



VILNIAUS UNIVERSITETAS
FILOSOFIJOS FAKULTETAS
PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS
Klinikinės psichologijos katedra

Greta Mastauskaitė

Pagalbos po bandymo nusižudyti veiksmingumo suvokimas

Magistro darbas

Klinikinės psichologijos studijų programa

Darbo vadovas: doc. dr. Paulius Skruibis

Konsultantė: dokt. Jolanta Latakiienė

Vilnius 2018

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS	6
PRATARMĖ	7
1. ĮVADAS	9
1.1. Savižudybių prevencijos iššūkiai ir daugialypiškumas	9
1.1.1. Sveikatos priežiūros specialistų vaidmuo savižudybių prevencijoje.....	10
1.2. Bandymo nusižudyti psichologinė samprata	12
1.2.1. Savižudiško elgesio samprata.....	12
1.2.2. Bandymo nusižudyti ir psichikos sutrikimų ryšys su savižudybėmis	13
1.3. Pagalba po bandymo nusižudyti	14
1.3.1. Psichologinių intervencijų po bandymo nusižudyti veiksmingumas	14
1.3.2. Kokybinių tyrimų svarba	19
1.4. Tyrimo tikslas ir uždaviniai	20
2. TYRIMO METODIKA	21
2.1. Tyrimo dalyviai.....	21
2.2. Tyrimo metodai ir eiga	23
2.3. Duomenų analizė	26
2.4. Etiniai tyrimo aspektai	27
2.5. Tyrimo kokybė ir validumas	28
3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS.....	30
3.1. Pagalbos teigiamas poveikis	32
3.2. Pagalbos siekimas ir sunkumai priimant pagalbą	34
3.2.1. Jausmai susiję su mėginimu nusižudyti.....	34
3.2.2. Pagalbos siekimas ir savarankiškumas	35
3.2.3. Sunkumai priimti pagalbą: beviltiškumas, nenoras kalbėti apie problemas.....	35
3.2.4. Asmeninių savybių ir jausmų įtaka gaunamai pagalbai	37
3.3. Profesionalaus, lygiaverčio santykio su specialistu svarba	37
3.4. Nepagarbaus santykio ir pernelyg griežtų gydymo būdų kenksmingumas	39
3.5. Savižudybėms specifinės psichologinės pagalbos veiksmingumo elementai.....	42
3.6. Nevienareikšmiškas vaistų veiksmingumas.....	43
3.7. Skirtingi pagalbos po ligoninės poreikiai	44
3.8. Pagalbos veiksmingumą galintys padidinti veiksniai	45
3.8.1. Savalaikės pagalbos poreikis	45
3.8.2. Poreikis prienamesnei ir dažnesnei pagalbai.....	46

3.8.3. Didesnis specialistų pasirengimas darbui su suicidiškais asmenimis.....	47
4. REZULTATŲ APIBENDRINIMAS	48
Tyrimo ribotumai ir rekomendacijos tolimesniems tyrimams	50
IŠVADOS	52
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	53
LITERATŪRA	54
PRIEDAI	60
1 priedas. Informuotas sutikimas.....	60
2 priedas. Informacinis lapelis dalyviui ir padėka.....	61
3 priedas. Transkribavimo sutartiniai ženklai	62
4 priedas. Teminės analizės būdu išskirtų kategorijų ir temų sąrašas.	64
5 priedas. Etikos leidimas atlikti psichologinį tyrimą	72

SANTRAUKA

Pagalbos po bandymo nusižudyti veiksmingumo suvokimas

Greta Mastauskaitė

Vilniaus Universitetas

Vilnius, 2018

61 puslapis

Yra žinoma, jog bandžiusių nusižudyti asmenų vėlesnės mirties dėl savižudybės rizika yra didesnė. Nors šiai populiacijai yra taikomos įvairios intervencijos po bandymo nusižudyti, pastebima, jog trūksta empirinių duomenų apie jų veiksmingumą. Šio tyrimo tikslas yra pamėginti suprasti ir atskleisti bandžiusiųjų nusižudyti asmenų gautos pagalbos patyrimą bei tos pagalbos veiksmingumo suvokimą. Šiame kokybine metodologija grįstame tyrime buvo atlikti pusiau struktūruoti interviu su 7 asmenimis po bandymo nusižudyti. Tyrime dalyvavo penkios moterys ir du vyrai, jų amžiaus vidurkis 26 metai. Visi tyrimo dalyviai dalyvavo specializuotoje pagalbos po mėginimo nusižudyti programoje ASSIP (*angl.* Attempted Suicide Short Intervention Program). Duomenų analizei buvo taikyta teminė analizė pagal Boyatzis (1998). Atskleisdami bendrą pagalbos poveikį tyrimo dalyviai pabrėžė, jog ji išgelbėjo gyvybę, padėjo geriau suprasti savo sunkumus ir išvengti dar vieno mėginimo nusižudyti. Duomenyse atsispindėjo ir jausmai susiję su mėginimu nusižudyti – poreikis susitaikyti, bei abejonės dėl išgyvenimo. Atsiskleidę sunkumai priimti pagalbą – beviltiškumas, nenoras kalbėti apie problemas. Taip pat dalyviai akcentavo santykio su specialistais svarbą – jie įvardino, jog padėjo lygiavertiškas, bendradarbiavimu pagrįstas, profesionalus bei saugus santykis. Tuo tarpu, nepadėjo nepagarbus santykis bei taikyti pernelyg griežti gydymo būdai (tokie kaip izoliacija, fiksacija ir kt.). Savižudybėms specifinės psichologinės pagalbos veiksmingumo elementais tyrimo dalyvio laikė – krizės ženklų pastebėjimą ir žinojimą, ką su tuo daryti, saugumo plano sukūrimą, realistiškų bei trumpalaikių planų kūrimą, konkretumą ir tai, jog buvo derinami keli pagalbos būdai. Vaistų poveikis buvo vertinamas nevienareikšmiškai. Išsiskyrė ir skirtingi pagalbos poreikiai po ligoninės – vieni dalyviai išsakė savarankiškumą ir nenorą tęsti gydymą, kiti jautė tolesnės psichologinės pagalbos poreikį. Galiausiai, tyrimo dalyvių nuomone, pagalbos veiksmingumą didintų jos savalaikiškumas – iki atsirandant mintims apie savižudybę, žinojimas apie pagalbos prieinamumą, taip pat ilgesnės bei dažnesnės konsultacijos su psichikos sveikatos specialistais.

Raktiniai žodžiai: bandymas nusižudyti, sveikatos priežiūra, savižudybė, savižudybių prevencija

SUMMARY

Understanding of an attempted suicide healthcare effectiveness

Greta Mastauskaitė

Vilnius University

Vilnius, 2018

61 pages

It is well known that suicide attempters have a higher risk of death by suicide. Various interventions are applied after a suicide attempt, though we still lack empirical evidence for their effectiveness. This research aims to understand and reveal suicide attempters' understanding of healthcare effectiveness. This research is based on qualitative methodology. Semi-structured interviews were conducted with 7 participants – 5 females, 2 males (average age was 26). All of them took part in Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). Qualitative data analysis was based on thematic analysis by Boyatzis (1998). Results revealed that impact of help was perceived as life-saving, helping to avoid further suicide attempt and providing better understanding of one's difficulties. Feelings related to suicide attempt, personal characteristics and unwillingness to talk about one's problems formed barriers to accept help even though it was sought. Participants stressed the importance of their relationship with healthcare staff – they reported benefits of an equal, collaborative, professional and safe relationship. Meanwhile, a disrespectful relationship and overly strict treatment methods (such as isolation, fixation, etc.) were evaluated as harmful. As effective elements of the suicide-specific psychological aid were named noticing signs of crisis, creation of a safety plan, realistic and short-term goals, specificity and variety of methods being used. Effectiveness of pharmacological treatment was ambiguous. Needs for help after the discharge from hospital varied – some were reluctant to continue treatment and felt self-sufficient, others felt the need for further psychological help. According to participants, the effectiveness of help could be increased by its timeliness – receiving help before the onset of suicidal thoughts, knowing about help availability and also, by longer, more frequent consultations with mental health specialists.

Keywords: suicide attempt, health care, suicide, suicide prevention

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Bandymas nusižudyti (angl. *suicide attempt*) – į save nukreiptas save žalojantis elgesys, kurio imasi žmogus su ketinimu numirti, tačiau tas elgesys nesibaigia mirtimi (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carol & Joiner, 2007b). Darbe kaip sinonimas bus naudojamas ir terminas „mėginimas nusižudyti“.

Savižudybė (angl. *suicide*) – savo paties veiksmais sukelta mirtis, kurių imtasi su aiškiu ketinimu numirti (Silverman et al., 2007b).

Sveikatos priežiūros įstaiga - įstaiga ar įmonė, įstatymų bei teisės aktų nustatyta tvarka akredituota sveikatos priežiūros paslaugoms ir patarnavimams teikti (Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996).

PRATARMĖ

Per pastaruosius 45 metus savižudybių dažnis pasaulyje pakilo 60 proc. Pasaulinės sveikatos organizacijos duomenimis, 2015 m. buvo užfiksuota 788 000 mirčių, įvykusių dėl savižudybės (WHO, 2017). Europos Sąjungos vidurkis 2014 m. buvo 11 savižudybių 100 tūkst. gyventojų (Eurostat, 2017). Ne paslaptis, kad savižudybių problema yra opi ir Lietuvoje. Per 2017 m. Lietuvoje nusižudė 748 asmenys – tai yra 26,4 savižudybės 100 tūkst. gyventojų (Higienos institutas Sveikatos informacijos centras, 2018). Taigi matome, kad mūsų šalies rodiklis maždaug 2,5 kartų lenkia Europos Sąjungos vidurkį. Nepaisant įrodymų, jog daugumos mirčių, kilusių dėl savižudybės, galima išvengti, dažnai ir su mažai išlaidų reikalaujančiomis intervencijomis, valdžia ir įstatymų leidėjai visame pasaulyje savižudybėms pernelyg dažnai suteikia žemą prioritetą (Ljušic et al., 2016). Taip pat svarbu paminėti ir tai, jog kiekviena savižudybė vidutiniškai paliečia 6 nusižudžiusiojo artimuosius, taip sukurdama ir jų gyvenimus (Shneidman, 2002). Taigi tai yra ypatingai opi mūsų visuomenės socialinė ir sveikatos problema, kuri kasmet paliečia nemažą skaičių šalies gyventojų.

Anksčiau buvęs mėginimas nusižudyti yra vienas svarbiausių rizikos faktorių savižudybei (WHO, 2014). Asmenys iškart po mėginimo nusižudyti išlieka aukštoje rizikoje pakartotiniams bandymams (Bryan, Johnson, Rudd & Joiner, 2008). Yra žinoma, jog mėginimų nusižudyti įvyksta žymiai daugiau nei pačių savižudybių (Silverman et al., 2007b). Sunku įvertinti, kiek egzistuoja bandymų nusižudyti, nes dalis jų dėl vienu ar kitu priežasčių tiesiog nebūna užfiksuojami, pavyzdžiui, tokiais atvejais, jeigu žmogus po bandymo nepatenka į sveikatos priežiūros įstaigą. Tačiau remiantis įvairiais šaltiniais, kiekvienai mirčiai dėl savižudybės gali tekti iki 20 mėginimų (WHO, 2014). Dėl akivaizdžių priežasčių, nėra įmanoma tiesiogiai tirti žmones, kurie jau yra mirę dėl savižudybės, todėl svarbu tirti esančius ypatingai aukštoje rizikoje – bandžiusius nusižudyti asmenis. Yra žinoma, jog veiksmingos intervencijos po mėginimo nusižudyti gali reikšmingai sumažinti nusižudymo tikimybę ateityje (Kirkpatrick, Brasch, Chan & Kang, 2017). Tačiau mokslinėje erdvėje trūksta sutarimo dėl psichologinių intervencijų, taikomų suicidiniam elgesiui, veiksmingumo, dėl empirinių duomenų trūkumo (Calati & Courtet, 2016; Brown & Green, 2014). Rekomenduojama atlikti daugiau psichoterapijos tyrimų, siekiant išsiaiškinti, kokie terapijos proceso faktoriai yra veiksmingiausi suicidiškumo mažinime. Taip pat pastebimas didelis poreikis veiksmingų trumpalaikių intervencijų (Michel, Valach & Gysin-Maillart, 2017).

Svarbu paminėti ir tai, jog moksliniai tyrimai nagrinėjantys pagalbos po bandymo nusižudyti veiksmingumą, dažniausiai yra atliekami šalyse su žemu savižudybių rodikliu bei turinčiose pakankamai išvystytą pagalbos sistemą (Castroman et al., 2015; Bennewith et al., 2014., Cebria et al., 2013). Todėl nėra aišku, ar panašūs rezultatai būtų gaunami ir populiacijose su aukštais rodikliais,

pavyzdžiui, Lietuvoje. Tad matyti, jog sėkmingam intervencijų pritaikymui Lietuvos kontekste reikalingi papildomi tyrimai.

Savižudybė yra vyraujanti išankstinės, bet išvengiamos mirties priežastis (Jahn, Quinnett & Ries, 2016). Taigi, turint omenyje, kad mėginimai nusižudyti yra vienas iš pačių svarbiausių ir reikšmingiausių savižudybės rizikos faktorių, yra svarbu tirti būtent šią populiaciją, kad būtų galima suprasti, kokie yra šių žmonių pagalbos poreikiai, kas tą pagalbą daro veiksminga ir kaip įgytos žinios galėtų padėti kurti veiksmingas pagalbos strategijas.

1. ĮVADAS

1.1. Savižudybių prevencijos iššūkiai ir daugialypiškumas

Savižudybė yra sudėtingas reiškinys, kuriam įtakos gali turėti genetiniai, biologiniai, psichologiniai, socialiniai ir kultūriniai faktoriai, dažnai susiję ir su traumos ar netekties patyrimu (Zalsman et al., 2016). Dėl tokio priežasčių daugialypiškumo nestebina tai, kad jokia viena savižudybių prevencijos strategija nėra aiškiai veiksmingesnė už kitas. Taip gali būti aiškinami ir duomenys, jog joks vienas rizikos faktorius, kuris yra statistiškai reikšmingai susijęs su savižudybių padidėjimu (pavyzdžiui, savižalos patirtis ar prislėgta nuotaika), nesuteikia jokios praktinės naudos bandant prognozuoti, kuris konkretus žmogus galimai nusižudys. Dėl to prevencinės strategijos turi būti daugiafaktorinės ir pritaikytos individualiems asmenims.

Priešingai nei eismo saugumas, kuris turi aiškia sistemą kaip sumažinti mirtingumą dėl eismo įvykių, savižudybių prevencijai trūksta tokios aiškios ir strategišką struktūros. Taip gali būti dėl to, kad trūksta stiprių bei įrodymais pagrįstų veiksmingų strategijų skirtingose aplinkose (Calear et al., 2016). Tiesioginė savižudybių prevencija – tai teisingas diagnozavimas ir tų sutrikimų gydymas, kurie ypač didina savižudybės riziką. Tarp tokių sutrikimų yra depresija, alkoholizmas ir kitos priklausomybės. Taip pat būtina teikti pagalbą žmonėms su aukštais suicidinės rizikos rodikliais, išgyvenantiems krizę, nes akivaizdu, jog tai irgi gali vesti į savižudybę.

Kalbant apie savižudybių prevenciją, yra išskiriami treji jos lygmenys. Pirminė prevencija yra nukreipta į siekimą užkirsti kelią naujiems atvejams. Antrinės prevencijos tikslas yra sumažinti mėginimų nusižudyti tikimybę individams, turintiems aukštą riziką. Tuo tarpu, tretinė prevencija siekia mažinti mėginimų nusižudyti pasekmes (Sher, 2004). Pasaulinės, įrodymais pagrįstos savižudybių prevencijos intervencijos taip pat yra skirstomos į universalias, selektyvias ir indikacines intervencijas. Universalios yra sukurtos tam, kad pasiektų visą populiaciją siekiant didinti jos sveikatą ir minimizuoti savižudybės riziką, pašalinant pagalbos barjerus ir didinant priėjimą prie pagalbos, stiprinant apsauginius procesus, tokius kaip socialinė parama ar fizinės aplinkos pakeitimas. Selektyvios prevencijos strategijos yra nukreiptos į pažeidžiamas grupes populiacijoje, remiantis tokiomis charakteristikomis kaip amžius, lytis, užimtumo statusas ar šeimos istorija. Indikacinės prevencijos strategijos nukreiptos į ypatingai pažeidžiamus individus populiacijoje (WHO, 2014). Matyti, jog yra išvystyti savižudybių prevencijos lygmenys, tačiau kyla klausimų, kaip būtų galima labiau į juos įtraukti asmenis su aukšta savižudybės rizika, kurie nesikreipia pagalbos.

Siekiant padrašinti kreiptis pagalbos asmenis esančius savižudybės rizikoje, yra svarbios visuomenės švietimo programos, kurios skatina pagalbos ieškojimą šioje žmonių grupėje ir

nestigmatizuoja savižudybės. Taip pat kalbant apie psichikos sveikatos paslaugų prieinamumą, svarbus ir kitų barjerų įveikimas, pavydžiui stigmatos mažinimas dėl kreipimosi į psichikos sveikatos specialistus (Barnes et al., 2001). Taigi, galime pastebėti, jog siekiant sumažinti savižudybių dažnį, yra išvystytų visuotinių prevencinių programų pasauliniu lygiu, tačiau svarbu atkreipti daugiau dėmesio, kaip būtų galima paskatinti žmones, turinčius savižudybės riziką, jomis naudotis. Manome, jog tam didelę reikšmę gali turėti sveikatos priežiūros įstaigų specialistų vaidmuo, kuris ir bus aptartas toliau.

1.1.1. Sveikatos priežiūros specialistų vaidmuo savižudybių prevencijoje

Tyrimai rodo, kad kontaktavimas su gydytojais prieš nusižudant arba bandant nusižudyti nėra retas. Tarp nusižudžiusių nuo 24 proc. iki 69 proc. kreipėsi į psichiatrus arba šeimos gydytojus mėnesio laikotarpyje prieš nusižudydami (Barnes, Ikeda & Kresnow, 2001). Lietuvoje neseniai atliktas tokio pobūdžio tyrimas taip pat patvirtina šiuos duomenis – paskutiniaisiais metais iki savižudybės apie 80 proc. nusižudžiusių lankėsi sveikatos pražiūros įstaigose (Dirmotaitė, 2017). Barnes ir kolegų atliktame tyrime (2001) net 63 proc. bandžiusių nusižudyti ieškojo pagalbos dėl sveikatos ir emocinių problemų, tačiau buvo pastebėta ir tai, jog minėto tyrimo dalyviai dažniau kreipėsi į draugus ir šeimos narius nei į profesionalius specialistus. Tokius rezultatus galima suprasti tuo atžvilgiu, jog iš tikrųjų žmogui esant krizinėje situacijoje gali labiau norėtis kreiptis į artimus žmones, kuriais pasitikima, o ne į nepažįstamus specialistus. Tačiau žinoma ir tai, jog artimieji gali ne visuomet žinoti kaip padėti, gali išsigąsti ir imti vengti savižudybės temos, tad tokiu atveju yra svarbu, kad žmogus gautų ir tinkamą specialistų pagalbą. Papildant tai, tokie duomenys, jog dažniau kreipiamasi į kitus artimus žmones nei į sveikatos priežiūros specialistus, iliustruoja kaip svarbu šios srities profesionalams dėti didesnes pastangas visuomenės švietimui ir mokymui kaip atpažinti savižudybės rizikos ženklus bei padedančias reakcijas į juos ir didinti visuomenės pasitikėjimą sveikatos priežiūros sistema tam, jog būtų skatinamas didesnis pagalbos siekimas ištikus krizei.

Kaimyninėje Latvijoje atliktame tyrime paaiškėjo, kad labiausiai prašyti pagalbos priešinasi vyresnio amžiaus vyrai, o ši amžiaus grupė išreiškia daugiausiai norų numirti bei aukštą gyvenimo nuovargio lygį (Rancans, Lapinš, Renberg & Jacobsson, 2003). Tokie duomenys atitinka ir Lietuvos statistiką – 2017 m. daugiausiai savižudybių įvyko 55 – 69 metų vyrų grupėje (Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys, 2018). Gali būti, jog tokiems duomenims turi įtakos tradicinė vyriškumo samprata, dėl kurios pastebimas neigiamų emocijų slopinimas ar neigimas, bijant pasirodyti silpnu ir nevyrišku, o tai išties gali trukdyti siekti pagalbos bei ją priimti. Tačiau, paminėtina ir tai, jog tame pačiame Latvijoje vykdytame tyrime buvo rasta, jog asmenys kartą gavę pagalbos iš kitų, žymiai labiau tikisi jos gauti ir ateityje – 80 proc. visų respondentų, nepriklausomai

nuo lyties, kartą jau prašė pagalbos ir 64 proc. tikėjosi jos sulaukti ir ateityje (Rancans et al., 2003). Taigi, teigiamas pagalbos patyrimas gali mažinti barjerus jos siekti ir kitą kartą kilus sunkiems išgyvenimams.

Yra žinoma, jog daugelis sveikatos priežiūros specialistų susiduria su suicidiškais pacientais. Anot Jahn, Quinnett ir Ries (2016), daugiau nei 90 proc. psichikos sveikatos specialistų kažkuriuo metu savo profesinėje karjeroje dirba su suicidiškais asmenimis. Beveik pusė (apie 40 proc.) šių specialistų kaip trūkumą įvardina tai, jog jiems trūksta specifinių žinių dirbant su suicidiškais pacientais. Kalbant apie specialistų perspektyvą, tame pačiame tyrime paaiškėjo, jog terapeutų didžiausia išsakoma baimė tokiam darbe yra paciento savižudybė. Tai atrodo natūralu ir suprantama, tačiau dirbant su suicidiškais pacientais, tokia neįsisąmoninta baimė gali vesti į savižudybės temos vengimą, nepilną rizikos įvertinimą, paviršutiniškas intervencijas, taipogi, padidėję specialisto nerimo simptomai gali pakenkti terapiniam santykiui su pacientu (Jahn et al., 2016). Dėl šių priežasčių ir dėl to, kad daug specialistų nėra tinkamai paruošti įvertinti ir valdyti suicidinę riziką, yra be galo svarbu giliau išnagrinėti specialistų baimes ir komfortą dirbant su suicidiškais pacientais. Vertėtų mėginti suprasti ir tokios baimės ryšius su profesinio mokymosi vengimu. Toks žinojimas padėtų labiau įtraukti sveikatos priežiūros specialistus į apmokymus, kad jie taptų kompetentingesni įvertinant suicidinę riziką ir ją valdant. Tai savo ruožtu galėtų padėti sumažinti tą baimę dirbti su suicidiškais pacientais – to paties anksčiau minėto tyrimo rezultatai parodė, jog kuo labiau specialistai manė turintys pakankamą pasiruošimą darbui su suicidiškais pacientais, tuo labiau jie jautė aukštesnį komforto lygį, labiau pasitikėjo savo įgūdžiais ir žiniomis (Jahn et al., 2016).

Svarbu didinti sveikatos priežiūros specialistų teikiamos pagalbos kokybę, kadangi dažnai po mėginimo nusižudyti žmonės yra hospitalizuojami į somatinio profilio ligonines. Atsižvelgiant į tuometinę jų fiziologinę būklę, dažnai didžiausias dėmesys būna skiriamas jų bendrai sveikatai ir medicininėms problemoms įveikti, o tuo tarpu psichologinei gerovei skiriamas minimalus dėmesys (Hawton et al., 2009). Ne mažiau svarbu yra turėti tinkamą pasiruošimą padedant atsigauti tiems asmenims, kurie yra po bandymo nusižudyti ir tiki, jog mirtis yra vienintelis pasirinkimas galintis palengvinti jų psichologinį skausmą. Laikas iškart po mėginimo nusižudyti yra emociškai sudėtingas metas, kadangi žmonės yra ne tik nusivylę gyvenimo aplinkybėmis, bet ir galimai jaučiantys frustraciją, pasimetimą dėl nepavykusio bandymo nusižudyti. Tokie žmonės neretai išgyvena kupiną vidinės sumaišties laikotarpį – jie gydomi nuo pačių sau sukeltų sužalojimų, nuo kurių dažnai nejaučia noro būti pagydytais (Guptill, 2011). Taigi yra labai svarbu, kad suicidinę krizę išgyvenantiems ir po mėginimo nusižudyti į somatinių ligoninių skyrius patekusiems žmonėms būtų užtikrinta ne tik skubioji medicininė pagalba, bet ir psichikos sveikatos specialistų konsultacijos. Bendradarbiavimas tarp sveikatos priežiūros specialistų, įskaitant psichikos sveikatos profesionalus bei pirminės

sveikatos priežiūros specialistus, yra laikomas galima, prieinama ir veiksminga pagalba, siekiant sumažinti suicidines mintis, lyginant su standartine sveikatos priežiūra bendroje suaugusiųjų populiacijoje (Zalsman et al., 2016).

Kalbant apie pačią hospitalizaciją, Chan, Kirkpatrick ir Brasch (2017) kokybine metodologija pagrįstame tyrime, hospitalizacija ir tinkama psichikos sveikatos parama buvo pabrėžta kelių dalyvių kaip lemiamas posūkis nuo buvimo suicidišku link atsigavimo. Kai kurie iš jų įvardijo hospitalizacijos metu suformavę stiprius ryšius su psichikos sveikatos specialistais ir tai sukėlė viltį atsistatymui. Taigi matome, jog psichikos sveikatos priežiūros specialistų ir kito personalo vaidmuo yra ypatingai svarbus, siekiant padėti atsigauti bandžiusiems nusižudyti asmenims, iškart po įvykio.

1.2. Bandymo nusižudyti psichologinė samprata

1.2.1. Savižudiško elgesio samprata

Siekiant suprasti savižudybių problemą ir kokia pagalba gali būti veiksmingiausia jai spręsti, svarbu išsiaiškinti kaip apibrėžiama savižudybė, savižudiškas elgesys bei bandymai nusižudyti ir suicidinis mąstymas. Savižudybė – tai nėra šalto ir blaivaus apsisprendimo rezultatas, o asmenybės krizės pasekmė (Gailienė, 1998). Jis įvykdomas laisva valia, kad žmogus pabėgtų iš situacijos namuose, mokykloje ar socialinėje aplinkoje, kurią jis laiko nepakeliama. Tai bėgimas nuo nepakeliamo skausmo, kai nebematoma kitų būdų jo išvengti. Vienas pirmųjų suicidologų, E. S. Shneidman, savižudybes laikė tiesioginiu rezultatu tokio nepakeliamo psichologinio skausmo (Shneidman, 2002). Šis skausmas gali būti aiškinamas kaip patyrimo, keliančio grėsmę savasties jausmui, rezultatas (Michel, Valach & Gysin-Maillart, 2017). Kol kas apie savižudybę kalbėjome kaip apie veiksma, tačiau kiti autoriai šį reiškinį apibūdina plačiau – kaip daugybę varijuojančio elgesio pasireiškimų (Silverman et al., 2007a). Tokiais pasireiškimais gali būti laikomos savižudiškos mintys, ketinimai, gestai, mėginimai nusižudyti, patys nusižudymai ir kitos panašios elgesio apraiškos. Taigi, svarbu savižudybę laikyti elgesiu, ne diagnoze ar sutrikimu ir nepamiršti, jog visas elgesys yra daugiamatis bei gali būti nulemtas daugybės priežasčių.

Pats suicidinis elgesys klasifikuojamas kaip mąstymas, komunikacija ir elgesys, kuris yra inicijuojamas paties žmogaus, turint tam tikro laipsnio ketinimą numirti (Van Orden et al., 2010). Suicidinis mąstymas apibrėžiamas kaip mintys ir idėjos apie mirtį, savižudybę ir rimtą save žalojančią elgesį, taip pat ir mintys, susijusios su nusižudymu bei tokio elgesio pasekmėmis (Reynolds & Mazza, 1999). Suicidinio elgesio tyrimų literatūroje yra pastebima metodologinė problema, jog neretai yra sujungiami į vieną bandymo nusižudyti ir nesuicidinės tyčinės savižalos elgesio terminai, nors toks elgesys iš prigimties skiriasi (Welch, 2001). Kadangi savižudybė reiškia tyčinį susižalojimą

pasibaigiantį mirtimi, bet koks prasmingas savižudybės bandymo apibrėžimas turėtų taip pat apimti aukštą mirties tikimybę ir aiškiai išreikštą ketinimą nusižudyti. Šį terminą reikėtų atskirti nuo kitų, tokių kaip savižala, kuris stokoja ketinimo numirti (Silverman et al., 2007a). Savižalos elgesio paskatomis gali būti siekis pakeisti savo aplinką arba savo vidinę būseną, nors ir per save žalojantį veiksma. Tuo tarpu bandant nusižudyti tikimasi pašalinti save iš savo aplinkos amžiams. Taigi, matome kaip svarbu atskirti šiuos terminus ir jų nepainioti, kalbant apie sudėtingą, daugybę faktorių apimantį savižudiško elgesio reiškinių. Šiame darbe remsimės Silverman ir kolegų (2007a) siūlomu apibrėžimu, nurodančiu, jog bandymas nusižudyti – tai nemirtinas, nukreiptas į save, potencialiai keliantis žalą elgesys, siekiant numirti.

1.2.2. Bandymo nusižudyti ir psichikos sutrikimų ryšys su savižudybėmis

Ankstesni bandymai nusižudyti ir savižudybės rizika

Siekiant geriau suprasti savižudybių reiškinių, svarbu tirti mėginimus nusižudyti. Tai yra vienas iš didžiausių savižudybės ir vėlesnių bandymų nusižudyti rizikos veiksny (Gysin-Maillart, Schwab, Soravia, Megert & Michel, 2016). Rizika nusižudyti per pirmuosius metus tiems, kurie jau anksčiau yra bandę tai padaryti, yra nuo 40 iki 66 kartų didesnė nei bendros populiacijos (Hawton, Zall & Weatherall, 2003; Runeson, 2002). Ši rizika didėja su kiekvienu bandymu ir išlieka aukšta daugiau nei 30 metų (Haw, Bergen, Casey, & Hawton, 2007). Anot tyrimų, bandymų nusižudyti dažnis gali būti nuo 10 iki 20 kartų didesnis nei savižudybių (Welch, 2001; WHO, 2014). Tuo tarpu, bandymo nusižudyti pakartojimo dažniai yra aukščiausi pirmais mėnesiais, po pirminio bandymo (Cedereke & Ojehagen, 2005). Būtent dėl šios priežasties reikalinga atlikti išsamesnius tyrimus apie pagalbą, gaunamą iškart po mėginimo nusižudyti.

Psichikos sutrikimai ir savižudiškas elgesys

Skaitant empirinę literatūrą pastebima, jog savižudiškas elgesys neretai yra siejamas su psichikos sutrikimais. Matyti, jog yra randamos sąsajos tarp minčių apie savižudybę ir bandymų nusižudyti su plačiu spektru psichikos sutrikimų, iš kurių tyrimuose pastebimas didžiausias ryšys yra su nuotaikos sutrikimais, šizofrenija, alkoholio ir narkotikų vartojimu, nerimo ir asmenybės sutrikimais, ypač su ribinės asmenybės sutrikimu (Perry, Bond, & Presniak, 2013). Tarp geriausiai ištyrinėtų savižudybę galinčių prognozuoti veiksnių yra bandymų nusižudyti skaičius ir depresijos diagnozė. Iš visų viename tyrime nagrinėtų savižudybės atvejų, 50-70 proc. buvo susiję su nuotaikos sutrikimais, ir net 80 proc. nusižudžiusiųjų turėjo klinikinės depresijos diagnozę (Izci et al., 2015). Yra nemažai faktorių, didinančių suicidinį elgesį tarp pacientų kenčiančių nuo depresijos, pavyzdžiui, žemas socioekonominis statusas, socialinio funkcionavimo pablogėjimas, padažnėję somatiniai

skundai bei nerimas. Su bandymu nusižudyti taip pat susiję ir tokie kognityviniai aspektai kaip beviltiškumas bei pesimizmas (Izci et al., 2015). Ankstesni tyrimai kelia prielaidą, kad žmonės įsitraukia į suicidinį elgesį, kai jie negali sugalvoti alternatyvių būdų įveikti savo stresą, t.y., kai jie negali rasti sprendimų savo problemoms (Williams, Crane, Barnhofer & Duggan, 2005, cit. iš Quinones, Jurska, Renner & Miranda, 2015). Tyrimai taip pat nurodo, kad socialinių problemų sprendimo deficitas yra susijęs su depresija, suicidiniu mąstymu ir bandymu nusižudyti (Jollant, Lawrence, Olie, Guillaume & Courtet, 2011). Nepaisant to, jog tyrimuose yra randamos sąsajos tarp suicidinio elgesio bei psichikos sutrikimų, dauguma žmonių turinčių šiuos sutrikimus niekada nebando nusižudyti, tad toks rizikos faktorius vis dėlto laikomas prastai prognozuojančiu vėlesnę mirtį dėl savižudybės (Parra-Urbe et al., 2017).

Taigi, nors tyrimuose randamas ryšis tarp suicidinio elgesio bei psichikos sutrikimų, tokios sąsajos suteikia nepakankamai informacijos. Todėl rekomenduojama suicidinio elgesio tyrimus atlikti pasitelkiant kokybinę metodologiją, kur pagrindinis dėmesys būtų sutelktas ne į psichikos sutrikimus, o į gilesnį asmens patyrimą – jo gyvenimo kontekstą, asmenines savybes, kultūrinius ypatumus (Hjelmeland et al., 2012). Toks pasirinkimas galėtų padėti suprasti, kokie veiksniai galimai slypi po mėginimu nusižudyti ir kaip juos įvardija patys žmonės, patiriantys didelę psichologinę kančią.

1.3. Pagalba po bandymo nusižudyti

Jau mėginusiems nusižudyti žmonėms rekomenduojama iš karto pradėti teikti tinkamą ir ilgalaikę pagalbą, siekiant sumažinti riziką, kad jie vėl tai mėgins (Gailienė, 1998). Svarbu palaikyti nuolatinę, pastovią pagalbą. Ypatingai svarbu, kad pagalba nenutrūktų tiems žmonėms, kurie išrašomi iš ligoninių, kad ji būtų tęstinė. Mėginant padėti tokioje situacijoje atsidūrusiems žmonėms, veiksmingiau yra bandyti nustatyti ar žmogus turi savižudybės riziką ar ne, o ne kokio lygio ta rizika, nes pusę savižudybių įvyksta žemesnės rizikos grupėse (Shand, Vogl & Robinson, 2018).

1.3.1. Psichologinių intervencijų po bandymo nusižudyti veiksmingumas

Pagalbos, kurią gauna asmenys po mėginimo nusižudyti, kokybės didinimas yra svarbus žingsnis, galintis ženkliai sumažinti mirties dėl savižudybės arba vėlesnių savižudybės bandymų riziką ateityje. Kalbant apie psichologinių intervencijų po bandymo nusižudyti tyrimus, pastebėtinas žymus jų trūkumas. Daugelis suicidinio fenomeno studijų susitelkia ties savižudybių, jų bandymų rizikos faktorių atpažinimu ir prevencija. Nėra atlikta daug tyrimų, nagrinėjusių terapinius procesus, susijusius su atsigavimu po savižudiško elgesio, kuris apima mintis apie savižudybę ir mėginimus nusižudyti (Perry, Bond, & Presniak, 2013). Perry ir kolegės (2013) atliko tyrimą, kuriame nagrinėjo

psichodinaminės terapijos efektyvumą suicidiškiems pacientams. Jame paaiškėjo, kad lyginant su nesuicidiškais pacientais, šie išreiškė daugiau negatyvių reakcijų į gydymą (Perry et al., 2013). Šios žinios galimai galėtų paaiškinti, kodėl tiek daug šios grupės klientų menkai įsitraukia arba nutraukia gydymą jam dar nepasibaigus.

Vis dėlto yra nemažai įrodymų, jog psichologinės terapijos gali sumažinti suicidiškumą ir didinti psichologinę gerovę visose amžiaus grupėse ir turintiems įvairių diagnozių, įskaitant depresiją, bipolinį sutrikimą, šizofreniją ir ribinės asmenybės sutrikimą (Zalsman et al., 2016). Atlikta metaanalizė apie psichoterapijos efektyvumą po mėginimo nusižudyti ir savižalos atvejų parodė, jog tiek ilgalaikė, tiek trumpalaikė psichoterapija buvo efektyvios (Calati & Courtet, 2016). Straipsnyje buvo nagrinėjama kognityvinė elgesio terapija, dialektinė elgesio terapija, kognityvinė terapija, mentalizacija grįsta terapija bei tarpasmeninė terapija. Metaanalizėje paaiškėjo, jog intensyvesnė psichoterapija, didesnis skaičius susitikimų per savaitę, buvo susijęs su bandymo nusižudyti rizikos sumažėjimu. Tačiau kalbant apie psichoterapijų veiksmingumo po bandymo nusižudyti tyrimus, būtų svarbu tirti kintamuosius, susijusius su terapeutu ir su psichoterapija, ryšius su psichotropiniais vaistais (farmakologinėmis klasėmis ir dozėmis) bei šalia vykstantį kitokį terapinį gydymą – savipagalbos ar psichoedukacines grupes.

Kita atlikta metaanalizė taip pat pademonstravo rezultatus, sutinkančius su ką tik jau aptartais rezultatais. Jos pateiktos rekomendacijos siūlo psichikos sveikatos priežiūros įstaigoms įtraukti psichologines terapijas suicidiškų individų gydyme. Ypatingai veiksmingomis terapijomis tyrime buvo laikytos: dialektinė elgesio terapija, kognityvinė elgesio terapija ir į problemų sprendimą orientuota terapija (Winter, Bradshaw, Bunn & Wellsted, 2013). Tad matyti, jog iš tiesų yra psichologinių intervencijų poreikis žmonėms po bandymo nusižudyti bei matomas jų veiksmingumas. Skaitant akademinę literatūrą pastebima, jog vis dažniau yra pasitelkiamos ir trumpalaikės intervencijos, tad toliau jas ir panagrinėsime.

Trumpalaikių intervencijų po bandymo nusižudyti veiksmingumas

Išgyvenusių po bandymo nusižudyti populiacija ūmių susirgimų skyriuose yra heterogeniška. Ten patenka ir žmonės, kurie turėjo žemesnį ketinimą mirti ir tie, kurie gydomi po iš anksto detaliai apgalvotų savižudybės bandymų, potencialiai galėjusių pasibaigti mirtimi. Dėl tokios įvairovės, skiriasi ir pacientų motyvacija įsitraukti į psichikos sveikatos priežiūros teikiamas paslaugas (O’Conor et al., 2015). Tam, kad būtų patrauklios ir išlaikytų suicidiškus pacientus, kurių pagalbos siekimo motyvacija yra žema ar svyruojanti, veiksmingos intervencijos turėtų būti išties trumpos (Ward-Cieselski, 2013).

Nepaisant to, jog matomas psichologinių intervencijų po bandymo nusižudyti tyrimų trūkumas, pastebima ir tai, kad vis didėja trumpalaikių intervencijų taikymas suicidinėse krizėse esantiems žmonėms, o kartu su tuo – ir tokių intervencijų veiksmingumo tyrimų skaičius (Givon, Levi, Bloch & Fruchter, 2018). Visų pirma, trumpalaikio kontakto intervencijos yra patrauklios dėl žemesnio išlaidų kiekio ir mažesnio reikiamo įsipareigojimo iš paciento, taip pat ir dėl palyginti neilgos intervencijų trukmės. Antra, tyrimai rodo, jog net ir trumpalaikės intervencijos iš tiesų gali sumažinti pasikartojančių bandymų ir tuo pačiu, mirčių dėl savižudybės dažnį (Shand, Vogl & Robinson, 2018; Milner, Spittal, Kapur, Wirr, Pirkis & Carter, 2016). Dažniausiai tokio pobūdžio intervencijos siekia padėti žmogui suprasti, kokios aplinkybės privedė jį prie suicidinės būsenos ir padeda išvystyti naujas sunkumų įveikos strategijas. Galiausiai, verta paminėti, jog vienas iš svarbių trumpalaikių intervencijų privalumų yra tas, kad tai reikalauja mažiau apmokymų, lyginant su sudėtingesnėmis psichoterapijos kryptimis, pavyzdžiui, tokiomis kaip kognityvinė elgesio terapija. Taigi, jos reikalauja mažiau resursų kalbant apie erdvę, įrangą bei personalą (Fleischmann et al., 2008). Dėl to tai ypač tinka šalims su žemu ar vidutiniu pajamų lygiu, tame tarpe ir Lietuvai.

Trumpo kontakto intervencijos (angl. *Brief Contact Interventions*) gali būti įvairios. Tai gali būti telefoniniai skambučiai, laiškai, atvirukai ar žinutės, siekiant palaikyti kontaktą su dalyviais. Tokio kontakto turinys dažniausiai apima susirūpinimo pacientu išreiškimą ir pagalbos galimybės pabrėžimą, jeigu jos prireiktų. Žmonės, kurie užsiima savižala, akcentuoja proaktyvių, ankstyvų intervencijų svarbą, kurios suteikia nuoširdaus rūpesčio jausmą po paleidimo iš ligoninės. Socialinė parama buvo svarbiausias minimas mechanizmas Milner ir kolegų (2016) atliktame tyrime. Rūpestis ir parama, gauta iš kitų, išties gali pagerinti streso įveikos įgūdžius, kadangi tai veikia kaip stabilizuojanti jėga emociniame gyvenime, kuri padeda susisieti su kažkuo reikšmingu išoriniame pasaulyje. Atvirukai parodo rūpesčio gestą, kuris padeda įveikti vienišumo jausmus. Telefoninė intervencija sustiprina susietumo ir rūpesčio jausmus. Tai iš tikrųjų padidina tikimybę, kad ištikus krizei, žmonės kreipsis pagalbos. Minėtame tyrime, pastebėta, jog žmonės, kurie kreipėsi pagalbos, daugiau žinojo apie jos prieinamumą ir tai, kas jiems galėtų padėti (Milner et al., 2016). Tokios žinios taip pat gali pakeisti ir suvokimą apie pagalbos procesą – tampa labiau aišku, kas vyksta jo metu, sumažėja stigmos baimė, galimai ir pats procesas tampa mažiau mistifikuojamas.

Neretai trumpalaikėse intervencijose po bandymo nusižudyti yra sudarinėjami ir saugumo planai. Toks planas, kuriamas krizėje esančio žmogaus drauge su specialistu, prieš išeinant iš ligoninės, nurodo į žingsnius, kurių žmogus gali imtis patirdamas stresą. Viename tyrime, kuriame dalyvavo kariai, paaiškėjo, kad saugumo planai buvo veiksmingesni mažinant savižudybių kiekį, lyginant su nesižudymo kontraktais, kurie kaip parodė tyrimai, yra neefektyvūs. Reiktų daugiau veiksmingumo tyrimų dėl saugumo plano kaip vienintelės intervencijos, tačiau pastebimas jos efektyvumas kombinuojant su kitais pagalbos būdais (Shand, Vogl & Robinson, 2018). Keliama

prielaida, jog saugumo planas laikomas gerokai efektyvesniu už nesižudymo kontraktus dėl to, jog jame yra aiškiai nurodoma, ką reikėtų daryti ištikus krizei, o nesižudymo kontraktuose, priešingai, yra nurodoma tik tai, ko reikėtų nedaryti.

Guthrie ir kolegų (2001) atliktame tyrime buvo tirtas trumpos psichoterapinės intervencijos efektyvumas bandžiusiems nusižudyti asmenims. Intervencijos grupė turėjo 4 psichodinaminės tarpasmeninės psichoterapijos sesijas, padedančias identifikuoti ir spręsti tarpasmeninius sunkumus, kurie iššaukia psichologinį stresą. Taip pat, kiekvienoje sesijoje buvo vertinama savižudybės rizika. Rezultatai atskleidė, kad intervencijos grupė patyrė didesnę pasitenkinimą gydymu nei grupė, kuriai buvo taikytas įprastinis gydymas bei patyrė mažiau tolimesnių savižalos epizodų tyrimo metu. Galiausiai, intervencijos grupėje buvo reikšmingai sumažėję suicidinio mąstymo rodikliai. Taigi, matome, jog vis didėja tokių intervencijų poreikis bei vis labiau pastebima jų nauda, o kartais net ir pranašumai prieš ilgalaikių psichoterapijų taikymą, ypač kalbant apie žmones, esančius po tokios ūmios suicidinės krizės kaip mėginimas nusižudyti.

Terapinis santykis

Žmonės linkę į savižudišką elgesį neretai išgyvena atsiskyrimą nuo kitų bei socialinės paramos trūkumą (Lakeman & FitzGerald, 2008). Atsiskyrimas galimas ne tik nuo konkrečių žmonių, bet ir nuo kultūrinių bei dvasinių gyvenimo sričių. Siekiant atsigavimo po krizės, svarbu vėl atkurti arba rasti ryšį bent su vienu žmogumi, o tai gali būti ir psichikos sveikatos specialistas. Atkurtas santykis gali sukelti viltį, padėti įveikti negatyvų savęs suvokimą, kuriuo pasižymi į savižudišką elgesį linkę žmonės, ir suteikti prasmę (Chan, Kirkpatrick & Brasch, 2017). Kai kuriems žmonėms padeda kritiniai įvykiai, kurių metu jie pasuka nuo svarstymų apie savižudybę į pasirinkimą gyventi. Tai gali būti galimybė atrasti ryšį su kitu žmogumi, kuris palaiko per krizes, tai taip pat gali būti ir aplinkos pakeitimas. Taipogi svarbus pasitikėjimu paremtų santykių vystymas su psichikos sveikatos specialistais (Cutcliffe et al., 2006). Ryšys su rūpestingu ir patikimu asmeniu dažnai buvo priežastis tęsti gyvenimą daugeliui tyrimo dalyvių. Stiprus ryšys su sveikatos priežiūros specialistais, psichoterapeutais iš tiesų yra vertinamas kaip apsauginis veiksnys krizių metu (Chan, Kirkpatrick & Brasch, 2017). Nemažai tyrimų aptaria prasmingų ryšių kūrimo svarbą individams atsigauvant po mėginimo nusižudyti – palaikančio ryšio formavimas su kitais (pavyzdžiui, šeima, draugais, partneriais), profesinis palaikymas (pavyzdžiui, psichikos sveikatos specialistai) ir religija laikomi faktoriais, palaikančiais atsistatymą po bandymo nusižudyti (Cutcliffe et al., 2006; Oliffe et al., 2012; Reading & Bowen, 2014). Taip pat ne mažiau svarbus ryšio atkūrimas su savimi tam, kad būtų galima geriau suprasti ir priimti save, pasirinkus gyvenimą po bandymo nusižudyti. Tai taip pat padeda sukurti prasmę savo gyvenimo patirtims ir užsibrėžti tikslus ateičiai. Tuo tarpu, atsiskyrimas susijęs

su išlikusiais suicidiškumo jausmais (Bendon et al., 2013). Taigi, tai parodo, koks svarbus yra santykio užmezgimas su pagalbą teikiančiais specialistais ir savimi pačiu po mėginimo nusižudyti.

Dažniausiai gydymas yra siejamas su pagerėjimu, tačiau yra mažai žinoma apie terapinį procesą ir pokyčių mechanizmus gydyme, susijusiam su suicidiškumo mažinimu. Terapinis aljansas – tai aktyvus ir tikslingas bendradarbiavimas tarp paciento ir terapeuto (Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer & Gagnon, 1998). Jis gali būti suprantamas ir kaip procesas, kurio metu pacientas leidžia terapeutui įeiti į jo vidinį pasaulį, kartu siekiant intrapsichinių pokyčių (Michel, Valach & Gysin-Maillart, 2017). Keleto šaltinių teigimu, aljansas gali tvirtai prognozuoti psichoterapijos rezultatus (Horvath et al., 2011; Fluckiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2011). Iš tyrimų matyti ir tai, jog terapinės sąjungos ryšys su psichoterapijų rezultatais yra stipresnis už tokių kintamųjų, kaip terapeuto kompetencijos bei konsultavimo metodų laikymosi, sąsajas su rezultatais (Webb, DeRubeis & Barber, 2010). Pats aljansas galimai labiau veikia kaip kitų procesų (tokių kaip negatyvių reakcijų į gydymą ir paciento-terapeuto bendravimo kokybės) poveikių moderatorius galutiniam rezultate, o ne kaip jo prediktorius (Perry et al., 2013).

Yra žinoma, jog pagrindinis efektyvaus gydymo barjeras yra menkas jo laikymasis, kadangi 50 proc. pacientų nesilanko arba atkrenta iš tolimesnio tyrimo (angl. *follow-up*) (Jobes, 2000). Viena iš tokio elgesio hipotezių gali būti tokia, kad jie jaučiasi nesuprasti medicininio personalo. Pagal tradicinį medicininį modelį, gydytojai linkę savižudybę matyti kaip psichikos sutrikimo simptomą, tačiau žmonėms, esantiems suicidinėje krizėje, pagrindinė problema yra jų pačių asmeninis skausmas, nuo kurio visomis išgalėmis stengiamasi pabėgti, kančios, beviltiškumo bei savivertės praradimo patyrimas. Būtent todėl yra svarbu tyrinėti individualią ir subjektyvią suicidinės krizės patirtį susitelkus į pacientą, bendradarbiaujančiu požiūriu. Šioje vietoje iškyla svarbi terapinio aljanso tema, kuris, remiantis tyrimais, yra įvairių psichoterapijų rezultatų pranašautojas (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). Tuo remiantis, šiame tyrime be visų kitų pagalbos komponentų bus nagrinėjamas ir trumpalaikės bandymo nusižudyti intervencijos programos (ASSIP) veiksmingumo suvokimas. ASSIP - tai nauja, trumpa intervencija, kuri remiasi į paciento suicidinį elgesį sutelktu modeliu, pabrėždama ankstyvą terapinį santykį. Pagrindinis ASSIP koncentravimasis yra į ankstyvaus terapinio aljanso atsiradimą, kombinuotą su psichoedukacija, kognityviniu atvejo konceptualizavimu, saugumo plano kūrimu ir besitęsiančiu ilgalaikiu kontaktu po intervencijos (Gysin-Maillart et al., 2016).

Bet kokia suicidiškų pacientų gydymo prieiga turėtų pabrėžti terapinio santykio vystymą (Winter et al., 2013). Gysin-Maillart ir kolegos (2016) atliko tyrimą, kuriame nagrinėjo suicidinio mąstymo ir terapinio aljanso sąsajas taikant ASSIP po bandymo nusižudyti. Tyrime paaiškėjo, jog stipresnis terapinis aljansas buvo susijęs su sumažėjusiais suicidinio mąstymo rodikliais po 6 ir 12

mėnesių. Taip pat nuo 1 iki 3 sesijos buvo padidėję aljanso įverčiai, o tai gali gerai prognozuoti gydymo rekomendacijų laikymąsi ir rezultatus. Rekomenduojama atlikti daugiau tyrimų, kurie galėtų atskleisti, kodėl ir kaip socialinė parama gali veikti kaip apsauginis veiksnys trumpalaikio kontakto intervencijų tyrimuose (Milner at al., 2016). Manome, jog tam tinkama yra kokybinė tyrimo metodologija, kuria ir yra paremtas šis tyrimas.

1.3.2. Kokybinių tyrimų svarba

Beskaitant teorinę bei empirinę literatūrą duomenų bazėse ar moksliniuose žurnaluose, pastebėta, jog suicidologijos tyrimuose vyrauja kiekybinė prieiga. Tyrimuose, kurie koncentruoja dėmesį į mėginimus paaiškinti tam tikrus fenomenus, vyrauja priežastiniai aiškinimai. Tuo tarpu tyrimuose, kuriuose siekiama supratimo, daugiausiai naudojami kokybiniai metodai ir susitelkiama į tai, kokią reikšmę suicidinis elgesys turi individui. Kokybine metodologija grįstų tyrimų tikslas yra suprasti ir atskleisti žmonių veiksmus bei patyrimus, jiems susiduriant, įsitraukiant ar pergyvenant tam tikras gyvenimo situacijas (Elliot, Ficher & Rennie, 1999). Tad tyrinėjant ir bandant suprasti įvairius fenomenus, siūloma labiau remtis pačių tyrimo dalyvių perspektyva.

Yra akivaizdu, kad suicidiškumas yra kažkas kito arba bent jau kažkas daugiau nei psichikos sutrikimai (Hjelmenland & Knizek, 2010). Dėl to, norint suprasti, apie ką iš tiesų yra savizudiškas elgesys, reikėtų žvelgti giliau. Žmonės yra sudėtingos, gebančios reflektuoti būtybės, taigi yra beveik neįmanoma, jog mes elgsimės vienu nuspėjamu būdu. Tačiau neretai tas sudėtingumas nagrinėjamas jį redukuojant arba neutralizuojant jo aspektus. Nuo holistinio konteksto atskirti faktai arba faktai, kurie apibūdina vidutinius grupių skirtumus, bet ne išimtis, yra nepakankami sudėtingos žmogaus psichikos supratimui. Linijinis priežasties-pasekmės mąstymas, kuris fokusuojasi ties vienu ar keliais kintamaisiais, yra pernelyg redukcioniškas ir neapima viso individo bei jo aplinkos tuo pačiu metu, o tai yra būtina norint suprasti, kodėl konkretus žmogus konkrečiu savo gyvenimo metu svarsto arba mėgina nusižudyti.

Priešingai kiekybinei metodologijai, kokybinė prieiga leidžia mums stebėti ryšį tarp svarbių faktorių, o to negalėtume padaryti kiekybiniuose tyrimuose naudodami standartizuotus klausimus. Kai klausimai yra standartizuoti, tas standartas nebūtinai tiks visiems individams ir nepadės išgauti reikiamos informacijos iš visų tyrimo dalyvių, kuriuose atsispindi nagrinėjama tema ar klausimas (Hjelmenland & Knizek, 2010). Socialinių ir humanitarinių mokslų paradigmos nėra tokio dalyko kaip „tiesa“, ypač kalbant apie psichikos fenomenus. Žmonės nėra tiesiog mechaninės mašinos reaguojančios į stimulus, mes gebame reflektuoti apie pasaulį ir savo pačių veiksmus. Kiekvienas individas turi savo tiesą. Taip pat, tokia individuali patirtis negali būti klaidinga ar

teisinga, nes ji yra autentiška individui ir neturėtų būti kvestionuojama kitų. Taigi, kiekybiniai metodai naudingi siekiant suprasti priežasties-pasekmės ryšį savižudiškame elgesyje, tačiau kokybiniai metodai leidžia pasiekti išsamesnį supratimą apie suicidiškų individų patirtis. Tad, remiantis kokybine metologija, šiuo tyrimu bus bandoma papildyti esamas žinias apie pagalbos patyrimą po mėginimo nusižudyti.

1.4. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Tikslas: atskleisti tyrimo dalyvių gautos pagalbos patyrimą ir jos veiksmingumo suvokimą po bandymo nusižudyti.

Šis tyrimo tikslas bus siekiamas iškeltais **uždaviniais**:

1. Išsiaiškinti, kokie sveikatos priežiūros pagalbos komponentai sudarė kiekvieno iš tyrimo dalyvių pagalbos patyrimą.
2. Atskleisti bei aprašyti temas, kurios atspindi tyrimo dalyvių gautos pagalbos po mėginimo nusižudyti veiksmingumo suvokimą.
3. Atskleisti bei aprašyti temas, kurios atspindi tyrimo dalyvių pagalbos poreikius po mėginimo nusižudyti.

2. TYRIMO METODIKA

Šiame darbe naudojami duomenys yra dalis mokslinio projekto „Savižudybių problema sveikatos apsaugos sistemoje: pagalbos siekimas ir veiksmingumas“, įgyvendinamo 2017 10 – 2019 10 mėn. periodu, Vilniaus universiteto Klinikinės psichologijos katedros Suicidologinių tyrimų grupės, vadovaujamos doc. dr. Pauliaus Skruibio (Lietuvos mokslų tarybos finansuojamas mokslininkų grupių projektas, sutarties Nr. S-MIP-17-113). Projekto tikslas – įvertinti ketinusių nusižudyti, mėginusių nusižudyti ir nusižudžiusių artimųjų pagalbos siekimo ypatumus bei pagalbos sistemos veiksmingumą. Projekte keliami trys uždaviniai, antrasis – įvertinti specializuotos pagalbos programos ASSIP (*angl.* Attempted Suicide Short Intervention Program) veiksmingumą po mėginimo nusižudyti. Šiame darbe pristatomi dalies šiam uždaviniui pasiekti atlikto tyrimo duomenys. Toliau darbe tyrimu bus vadinamas šis siauresnis darbas.

Šį tyrimą vykdė tyrėjų grupė: šio darbo autorė, Ieva Pocevičiūtė (VU klinikinės psichologijos 1 kurso studentė) ir dokt. Jolanta Latakienė (klinikinė psichologė), vadovaujami doc. dr. Pauliaus Skruibio (klinikinis psichologas-psichoterapeutas). Tyrėjų grupė dalyvavo visuose tyrimo etapuose: tyrimo dalyvių kvietime, duomenų rinkime bei pirminėje jų analizėje. Šio darbo autorė atliko giluminę pagalbos po bandymo nusižudyti veiksmingumo patyrimo analizę visoje surinktoje duomenų imtyje, atskirai nuo kitų tyrimo grupės narių.

2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimo dalyvavo mėginę nusižudyti asmenys, po mėginimo patekę į Vilniaus miesto psichikos sveikatos centrą, gaunantys įprastą pagalbą ir specializuotą psichologinę programą po mėginimo nusižudyti - ASSIP. Į įprastą pagalbą įeinantys komponentai:

- 1) Medikamentinis gydymas bei gydytojo psichiatro konsultacijos;
- 2) Grupinė psichoterapija;
- 3) Individualios psichologo konsultacijos;
- 4) Užimtumas siūlomas visiems, pacientai gali pasirinkti, kiek ir kur jiems norisi dalyvauti: relaksacija, meno terapija, šokio-judesio terapija, sporto užsiėmimai, keramikos, mezgimo, nėrimo, medžio darbų užsiėmimai.

Tyrimo dalyvių demografiniai duomenys nurodyti 1-oje lentelėje. Šiame tyrime dalyvavo 7 asmenys – 5 moterys ir 2 vyrai. Jų amžius svyravo nuo 23 iki 35 metų (bendras amžiaus vidurkis – 26 m.). Čia ir tolimesnėje analizėje nurodyti dalyvių vardai yra pakeisti. Iškart po mėginimo

nusižudyti beveik visi dalyviai (išskyrus 1) buvo patekę į bendrojo profilio ligonines. Visi tyrimo dalyviai nurodė, kad gyvena didmiestyje (išskyrus 1 dalyvę, kuri nurodė, jog gyvena mieste).

Tyrimo dalyvių atrankos kriterijai:

- Susižalojimą laiko mėginimu nusižudyti (vs. pasikartojantis savęs žalojimas be ketinimo mirti);
- neturi ženklų kognityvinių sutrikimų;
- neturi psichotinio sutrikimo;
- neturi kalbos sunkumų.

1 lentelė. Tyrimo dalyvių demografiniai duomenys

Vardas	Eglė	Žemyna	Goda	Ilona	Tomas	Sandra	Darius
Lytis	M	M	M	M	V	M	V
Amžius	26	24	23	35	24	27	25
Gyv. situacija	Viena	Su partneriu	Su partneriu	Su partneriu	Vienas	Su kt. artimaisiais	Su tėvais
Darbinė veikla	Dirba	Nedirba; studijuoja	Dirba	Nedirba	Dirba; studijuoja	Dirba 0,5 et.	Dirba

Daugumai tyrimo dalyvių pastarasis mėginimas nusižudyti buvo ne pirmas. Vieną kartą nusižudyti bandė tik viena dalyvė, 2 dalyvės bandė po du kartus, 2 dalyviai bandė po tris kartus, 1 dalyvė – keturis kartus ir galiausiai, 1 dalyvis iš viso bandė nusižudyti dešimt kartų. Per pastaruosius 6 mėn. 2 dalyviai mėgino nusižudyti po tris kartus, likę 5 tyrimo dalyviai po vieną kartą.

2 lentelė. Paskutinio mėginimo nusižudyti būdas ir tyrimo dalyvių pasiskirstymas

Mėginimo nusižudyti būdas:	Tyrimo dalyvių skaičius
Vaistai	1
Šuolis nuo aukštos vietos	1
Venų pjovimasis	2
Kelių būdų derinys:	3
Vaistai, korimasis	▪ 1
Vaistai, alkoholis, skandinimasis	▪ 1
Vaistai, venų pjovimasis, korimasis	▪ 1

Tyrimo dalyviams buvo diagnozuoti įvairūs psichikos sutrikimai: dviems dalyviams diagnozuotas sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų (F32.2), trims dalyviams – pasikartojantis depresinis sutrikimas, sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų (F33.2), dviems dalyviams – mišrūs ir kiti asmenybės sutrikimai (F61), vienam dalyviui – šizoafektinis sutrikimas, depresijos tipas (F25.1), galiausiai, dar vienam dalyviui – psichikos ir elgesio sutrikimai dėl alkoholio vartojimo, žalingas vartojimas (F10.1). Taigi matyti, jog daugumai tyrimo dalyvių diagnozuoti nuotaikos sutrikimai.

Tyrimo dalyviams taip pat buvo paskirti įvairūs vaistai: keturiems dalyviams – venlafaksinas (antidepresantas), trims dalyviams – kvetiapinas (atipinis antipsichotikas), trims dalyviams – bromazepamas (benzodiazepinas), trims dalyviams – mirtazapinas (atipinis antidepresantas), dviems – olanzapinas (antipsichotikas), vienam – aripiprazolis (atipinis antipsichotikas), vienam – risperidonas (antipsichotikas), vienam – tryheksifenidilas (antiparkinsoniniai vaistai), vienam – escitalopramas (SSRI antidepresantas) ir vienam – sertralinas (SSRI antidepresantas). Matyti, kad daugumai tyrimo dalyvių buvo paskirti antidepresantai, tačiau ne mažiau skiriami buvo ir antipsichotiniai vaistai, rečiausiai – antiparkinsoniniai vaistai.

2.2. Tyrimo metodai ir eiga

Tyrimo dalyvių kiekybiniais bei demografiniais duomenimis surinkti buvo naudojama tyrėjų sudaryta anketa. Jos pagalba bandėme išsiaiškinti šią informaciją:

- Demografiniai duomenys, gydymo informacija (diagnozė, paskirti vaistai)
- Klausimai apie savižudišką elgesį (Ar bandėte nusižudyti per pastaruosius 6 mėnesius? Jei taip, koku būdu?; Kaip dažnai per paskutinius 6 mėnesius galvojote apie savižudybę?; Kaip dažnai per paskutinius 6 mėnesius fiziškai žalojote save (pjaustėtės, deginotės, daužėte save)?)

Tyrimo duomenų rinkimui buvo pasirinktas pusiau struktūruoto interviu metodas, kuris įgalina tyrėjus giliau suprasti tiriamą reiškinį kalbantis su tyrimo dalyviais. Šiame metode tyrimo dalyviams pateikiami iš anksto apgalvoti ir paruošti klausimai. Taip pat paliekama galimybė esant reikalui užduoti tikslinamuosius klausimus.

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

Visi šie metodai buvo taikomi vieno susitikimo metu. Interviu ėmė trys tyrėjos (šio darbo autorė atliko 4 interviu iš 7). Interviu trukmė svyravo nuo 27 iki 76 min. Vidutinė trukmė – 44 min. Interviu buvo įrašinėjami į diktofoną, jokios papildomos pastabos interviu metu tyrėjų nebuvo žymimos, tačiau kiekvienas tyrimo dalyvis ant popieriaus lapo sužymėdavo gautos pagalbos seką.

Bandžiusieji nusižudyti asmenys dalyvauti tyrime buvo kviečiami bendradarbiaujant su vienos Vilniaus miesto psichiatrinės ligoninės psichologėmis. Dalyvauti sutinkančių žmonių kontaktus psichologės perdavė mums, tyrimo grupės tyrėjoms, ir praėjus 4 savaitėms nuo gauto informuoto sutikimo (jo forma pateikta Priede Nr. 1), telefoniniu skambučiu susisiekiame su šiais tyrimo dalyviais. Sutikę dalyvauti tyrime, tyrimo dalyviai taip pat gaudavo informacinį lapelį su trumpa informacija apie tyrimą bei padėka už dalyvavimą jame (pateikiama Priede nr. 2). Skambinant, sutikusiam tyrime dalyvauti asmeniui buvo naudojama tokia schema:

Laba diena,

ar kalbu su (tyrimo dalyvio vardas)?

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

Interviu buvo atliekamas vidutiniškai praėjus 79 dienoms po bandymo nusižudyti. Visiems tyrimo dalyviams, kurie prieš pradėdant tyrimą sutiko kalbėtis ir leido įrašyti pokalbį diktofonu, buvo pateikiamas pagrindinis tyrimo klausimas, padėjęs išsiaiškinti, kokią pagalbą gavo tyrimo dalyvis po mėginimo nusižudyti:

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

Po šio pagrindinio klausimo buvo užduodami patikslinantys klausimai apie pasitenkinimą ir suvokiamą veiksmingumą kiekvieno iš paminėtos pagalbos komponentų:

- Kiek Jums ši pagalba padėjo? (įvertinti skaičiumi nuo 1 iki 10) Kuo padėjo ir kas nepadėjo? Koks specialistų elgesys daro šią pagalbą veiksminga?
- Kiek Jums patiko ši pagalba? (įvertinti skaičiumi nuo 1 iki 10) Kuo patiko ir kuo nepatiko?

- Kiek profesionalus [kompetentingas] buvo specialistas? (įvertinti skaičiumi nuo 1 iki 10)
- Kaip apibūdintumėte Jūsų santykį su specialistu?

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

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

Galiausiai, tyrimo dalyvių buvo prašoma įvertinti gautą pagalbą bendrai, palyginti ją su anksčiau gauta, išsakyti pagalbos poreikius bei įvertinti reikšmingumą:

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

Kiekvienas interviu buvo transkribuojamas tyrimo grupės tyrėjų, pakeičiant bet kokias tyrimo dalyvį identifikuojančias detales, vietovardžius, pavadinimus ir vardus. Interviu transkripcijose naudoti sutartiniai ženklai pateikiami Priede Nr. 3.

Po kiekvieno interviu buvo rašomi kokybinio tyrimo dienoraščiai, siekiant įvertinti surinktų duomenų patikimumą, reflektuoti galimą savo įtaką surinktų duomenų kokybei. Dienoraštį sudarė šie klausimai:

- Mano bendri įspūdžiai po interviu (bet kokie pastebėjimai);
- Mano vaidmuo interviu procese - kaip interviu atlikimo metu galėjau paveikti tyrimo dalyvio pasakojimą (pvz., būdamas pernelyg aktyvus, naudodamas per daug perfrazavimo ir kt.)?

- Interviu konteksto stebėjimas (nuo susitikimo pradžios iki susitikimo pabaigos – kaip tyrimo dalyvis reaguoja, komunikuoja, priima tyrimo situaciją ir pan.);
- Pastebėjimai, mintys apie surinktų duomenų kokybę, patikimumą.

Svarbu paminėti ir tai, jog šis tyrimas yra platesnio tyrimo dalis, tad atlikus interviu, tyrimo dalyviai pildė ne tik anketą su demografiniais klausimais, bet ir keletą klausimynų: Beck depresijos klausimyną (BDI; A. T. Beck, 1961), Beck suicidinių ideacijų klausimyną (BSI; A. T. Beck, 1988), psichologinės gerovės indeksą (WHO-5; WHO, 1982) ir terapinio aljanso klausimyną (WAI; A. O. Horvath, 1981). Tačiau jie nebus aptariami plačiau, nes šiame tyrime jų rezultatų neanalizuosime.

2.3. Duomenų analizė

Duomenų analizei buvo pasirinkta teminė analizė pagal Boyatzis (1998). Teminė analizė yra procesas, kurio metu koduojama kokybinė informacija. Šio kodavimo išdava yra „kodus“ – tai gali būti temų sąrašas ar kompleksiškas tarpusavyje susijusių požymių, sąlygų ir temų modelis (arba tarpinė šių formų kombinacija). Šio darbo autorė atliko pusiau struktūruotą interviu ir surinko demografinius duomenis 4 iš 7 (57.1%) tyrimo dalyvių bei bendradarbiavo atliekant tyrimo duomenų analizę kartu su kita tyrėja. Duomenų tvarkymas vyko keliais etapais – interviu įrašo transkribavimas, medžiagos redukavimas, potencialių temų išskyrimas, temų sąrašo kūrimas. Šie etapai toliau pristatomi išsamiau:

1. Interviu įrašo transkribavimas. Įrašas perklausomas ir toliau transkribuojamas, kartu pažymint ir kai kurią neverbalinę informaciją (pvz. nusijuokimą, atsidusimą) bei tyrimo dalyvio veiksmus tyrimo metu (pvz. atsistojo, rašo ant lapo).
2. Medžiagos redukavimas: a) prasminių vienetų tekste išskyrimas - šiame etape interviu transkripcijos yra nuodugniai perskaitomos ir kiekvienas svarbus informacijos segmentas perfrazuojamas arba apibendrinamas. Tyrėjai skaitydami kiekvieno interviu tekstą į jį įsigilina, stengiasi jį internalizuoti ir pažymi teksto perfrazavimus ar apibendrinimus teksto paraštėje, naudojant kokybinių duomenų analizės programą Atlas.ti. Apibendrinimų išraiška galima tiek tiriamojo, tiek tyrėjo žodžiais. Šio etapo tikslas yra redukuoti interviu medžiagą, kuri būtų patogesnė tolesnei analizei; b) prasminių vienetų suskirstymas pagal interviu klausimų temas – ankstesnėje dalyje išskirti prasminiai vienetai sugrupuojami pagal interviu klausimų temas, t.y. skirtingus pagalbos komponentus po mėginimo nusižudyti, kas juose vertinama kaip subjektyviai veiksminga ir t.t.
3. Potencialių temų išskyrimas. Peržiūrimi išskirti prasminiai vienetai ir ieškoma panašumų, atsikartojančių momentų – išskiriamos pasikartojančios temos. Taip siekiama užfiksuoti

besikartojančių temų įvairovę visuose nagrinėjamuose tyrimo dalyvių atvejuose. Svarbu paminėti ir tai, jog vienas prasminis vienetas gali būti priskiriamas kelioms temoms.

4. Temų sąrašo kūrimas. Peržiūrimos išskirtos potencialios temos, siekiant sudaryti bendrą temų sąrašą ir bandant išvengti neaiškių arba persidengiančių temų. Temų sąrašė prie kiekvienos temos yra nurodoma, kuriuose atvejuose pasireiškia ta tema. Šis sąrašas nebuvo laikomas baigtiniu ar nekintamu ir kilus reikalui jis būdavo koreguojamas įtraukiant naujai iškilusias temas, plečiant arba siaurinant kategorijas, jas pervadinant.

Šio tyrimo duomenų tvarkymui ir analizei buvo naudojama kokybinių duomenų analizės programa „Atlas.ti“, prie kurios prieiga buvo gauta Vilniaus universiteto Filosofijos fakultete, ir „Microsoft Office“ programų paketas.

Galiausiai, svarbu paminėti, kad duomenų analizė nėra procesas vykstantis paeiliui – anksčiau aptarti etapai buvo išskirti susidaryti bendram vaizdui apie analizės metu atliekamus veiksmus. Tačiau viso analizės proceso metu buvo nuolat grįžtama prie ankstesnių etapų – interviu transkripcijų, prasminių vienetų išskyrimo, išskirtų pirminių temų – siekiant tikslinti ir gryninti galutinius temų elementus.

2.4. Etiniai tyrimo aspektai

Visi tyrimo dalyviai pasirašydami informuoto sutikimo formą būdavo informuoti apie galimybę pasitraukti iš tyrimo bet kuriame jo etape. Tyrimo procesas buvo vykdomas tik gavus kiekvieno asmens rašytinį sutikimą jame dalyvauti ir žodinį sutikimą leisti įrašyti interviu diktofonu. Buvo siekiama sudaryti kuo patogesnes sąlygas tyrimo dalyviams – interviu vyko jiems tinkamiausiu laiku, suderinus jiems patogią vietą, esant reikalui, po interviu būdavo trumpai aptariama dalyvio savijauta. Visi tyrimo dalyviai taip pat buvo informuoti apie galimybę susisiekti su tyrėjomis iškilus klausimams, susijusiems su tyrimu. Taip pat, tyrimo atlikimui buvo gautas Vilniaus universiteto Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedros ir Bendrosios psichologijos katedros Psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimas (pateikiamas Priede Nr. 5).

Tyrime dalyvavusių asmenų konfidencialumas bei anonimiškumas buvo užtikrinamas pakeičiant jų vardus, panaikinus bet kokias identifikuojančias detales, vietovardžius, minimų specialistų vardus.

2.5. Tyrimo kokybė ir validumas

Stengiantis užtikrinti tyrimo validumą bei kokybę, remiamasi Elliott ir kolegų (1999) išskirtais kriterijais kokybiniais tyrimams. Toliau įvardijami pastarieji kriterijai ir atskleidžiama, kaip jais buvo vadovaujama šiame tyrime:

1. Asmeninės perspektyvos atskleidimas (angl. *owning one's perspective*). Šiame darbe tai atsispindi tyrėjos patirties bei nuostatų refleksijoje, kurioje pristatomi šio tyrimo kontekstui aktualūs asmeniniai įsitikinimai bei praktinė patirtis.
2. Imties konteksto apibūdinimas (angl. *situating the sample*). Šio darbo autorė aprašydama tyrimo dalyvius nurodė ne tik jų demografinius duomenis, bet ir jų mėginimo nusižudyti skaičių bei jų būdus. Tai aprašoma siekiant parodyti, kokiam kontekste tyrimo rezultatai gali būti aktualūs.
3. Rėmimasis pavyzdžiais (angl. *grounding in examples*). Šiame darbe atlikto tyrimo metu išskirtos temos gausiai iliustruojamos tyrimo dalyvių interviu citatomis. Taip pat išsamiai aprašomas duomenų analizės procesas.
4. Patikimumo užtikrinimas (angl. *providing credibility checks*). To siekti padėjo trijų tyrėjų dalyvavimas duomenų rinkime bei dviejų tyrimų aptarimai dėl temų išskyrimo, kategorijų pavadinimų. Taip pat po kiekvieno interviu buvo rašomi dienoraščiai, siekiant įvertinti ar interviu duomenys yra patikimi (dienoraščio klausimai pateikiami skyrelyje 2.2. *Tyrimo metodai ir eiga*).
5. Rišlumas (angl. *coherence*). Šio darbo rezultatų dalyje pateikiamas visų kategorijų bei pakategorių sąrašas, išskirtos temos siejamos tarpusavyje, atskleidžiami ryšiai tarp jų.
6. Įgyvendinimas bendrų ir specifinių užduočių (angl. *accomplishing general vs. specific research tasks*). Šio darbo rezultatų aptarimo dalyje nurodomi ribotumai perkeliant rezultatus į kitus kontekstus, kadangi tyrimo tikslas nebuvo rezultatų generalizavimas.
7. Rezonavimas su skaitytojais (angl. *resonating with readers*). Šiame darbe rezultatus mėginta pateikti aiškiai ir suprantamai, vengiant specifinių mokslo terminų, o jų neišvengus – paaiškinant.

Tyrėjos patirties bei nuostatų refleksija

Šio darbo autorė su savižudybių tema yra susipažinusi ne tik akademiškai, bet ir praktiškai – nuo 2016 metų savanoriaudama emocinės paramos tarnyboje „Jaunimo linija“. Tiek savanoriaujant, tiek klinikinės psichologijos studijų metu susiformavo tam tikros nuostatos į savižudybių reiškinį:

- Didžiosios dalies savižudybių galima išvengti laiku suteikus pagalbą. Kadangi dažnai svarstantis apie savižudybę žmogus jaučiasi vienas su savo skausmu, pirmoji pagalba gali būti paprastas, atviras ir nuoširdus pokalbis su žmogumi, kuriuo pasitikima.
- Kiekvienas bandęs nusižudyti asmuo gali atskleisti savo patirtį po bandymo nusižudyti bei įvertinti, kas padėjo ir nepadėjo gautoje pagalba. Dėl to svarbu skirti daugiau dėmesio pačių žmonių pagalbos patyrimui, siekiant išsiaiškinti kaip galima būtų didinti pagabos veiksmingumą. Tokiam tikslui pasiekti tinkami kokybine metodologija grįsti tyrimai.
- Savižudybė yra veiksmas, kylantis iš pernelyg intensyvaus psichologinio skausmo, o ne psichikos sutrikimų simptomas. Yra žinoma, jog dauguma psichikos sutrikimus turinčių žmonių niekada nebando nusižudyti, tad negalime tokio elgesio redukuoti tik į šią vieną priežastį. Savižudiškam elgesiui įtaką daro daugybė įvairių biologinių, psichologinių, socialinių bei kultūrinių veiksnių.
- Savižudybė nėra racionalaus apsisprendimo rezultatas – yra žinoma, jog užsiimant savižudišku elgesiu mąstymas yra pakitęs, norima greičiau nutraukti savo psichologinį skausmą ir nėra matomos kitos elgesio alternatyvos.

3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Kaip aptarta prieš tai, šiame tyrime buvo siekta giliau suprasti pagalbos po mėginimo nusižudyti patyrimą ir jos veiksmingumo suvokimą. Šioje dalyje bus pateikiami ir aptariami visų 7 tyrimo dalyvių rezultatai. Teminės analizės metu buvo išskirta 711 prasminių vienetų (citatų), kurie sudarė 183 temas. Šios temos buvo sugrupuotos į 30 pakategorijų, kurios apibūdina 8 kategorijas. Bus pristatytos visos teminės analizės metu išryškėjusios temų grupės.

Papildomą informaciją galima rasti prieduose - Priede Nr. 4 pateiktas teminės analizės būdu išskirtų kategorijų bei temų sąrašas. Rezultatų dalyje pateikiamos ir citatos iš dalyvių interviu, kurių pabaigoje nurodyti pakeisti dalyvių vardai ir skaičius, žymintis tos eilutės vietą interviu transkripcijoje, pagal duomenų analizėje naudotą kokybinės duomenų analizės „Atlas.ti“ programą.

3 lentelė. *Tyrime atsiskleidusios kategorijos ir pakategorės*

Kategorijos ir pakategorės	1	2	3	4	5	6	7
1. PAGALBOS TEIGIAMAS POVEIKIS: <ul style="list-style-type: none"> • Gauta pagalba išgelbėjo gyvybę, apsaugojo nuo dar vieno mėginimo nusižudyti • Pasikeitęs sunkumų ir būdų sau padėti supratimas • Pagalbos pakako, ji efektyvi 	x	x	x	x	x	x	x
2. PAGALBOS SIEKIMAS IR SUNKUMAI PRIIMANT PAGALBĄ: <ul style="list-style-type: none"> • Pagalbos siekimas ir savarankiškumas • Sunkumai priimti pagalbą: beviltiškumas, nenoras kalbėti apie problemas • Jausmai, elgesys susijęs su bandymu nusižudyti • Asmeninių savybių ir jausmų įtaka gaunami pagalbai • Sunku prisiminti reanimaciją 	x	x	x	x	x	x	x
3. PROFESIONALIAUS, LYGIAPERČIO SANTYKIO SU SPECIALISTU SVARBA:							

<ul style="list-style-type: none"> • Padeda ASSIP terapeuto profesionalumas, geranoriškumas, bendradarbiavimas • Psichiatras kompetentingas, padedantis, santykis draugiškas • Padeda specialistų išklausymas, supratingumas, nuoširdumas, dėmesingumas • Ligoninės sąlygų svarba: fizinis saugumas, laisvė, galimybė bendrauti su kitais • Abejonės psichiatro kompetencija, santykis be pasitikėjimo 	X	X	X	X	X	X	X
<p>4. NEPAGARBAUS SANTYKIO IR PERNELYG GRIEŽTŲ GYDYMO BŪDŲ KENKSMINGUMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nepadeda griežtas, neatidus, nejautrus santykis • Personalo nekompetentingas elgesys • Nepadeda priverstiniai gydymo metodai • Netinkami gydymo būdai, režimas • Psichiatrinėje ligoninėje gulėjimas nepadėjo 		X	X	X	X	X	X
<p>5. SAVIŽUDYBĖMS SPECIFINĖS PSICHOLOGINĖS PAGALBOS VEIKSMINGUMO ELEMENTAI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padeda kelių psichologinės pagalbos būdų derinimas, konkretumas, atmintinės, krizės ženklų pastebėjimas • Psichologinė pagalba buvo svarbi • Dabartinė pagalba specifiškesnė, intensyvesnė 	X	X	X	X	X	X	X
<p>6. NEVIENAREIKŠMIŠKAS VAISTŲ VEIKSMINGUMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Šalut. vaistų poveikiai, menkas veiksmingumas • Vaistai palengvina būseną, miego sutrikimus, įkyrias mintis 	X	X	X	X	X		X

<p>7. SKIRTINGI PAGALBOS PO LIGONINĖS POREIKIAI:</p> <ul style="list-style-type: none"> Po ligoninės: gydymo netęsimas, savarankiškumas Po ligoninės: tolesnės psichologinės pagalbos poreikis Po ligoninės prasta savijauta, baimė būti vienam Psichosocialinės pagalbos svarba 	x	x	x	x	x	
<p>8. PAGALBOS VEIKSMINGUMĄ GALINTYS PADIDINTI VEIKSNIAI:</p> <ul style="list-style-type: none"> Savalaikė pagalba: iki minčių apie savižudybę, tinkamai parinkti vaistai Poreikis prieinamesnei ir dažnesnei pagalbai, ilgesnėms konsultacijoms Specialistų gebėjimas įsiklausyti, būti empatiškas 	x	x	x		x	x

Pastaba. Interviu numerių paaiškinimai: 1 – Eglė, 2 – Žemyna, 3 – Goda, 4 – Ilona, 5 – Tomas, 6 – Sandra, 7 – Darius.

3.1. Pagalbos teigiamas poveikis

Tyrimo dalyviams pabandžius apibendrinti visą gautą pagalbą, ji vertinama kaip suteikusi teigiamą poveikį. Toks vertinimas atsiskleidė keliais skirtingais aspektais. Visų pirma, visi dalyviai, vieni tiesiogiai, kiti ne taip tiesiogiai, įvardijo tai, jog gauta pagalba išgelbėjo jų gyvybę bei apsaugojo nuo dar vieno mėginimo nusižudyti: „*Tai manau visų pirma, būtų daug lengviau atgal įkrist ir galimai ir būčiau ir paslydęs kažkur pakeliui. Tai mažų mažiausiai užkirto kelią, bent jau iki dabar, kad tai neįvyktų vėl.*“ (Tomas, 229); „*Esminis dalykas, keičiasi tas, kad aš gyvenu.*“ (Eglė, 327). Matyti, kad nors tyrimo dalyviai mėgino nusižudyti ir turėjo ketinimą mirti, vis dėlto gavę pagalbą jie įvertino tai, kad išliko gyvi. Toks jausmų ambivalentiškumas sutampa su savižudybių bei bandymų nusižudyti atvejus tyrinėjusio Shneidman (2002) pastebėjimais, jog žudydamiesi žmonės išgyvena dvilypius jausmus – jausdami troškimą sumažinti savo kančią mirdami, tuo pačiu jie trokšta būti išgelbėtais. Žinoma, kad besizudant trokštama ne pačios mirties, tačiau nebejausti intensyvaus psichologinio skausmo, o esant tokioje būsenoje nematomi alternatyvūs elgesio būdai, tik mirtis.

Interviu metu buvo įvardinta ir tai, jog susisiekimasis su psichologe po mėginimo nusižudyti, padėjo prisiminti, kaip galima sau padėti: „<...> *Nežinau, tuomet rašydamas, buvo toks kaip atskaitos taškas, kad priminimas sau, kad dabar nėra gerai, jeigu gersiu alkoholio, kas žinoma pagunda buvo didelė, kai pablogėjo, tai žinoma bus negerai ir aš to negerai noriu išvengt, tai buvo paprasčiausia atsisakyti alkoholio tuo metu ir tas parašymas [Psichologe] buvo toks lyg priminimas sau, kad galėčiau kažko išvengt.*“ (Tomas, 79). Taigi šiuo atveju matoma, jog pagalba suteikė resursų, žinių, ką daryti ištikus krizei, vietoje mėginimo nusižudyti, kuriomis ir pasinaudojo šis dalyvis. Tai patvirtina ir Latvijoje atlikto tyrimo rezultatus, nurodančius, jog dauguma asmenų, kurie jau buvo gavę tinkamą pagalbą, siekė jos ir kitą kartą, ištikus krizei (Rancans et al., 2003).

Visi dalyviai, išskyrus vieną, taip pat minėjo, jog pagalba padėjo pakeisti savo sunkumų supratimą, požiūrį į juos: „*Gal aš ne tiek intensyviai galvoju apie savižudybę, kažkaip stengiuosi labiau pozityviai žiūrėti į gyvenimą, koncentruotis ties gerais dalykais.*“ (Sandra, 118); „*Mąstymas pasikeitė. Atsirado norai, poreikiai, o ne augalėlis, kuriam viskas gerai. Reikalavimai sau išsiugdė tokie dabar, galvoju, kiek aš švaisčiau laiko glušindama save vaistais ir, kiek aš ko nepadariau ir, daug daug daug visko dabar yra. Siekiai viskas.*“ (Ilona, 217); „*Keičiasi, truputėlį keičiu savo, kaip čia pasakyt, na gal galiu įvardinti kaip mąstymo klaidas, aš jas šiek tiek keičiu, nu bandau taisyti. Arba keičiasi požiūris į tam tikrus dalykus, ką žmogus gyvenime gali, ko negali. Na aplamai, suvokimas, kad gali ir daugiau, negu galvojau. Na nežinau, tokie esminiai, esminiai įsitikinimai galbūt. Tokie vidiniai.*“ (Eglė, 331). Viena dalyvė taip pat įvardijo ir įgytą supratimą apie anksčiau patirtos ilgalaikės psichologinės prievartos įtaką jos mėginimui nusižudyti, tuo tarpu kita dalyvė pasidalino padidėjusiu supratimu apie savo išgyvenamą depresiją. Kalbant apie psichikos sutrikimus, nors visi dalyviai turėjo diagnozuotus vienokius ar kitokius sutrikimus, tačiau nei vienas jų nesiejo su savo mėginimu nusižudyti, neišsakė tokių priežastinių ryšių ir kitaip neakcentavo. Tokie duomenys patvirtina ir rekomendacijas suicidologijos tyrimams, kuriomis remiantis, svarbu gilintis ne į psichikos sutrikimus, o į gilesnį asmens patyrimą (Hjelmeland et al., 2012).

Taigi, iš šių tyrimo dalyvių pasisakymų galime spręsti, jog pagalba padidino jų gebėjimą reflektuoti, gilintis ir suprasti savo sunkumus, vietoje aktyvaus vengimo galvoti apie tai. Anot Herman (2006), šie veiksniai yra labai svarbūs atsigavimo po patirtų traumų (kuriomis laikomi ir mėginimai nusižudyti) procese, kadangi suteikia žmogui kontrolės jo gyvenime, įgalina imtis veiksmų, siekiant pakeisti situaciją.

Galiausiai, du tyrimo dalyviai įvardijo ir tai, jog pagalbos jiems užteko: „*Ne, iš tikro tai gavau, jei iš žmonių, kalbant konkrečiai apie gydytojus, psichologus, ten vat pavyzdžiui, tai aš manau, kad gavau viską tiek, kiek jie man privalėjo duoti, tai ten tikrai manau viską ir gavau.*“ (Eglė, 305). Taip pat pagalba vertinama kaip naudinga: „*Nežinau ką ir bepridurt prie to, kad labai gerai vertinu. Į tai*

buvo reaguota, į tai buvo ieškoti sprendimai, į tai buvo gauta ir pasiūlymų konstruktyvių, ir tai ta pati terapija, tai nežinau.“ (Tomas, 217). Šios žinios apie pagalbos pakankamumą bei naudingumą yra svarbios norint gerinti jos teikimą asmenims, atsidūrusiems sveikatos priežiūros įstaigose, po mėginimo nusižudyti.

3.2. Pagalbos siekimas ir sunkumai priimant pagalbą

Siekiant suprasti sveikatos priežiūros pagalbos po bandymo nusižudyti patyrimą ir kaip suvokiamas pagalbos veiksmingumas, svarbu aptarti, kaip pagalba buvo siekiama ir kokie sunkumai kilo ją priimant bei asmenines savybes ir jausmus, galėjusius daryti įtaką gaunamai pagalbai. Papildant tai, manome, jog bandant atskleisti šiuos procesus, svarbu aptarti ir atsiskleidusius jausmus, susijusius su mėginimu nusižudyti. Interviu tai atsiskleidė kaip svarbus aspektas mėginant suprasti tų jausmų įtaką pagalbos vertinimui, todėl nuo to ir bus pradėta šios kategorijos rezultatų analizės dalis.

3.2.1. Jausmai susiję su mėginimu nusižudyti

Keli tyrimo dalyviai išsakė jausmus, susijusius su mėginimu nusižudyti – jų kilo įvairių. Viena dalyvė išsakė tai, jog nubudus reanimacijoje pirmiausiai turi susitaikyti su tuo, kad išgyvenai: *„Ir tu, vienintelis dalykas, ką tu girdi, tu visų pirma turi susitaikyti, su tuo, kad tu atsibudai aplamai, kad tu nemirei.*“ (Eglė, 269). Ji taip pat išsakė ir abejones ar greitą pagalbą jai padėjo: *„Aš dar neapsisprendžiau ar jinai man padėjo apskritai.*“ (Eglė, 69). Kadangi greitoji pagalba buvo pagalba, tiesiogiai susijusi su atgaivinimu po bandymo nusižudyti, keliama prielaida, jog ši dalyvė abejojo ar ji norėjo išlikti gyva. Papildant šiuos duomenis, kita dalyvė taip pat išreiškė gailėtį, jau tiesiogiai, kad nepavyko nusižudyti. Dar vienas dalyvis ambivalentiškai vertino tėčio atvežimą į reanimaciją po mėginimo nusižudyti: *„Nu nežinau ar padėjo, nu ką aš žinau, koks dvejetas galbūt. <...> (Padėjo) Nu tai, kad nereikėjo pačiam važiuot, nes mano kojos buvo, nu šita, patemptos. <...> (Nepadėjo) Nu nes tai nieko bendro su tuo neturi. [T: Su-?] Su pagalba po savižudybės.*“ (Darius, 74-82). Tai sutampa ir su vieno rasto tyrimo duomenimis, kuriame daugiau nei pusė tyrime dalyvavusių asmenų po mėginimo nusižudyti jautė gailėtį dėl to, kad jiems nepavyko to padaryti (de Silva et al., 2010). Bandžiusių nusižudyti reakcija į savo išgyvenimą yra išties svarbus veiksnys, kuris gali padėti numatyti mirties dėl savižudybės riziką ateityje – individai, kurie gailėjosi, kad jiems nepavyko nusižudyti, turėjo reikšmingai didesnę riziką nusižudyti bėgant laikui, nei tie žmonės, kurie džiaugėsi išgyvenimu ar vertino jį ambivalentiškai (Henriques, Wenzel, Brown, & Beck, 2005).

Kita dalyvė išreiškė jausmus, susijusius su kalbėjimu apie mėginimą nusižudyti: *„Buvo labai sunku kalbėti apie tą savo savižudybės bandymą, nes tai vis vien nėra toks eilinis dalykas, tai buvo skaudu ir sunku apie visa tai kalbėti, tai va... Tam tikra sakyčiau šoko reakcija šiek tiek.*“ (Sandra,

38). Tokie jausmai gali kilti ir iš baimės parodyti savo silpnumą kitam, pažeidžiamumo jausmo (Dadašev ir kt., 2016). Tokia baimė atrodo natūrali, kai sunku nuspėti kaip reaguos kitas žmogus, ypač nepažįstamas, atskleidus savo skaudžiausius išgyvenimus ir kai neaišku ar tas žmogus, kuriam atsiskleidžiama, priims su visu tuo skausmu ir nenusigręš. Šioje vietoje tampa labai svarbus terapinio santykio vaidmuo, kurio užsimezgimas gali padėti atsiverti ir pradėti pasitikėti specialistu, su kuriuo bendraujama. Plačiau apie santykio reikšmę pagalboje po mėginimo nusižudyti bus aptarta tolimesniame skyriuje (3.3. *Profesionalaus, lygiaverčio santykio su specialistu svarba*).

3.2.2. Pagalbos siekimas ir savarankiškumas

Kalbant apie pagalbos siekimą, pastebėtina, jog 3 tyrimo dalyviai pabrėžė aktyvų savo pačių vaidmenį: „*Nes aš tiesiog sakau, palieku, kad yra labai didelė dalis gautos pagalbos, bet yra dar labai didelė dalis, ką aš ir pati galiu padaryt. Na ta prasme, aš galiu gaut tą pagalbą, bet galiu jos nepriimti, tai ta prasme, nuo jos priklauso veiksmingumas, o nuo manęs priklauso, pavyzdžiui tai, kad aš jos nepriimu.*“ (Eglė, 281); „*Aš nežinau, labiausiai tai aš sau pati padėjau ir specialistai jie gali tave kažkaip nukreipti kažkaip tam tikra linkme, bet visą darbą reikia atlikti pačiam. Taip nebus, kad vieną dieną tu bandai nusižudyti, kitą dieną kažkaip spragteli, nueini pas specialistą ir gerai jausiesi.*“ (Sandra, 110); „*Nu tiek, kiek nepadėjo, tai čia jau mano atsakomybė, nes čia jau, tiek kiek nepadėjo, tai tiek, kad aš galbūt galėjau daugiau darbo įdėt. <...> Nežinau, čia pagalbos pilna, čia žiūrint kaip pasiėmi ją.*“ (Darius, 218; 423). Iš to galima kelti prielaidą, kad dalyviai suvokia save kaip aktyvius pagalbos gavimo procese, t.y. kad pagalbos suvoktas veiksmingumas priklauso ir nuo dalyvių pasiruošimo bei noro priimti ją. Iš vienos pusės tokia dalyvių pozicija juos įgalina, leidžia būti atsakingais už savo sunkumų sprendimą (Dadašev, 2017). Tačiau iš kitos pusės, tai gali būti pavojinga tuo atžvilgiu, jei pradedama sau kelti pernelyg didelius reikalavimus ir manyti, jog „aš pats galiu ir turiu susitvarkyti su savo problemomis.“ Tokia herojiška „stipraus žmogaus“ pozicija plačiai aptariama moksliniuose straipsniuose kaip vienas iš asmeninių barjerų trukdančių gauti pagalbą iškilus sunkumams ir taip kartu galinčių vesti į sekančią krizę (Dadašev ir kt., 2016). Siekimas būti savarankišku, nepriklausomu ir perdėtas kliovimasis vien savimi gali atimti iš sunkumus patiriančio žmogaus galimybę gauti reikiamą pagalbą, ypač tokiu ūmiu kriziniu laikotarpiu po mėginimo nusižudyti.

3.2.3. Sunkumai priimti pagalbą: beviltiškumas, nenoras kalbėti apie problemas

Papildant tai, kas jau aptarta apie aktyvų pačių dalyvių vaidmenį ir savarankiškumą pagalbos siekime, norisi paminėti ir tyrime atsiskleidusius jų sunkumus priimant pagalbą. Čia matomas ryškus

beviltiškumo bei nenoro priimti pagalbą motyvas: „*Aš tuo metu dar turėjau savižudybinių minčių. Na tiesiog aš jaučiausi abejinga aplinkiniam pasauliui tiesiog, nenorėjau tos pagalbos priimti.*“ (Žemyna, 28). Taip pat matyti, jog nenoras priimti pagalbos buvo susijęs ir su nepasitenkinimu ja. Kitos tyrimo dalyvės reakcija į reanimacijoje teikiamą pagalbą buvo panaši: „*Bet tuo metu (4s) negalvočiau apie tai iš tikrųjų kad čia suteikiama pagalba kažkokiu nu, vat atrodė priešai prieš tave čia kad kuo baisiau padaryti.*“ (Ilona, 67). Nors praėjus kuriam laikui reanimacijos pagalba vertinama kaip labai padėjusi, tačiau iškart po mėginimo nusižudyti ši dalyvė apskritai to nelaikė pagalba. Dar vienas tyrimo dalyvis jautė abejones, kiek jam buvo reikalinga reanimacijos pagalba: „*Nu kažkiek, nes aš net nežinau, kiek ant kiek man ten reikėjo tą kraują prafiltruot, tai nežinau.*“ (Darius, 367). Keliami prielaida, jog toks beviltiškumas keliantis sunkumus priimant pagalbą yra susijęs su ankstesniame skyrelyje aptartais jausmais, susijusiais su mėginimu nusižudyti. Išties, yra žinoma, jog beviltiškumas yra statistiškai reikšmingas ilgalaikės savižudybės rizikos faktorius (Beck, Steer, Kovacs & Garrison, 1985). Taip pat, tyrinėjant atsigavimą po bandymo nusižudyti, pastebėta, jog beviltiškumas susijęs su menkesniu atsigavimu, kur atsigavimas traktuojamas kaip pagerėjęs savęs suvokimas, ieškojimas pagalbos susidūrus su sunkiais stresą keliančiais veiksniais, prisitaikymas naudojant sveikesnes įveikos strategijos ir priėmimas savo dabartinės gyvenimo situacijos (Sun & Lu, 2017). Dėl šios priežasties, teikiant psichologinę pagalbą po mėginimo nusižudyti yra ypatingai svarbu skirti dėmesį beviltiškumo mažinimui bei realistiškų vilčių didinimui.

Kitas svarbus barjeras trukdęs priimti pagalbą, įvardintas kelių dalyvių buvo nenoras atsiverti ir kalbėti apie savo problemas: „*Nepatiko apskritai, kad reikėdavo kalbėti apie savo problemas, nu tas, kad su psichologu bendraut apskritai dalykas, nemėgstu.*“ (Goda, 65); „*Aš galėjau kažkaip sureaguoti, bet apie save aš nekalbėjau. Be galo sunku kažkaip atsiverti didesnėje tokioje grupėje, tai aš visiškai negebėjau toje grupėje dalyvauti.*“ (Sandra, 64). Tokie rezultatai yra panašūs į kito Lietuvoje atlikto tyrimo atliktus duomenis (Dadašev ir kt., 2016). Dalyviai gali būti nelinkę išreikšti kitiems savo asmeninių jausmų ir apskritai kalbėti apie sunkumus, kitaip tariant, juntamas polinkis pasilaikyti viską sau. Tokios baimės gali būti susijusios su ankstesnėmis patirtimis, pavyzdžiui, neadekvačiomis kitų žmonių reakcijomis, pasidalinus savo problemomis. Papildant tai, savo tikrųjų jausmų parodymas gali būti suprantamas kaip silpnumo ženklas, dėl to norėdami atrodyti stipriais, suicidiški asmenys gali būti nelinkę atskleisti savo sunkumų. Tai galimai būdinga ne tik mūsų tyrimo dalyviams, bet ir bendrai mūsų kultūrai, kaip pasekmė pakankamai nesenos trauminės patirties. Pusę praėjusio amžiaus Lietuva buvo totalitariniame režime, kuriame visi traumuojuojantys patyrimai turėjo būti pasilaikomi sau arba tik tarp šeimos narių, kadangi jų išreiškimas kitiems galėjo būtų pavojingas (Gailienė, 2008). Mūsų tyrimo kontekste toks pavojus gali būti suprantamas kaip baimė tapti pažeidžiamu ir nenoras parodyti kitiems sau pačiam nepriimtinius savasties aspektus, nes tai gali

reikšti savo silpnumo pripažinimą, kuris mūsų kultūroje neretai traktuojamas kaip nepageidaujamas bruožas.

3.2.4. Asmeninių savybių ir jausmų įtaka gaunamai pagalbai

Šioje dalyje išryškėjo kelios temos. Buvo įvardinta gėda dėl anksčiau vykusio gydymo vaistais nutraukimo ir manymo, kad gydymas nebus naudingas, nes atrodė, jog reikia rimtesnės pagalbos: „*Pirmą kartą man patiko, prieš tai. Šitą kartą man buvo labai sunku išbūti, atrodė, kad nesugebėsiu išbūti ir kad rimtesnės man pagalbos reikia. Tiesiog buvo labai sunku pereiti į tą režimą.*“ (Žemyna, 62). Taip pat įvardinti per aukšti lūkesčiai specialistams: „*Trūko, trūko [specialistų kompetencijos] man atrodo, aš gal per aukštus standartus esu išsikėlus.*“ (Žemyna, 66). Kita dalyvė įvardino ir savo norą padėti psichologei bei specialistams: „*Galbūt norėjau, ne mano tikslas buvo iš tikrųjų padėti specialistams ateityje, tiems. Sutikau su tuo tyrimu kadangi padėti. Nustatyti kas kaip kodėl, em, [Psichologei] ten didelės perspektyvos kur jinai dabar dirba, karjeros atžvilgiu norėjau ir jai padėti.*“ (Ilona, 165). Taip pat vienam dalyviui anksčiau gauti pagalbą trukdė įsitikinimas, jog nederama kontaktuoti su psichologe ne konsultacijų metu: „*Nes prieš tai, kiek pablogėjimų buvo, žinoma nebuvo taip blogai, kad būčiau mėginęs kažką, bet niekada už konsultacijos ribų aš su ja nekontaktuodavau. [T: Mhm.] Nes man neatrodė tiesiog priderama tai.*“ (Tomas, 67-69). Dar vienas dalyvis įvardino sunkumus kėlusią nežinomybę ar ateityje jam padės saugumo planas: „*(Nepatiko) Nes nežinau ar tas planas padės. [T: Kelia tokių abejonių?] Jo.*“ (Darius, 338-340). Šiuose pasisakymuose atsiskleidusi gėda nutraukus gydymą, per aukšti lūkesčiai specialistams, noras jiems padėti bei abejonės kreipiantis pagalbos leidžia kelti prielaidą, kad visa tai yra apie santykį su pagalba teikiančiu personalu – apie įsivaizduojamus specialistų lūkesčius žmonėms po bandymo nusižudyti bei pačių žmonių keliamus lūkesčius specialistams. Kitas šioje dalyje atsiskleidęs aspektas, neužtikrintinumas dėl pagalbos veiksmingumo ateityje, yra aprašomas ir literatūroje (Hom, Stanley & Joiner, 2015). Tam, jog galėtų būti sumažinta tokių asmeninių savybių įtaka suvokiamam pagalbos veiksmingumui, tyrimuose siūloma didinti žmonių psichikos sveikatos raštingumą, informuojant apie gydymo metodų veiksmingumą, pavyzdžiui, taikant motyvacinio interviu techniką (Britton, Williams & Conner, 2008).

3.3. Profesionalaus, lygiaverčio santykio su specialistu svarba

Visi tyrimo dalyviai dalyvavo specifinėje psichologinėje savižudybėms skirtoje programoje ASSIP, todėl galvojant apie suvoktą pagalbos veiksmingumą svarbu būtų aptarti kaip dalyviai vertino savo santykį su specialistais teikusiais šią pagalbą. Kalbant apie santykį, svarbus padėjęs veiksnys buvo tokios ASSIP terapeuto savybės: profesionalumas, geranoriškumas ir bendradarbiavimas. Šiuos

punktus akcentavo visi tyrimo dalyviai. Vieni labiau pabrėžė ASSIP terapeuto profesionalumą: „*Ir, ir psichologė, su kuria dirbau, buvo, yra tikrai tikrai profesionali. Ir na, kai jinai su manim bendrauja, tai rodo, tai tikrai jaučiasi, ta prasme, kad tai yra nuoširdu, natūralu, kaip čia pasakyti. Taip, tai man yra labai svarbu.*” (Eglė, 143). Kitai dalyvei labai svarbus buvo nuoširdus psichologės noras padėti ir bendradarbiavimas kartu tariantis su dėl tolimesnių pagalbos žingsnių. Tuo pačiu, kitas dalyvis akcentavo ASSIP vedusios psichologės empatiją, supratingumą, kryptingumą bei bendradarbiavimą, kartu ir jos pateiktas išvalgas, iškeltus tikslus bei uždavinius. Šie ir kiti savižudybėms specifinės psichologinės pagalbos elementai bus aptarti tolimesniame skyriuje (3.5. *Savižudybėms specifinės psichologinės pagalbos veiksmingumo elementai*).

Ne mažiau svarbus suvoktam pagalbos veiksmingumui buvo ir draugiškas bei padedantis santykis su psichiatrais. Akcentuotas buvo toks psichiatrų padedantis elgesys: „*(6s) nu gydytoja padėjo ten, nugaros skausmai beprotiški buvo tai skyre, neurologę ten, procedūras skyrė.*“ (Ilona, 149); „*Parinko gydymą, nu jinai pakoregavo man, nes aš jaučiau, kad trūksta energijos ir paprasčiau kažką pakoreguoti. [T: Aha.] Tai jinai sutiko tą padaryti. Ir jausdavau, kad jinai supranta mane, būdavo lengva bendrauti su ja.*“ (Goda, 147-149); „*Nu moka pastebėt, atjaust, (3s) padėt, na ir šiaip profesionalumas, kada žmogus žino, apie ką šneka, šiaip bendrai ta prasme, ir tai padeda.*“ (Darius, 248). Taigi, matome, jog tyrimo dalyviams padėjo psichiatrų visapusiškas rūpestis jais, empatija ir galėjimas jais pasitikėti.

Dalyviai įvardino, kaip padėjusį ir bendrai iš specialistų ir kito personalo rodomą išklausymą (pavyzdžiui, „*Viena slaugytoja ganėtinai taip išklause, kas nutiko paklausė, dėl ko. Prie- nu ta prasme išklause priežastį. Viena maloni buvo labai.*“ (Ilona, 103), supratingumą („*Na mane labai nustebino kaip ramiai ji sureagavo. Aš nežinau kodėl, dabar man atrodo, kad kitaip ir negalėjo reaguoti, bet nežinau tuo metu man atrodė labai intensyvus toks dalykas ir labai rami jos reakcija buvo.*“ (Tomas, 87), nuoširdumą („*Tai matėsi, kad tikrai ji nori padėti nuoširdžiai.*“ (Goda, 151) bei dėmesingumą („*<...> tai ir jei kasžkas ne taip, personalas visada buvo šalia*“ (Sandra, 20).

Prie santykio svarbos buvo priskirtas ir ligoninės sąlygų reikšmingumas bei šie jo komponentai: fizinis saugumas, laisvė, galimybė bendrauti su kitais. Saugios aplinkos svarba atsiskleidė ją lyginant su namų aplinka: „*Nu saugi aplinka aišku būdavo ligoninėj. Namie ne tiek saugu būtų.*“ (Goda, 333). Dvi dalyvės įvardino laisvės svarbą ligoninėje, susitarimą dėl jos: „*Susitarimas dėl trečio režimo pasirodė veiksmingas, aš rūkanti, tai man buvo labai sunku išbūti ir aš dar blogiau jaučiausi nerukydama ten.*“ (Žemyna, 30); „*Šiek tiek daugiau laisvės tai plus minus šeši. Ten galima ir koridoriais prasivaikščioti, ir daugiau tų pacientų matai.*“ (Ilona, 121). Svarbi buvo ir galimybė bendrauti su kitais: „*Gera galbūt pagalba būtų uždaryti žmones, kurie bandė nusižudyti su panašiais kaip jie, su panašiom problemom. Nu ar tai būtų depresijos, ar ten nežinau,*

isterikos, ar dar kažkas panašaus, nu aišku ten būna skirtingos tos priežastys, bet tas kažkoks bendrumas, jis padeda.“ (Darius, 437).

Kaip jau yra žinoma iš teorinių bei empirinių šaltinių, terapinis santykis apskritai yra vienas iš svarbiausių veiksnių galinčių prognozuoti psichoterapijos veiksmingumą (Fluckiger, Del Re, Wampold, Symons & Horvath, 2011). Dėl šios priežasties, tyrimo dalyvių akcentuota tokia profesionalaus ir lygiaverčio santykio su specialistais svarba suvoktam pagalbos veiksmingumui gali būti vienas iš labiausiai siektinų dalykų atliekant intervencijas su bandžiusiais nusižudyti asmenimis. Taigi, svarbu pagalbą teikti taip, kad būtų išlaikoma lygiavertiška nuostata į bandžiusįjį nusižudyti asmenį ir nestumti jo į silpnesnio žmogaus poziciją – esminis dalykas šiame procese turėtų būti bendradarbiavimas. Bendradarbiavimo pabrėžimas leidžia terapeutui eiti kartu su pacientu per šį specifinių faktorių glūdinčių po mėginimu nusižudyti atradimo procesą. Tokiu atveju, pats asmuo tampa savo istorijos ir kaip jis atėjo iki bandymo nusižudyti ekspertas. Tai atsispindi ir Rogers bei Soyka (2004) egzistencinėje – konstruktyvistinėje prieigoje į savižudybes, kurioje psichikos sveikatos specialistams siūloma telkti dėmesį į savižudišku elgesiu pasižyminčių klientų istorijų klausymą, vietoje savo prielaidų ir vertinimų išsakymo. Bendradarbiavimas išties gali įgalinti žmogų pasijusti gebančiu keisti savo gyvenimą bei labiau suprasti ir priimti alternatyvius problemų sprendimo būdus iškilus krizėms. Priešingai nei kalbant apie psichoedukacinį priėjimą, kai terapeutas yra ekspertas siekiantis išvesti bendras priežastis, kodėl žmonės bando nusižudyti (O’Conor et al., 2015). Pastarasis požiūris laikytinas netinkama ir pernelyg redukcioniška pagalbos prieiga, kadangi nėra bendrų priežasčių, dėl kurių žmonės bando nusižudyti arba nusižudo. Yra žinomi galimi rizikos veiksniai, tačiau kiekvienas savižudiško elgesio atvejis yra labai individualus.

3.4. Nepagarbaus santykio ir pernelyg griežtų gydymo būdų kenksmingumas

Aptarus tai, kas padėjo santykyje su specialistais, vertėtų aptarti ir tai, kas nepadėjo ir net buvo kenksminga tame ryšyje. Visų pirma, tyrimo dalyviams nepadėjo griežtas, neatidus ir nejautrus santykis su specialistais. Viena dalyvė įvardino jautusi kančią dėl skyriaus apribojimų ir taisyklių, tokių kaip personalo draudimas rūkyti, fiksavimas reanimacijoje, kai jau norisi atsistoti. Taip pat nepasitikėjimą kėlė ir personalo neatidumas duodant vaistus - pati dalyvė turėjo tikrinti ar duodami tinkami vaistai: „(5s) turėjau tikrinti vaistus pastoviai tai duoda tai nedaduoda tai sumaišo, nu marazmas kažkoks, nežinau nu čia gi vaistai psichotropiniai juos reikia labai atsargiai personalui sesutēm tom. O kas ten tai tokią tablete duoda tai tokią aš gerai, kad aš pastoviai žiūriu o tai būdavo kad, nežinau... tas atidumas vis tiek gi, čia ne šiaip sau saldainiai.“ (Ilona, 135). Taip pat, viena dalyvė išsakė, jog jai nepadėjo formalus ir neprofesionalus santykis su reanimacijos personalu: „Arba

tavęs, pavyzdžiui, ateina ir paklausia kažkokių tai dalykų, tokių administracinių, kur tu dar nepilnai, tu aplamai, dar per miglą viską matau, o jie manęs klausia tokių klausimų, kaip ar tau nieko tokio, jei mes tau biuletinio neišrašysim čia tas tris dienas, kol tu gulėjai reanimacijoj. Koks man skirtumas, kai aš guliu pririšta prie lovos, koks man skirtumas tas biuletinis.“ (Eglė, 271). Suprantama, jog toks elgesys tikrai gali kelti pyktį, kai nėra atsižvelgiama į žmogaus būseną, neįjuntamas supratimas iš personalo, ypač dar esant ūmioje suicidinėje krizėje, po bandymo nusižudyti.

Buvo išskirtas ir nekompetetingas personalo elgesys. Viena dalyvė įvardino pažeistą konfidencialumą: „Duočiau 9, nes buvo toks dalykas, kurį aš pasakojau psichologei, psichologė matyt papasakojo psichiatrei, o psichiatrė mano artimam žmogui, o aš nenorėjau, kad ta informacija išeity, nes ta informacija buvo apie mano vaikiną. Tai tiesiog buvo kaip ir konfidencialumas pažeistas.“ (Goda, 41). Taip pat vienas dalyvis pasakojo ir apie tai, kad buvo skatinamas meluoti, netgi šantažuojamas: „(...)ir aš sakau, bet tai aš čia pas jus nenoriu, sako nu mes tave per prievartą ta prasme guldome. O šita nu atėjau į ligoninę ir šita man sako, nu kad pasirašyk, kad tu esi čia savo noru, nes kitaip mes labai lengvai galim nu į teismą kreiptis ir tave čia mėnesiui per prievartą paguldyt. Aš pasirašiau, kad aš čia esu savo noru ir mane nu ten truputį netgi ilgiau negu mėnesį laikė.“ (Darius, 166). Galiausiai, dvi dalyvės įvardijo, kad kai kuriems specialistams apskritai trūko kompetencijos.

Taip pat tyrimo dalyviams nepadėjo priverstiniai gydymo metodai ir netinkamas režimas. Vienas iš tokių metodų buvo fiksavimas prie lovos: „Pikta labai ant personalo kažko buvau ko, nesuprantu. Mane pririšo. Aš norėjau atsistoti bet aišku draudžiama ten buvo turbūt greičiausiai tokios būsenos (3s)“ (Ilona, 61). Kita dalyvė akcentavo nepadedančią reanimacijos aplinką žmonėms po bandymo nusižudyti: „Tai visų pirma ta (aplinka) visiškai nejautri tam, kas vyksta žmogaus viduje. Tai yra, orientuojasi organizmo reakcijomis, gali matuoti spaudimą, gali nu ten pulsą reguliuot, tavo širdies ritmą, jie gali skysčių ten balansą reguliuot ten daugiau mažiau, tik tiek. Tai yra visiškai nejautri aplinka tam, dėl ko tu ten atsidūrei.“ (Eglė, 83). Kitai dalyvei kėlė abejonių ar jai buvo reikalinga izoliacija – jos teigimu, tai ne tik nepadėjo, bet ir kėlė išgastį: „Nu reanimacijoj irgi vaistai buvo, visur vaistai vaistai vaistai vaistai. Izoliacija, kas mažiausiai padėjo tai, stebima palata, ir gyvūliškas elgesys. Tai čia mažiausiai kas padėjo. <...> Baisu man... Aš net, net praradau, kalbą iš to išgąščio. Personalas siaubingas, šaukia rėkia, ojei ojei ojei ojei (5s) pamoką turiu dabar visais būdais kabinsiuos į tą gyvenimą kad tik į tą košmarą nepakliūti.“ (Ilona, 193; 91).

Aukščiau paminėtas pavyzdys apie dalyvės patirtą izoliaciją stebėjimo palatoje ir gyvūlišką elgesį iliustruoja specialistų nepriėmimą. Kaip žinoma iš tarpasmeninės savižudybių teorijos, suicidiško asmens nepriėmimas gali skatinti internalizuoti stigmą bei vesti į jo paties savęs nepriėmimą, nes tai tarsi patvirtina prielaidą, jog „aš ir nesu to vertas.“ (Joiner, 2005). Toks savęs

nepriėmimas gali lydėti į tolimesnę suicidinę krizę ir pasikartojantį mėginimą nusižudyti. Papildant tai, po kiekvieno mėginimo nusižudyti didėja ir gebėjimas mirtinai susižaloti, nes taip įgyjama vis didesnė tolerancija skausmui (Joiner, 2009). Didesnė mūsų tyrimo dalyvių dalis bandė nusižudyti ne po vieną kartą, tad su kiekvienu tokiu nauju bandymu mirties dėl savižudybės rizika didėja. Manoma, jog prie tokios rizikos prisideda ir aptartas izoliacijos patyrimas. Herman (2006) tyrinėjusi atsigavimą po sunkių trumų, yra išsakiusi, jog izoliuota auka pasveikti negali. Tad tokių rizikos veiksnių veikimas kartu sustiprina bendrą pakartotinės suicidinės krizės riziką.

Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių taip pat išsakė, jog jiems nepadėjo gulėjimas psichiatrinėje ligoninėje. Viena tyrimo dalyvė gulėjimą psichiatrinėje ligoninėje prilygino košmarui bei išsakė pasipiktinimą psichiatrijos sistemos nesikeitimu: „*Nu tokioj, tokiam košmare dar nesu buvus.*” (Ilona, 203); „*Pasipiktinus aš psichiatrija tikrai, pasipiktinusi juodai, nusprendžiau viskas gana nebenoriu gyvenisio savo gyvenimą, be jūsų pagalbos nebegaliu (9s).* <...> *Nežinau aš nenoriu gilintis į tą psichiatriją čia toks juodas, verslas kad geriau geriau ten nelįsti tai vat nebenoriu ten pasakoti kaip ten ką. Kaip ten su žmonėm iš žmogaus ga-, gali daržovę padaryt iš manęs va norėjo padaryti velniop nenoriu.*“ (Ilona, 137). Toks patyrimas psichiatrinėje ligoninėje šiai dalyvei sukėlė baimę tęsti gydymą: „*Mane ant tiek prigąsdino kad aš bijau gydytis toliau. Aš bijau tęsti gydymą.*” (Ilona, 207). Kita dalyvė išsakė, jog ji neįsivaikė būtinybės gulėti psichiatrinėje ligoninėje: „*Galbūt nebuvo būtina. Manau, kad būčiau pati susitvarkius su tuo <...>.*“ (Goda, 335). Taip pat buvo įvardintos ir nepadėjusios sąlygos ligoninėje: „*Aa, labai blogos sąlygos, ta prasme net ne tokiem žmonėms ten reikia būt. [T: Aha, gal galit praplėsti, kokios sąlygos tenai?] Aa, nu visų pirma, na čia jau truputį hiperbolizuoju, bet marina badu, nu visiškai maisto neduoda, tai reikia prašyt artimųjų, kad vežtų. Kitas, ta prasme, nēr visiškai, nu kadangi ten didžioji dalis yra alkoholikai, tai nu nėra su kuo va taip va šiaip pabendraut, ko tokiem žmonėms manau reikia, nu čia mano atžvilgiu, po bandymo nusižudyt nu reikia tokio kažkokio (artumo).*” (Darius, 140 – 142). Be tokių vienu iš pagrindinių poreikių – maisto bei bendravimo – šis dalyvis įvardino ir užimtumo trūkumą: „*Am, ir (pagrinde) nēr visiškai jokio užimtumo, jeigu jis ten yra, tai jis ten toks labai apsimestinis.*“ (Darius, 144). Toks gulėjimo psichiatrinėje ligoninėje vertinimas gali būti reikšmingai susijęs su nepalankiais tarpusavio santykiais su specialistais. Nemalonios patirtys buvusios hospitalizacijos metu gali mažinti pasitikėjimą sveikatos priežiūros sistema ir tuo pačiu gali mažėti tikimybė, jog iškilus sunkumams žmogus kreipsis pagalbos į sveikatos priežiūros specialistus. Tuo tarpu teigiamas pagalbos patyrimas po bandymo nusižudyti gali didinti pagalbos siekimą ateityje (McKay & Shand, 2018).

3.5.Savižudybėms specifinės psichologinės pagalbos veiksmingumo elementai

Kadangi visi tyrimo dalyviai gavo specifinę savižudybėms psichologinę pagalbą ASSIP, svarbu plačiau aptarti, kokie šios programos elementai buvo laikomi veiksmingais. Viena dalyvė įvardijo tai, jog kartu su psichologe pasidaryta atmintinė iškilus stresinei situacijai paskatino kreiptis pagalbos vietoje bandymo nusižudyti. Taip pat ji akcentavo ir tai, jog ji padėjo pastebėti krizės ženklus – kas parodo, kad jau einama į krizę ir ką su tuo reikėtų daryti. Kita tyrimo dalyvė šią pagalbą laikė netgi esmine: „*Taip, tai šiaip labai buvo esmė, nes tai buvo apie tai iš kur viskas kilo ir apie tai, kas atrodo branduolys gal*” (Eglė, 137). Anot jos, taip pat svarbu buvo išvardinti, kas yra rizikos faktoriai. Tam padėjo jaučiamas saugumas: „*Ir šiaip labiausiai tai padėjo tai, kad aš jaučiausi saugi, galėjau šnekėt apie tai, apie viską, neslėpdama nieko. Jaučiau, kad esu saugioj aplinkoj.*“ (Eglė, 143). Tikslų išsikėlimai taip pat buvo įvardijami kaip labai svarbus šios pagalbos naudingumo veiksnys.

Kitai dalyvei atrodė veiksminga konkrečių ir įgyvendinamų planų sudarinėjimas: „*Pokalbiai, trumpalaikių planų darymas, realistiškų planų susidarymas, kas bus už metų, dviejų, nes yra baisu, kad nepasieksiu tų metų, dviejų ir tiesiog ką kitą savaitę, dar kitą... Pasižadėjimas, kad atvyksi kitą kartą irgi atrodė svarbus. Atrodė, kaip čia neateit.*“ (Žemyna, 82). Dar vienam dalyviui tokio konkretaus saugumo plano turėjimas yra kaip pamatas ateičiai, ant ko būtų galima atsistoti, jeigu iškiltų krizė ateityje: „*Nes turiu tokį atskaitos tašką iš kur tai gali kilti ir kaip tai pastebėt. Kolkas, laimei, neteko to labai smarkiai išmėgint, bet aš esu įsitikinęs, kad tai padėjo ir kad turiu dabar kažką konkretesnio ant ko atsistot, kai vėl iškils krizė.*“ (Tomas, 149).

Iš visų šių tyrimo dalyvių pasisakymų galime daryti tokią išvadą, kad veiksmingas buvo kelių psichologinės pagalbos būdų derinimas, konkretumas, aiškių ir realistiškų planų sudarymas, atmintinės bei krizės ženklų pastebėjimas. Ateities tikslų kūrimas, suvokimas, jog dar yra dalykų, kuriuos reikia padaryt, tyrimuose nurodomas kaip apsauginis veiksnys atsigaunant po mėginimo nusižudyti (Chan, Kirkpatrick & Brasch, 2017). Papildant tai, patys ASSIP terapijos autoriai akcentuoja, jog viena iš jos stiprybių ir yra labai struktūruota programa, su aiškiais kiekvienos sesijos tikslais bei lengvai suprantama asmenims, kuriems yra taikoma (Michel, Valach & Gysin-Maillart, 2017). Šie duomenys sutampa ir su kito tyrimo duomenimis, jog po mėginimo nusižudyti neretai norisi gauti konkrečius patarimus, gaires kaip alternatyviai galima būtų spręsti iškilusius sunkumus (Richards, 2016). Tokiems norams gali daryti įtaką ir tai, jog patiriant ūmią suicidinę krizę prieš mėginimą nusižudyti iš tiesų gali atrodyti, jog nėra jokių kitokių elgesio alternatyvų sprendžiant sunkumus. Shneidman (2002) tokį reiškinį vadino suvokimo susiaurėjimu, kai į žmogaus suvokimo lauką tiesiog nebepatenka kitos galimos išeitys, jam anksčiau buvę įprasti gyvenimo įsipareigojimai bei jausmai artimiesiems.

Buvo pabrėžta ir bendrai psichologinės pagalbos svarba bei jos naudingumas: „(5s) *paprastai pokalbis gali sakau, sulaikyti nuo, nuo pasekmių didelių. Gerai kad tos yra ir anoniminės psichologinės pagalbos, turėtų būt daugiau jų. (4s) nuoširdus pokalbis tiesiog padeda, tuo metu toj krizėj atsiduriančiam žmogui.*“ (Ilona, 187). Kita tyrimo dalyvė įvardino norą, kuo skubiau gauti pagalbą po mėginimo nusižudyti bei iškilus poreikiui turėti, kuo prieinamesnę psichologinę pagalbą psichiatrinėje ligoninėje: „*Jo, svarbus dalykas tai, kad po prabudimo greičiau būtų galima gauti šita pagalbą. Ir dar kitas dalykas yra, kad būnant pačiam [SKYRIUS 1], pavyzdžiui savaitę, kad jeigu kažkas labai blogo atsitinka, irgi negausi psichologo konsultacijos, tai ateina tiktai psichiatrė, kuri palinguoja galvą ir sako ar noriu raminamųjų. Na aš susidūriau su tuo, kai man buvo labai blogai ir buvo savaitgalis ir nu negalėjau gauti psichologo.*“ (Eglė, 287). Iš šių duomenų matyti, jog buvo įvertinta nuoširdaus pokalbio su specialistu svarba bei anoniminės psichologinės pagalbos galimybės.

Lyginant dabartinę pagalbą su gauta anksčiau, ši pagalba įvardijama kaip specifiskesnė, intensyvesnė. Vienos tyrimo dalyvės, anksčiau dalyvavusios psichoterapinėje grupėje, žodžiais pagalbos specifiskumas atsiskleidžia per aptariamų klausimų pobūdį: „*Ji [ankstesnė pagalba] buvo ten bendresniems kažkokiems išgyvenimams, pastiprinta, stiprinti tai, kaip reaguojam į aplinką, aplamai lavinti emocijų intelektą, nu labiau su tuo buvo dirbama tada. Bet tai nebuvo gyvybės ar mirties klausimas. Va, o čia, konkrečiai čia, kur aš buvau pagalba, tai viskas buvo paremta tuo, kad nu ta prasme, mirtis arba gyvenimas.*“ (Eglė, 299). Taip pat buvo įvardintas mažesnis ankstesnės pagalbos intensyvumas: „*Tai aš prieš tai dar nebuvo bandžiusi nusižudyti, tai man kaip ir visai kitaip ta pagalba tokia buvo. Jinai buvo lėtesnė, tokia mažiau, na kažkokia mažiau intensyvi ta pagalba, kurią gaudavau.*“ (Sandra, 106). Pastebėtina, jog pagalba po bandymo nusižudyti turėtų būti specifiskesnė nei įprastinė psichologinė pagalba.

3.6. Nevienareikšmiškas vaistų veiksmingumas

Vaistų poveikis buvo vertinamas nevienareikšmiškai. Pirma, buvo išsakyti šalutiniai vaistų poveikiai bei menkas jų suvoktas veiksmingumas. Tyrimo dalyvių pasakojimuose tai atsispindėjo pernelyg dideliu vaistų nuslopinimu: „*<...> galbūt, kad vaistais būdavau prislopinta, man būdavo sunku bendrauti. Atrodo manęs paklausia ir aš, nu būdavo sunku susikoncentruoti į klausimą.*“ (Goda, 47). Taip pat buvo išreikštos abejonės gydymo dideliais vaistų kiekiais veiksmingumu: „*(12 s) Devyni metai aš ant vaistų. Ir pagalvojau devyni metai kaip rūkas (10 s) gal tuo metu ir būtini tie antidepressantai ir visa kita bet, ne tokiais kiekiais.*“ (Ilona, 139). Vienas dalyvis išsakė konkrečiai, jog jam nepadėjo neuroleptikai, kurie per stipriai kėlė apetitą bei migdė.

Tačiau, buvo išsakytas ir teigiamas vaistų poveikis palengvinant būseną, miego sutrikimus bei kilusias įkyrias mintis: „*Patikt tai man nei vienas vaistas nepatinka bet, tiktai tai dėl miego*

sutrikimų (6s) šiek tiek gal blokuodavo nuo tų įkryrių minčių nuolatinio galvojimo tuo to be proto, pastoviai galvoji galvoji. Gal ir tas padėjo.” (Ilona, 153).

Šiame darbe vaistų poveikis išsamiai nebus analizuojamas, nes tam šio darbo autorė neturi pakankamai kompetencijų, tačiau bus aptarta tai, ką atskleidė tyrimo dalyvių pasisakymai. Iš tiesų, yra žinoma, jog nėra jokių specifinių vaistų nuo savižudiško elgesio, nes tai nėra liga ar ligos simptomas, o kur kas daugiau nei tai – daugybę faktorių apimantis elgesys. Pavyko rasti straipsnį, kuriame teigiama, jog tricikliai antidepresantai yra pavojingi dėl perdozavimo galimybės (tarp šių yra ir Mirtazapinas, kuris buvo paskirtas ir keletui mūsų tyrimo dalyvių). Taip pat ir litis – nors šie vaistai gali prisidėti prie bandymų nusižudyti skaičiaus su mažėjimo žmonėms, turintiems nuotaikos spektro sutrikimų, tačiau išlieka perdozavimo rizika. Tad šiuo atžilgiu, kaip saugesnį pasirinkimą autoriai siūlo selektyviuosius serotoninų reabsorbcijos inhibitorius (SSRI) (Anderson, Mitchell & Brodaty, 2017). Šio tyrimo kontekste pateikti duomenys svarbūs tuo, jog daugiau nei pusė tyrimo dalyvių (4) kaip mėginimo nusižudyti būdą pasirinko vaistus arba juos kombinavo su kitais būdais.

Iš tyrimo rezultatų matyti, jog patys dalyviai abejojo jiems skiriamų vaistų reikalingumu arba pernelyg dideliais jų kiekiais, kurie stipriai juos slopindavo. Iš tiesų, slopinimas gali trukdyti relektuoti savo patirtį, ją permąstyti ir integruoti ją į savo patyrimą. Anot žymios traumų tyrinėtojos J. L. Herman (2006), pastarieji veiksniai yra ypatingai svarbūs atsistatant po patirtų traumų.

Tuo tarpu, keletas tyrimo dalyvių įvardijo ir teigiamą vaistų poveikį palengvinant simptomus, keliančius įtampą – miego sutrikimus, įkryrias mintis. Tokie duomenys sutampa ir su kito neseniai atlikto tyrimo duomenimis, jog atsigavimui padeda toks simptominis gydymas ir tai veikia kaip apsauginis veiksnys (Dadašev, 2017).

Apibendrinant tyrimo dalyvių vaistų vartojimo patirtį, matome, jog ji vertinama įvairiai. Iš vienos pusės tyrimo dalyviai abejojo didelio vaistų kiekio skyrimo reikalingumu ir jų slopinančiu poveikiu. Iš kitos pusės, buvo vertinamas varginančių simptomų, tokių kaip miego sutrikimai bei įkryrios mintys, palengvinimas. Tad keliama prielaida, jog naudingiausias būtų gydytojo bendradarbiavimas su asmeniu skiriant psichotropinius vaistus, nuolatinis jų vartojimo stebėjimas bei atsižvelgimas į skundus, išsakomus dėl šalutinio jų poveikio.

3.7. Skirtingi pagalbos po ligoninės poreikiai

Šioje dalyje išsiskyrė keli skirtingi pagalbos po išėjimo iš ligoninės poreikiai. Viena vertus, išsakytas savarankiškumas bei nenoras tęsti gydymą: „*Dabar aš jaučiu, kad man išvis pagalbos kaip ir nereikia, nes jaučiuosi puikiai.*“ (Goda, 351); „*Bandyti pačiai suimti save į rankas ir susitvarkyti, susidėlioti viską.*“ (Ilona, 215). Toks savarankiškumas vėlgi, kaip ir kalbant skyrelyje apie pagalbos

siekimą bei savarankiškumą (3.2.2. *Pagalbos siekimas ir savarankiškumas*) turėtų būti vertinamas atsargiai, kadangi yra žinoma, jog savižudybės rizika išlieka ypatingai aukšta pirmus metus po mėginimo nusižudyti (Cedereke & Ojehagen, 2005). Be to, toks savarankiškumo išreiškimas gali vesti į prieš bandymą nusižudyti dažnai pasireiškiantį polinkį savo sunkumus spręsti savarankiškai.

Kita vertus, išryškėjo ir priešingas, kelių dalyvių išsakytas tolesnės psichologinės pagalbos poreikis: „*Psichoterapijos tiesiog, norisi pasikalbėti, nes pastaroji savaitė... Aš išėjau lygiai prieš savaitę iš ligoninės, tai kad gerai jausčiausi, tai tikrai nėra. Tikrai intensyviai apie tai galvoju.*“ (Žemyna, 140); „*Šiuo metu aš labiausiai norėčiau lankyti kas savaitę terapeutą, dabar nebelankau, tiesiog surasti specialistą su kuriuo tikrai rasčiau bendrą kalbą, turėčiau tokį pasitikėjimo ryšį, tai va.*“ (Sandra, 114). Tokie duomenys patvirtina psichologinės pagalbos naudingumą.

Viena tyrimo dalyvė išsakė jautusi prastą savijautą, baimę būti vienai po ligoninės, prieš patenkant į kitą skyrių: „*Mhm, buvo labai baisu, stengiausi nelikti viena, prasidėjo panikos priepuoliai, ko anksčiau niekad nebuvo. Jaučiausi labai blogai išėjusi iš tikrųjų.*“ (Žemyna, 46). Tyrimuose rekomenduojama praėjus nedaug laiko po mėginimo nusižudyti nepalikti žmogaus vieno dėl jo saugumo (Guptill, 2011). Atsigaunant po mėginimo nusižudyti ypatingai svarbi yra socialinė parama, kuri suteikia nuoširdaus rūpesčio jausmą po išėjimo iš ligoninės (Milner et al., 2016).

Prie šios dalies buvo išskirta ir vienos dalyvės paminėta psichosocialinės reabilitacijos svarba: „*Patinka tuo, kad tai yra kaip pereinamasis etapas tarp ligoninės, sakykim to skyriaus [SKYRIUS 1] ir grįžimo namo. Tai man patiko, kad tai yra kaip pereinamasis etapas, todėl aš lyg ir buvau čia, bet nebuvo [SKYRIUJE 1], tai va, tai tokia adaptacija ta prasme, gal labai palengvina tą adaptaciją, tą aplamai grįžimą.*“ (Eglė, 239). Iš to matyti, kad yra svarbus adaptacijos procesas nuo išėjimo iš ligoninės ir grįžimo namo, priešingai nei staigi teikiamos pagalbos pabaiga. Šia tema atliktų tyrimų nepavyko rasti, tačiau svarstyta, jog toks adaptacijos laikotarpis, kurį gali suteikti vaikščiojimas į psichosocialinę reabilitaciją jau išėjus iš ligoninės, padeda grįžti į gyvenimą, integruojant į savo patyrimą tiek mėginimą nusižudyti, tiek gautą pagalbą, po truputį grįžtant prie savo įsipareigojimų ir iš naujo atrandant gyvenimo prasmę.

3.8. Pagalbos veiksmingumą galintys padidinti veiksniai

3.8.1. Savalaikės pagalbos poreikis

Norint siekti toliau gerinti ir teikti dar kokybiškesnę pagalbą po mėginimo nusižudyti tyrime buvo svarbu išsiaiškinti, kokie, tyrimo dalyvių manymu, galėtų būti pagalbos veiksmingumą galintys didinti veiksniai. Buvo įvardintas savalaikės pagalbos poreikis – dar iki minčių apie savižudybę:

„Svarbu suteikti pagalbą, kol dar nepradedi galvoti apie savižudybę, nes tada gali padėti labiau, gali mažiau kaštų kainuoti, o ne tada kai jau pabandė tai padaryti, yra sunkiau išlipti iš to.“ (Žemyna, 148). Svarbus gali būti ir tinkamai parinktas medikamentinis gydymas: „Iš pradžių tinkamą gydymą paskirt, nes aš paskui keičiau kelis kartus gydymą, tai matyt netiko, kurį man paskyrė [LIGONINĖ nr. 1]. Nu iš pradžių gerai jaučiausi, bet paskui buvo toks (lygtai) pablogėjimas.“ (Goda, 337). Taip pat kaip galintis padėti veiksnys įvardintas ir žinojimas apie pagalbos prieinamumą: „Na tiesiog galvojau, kad jeigu būčiau anksčiau gavus kažkokią kokybiškesnę pagalbą, tai nebūčiau dasigavus iki to, kas dabar yra.“ (Eglė, 333).

Šioje vietoje iškyla pirminės savižudybių prevencijos svarba, kuri yra nukreipta į siekimą užkirsti kelią naujiems savižudiško elgesio atvejams (Sher, 2004). Reikalinga yra taikyti universalias savižudybių prevencijos intervencijas, kurios skirtos pasiekti visą populiaciją, gerinant jos bendrą sveikatą, mažinant savižudybės riziką, šalinant barjerus trukdančius siekti pagalbos, ypač stigmą prieš pagalbos siekimą dėl suicidinio elgesio, psichikos sveikatos problemų bei priklausomybių (Ljušic et al. 2016). Taigi, matome, jog pagalba po mėginimo nusižudyti yra neatsiejama nuo pirminės prevencijos, skirtos visai populiacijai.

3.8.2. Poreikis prieinamesnei ir dažnesnei pagalbai

Papildant tai, kas buvo paminėta apie savalaikę pagalbą iki mėginimo nusižudyti, svarbu aptarti ir kelių tyrimo dalyvių išsakytą poreikį prieinamesnei bei dažnesnei pagalbai jau po bandymo nusižudyti. Viena dalyvė įvardijo, jog pritrūkdavo laiko konsultacijose su psichiatru: „Gal ilgesnės konsultacijos su gydytoju psichiatru, nes per savaitę tik penkiolika minučių, tai kažkiek ilgesnės norėtusi, nes reikia žiūrėt į laikrodį, kad spėtum dar.“ (Žemyna, 118). Taip pat įvardintas dažnesnės psichologinės pagalbos poreikis: „Kartais norėdavau, kad būtų du kartus per savaitę, bet būdavo galimybė psichologei mane priimti tik vieną kartą per savaitę. Kadangi ypač pačioj pradžioj, bet ir dabar, na norisi, nu reikia psichologo. Labai daug visko yra prisikaupę ir visko per kiekvieną dieną daug įvyksta, ta prasme nu ir tas yra labai sunku. Ir vat jo, pritrūko gal to laiko, to skaičiaus konsultacijų per savaitę.“ (Eglė, 169).

Iš pateiktų dalyvių pasisakymų matyti, jog įvardijamas noras gauti daugiau ir dažnesnės pagalbos būtent iš psichikos sveikatos specialistų. Svarbu į tai atsižvelgti, kadangi yra žinoma, jog sveikatos priežiūros pagalbos trūkumas gali prisidėti prie aukštesnės savižudybės rizikos (Ljušic et al., 2016). Toks pagalbos prieinamumo ribotumas gali kilti dėl įvairių priežasčių, tokių kaip finansavimo psichologinei pagalbai trūkumas, didelio specialistų užimtumo, kylančio dėl jų trūkumo sveikatos priežiūros staigose. Tuo tarpu Calati ir Courtet (2016) atlikta meta-analizė nurodo, jog

intensyvesnė psichoterapija bei didesnis kas savaitinis susitikimų skaičius yra siejamas su savižudybės ir mėginimų nusižudyti rizikos sumažėjimu.

3.8.3. Didesnis specialistų pasirengimas darbui su suicidiškais asmenimis

Viena tyrimo dalyvė įvardino norą, kad specialistai labiau suprastų ir priimtų: „*Nes bent jau tos informacijos daugiau tikrai, kad žmonės suprastų, kaip reikia, nu kaip kaip bendrauti, kad viskas okei, su tais, kurie turi problemų ir tiems, kurie turi, bet nežino, kaip jas spręsti ir nežino, ką su jom daryti. Tai va, tai to labai labai reikėtų.*“ (Eglė, 335). Toks priėmimo poreikis ir nepriėmimo kenksmingumas jau buvo aptartas ankstesniame skyrelyje apie nepagarbaus santykio kenksmingumą (3.4. *Nepagarbaus santykio ir pernelyg griežtų gydymo būdų kenksmingumas*), remiantis T. Joiner (2005) tarpasmenine savižudybių teorija. Papildant tai, svarbu būtų ateityje skirti dar daugiau dėmesio apmokant specialistus ir kitą personalą, dažnai savo darbe susiduriantį su suicidiškais asmenimis, siekiant keisti pastarųjų nuostatas susijusias su bendravimu su bandžiusiais nusižudyti asmenimis. Papildant, kita dalyvė išsakė norą pajauti daugiau empatijos ir įsiklausymo iš specialistų: „*Gal iš specialistų reikia tikrai didelės tos empatijos, įsiklausymo, nes tai neeilinis ir skaudus įvykis žmogaus gyvenime, kad apie jį kažkaip kalbėti yra sunku visada. Na tikrai, kad kažkaip būtų daugiau tos empatijos iš specialistų pusės, kad būtų įsiklausoma, ieškoma kaip suprasti pacientą atsidūrusį tokioje situacijoje.*“ (Sandra, 90). Noras būti išgirstais sutampa ir su kitų autorių gautais rezultatais (Richards, 2016). Jautimasis išgirstu gali skatinti kalbėti bei padrašina asmenį tyrinėti suicidinio elgesio reikšmę, dėl tokio empatiško priėjimo bei saugios aplinkos sukūrimo.

Kartais tyrimuose pastebima, kad sveikatos priežiūros darbuotojai gali nežinoti kaip aptarti tokias jautrias temas su pacientais ir jų šeimomis, taip pat gali neturėti pakankamai resursų ar pasiruošimo šiam procesui (Guptill, 2011). Neretai tokį sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų netinkamą bendravimą su bandžiusiais nusižudyti asmenimis gali paskatinti baimė, kylanti iš tokio elgesio nesupratimo, nuostatų susijusių su savižudybėmis. Dėl to rekomenduojama rengti apmokymus slaugytojams ir kitam medicinos personalui (Jahn et al., 2016).

4. REZULTATŲ APIBENDRINIMAS

Apibendrinant rezultatus bus pateiktos svarbiausios išvalgos ir rezultatai, gauti išanalizavus bandžiusiųjų nusižudyti pagalbos patyrimą ir jos veiksmingumo suvokimą.

Pirma, tyrimo dalyviai gautą pagalbą vertino kaip veiksmingą ir padėjusią. Atlikus duomenų analizę, paaiškėjo, jog pagalba įvardijama kaip išgelbėjusi gyvybę, apsaugojusi nuo vėlesnio bandymo nusižudyti bei padėjusi suprasti savo sunkumus, išgyvenimus ir būdus kaip galima sau padėti.

Antra, pastebėjome, jog nors didžiojoje tyrimo dalyvių dalyje buvo siekiama pagalbos, tačiau iškilo tam tikri barjerai trukdę priimti gaunamą pagalbą. Tarp tokių barjerų išryškėjo asmeninės savybės – gėda nutraukus gydymą, pernelyg aukštų standartų kėlimas specialistams, noras padėti pagalbą teikiantiems specialistams, abejonės ar ateityje padės sukurtas saugumo planas bei įsitikinimas, jog nederama rašyti psichologei už konsultacijos ribų. Taip pat barjerai buvo laikomi ir jausmai susiję su bandymu nusižudyti – dažnai tai buvo abejonės dėl to, kad pavyko išgyventi. Galiausiai, barjeru tapo ir nenoras kalbėti apie savo problemas. Tokie barjerai atsispindi ir kituose suicidologijos tyrimuose (Dadašev ir kt., 2016).

Trečia, išryškėjo santykio svarba suvoktam pagalbos veiksmingumui po bandymo nusižudyti. Lygiavertiškas, pasitikėjimu, saugumu bei bendradarbiavimu grįstas santykis su specialistais bei kitais sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojais buvo svarbus veiksnys, didinantis suvokiamą pagalbos veiksmingumą. Tuo tarpu nepagarbus santykis (pavyzdžiui, konfidencialumo pažeidimas) bei griežtų gydymo metodų taikymas (izoliacija, fiksacija, gydymas per prievartą) buvo vertinamas kaip ypač nepadedantis. Iš tiesų, remiantis Klonsky ir May (2015) trijų žingsnių teorija, yra žinoma, jog susietumas (angl. *connectedness*) yra svarbus veiksnys pereinant nuo skausmo bei beviltiškumo link galimai mirtino savižudiško elgesio. Jis gali apimti tiek ryšius su kitais žmonėmis, tiek ir prisirišimą prie savo darbo, projektų, vaidmenų, interesų ar kitų asmeniškai reikšmingų tikslų. Susietumas svarbus tuo, jog net jei asmuo jaučia skausmą ir beviltiškumą bei svarsto apie savižudybę, jo savižudiškos mintys labiau tikėtina išliks vidutinės nei stiprios, kol susietumas yra didesnis už jaučiamą skausmą. Tuomet tikėtina, jog žmogus nejudės link aktyvaus troškimo nusižudyti. Tačiau jeigu juntamas tiek skausmas, tiek beviltiškumas, ir susietumo nėra arba jis mažesnis už skausmą, žmogus turės stiprias savižudiškas mintis ir aktyvų troškimą mirti. Taigi, galima teigti, jog pirminė susietumo rolė yra apsaugoti nuo intensyvių minčių apie savižudybę tiems žmonėms, kurie yra aukštoje rizikoje dėl skausmo ir beviltiškumo. Mūsų tyrimo kontekste taip pat atsispindi tokie pastebėjimai. Galime svarstyti, jog tyrimo dalyviai labiau vertino kaip padėjusį santykį su tais specialistais, su kuriais jautė susietumą ir priešingai, mažesnis susietumas jaustas su tais specialistais, su kuriais santykis pasižymėjo nepagarba, griežtų gydymo būdų taikymu.

Ketvirta, visi tyrimo dalyviai gavo specializuotą savižudybės psichologinės pagalbos programą ASSIP ir dauguma tyrimo dalyvių ją laikė reikšmingai prisidėjusia prie bendro pagalbos suvokto veiksmingumo. Buvo įvardinti tokie šios programos veiksmingumo elementai: krizės ženklų atpažinimas, saugumo plano kūrimas, konkretumas, kelių psichologinės pagalbos metodų derinimas bei trumpų realistiškų planų kūrimas. Tokius padėjusius elementus galime vertinti remdamiesi kognityvine Baumeister (1990) pabėgimo teorija. Šioje teorijoje teigiama, jog sunkūs asmens patyrimai, dažnai neatitinka jo keliamų aukštų standartų ir iš to kyla vidinės nesėkmių atribucijos, dėl kurių jis ima save vertinti neigiamai. Suicidiškas asmuo tuo metu gali jaustis kaltas dėl savo nesėkmių ir nieko nesugebantis. Toks savęs vertinimas gali sukelti depresinę būseną, kurios metu įsijungia noro pabėgti nuo skausmingų minčių bei jausmų mechanizmas. Pabėgti bandoma kognityvinės dekonstrukcijos būdu – taip Baumeister (1990) vadina psichologinio atbukimo būseną, į kurią pasineria žmogus. Tokia būseną pasižymi laiko perspektyvos apribojimu iki dabarties momento, mąstymo konkretumu, veiksmai yra motyvuoti artimiausių tikslų. Pilnai nesuveikus tokiai būsenai, žmogus gali imti ieškoti veiksmingesnių pabėgimo būdų, šiame etape ir padidėja mėginimo nusižudyti rizika. Šiame tyrime tai atsispindi kalbant apie padėjusius ASSIP programos elementus. Mąstymui tapus konkrečiu, nebegalvojama apie elgesio alternatyvas ar sudėtingus jausmus, tad svarbu, jog mūsų tyrimo dalyviai įvardijo krizės ženklų atpažinimą bei saugumo planą kaip padedančius programos komponentus. Keliamą prielaidą, jog tai dalyviams galėtų padėti ateityje susidūrus su kriziniais išgyvenimais, kilus norui pabėgti – įgytos žinios padėtų neįsijungti kognityvinės dekonstrukcijos būsenai ir leistų geriau matyti alternatyvius elgesių būdus. Taip pat suicidiški žmonės patiria sunkumų galvodami apie ateitį (Baumeister, 1990), tad padėjęs trumpų ir realistiškų ateities planų kūrimas taip pat gali būti vertinamas kaip apsauginis veiksnys.

Penkta, išsiskyrė tyrimo dalyvių pagalbos poreikiai po ligoninės. Keli dalyviai išsakė nenorą tęsti gydymą bei savarankiškumą, o tai turėtų būti vertinama atsargiai žinant, kad pirmaisiais metais po bandymo nusižudyti, pakartotinio mėginimo rizika išlieka ypatingai aukšta (Cedereke & Ojehagen, 2005). Tuo tarpu, buvo išsakytas ir tolesnės psichologinės pagalbos poreikis, o tai rodo, jog tyrimo dalyviai jautė jos teikiamą naudą ir galimai ateityje bus labiau linkę jos siekti.

Šešta, tyrimo dalyviai įvardijo ir būdus, kurie, jų manymu, galėtų didinti pagalbos veiksmingumą. Tarp tokių būdų minimas savalaikės pagalbos suteikimas – dar iki minčių apie savižudybę atsiradimo. Taip pat įvardijama ir tai, jog reikėtų gerinti pagalbos prieinamumą siekiant platesnio visuomenės informavimo apie pagalbos galimybes bei suteikiant ilgesnes ir dažnesnes konsultacijas su psichikos sveikatos specialistais, ypač praėjus nedaug laiko po mėginimo nusižudyti. Taip pat buvo pabrėžta, jog specialistai turėtų būti labiau apmokyti darbui su suicidiškais asmenimis – būti empatiškesni, žinoti kaip bendrauti su tokioje aukštoje savižudybės rizikoje esančiais

žmonėmis, mokėti išklaudyti, nekaltinti ir priimti. Žinoma, kalbant apie specialistus, svarbu paminėti ir tai, jog neretai dirbant tiek somatinėse, tiek psichiatrinėse ligoninėse jie patiria nemažus darbo krūvius, o tai gali trukdyti teikti kokybišką pagalbą ir mažinti jų pasitenkinimą savo darbu. Tad būtų svarbus ir didesnis finansavimas šiai sričiai, pavyzdžiui, didinant psichikos sveikatos specialistų etatų skaičių.

Tyrimo ribotumai ir rekomendacijos tolimesniems tyrimams

Kaip ir kiekviename tyrime, taip ir šiame nebuvo išvengta tam tikrų ribotumų. Pirma, paminėtinas nedidelis tyrime dalyvavusių žmonių skaičius. Mes nežinome keliems asmenims apskritai buvo siūloma dalyvauti tyrime, tačiau žinoma, jog iš 10 sutikusiųjų dalyvauti 3 žmonės atkrito ir tyrime toliau dalyvavo 7 asmenys. Tačiau, manome, kad toks santykinai žemas sutikusiųjų dalyvauti skaičius gali būti aiškinamas tuo pačiu nenoru ir vengimu kalbėti apie savo problemas, tai jau aptarta plačiau rezultatų dalyje. Taip pat, tyrimuose randama, jog asmenys, kurie yra nusivylę dėl to, kad nepavyko bandymas nusižudyti, galimai buvo mažiau linkę dalyvauti tyrime (O’Conor et al., 2015). Gali būti, jog nesutikusių dalyvauti arba vėliau atkritusių žmonių pagalbos patyrimas skyrėsi nuo tyrime dalyvavusių asmenų.

Antra, šis tyrimas yra grįstas kokybine, o ne kiekybine metodologija – tyrime siekta įsigilinti į bandžiusių nusižudyti pagalbos patyrimą bei jos veiksmingumo suvokimą, o ne surinkti visą populiaciją reprezentuojančią imtį. Tačiau ateityje būtų svarbu atlikti ir kiekybinius tyrimus apie pagalbos veiksmingumą po bandymo nusižudyti mūsų šalies kontekste, siekiant didesnio šiame tyrime gautų rezultatų pagrindimo.

Trečia, dauguma tyrime dalyvavusių asmenų buvo moteriškos lyties (5 iš 7). Tai patvirtina žinomą suicidologijos statistiką, jog moterys dažniau mėgina nusižudyti nei vyrai, o pastarieji dažniau miršta dėl savižudybės, kadangi yra labiau linkę rinktis letalesnius savižudybės būdus. Tad ateityje rekomenduojama siekti atlikti tyrimus su panašesniu dalyvavusių moterų ir vyrų skaičiumi, kad būtų galima pastebėti, kokie skirtumai atsiranda analizuojant lyties aspektu.

Ketvirta, rezultatus galėjo paveikti ir tai, jog tyrimo duomenys buvo surinkti 3 tyrėjų. Svarbu paminėti, jog šališkumo buvo stengiamasi išvengti analizuojant duomenis tyrėjų komandoje ir reflektuojant savo patirtis kokybinio tyrimo dienoraščiuose. Vis dėlto, nėra įmanoma pilnai atsiriboti nuo savo asmeninių patirčių, profesinių interesų ir tai galimai galėjo turėti įtakos interviu atlikimui, pavyzdžiui, užduodant tikslinamuosius klausimus, atspindint tyrimo dalyvio jausmus bei mintis. Įtakos rezultatams galėjo turėti ir tai, kad interviu buvo atliekami skirtingose vietose: dalis interviu buvo vykdomi psichiatrinės ligoninės psichologinių konsultacijų kabinetuose, kita dalis – vienos iš

mūsų tyrėjų privačiame konsultacijų kabinete. Siekiant išvengti tokios įtakos rezultatams, tolimesniems tyrimams rekomenduojama atlikti tyrimus tam tinkamoje, vienoje vietoje.

Taigi ateityje yra reikalingi tolimesni tyrimai, kurie mėgintų tyrinėti pagalbos veiksmingumą po mėginimo nusižudyti ir kaip tas veiksmingumas yra suvokiamas. Taip pat svarbu būtų atlikti panašius tyrimus su didesne intimi žmonių bei siekti tolygesnio pasiskirstymo tarp lyčių. Siekiant generalizuoti gautas žinias visiems mėginusiems nusižudyti asmenims ir gautos pagalbos veiksmingumui, tikslinga būtų atlikti ir kiekybine metodologija grįstus tyrimus.

IŠVADOS

1. Visos gautos pagalbos teigiamas poveikis tyrimo dalyvių vertinamas šiais aspektais – ji išgelbėjo gyvybę, padėjo išvengti vėlesnio bandymo nusižudyti ir pagerino savo sunkumų supratimą.
2. Bendradarbiaujantis ir lygiavertiškas santykis su specialistais ir kitu personalu didina suvoktą pagalbos veiksmingumą. Tuo tarpu, nepagarbus santykis bei pernelyg griežti gydymo būdai jį mažina.
3. Nors pagalba buvo siekiama, išryškėję sunkumai ją priimant buvo siejami su jausmais, susijusiais su bandymu nusižudyti, beviltiškumu, nenoru kalbėti apie problemas bei asmeninėmis savybėmis ir jausmais.
4. ASSIP terapija vertinama kaip viena labiausiai padėjusių. Jos suvokto veiksmingumo elementai: krizės ženklų atpažinimas, trumpų ir realistiškų planų kūrimas, saugumo planas.
5. Medikamentinio gydymo veiksmingumas vertinamas nevienareikšmiškai. Pernelyg didelis vaistų slopinantis poveikis trukdo reflektavimui, skausmingos patirties integravimui į savo patyrimą, tuo tarpu padeda simptominis gydymas – įkyrių minčių bei miego sutrikimų mažinimas.
6. Atsispindėjo išsiskyrę pagalbos poreikiai po ligoninės – vieni tyrimo dalyviai nenorėjo tęsti gydymo, siekė savarankiškumo, tuo tarpu kiti jautė tolesnės psichologinės pagalbos poreikį.
7. Tyrimo dalyvių nuomone, pagalbos veiksmingumas gali būti didinamas šiomis kryptimis:
 - Informuojant visuomenės lygmeniu apie pagalbą, siekiant suteikti savalaikę pagalbą, iki mėginimo nusižudyti;
 - Atsižvelgiant į poreikį dažnesnėms ir ilgesnėms konsultacijoms su psichikos sveikatos specialistais;
 - Gerinant sveikatos priežiūros specialistų paruošimą darbui su suicidiškais asmenimis.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Remiantis gautais tyrimo rezultatais, galime išskirti keletą aspektų, kurie gali būti naudingi specialistams, teikiantiems pagalbą asmenims po mėginimo nusižudyti:

- Pastebėta, jog bandžiusiems nusižudyti asmenims yra būdingas nenoras kalbėti apie savo sunkumus, skausmingas praeities patirtis. Tačiau taip pat yra žinoma, jog yra labai svarbu kalbėti apie tokias patirtis tam, kad būtų galima jas integruoti į visą patyrimą (Herman, 2006). Psichikos sveikatos specialistams svarbu sudaryti saugią, pasitikėjimu grįstą aplinką atsiverti, skaudų patyrimą turintiems žmonėms, jų nespaudžiant, priimant ir nenorą kalbėti.
- Matoma, kad suicidinio elgesio stigma yra gaji ir po mėginimo nusižudyti. Keliama prielaida, jog vis dar jaučiamas trūkumas informacijos kaip tinkamai reaguoti po tokio visais aspektais skausmingo įvykio. Neretai, siekiant parodyti, jog tai yra netinkamas elgesys, aplinkiniams kyla noras kaltinti, priekaištauti. Tačiau toks elgesys yra žalingas, nes nėra parodomi alternatyvaus elgesio būdai sunkumams spręsti ir bandęs nusižudyti asmuo gali tai vertinti kaip nepriėmimą. Dažnai, kai žmonės atsivėrę jaučiasi nepriimti, jie pradeda vengti dalintis savo sunkumais su kitais. Toks vengimas gali suformuoti barjerus reikiamos pagalbos gavimui, o tai gali lydėti į sekančią suicidinę krizę.
- Tuo tarpu lygiavertiškas, pagarbus santykis su specialistais skatina ūmioje suicidinėje rizikoje esantį žmogų jaustis priimtu ir rūpinčiu. Toks santykis taip pat gali mažinti polinkį atsiriboti bei suteikti resursų. Ateityje, iškilus krizei, žmogus žinos, kur yra saugi aplinka, suteikianti jam galimybę pasidalinti savo skaudžiais išgyvenimais.
- Svarbu turėti omenyje, jog žmogui, po mėginimo nusižudyti patekusiam į bendrojo profilio ligoninę, gali būti svarbu gauti informaciją apie tolimesnės pagalbos galimybes, jos prieinamumą. Taip pat, pradžioje, žmogui dar esant ūmioje suicidinėje krizėje gali būti naudingos dažnesnės bei ilgesnės konsultacijos su psichikos sveikatos specialistais, tad rekomenduojama į tai atsižvelgti pagal turimus resursus.

LITERATŪRA

- Anderson, J., Mitchell, B. P., & Brodaty, H. (2017). Suicidality: prevention, detection and intervention. *Australian Prescriber*, *40*(5), 162-166. doi:10.18773/austprescr.2017.058
- Barnes, L. S., Ikeda, R. M., & Kresnow, M. (2001). Help-seeking behaviour prior to nearly lethal suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, *32*. doi/10.1521/suli.32.1.5.68.24217
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, *97*(1), 90 – 113.
- Beck, A. T., Steer, A. R., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10 – year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *The American Journal of Psychiatry*, *142*(5), 559 – 563.
- Bennewith, O., Evans, J., Donovan, J., Paramasivan, S., Owen-Smith, A., Hollingworth, W., ..., Gunnell, D. (2014). A contact-based intervention for people recently discharged from inpatient psychiatric care: A pilot study. *Archives of Suicide Research*, *18*(2), 131 – 43. doi:10.1080/13811118.2013.838196
- Bradvik, L., & Berglund, M. (2010). Depressive episodes with suicide attempts in severe depression: Suicides and controls differ only in the later episodes of unipolar depression. *Archives of Suicide Research*, *14*. doi: 10.1080/13811118.2010.524068
- Britton, C. P., Williams, C. G., & Conner, R. K. (2008). Self – determination theory, motivational interviewing and the treatment of clients with acute suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*, *64*(1), 52 – 66.
- Brown, K. G., & Green, L. K. (2014). A review of evidence – based follow – up care for suicide prevention. Where do we go from here? *American Journal of Preventive Medicine*, *47*, 209 – 215.
- Bryan, J. C., Johnson, G. L., Rudd, D. M. & Joiner, T. E. (2008). Hypomanic symptoms among first-time suicide attempters predict future multiple attempt status. *Journal of Clinical Psychology*, *64*(4), 519-530. doi: 10.1002/jclp.20445
- Calati, R. & Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research*. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.04.003
- Calear, L. A., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Grant, B. J., Spijker, B. & Donker, T. (2016). A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions in youth. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *25*, 467-482. doi 10.1007/s00787-015-0783-4
- Castroman, J. L., Garcia, B. E., Courtet, P., & Oquendo, A. M. (2015). A cross – national tool for assessing and studying suicidal behaviors. *Archives of Suicide Research*, doi: 10.1080/13811118.2014.981624
- Cebria, A. I., Parra, I., Pamias, M., Escayola, A., Garcia-Parés, G., Punti, J., ..., Palao, D. J. (2013). Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an Emergency

- Department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish population. *Journal of Affective Disorders*, 147, 269 – 276. doi: 10.1016/j.jad.2012.11.016.
- Cedereke, M., & Ojehagen, A. (2005). Prediction of repeated parasuicide after 1-12 months. *European Psychiatry*, 20, 101 – 109. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.09.008
- 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*, doi: 10.1080/14780887.2017.1322649
- Dadašev, S., Skruibis, P., Gailienė, D., Latakienė, J., & Grižas, A. (2016). Too strong? Barriers from getting support before a suicide attempt in Lithuania. *Death Studies*, 40(8). 507 – 512. doi: 10.1080/07481187.2016.1184725
- Dadašev, S. (2017). *Mėginusiųjų nusižudyti savižudybės proceso patirtis* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- De Silva, P., de Silva, D., Jayasinghe, S., de Alwis Seneviratne, R., Abeyratne, M., Rajapakse, D. & Mendis, N. (2010). Feelings experienced after previous suicide attempt by the individual and the reaction of close relatives or friends to previous attempt. *Conference Paper in Injury Prevention*. doi: 10.1136/ip.2010.029215.216
- Dirmotaitė, E. (2017). *Nusižudžiusiųjų kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigas per paskutinius metus iki savižudybės ypatumai Lietuvoje* (Magistro darbas). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215 – 229.
- Eurostat (2017). Suicide rate in the EU Member States, 2014. Paimta iš <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170517-1>
- Flamenbaum, R. (2009). *Testing Shneidman's theory of suicide: psychache as a prospective predictor of suicidality and comparison with hopelessness*. (Doctoral Thesis). Kingston: Queen's University.
- Fleischmann, A., Bertolote, M. J., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, J. N., De Silva, D., Phillips, M., Vijayakumar, L., Varnik, A., Schlegel, L. & Tran Thi Thanh, H. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 703-709
- Fluckiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2011). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-17. doi: 10.1037/a0025749
- Gailienė, D. (1998). *Jie neturėjo mirti. Savižudybės Lietuvoje*. Vilnius: Tyto alba.
- Gailienė, D. (2008). *Ką jie mums padarė: Lietuvos gyvenimas traumų psichologijos atžvilgiu*. Vilnius: Tyto alba.

- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L. G., & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8(2), 190–209. doi.org/10.1080/10503309812331332307
- Givon, L., Levi, A., Bloch, B., & Fruchter, E. (2018). Immediate and brief intervention after suicide attempts on patients without major psychiatric morbidity – a pilot study in northern Israel. *European Psychiatry*, 51, 20 – 24.
- Granboulan, V., Roudot-Thoroval, F., Lemerle, S., & Alvin, P. (2001). Predictive factors of post-discharge follow-up care among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 31 – 36.
- Guptill, J. (2011). After an attempt: caring for the suicidal patient on the medical-surgical unit. *MEDSURG Nursing Journal*, 20(4), 163-168.
- Gysin-Maillart, A. C., Soravia, M. L., Gemperli, A., & Michel, K. (2016). Suicide ideation is related to therapeutic alliance in a brief therapy for attempted suicide. *Archives of Suicide Research*. doi: 10.1080/13811118.2016.1162242
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patient who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP). *PLOS Medicine*, 13(3). doi:10.1371/journal.pmed.1001968
- Haw, C., Bergen, H., Casey, D., & Hawton, K. (2007). Repetition of Deliberate Self-Harm: A Study of the Characteristics and Subsequent Deaths in Patients Presenting to a General Hospital According to Extent of Repetition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(4).
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182(6), 537-542. doi: 10.1192/bjp.182.6.537
- Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazzell, P., House, A., & Heeringen, K. (2009). Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD001764.
- Henriques, G., Wenzel, A., Brown, K. G., & Beck, A. T. (2005). Suicide attempters' reaction to survival as a risk factor for eventual suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2180 – 2182.
- Herman, J. L. (2006). *Trauma ir išgyjimas. Prievartos pasekmės nuo buitinio smurto iki politinio teroro*. Vilnius: Vaga.
- Hickey, L., Hawton, K., Fagg, J., & Weitzel, H. (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment. A neglected population at risk of suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 87 – 93.
- Higienos instituto Sveikatos informacijos centras (2018). Mirties priežastys (išankstiniai duomenys). Paimta iš http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Mirties_priezastys/MPR_2017_isankstiniai.pdf

- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 74–80.
- Hom, A. M., Stanley, I. H., & Joiner, E. T. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help – seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 28 – 39.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., & Symonds, C. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi: 10.1037/a0022186
- Huthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., Marino-Francis, F., Sanderson, S., Turpin, C., Boddy, G. & Tomenson, B. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*, 323.
- Izci, F., Zincir, S., Zincir, B. S., Bilici, R., Gica, S., Koc, I. S. M., Goncu, T., Terzi, A., & Semiz, B. U. (2015). Suicide attempt, suicidal ideation and hopelessness levels in major depressive patients with and without alexithymia. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 28, 27-33 doi: 10.5350/DAJPN2015280103
- Jahn, R. D., Quinnett, P. & Ries, R. (2016). The influence of training and experience on mental health practitioners’ comfort working with suicidal individuals. *Professional Psychology: Research and Practise*, 47(2), 130-138.
- Jobes, A. D. (2000). Collaborating to prevent suicide: A clinical-research perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(1).
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, M. D. (2009). Main predictors of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 634-646. doi:10.1037/a0016500.
- Jollant, F., Lawrence, N. L., Olie, E., Guillaume, S., & Courtet, P. (2011). The suicidal mind and brain: A review of neuropsychological and neuroimaging studies. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12(5), 319 – 339. doi: 10.3109/15622975.2011.556200
- Kirkpatrick, H. B., Brasch, J., Chan, J., & Kang, S. S. (2017). A narrative web – based study of reasons to go on living after a suicide attempt: Positive impacts of the mental health system. *The Journal of Mental Health and Addiction Nursing*, 1(1), 3-9.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114 – 129.
- Ljušič, D., Ravanič, D., Danič, F. S., Soldatovič, I., Cvetkovič, J. & Tasič, S. M. (2016). Contemporary principles of suicide prevention. *Medicinski Pregled*, 11(12), 367-271. doi: 10.2298/MPNS1612367L

- McKay, K., & Shand, F. (2018). Advocacy and luck: Australian healthcare experiences following a suicide attempt. *Death Studies*, 42(6), 392 – 399. doi:10.1080/07481187.2017.1359218
- Michael, K. Valach, L. & Gysin-Maillart, A. (2017). A novel therapy for people who attempt suicide and why we need new models of suicide. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14. doi:10.3390/ijerph14030243
- O'Connor, S. S., Comtois, K. A., Wang, J., Russo, J., Peterson, R., Lapping-Carr, L., & Zatzick, D. (2015). The development and implementation of a brief intervention for medically admitted suicide attempt survivors. *General Hospital Psychiatry*, 37, 427-433.
- Parra-Uribe, I., Fontecilla, H. B., Garcia-Pares, G., Martinez-Naval, L., Valero-Coppin, O., Cebria-Meca, A., ... Palao-Vidal, D. (2017). Risk of re-attempts and suicide death after suicide attempt: A survival analysis. *Biomed Central Psychiatry*, 17. doi: 10.1186/s12888-017-1317-z
- Perry, C. J., Bond, M., & Presniak, D. M. (2013). Alliance, reactions to treatment, and counter-transference in the process of recovery from suicidal phenomena in long-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 23(5). 592-605. doi: 10.1080/10503307.2013.809560
- Quinones, V., Jurska, J., Fener, E., & Miranda, R. (2015). Active and passive problem solving: Moderating role in the relation between depressive symptoms and future suicidal ideation varies by suicide attempt history. *Journal of Clinical Psychology*, 71(4), 402 – 412. doi: 10.1002/jclp.22155
- Rancans, E., Lapinš, J., Renberg, E. S., & Jacobson, L. (2003). Self-reported suicidal and help seeking behaviours in the general population in Latvia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(1), 18 – 26. doi: 10.1007/s00127-003-0602-y
- Reynolds, M. W., & Mazza, J. J. (1999). Assessment of suicidal ideation in inner-city children and young adolescents: reliability and validity of the suicidal ideation questionnaire -JR. *School Psychology Review*, 28(1), 17 – 30.
- Richards, A. S. (2016). *Understanding the experiences of college student suicide attempt survivors: a consensual qualitative research exploration* (Doctoral Thesis). Iowa: University of Iowa.
- Rogers, R. J., & Soyka, K. M. (2004). “One size fits all”: an existential – constructivist perspective on the crisis intervention approach with suicidal individuals. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(1), 7 – 22.
- Runeson, B. S. (2002). Suicide after parasuicide. *British Medical Journal*, 325, 1125 – 1126.
- Seimas, L. R. (1996). Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. *Valstybės žinios*, 66-1572.
- Shand, F., Vogl, L. & Robinson, J. (2018). Improving patient care after a suicide attempt. *Australasian psychiatry*, 26(2), 145-148. doi: 10.1177/1039856218758560
- Sher, L. (2004). Preventing suicide (Commentary). *An International Journal of Medicine*, 97(10), 677- 680. doi:10.1093/qjmed/hch106

- Shneidman, E. S. (1996/2002). *Savižudžio sąmonė*. Vilnius: VIA RECTA.
- Silverman, M. M., Berman, L. A., Sanddal, D. N., O'Carrol, W. P. & Joiner, E. T. (2007a). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37(3), p. 248-263.
- Silverman, M. M., Berman, L. A., Sanddal, D. N., O'Carrol, W. P. & Joiner, E. T. (2007b). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37(3), p. 264-277.
- Sun, F., & Lu, C. (2017). Factors predicting recovery from suicide in attempted suicide patients. doi:10.1111/jocn.13769
- Van Orden, A. K., Witte, K. T., Cukrowicz, C. K., Braithwaite, S., Selby, A. E., & Joiner Jr., E. T. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*, 117(2), 575-600. doi:10.1037/a0018697
- Ward-Cieselski, E. F. (2013). An open pilot feasibility study of a brief dialectical behavior therapy skills-based intervention for suicidal individuals. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(3). doi: 10.1111/sltb.12019
- Webb, A. C., DeRubeis, J. R., & Barber, P. J. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: a meta – analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200 – 211. doi:10.1037/a0018912
- Welch, S. S. (2001). A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services*, 52(3), 368-375. doi:10.1176/appi.ps.52.3.368
- Winter, D., Bradshaw, S., Bunn, F. & Wellsted, D. (2013). A systematic review of the literature on counselling and psychotherapy for the prevention of suicide: 1. Quantitative outcome and process studies. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(3), 164-183.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Global Health Observatory (GHO) data*. Paimta iš: http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/
- Wiklander, M., Samuelsson, M., & Asberg, M. (2003). Shame reaction after suicide attempt. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3). 293 – 300. doi:10.1046/j.1471-6712.2003.00227.x
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet, Psychiatry*.

PRIEDAI

1 priedas. Informuotas sutikimas



ASMENS INFORMAVIMO FORMA

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

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

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

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

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

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

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

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

Sutinku, kad tyrėjams būtų atskleisti duomenys apie mano diagnozę ir gydymą _____

(*parašas*)

Vilniaus universitetas, Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra, Universiteto g. 9/1, Vilnius 01513,
Tel./faks. (8-5) 266 76 00, el. p. fsf@fsf.vu.lt

2 priedas. Informacinis lapelis dalyviui ir padėka



Ačiū, kad sutikote dalyvauti Vilniaus universiteto psichologų atliekamame moksliniame tyrime*. Šiuo tyrimu siekiame geriau suprasti, kiek veiksminga psichologinė pagalba, gaunama po mėginimo nusižudyti, todėl Jūsų atsakymai į anketų klausimus mums yra labai vertingi. Praėjus 6-8 savaitėms po Jūsų buvimo ligoninėje su Jumis susisieks vienas iš mūsų tyrėjų, su kuriuo sutarsite laiką susitikimui bei pokalbiui. Tikime, kad pokalbis gali būti naudingas ir Jums.

Jei turite klausimų, kviečiame kreiptis į tyrėją:

Jolanta Latakienė

tel.: 8 659 73549, el. p.: jolanta.latakiene@fsf.vu.lt

** Mokslinis tyrimas „Psichologinės pagalbos po bandymo nusižudyti veiksmingumas“*

Vilniaus universitetas, Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra, Universiteto g. 9/1, Vilnius 01513, Tel.: (8-5) 268 7099

3 priedas. Transkribavimo sutartiniai ženklai

Transkripcijose rekomenduojami naudoti ženklai (supaprastinta naudojantis Silverman ir Wengraf, 2004)

Simbolis	Pavyzdys	Paiškinimas
[]	[VARDAS]; [MIESTAS]	Laužtiniuose skliaustuose rašomi tikriniai vardai ar pavadinimai pakeisti į bendrinius, vietoj Tomas VARDAS ir t.t
(3)	Dalyvis: Taip. (3s.) Nežinau, ką daugiau pridurti.	Skliausteliuose pažymėtas skaičius nurodo sekundėmis pokalbyje truncančią pauzę.
_____	Dalyvis: tada labai nuliūdu ir pamąščiau kad tik galėčiau jiems <u>įrodyti</u>	Pabraukimas reiškia, kad vienas žodis ar jo dalis yra labai akcentuojama ar netikėtai pakeliamas balsas.
ŽODIS	Dalyvis: tada nutariau DAGIAU NIEKADA TAIP NEBEBUS	Didžiosiomis raidėmis rašoma frazė ar daugiau nei vienas žodis, kuri itin pabrėžiama ar net iššaukiama.
.hhh	Aš tai jaučių .hhh	Tai žymi gilesnį atodūšį ar iškvėpimą. Jei jis trunka ilgiau ar atskleidžia itin reikšmingą situaciją, galima papildomai skliausteliuose pažymėti sekundes.

(...)	Ateityje daug neramumų (...) bet ką jau čia	Tušti skliausteliai su tritaškiu viduje žymi transkribuotojo negalėjimą išgirsti, ką sako tyrimo dalyvis ar interviuotojas.
(žodis)	Ar matote (toje istorijoje) ką nors teigiamo?	Skliausteliuose pažymėtas žodis mažosiomis raidėmis reiškia, jog transkripcijoje spėjama, kad tai būtent šis žodis, bet nėra aiškiai girdima.
Žod-	Nebegaliu daugiau pasa-	Žodžio gale padėtas minuso ženklas reiškia, kad nepabaigus žodžio jis nutraukiamas ir nebesigirdi.

4 priedas. Teminės analizės būdu išskirtų kategorijų ir temų sąrašas.

1. PAGALBOS TEIGIAMAS POVEIKIS:

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

- Reanimacijos specifika
- Gydymas man išgelbėjo gyvybę
- Negavus pagalbos turėčiau savižudybės planą
- Pagalba padėjo išvengti dar vieno bandymo nusižudyti
- Gauta pagalba stabdo nuo mėginimo nusižudyti
- Abejonės, kas būtų negavus pagalbos, šeimos paramos lūkestis
- Gauta pagalba padėjo nenusižudyti

1b. Pasikeitęs sunkumų ir būdų sau padėti supratimas

- Pasikeitė mano požiūris, mąstymas
- Išsigandau mėginimo nusižudyti, laikau klaida
- Supratau, kad bandymas nusižudyti psichologinės prievartos padarinys
- Psichiatrė padėjo suprasti ligą
- Gautos pagalbos efektyvumas
- Susisiekimas su psichologe po bandymo nusižudyti padėjo prisiminti kaip sau padėti
- Psichologė labiausiai padėjo, supratau kaip sau padėti
- Gauta pagalba mažina mintis apie savižudybę, skatina pozityvesnį požiūrį
- Gauta pagalba teigiamai paveikė kasdienį funkcionavimą, savęs supratimą ir ateities planus

1c. Pagalbos pakako, ji efektyvi

- Specialistų pagalbos buvo užtektinai
- Gautos pagalbos efektyvumas
- Visa gauta pagalba vertinama kaip naudinga

2. PAGALBOS SIEKIMAS IR SUNKUMAI PRIIMANT PAGALBĄ

2a. Pagalbos siekimas ir savarankiškumas

- Pagalbos veiksmingumo priklausymas nuo pačios dalyvės
- Ženkliai padėjo parašymas psichologei apie mėginimą nusižudyti
- Žmonės, kurie žinojo apie mėginimą nusižudyti, skatino kreiptis pagalbos
- Po stresinės situacijos kilo suicidinių minčių

- Lankymasis pas psichologą privačiai
- Labiausiai padėjau sau pati, specialistai tik nukreipia
- Už pagalbos veiksmingumą atsakingas jaučiasi ir pats dalyvis
- Sunku būti aktyviam, įsitraukti į konsultacijas dėl nuovargio

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

- Nenoras priimti pagalbos
- Netikėjimas pagalba, beviltiškumas
- Nenorėjau kalbėti apie savo problemas, bet reikėjo
- Relaksacija nelabai padėjo, sunku atsipalaiduoti
- Būnant reanimacijoje sunku įvertinti gaunamą pagalbą
- ASSIP terapijoje trūko savo įsitraukimo, nepatiko filmuotis
- Grupinė terapija nepadėjo, buvo sunku atsiverti
- Abejonės dėl reanimacijos pagalbos reikalingumo

2c. Jausmai, elgesys susijęs su bandymu nusižudyti

- Gailėjimasis, kad nepavyko nusižudyti
- Reanimacijoje pradžioj turi susitaikyti su tuo, kad nemirei – abejonės, ar gerai, kad atgaivino
- Abejonės dėl greitosios pagalbos
- Sunku prisiminti detales
- Alkoholio vartojimas didino norą nusižudyti
- Sunku kalbėti apie mėginimą nusižudyti
- Ambivalentiškas požiūris į tėvo atvežimą į reanimaciją

2d. Asmeninių savybių ir jausmų įtaka gaunamai pagalbai

- Gėda dėl gydymo nutraukimo
- Mano per aukšti standartai specialistams
- Atrodė, reikia rimtesnės pagalbos
- Noras padėti psichologei ir tyrėjams
- Anksčiau neatrodė derama rašyti psichologei už konsultacijos ribų
- ASSIP terapijoje nepatiko nežinomybė ar ateityje padės saugumo planas
- Sunkumai įvertinant specialistų kompetetingumą

2e. Sunku prisiminti reanimaciją

- Reanimacijos neatsimenu

- Reanimacijos neatsimenu

3. PROFESIONALAUS, LYGIAVERČIO SANTYKIO SU SPECIALISTU SVARBA

3a. Padeda ASSIP terapeuto profesionalumas, geranoriškumas, bendradarbiavimas

- Psichologė kompetetinga
- Psichologė profesionali, svarbu, kad tarėsi su manimi
- Padėjo psichologės nuoširdus noras padėti
- Geranoriškas, pasitikintis santykis su psichologe
- Patiko psichologė, susiklostė darbiniai santykiai
- Su psichologe lengviau bendrauti, supratingumas
- Padėjo laisvumo jausmas su psichologe
- Padėjo ASSIP psichologės profesionalumas
- Santykis su psichologėmis buvo dalykiškas, profesionalus, bet kartu ir šiltas
- Padėjo psichologės kryptingumas
- Padėjo psichologės profesionalumas
- Padėjo bendradarbiavimas su psichologe, jos įžvalgos, iškelti tikslai ir uždaviniai
- Padėjo ASSIP psichologės empatija, profesionalumas, pagalba įvardinant sunkius dalykus

3b. Psichiatras kompetetingas, padedantis, santykis draugiškas

- Psichiatrė padėjo dėl nugaros skausmų
- Psichiatrė koregavo gydymą
- Padeda gydytojo aktyvumas
- Artimas, draugiškas santykis su psichiatre
- Psichiatrė kompetetinga
- Psichiatrų pagalbos profesionalumas
- Padėjo artimas, grįstas pasitikėjimu santykis su psichiatre
- Padeda psichiatro dėmesingumas, atjauta, profesionalumas, tikslų kėlimas

3c. Padeda specialistų išklausymas, supratingumas, nuoširdumas, dėmesingumas

- Domėjimasis, nuoširdumas, išklausymas iš personalo padeda
- Gydytojų bandymas suprasti priežastį
- Labiau kompetetingi specialistai
- Padeda specialistų atidumas, išklausymas
- Specialistai kompetetingi

- Santykiai su specialistais keitėsi
- Padėjo psichiatrės supratingumas, nuoširdumas
- Padėjo išsikalbėjimas psichologei
- Padėjo profesionalus, laisvas santykis su kineziterapeute
- Padėjo dėmesingas santykis su psichosocialinės reabilitacijos atvejo vadybininkais
- Padėjo lygiavertis, saugus, sąžiningas santykis su psichiatrais
- Padėjo psichiatrų rūpestingumas
- Santykyje su psichologe padėjo jos ramumas, supratingumas
- Padėjo visą laiką prieinamas ir bendradarbiaujantis personalas
- Pagalbos veiksmingumą didino asmeniškasis dėmesys, empatija, rūpestis
- Specialistai buvo rūpestingi, kompetetingi ir profesionalūs
- Padėjo empatiškas, šiltas ir supratingas santykis su psichologe

3d. Ligoninės sąlygų svarba: fizinis saugumas, laisvė, galimybė bendrauti su kitais

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

3e. Abejonės psichiatro kompetencija, santykis be pasitikėjimo

- Paviršutiniški, be pasitikėjimo santykiai su psichiatre
- Abejotu psichiatrės kompetencija
- Sunku bendrauti su psichiatre, neartimas ryšys

4. NEPAGARBAUS SANTYKIO IR PERNELYG GRIEŽTŲ GYDYMO BŪDŲ KENKSMINGUMAS

4a. Nepadeda griežtas, neatidus, nejautrus santykis

- Kančia dėl skyriaus apribojimų ir taisyklių
- Personalui trūko atidumo, geranoriškumo
- Personalo grubumas, nepagarbus bendravimas nepadėjo
- Abejotu specialistų grubaus bendravimo veiksmingumu
- Karingi santykiai su personalu ir pacientais
- Nepadeda specialistų neatidumas, neįsitraukimas

- Nepadėjo griežtas tonas
- Nepadėjo psichiatrės griežtumas
- Psichiatrė kišosi ne į savo reikalus
- Trūko specialistų aktyvumo, įtraukimo
- Iš psichiatro trūko atvirumo, dėmesio
- Nepadėjo reanimacijos aplinkos nejautrumas
- Ankstesnėje pagalba nepadėjo psichiatrų nejautrumas, šališkumas
- Psichiatrė nepadėjo psichologiškai
- Nepadėjo formalus, neprofesionalus santykis su reanimacijos personalu
- Nepadeda šaltas, nedėmesingas santykis su psichologe
- Nepadeda grubus, nepagarbus ir kaltinantis specialistų bendravimas
- Nepadėjo specialistų abejingumas, šaltas santykis
- Gulėjimas reanimacijoje nepadėjo psichologiškai

4b. Personalo nekompetetingas elgesys

- Nepadėjo formalus, neprofesionalus santykis su reanimacijos personalu
- Psichiatrė ir psichologė pažeidė konfidencialumą, tai neprofesionalu
- Žema personalo kompetencija nepadeda
- Specialistams trūko kompetencijos
- Nepadeda skatinimas meluoti

4c. Nepadeda priverstiniai gydymo metodai

- Fiksavimas reanimacijoje kėlė pyktį
- Nemanau, kad man buvo reikalinga ar naudinga izoliacija
- Nepadeda pagalbos priverstinumas, perdėtas intensyvumas
- Nepadėjo reanimacijos aplinkos nejautrumas
- Nekompetetingas personalo elgesys, uždarymas per prievartą

4d. Netinkami gydymo būdai, režimas

- Nelaikau saves ūmaus skyriaus paciente
- Kelia abejonių psichosocialinės reabilitacijos pagalbos metodai

4e. Psichiatrinėje ligoninėje gulėjimas nepadėjo

- Psichiatrinė ligoninė nepadėjo
- Išgąstis ir baimė tęsti gydymą

- Pasipiktinimas psichiatrijos sistemos nesikeitimu
- Gulėjimas ligoninėje mažai padėjo, neįsivaikiau būtinybės
- Pagalba nelabai padėjo
- Nepadėjo psichiatrinės ligoninės aplinka ir užimtumo trūkumas
- Gulėjimas psichiatrinėje ligoninėje nepadėjo

5. SAVIŽUDYBĖMS SPECIFINĖS PSICHOLOGINĖS PAGALBOS VEIKSMINGUMO ELEMENTAI

5a. Padeda kelių psichologinės pagalbos būdų derinimas, konkretumas, atmintinės, krizės ženklų pastebėjimas

- Padeda kelių pagalbos rūšių derinimas, specifinė savižudybėms pagalba
- Padėjo psichologės taikomų metodų įvairovė
- Padėjo trumpų, realistiškų planų susidarymas
- Padėjo vizualinės relaksacijos atsigauti
- Buvo nedrąsu filmuotis, bet padėjo pastebėti krizės ženklus
- Atmintinė padėjo kreiptis pagalbos vietoje bandymo nusižudyti
- Padėjo su psichologe daryta atmintinė
- Buvo įdomu žiūrėti į save iš šono
- ASSIP terapijos ženkli nauda
- ASSIP terapijos pagalbos komponentai
- Psichologinėse konsultacijose padėjo konstruktyvumas, problemos sprendimų ieškojimas
- ASSIP terapijoje padėjo konkretumas, konstruktyvumas
- Padėjo konkretūs psichologės pasiūlymai
- ASSIP terapijoje padėjo konkretūs įrankiai: krizės ženklų pažinimas ir saugumo plano kūrimas
- ASSIP terapija suteikia saugumą planą ateičiai

5b. Psichologinė pagalba buvo svarbi

- Psichologinės pagalbos poreikis ir nauda
- Psichologinių konsultacijų svarba

5c. Dabartinė pagalba specifiškesnė, intensyvesnė

- Dabartinė pagalba specifiškesnė, gyvybiškai svarbesnė
- Anksčiau gauta pagalba psichoterapinėje grupėje

- Dabartinė pagalba intensyvesnė

6. NEVIENAREIKŠMIŠKAS VAISTŲ VEIKSMINGUMAS

6a. Šalutiniai vaistų poveikiai ir menkas veiksmingumas

- Nuslopimas ir priklausomybė nuo vaistų
- Abejoju gydymo dideliais vaistų kiekiais veiksmingumu
- Prislopimas nuo vaistų, šalutiniai poveikiai
- Vaistų menkas poveikis
- Neuroleptikai nepadėjo, nes per daug kėlė apetitą ir migdė

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

- Vaistai padėjo dėl miego sutrikimų ir įkyrių minčių
- Vaistai padėjo miegoti
- Vaistai padėjo, būseną pagerėjo
- Vaistų vartojimas susijęs su depresija, o ne bandymu nusižudyti
- Vaistai padėjo miegoti

7. SKIRTINGI PAGALBOS PO LIGONINĖS POREIKIAI

7a. Po ligoninės: gydymo netęsimas, savarankiškumas

- Gydymo netęsimas, savarankiškumas po ligoninės
- Noras greičiau išeiti iš psichiatrinės ligoninės
- Intensyviai ieškau darbo
- Dabar pagalbos nebereikia, būseną pagerėjo

7b. Po ligoninės: tolesnės psichologinės pagalbos poreikis

- Pagalbos poreikis: psichoterapija
- Dabartiniai psichologinės pagalbos poreikiai
- Po ligoninės – pagalbos trūkumas, reguliarios psichoterapijos poreikis

7c. Po ligoninės prasta savijauta, baimė būti vienam

- Bloga savijauta išėjus iš ligoninės ar konsultacijos
- Baimė, panika būti vienai
- Po bandymo padėjo nebūti vienai

7d. Psichosocialinės pagalbos svarba

- Padėjo aplinka, pati idėja psihosocialinėje reabilitacijoje

8. PAGALBOS VEIKSMINGUMĄ GALINTYS PADIDINTI VEIKSNIAI

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

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

8b. Poreikis prieinamesnei ir dažnesnei pagalbai, ilgesnėms konsultacijoms

- Norėjosi ilgiau, dažniau gauti pagalbą
- Trūko ilgesnių, dažnesnių psihologinių konsultacijų, saugumo jausmo
- Prieinamesnės psihologinės pagalbos poreikis

8c. Specialistų gebėjimas įsiklausyti, būti empatiškais

- Noras, kad su suicidiškais pacientais dirbtų labiau empatiškai, įsiklausantys specialistai

5 priedas. Etikos leidimas atlikti psichologinį tyrimą



VILNIAUS UNIVERSITETO PSICHOLOGINIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

LEIDIMAS ATLIKTI PSICHOLOGINIŲ TYRIMŲ

2017-05-17 Nr. 12

Vilnius

Tyrimo pavadinimas: Trumpalaikės bandymo nusižudyti intervencijos programos (ASSIP) veiksmingumas

Tyrimo vadovas: Doc. dr. Paulius Skruibis

Tyrimo vieta (istaigos pavadinimas) ir adresas: Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra, Filosofijos fakultetas, Vilniaus universitetas, Universiteto g. 9-202, Vilnius 01513

Leidimas galioja iki: 2019-03-31

Leidimas suteiktas VU Psichologinių tyrimų etikos komiteto posėdžio sprendimu.

Pirmininkas

Doc. dr. Evaldas Kazlauskas