lėta ir „banguojanti“ sveikimo pradžia, „lūžio taškas“, išliekantys sunkumai, individualūs pokyčiai, įvykę atsigavimo proceso eigoje. Toliau aptariama kiekviena potėmė.



1 pav. Individuali savižudybės krizės įveikos proceso dinamika

3.1.1. Lėta ir „banguojanti“ sveikimo pradžia

Trys tyrime dalyvavę asmenys atskleidė kaip kito jų būklė ir savijauta nuo tada, kai po bandymo nusižudyti atsidūrė sveikatos priežiūros įstaigoje. Dviejų tyrimo dalyvių pasakojimuose išryškėjo atsigavimo pradžios sudėtingumas ir neužtikrintumas: „Iš tiesų tie impulsai išliko labai stiprūs. Tai aš su... mes kas dieną atlikdavom tą kažkokį ten savižudybės rizikos testą ir vis tiek rodė, kad vidurkis, tas balas būdavo, kad ten keturi arba penki, kad vis tiek labai labai intensyvūs, tik va tiek, kad aš kaip klausdavo, ar jūs turit tą planą, tai na aš tokio kaip konkretaus plano neturėdavau <...>.“ (Marija, 5 p.); „Ir dar buvo toks, kad aš net, ai, aš su psichiatre mes kalbėjom ir ir jinai klausia manęs apie tai, kaip dabar tu su savižudybės planais, ir aš sakau, nu va dabar tiesiog aš ramiai dešimt dienų čia pabūsiu. Nusiteikęs esu, o po to, sakau, nežinau. Nu neįsivaizduoju, negaliu garantuoti nieko.“ (Mantas, 3 p.).

Tyrimo dalyvė Akvilė, nors ir pajutusi reikšmingą būklės pagerėjimą pirmos hospitalizacijos, kuri įvyko iškart po mėginimo nusižudyti, metu, vėliau išgyveno stiprų būklės pablogėjimą: „Ir paskui po mėnesio sumažino per pusę dozę ir viskas labai krito. Prasidėjo tie keturi mėnesiai nenustojančios kankynės. Kol atsidūriau čia.“ (Akvilė, 7 p.). Nepaisant to, kad Akvilė pradėjusi vėl gydytis sveikatos priežiūros įstaigoje jautė gerėjimą, skaudus įvykis jai grąžino suicidines mintis ir pastūmėjo prie savižudybės planavimo net ir hospitalizacijos metu: „Yra ir kitas atvejis, kuris nutiko prieš maždaug dvi savaites. Ten jau neimpulsyvus buvo kaip nu... nes praeitą kartą, aa pirmą kartą buvo impulsyvus, tiesiog čia ir dabar viskas, nebenoriu. Prieš dvi savaites buvo jau konkrečiai planuota – kaip, kas, kur, kada.“ (Akvilė, 1–2 p.).

3.1.2. „Lūžio taškas“

Trijų tyrimo dalyvių pasakojimuose atsiskleidė „lūžio taško“ patyrimas arba savijautos gerėjimo pradžia tam tikru atsigavimo proceso metu. Tyrimo dalyvė Marija būklės gerėjimą pradėjo jausti maždaug po dviejų savaitių gydymosi dienos stacionare, kuris vyko po pirminės hospitalizacijos: *„O tada kažkaip aš vat nu kažkoks vat, sakau, įvyko lūžis <...>. Nu vat sakau, nu man kažkaip taip atslūgo. Neišnyko visiškai ten <...>. Ir tada taip po truputi pradėjo mažėti ta skalė tokia [SAVIŽUDYBĖS RIZIKOS VERTINIMO].“* (Marija, 7 p.). Šią gerėjimo pradžią Marija sieja su reikšmingo jai asmens atsiprašymu bei didesniu savo būklės sunkumo priėmimu. Tyrimo dalyvis Mantas stiprius būklės pagerėjimo požymius jautė jau po dešimties dienų nuo gydymo pradžios: *„A ji pradėjo smarkiai gėrėti labai. Ir po to, po tų dešimt dienų, jau Beck'o tam teste depresijos, kur ten buvo pas mane berods penkiasdešimt skaičius, tai tai buvo po to tiesiog du [juokiasi tyliai]. Po dešimt dienų.“* (Mantas, 4 p.). Šiuos pokyčius jis labiausiai sieja su efektyviu medikamentų poveikiu bei užmegztais reikšmingais ryšiais su kitais asmenimis.

Tyrime dalyvavusi Akvilė reikšmingus savijautos pokyčius patyrė po to, kai hospitalizacijos metu (besigydam po pirmojo savižudybės bandymo) planuota savižudybė buvo atsitiktinai sutrikdyta: *„Tai ir pramiegojau savo planą. Pusryčius pramiegojau, atsikėliau prieš pietus. Ir viskas jau taip nebeatrodė palei planą ir aš sutrikau. Nebežinojau, ar aš tikrai to noriu, ir truputį išsigandau, ir pradėjau labai daug raudoti, kad gal vis dėlto reikia pabandyt gyvent.“* (Akvilė, 3 p.). Pats plano sutrikdymas turėjo reikšmės svarbių pokyčių pradžiai, tačiau labiausiai Akvilė ryškų būsenos pagerėjimą sieja su patirtu savo kaip žmogaus autonomiškumo išgyvenimo kontrastu, kai buvo perkelta į skyrių, kuriame taikomi griežtesni suvaržymai, ir po to grįžo į įprastines gydymo sąlygas, kur pajuto kasdinių dalykų vertę. Taip pat svarbų vaidmenį Akvilės būklės pasikeitimui turėjo socialinė integracija gydymo įstaigoje. Svarbu paminėti tai, kad Akvilė vienintelė iš tyrime dalyvavusių asmenų save suvokia kaip visiškai atsigavusią: *„<...> aš jau jaučiuos pasveikusi <...>“*. (Akvilė, 7 p.).

3.1.3. Išliekantys sunkumai

Du šiame tyrime dalyvavę asmenys išreiškė šiuo metu dar tebejaučiamus savo būsenos sunkumus ir suvokė tik ribotą savo atsigavimą. Tyrimo dalyvė Lidija savo būseną apibūdino kaip svyruojančią, t. y. po jaučiamo šio tokio pagerėjimo vėl vis grįžta suicidinės mintys, kurios pasireiškia ir dabar: *„Na labiau svyruojanti [BŪKLĖ]. <...> bet tos mintys, jos vis tiek yra apie tą savižudybę. Tai ir tuo laiku buvo, ir dabar jos yra. Vienu metu buvo šiek tiek apmažėjusios, bet dabar <...> tai tiesiog jos sugrįžo ir... [su liūdna šypsena] ir smarkiai sugrįžo. Bent jau šiandien taip jaučiuosi nekaip.“* (Lidija, 2 p.). Tyrimo dalyvis Algirdas atskleidė, kad jaučia tik nežymų savo

būklės pagerėjimą: *[dalyvis]: „Nu tiesiog šiek tiek tapo stabilesnė [BŪKLĖ].“ [tyrėjas]: O ta būseną, sakytumėt, kad pagerėjo? [dalyvis]: Nežinau, bet taip.*” (Algirdas, 1 p.). Tačiau reikšmingo pokyčio ir atsigavimo Algirdui pasiekti dar nepavyko: *„Nes nesijaučiu stipriai pagerėjęs ir atrodo, kai bandau kažką, vis atsimušu į sieną ir nepadeda atsigaut.“* (Algirdas, 3 p.).

3.1.4. Individualūs pokyčiai, įvykę atsigavimo proceso eigoje

Visi penki tyrimo dalyviai savo pasakojimuose išsakė vienokius ar kitokius teigiamus psichologinius pokyčius, kurie įvyko nuo gydymo pradžios. Keturių tyrimo dalyvių jaučiami kognityviniai pokyčiai, tokie kaip atminties ir dėmesio atsistatymas, mąstymo aiškumo atsiradimas leido jiems aktyviau įsitraukti į gydymo procesą ir bent iš dalies atkurti vidinę stiprybę: *„<...> ir aš tada po krizių grįžęs namo jau pamačiau kaip protas atsistatinėja, nu kognityviniai gebėjimai – tenai susikaupimas, atmintis, dėmesys. Kaip jie gan staigiai atsi... neatsistatė pilnai, bet tiesiog pagerėjo.“* (Mantas, 8 p.). Du tyrimo dalyviai pripažino jaučiantys pagerėjusius savo socialinius įgūdžius ir didesnę norą įsitraukti į tarpusavio sąveikas su kitais, kas stiprina pasitikėjimą savimi ir socialinės integracijos galimybes: *„Nu, visų pirma, socialinių situacijų ne tokia didelė baimė, mm ne toks noras būti atskirtas.“* (Algirdas, 2 p.). Bendro funkcionavimo pagerėjimą ir padidėjusį aktyvumą įvardijo du tyrimo dalyviai: *„Aa tiesiog daugiau energijos, noras užsiimt veiklom, šiaip dėl savęs.“* (Algirdas, 1 p.). Apie ugdomus savo elgesio įgūdžius, kurie augina vidinę stiprybę, kalbėjo du tyrimo dalyviai: *„Ir tada visą kitą savaitę praktikuojusi, gerai, neįtikti visiems. Galbūt ne visi ir nusipelnė, kad aš įtikčiau visiems čia po kojom kristi. Ir dėl to jaučiuosi tvirtesnė, kad aš klausau savęs.“* (Akvilė, 6 p.). Sumažėjęs spaudimas sau, savo sunkumų bei savęs priėmimas atsiskleidė trijų tyrime dalyvavusių asmenų pasakojimuose kaip svarbus būklės gerėjimo indikatorius: *„Tai dabar nu man tas duoda tokio palengvėjimo, kad nu man tikrai buvo sunku ir sveikata mano... nu normalu, kad mm aš dabar čia po stacionaro nepulsiu į darbus ten ir kažkokią karjerą baisiai ten užsidirbinėt, pirkt ten butus, finansiškai nepriklausomu labai tapt ir konkuruot su savo tais visais ten nu.“* (Mantas, 11 p.).

Du tyrimo dalyviai taip pat kalbėjo apie atsiradusį norą gyventi, padidėjusį gebėjimą pastebėti ir vertinti kasdienybės įvairovę: *„Ir aš užsimačiau gyventi. Labai stipriai užsimačiau gyventi. Ir vat iki šiol vis stiprėja tas jausmas, noras gyventi.“* (Akvilė, 4 p.). Tų pačių dviejų tyrimo dalyvių pasakojimuose atsiskleidė išaugęs noras padėti kitiems, susiduriantiems su panašiomis psichologinėmis problemomis: *„Tai taip visai irgi nu simboliškai, kad kažkiek pavyksta man galbūt prisidėt prie tyrimų – tiek šito, tiek aa prieš tai buvusio, aa nu ir irgi, nu vat labai tikiuos, kad galiu prisidėt nors kažkiek prie tos nu prevencijos suicidiškumo.“* (Mantas, 11 p.). Toks noras padėti kitiems įprasmina jų pačių išgyventą patirtį ir įgalina jaustis pakankamai atsigavusiu, atsitiesusiu po

krizės. Svarbu paminėti tai, kad šie du tyrimo dalyviai savo būklę įvertino kaip labiausiai atsistačiusią, lyginant su kitais tyrime dalyvavusiais asmenimis.

3.2. Atsigavimui po savižudybės krizės svarbūs veiksniai

Išanalizavus visų penkių tyrimo dalyvių pasakojimus, buvo sudaryta schema (2 lentelė), kuri leidžia paaiškinti, kokie veiksniai turi įtakos atsigavimui po savižudybės krizės. Analizės metu buvo išskirtos keturios temos, atskleidžiančios, kokie veiksniai padeda atsigausti po savižudybės krizės ir kokių veiksmų atsiradimas ir (arba) trūkumas neigiamai veikia atsigavimo procesą: profesionalios pagalbos veiksniai, socialinės paramos veiksniai, vidiniai ištekliai ir įveikos strategijos, aplinkos įtaka ir išoriniai veiksniai. Šias temas smulkiau paaiškina joms priskirtos potemės, pateiktos 2 lentelėje. Toliau aprašoma kiekviena tema ir jai priskirtos potemės.

2 lentelė. Atsigavimui po savižudybės svarbūs veiksniai

Profesionalios pagalbos veiksniai	Socialinės paramos veiksniai	Vidiniai ištekliai ir įveikos strategijos	Aplinkos įtaka ir išoriniai veiksniai
Tinkamai pritaikytas medikamentinis gydymas	Emocinis palaikymas	Atsakomybės už savo gijimo procesą prisiėmimas	Laikas
Nuoširdus specialistų rūpestis ir suteikiama erdvė išsikalbėti	Praktinė ir finansinė parama	Vidinės varomosios jėgos atsigavimo kelyje	
Savęs pažinimą ir saviraišką skatinantys grupiniai užsiėmimai	Aktyvus artimųjų įsitraukimas gijimo metu	Aktyvus vidinis darbas	
Palaikantis ir pagarbus pagalbinis personalas	Socialinė integracija		
„Leidžianti gyti“ aplinka	Santykiai su reikšmingais asmenimis		
Struktūra ir tęstinumas – tinkamo gydymo organizavimo pagrindas	„Leidimas sveikti“ iš kitų		
	Visuomenės požiūris ir psichikos sveikatos temų matomumas viešojoje erdvėje		

3.2.1. Profesionalios pagalbos veiksniai

Visi penki tyrimo dalyviai interviu metu kalbėjo apie tam tikrus profesionalios pagalbos veiksnius, kurie prisidėjo prie jų psichologinės būklės gerėjimo po bandymo nusižudyti. Kadangi visi tyrimo dalyviai iškart po mėginimo nusižudyti arba šiek tiek vėliau pateko į gydymo įstaigos skyrius, kuriuose teikiamas kompleksinis gydymas, jų pasakojimuose atsispindi, kaip būtent tokio įvairiapusio gydymo aspektai padėjo suvaldyti juos ištikusią krizę ir bendrai pagerinti jų psichologinę būklę. Tyrimo dalyvių pasakojimuose išryškėjo tokie pagrindiniai profesionalios pagalbos veiksniai (potemės), prisidedantys prie pacientų atsigavimo po savižudybės krizės: medikamentinis gydymas, specialistų intervencijos ir terapinis santykis, gydymo įstaigos personalo vaidmuo, terapinė aplinka ir gydymo organizavimo elementai, grupinių terapinių veiklų ypatumai. Toliau visi šie veiksniai aptariami išsamiau.

3.2.1.1. Tinkamai pritaikytas medikamentinis gydymas

Kaip paaiškėjo tyrimo metu, medikamentinis gydymas, ypač tinkamai pritaikytas, yra svarbus veiksnys, kalbant apie teigiamus psichologinės būklės pokyčius po bandymo nusižudyti. Tinkamai pritaikytas medikamentinis gydymas padeda stabilizuoti ūmią būklę, atstatyti bendrą funkcionavimą, sureguliuoti emocinę pusiausvyrą. Apie teigiamą medikamentinio gydymo poveikį vienokiu ar kitokiu būdu kalbėjo visi penki tyrimo dalyviai, tačiau tik keturi iš jų gydymosi metu vartojo medikamentus, todėl tik jie galėjo pasidalinti savo asmenine patirtimi medikamentų atžvilgiu.

Trys tyrimo dalyviai atskleidė, jog vaistai turėjo reikšmingą poveikį jų būklės stabilizavimui ir bendram funkcionavimo atstatymui gydymo pradžioje: *„Labai labai fainiai suveikė man antidepresantai – nuramino vaistai, būtent tą krizinį momentą, tą, kur aš galvojau – nežinau, lubom lipsiu, nusirausiu plaukus, nusižudysiu. Vat vaistai, vaistai tam momentui numalšino ir po vaistų po truputį į veiklas įsitrauki, išeini dažniau į lauką, kadangi geresnė nuotaika, ramesnė nuotaika dėl vaistų.“* (Akvilė, 6 p.). Tyrimo dalyvis Mantas įvardijo, kad būtent medikamentai padėjo sumažinti suicidines mintis: *„Aa su ličiu, jis iš tikrųjų nuėmė tas savižudiškas mintis, jų kaip jų kaip dingo. Jos buvo to... ne... nu jos gal tokios mažiau ryškios tapo, jos kažkur ten fone.“* (Mantas, 4 p.).

Tyrimo dalyvė Lidija dėl asmeninių priežasčių tyrimo metu nevartojo medikamentų, skirtų emociškai ir psichikos būklei gerinti, tačiau ji turėjo viltį, jog būtent vaistai efektyviai prisidės prie jos būklės gerėjimo vėliau: *„Aš nežinau, kai kuriems žmonėms tai ir vaistai netinka ten, nepadeda, bet aš tai dideles viltis dar į vaistus dedu. Manau, kad kai pradėsiu juos vartoti, tikrai, manau, pasikeis situacija dar vėl į gera. Nes tam jie ir yra sukurti, ten, pavyzdžiui, kokie antidepresantai, mes kaip kalbėjom su daktare, tai [sucaksi liežuviu] sakė, kad man reikėtų antidepresantų eė gydymo“* (Lidija,

6 p.). Atkreiptinas dėmesys į tai, kad Lidija savo būklę vertina kaip nepilnai atsistačiusią, svyruojančią, todėl medikamentus ji laiko ta pagalbos priemone, kuri galimai reikšmingai prisidėtų prie atsigavimo progreso.

Medikamentinio gydymo pritaikymas gali ne tik prisidėti prie psichologinės būklės pagerėjimo, tačiau ją tam tikrais būdais ir pabloginti. Trys tyrimo dalyviai kalbėjo apie pasireiškusius šalutinius medikamentų poveikius, kurie sukėlė papildomų sunkumų gijimo procese, o tyrimo dalyvei Akvilei jau pajutus reikšmingą savijautos pagerėjimą, medikamentų dozės sumažinimas ją vėl grąžino į pradinę būseną: „*Bet tuo metu po mėnesio mano psichoterapeutas psichiatras nusprendė sumažinti per pusę antidepresantų. Todėl man viskas krito visiškai. Nuo šimto iki nulio. Ir tai rutuliavosi keturis mėnesius dieną iš dienos – panikos, nerimai, nežinau kur dingt, nežinau kur atsisėsti, nei gulėt, nei stovėt.*“ (Akvilė, 1 p.). Taigi medikamentų poveikis psichologinės būklės gerėjimui yra svarbus, tačiau netinkamas jų pritaikymas gali ne tik, kad neskatinti gerėjimo, tačiau net ir sugriauti jau pasiektą rezultatą.

3.2.1.2. Nuoširdus specialistų rūpestis ir suteikiama erdvė išsikalbėti

Bene vienas svarbiausių veiksnių, kurį interviu metu paminėjo visi penki tyrimo dalyviai – individualios konsultacijos su specialistais (psichologais, psichiatrais, suicidologais ir kt.). Trys tyrimo dalyviai atskleidė, kad bendravime su specialistais ypatingą poveikį turėjo suteikiama erdvė išsikalbėti bei išklausymas: „*Tai padėjo labai tiesiog nu išsakymas visko, kas privedė mane prie tos savižudybės, ir nu gavimas tiesiog, kad kitas žmogus išklauso to. Aa nes vien to fakto, kad vat aš norėjau nusižudyti ir kad vat dabar žino medicinos personalas ir mano tėvai, nu vien to neužteko kaip ir. O kai vat išsikalbi jau pilnai apie viską, kas ten toj galvoj dedasi, kai mąstai apie savižudybę ir, tuo labiau, darai tą veiksmą, tai kažkaip numeta daug naštos. Tiesiog nu nesi vienas tame.*“ (Mantas, 5 p.); „*Na, kaip ir minėjau, ta man suteikta erdvė pasisakyti, nu tai be cenzūros pasakoti tą istoriją ir kad na netgi pasakė, „tu gali nors šimtą kartų ją pasakoti“. Aš sakau, „bet aš čia viską jums jau išpasakojau“. Sako, „tu gali nors šimtą kartų pasakot, kad tai yra svarbu, kad jūs pasakot, pasakot, pasakot...“*“ (Marija, 7 p.). Svarbų vaidmenį gijimo procese atlieka ir nuoširdus specialistų rūpestis, dėl kurio atsiranda palankios sąlygos atvirai emocijų raiškai bei vidinių išgyvenimų tyrinėjimui, o tai tampa reikšmingu veiksnio vidiniam gijimui: „*Aa tai tai va, bet tas nu toks bendras rūpestis taip vardan vardan psichinės sveikatos ir ir nu ir ypač iš iš mano tos psichologės kažkaip tas jaučiasi.*“ (Mantas, 7 p.). Tyrimo dalyvė Marija rūpestį iš specialistų juto per jos patirties validavimą bei sudėtingumo pripažinimą: „*Ir kažkaip tais nebebuvo to skatinimo, kad „žinot, čia čia gal aš čia praeis, čia užsiklinai, nu kam – čia viso labo bėdos, nu ko tu nori, nu jums niekada nebuvo gerai“*,”

nu tokios frazės, kurias žmonės mėto nu nežinodami, ką pasakyti, ir kad... ir čia šitų frazių kažkaip praktiškai nemėtė man. Kažkaip pripažino, kad tai yra labai sunku.“ (Marija, 6 p.).

3.2.1.3. Savęs pažinimą ir saviraišką skatinantys grupiniai užsiėmimai

Įvairūs grupinio formato terapiniai užsiėmimai buvo paminėti visų tyrimo dalyvių kaip dalis gydymo proceso, o trys tyrime dalyvavę asmenys akcentavo patiriamą tiesioginę naudą dalyvaujant juose po savižudybės krizės išgyvenimo. Grupinėse terapinėse veiklose įgyjama socialinių, emocijų valdymo, dėmesio sutelkimo įgūdžių, tai yra erdvė emocijų raiškai, atsipalaidavimui ir pan. Tokių užsiėmimų metu gijimo procesas skatinamas per bendrystę su kitais ir saviraišką.

Tyrimo dalyvė Akvilė jautė naudą iš psichoedukacijų ir kitų užsiėmimų metu gautų žinių psichikos sveikatos ir kt. temomis: „*Tai visos tos terapijos, užsiėmimai – nu čia yra tiesiog nu aukso kasykla. <...> kad net ir pasikartojančios edukacijos būna, aš antrą kartą klausau irgi ir kitaip matau viską, iš kitos perspektyvos, tai čia žiau... nu labai padeda, labai.*“ (Akvilė, 5 p.). Pats pasitenkinimas, kuris patiriamas kūrybinio proceso metu per saviraišką, tyrimo dalyviui Algirdui leido patirti teigiamas emocijas, o tai stiprina psichologinį atsparumą ir emocinę pusiausvyrą: „*Tai galbūt tos veiklos, būtent eė nu tiesiog darbas rankom, daugiausiai medžio darbai, kūrybiniai, jau čia meno terapija, kur aa kur jau galiu pajauti savo... nu tokioj mažiau vertinančioj aplinkoj, be kažkokių didesnių... nu kur nėra kažkokio tai finansinio ar kok kokybės, būtent kažko tikimasi tomis prasmėmis. Tiesiog manau, kad gali kažką padaryt pats ir pajauti kažkokio tai malonumo iš to, ką padarei.*“ (Algirdas, 2 p.). Tyrimo dalyvė Lidija būtent tokias veiklas, kurios atitiko jos kūrybinius pomėgius, įvertino kaip skatinančias dėmesio sutelkimą ir veikiančias raminančiai: „*Ir tokių įdomių užsiėmimų yra, kai kurie ten, pavyzdžiui... Nu aš labiau linkus prie meno esu, tai ten ir ta kūrybinių įgūdžių grupė man patiko tikrai, nežinau, tiesiog toks susikaupimas, atsipalaidavimas.*“ (Lidija, 5 p.).

Vis dėlto ne visos gydymo įstaigoje siūlomos veiklos ir grupiniai terapiniai užsiėmimai atitiko tyrime dalyvavusių asmenų interesus ar poreikius. Kai kurie užsiėmimai tyrimo dalyvei Lidijai netgi kėlė neigiamus jausmus ir dar didesnę jaučiamą izoliaciją, kas kartu galėjo neigiamai paveikti būklės atsistatymo procesą: „*Taip, jo, man jie nepadeda [GRUPINIAI UŽSIĖMIMAI]. Aš sakau, labiau susierzinus būnu ir, tarkim, buvo streso valdymo grupė ar ten kažkokie kogni... kognityviniai užsiėmimai, va tokie visokie dalykai, stalo žaidimai... aš ateidavau, tarkim, įsivertindavau ten kokių trejetu savo nuotaiką pradžioj, o po užsiėmimo būdavo, kad net ir dvejetu, vienu su puse, tiesiog ta nuotaika žymiai sumažėdavo, pablogėdavo savijauta <...>.*“ (Lidija, 3 p.). Pažymėtina, kad tyrimo dalyvės Lidijos būklė tebėra svyruojanti, o suicidinės mintys nėra visai išnykusios. Tyrimo dalyvė Marija gydymo pradžioje jautė stiprų nepasitenkinimą dėl įvairių grupinių terapinių užsiėmimų turinio bei jų vedimo kokybės, o tai neigiamai paveikė jos įsitraukimą į gydymo procesą, kas sulėtino

ir patį atsigavimo progresą: „Paskui ten arba tekstilė, arba medžio darbai. Nu sakau, „aš nen... aš nenoriu!“. Sakau, „man tai primena mokyklą, kur ten reikėdavo siūti siūti, megzti arba pjauti“. Nu bet... Tai nu va tas, kad tiesiog, atrodo, kad [pro juoką] taip nu apkrauti mus bilekuo. Tai tai man tai tas kažkaip pradžioj labai mane erzindavo ir ir ma... manau, kad nepadėjo.“ (Marija, 8 p.). Taigi gydymo įstaigoje organizuojamų grupinių terapinių veiklų atitikimas besigydančiojo poreikiams gali taip pat turėti įtakos sveikimui.

3.2.1.4. Palaikantis ir pagarbus pagalbinis personalas

Gydymo įstaigos skyriuose dirbantis pagalbinis personalas atlieka svarbų vaidmenį, kasdien rūpindamasis ir suteikdamas įvairią pagalbą pacientams. Tą patvirtino ir keturi šio tyrimo dalyviai. Esminiu veiksniu, suteikiančiu tyrimo dalyviams saugumo ir palaikymo jausmą, kuris reikalingas sveikimo procese, galima laikyti personalo dėmesingumą pacientų emociniams poreikiams ir šiltą bei pagarbų bendravimą: „Labai esu dėkinga personalui. Tikrai visi labai draugiški, labai į pacientus žiūri kaip į žmones, toks supratingumas yra, pagarba į paciento pusę, tai irgi labai norėčiau padėkoti.“ (Lidija, 8 p.). Tyrimo dalyvei Marijai, kuri krizės metu jautėsi visiškai praradusi savivertę ir suvokė save kaip „defektyvią“, būtent santykis su slaugos personalu padėjo stiprinti savivertę ir pasijauti priimtai: „Po to personalas <...>... ten yra tokia seselė [VARDAS], kurią turbūt visi žino, tai tenai toks angelas. [šypsodamasi] Ten jinai atlieka, nežinau, pusę gydytojų darbo. Tas, nu tas tas ta tas gerumas, nu tarsi vėl kažkaip man... nu vat ypač ta seselė tarsi tą mano vertę grąžino. Nu kad aš esu [graudindamasi] verta tos meilės kažkaip, verta to gėrio, vat į mane žiūri kaip į žmogų, o ne į ten kažkokią nusikaltėlę <...>.“ (Marija, 6 p.).

Kalbant apie gydymo įstaigos personalo įtaką tyrimo dalyvių savijautai, svarbu paminėti ir tai, kad jaučiamas palaikymo, rūpesčio ir šilto bendravimo iš personalo trūkumas gali turėti net itin stiprių neigiamų pasekmių krizės suvaldymo užtikrinimui. Tyrimo dalyvė Akvilė dalijosi, kad empatijos ir švelnumo trūkumas iš personalo lėmė jos nenorą išsakyti savo jausmus, taip pat ir mintis apie planuojamą (gydymosi metu) savižudybę: „Tai truputį to norėtusi iš specialistų pusės... ne iš specialistų, o vat būtent iš tų budinčiųjų seselių, kurios visą laiką punkte būna. Norėtusi, kad truputį švelnumo, supratingumo gal tokio labesnio, nes tada, jeigu tu nesijauti, kad seselės yra švelnios ir fainos, ir geros, tu joms ir ne visada viską nori sakyti. Tai tada paskui taip ir gaunasi kaip man gavosi.“ (Akvilė, 7 p.). Tai ypač pabrėžia pacientų ir personalo santykio svarbą, kalbant ne tik apie gijimo procesą, bet ir būtinos pagalbos teikimą reikiamu metu.

3.2.1.5. „Leidžianti gyti“ aplinka

Pačios gydymo įstaigos aplinka svarbi ne tik tuo, kad joje galima atitrūkti nuo neigiamų išorinio pasaulio veiksnių, bet ir tuo, kad joje užtikrinamas saugumas, bazinių poreikių patenkinimas, kas leidžia nekliudomai susitelkti į savo vidų ir gijimą. Keturi tyrimo dalyviai pasidalijo, kad gydymo įstaigos aplinka prisidėjo prie jų sveikimo: *„Nu n... kiekvienam pasiūlyčiau – čia yra geriausia vieta, saugi zona, nu atsitraukti nuo visų, aa surasti pretek... net kaip kad nereikėtų ieškoti preteksto, kodėl tu guli lovoj ir kodėl tu negali daryti dalykų, tu gali pailsėti nuo darbo čia, nuo nuo visko, atsitraukt, atsiriboti ir susitelkti pilnai tik į save ir kaip sau padėti.“* (Akvilė, 5 p.); *„Mm nu tai konkrečiai, tai aplinka, kad aš galėčiau šiek tiek atsitraukti nuo tų savo atsakomybių, galų gale, nuo to paties darbo, kuris reikalaudavo vis daugiau ir daugiau vidinių tų resursų, kurių aš jau nebeturėjau, <...>. Paskui nu tiesiog, kad ten tarp kažkokių sienų. Kur nebus prieinamas alkoholis, vaistai dideliais kiekiais.“* (Marija, 5 p.).

Kai gydymo aplinka nėra jauki, o atvirkščiai – varžanti, ribojanti, gąsdinanti bei „atimanti“ žmogišką orumą, tai gali sukelti stiprias neigiamas emocines reakcijas. Tyrimo dalyvė Akvilė po to, kai jos planas nusižudyti gydymosi metu buvo sutrikdytas, pateko į ūmios būklės skyrių, kuriame susidūrė su ekstremaliu aplinkos sąlygų pasikeitimu. Ji patyrė šoką dėl stipraus laisvės suvaržymo, privatumo trūkumo ir susidūrimo su sunkių psichiatrinių būsenų pasireiškimais iš kitų pacientų: *„Viena moteris buvo pririšta prie lovos, aam isterikavo, kita moteris vaikščiojo iš kampo į kampą. Kita moteris, nežinau, išgalvota kalba meldėsi – nei nesupratau, kita iš... šnekėjosi su lubom. Tai aš vis... man galbūt aš per jautriai taip priėmiau, bet man nu kraupu buvo visas šitas vaizdas. Ir kad aš žinau, kad aš iš šito kambario negaliu išeiti ir viskas smirda rūkalais, ir seselės piktos, su jom nepašnekėsi. Aš nususukau į sieną, užsikimšau akis ir tiesiog skaičiavau iki trijų šimtų, kad šito viso nematyt ir negirdėt.“* (Akvilė, 3 p.). Svarbu paminėti tai, jog Akvilei šis patyrimas turėjo ir teigiamų pasekmių – po siaubo išgyvenimo grįžus į įprastines sąlygas ji atrado džiaugsmą mažuose kasdieniauose dalykuose bei laisvės pojūtyje.

3.2.1.6. Struktūra ir tęstinumas – tinkamo gydymo organizavimo pagrindas

Tam tikri gydymo proceso organizavimo veiksniai, pvz., užsiėmimų kiekis ir jų pasirinkimo galimybė, gydymo trukmė ir intensyvumo kaita bei paties užimtumo svarba atsispindėjo visų penkių tyrimo dalyvių pasakojimuose kaip reikšmingi elementai, padedantys jų atsigavimo procesui. Pakankamas užimtumas ir / ar aiški dienvartė, dienos ritmas trijų tyrimo dalyvių buvo įvardinti kaip teigiami veiksniai, skatinantys aktyvumą, įsitraukimą į gydymo procesą bei kuriantys struktūruotą ir labiau nuspėjamą, t. y. mažiau nerimą keliančią, rutiną: *„Ir šiaip, aš galvoju, iki*

ligoninė, sakykim, tai aš to laiko ten daugiau turėdavau. Aš, vienu žodžiu, gulėdavau toj lovoj, verkdavau ir taip toliau. Dabar tai tiesiog užimtumas didesnis, nes turiu kas dieną čia važinėti į tą ligoninę.“ (Lidija, 2 p.). Kitiems dviem tyrimo dalyviams žinojimas, kad gydymosi trukmė ir apskritai gydymosi galimybės nėra apribotos, bet priklausančios nuo paties tyrimo dalyvio gijimo eigos ir spartumo, suteikė saugumą ir palengvėjimą: „*Reiškias, kad man po tų dešimt dienų, jeigu nepagėrės, tai nu į ūmų skyrių reiks toliau tęst gydymą. Tai vat t... tas buvo tikėjimasis. Kad taip ne ne neišmes manęs į gatvę, kaip sakant, po tų dešimt dienų.*“ (Mantas, 4 p.).

Vis dėlto institucinis gydymas ir su tuo susiję įprasto kasdienio gyvenimo praradimai kai kuriems asmenims gali kelti neigiamus išgyvenimus. Tyrimo dalyvio Algirdo hospitalizacijos trukmė, jo manymu, buvo nepagrįstai užsitęsusi, o tai jam sukėlė beprasmybės ir diskomforto išgyvenimus: „*Nežinau, galbūt tą patį visą gulėjimo laikotarpį sutrumpint, nes gulėjau lygiai keturias savaites. Manau, kad ten pakeitus vieną vaistą tas tarsi per užtruko ir stebėjimas atrodė ir jis nebuvo būtinas. <...> Nu ir tiesiog, atrodo, toks laiko stūmimas, kad... be kažkokios didesnės prasmės, nes tarsi pagerėjo jau kažkiek, bet vis tiek nu dar laikė ten.*“ (Algirdas, 3 p.). Atkreiptinas dėmesys į tai, kad Algirdas savo būklę tyrimo atlikimo metu suvokė kaip ribotai pagerėjusią, t. y. nejautė reikšmingo pagerėjimo.

3.2.2. Socialinės paramos veiksniai

Įvairius socialinės paramos veiksnius, kurie yra svarbūs atsigavimo po savižudybės krizės procese, išskyrė visi penki šio tyrimo dalyviai. Interviu metu tyrimo dalyviai atskleidė teigiamus socialinės paramos veiksnius, kurie prisidėjo prie atsigavimo po savižudybės krizės, bei tokius socialinės paramos veiksnius, kurių pasireiškimas arba kaip tik – trūkumas, turėjo neigiamą įtaką jų sveikimui. Toliau pateikiami analizės metu išskirti socialinės paramos veiksniai.

3.2.2.1. Emocinis palaikymas

Emocinė parama apima įvairius tarpasmeninių santykių elementus, pvz., išklausymą, erdvės išsikalbėjimui suteikimą, susirūpinimo kito emocine savijauta parodymą, paguodžiančius ir pagiriančius žodžius, pastangas suprasti kito vidinius išgyvenimus ir kt. Emocinio palaikymo svarba po savižudybės krizės išgyvenimo atsispindėjo visų penkių tyrimo dalyvių pasakojimuose. Tyrimo dalyvės Lidijos pagrindinis emocinės paramos šaltinis yra jos sutuoktinis. Iš jo gaunamas visapusiškas priėmimas bei rūpestis jos emocine savijauta Lidijai suteikia saugią erdvę atsiverti: „*Tai tas jo toks besąlygiškas palaikymas, rūpestis jo toksai <...>. Žinoma, jo ten švelnumas, eė kaip pasakyt... ta, nežinau, grįžta po darbo, mato, kad man sunku, tai tiesiog apkabina, sako, „gal nori*

pasikalbėti?“. Mes su juo pasikalbam. Jeigu reikia – išsiverkiu. Jis manęs išklauso. Toks vat švelnumas, dėmesys iš jo pusės.“ (Lidija, 5 p.). Būtent su savo sutuoktiniu Lidija pasidalino apie kilusias savižudiškas mintis, kas lėmė greitą jo reagavimą sustabdant kilusią grėsmę. Du tyrimo dalyviai stiprų emocinį palaikymą, kuris reikšmingai prisidėjo prie teigiamų emocijų atsiradimo, jautė iš kartu su jais besigydančių pacientų: *„Pamatom, kad liūdnos nuotaikos – iškart: „kas blogai? Išsipasakok“. Apsikabinimas, nu nu to čia čia visiems taip, nu gal ne visiems, bet nu labai labai stiprus reikalingas dalykas. [atsidūsta] A tai nu labai padeda. Ir pagiria, ir komplimentų duoda, ir pajuokaujam <...>.“* (Akvilė, 7 p.). Tai rodo, kad net ir neilgai trunkantys santykiai gali tapti reikšmingu emocinės paramos šaltiniu.

Nors visi tyrimo dalyviai dalinasi daugiau ar mažiau jaučiantys emocinę paramą iš šeimos narių, draugų bei gydymo įstaigoje susiformavusios pacientų bendruomenės, tačiau trys tyrime dalyvavę asmenys įvardijo patiriantys ir emocinės paramos trūkumą, netinkamus jos pavidalus arba emocinį nejautrumą, kas gali sąlygoti vienišumo, apleistumo bei izoliacijos, o kai kuriais atvejais ir kaltės jausmo didėjimą. O tai turi neigiamas pasekmes bendrai psichologinei savijautai ir atsigavimo procesui. Tyrimo dalyvė Akvilė po bandymo nusižudyti iš savo šeimos narių vietoj emocinio palaikymo sulaukė neigiamos kaltinančios reakcijos: *„Nu tai mama, tėtis gal ne, nes jie manęs nesuprato ir smerkė, ir visa kita.“* (Akvilė, 7 p.). Tyrimo dalyvė Lidija vertino savo sutuoktinio pastangas ją palaikyti, tačiau netinkamai parinkti jo žodžiai sustiprino neigiamus Lidijos jausmus: *„Netgi su vyru irgi turėjom pokalbį tokį [sucaksi liežuviu]... jisai taip [su šypsena] gal bandė mane paguosti... sako, „na va, bet bent jau nevyksta karas, bombos nekrenta ant galvos“. Aš jam sakau, „žinai, gal geriau jau tegu tos bombos kristų ant galvos negu taip, kaip yra pas mus“.“* (Lidija, 3-4 p.).

3.2.2.2. Praktinė ir finansinė parama

Praktinė pagalba su kasdieniais iššūkiais ir problemomis yra reikalinga tam, kad asmenys, išgyvenę savižudybės krizę galėtų susitelkti į savo sveikimo procesą. Taigi šiuo jautriu laikotarpiu iš aplinkinių gaunama pagalba buityje ar net gyvenamos vietos parūpinimas turi nenuginčijamą reikšmę atsigauvant po savižudybės krizės. Apie praktinės ir / ar finansinės paramos svarbą kalbėjo visi penki tyrimo dalyviai: *„Ė buitiniai dalykai irgi, padeda [VYRAS] <...>, man fiziškai sunku jau, sakykim, tuos buitinius darbus ten atlikti pilnai. Tai jisai ir dėl to padeda, bet galbūt dar ir dėl to, kad mato, kad man psichologiškai sunku yra, tai, sakykim, ir tą maistą pagamina, tarkim, jeigu mato, kad man sunki diena, ir...“* (Lidija, 5 p.); *„Nu ten dvi mano draugės apmoka tai kaimynei, kad jinaiteina, patvarko, padaro valgyt [VAIKAMS], pabendrauja, pavedžioja šunį. Žodžiu, nu man tada nuėmė šitą rūpestį labai.“* (Marija, 8 p.). Finansinė parama šiuo laikotarpiu taip pat gali tapti itin svarbi, turint

omeny, kad didelė dalis asmenų gaudami stacionarines gydymo paslaugas gauna mažesnes pajamas arba jų ir visai negauna.

Slegiantys kasdieniai rūpesčiai suteikia papildomo streso, kelia nerimą ir neleidžia pilnai įsitraukti į gydymą. Taigi pagalbos trūkumas tvarkantis su kasdieniais iššūkiais, finansiniai sunkumai ir kt. panašaus pobūdžio problemos daro neigiamą įtaką emocinei savijautai. Apie praktinę paramą išsamiausiai kalbėjo dvi tyrimo dalyvės, kurios turi vaikų. Net ir gaudamos pagalbos iš artimųjų, jos vis tiek jautė kasdinių rūpesčių, daugiausiai susijusių su vaikais ir jų priežiūra, slegiančią našta, o tai be abejonės apribojo jų galimybes visapusiškai susitelkti į gydymo procesą: „<...> *tai realiai man tos pagalbos gal iš šeimos narių daugiausiai reikėtų, kad padėtų su su problemom susitvarkyt, su vaikais ir taip toliau.*“ (Lidija, 6 p.).

3.2.2.3. Aktyvus artimųjų įsitraukimas gijimo metu

Artimųjų įsitraukimas krizės metu prasideda nuo būtinios pagalbos ir paramos, kurios reikia sustabdant pačią savižudybę, užtikrinimo arba jau po bandymo nusižudyti ir idealiu atveju tęsiasi visą atsigavimo po šios krizės laikotarpį. Artimųjų pastangos padėti leidžia pasijusti rūpimu, o tai gali būti pirmas žingsnis ieškant prižasčių gyventi. Apie artimųjų įsitraukimą į krizės suvaldymą ir / ar atsigavimo procesą kalbėjo keturi tyrimo dalyviai. Tyrimo dalyvė Lidija dalinosi, kad būtent sutuoktinis sustabdė ją nuo savižudybės, greitai sureagavęs į jos išsakytas suicidines mintis: „*Pirmą kartą tai grįžo vyras iš darbo, nes aš jam ten žinutę parašiau, kad nebenoriu gyvent. Nu taip tiesiog ir, žodžiu, jis atvyko iš darbo ir ė nežinau kaip nuramino mane ir nu aš tuo metu, kaip pasakyti, [nejaukiai šypsodamasi] buvau prigėrus vaistų, bet aš juos iš karto išvėmiau <...>, bet esmė tame, kad grįžo vyras ir jisai kaip ir mane apramino.*“ (Lidija, 1 p.). Tyrimo dalyviui Mantui didelę naudą suteikė jo tėvų įsitraukimas į patį gydymo procesą. Tėvų dalyvavimas pokalbiuose su specialistais ne tik suartino šeimos narius, bet ir leido geriau pažinti vienas kito poreikius bei suprasti, kaip jie vienas kitam gali padėti: „*Dar padėjo labai, kad tėvai pareiškė norą pabendrauti ir mes turėjom ten gal keturiasdešimt minučių sesiją, kur buvo mano tėvai, aš ir psichiatrė. <...> Tai kad nu tie tėvai irgi labiau buvo apšviesti apie tą situaciją. Ir kad jie tikrai labai norėjo padėti man, ir...*“ (Mantas, 5–6 p.). Stiprus Manto tėvų noras padėti mažino jo vienišumo jausmą ir dar labiau skatino jį atsiverti.

3.2.2.4. Socialinė integracija

Socialinės integracijos svarba atsiskleidė keturių tyrimo dalyvių pasakojimuose. Priklausymas tam tikrai grupei, kuri yra paremta emociniu palaikymu bei tarpusavio supratimu, mažina izoliacijos ir vienišumo jausmus, padeda stiprinti savivertę bei skatina bendrą aktyvumą. Šie elementai atlieka

svarbią funkciją stiprinant psichologinę būklę. Apie socialinės integracijos svarbą kalbėjo keturi šio tyrimo dalyviai, o du iš jų itin akcentavo gydymo įstaigoje susiformavusios pacientų bendruomenės teigiamą poveikį jų būklės pokyčiams. Tyrimo dalyviui Mantui stiprius teigiamus jausmus kėlė bendrumo jausmas ir kolektyvinio gijimo patyrimas: „*Tai va, tai tas labai padeda užsiėmimuose, kad tiesiog yra kiti žmonės ir tu kartu su jais gyji, kaip sakant, vis gerėja tau ir gėrėja, ir jiems matai kaip gerėja.*“ (Mantas, 7 p.). Tokia bendra patirtis veikia įgalinančiai ir motyvuoja judėti į priekį atsigavimo kelyje. Tyrimo dalyvė Akvilė teigė, kad vienas svarbiausių veiksmų, padėjusių jai atsigauti po savižudybės krizės, buvo aktyvios kitų pacientų pastangos įtraukti ją į veiklas tada, kai ji pati atsiribodavo ir užsisklęsdavo savyje: „*Ištempimas, jeigu pasigesta kažką per pusry... kažkieno per pusryčius, per pietus nesu nu, nežinau, kur yra, kodėl neatėjo žaisti kortom, kodėl neatėjo parūkyti, tada jau ieškom, žiūrim – lovoj guli, „aha, viskas, stojies, einam“.* Ir tai va tas realiai pagrindinis dalykas – ištraukimas iš lovos. *Tas pasirūpinimas, kad eė kad ne taip šiaip sau, ai guli lovoj, nu tai reiškias ir guli. Ne.* „*Einam kartu, Akviliukai.*“ <...> *Tas vat čia buvo didžiausia pagalba iš draugų iš čia esančių. Tas ištraukimas.*“ (Akvilė, 7 p.). Kartu tai stiprino priklausymo jausmą ir savęs priėmimą per pozityvaus santykio patyrimą su kitais.

Kalbant apie socialinę integraciją, natūralu, kad nepakankamas socialinis ratas apriboja tiek emocinio, tiek praktinio palaikymo išteklius. To pasekmė – mažiau galimybių išsipasakoti, pasidalinti savo jausmais ir išgyvenimais. Tai atsiskleidė tyrimo dalyvio Algirdo pasakojime apie psichologo konsultacijų teikiamą naudą ir už gydymo įstaigos ribų patiriamą vienišumą: „*Tiesiog galimybė išsikalbėt [PADEDA], nes apskritai gyvenime tokios galimybės nelabai turiu ir dažniausiai lieku įstrigęs savose mintyse, savyje.*“ (Algirdas, 2 p.). O tyrimo dalyvė Marija, patirianti fizinį savo socialinio rato neprieinamumą, dalinosi aktyvaus įtraukimo, rūpesčio bei paskatinimo veikloms trūkumu: „*Na, man gal kartais trūksta tokio, kad, pavyzdžiui, pasakytų, kad, pavyzdžiui, kad šį savaitgalį važiuosim ten, tarkim, į Druskininkus. Tenais galėsi plaukioti, pirtyse. Nu tokio vat tokio rū... čia jau nebe rūpesčio, čia jau lepinimas man skaitytųsi. Bet iš tiesų man to trūksta.*“ (Marija, 10 p.). Nors Marija nelaiko to esminiu trūkumu, tačiau mano, kad šis aspektas prisidėtų prie jos psichologinės būklės gerėjimo.

3.2.2.5. Santykiai su reikšmingais asmenimis

Keturi tyrimo dalyviai atskleidė, kad atsigavimui po savižudybės krizės įtakos turi reikšmingi santykiai su kitais. Santykiai su reikšmingais asmenimis – tai gilūs, stipriu abipusiu ryšiu paremti santykiai su asmenimis, tokiais kaip šeimos nariai, romantiniai partneriai: „*Ir draugę susiradau ten. Ir mes jau ten būdami kaip ir oficialiai nu patapom pora.* <...> *Tai man tas irgi buvo kažkas tokio iš sapnų srities. Tai tai jo, tai tuo metu po tų dešimt dienų – va dėl ko du parodė, aa nu du taškus tas*

Beck'o testas. Nu mes tikrai kažkaip... jo, jaučiausi mylimas, tas labai svarbu.” (Mantas, 5 p.). Per artimą santykį su kitu Mantas geriau pažino save, augo jo savęs priėmimas ir mažėjo ilgas metus išgyvenamas stiprus gėdos jausmas. Tyrimo dalyvės Marijos sveikimui didelę reikšmę turėjo iš jos buvusio romantinio partnerio gautas atsiprašymas už stiprų įskaudinimą: „*[tyrėjas]: Gal atsimenat, apie ką tas lūžis buvo? Kas jį paskatino? [dalyvis]: [paūzė] Nu man sunku taip pasakyti vieną dalyką, bet kas vis dėlto turėjo įtakos, tai buvo, kad tas žmogus vis dėlto pasakė „aš atsiprašau, aš nenorėjau, kad taip atsitiktų, kad taip vat viskas susikompliciuotų“*“ (Marija, 6 p.). Šis atsiprašymas taip pat padėjo stiprinti Marijos savivertę ir sumažino vidinį skausmą.

Santykiai su reikšmingais asmenimis gali turėti ne tik teigiamų, tačiau ir neigiamų pasekmių, tuo atveju, jei jie nutrūksta arba skaudina. Tyrimo dalyvė Akvilė gydymosi metu išgyveno skaudų atstūmimą iš reikšmingo asmens. Jau pradėjusi atsigauti po savižudybės krizės išgyvenimo, ji vėl patyrė stiprų būklės pablogėjimą, ko pasekmė buvo pakartotinis savižudybės planavimas: „*Aš turėjau tokią stiprią viltį, visu kūnu jaučiau, kad mes dar... mums dar pavyks, viskas bus gerai. Ir aš gyvenau ta mintim keturis mėnesius ir tiktais ta mintis mane kėlė iš lovos eiti į dušą, bent jau nusiprausti ir kažką padaryt. [atsidusdama] Ir ta mintis sužlugo per sekundę, nes pasakė, kad „man be tavęs geriau“*“ <...> *Tai aa man kirto... nu nukirto visus laidus galvoje. Taip nukirto, aš nu visiškai... man juoda akyse pasidarė, aš viskas, aš nieko nebemačiau* <...>“ (Akvilė, 2 p.).

3.2.2.6. „Leidimas sveikti“ iš kitų

Dviejų tyrimo dalyvių pasakojimuose atsiskleidė su darbo santykiais susijusių lūkesčių ir sąlygų poveikis atsigavimo procesui. Iš darbo aplinkos jaučiamas palaikymas ir lankstumas sveikimo procese prisideda prie spaudimo sau ir papildomo streso sumažinimo: „*Dar iš tiesų visai padėjo man... nu aš labai bijojau dėl darbo. <...> Nu, galvoju, nu vis tiek to laiko dar daug, tai pasakiau kaip bus, kad taip va taip eė, kad man depresija, kad nu nemiga, nu ten priežasties neminėjau. Tai kažkaip na nuostabiai administratorė parašė, kad „saugok save, darbai niekur neprapuls“*“ (Marija, 10 p.). Ir atvirkščiai – kai darbo sąlygos yra mažiau lanksčios arba jaučiamas spaudimas grįžti į darbą kuo greičiau, tai gali trikdyti visapusišką įsitraukimą į gydymo procesą ir kartu sveikimą: „*Aš dar dirbau jau būdamas stacionare vakarais, tai dar yra sunkiau su šita sritim. Nes jo, reikia eiti į stacionarą, kur kalbama apie tokius, nu, relaksacija ten kokia ten būna ir panašiai. Ir tada staiga vakare darbas jau, nu, rimtas.*“ (Mantas, 7 p.).

3.2.2.7. Visuomenės požiūris ir psichikos sveikatos temų matomumas viešojoje erdvėje

Vieno tyrimo dalyvio atsigavimo po savižudybės krizės procese svarbų vaidmenį turėjo viešojoje erdvėje matoma informacija. Jo teigimu, „sėkmės istorijų“ diskurso dominavimas bei su psichikos sveikatos problemomis susijusių temų trūkumas socialinėse medijose ir žiniasklaidoje apsunkina sveikimą, nes skatina nusivylimo savimi ir izoliacijos jausmus per patiriamą netiesioginį spaudimą: *„Nu ką galbūt norėtusi, bet čia jau nesusiję su ligonine, tai tiesiog vat norėtusi atsidaryt socialinius tinklus ar atsidaryt žiniasklaidą ir kažkiek labiau pamatyti, nu tiesiog <...> galbūt daugiau straipsnių apie psichinę sveikatą, aukščiau juos pamatyti, sakykim, ne kažkur ten nuvažiavus žemyn.“* (Mantas, 9 p.).

3.2.3. Vidiniai ištekliai ir įveikos strategijos

Tyrimo dalyvavę asmenys (5 dalyviai) išskyrė ne tik profesionalios pagalbos bei socialinės paramos veiksnius, bet ir savo vidinių resursų elementus bei tam tikras vidines įveikos strategijas, padedančias įveikti savižudybės krizę ir / ar darančias teigiamą poveikį jų būklės pokyčiams. Vidinių resursų realizavimas priklauso nuo paties asmens, nors įvairūs išoriniai, socialiniai veiksniai gali reikšmingai paveikti jų pasireiškimą. Toliau plačiau aptariami veiksniai, susiję su vidiniais asmens ištekliais ir įveikos strategijomis.

3.2.3.1. Atsakomybės už savo gijimo procesą prisiėmimas

Apie tam tikrą savo rolę gijimo ir gydymosi procese kalbėjo visi penki tyrimo dalyviai. Aukšta tyrimo dalyvių motyvacija ir atvirumas įvairioms pagalbos priemonėms gali paspartinti atsigavimo procesą jau vien dėl to, kad asmuo yra pasiruošęs įdėti savo vidinių pastangų ir turi norą pasveikti: *„Čia gal dėl to, kad aš su tokiu užsidegusiu noru atvažiavau, kad nu su išskėstom rankom, kad gelbėkit mane. Aš priimu visą jūsų pagalbą ir aš padarysiu viską, kad man pagerėtų.“* (Akvilė, 5 p.). Aktyvus įsitraukimas ir pagalbos priemonių priėmimas, įsisavinimas gali paskatinti pozityvius elgesio pokyčius ir gilesnį savęs pažinimą: *„Jo, ir visos kitos stacionaro veiklos labai padeda. Šįkart kažkaip kaip niekad rimtai į jas žiūriu. N, stengiuosi dalyvauti užsiėmimuose gan aktyviai <...>.“* (Mantas, 6 p.). Būtent įveikusi savo vidinį pasipriešinimą, kurį jautė į gydymo programą įtrauktiems užsiėmimams, ir pradėjusi aktyviai juose dalyvauti, tyrimo dalyvė Marija pajuto savo būklės gerėjimą: *„<...> ir gal aš nustojau kaip ir gal priešintis tiems visiems būreliams, nes iš pradžių aš galvoju, nu negi ten kažkoks grojimas trypiant gali padėti man <...>. O tada kažkaip aš vat nu kažkoks*

vat, sakau, įvyko lūžis, nu aš manau, čia aplinkybių visuma, kad aš nustojau priešintis, pradėjau daryt tas užduotis. Nu vat sakau, nu man kažkaip taip atslūgo.“ (Marija, 7 p.).

Vidiniai sunkumai priimti pagalbą ir pasitikėti jos veiksmingumu, motyvacijos trūkumas aktyviam išitraukimui į gydymo procesą gali apsunkinti gijimo procesą ir sumažinti profesionalios pagalbos bei socialinės paramos veiksmingumą: *„Tas mm [kosteli] šiaip sunku dažniausiai priimti palaikymą, tipo. Esu labai uždaras, susitelkęs savyje ir kažkaip nepersileidžiu labai paprastai kitų žmonių ir tai tai reiškia, net ir žmonių, su kuriais va saugiai, pasižįstamas, pasakymų palaikantys dažnai man neturi jokios reikšmės. Nes aš tiesiog nejaučiu vertės savyje, tai tas tas toks paradoksas.*“ (Algirdas, 2 p.).

3.2.3.2. Vidinės varomosios jėgos atsigavimo kelyje

Vidinės varomosios jėgos, tokios kaip atsakomybės už kitus jausmas, viltis ir tikėjimas pasveikimu bei pozityvia ateitimi, savęs priėmimas, atsakomybės jausmas ir transformuojančių patirčių išgyvenimas atsiskleidė keturių tyrimo dalyvių pasakojimuose. Šie subjektyvūs veiksniai stumia į priekį, skatina veikti ir suteikia stiprybės nepasiduoti atsigavimo procese.

Tikėjimas ir viltis, kad suteikiama pagalba bus veiksminga ir kad pavyks pasiekti norimų būklės pokyčių sustiprina motyvaciją ir pastangas ištraukti pačiam į sveikimo procesą: *„Bet bet reiškiasi, jauėjau su kažkokiu tikėjimu, kad vat nu galimai a tai galėtų nu, ta prasme, kad yra vilties, žodžiu, sakykim taip.*“ (Mantas, 3 p.). Gebėjimas kurti pozityvią ateities viziją taip pat stiprina motyvaciją bei padeda išlaikyti kryptingumą einant atsigavimo linkme: *„Bet dėl to mes su vyru turim sprendimą – mano vyras ketina eiti į <...> atostogas, tai tą pagalbą aš gausiu pilnai <...>. <...> jisai bus su mumis ir tikra ta pagal... pagalbą turėčiau gauti iš jo. Tai va tas šiek tiek dar džiugina. Ne šiek tiek, o labai džiugina, kad bus jisai šalia, padės.*“ (Lidija, 6 p.).

Atsakomybės jausmas už kitus, atsiskleidęs dviejų tyrimo dalyvių, kurios turi vaikų, pasakojimuose, suteikia vidinės stiprybės ir motyvuoja dėti pastangas pasveikti: *„Nu gyvūnai irgi kaip mūsų vaikai, nu kaip dabar čia paliksi juos. Nu atsakomybė va tokia yra, vis tiek man yra labai svarbus dalykas. Kai tas žmogus šiek tiek jau kaip pajėgia, jau šiek tiek pramerkia akis, jisai vis tiek kažkaip, nu nežinau, man atsakomybė padeda. Jeigu dėl savęs kažko negali, tai ten kad ir vaikui kažkokią sriubą išvirt – nu jau tai yra gerai.*“ (Marija, 9 p.).

Pačios savižudybės krizės įprasminimas per savo būklės kontrasto įsisąmoninimą sveikimo procese, per asmeninio virsmo suvokimą skatina dėkingumo atsiradimą ir didesnį gyvenimo bei kasdienių patirčių vertinimą: *„Reikia pasiekti dugną, kad galėtum nuo jo atsispirti ir išnerti į paviršių [sukikena]. Tai aš net nežinau kaip pasakyti, bet nusižudyti yra blogai, bet savižudybės bandymas kartais gali taip atmerkti akis, kad tu vat pasiekei tą dugną ir tu nuo jo nori atsispirti ir taip daugiau*

nebedaryti ir suprasti, kad tu nori gyvent. “ (Akvilė, 8 p.). Savo sunkumų bei išgyventos patirties priėmimas suteikia ramybės ir leidžia pajusti meilę sau: „Šiandien vat čia irgi sėdėjau su psichologe, verkiau iš laimės [nusišypso]. Nes supratau, kaip aš myliu save, kaip kaip aš vertinu save, kokia aš nuostabi siela esu iš tikrųjų, kad aš dar negaliu išeiti. “ (Akvilė, 4 p.).

Svarbu paminėti tai, kad tyrimo dalyvio Algirdo, kuris savo būklę suvokia kaip vis dar pakankamai sunkią, pasakojime neatsiskleidė jokių vidinių varomųjų jėgų turinio.

3.2.3.3. Aktyvus vidinis darbas

Visi penki tyrimo dalyviai atskleidė, kad vidinis darbas su savimi, t. y. tam tikrų kognityvinių, elgesio ir emocinių įveikos strategijų taikymas turi reikšmės psichologinės būklės gerėjimui po savižudybės krizės. Pavyzdžiui, savirefleksija ir savianalizė prisideda prie asmeninio augimo ir geresnio savęs supratimo: „*Bet aš stengiuosi su jom [SUICIDINĖMIS MINTIMIS], kaip pasakyt, suprasti, ką jaučiu ir kodėl aš taip jaučiuosi. Kodėl aš taip galvoju. “ (Lidija, 1 p.). Savirefleksijos metu geriau pažinus save, tampa lengviau suprasti savo poreikius, reakcijas į tam tikrus stimulus. Tai leidžia sąmoningiau rinktis tinkamus elgesio būdus įvairiose situacijose: „*Aš vis pradedu suprast dalykus, nu pavyzdžiui, nu kaip pavyzdys, atkapstom, kad aš sau keliu per daug aukštus reikalavimus. Tada supratau – aha, o ką dėl to daryti? Reikia mažinti ir pri... nu teoriją pritaikyti praktikai. Tai po to, po tokios konsultacijos aš ir bandau nespausti savęs. “ (Akvilė, 5 p.).**

Dėmesio sutelkimas į malonias veiklas gali padėti sumažinti neigiamų minčių intensyvumą ir patirti daugiau teigiamų išgyvenimų: „*Minčių nukreipimas į savo kažkokias veiklas, pagrinde į muziką ir kompiuterinius žaidimus. “ (Algirdas, 3 p.). Tyrimo dalyvei Akvilei teigiamomis emocijomis praturtinti kasdienybę padėjo kita įveikos priemonė – humoras: „*Aa mums ne gėda ir apie savižudybę pajuokauti netgi. Nu tai skausmą mes paverčiame į humorą ir taip lengvėja <...>. “ (Akvilė, 7 p.). O tyrimo dalyvės Marijos pasitelkiamas sąmoningas vaizduotės naudojimas padėjo jai sureguliuoti neigiamus impulsus: „*Tik aš aš visą laiką, kai tenais man iškildavo tas labai stiprus vaizdinys ten arba tilto, arba alkoholio su vaistais, aš visada priešpastatydavau vaizdinį va taip specialiai – aš grabe ir mano vaikai šalia manęs stovi. <...> Tai vat, na nu padėdavo tokie... vieną siaubo vaizdinį numušt kitu siaubo vaizdiniu. “ (Marija, 9 p.).***

3.2.4. Aplinkos įtaka ir išoriniai veiksniai

Kalbėdami apie atsigavimui po savižudybės krizės poveikį darančius veiksnius, trys tyrimo dalyviai paminėjo vieną aspektą, kuris yra nepriklausantis nuo jų pačių ar kitų asmenų įtakos – laikas. Toliau aptariama laiko įtaka psichologinės būsenos pokyčiams.

3.2.4.1. Laikas

Trys tyrimo dalyviai dalindamiesi savo patirtimis atskleidė, kad laikas yra labai svarbus elementas gijimo procese. Tam, kad būtų atstatyta psichologinė pusiausvyra, susiformuotų naujos vidinės atramos, įveikos strategijos, o kartais ir sustiprėtų vidinė motyvacija pasveikti, reikia pakankamai laiko. Kai žmogui suteikiama galimybė sveikti savo tempu, atsiranda daugiau erdvės refleksijai bei savo sunkumų priėmimui ir integravimui: „*Bet tam reikia laiko labai daug. Labai daug reikia laiko, jeigu žmogus kuo yra giliau, tuo jam daugiau reikia to laiko.*“ (Marija, 10 p.); „*Ir nu laikas. Laikas padeda. Be laiko nu niekaip. Per vieną dieną ne neatsigausi nuo savižudybės bandymo.*“ (Akvilė, 8 p.).

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiuo tyrimu buvo siekiama atskleisti, kas padeda asmenims, besigydančioms stacionare, atsigauti po savižudybės krizės, bei išsiaiškinti, kaip jie patiria savo atsigavimo procesą. Šioje darbo dalyje bus apibendrinami tyrimo rezultatai, susiejant ir palyginant juos su kitų tyrimų rezultatais. Remiantis atliktų interviu duomenimis, rezultatai buvo suskirstyti į dvi dalis – tyrimo dalyvių patiriamą atsigavimo po savižudybės krizės proceso dinamiką ir svarbius atsigavimo procesui veiksnius.

4.1. Atsigavimo proceso dinamika

Šiame tyrime atsiskleidė, kad kiekvieno tyrime dalyvavusio asmens atsigavimo po savižudybės krizės patirtis yra skirtinga ir individuali, ką pabrėžė ir Sokol su kolegomis (2022). Šio tyrimo dalyviai atsigavimo procesą išgyvena savu tempu ir savais būdais, turint omeny, kad tyrimas buvo atliekamas ne itin dideliu skirtumu praėjusio laiko po kiekvieno dalyvio bandymo nusižudyti (nuo ~1 mėn. iki ~6 mėn.) atžvilgiu. Chauvin (2022) tyrime išryškėję atsigavimo etapai, kurie, pasak autorės, daugiau ar mažiau pasireiškia visų bandžiusių nusižudyti asmenų atsigavimo procese, šio tyrimo dalyvių pasakojimuose nėra akivaizdžiai matomi ar bent jau atsiskleidžia tik iš dalies. Taip gali būti dėl to, nes tyrimas buvo atliekamas praėjus pakankamai neilgam laikui po bandymo nusižudyti, taigi tyrimo dalyviai dar galėjo būti nepasiekę vėlesnių atsigavimo etapų. Be to, šiuo tyrimu nebuvo siekiama nuodugniai ištirti atsigavimo eigos, taigi nepakankamas tyrimu gautų duomenų apie atsigavimo proceso eigą kiekis taip pat galėjo turėti įtakos tokiems rezultatams.

Sudėtinga ir neužtikrinta atsigavimo proceso pradžia, bet vėliau įvykę reikšmingi būsenos pokyčiai atsispindėjo trijų tyrimo dalyvių pasakojimuose. Kitų dviejų tyrimo dalyvių refleksijos atskleidė vis dar patiriamus sunkumus ir suvokiamą ribotą savo būklės pagerėjimą, kas galimai rodo pasiektą tik pirmą, t. y. *stabilizavimo*, etapą arba perėjimą iš pirmo etapo į antrą. Nors tie tyrimo dalyviai, kurių būklę būtų galima priskirti stabilizavimo etapui, nesijaučia pilnai atsigavę, tačiau jie juda šio etapo tikslo – prisijungti prie kasdienio gyvenimo – link. Apie tai sufleruoja tokie tyrimo dalyvių jaučiami pokyčiai kaip noro įsitraukti į veiklas atsiradimas, socialinės izoliacijos mažėjimas, kuriuos Chauvin (2022) priskiria stabilizavimo etapui. Jau vien buvimas šiame etape reiškia dalyvavimą atsigavimo procese, o iš to galima spręsti apie sveikimo pradžią ir potencialą judėti link kitų atsigavimo etapų.

Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad didesnė dalis (trys) tyrimo dalyvių daugiau ar mažiau išsako jaučiantys antram – *atsigavimo* / *atsistatymo* – etapui būdingus bruožus, iš kurių vienas tyrime dalyvavęs asmuo aiškiai išsako besijaučiantis atsigavusiu. Nors įvertinti šių tyrimo dalyvių buvimą

pažengus į atsigavimo / atsistatymo etapą nėra šio darbo prioritetas, tačiau svarbu atsižvelgti į tai, kaip pats asmuo įvertina savo atsigavimo pažangą (Sokol et al., 2022). Tyrimo dalyvių atskleistas elgesio įgūdžių ugdymas, savęs pažinimo didėjimas, savęs rūpinimosi per savo sunkumų priėmimą ir spaudimo sau mažinimą rodo vidinį augimą ir progresą sveikimo kelyje, kas atitinka Chauvin (2022) išskirto atsigavimo / atsistatymo etapo bruožus. Be to, dviejų tyrimo dalyvių pasakojimuose atsiskleidęs noro gyventi atsiradimas, gyvenimo vertės pajautimas ir altruistinių siekių augimas leidžia spręsti apie stiprią jų pažangą ir judėjimą link *laimės kūrimo* – paskutiniojo atsigavimo proceso etapo.

Šiame tyrime taip pat atskleista, kad atsigavimo proceso trajektorija gali būti nelinejinė. Tai reiškia, kad etapų eiga nebūtinai yra nuosekli, dėl ko pasiekus aukštesnį etapą gali pasitaikyti grįžimų į ankstesnius etapus. Pasak Chauvin (2022), tai yra natūrali atsigavimo proceso dinamika, ypač, kai asmuo susiduria su nesėkmėmis ar naujais iššūkiais. Šie rezultatai taip pat pabrėžia atsigavimo proceso individualumą, kadangi kiekvienas asmuo gali susidurti su skirtingais iššūkiais ir dėl to skirtingai judėti tarp atsigavimo etapų.

Šiame tyrime išryškėjo Sokol ir bendraautorių (2022) sudarytą *atsigavimo po savižudybės krizės modelį* („COURAGE“) apimantys procesai, arba kitaip – gyvenimo persitvarkymo sritys – atsigaunant po savižudybės krizės. Išanalizavus visų tyrimo dalyvių refleksijas, buvo galima pastebėti, kad jų pasakojimuose daugiau ar mažiau pasireiškia visos „COURAGE“ modelį apimančios temos, tokios kaip: gyvenimo pasirinkimas, tapatybės optimizavimas, savęs supratimas, prasmės iš naujo atradimas, priėmimas, augantis ryšys, įgalinimas.

Žvelgiant į kiekvieno tyrime dalyvavusio asmens pasakojimus atskirai, matoma šio modelio temų pasireiškimo skirtumų. Tie tyrimo dalyviai, kurie dar nesijaučia pilnai atsigavę ir, galima sakyti, yra atsigavimo kelio pradžioje, savo patyrimu atskleidė mažiau „COURAGE“ modelio temų nei tie tyrimo dalyviai, kurie jau yra pasiekę vėlesnius atsigavimo etapus. Šių dviejų tyrimo dalyvių pasakojimuose, tačiau nevienodai, atsiskleidė tokios modelio temos, kaip gyvenimo pasirinkimas, savęs supratimas, priėmimas, augantis ryšys ir įgalinimas. Svarbu paminėti ir tai, kad mažesnę atsigavimo pažangą jaučiančių asmenų atskleistos „COURAGE“ modelio temos buvo dar nepilnai išplėtos, fragmentuotos ir indikuojančios galimai nepakankamą pažangą bei neišspręstus aspektus. Kitų trijų tyrime dalyvavusių asmenų pasakojimuose daugiau ar mažiau atsiskleidė visos „COURAGE“ modelio temos, bet jos taip pat išryškino kiekvieno asmens individualius atsigavimo ypatumus.

Taigi galima daryti prielaidą, kad bandžiusieji nusižudyti savo atsigavimo procese keliauja per Sokol ir bendraautorių (2022) išskirtas gyvenimo pertvarkymo sritis, tačiau kiekvieno iš jų kelionė ir sąveika su šiomis sritimis yra skirtinga. Tikėtina, kad mažesnę atsigavimo pažangą jaučiantys asmenys yra mažiau pasiekę bendrai visose srityse, o tai trukdo plėtoti save ir kitose, dar

„neprisijaukintose“ srityse. Tačiau svarbu ir tai, kad nebūtinai visos gyvenimo pertvarkymo sritys turi būti įprasmintos kiekvieno asmens atsigavimo procese (Sokol et al., 2022). Vis dėlto panašu, kad didesnė pažanga atsigavimo kelyje yra susijusi su reikšmingu augimu didesnėje dalyje gyvenimo pertvarkymo sričių ir kiekvienoje iš jų atskirai.

Apibendrinant, šis tyrimas atskleidė, kad bandžiusieji nusižudyti savo atsigavimo procesą patiria skirtingai: jų savijautos gerėjimas vyksta individualiu tempu, dėl ko po mėginimo nusižudyti praėjus panašiam laikotarpiui vieni jaučiasi labiau atsigavę, o kiti jaučiasi dar nepasiekę norimos pažangos, t. y. nepakankamai atsigavę. Kiekvieno asmens atsigavimo dinamika turi tam tikrų panašumų ir bendrų atsigavimo bruožų, tačiau norint geriau suprasti bandžiusiųjų nusižudyti patirtis, svarbu atsižvelgti į tai, kad kiekviena jų yra individuali.

4.2. Atsigavimui po savižudybės krizės svarbūs veiksniai

Atliktas tyrimas parodė, kad atsigavimui po savižudybės krizės yra svarbūs įvairūs veiksniai, kurie telkiasi aplink šias pagrindines temas: profesionali pagalba, socialinė parama, vidiniai asmens ištekliai ir įveikos strategijos, aplinkos ir išoriniai veiksniai. Šie rezultatai didžiaja dalimi atitinka anksčiau atliktus tyrimus, kuriais buvo siekiama nustatyti, kas turi įtakos, atsigauçant po savižudybės krizės (Chi et al., 2013; Hom et al., 2020; Gaily-Luoma et al., 2022). Toliau visi šie veiksniai aptariami detaliau.

4.2.1. Profesionali pagalba

Tyrime dalyvavę asmenys buvo gydomi įvairiuose tos pačios gydymo įstaigos skyriuose, taigi jų patirtis, kalbant apie profesionalią pagalbą, buvo šiek tiek skirtinga. Vis dėlto juos visus siejo tai, kad tyrimo metu jie gydėsi viename iš dienos stacionarų, o prieš tai buvo hospitalizuoti. Tokio pobūdžio kompleksinis gydymas apima individualias konsultacijas su specialistais, grupines terapines veiklas, medikamentinį gydymą ir kt. Šio tyrimo dalyvių pasakojimai atskleidė, kad įvairūs profesionalios kompleksinės pagalbos elementai prisideda prie atsigavimo po savižudybės krizės.

Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad specialistų tinkamai parinktas medikamentinis gydymas yra svarbus veiksnys, padedantis stabilizuoti ūmią būseną, sureguliuoti emocinę pusiausvyrą, atstatyti bendrą funkcionavimą bei sumažinti suicidinių minčių intensyvumą. Vis dėlto netinkamas medikamentinis gydymas kai kuriems tyrimo dalyviams sukėlė šalutinius poveikius, o tai kuriam laikui apsunkino būklę ir neigiamai veikė atsigavimo procesą. Vienam tyrime dalyvavusiam asmeniui medikamentinis gydymas nebuvo paskirtas, taigi jis negalėjo pasidalinti savo patirtimi apie vaistų poveikį būklės gerėjimui. Tačiau svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad šis asmuo išsakė dar nesijaučiantis

pakankamai atsigavęs, t. y. nejaučia stipraus pagerėjimo. Taigi gali būti, kad medikamentai vaidina svarbų vaidmenį atstatant asmens būklę po savižudybės krizės ir sustiprinant patį žmogų tam, kad jis galėtų įsitraukti į atsigavimo procesą. Apibendrinant, galima sutikti su Hom ir kolegų (2020) tyrimo rezultatais, kuriais pabrėžiama, kad svarbu yra tinkamai parinkti medikamentai, kurie nesukelia papildomų būklės sunkumų.

Tyrimas atskleidė, kad atsigavimui po savižudybės krizės taip pat reikšmingą įtaką turi individualus darbas su gydymo įstaigos specialistais, tokiais kaip psichologai, psichoterapeutai, psichiatrai ir kt. Tokius šio tyrimo rezultatus antrina ir anksčiau atlikti tyrimai (Chan et al., 2017; Staniforth et al., 2024). Būtent konsultacijų metu gaunama galimybė atvirai išsikalbėti ir jaučiamas nuoširdus rūpestis iš specialisto sukuria palankią erdvę emocijų ir vidinių išgyvenimų tyrinėjimui. Per empatišką domėjimąsi pacientu kuriamas nuoširdus abipusis ryšys, o jaučiant ryšį su kitu žmogumi auga savęs priėmimas bei priėmimo iš kito, šiuo atveju – specialisto, jausmas. Pasak Chan ir kolegų (2017), ryšys su specialistu padeda atsirasti vilčiai, kad galima atsigauti. Šis tyrimas taip pat rodo, kad santykis su specialistu gali būti esminis atsigavimui, ypač tada, kai jaučiamas ryšio su kitais trūkumas.

Mokslinėje literatūroje mažai tyrinėjama įvairių grupinių terapinių veiklų įtaka atsigavimui po savižudybės krizės. Didesnė dalis tyrimų atlikta analizuojant tam tikrų intervencijų ar tam tikro pobūdžio grupinės terapijos efektyvumą po bandymo nusižudyti (Bahlmann et al., 2022; Chaib et al., 2020; Schechter, 2019). Šiame darbe nebuvo orientuojamasi į konkrečių intervencijų efektyvumą. Tyrimo metu atsiskleidė įvairių grupinių terapinių užsiėmimų, kurie yra vykdomi gydymo įstaigoje, reikšmė atsigavimo po savižudybės krizės procesui, neišskiriant jų pagal veiklų pobūdį (pvz., psichoterapinė grupė, psichoedukacinė grupė, šokio ir judesio terapijos grupė ir kt.). Tačiau kai kuriais atvejais tyrimo dalyviai minėjo konkrečių grupių patiriamą naudą arba atvirkščiai – jų neigiamą poveikį.

Iš tyrime dalyvavusių asmenų pasakojimų paaiškėjo, kad kai kuriems grupinės terapinės veiklos suteikė reikalingų psichologinių žinių, kurios padeda ugdyti emocijų reguliavimo įgūdžius, geriau pažinti save ir kitus. Kitiems tyrimo dalyviams įvairios grupinės intervencijos skatino dėmesio sutelkimą, padėjo atsipalaiduoti ir leido patirti teigiamas emocijas. Visa tai padeda didinti psichologinį atsparumą, o kartu grupinių veiklų metu susiduriant su kitų patiriamais sunkumais ir kančia auga bendrystės jausmas ir mažėja izoliacija. Vis dėlto atlikus tyrimą paaiškėjo, kad atsigavimo po savižudybės krizės procesui teigiamą įtaką turi tokios grupinės terapinės veiklos, kurios atitinka asmens interesus ir poreikius. Kai kurie grupiniai užsiėmimai dėl jų turinio ir vykdymo kokybės keliems tyrimo dalyviams kėlė neigiamus jausmus, o tai mažino įsitraukimą į gydymo procesą ir skatino dar didesnę izoliaciją. Šiuos rezultatus būtų galima palyginti su Michaud ir kolegų (2021) tyrimu, kuris atskleidė individualių pagalbos būdų pritaikymo svarbą. Taigi grupiniai

terapiniai užsiėmimai gali būti naudingi atsigaunant po savižudybės krizės, tačiau itin svarbu yra atsižvelgti į kiekvieno asmens poreikius, sudarant gydymo planą ir skiriant intervencijas.

Dar vienas svarbus atsigavimui veiksnys, kaip parodė šis tyrimas, yra pagalbinio gydymo įstaigos personalo vaidmuo. Kadangi tikėtina, kad asmenys, besigydantys stacionare, ypač hospitalizacijos metu, su slaugytojais turi pakankamai glaudų kontaktą, jų dalyvavimas asmens gijimo procese turi nemažai reikšmės. Paaiškėjo, kad iš slaugytojų jaučiamas palaikymas ir pagarbus jų požiūris beveik visiems (keturiems) šio tyrimo dalyviams turėjo teigiamą poveikį: suteikė saugumo jausmą, padėjo stiprinti savivertę ir leido pasijusti priimtu. Šie rezultatai panašūs į Shih ir kolegų (2023) atlikto tyrimo rezultatus, kurie parodė, kad asmenims, gydomiems po bandymo nusižudyti, svarbu iš slaugytojų jausti empatiją, draugiškumą, palaikymą, lankstumą ir gebėjimą klausytis. Kalbant apie neigiamą poveikį, kurį gali sukelti pagalbinio personalo vaidmuo, vienos šio tyrimo dalyvės pasakojime atsiskleidė neigiamas iš slaugytojų trūkstamo palaikymo, švelnumo ir rūpesčio poveikis: jaučiamas šių veiksmų trūkumas trukdė kurti ryšį ir mažino pasitikėjimą. Panašiai ir Shih ir kolegų (2023) tyrimas atskleidė, kad bandžiusieji nusižudyti neigiamai vertino tokias slaugytojų elgesio apraiškas, kaip stigmatizavimas, nuvertinimas, žeminimas, fizinės jėgos naudojimas ir fizinis suvaržymas. Taigi tokiai jautriai pacientų grupei, kaip bandžiusieji nusižudyti, itin svarbus ir pagalbinio gydymo įstaigos personalo jautrumas bei supratingumas jų atžvilgiu.

Taip pat šiuo tyrimu išsiaiškinta, kad gydymo įstaiga atliko svarbų vaidmenį sveikimo po bandymo nusižudyti procese kaip saugumą užtikrinanti vieta. Mokslinėje literatūroje daugiau kalbama apie saugią terapinę erdvę (Chopra et al., 2022; CRESP, 2014), tačiau mažai žinoma apie pačios gydymo įstaigos fizinės aplinkos reikšmę po bandymo nusižudyti. Dalis šio tyrimo dalyvių nurodė, kad būtent gydymo įstaiga svariai prisidėjo prie bazinių poreikių patenkinimo, jų pačių fizinio saugumo užtikrinimo, ką galimai būtų sunku padaryti už gydymo įstaigos ribų. Tai yra reikšmingi rezultatai, rodantys, kad buvimas gydymo įstaigoje tam tikrą laiką po bandymo nusižudyti galimai yra būtinas vien tam, kad asmuo būtų nuolatinėje priežiūroje, neturėtų prieigos prie pavojų gyvybei galinčių sukelti priemonių ir būtų užtikrintas tokių bazinių poreikių, kaip maisto ir miego, patenkinimas.

Kaip rodo tyrimai, gydymo įstaigos vaidmuo ne visada bandžiusiųjų nusižudyti vertinamas teigiamai (Frey et al., 2019; Kar Ray et al., 2024). Viena šio tyrimo dalyvė, atskleidusi neigiamą patirtį dėl patirtų suvaržymų, apribojimų ir gąsdinančios gydymo įstaigos aplinkos sąlygų, išgyveno neigiamas emocijas ir patyrė sukrėtimą. Vis dėlto šios patirties padariniai nevienareikšmiai. Nors tyrimo dalyvė jautė neigiamą tokios patirties poveikį, vėliau ji išgyveno stiprius teigiamus jausmus ir pajuto kasdienio gyvenimo vertę. Tačiau į tokių teigiamų pokyčių pritaikymą kitiems asmenims reikėtų žiūrėti atsargiai, turint omeny, kad kiekvienam tai gali sukelti skirtingas reakcijas.

Dar vienas visų tyrimo dalyvių pasakojimuose išryškėjęs svarbus su profesionalia pagalba susijęs veiksnys – gydymo organizavimo principai. Atskleista, kad pats užimtumas, galimybė pasirinkti veiklas ir gydymo tęstinumo užtikrinimas suteikia saugumo jausmą, skatina aktyvumą bei leidžia išlaikyti tam tikrą kontrolės jausmą. Ir priešingai – neatsižvelgimas į konkretaus asmens poreikius dėl gydymosi sveikatos priežiūros įstaigoje klausimų, pvz., hospitalizacijos trukmės, vertinamas neigiamai. Tai patvirtina ir kiti tyrimai (Frey et al., 2019; Chauvin, 2022).

Taigi šiame tyrime atskleista, kad gydymo įstaigoje suteikiama įvairiapusė pagalba po bandymo nusižudyti turi reikšmingą poveikį atsigavimui po savižudybės krizės. Tiek pati gydymo įstaigos aplinka, tiek gydymo metu taikomos intervencijos ir ryšio su personalu kūrimas svariai prisideda prie teigiamų asmens būsenos pokyčių. Tačiau tyrimo rezultatai taip pat pabrėžia individualaus požiūrio į kiekvieno asmens gydymą svarbą. Vienodos intervencijos ir gydymo metodai nebūtinai atitinka visų bandžiusiųjų nusižudyti poreikius.

4.2.2. Socialinė parama

Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad po bandymo nusižudyti svarbi yra ne tik profesionali pagalba, bet ir įvairūs socialinės paramos veiksniai, kurie veikia už gydymo įstaigos ribų, bet taip pat ir joje (Gaily-Luoma et al., 2022; Jackson et al., 2020). Pavyzdžiui, kaip ir Chan ir kolegų (2017) tyrimas, šis taip pat atskleidė, kad emocinis palaikymas yra vienas svarbiausių veiksnių, galinčių prisidėti prie atsigavimo po savižudybės krizės. Šio tyrimo dalyviams didelę reikšmę turėjo iš artimųjų, draugų bei kitų gydymo įstaigoje besigydančių pacientų gaunamas emocinis palaikymas, išreikštas išklausa, rūpinimusi asmens savijauta, paguoda, pagyrimais ir pan. Tai suteikė galimybę bandžiusiesiems nusižudyti pasijusti priimtiems bei skatino teigiamų emocijų atsiradimą. Svarbu tai, kad dviem šio tyrimo dalyviams vienu svarbiausių emocinės paramos šaltinių tapo gydymo įstaigos pacientų bendruomenės. Tai rodo, kad artimiausi žmonės, tokie kaip šeimos nariai ar geri draugai, yra ne vieninteliai svarbūs emocinės paramos šaltiniai. Taigi atsižvelgiant į šiuos rezultatus, vertinga gydymo įstaigose kuo labiau skatinti pacientų tarpusavio sąveikas, jei tai atitinka atskiros asmens poreikius.

Taip pat išsiaiškinta, kad emocinės paramos trūkumas arba tam tikros (dažniausiai neigiamos) reakcijos iš kitų gali turėti neigiamą poveikį asmenims, bandžiusiems nusižudyti. Kaip ir kituose tyrimuose (Ropaj et al., 2023; Sheehan et al., 2019; Maple et al., 2020), šiame taip pat atskleista, kad iš artimųjų jaučiamas smerkimas dėl bandymo nusižudyti bei artimųjų nesupratimas, kaip jaučiasi asmuo, bandęs nusižudyti, neigiamai veikė tyrimo dalyvių psichologinę būseną ir galėjo lėtinti atsigavimo procesą. Taigi atsižvelgiant į tai, galėtų būti naudinga kiek įmanoma dažniau (bet

atsižvelgiant į paties bandžiusiojo nusižudyti poreikius) įtraukti artimuosius į gydymo procesą, edukuoti juos reikiamaiais klausimais.

Kitas ne mažiau svarbus socialinės paramos veiksnys, kuris atspindėjo šio tyrimo dalyvių pasakojimuose – praktinė (instrumentinė) ir finansinė parama. Kai asmuo yra itin sudėtingoje būsenoje po bandymo nusižudyti, jam gali būti sunku pasirūpinti buitinais ir kitais kasdieniais reikalais. Neretai bandęs nusižudyti asmuo dėl hospitalizacijos ir kitų priežasčių gali susidurti su finansiniais sunkumais, dėl kurių net gali neturėti būsto. Taigi pagalba pinigų, būsto, tvarkymosi buityje klausimais yra labai aktuali. Ir atvirkščiai – kaip parodė šis tyrimas, slegiantys kasdieniai rūpesčiai gali neigiamai veikti psichologinę būseną ir trukdyti tinkamai įsitraukti į gijimo procesą. Taigi instrumentinė parama (dažniausiai iš artimųjų, bet gali būti ir iš kitų šaltinių, pvz., valstybės) teigiamai prisideda prie atsigavimo po savižudybės krizės proceso ar bent jau jo neapsunkina. Tą patvirtino ir Farr ir kolegų (2024) tyrimas, atskleidęs, kad pagalba su tokiais problemomis kaip finansai, būstas, benamystė suteikė asmenims galimybę pajusti kontrolę neišsprendžiamų problemų atžvilgiu.

Kalbant apie artimųjų įsitraukimą į gijimo procesą, Chan ir kolegų (2017) tyrimas atskleidė, kad aktyvi pagalba iš artimųjų yra svarbus veiksnys atsigaunant po savižudybės krizės. Daugumos (keturių) šio tyrimo dalyvių pasakojimai taip pat parodė, kad didelės artimųjų pastangos padėti, pvz., suteikiant reikiamą pagalbą, nukreipiant reikiamos pagalbos link bei dalyvaujant gydymo procese, mažina vienišumo jausmą ir leidžia pasijusti rūpimu. Be to, kartais tai tiesiogine prasme išgelbėja gyvybę.

Šis tyrimas atskleidė, kad socialinė integracija turėjo lemiamą poveikį kai kurių tyrime dalyvavusių asmenų atsigavimui po savižudybės krizės. Ypač svarbų vaidmenį, kurį pabrėžė ir Jackson ir kolegų (2020) atliktas tyrimas, dviem šio tyrimo dalyviams turėjo gydymo įstaigos pacientų bendruomenė. Tyrimo dalyviai atskleidė, kad buvimas bendruomenės dalimi mažino vienišumo jausmą, skatino aktyvumą ir padėjo stiprinti savivertę. Svarbu paminėti tai, kad du tyrimo dalyviai, kurie stipriausiai išreiškė priklausymą pacientų bendruomenei, savo būklę suvokia kaip labiausiai pagerėjusią. Taigi gali būti, kad būtent priklausymo bendruomenei jausmas, kuris yra lydimas jaučiamo rūpesčio iš kitų, yra vienas svarbiausių veiksnių atsigaunant po savižudybės krizės. Ir atvirkščiai – jaučiamas socialinės integracijos trūkumas gali skatinti izoliacijos ir vienišumo jausmus, kurie neigiamai veikia atsigavimo procesą.

Šis tyrimas papildė Bennett ir kolegų (2023) bei Chan ir kolegų (2017) rezultatus atskleidęs, kad svarbų vaidmenį atsigaunant po savižudybės krizės vaidina santykiai su reikšmingais asmenimis. Santykiai su romantiniu partneriu, šeimos nariais ir pan., kaip paaiškėjo, gali reikšmingai prisidėti prie teigiamų būklės pokyčių, kai šie santykiai yra paremti emocinių poreikių patenkinimu, visapusiška parama ir supratimu. Tačiau tokie santykiai, kurie yra komplikuoti ir kuriuose

pasigendama didesnio supratingumo, gali turėti neigiamą poveikį. Be to, reikšmingų santykių nutrūkimas taip pat gali turėti itin stiprių neigiamų pasekmių. Kadangi tokius įvykius sunku sukontroliuoti, didesnę dėmesį pravartu sutelkti ties paties bandžiusiojo nusižudyti psichologinio atsparumo didinimu, kuris parengtų asmenį tinkamiau tvarkytis su netikėtomis ar didelį skausmą galinčiomis sukelti situacijomis.

Kai kuriems tyrimo dalyviams tam tikrą poveikį atsigavimo procesui turėjo santykis su darbiniais įsipareigojimais. Jaučiamas „leidimas sirgti“, t. y. supratingumas iš darbdavio pusės, kuris yra susijęs su spaudimo grįžti į darbą mažinimu, teigiamai veikė vienos tyrimo dalyvės atsigavimo procesą. Patvirtinimas iš darbdavio, kad asmuo gydymuisi gali skirti tiek laiko, kiek jam reikia, sumažina papildomą stresą ir lūkesčius bei spaudimą sau. O tai, galima manyti, teigiamai prisideda prie įsitraukimo į gijimo procesą. Ir atvirkščiai – tuomet, kai jaučiamas spaudimas grįžti į darbą arba kai nėra galimybės atsitraukti nuo darbo sudėtingiausiu laikotarpiu, tai gali trukdyti pakankamai įsitraukti į gydymo procesą bei apsunkinti būklę.

Kai kurie autoriai (Maple et al., 2020; Williams et al., 2018) mokslinėje literatūroje kalba apie asmenų jaučiamą stigmą dėl bandymo nusižudyti. Tokia internalizuota stigma skatina susvetimėjimą ir atskirties jausmą. Šio tyrimo dalyviai konkrečiai apie stigmatizavimą nekalbėjo, tačiau vienas tyrime dalyvavęs asmuo atskleidė, kad informacijos apie psichikos sveikatos problemas viešojoje erdvėje trūkumas neigiamai veikė jo savijautą. Iš to būtų galima spręsti apie netiesiogiai suvokiamą jaučiamą stigmą. Kai viešojoje erdvėje akcentuojama „sėkmės kultūra“, o psichikos sveikatos problemos yra nustumiamos į šalį, natūralu, kad asmuo, susidūręs su psichikos sunkumais, gali jaustis nepritapęs ir neišpildantis suvokiamų lūkesčių iš kitų. O tai gali apsunkinti reintegraciją ir psichologinio atsparumo augimą.

Apibendrinant, galima sakyti, kad įvairūs socialinės paramos veiksniai reikšmingai prisideda prie asmenų, bandžiusių nusižudyti, psichologinės būklės gerėjimo. Socialinė parama, kurią bandžiusieji nusižudyti gauna iš šeimos narių, draugų ir gydymo įstaigos pacientų bendruomenės, kuria saugumo jausmą, mažina vienišumo ir izoliacijos jausmus bei skatina aktyvumą, o kartu ir įsitraukimą į atsigavimo procesą. Atliktas tyrimas taip pat rodo, kad emocinės paramos trūkumas arba neigiamos kitų asmenų reakcijos turi neigiamą poveikį atsigavimo procesui.

4.2.3. Vidiniai ištekliai ir įveikos strategijos

Atlikus šį tyrimą paaiškėjo, kad atsigavimui po savižudybės krizės reikšmingą poveikį turi ne tik iš kitų gaunama pagalba, bet ir paties bandžiusio nusižudyti asmens vidiniai resursai ir įveikos strategijos. Nors krizės metu didelė dalis vidinių žmogaus resursų gali būti sumenkę, tačiau bent dalis iš jų vis dar veikia, o kita dalis atgaunama arba įgyjama pamažu einant atsigavimo keliu.

Visų tyrimo dalyvių pasakojimai atskleidė, kad jų pačių indėlis į gydymąsi yra svarbus veiksnys. Pavyzdžiui, aukšta motyvacija gydytis ir sveikti, aktyvus įsitraukimas į gydymo procesą, atviras dalijimasis su kitais savo sunkumais, kitaip tariant – įdedamos pastangos ir atsakomybės už savo gijimą prisiėmimas, kaip paaiškėjo, yra neatsiejama sveikimo dalis. Ši aktyvi asmens pozicija yra susijusi su Sokol ir kolegų (2022) atsigavimo po savižudybės krizės modelyje išskirtomis gyvenimo pasirinkimo ir įgalinimo temomis. Taigi gebėjimas priimti pagalbą ir ją pasinaudoti, bet kartu vidinės stiprybės radimas įdėti savo pastangų gyjant – leidžia geriau įsisavinti gaunamos pagalbos veiksmus. O žema motyvacija sveikti ir sunkumai priimti pagalbą gali sulėtinti ir apsunkinti atsigavimo procesą, ką patvirtino ir Bautista su kolegomis (2023).

Šiame tyrime taip pat atskleista, kad tam tikros žmogaus vidinės varomosios jėgos, kurios atsiranda vienu ar kitu atsigavimo po savižudybės krizės proceso momentu, svariai prisideda prie psichologinės būklės pokyčių. Tokiomis varomosiomis jėgomis gali būti atsirandanti viltis, tikėjimas pozityvia ateitimi, didėjantis savęs priėmimas, atsakomybės už kitus jausmas ir transformuojančių patirčių įsisąmoninimas. Literatūroje taip pat minimi šie veiksniai (Chan et al., 2017; Sokol et al., 2022). Pavyzdžiui, Chan ir kolegų (2017) tyrime kalbama apie savęs, savo sunkumų priėmimo ir pozityvaus požiūrio į gyvenimą svarbą. Tas pats tyrimas pabrėžia ir bandžiusiųjų nusižudyti savižudybės poveikio jų artimiesiems suvokimo svarbą. Chauvin (2022) mini bandžiusiųjų nusižudyti prasmės radimą iš naujo. Prasmės radimą galima sieti su šiame tyrime dalyvavusių asmenų atskleistomis transformuojančiomis patirtimis. Šios patirtys atspindi po krizės išgyvenimo atsiradusį asmens suvokimą, kad ši patirtis gali turėti teigiamų pasekmių. Tai apima naujo požiūrio į gyvenimą atsiradimą, gyvenimo vertės pajautimą ir norą savo patirtį įprasminti per pagalbą kitiems. Šie vidiniai aspektai taip pat atitinka kai kurias Sokol ir kolegų (2022) atsigavimo po savižudybės krizės modelio temas.

Tyrimo dalyvių pasakojimai parodė, kad taip pat reikšmingas yra aktyvus vidinis darbas. Nors jis yra susijęs su atsakomybės už savo gijimą priėmimu, tačiau čia labiau pabrėžiamas pats darbas su savimi, sąmoningas įvairių įveikos strategijų taikymas. Tyrimo dalyviai atskleidė tokias įveikos strategijas, kaip reflektavimas, dėmesio sutelkimas, elgesio keitimas, humoras, sąmoningas vaizduotės naudojimas. Apie reflektavimo naudą kalbėjo ir Sheehan su kolegomis (2019). Chauvin (2022) tyrime taip pat buvo atskleista vidinių atsigavimo strategijų kūrimo svarba. Toks vidinis darbas gilina savęs supratimą ir įgalina veikti bei siekti stiprinti savo psichologinį atsparumą. Šios temos taip pat atitinka Sokol ir kolegų (2022) modelio žingsnius.

Svarbu paminėti tai, kad vienas iš tyrime dalyvavusių asmenų, kuris jaučia pakankamai ribotą atsigavimo pažangą, paminėjo mažiausiai savo vidinių išteklių veiksmų. Tai gali rodyti, kad suvokiamas turimų vidinių resursų trūkumas neigiamai veikia atsigavimo procesą. Tačiau žvelgiant iš kitos pusės, galima manyti, kad jaučiamas vidinių resursų trūkumas arba negebėjimas jų reflektuoti

indikuoja nepakankamą pažangą atsigavimo kelyje. Bet kokių atveju, atrodo, kad vidinių išteklių vaidmuo atsigavimo procese yra reikšmingas. Tą pabrėžia ir literatūroje minimi atsigavimo po savižudybės krizės modeliai ir etapai (Sokol et al., 2022; Chi et al., 2013).

4.2.4. Aplinkos įtaka ir išoriniai veiksniai

Tyrimo dalyvių pasakojimai atskleidė, kad įtakos atsigavimui po savižudybės krizės turi ir aplinkos ar išoriniai veiksniai, kurie nepriklauso nei nuo jų pačių, nei nuo kitų asmenų. Tarp tokių veiksnių buvo priskirtas laikas. Mokslinėje literatūroje laikas taip pat minimas kaip svarbus atsigavimui aspektas (Chauvin, 2022; Chi et al., 2013), turint omeny ne tik pakankamą laiko skyrimą atsigavimui, tačiau ir skirtingą laiko trukmę atsigavimui. Šiame tyrime taip pat buvo galima pastebėti, kad kiekvieno asmens atsigavimas vyksta skirtingu tempu, taigi vienas asmuo gali reikšmingus būklės pokyčius pajusti anksčiau, o kitas – vėliau. Tačiau tai nereiškia, kad jam nepavyks pasiekti reikšmingesnės pažangos vėliau.

Apibendrinant šio tyrimo rezultatus, galima manyti, kad atsigavimui po savižudybės krizės yra svarbūs profesionalios pagalbos, socialinės paramos, vidiniai ir išorės / aplinkos veiksniai. Toks supratimas galėtų atitikti biopsichosocialinio modelio sampratą, kuriuo būtų siekiama pažvelgti į atsigavimą po savižudybės krizės visapusišku žvilgsniu (Engel, 1977). Pagal šį modelį, kuriant intervencijas ir teikiant pagalbą žmonėms, bandžiusiems nusižudyti, pravartu užtikrinti visų šių veiksnių dalyvavimą gydymo procese.

Šiame darbe išskirti vidiniai ištekliai ir įveikos strategijos turi sąsają su literatūroje minimais atsigavimo po savižudybės krizės žingsniais ar etapais (Sokol et al., 2022; Chi et al., 2013). Kadangi šiuo darbu buvo orientuojamasi į platesnį atsigavimui padedančių veiksnių supratimą, asmens vidiniai veiksniai išskirti kaip atskiras komponentas. Tačiau liekama prie supratimo, kad atsigausti po savižudybės krizės turi žmogaus vidus, o pagalba iš šalies gali padėti tai pasiekti. Vis dėlto tai rodo, kad atsigavimo po savižudybės krizės galimybės yra didelė dalimi paremtos paties asmens vidiniais veiksniais, kuriuos sustiprinti ir įgalinti padeda kiti.

4.3. Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams

Vieną pagrindinių šio tyrimo ribotumų galima laikyti tai, kad tyrime dalyvavo nedidelis skaičius žmonių. Taigi gautus rezultatus siūloma vertinti atsargiai, pritaikant juos bendrai

populiacijai. Vis dėlto kokybinė tyrimo metodologija leido pažvelgti į kiekvieno žmogaus patirtį atskirai, bet kartu pastebėti tam tikrų bendrų panašumų, kuriuos ateityje būtų galima patyrinėti kiekybiniais tyrimų metodais. Nėra žinoma, keliems asmenims iš viso buvo pasiūlyta dalyvauti tyrime, todėl sunku pasakyti, kiek iš jų atsisakė. Tačiau tema yra labai jautri, o asmenys, nors ir būdami stabilios būklės, tačiau neseniai išgyventą bandymo nusižudyti patirtį dar gali būti ne iki galo priėmę, o kartu emocinė savijauta dar gali būti sudėtinga. Tai gali lemti nenorą dalintis šia patirtimi su svetimais žmonėmis.

Šiuo tyrimu buvo siekiama atskleisti veiksnius, kurie padeda atsigauti po savižudybės krizės. Ištirti patį atsigavimo procesą siekiama nebuvo. Tyrimo dalyviams buvo užduodamas tik vienas klausimas apie jų būklės pokyčius, kurie įvyko nuo tada, kai atsidūrė gydymo įstaigoje. Vis dėlto surinkus visus tyrimo duomenis paaiškėjo, kad tyrimo dalyviai pateikė nemažai informacijos tiek apie savo būklės pokyčius, tiek apie paties atsigavimo proceso dinamiką. Tai atskleidė šios temos svarbą ir aktualumą, todėl buvo nuspręsta ją paanalizuoti giliau. Iš vienos pusės, tai galima laikyti šio tyrimo privalumu, kadangi pavyko atskleisti dar vienos svarbios temos ypatumus. Iš kitos pusės – tai gali būti ir tyrimo ribotumas. Kadangi ištirti atsigavimo procesą nebuvo šio tyrimo tikslas, į tyrimą nebuvo įtraukta papildomų klausimų, kuriais būtų daugiau pasigilinta į šią temą. Tai reiškia, kad duomenys, surinkti šia tema, gali būti nepakankamai išsamūs ir atskleidžiantys reikiamus aspektus. Todėl siūloma atskirai ištirti atsigavimo proceso dinamikos ypatumus, kurie leistų giliau pažvelgti į tai, kokie pokyčiai vyksta atsigauvant po savižudybės krizės.

Dar vienas tyrimo ribotumas gali būti tai, kad po tyrime dalyvavusių asmenų bandymo nusižudyti buvo praėję nedaug laiko (maždaug 1–6 mėn.). Šiuo tyrimu buvo siekiama pažvelgti į neseniai krizę išgyvenusius žmonių, kurie dar tebėra gydomi sveikatos priežiūros įstaigoje, patirtis, taip norint užtikrinti, kad patirčių suvokimas būtų kuo mažiau paveiktas laiko perspektyvos. Tačiau atlikus tyrimą paaiškėjo, kad atsigavimo procesas yra ilgas ir trunka skirtingą laiką kiekvienam asmeniui. Būtent dėl to kai kurie šio tyrimo dalyviai savo būklę suvokė kaip dar ne visai atsigavusią. Taigi, atsižvelgiant į tai, kad ne visi tyrime dalyvavę asmenys jautė reikšmingą savo psichologinės būklės pagerėjimą, gali būti sunku įvertinti, ar jų minimi padedantys atsigauti veiksniai atitinka tai, ką buvo norima atskleisti šiuo tyrimu. Vis dėlto norėtusi išlaikyti požiūrį, kad kiekvieno asmens individuali patirtis yra autentiška ir nepaneigiama. Todėl yra pagrindo manyti, kad visų tyrimo dalyvių pasakojimai reikšmingai prisideda prie geresnio supratimo apie tai, kokie veiksniai padeda atsigauti po savižudybės krizės. Ateityje būtų siūloma pabandyti ištirti kitą populiacijos imtį – asmenis, kurie bandė nusižudyti prieš daugiau laiko. Tokiu būdu būtų galima įvertinti, kaip asmuo suvokia jam padėjusius atsigauti veiksnius, šiek tiek labiau atsitraukiant nuo pačios krizės išgyvenimo.

Svarbu paminėti ir tai, kad šis darbas yra pirmas tyrėjos kokybinio pobūdžio darbas. Taigi kompetencijos trūkumas gali būti šio tyrimo trūkumu.

4.4. Rekomendacijos

Atsižvelgiant į tai, kas buvo atskleista šiuo tyrimu, galima pasiūlyti tam tikrų praktikoje taikytinų rekomendacijų. Bene svarbiausias šio darbo atradimas buvo tai, kad kiekvieno asmens, atsigaušančio po savižudybės krizės, poreikiai yra skirtingi, pradedant nuo hospitalizacijos trukmės ir baigiant finansine parama. Taigi specialistams, dirbantiems su bandžiusiais nusižudyti asmenimis, organizuojant gydymą ir intervencijų taikymą sveikatos priežiūros įstaigose bei kitose institucijose, rekomenduojama įsiklausyti į kiekvieno asmens poreikius ir stengtis į juos atsižvelgti kiek įmanoma labiau. Tokiu būdu asmuo jaustųsi ne tik išgirstas, bet kartu ir turintis tam tikros kontrolės priimant sprendimus dėl savo gydymo.

Kitas svarbus aspektas, kuris paaiškėjo šiame tyrime – būtinas jautrumas ir empatija krizę išgyvenančiam asmeniui. Praktikoje dirbant su savižudybės krizę išgyvenančiais asmenimis, svarbu užtikrinti, kad tiek specialistai, tiek kita dalis personalo su šiais asmenimis bendrautų jautriai, mokėtų išklausyti ir visapusiškai palaikyti, priimti, taip pat išlaikytų pagarbų požiūrį į juos ir atsižvelgtų į jų poreikius.

Tokių pačių bendravimo aspektų tikimasi ir iš bandžiusių nusižudyti artimųjų, vis dėlto tai sunku užtikrinti. Tam padėti galėtų keletas būdų. Pirmas – visuomenės švietimas psichikos sunkumų ir savižudybės klausimais. Antras – artimųjų švietimas ir įtraukimas į gydymo procesą. Kaip paaiškėjo šiame tyrime, aktyvus artimųjų dalyvavimas atsigavimo po savižudybės procese gali turėti teigiamą poveikį. Todėl institucijų pastangos daugiau įtraukti artimuosius gali būti labai naudingos. Žinoma, svarbu atsižvelgti ir į tai, ar asmuo to pageidauja.

Dar vienas svarbus išryškėjęs aspektas – socialinės paramos poreikis. Nors artimųjų įtraukimas į gydymo procesą apima socialinę paramą, tačiau čia labiau kalbama apie socialinio tinklo plėtimą. Kadangi asmenys, išgyvenantys savižudybės krizę, neretai susiduria su socialinės paramos trūkumu, verta būtų apsvarstyti būdus, kaip būtų galima palengvinti ir prisidėti prie socialinės integracijos skatinimo. Vienas iš galimų siūlymų būtų stengtis gydymo įstaigose įvesti tokias praktikas, kurios būtų nukreiptos į tarpasmeninių pacientų ryšių kūrimą, ypač neformaliame kontekste. Panašios praktikos, kiek žinoma, yra taikomos ir dabar, tačiau galbūt pavyktų rasti daugiau būdų, kaip tai įgyvendinti plačiau.

Taip pat tyrimo metu paaiškėjo, kad kiekvieno asmens atsigavimo procesas yra individualus ir reikalauja skirtingų resursų laiko atžvilgiu. Todėl siūloma užtikrinti, kad kiekvienas asmuo galėtų sveikti savu tempu, t. y. nespausti jo, neversti jo įtraukti į tam tikrus gydymo metodus tada, kai jis

tam nėra pasiruošęs, taip pat suteikti galimybę dalyvauti gydymo procese tiek laiko, kiek jam reikia. Toks „leidimas sveikti“ iš aplinkos galėtų padėti mažinti vidinį spaudimą ir lūkesčius sau.

IŠVADOS

1. Atsigavimo po savižudybės krizės procesą kiekvienas asmuo išgyvena individualiai. Trys tyrimo dalyviai jau reflektuoja apie galimai pasibaigusį pirminį atsigavimo etapą, kuris taip pat buvo skirtingas – kai kuriems jis buvo jaučiamas kaip vykstantis lėtai, kitiems kaip „banguojantis“, t. y. netolygus. Keletas iš tų, kurie jaučiasi jau praėję šį etapą, atskleidė išgyvenę tam tikrą „lūžio tašką“, kuris pastūmėjo link teigiamų psichologinės būklės pokyčių. Trys tyrimo dalyviai, kurie stipriau suvokia save kaip jau praėjusius pradinį etapą, jaučia reikšmingus teigiamus kognityvinius, emocinius, elgesio, subjektyvius vidinius pokyčius. Iš jų viena tyrimo dalyvė save suvokia kaip atsigavusią. Dviejų tyrimo dalyvių pasakojimuose neatsiskleidė nuorodų į suvokiamą patirtą atsigavimo pradžią ar reikšmingus momentus, kurie būtų paskatinę stiprų būklės pagerėjimą. Šie dalyviai taip pat išsakė mažiau teigiamų emocinių, kognityvinių, elgesio ir ypač subjektyvių vidinių pokyčių. Šie du tyrimo dalyviai vis dar jaučia didelius sunkumus: vienas iš jų patiria būklės svyravimus, kitas jaučiasi dar neatsigavęs.
2. Atsigaunant po savižudybės krizės šie veiksniai gali reikšmingai prisidėti prie teigiamų būklės pokyčių:
 - a) Profesionalios pagalbos metodų taikymas, atsižvelgiant į kiekvieno asmens poreikius. Atsigaunant po savižudybės krizės padeda individualus gydymo metodų, tokių kaip medikamentinis gydymas, grupinės terapinės veiklos, taikymas. Taip pat svarbus yra santykis su specialistais ir kitais darbuotojais. Jų gebėjimas išklausyti, iš jų jaučiamas rūpestis, empatija ir pagarba reikšmingai prisideda prie bandžiusiųjų nusižudyti savivertės augimo bei savęs priėmimo didėjimo. Atsigavimui taip pat reikalinga gijimą palaikanti aplinka, kuriai būdingas saugumas, gydymo tęstinumo užtikrinimas ir užimtumo skatinimas.
 - b) Socialinė parama iš artimųjų, draugų bei panašią patirtį turinčių asmenų. Emocinis palaikymas, instrumentinė, finansinė pagalba ir aktyvus kitų įsitraukimas po bandymo nusižudyti yra tie veiksniai, kurie palengvina sveikimo procesą. Stiprus ryšys su kitais žmonėmis padeda mažinti izoliacijos jausmą ir stiprinti savivertę. Priklausymo bendruomenei, ypač tokiai, kuriai būdingos panašios patirtys, jausmas gali suteikti vidinių jėgų įsitraukti į atsigavimo procesą. Jautrus visuomenės požiūris į bandžiusius nusižudyti bei apskritai į susiduriančius su psichikos sunkumais, didesnis psichikos sveikatos sunkumų normalizavimas ir dėmesys jiems visuomenėje, taip spaudimo greitesniam atsigavimui mažinimas iš kitų – visa tai padeda labiau priimti savo sunkumus ir kartu mažinti lūkesčius sau. Taip sukurama palanki terpė sveikti savu tempu ir savomis sąlygomis.

- c) Asmens turimi, atkuriami bei įgyjami nauji vidiniai ištekliai ir įveikos strategijos. Aukšta arba didėjanti motyvacija sveikti, aktyvus vidinis ir išorinis įsitraukimas į gijimo procesą skatina vidinį augimą ir teigiamus psichologinės būklės pokyčius. Pastangos geriau save pažinti, suprasti savo išgyventą patirtį prisideda prie savęs priėmimo ir nuolankumo sau augimo. Vidiniai veiksniai, tokie kaip atsakomybės jausmo įsisąmoninimas, viltis ir bandymo nusižudyti patirties įprasminimas veda atsigavimo link.
- d) Teigiamiems psichologinės būklės pokyčiams reikia laiko ir kiekvienas asmuo atsigaua savu tempu.

LITERATŪRA

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Az, A., Orhan, C., & Sogut, O. (2023). Suicide attempts and the factors that lead to suicidal ideation: A 3-year analysis. *Northern Clinics of Istanbul*, 10(6), 745–753. <https://doi.org/10.14744/nci.2023.81598>
- Bahlmann, L., Lübbert, M. B. J. S., Sobanski, T., Kastner, U. W., Walter, M., Smesny, S., & Wagner, G. (2022). Relapse prevention intervention after suicidal event (RISE): Feasibility study of a psychotherapeutic short-term program for inpatients after a recent suicide attempt. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 937527. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.937527>
- Barnes, S. M., Borges L. M., Smith, G. P., Walser, R. D., Forster, J. E., & Bahraini, N. H. (2021). Acceptance and commitment therapy to promote recovery from suicidal crises: A randomized controlled acceptability and feasibility trial of ACT for life. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 35–45. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.02.003>
- Bautista, A. D., Reyes, M. E. S., & Delariarte, C. F. (2023). A missing piece in the puzzle: Exploring the phenomenon of suicide recovery in developing a recovery-focused suicide management program. *Clinical Medicine Insights: Psychiatry*, 14, 1–13. <https://doi.org/10.1177/11795573231218126>
- Bennett, S., Robb, K. A., Zortea, T. C., Dickson, A., Richardson, C., & O'Connor, R. C. (2023). Male suicide risk and recovery factors: a systematic review and qualitative meta-synthesis of two decades of research. *Psychological Bulletin*, 149(8), 371–417. <https://doi.org/10.1037/bul0000397>
- Berg, S. H., Rørtveit, K., & Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: A systematic review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 17(73), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2023-8>
- Bloch-Elkouby, S., Gorman, B., Lloveras, L., Wilkerson, T., Schuck, A., Barzilay, S., Calati, R., Schnur, D., & Galynker, I. (2020). How do distal and proximal risk factors combine to predict suicidal ideation and behaviors? A prospective study of the narrative crisis model of suicide. *Journal of Affective Disorders*, 277, 914–926. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.088>
- Bloch-Elkouby, S., Gorman, B., Schuck, A., Barzilay, S., Calati, R., Cohen, L. J., Begum, F., & Galynker, I. (2020). The suicide crisis syndrome: A network analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 67(5), 595–607. <https://doi.org/10.1037/cou0000423>

- Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., & McKean, A. M. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew. *The American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1094–1100. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>
- Boyatzis, R. E. (1998). Thematic analysis and code development. Transforming qualitative information. USA, California: SAGE publications
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Cecchin, H. F. G., Murta, S. G., de Macedo, E. O. S., & Moore, F. A. (2022). Scoping review of 30 years of suicide prevention in university students around the world: efficacy, effectiveness, and cost-effectiveness. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 35(22), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s41155-022-00227-x>
- Centre of Research Excellence in Suicide Prevention. (2014). *Care after a suicide attempt: A report prepared for the National Mental Health Commission*. NHMRC Centre of Research Excellence in Suicide Prevention. <https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/careafterasuicideattempt02-09-15.pdf>
- Chaib, L. S., Lopez-Castroman, J., & Abbar, M. (2020). Group post-admission cognitive therapy for suicidality vs individual supportive therapy for the prevention of repeat suicide attempts: a randomized controlled trial. *Trials*, 21(889), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04816-y>
- 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. <https://doi.org/10.1080/14780887.2017.1322649>
- Chauvin, A. M. (2022). Learning from the lived experience of resilient survivors of suicidality and suicide attempt: The role of self-managing recovery in building resilience to future adversity. In M. Pompili (Ed.), *Suicide risk assessment and prevention* (p. 1–27). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41319-4_102-1
- Chi, M.-T., Long, A., Jeang, S.-R., Ku, Y.-C., Lu, T., & Sun, F.-K. (2013). Healing and recovering after a suicide attempt: A grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11–12), 1751–1759. <https://doi.org/10.1111/jocn.12328>
- Chopra, J., Hanlon, C. A., Boland, J., Harrison, R. Timpson, H., & Saini, P. (2022). A case series study of an innovative community-based brief psychological model for men in suicidal crisis. *Journal of Mental Health*, 31(3), 392–401. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1979489>
- Dadašev, S. (2017). Mėginusiųjų nusižudyti savižudybės proceso patirtis. [Daktaro disertacija, Vilniaus universitetas]. Prieiga per eLABa. <http://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:24690064/datastreams/MAIN/content>

- de Neris, M., Costanza, A., Besson, M., Greiner, C., Prada, P., & Ambrosetti, J. (2020). Suicidal crisis and suicide prevention: psychopharmacological aspects. *Revue Médicale Suisse*, 16(681), 314–317
- Denneson, L. M., Tompkins, K. J., McDonald, K. L., Britton, P. C., Hoffmire, C. A., Smolenski, D. J., Carlson, K. F., & Dobscha, S. K. (2021). Gender differences in recovery needs after a suicide attempt: A national qualitative study of US military veterans. *Medical Care*, 59(2), S65–S69. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001381>
- Elkins, D. N. (2009). The medical model in psychotherapy: Its limitations and failures. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(1), 66–84. <https://doi.org/10.1177/0022167807307901>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Farr, M. C., Mamluk, L., Jackson, J., Redaniel, M. T., O'Brien, M., Morgan, R., Costello, C., Spencer, J., & Banks, J. P. (2024). Providing men at risk of suicide with emotional support and advice with employment, housing and financial difficulties: A qualitative evaluation of the Hope service. *Journal of Mental Health*, 33(1), 3–13. <https://doi.org/10.1080/09638237.2022.2091756>
- Frey, L. M., Drapeau, C. W., Fulginiti, A., Oexle, N., Stage, D. L., Sheehan, L., Cerel, J., & Moore, M. (2019). Recipients of suicide-related disclosure: The link between disclosure and posttraumatic growth for suicide attempt survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203815>
- Gaffney, A., & Bergmans, Y. (2022). Healing from recurrent suicide attempts: the impact of being a peer facilitator. *Social Work in Mental Health*, 20(5), 542–558. <https://doi.org/10.1080/15332985.2022.2033904>
- Gaily-Luoma, S., Valkonen, J., Holma, J., & Laitila, A. (2022). How do health care services help and hinder recovery after a suicide attempt? A qualitative analysis of Finnish service user perspectives. *International Journal of Mental Health Systems*, 16(52), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00563-6>
- Gysin-Maillart, A., & Michel, K. (2015). *ASSIP—Attempted Suicide Short Intervention Program: A manual for clinicians*. Hogrefe Publishing.
- Hendin, H., Maltsberger, J., & Szanto, K. (2007). The role of intense affects in signaling a suicide crisis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(5), 363–368. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318052264d>
- Higienos institutas. (2023, gegužės 12). *Mirties priežasčių statistika*. <https://www.hi.lt/mirties-priezasciu-statistika/>

- Hom, M. A., Albury, E. A., Gomez, M. M., Christensen, K., Stanley, I. H., Stage, D. L., & Joiner, T. E. (2020). Suicide attempt survivors' experiences with mental health care services: A mixed methods study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(2), 172–183. <https://doi.org/10.1037/pro0000265>
- Hunt, Q. A., Young, T. A., & Hertlein, K. M. (2019). The process of long-term suicide bereavement: Responsibility, familial support, and meaning making. *Contemporary Family Therapy*, 41, 335–346. <https://doi.org/10.1007/s10591-019-09499-5>
- Ilic, M., & Ilic, I. (2022). Worldwide suicide mortality trends (2000-2019): A joinpoint regression analysis. *World Journal of Psychiatry*, 12(8), 1044–1060. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i8.1044>
- Jackson, K. P., Welch, A., & Hopkinson, S. (2020). Back from the brink: The experience of hospital after a suicide attempt, and what happens when you go home. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(7), 560–567. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1710010>
- Kar Ray, M., Gregory, M., Wyder, M., Choudhury, M. A., Geffen, N., Lane, A., Kinsella, K., & Lombardo, C. (2024). Effectiveness of AIMS, a Four-Week Recovery-Oriented Suicide Prevention Pathway. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34, 1–9. <https://doi.org/10.1111/inm.13485>
- Lange, S., Jiang, H., Štelemėkas, M., Tran, A., Cherpitel, C., Giesbrecht, N., Gostautaitė Midttun, N., Jasilionis, D., Kaplan, M. S., Manthey, J., Xuan, Z., & Rehm, J. (2021). Evaluating the impact of alcohol policy on suicide mortality: A sex-specific time-series analysis for Lithuania. *Archives of Suicide Research*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1999873>
- Latakienė, J. (2020). Trumpalaikės bandymo nusižudyti intervencijos programos (ASSIP) tinkamumas taikyti Lietuvoje: pacientų perspektyva [Daktaro disertacija, Vilniaus universitetas]. Prieiga per eLABa: <https://orcid.org/0000-0002-7983-9866>
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2020, rugsėjo 10). Patvirtintas Nacionalinis savižudybių prevencijos veiksmų planas. <https://sam.lrv.lt/lt/naujienos/savizudybes>
- Maple, M., Frey, L. M., McKay, K., Coker, S. & Grey, S. (2020). “Nobody hears a silent cry for help”: Suicide attempt survivors' experiences of disclosing during and after a crisis. *Archives of Suicide Research*, 24(4), 498–516. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1658671>
- Marraccini, M. E., & Pittleman, C. (2022). Returning to school following hospitalization for suicide-related behaviors: Recognizing student voices for improving practice. *School Psychology Review*, 51(3), 370–385. <https://doi.org/10.1080/2372966X.2020.1862628>
- Mastauskaitė, G. (2018). Pagalbos po bandymo nusižudyti veiksmingumo suvokimas [Magistro darbas, Vilniaus universitetas]. Prieiga per eLABa: <https://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:35920840/datastreams/MAIN/content>

- Michaud, L., Dorogi, Y., Gilbert, S., & Bourquin, C. (2021). Patient perspectives on an intervention after suicide attempt: The need for patient centred and individualized care. *PLOS ONE*, 16(2), e0247393. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247393>
- Mirick, R. G., McCauley, J., & Bridger, J. (2023). Integrating trauma-informed principles into suicide prevention, intervention, and postvention. *Practice Innovations*, 8(4), 305–316. <https://doi.org/10.1037/pri0000212>
- Osafo, J., Asare-Doku, W., & Akotia, C. S. (2023). Exploring the role of religion in the recovery experiences of suicide attempt survivors in Ghana. *BMC Psychiatry*, 23(219), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04674-3>
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 181(3), 193–199. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.193>
- Parra-Urbe, I., Blasco-Fontecilla, H., Garcia-Parés, G., Martínez-Naval, L., Valero-Coppin, O., Cebrià-Meca, A., Oquendo, M. A., & Palao-Vidal, D. (2017). Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry*, 17(163), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1317-z>
- Richards, A. S. (2016). Understanding the experiences of college student suicide attempt survivors: A consensual qualitative research exploration [Doctoral dissertation, University of Iowa]. University of Iowa Institutional Repository. <https://ir.uiowa.edu/etd/2136>
- Ridge, D. T., Smith, H., Fixsen, A., Broom, A. & Oliffe, J. (2021). How men step back– and recover– from suicide attempts: A relational and gendered account. *Sociology of Health & Illness*, 43(1), 238–252. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13216>
- Ropaj, E., Haddock, G., & Pratt, D. (2023). Developing a consensus of recovery from suicidal ideations and behaviours: A Delphi study with experts by experience. *PLoS ONE*, 18(9), 1–23. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291377>
- Santos, L. A., Teodoro, M. L. M., & de Oliveira, F. C. (2024). The effectiveness of psychotherapies in reducing further suicide attempts: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Ciencias Psicológicas*, 18(2), e-3667. <https://doi.org/10.22235/cp.v18i2.3667>
- Schechter, M., Ronningstam, E., Herbstman, B., & Goldblatt, M. J. (2019). Psychotherapy with suicidal patients: The integrative psychodynamic approach of the Boston Suicide Study Group. *Medicina*, 55(6), 303. <https://doi.org/10.3390/medicina55060303>
- Sheehan, L., Oexle, N., Armas, S. A., Wan, H. T., Bushman, M., Glover, L., & Lewy, S. A. (2019). Benefits and risks of suicide disclosure. *Social Science & Medicine*, 223, 16–23. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.023>

- Shih, J., Sellers, C. M., Gavis-Hughson, S., Fein, A., & O'Brien, K. (2023). Experiences of inpatient psychiatric nursing care among people who have survived a suicide attempt. *Issues in Mental Health Nursing*, 44(3), 144–151. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2164097>
- Silva, C., McGovern, C., Gomez, S., Beale, E., Overholser, J., & Ridley, J. (2023). Can I count on you? Social support, depression and suicide risk. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(6), 1407–1415. <https://doi.org/10.1002/cpp.2883>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner T. E. Jr. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors: Part 2: suicide-related ideations, communication and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264–277. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
- Sokol, Y., Glatt, S., Levin, C., Tran, P., Rosensweig, C., Silver, C., Hubner, S., Primavera, L., & Goodman, M. (2023). Recovery after a suicidal episode: Developing and validating the recovery evaluation and suicide support tool (RESST). *Psychological Assessment*, 35(10), 842–855. <https://doi.org/10.1037/pas0001269>
- Sokol, Y., Levin, C., Linzer, M., Rosensweig, C., Hubner, S., Gromatsky, M., Walsh, S., Dixon, L., & Goodman, M. (2022). Theoretical model of recovery following a suicidal episode (COURAGE): Scoping review and narrative synthesis. *BJPsych Open*, 8(6), 1–8. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.599>
- Staniforth, B., Ali, B., & Adamson, C. (2024). 'I just want you to listen': People who have experienced suicidal ideation/attempts talk about what they want from their crisis teams. *Qualitative Social Work*, 23(6), 951–969. <https://doi.org/10.1177/14733250231212114>
- Sun, F.-K., Lu, C. Y., Tseng, Y. S., & Chiang, C. Y. (2017). Factors predicting recovery from suicide in attempted suicide patients. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4404–4412. <https://doi.org/10.1111/jocn.13769>
- Sun, F.-K., & Long, A. (2013). A suicidal recovery theory to guide individuals on their healing and recovering process following a suicide attempt. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 2030–2040. <https://doi.org/10.1111/jan.12070>
- Tachikawa, H., Takahashi, S., Nemoto, K., Yonemoto, N., Oda, H., Miyake, Y., Hirayasu, Y., Arai, T., & Kawanishi, C. (2022). Predictive factors for recurrent suicide attempts: Evidence from the ACTION-J study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, 1(2), e7. <https://doi.org/10.1002/pcn5.7>
- Tong, P., Shi, Y. H., Yang, Y., Dong, L. P., Wu, L. L., Sun, T. T., Lu, W., & Zhang, X. Y. (2023). Clinical characteristics, metabolic parameters, and risk factors for suicide attempts vary with untreated major depressive disorder duration. *Depression and Anxiety*, 2023, 4869276. <https://doi.org/10.1155/2023/4869276>

- Wang, W., & Zhang, J. (2023). Social support, psychological strain, and suicidality: Evidence from Chinese universities. *Psychology in the Schools*, 61(1), 205–219.
<https://doi.org/10.1002/pits.23047>
- Williams, S. M., Frey, L. M., Stage, D. L., & Cerel, J. (2018). Exploring lived experience in gender and sexual minority suicide attempt survivors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(6), 691–700. <https://doi.org/10.1037/ort0000334>
- Willig, C. (2019). What can qualitative research contribute to psychological knowledge? *Psychological Methods*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/met0000218>
- World Health Organisation. (2022, December 8). *Suicide mortality rate (per 100 000 population)*. <https://data.who.int/indicators/i/16BBF41>
- World Health Organisation. (2023, August 28). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Wright, A. M., Lee, S. J., Rylatt, D., Henderson, K., Cronje, H. -M., Kehoe, M., & Stafrace, S. (2021). Coordinated assertive aftercare: Measuring the experience and impact of a hybrid clinical/non-clinical post-suicidal assertive outreach team. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100133. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100133>
- Zisook, S., Domingues, I., & Compton, J. (2023). Pharmacologic approaches to suicide prevention. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 21(2), 137–144.
<https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220076>



Vilniaus
universitetas

MOKSLINIO TYRIMO ANKETA

Kviečiame dalyvauti tyrime, kurį atlieka Vilniaus universiteto Psichologijos instituto mokslininkai. Šiuo tyrimu norime atskleisti, kas padeda asmenims atsigauti po savižudybės krizės išgyvenimo. Tyrimui atlikti gautas Vilniaus universiteto Psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimas, kuris nurodo, kad tyrimas bus atliekamas laikantis aukštų tyrimų etikos standartų.

Šiame tyrime kviečiame dalyvauti asmenis, kurie neseniai išgyveno savižudybės krizę ir šiuo metu gauna gydymą Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre (VMPSC).

Kodėl atliekamas šis tyrimas?

Vilniaus universiteto Psichologijos instituto mokslininkai vykdo šį tyrimą kaip baigiamojo magistro darbo dalį. Tyrimu siekiama atskleisti, kokie veiksniai, šiuo metu taikant gydymą sveikatos priežiūros įstaigoje po savižudybės krizės išgyvenimo, padeda asmenims po šios krizės atsigauti.

Ar aš privalau dalyvauti tyrime?

Ne. Prieš priimdamas (-a) sprendimą dalyvauti ar ne, galite užduoti klausimus apie tyrimą. Jei Jūs sutiksite dalyvauti, bet kuriuo metu galėsite pasitraukti iš tyrimo, nenurodydamas (-a) priežasties ir nepatirdamas (-a) neigiamų padarinių – tai niekaip nepaveiks Jums taikomo gydymo (VMPSC). Apie savo sprendimą galėsite pranešti mums arba VMPSC darbuotojams. Jūs galite pasitraukti iš tyrimo ir atsiimti bet kokią informaciją, kuria pasidalijote su mumis, per 30 dienų nuo dalyvavimo tyrime dienos.

Kokia bus tyrimo eiga, jei aš sutiksiu dalyvauti tyrime?

Jūs būsite pakviestas (-a) dalyvauti viename pokalbyje, kuris vyks Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre. Kai atvyksite į susitikimą, aptarsime tyrimo procedūras ir suteiksime galimybę užduoti bet kokius klausimus, susijusius su tyrimu. Vėliau paprašysime Jūsų užpildyti informuoto dalyvio sutikimo formą.

Pokalbis turėtų trukti iki 1 valandos 30 minučių. Taip pat galite paprašyti bet kuriuo metu atšaukti sutikimą dalyvauti tyrime arba nutraukti pokalbį. Turėdami Jūsų sutikimą, norėtume padaryti garso įrašą, kad galėtume tiksliai atkurti Jūsų mintis.

Kaip bus naudojama mano pateikta informacija?

Jūsų pateikta informacija bus konfidenciali, pokalbio metu nerinksime apie Jus jokios asmeninės, padedančios Jus identifikuoti informacijos. Informuoto asmens sutikimo formoje pateikti Jūsų asmeniniai duomenys bus laikomi atskirai nuo garso įrašų bei kitos tyrimo metu gautos informacijos. Visi duomenys bus tvarkomi ir saugomi remiantis Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymu ir Vilniaus universiteto dokumentų saugojimo ir tvarkymo taisyklėmis. Prie Jūsų pateiktos informacijos turės prieigą tik šio tyrimo tyrėjai. Mokslinėse publikacijos, paremtose tyrimo metu gauta informacija, bus naudojami nuasmeninti ir užkoduoti visų tyrimo dalyvių duomenys, t. y. nebus galima identifikuoti atskirų asmenų.

Kaip bus naudojami projekto metu gauti rezultatai?

Tyrimo rezultatai bus naudojami rengiant mokslines publikacijas.

Ar yra kokia nors nauda dalyvaujant tyrime?

Dalyvaudami šiame tyrime padėsite tyrimo vykdytojams geriau suprasti, kas žmonėms padeda atsigauti išgyvenus savižudybės krizę. Be to pasidalinimas savo išgyvenimais gali padėti įprasminti savo patirtį, o tai dažnai prisideda prie emocinės savijautos gerėjimo.

Ar dalyvavimas tyrime sukelia kokią nors riziką?

Šiame tyrime Jūsų prašysime pasidalinti apie išgyvenimus, susijusius su patirta savižudybės krize. Dėl to gali kilti rizika patirti neigiamus jausmus ir mintis. Tuo atveju, jei patirtumėte neigiamus išgyvenimus pokalbio metu ar po jo, iš karto turėsite galimybę pasikalbėti su Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro psichologu bei gauti reikiamą pagalbą. Be to, jei kiltų neigiamų jausmų, kviečiame apie tai pasikalbėti su tyrimo vykdytoju. Taip pat šios anketos pabaigoje rasite informaciją apie kitas emocinės paramos galimybes, kuriomis galėtumėte pasinaudoti, jei jaustumėte tam poreikį.

Kontaktiniai duomenys

Jei turite klausimų apie tyrimą, nedvejodami susisieki su tyrėjų komandos vadovu prof. dr. Pauliumi Skruibiu el. paštu: paulius.skruibis@fsf.vu.lt

Jei perskaitėte visą aukščiau pateiktą informaciją, neturite klausimų ir sutinkate dalyvauti tyrime, perskaitykite toliau pateiktus teiginius ir patvirtinkite savo sutikimą dalyvauti tyrime.

Interviu klausimai

- 1) Gal galite papasakoti, kas atsitiko, kad patekote į šią ligoninę?
 - a) [*Jeigu pats nepradedu apie tai kalbėti*]: ar tai buvo susiję su jūsų mintimis apie savižudybę? Gal galite papasakoti plačiau?
 - b) Kaip jūs priėjote prie šios krizės?
- 2) Ko tikėjotės, kai atvykote į ligoninę?
- 3) Kaip pasikeitė jūsų savijauta nuo tada, kai atsidūrėte šioje ligoninėje?
 - a) Kas konkrečiai iš gaunamo gydymo labiausiai jums padėjo/padeda?
 - b) Kas iš gaunamo gydymo nepadėjo ar pasirodė netinkama jums?
 - c) Kas dar, be gydymo šioje ligoninėje, prisidėjo prie jūsų savijautos pokyčių?
- 4) Kokios dar pagalbos jums reikėtų?
 - a) Ligoninėje?
 - b) Už ligoninės ribų?
- 5) Kas, jūsų manymu, apskritai labiausiai padeda žmogui, ką tik išgyvenusiam savižudybės krizę?
- 6) Ar norėtumėte dar ką nors pridurti šia tema?



Vilniaus
universitetas

INFORMUOTO ASMENS SUTIKIMO FORMA

		Jei sutinkate, pažymėkite varnelę	Jei nesutinkate, pažymėkite varnelę
1.	Aš patvirtinu, kad perskaičiau ir suprantu visą aukščiau pateiktą informaciją. Turėjau galimybę užduoti klausimus ir į juos gauti atsakymus.	☐	☐
2.	Aš esu informuota (-as), kad mano dalyvavimas yra savanoriškas ir kad galiu iš tyrimo pasitraukti bet kuriuo metu, nenurodydama (-as) priežasties bei nepatirdama (-as) jokių neigiamų padarinių.	☐	☐
3.	Aš esu informuota (-as), kas turės prieigą prie mano pateiktų asmens duomenų ir kaip tie duomenys bus saugomi.	☐	☐
4.	Sutinku, kad šiame moksliniame tyrime surinkti duomenys būtų analizuojami, apibendrinami ir publikuojami moksliniais	☐	☐
5.	Aš esu informuota (-as), kur kreiptis dėl tyrimo.	☐	☐
6.	Aš sutinku, kad būtų daromas garso įrašas.	☐	☐
7.	Aš esu informuota (-as), kaip garso įrašai bus naudojami apibendrinant tyrimų rezultatus.	☐	☐
8.	Aš sutinku, kad mano pasisakymai / citatos būtų cituojamos tik nenurodant mano asmens duomenų.	☐	☐
9.	Aš sutinku dalyvauti tyrime.	☐	☐

Dalyvio vardas, pavardė

Data

Parašas

Atsakingo asmens vardas, pavardė

Data

Parašas