



VILNIAUS UNIVERSITETAS
FILOSOFIJOS FAKULTETAS
PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS

Milda Grigaravičiūtė

Gedulo po artimojo savižudybės ypatumai ir suvokiama socialinė parama

Magistro darbas

Klinikinės psichologijos studijų programa

Darbo vadovė: habil. dr., prof. Danutė Gailienė

Konsultantė: dokt. Odeta Geleželytė

Vilnius, 2018

Turinys

1. ĮVADAS	5
1.1. Savižudybių problema	5
1.2. Nusižudžiusių artimųjų samprata ir mastai	5
1.3. Gedulo po savižudybės ir kitokių netekčių skirtumai bei po savižudybės artimųjų patiriami sunkumai	6
1.4. Socialinės ir profesionalios pagalbos poreikis ir su tuo susijusios problemos	13
1.5. Tyrimo problema, tikslai ir uždaviniai	16
2. TYRIMO METODIKA	19
2.1. Tyrimo dalyviai	19
2.2. Tyrimo instrumentai	20
2.2.1. Socialinė parama	20
2.2.2. Gedulo patyrimo po savižudybės ypatumai	20
2.2.3. Aplinkinių elgesys, su kuriuo artimiesiems teko susidurti po savižudybės	21
2.2.4. Savijauta	21
2.3. Tyrimo eiga	21
2.4. Duomenų tvarkymas	23
3. REZULTATAI	24
3.1. Socialinės paramos sąsajos su gedulo po savižudybės ypatumais (stigmatizacija, gėda, kalte) bei savijauta	24
3.2. Aplinkinių elgesio pokyčiai bei jų sąsajos su socialine parama, savijauta bei specifiniais gedulo po savižudybės ypatumais (stigmatizacija, gėda, kalte)	25
3.2.1. Susidūrimas su aplinkinių elgesio pokyčiais	25
3.2.2. Teigiamų, nemalonių ir jokių aplinkinių elgesio ar bendravimo pokyčių nepatyrusių asmenų socialinės paramos, gedulo po savižudybės ypatumų (stigmatizacijos, gėdos, kaltės) bei savijautos vertinimas	27
3.2.2.1. Socialinės paramos vertinimas	27
3.2.2.2. Gedulo po savižudybės ypatumų (stigmatizacijos, gėdos, kaltės) vertinimas	28
3.2.2.3. Savijautos vertinimas	29
4. REZULTATŲ APTARIMAS	31
5. IŠVADOS	39
6. LITERATŪRA	40

Santrauka

Tūkstančiai žmonių Lietuvoje ir ne vienas milijonas pasaulyje yra paveikiami bei lieka išgyventi netektį ir gedulą po įvykusios savižudybės, o tai yra nemaža grupė asmenų, kuriems gali būti reikalinga pagalba ir parama. Gedulas netekus artimojo po savižudybės dažnai išskiriamas kaip sudėtingesnis, ilgesnis ir sunkesnis palyginus su gedulu artimajam mirus dėl kitų priežasčių. Nusizudžiusiųjų artimieji gana dažnai susiduria su tokiais unikaliai priskiriamais gedulo ypatumais kaip stigmatizacija, gėda ir kaltė. Tyrimų autoriai nesutaria, ar socialinė parama yra susijusi su geresne savijauta ir gedulo simptomų palengvėjimu, o aplinkinių elgesys, su kuriuo susiduria gedulą išgyvenantys artimieji, gali būti padedantis, nepadedantis ar net kenkiantis.

Tyrime buvo siekiama nustatyti ar ir kaip nusizudžiusiųjų artimųjų suvokiama socialinė parama gedint po netekties susijusi su gedulo po savižudybės ypatumais (stigmatizacija, gėda, kalte) bei savijauta, taip pat atskleisti, su kokiais aplinkinių elgesio pokyčiais susiduria artimieji po savižudybės ir kaip tie pokyčiai susiję su suvokiama socialine parama, savijauta bei specifiniais gedulo po savižudybės ypatumais. Rezultatai parodė, kad didesnė suvokiama socialinė parama gedint po savižudybės yra susijusi su rečiau patiriama stigmatizacija, gėda bei geresniu subjektyviu sveikatos vertinimu. Buvo atskleisti teigiami ir nemalonūs aplinkinių elgesio ar bendravimo pokyčiai, kuriuos po savižudybės patyrė artimieji bei įvertinta, kokie nusizudžiusiųjų artimųjų įvardinti pokyčiai (teigiami, nemalonūs ar jokie) labiau siejasi su suvokiama socialine parama, stigmatizacija, gėda, kalte bei savijauta.

Peculiarities of Bereavement After Suicide and Perceived Social Support

Summary

Thousands of people in Lithuania and more than one million people in the world are affected and bereaved by suicide, which is a large group of people who may need help and support. Bereavement after suicide is often considered as more complicated, longer and more severe than bereavement after other types of deaths. Suicide survivors quite often encounter such uniquely attributed bereavement peculiarities as stigmatization, shame and guilt. There appears to be disagreement in literature whether social support is associated with well-being and a relief of the symptoms of bereavement. Moreover, behavior of others after suicide could be supporting, not helpful or even harmful.

In this study it was aimed to determine whether and how perceived social support is associated with the peculiarities of bereavement after suicide (stigmatization, shame, guilt) and well-being, as well as to reveal what behavior changes of others are encountered by relatives after suicide and how these changes relate to perceived social support, well-being and specific peculiarities of suicide. It was found that higher perceived social support after suicide is associated with lesser stigmatization, shame and a better subjective assessment of health. The positive and unpleasant changes in the behavior or communication of others were revealed and it was assessed which changes (positive, unpleasant, or none) are related to perceived social support, stigma, shame, guilt and well-being.

1 ĮVADAS

1.1 Savižudybių problema

Savižudybės yra reikšminga visuomenės sveikatos problema ir mirties priežastis visame pasaulyje (Sareen et al., 2014). Edvinas S. Šneidmanas (2005) savižudybę apibūdino kaip veiksmą, į kurį veda nepakeliamas psichologinis skausmas ir mintis, kad mirtis, kaip problemos sprendimo būdas, gali jį nutraukti. Rūpestis savižudybių klausimu tai išaugdavo, tai vėl išblėsdavo, tačiau neabejotinai buvo problema, apie kurią diskutavo žymūs mąstytojai ir rašytojai nuo Platono iki Alberto Kamiu (Douglas, 2015). Pastaruoju metu savižudybės ir savęs žalojimo atvejai vis dažniau sulaukia visuomenės, gydytojų, mokslininkų susirūpinimo (Jenkins & Singh, 2008).

Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, beveik 800 tūkst. žmonių kasmet nusižudo ir dar daugiau bando nusižudyti (PSO, 2017). Lietuvoje savižudybių problema ilgą laiką yra viena opiausių. Priešingai nei daugelyje Vakarų šalių, Lietuvoje per šimtą metų pastebimi ryškūs savižudybių rodiklių svyravimai, kurie siejami su Lietuvos politine situacija ir svarbiais istoriniais įvykiais (Gailienė, 2015). Pagal savižudybių skaičių Lietuva yra viena pirmaujančių Europoje ir visame pasaulyje. Pasaulio sveikatos organizacijos (2018) duomenimis, 2016 metais Lietuva pagal savižudybių rodiklius (100 tūkst. gyventojų teko 31,9 savižudybės) trigubai viršijo Europos vidurkį ir buvo pirmoje vietoje, lyginant su kitomis Europos valstybėmis. Tačiau ne visi savižudybių atvejai būna įtraukiami į mirties priežasčių registro tyčinių susižalojimų apskaitą, todėl Lietuvoje savižudybių yra net daugiau nei skelbiama oficialiai (Benošis, Aliukonienė, Navickas ir Aliukonis, 2016). Taigi tūkstančiai žmonių Lietuvoje ir ne vienas milijonas pasaulyje yra paveikiami bei lieka išgyventi netektį ir gedulą po įvykusios savižudybės.

1.2 Nusižudžiusiųjų artimųjų samprata ir mastai

Žinia apie savižudybę gali paveikti artimiausius šeimos narius ir kartu ne tokius artimus nusižudžiusiajam žmones, visuomenę (Gailienė, Trofimova, Žemaitienė ir Miliukaitė, 1999). Milijonai žmonių pasaulyje – nusižudžiusiųjų sutuoktiniai, giminaičiai, draugai – yra paveikiami artimųjų savižudybių ir išgyvena netektį (Sween & Walby, 2008).

Literatūroje nėra vienareikšmiškai sutariama, ką galima laikyti nusižudžiusiųjų artimaisiais, gedinčiais po savižudybės, nėra vieno aiškaus jų apibrėžimo bei nesutariama, kiek žmonių išgyvena gedulą po vieno žmogaus savižudybės. Cerel ir kolegų (2018) atliktos analizės duomenimis, su

kiekviena iš savižudybių susiduria net 135 žmonės (asmenys, kurie bent pažinojo nusižudžiusį), o tai yra nemažas ratas asmenų, kuriems gali būti reikalinga pagalba ir parama. Kituose tyrimuose skaičius asmenų, išgyvenančių gedulą po vienos savižudybės, svyruoja nuo 5 iki 28 (Callahan, 2000; Mitchell, Kim, Prigerson, & Mortimer-Stephens, 2004).

Cerel, McIntosh, Neimeyer, Maple ir Marshall (2014) po įvykusios savižudybės paveiktus asmenis suskirstė į keturias persidengiančias kontinuumo kategorijas: tie, kurie susidūrė su savižudybe ir sužinojo apie šeimos nario, bendradarbio, pažįstamo ar žymaus žmogaus savižudybę (į šią kategoriją įeina bet kurie asmenys: tiek tie, kurie žinojo apie mirusį, tačiau nebuvo artimi ar net nepažįstami, tiek tie, kurie palaikė artimus santykius ir nebūtinai patyrė sunkių, ilgalaikių su savižudybe susijusių pasekmių); toliau kontinuumo po susidūrusių su savižudybe yra tie, kurie buvo emociškai paveikti savižudybės (tai asmenys, kurie, nepriklausomai nuo statutuso ir santykio su mirusiuoju, patyrė tam tikrų asmeninių psichologinių sunkumų sužinoję apie savižudybę); toliau apibūdinami tie, kurie išgyveno trumpalaikį gedulą (tai žmonės, kurie buvo prisirišę prie mirusiojo: dažniausiai šeimos nariai, partneriai, taip pat gali būti artimi draugai, ir išgyvenantys natūralų gedulą, kuris trunka neilgai) ir kontinuumo gale yra tie, kurie išgyveno ilgalaikį gedulą (tai artimą ryšį su nusižudžiusiuoju palaikę asmenys, šeimos nariai, artimi draugai, kurių išgyvenimas dėl netekties užsitęsęs, komplikotas, turintis kliniškai reikšmingų reakcijų).

Tiriant dėl savižudybės artimojo netekusius asmenis pasirenkami įvairiuose minėto kontinuumo vietose esantys asmenys. Tyrimuose nusižudžiusių artimaisiais, išgyvenančiais gedulą, laikomi tik branduolinės šeimos nariai (Klimaitė, 2015), žmonės, kurie suvokia save psichologiškai artimus su mirusiuoju, nepriklausomai nuo jų santykių statuso su mirusiuoju (Cerel, Maple, Aldrich, & van de Venne, 2013), ar kartu ir sveikatos specialistai, bendradarbiai, bendraklasiai, draugai (Lynn, 2008; Gaffney et al., 2009; Bartik, Maple, Edwards, & Kiernan, 2013; Gould et al., 2018). Šiame tyrime nusižudžiusių artimaisiais vadinami asmenys, kurie dėl savižudybės patyrė jiems artimo žmogaus (šeimos nario, giminaičio, draugo, pažįstamo ir kt.) netektį, t.y., tie, kurie patys save tapatina su nusižudžiusių artimaisiais (Berman, 2011).

1.3 Gedulo po savižudybės ir kitokių netekčių skirtumai bei po savižudybės artimųjų patiriami sunkumai

Mirtis yra vienas iš universalių ir neišvengiamų žmogiškų įvykių ir natūralu, kad dauguma patiria savo artimųjų, pažįstamų, draugų netektį (McKay & Tighe, 2013). Gedulas yra

apibrėžiamas kaip išgyvenamas sielvartas po reikšmingos netekties (VandenBos, 2007). Artimojo mirties patyrimas yra sudėtingas ir skausmingas procesas, sukiantis psichologinių, fizinių bei socialinių sunkumų (Shear, 2015). Tačiau gedulas po artimojo savižudybės yra išskiriamas dažnai kaip dar sudėtingesnis, ilgesnis ir sunkesnis bei skiriasi nuo tokio gedulo, kuris vyksta artimajam mirus dėl kitų priežasčių (Jordan, 2001; Cvinar, 2005; De Groot, De Keijser, & Neeleman, 2006; Sveen & Walby, 2008; Jordan, 2009; Botha, Guilfoyle, & Botha, 2009; Rozalski, Holland, & Neimeyer, 2017).

Nusižudžiusių artimųjų reakcija į netektį neretai pasižymi komplikuotam gedului būdingais požymiais ir reakcijomis. Neseniai atlikto Tal ir kitų (2017) tyrimo rezultatai parodė, jog artimieji, išgyvenantys komplikuotą gedulą po savižudybės, turi aukščiausius depresijos, pasyvių minčių apie savižudybę, savikaltos minčių, sutrikusio darbinio ir socialinio prisitaikymo rodiklius palyginus su asmenimis, kurie išgyvena gedulą po artimojo nužudymo ar po jo mirties dėl natūralių priežasčių. Prigerson ir kitų (1999) manymu, normalia reakcija į netektį galima laikyti tada, kai žmogus galiausiai pripažįsta ir priima įvykusią mirtį, nejaučia nepaprastai didelės tuštumos ir vienišumo, geba jausti emocinį ryšį su aplinkiniais, vis dar mato gyvenimo tikslą ir prasmę, kai netekties nesutrikdė savivokos, saviveiksmingumo, pasitikėjimo kitais bei kai gali prisitaikyti prie kasdienybės ir gyvenimo be žmogaus, kurio neteko (Prigerson et al., 1999). Tuo tarpu komplikuotas arba užsitęsęs gedulas pasižymi intensyviu, nuolatinio mirusiojo ilgėjimusi, dirglumu, nematymu gyvenimo prasmės be žmogaus, kurio neteko, sunkumais priimant mirtį, beviltiškumu, mažesniu pasitenkinimu gyvenimu (Prigerson & Maciejewski, 2006; Shear, 2015; Bellini et al., 2018). Žmonės, kurių artimieji patyrė smurtinę mirtį ar nusižudė, yra rizikos grupėje tarp tų, kuriems gali pasireikšti tokios trauminės reakcijos (Jordan, 2009). Dažnai tyrimuose apie dėl savižudybės netekusių asmenų išgyvenimus akcentuojama būtent psichologinė trauma, nusižudžiusių artimieji lyginami su kitais asmenimis, patyrusiais trauminę, netikėtą netektį (pvz., dėl žmogžudystės), o gedulas tiriamos rečiau (Kristensen, Weiseath, & Heir, 2012).

Artimųjų gedulą komplikuoja bei kokybiškai nuo kitokių netekčių išskiria psichologinės bei socialinės problemos po savižudybės, kai netekę artimojo dėl savižudybės žmonės patiria stiprų kaltės jausmą, jaučiasi tarsi atstumti ir apleisti nusižudžiusiojo, patiria kitų šeimos narių ar draugų vengimą bendrauti ar kalbėti apie savižudybės įvykį, kas yra susiję su bendru savižudybių stigmatizavimu visuomenėje (Cvinar, 2005; Jordan, 2009).

Savižudybės poveikis gali varijuoti nuo nedidelio iki stipriai sukrečiančio, netgi pakeičiančio gyvenimą iš esmės (Jordan & McIntosh, 2011). Kai kurie tyrimai rodo, kad artimojo savižudybės

patyrimas yra susijęs su psichikos sveikatos sutrikimų rizika, savižudišku elgesiu, dvigubai didesne tikimybe sirgti depresija, nerimo sutrikimais (Kristensen et al., 2012; Song, Kwon, & Kim, 2015; Cerel et al., 2016; Jordan, 2017; Andriessen, Rahman, Draper, Dudley, & Mitchell, 2017; Campos, Holden, & Santos, 2018). Sveikatos problemos, susijusios su netektimis, varijuoja nuo potrauminio streso sutrikimo iki fizinės sveikatos sutrikimų, priešlaikinės mirties, tačiau kai netektis yra susijusi su savižudybe, tokios psichinių ir fizinių sutrikimų rizikos dar labiau išauga (De Groot et al., 2006).

Vaikams ir paaugliams, patyrusiems tėvų netektį dėl savižudybės, savižudybė yra labai traumuojantis įvykis ir skiriasi nuo kitokių netekčių išgyvenimo (Jordan & McIntosh, 2011). Tyrimai rodo, kad tėvų savižudybė gali prisidėti prie rimtų psichologinių problemų vaikui augant, turi įvairių trumpalaikių bei ilgalaikių pasekmių, taip pat didėja savižudybės tikimybė suaugus (Cerel, Fristad, Weller, & Weller, 1999; Ratnarajah & Schofield, 2008; Spiwak et al., 2011). Savižudybės daro stiprų poveikį sveikatos priežiūros specialistams, konsultavusiems nusižudžiusįjį prieš mirtį. Specialistai gali patirti liūdesį, gėdą, kaltę, prarasti pasitikėjimą savimi ir savo kompetencija (Valente & Saunders, 2002; Farberow, 2005; Thomyangkoon & Leenaars, 2008; Gaffney et al., 2009; Draper, Kølves, Leo, & Snowdon, 2014). Bendradarbiai, patyrę kolegos, su kuriuo paprastai praleidžia didelę dienos laiko dalį, netektį dėl savižudybės ar su bendraklasio savižudybe susidūrę paaugliai gali išgyventi ne mažiau sunkesnę gedulą nei artimi šeimos nariai (Melhem et al., 2004; Lynn, 2008; Gould et al., 2018). Po kariuomenėse įvykstančių kariškių savižudybių pasekmes patiria kiti tarnaujantys kariai, ten pat dirbantys specialistai. Vieno kario savižudybė gali paveikti dar 13 kitų kariškių psichikos sveikatą, jie, išgyvendami netektį, neretai susiduria su stigmatizacija (Carr, 2011).

Nusižudžiusiųjų artimieji susiduria su mirtimi, kuri dažniausiai būna labai netikėta, nesavalaikė ir smurtinė. Tiems, kurie matė pačią savižudybę ar rado kūną, neretai tokie atsiminimai ir vaizdiniai išlieka ilgam, o reakcija ir šokas dar intensyvesni. Tas faktas, kad artimasis save smurtiškai nužudė yra psichologiškai sunkus ir palieka artimuosius su panašiomis reakcijomis ir jausmais kaip ir po žmogžudystės. Į tokias reakcijas įeina šokas, netikėjimas tuo, kas nutiko, pasibaisėjimas mirties būdu ir tuo, kaip artimasis kentėjo mirdamas (Jordan, 2009). Net jeigu nusižudęs žmogus aiškiai išreiškė, kad nusižudys, savižudybė vis tiek dažniausiai yra trauminė patirtis artimiesiems ir neretai artimieji išgyvena potrauminio streso sindromą (PTSS) (Wertheimer, 2013). Į potrauminio streso sutrikimo simptomus įeina pasikartojančios ir nepageidaujamos sensorinės patirtys (vaizdiniai, kvapai, garsai), emocinis sustingimas ar emocijų kontrolės praradimas, sunkumai koncentruojant dėmesį, fiziologinių procesų reguliacijos sutrikimai (sunkumas užmigti, nepakankamas valgymas ar persivalgymas), irzlumas, jautrumas (Jordan,

2009). Šokas, netikėjimas pradžioje yra gana dažnas tarp artimojo savižudybę patyrusių artimųjų ir dauguma jų susiduria su sunkumais prisimenant pagrindines įvykio detales (Walker, 2017).

Gedulo po savižudybės išgyvenime svarbus bruožas yra intensyvus poreikis matyti prasmę tame, kas nutiko, dėl ko nutiko ir kas buvo atsakingas už mirtį, tam, kad būtų atkurta pasaulio suvokimo darna. Todėl artimiesiems dažnai naudinga panagrinėti nusižudžiusiojo būseną bei faktorius, vedusius link savižudybės. Į tai įeina paties savižudžio atsakomybės už savo mirtį įvertinimas bei artimųjų suvokiama nesėkmė užkirsti kelią savižudybei (Jordan, 2009; Castelli Dransart, 2013).

Tyrimai rodo, kad išgyvenantys netektį po artimojo savižudybės dažniau kelia klausimus apie mirties reikšmę ir prasmę („Dėl ko jie tai padarė?“). Artimiesiems būna sunku suprasti motyvų prasmę ir nusižudžiusiojo mąstymo būdą (Jordan, 2001; Lindqvist, Johansson, & Karlsson, 2008; Ross, Kølves, Kunde, & De Leo, 2018). Net ir nusižudžiusiajam palikus laišką, artimiesiems vis tiek neretai lieka neatsakytų klausimų, ypač apie jų vaidmenį įvykių eigoje (Young et al., 2012). Artimojo savižudybė gali atrodyti visiškai beprasmė ir kelti klausimą „Kodėl?“, nesibaigiantį norą nuolat ieškoti tokios mirties prasmės, tikslo (Wertheimer, 2013; Walker, 2017). Nors artimojo mirtis dėl, pavyzdžiui, sunkios ligos, taip pat gali būti išgyvenama labai skaudžiai, tačiau ilgainiui mirtis nuo fizinės ligos yra lengviau priimama ir suprantama. Tuo tarpu savižudybė atrodo kaip paties žmogaus pasirinkimas numirti ir artimieji visuomet nori sužinoti ir suprasti, dėl ko nusižudęs žmogus padarė tokį pasirinkimą (Wertheimer, 2013). Sunkumai ieškant mirties prasmės, susidūrus su tokia smurtine mirtimi kaip savižudybė, siejasi su užsitęsusiu, komplikuoju gedulu (Rozalski et al., 2017). Tačiau artimieji gali jaustis suprantantys ir mažiau linkę ieškoti savižudybės priežasčių, kuomet savižudybė jiems nėra netikėta (Wojtkowiak, Wild, & Egger, 2012).

Gedintieji po artimojo savižudybės, tyrimai rodo, patiria stipresnius atstūmimo, apleistumo jausmus, kartu su pykčiu nusižudžiusiajam (Jordan, 2001). Artimieji jaučiasi apleisti ar atstumti, nes mato nusižudžiusįjį kaip patį sąmoningai pasirinkusį viską palikti. Neretai jie lieka sumišę, svarsto, dėl ko jų santykis ir ryšys su nusižudžiusiuoju jam buvo nepakankamas faktorius nesizudyti. Artimieji kaltina ir pyksta ant nusižudžiusiojo, kad juos paliko išgyventi stresą, skausmą ir gedulą po mirties, dažnai jie pasijunta vieniši. Kadangi santuokoje dažnai yra labiausiai intymūs ir artimi santykiai, nusižudžiusiuoju sutuoktiniai dažnai jaučiasi stipriai atstumti nusižudžiusiojo ir palikti vieni, o vaikai, kurie praranda savo tėvus dėl savižudybės, jaučia, kad tas žmogus, kuris visuomet patenkino jo pagrindinius poreikius, jį staiga išdavė ir apleido (Young et al., 2012).

Kadangi artimieji jaučiasi apleisti, vieniši, jiems svarbi yra socialinė parama, ypač jeigu su mirusiuoju siejo artimas ryšys (Polukordienė, 2008).

Pykčio patyrimas yra gana dažnas tarp nusižudžiusių artimųjų. Pyktis būna išreiškiamas artimajam, kuris nusižudė, sau, kitiems šeimos nariams, pažįstamiems, Dievui ar bendrai visam pasauliui. Dažnai artimieji pyksta dėl to, kad jaučia pyktį, kadangi kartu supranta, jog artimasis labai kentėjo, kai nusprendė mirti. Pyktis gali būti jaučiamas kitiems šeimos nariams ar psichikos sveikatos specialistams, kad nepasistengė labiau tam, kad būtų išvengta mirties. Kartu artimieji gali pykti ant pačių nusižudžiusių, kad nesikreipė pagalbos į specialistus (Lindqvist et al., 2008; Young et al., 2012). Situoktiniai, kurie išgyvena netektį dėl savižudybės, dažniau reaguoja pykčiu, kada nusižudęs asmuo buvo priklausomas nuo alkoholio. Priklausomybės nuo alkoholio paplitimas laikomas tam tikru faktoriumi tarp išgyvenančių netektį ir turi įtakos jų susitaikymui su netektimi (Tall, Kolves, Sisask, & Varnk, 2008). Tačiau Sveen ir Walby (2008) sistemingos tyrimų apžvalgos rezultatai rodo, jog nusižudžiusių artimieji nebūtinai dažniau patiria pyktį nei išgyvenantys netektį dėl kitų mirties priežasčių.

Kai kurios psichologinės ir socialinės problemos, patiriamos įvykus artimojo savižudybei, yra panašios į tas, kurias patiria ir dėl kitų mirties priežasčių netekę artimojo asmenys. Pasak Sveen ir Walby (2008), bendros psichinės sveikatos, depresijos, portrauminio streso sindromo simptomų, nerimo ir savižudiško elgesio rizika reikšmingai nesiskiria lyginant nusižudžiusių artimuosius su dėl kitų priežasčių mirusiųjų netekusiais asmenimis. Tačiau nusižudžiusių artimųjų gedulas turi ir specifinių, jam labiau būdingų, bruožų – dėl savižudybės artimojo netekę asmenys reikšmingai dažniau jaučia gėdą, poreikį slėpti artimojo mirties priežastį, patiria stigmatizaciją, kaltinimus, dažniau kelia klausimus apie mirties prasmę (Jordan, 2001; Sveen & Walby, 2008).

Stigmatizacija, gėda, kaltė

Socialinė *stigmatizacija* yra apibrėžiama kaip stiprus, ilgalaikis asmenybinių, elgesio ar socialinių savybių nepriėmimas, skatinantis formalų ar neformalų baudimą, šturkštų elgesį ir dalinį išstūmimą iš kultūros (Matsumoto, 2009). Yra išskiriami du stigmos tipai. Pirmoji yra suvokiama stigma, kai yra pastebimas stigmatizavimo reiškinys ir diskriminacija aplinkoje. Kitas stigmos tipas yra savistigmatizacija – internalizuota stigma, nukreipta į save, kuri pasireiškia praradimu saviveiksmingumu ir pasitikėjimu savimi, nedalyvavimu bendruomenės veiklose. Savižudybės stigmatizacija ir savistigmatizacija yra būdinga gedintiems po artimojo savižudybės bei dažnai jų

aplinkoje ir tai yra ne tik barjeras siekti pagalbos, tačiau ir savižudybės rizikos faktorius (Reynders, Kerkhof, Molenberghs, & Van Audenhove, 2014).

Priešingai nei kiti mirties būdai, savižudybės yra gana stigmatizuojamos visuomenėje (Young et al., 2012). Vienas iš gedulą po savižudybės apibūdinančių ir nuo įprasto gedulo atskiriančių elementų yra artimųjų išgyvenama stigmatizacija (Cvinar, 2005). Paprastai išgyvenantys netektį žmonės sulaukia užuojautos ir gailesčio, tačiau nusižudžiusių artimieji dažnai susiduria su kaltinimu, teisimu, išskyrimu iš visuomenės, kas sukelia papildomą įtampą gedėjimo procese (Jackson, 2003; Cvinar, 2005; Feigelman, Gorman, & Jordan, 2009; Hanschmidt, Lehnig, Riedel-Heller, & Kersting, 2016).

Yra tyrimų, rodančių, kad stigmatizacija nėra patiriama dažniau nei dėl kitokių trauminių mirčių artimųjų netekę asmenys (Pitman, Osborn, Rantell, & King, 2016), tačiau svarbu ne tik tai, kiek stigmatizacijos yra visuomenėje, o ir kaip subjektyviai aplinkinių elgesį suvokia patys gedintieji (Feigelman et al., 2009). Pasak Knieper (1999), egzistuoja tam tikras neatitikimas tarp paramos, kurią gedintieji po artimojo savižudybės iš tikrųjų gauna, ir to, ko jie suvokia sulaukiantys iš visuomenės. Nėra iki galo aišku, ar artimieji iš tiesų gauna mažiau paramos iš aplinkinių ir sulaukia daugiau nemalonių reakcijų, ar tai atspindi jų jausmų projekciją ir suvokiamą socialinės paramos stygių (Knieper, 1999).

Daugelis gedinčių po artimojo savižudybės artimųjų teigia, kad jiems kartais sunku šnekėti su aplinkiniais apie savo netektį, nes neretai kiti jaučiasi nepatogiai kalbėdami apie savižudybes. Dėl to gedintis žmogus gali jaustis vienišas. Jausmą, kad negali šnekėti apie mirtį, dažnai lydi ir noras nuslėpti mirties priežastį. Kartais žmonių įsitikinimai, įskaitant ir pačių gedinčiųjų, gali trukdyti ir būti barjeru priimant mirtį ir sulaikyti nuo kalbėjimo apie ją bei kreipimosi pagalbos (Young et al., 2012; Reynders et al., 2014; Nic an Fhaili, Flynn, & Dowling, 2016).

Nusižudžiusių artimieji patiria išankstinį nusistatymą iš aplinkinių ir gali girdėti kaltinimus, gailėstį, apkalbas, būti diskriminuojami, su jais kartais vengiama susitikti, bendrauti arba vengiama kalbėti savižudybės tema, gali būti nekantriai skatinami baigti liūdėti ar gedėti. Nusižudžiusių artimieji teigia nesulaukiantys paramos darbovietėje, jaučia kitų nepasitikėjimą jų šeima (Sheehan et al., 2016; Peters, Cunningham, Murphy, & Jackson, 2016; Corrigan et al., 2018).

Egzistuoja įvairūs stereotipai apie nusižudžiusių šeimas visuomenėje: kad šeimos nariai privedė asmenį prie savižudybės (nepakankamai juo rūpinosi ir mylėjo, smurtavo), kad šeima yra neigime (nenujautė, kad gali įvykti savižudybė, nepriėmė to, jog šeimos nariui reikia pagalbos),

šeimai nepavyko padėti (buvo pernelyg užsiėmę ir galėjo ką nors padaryti, kad išvengtų savižudybės, tačiau nepadarė); šeima yra paveikta ir „užkrėsta“ savižudybe (kiti šeimos nariai turi psichikos sveikatos sutrikimų, savižudybė eina iš kartos į kartą, rizikuoja taip pat nusižudyti); šeimos nariai matomi arba kaip aukos arba kaip psichologiškai stiprūs ir t.t. (Sheehan et al., 2016; Corrigan et al., 2018).

Tyrimai rodo, kad tarp žmonių, kurie turi psichikos sutrikimų, stigmatizacija prisideda prie savižudybės riziką didinančių faktorių, tokių kaip vienišumas, bejėgiškumas, jautimasis našta. Panašias stigmatizacijos pasekmes patiria ir nusižudžiusiųjų artimieji, kurie dėl gėdos jausmo yra vengiantys kalbėti, dalyvauti bendruomenės veiklose. Artimieji pasijunta labiau išsiskiriantys, atsiskyrę, sulaukia nedaug socialinio palaikymo (Pitman, Rantell, Marston, King, & Osborn, 2017). Scocco, Preti, Totaro, Ferrari ir Toffol (2017) tyrimo rezultatai atskleidė, kad nusižudžiusiųjų artimųjų psichologinės kančios išgyvenimas yra teigiamai susijęs su suvokiama stigma, nukreipta į nusižudžiusiųjų artimuosius.

Savižudybės stigma yra gana universali, tačiau jos lygis ir pasireiškimo būdai yra glaudžiai susiję su konkrečiu kultūriniu kontekstu. Kai kurie tyrimai Lietuvoje rodo, kad stigma, liečianti įvairias pažeidžiamas grupes, šalyje yra gana plačiai vyraujanti ir tai dažnai aiškinama krikščioniška kultūra, istorinėmis aplinkybėmis. Ankstesnių Lietuvoje vykdytų nusižudžiusiųjų artimųjų tyrimų autoriai teigia susiduriantys su sunkumais susisiekti bei dideliu atsisakymų dalyvauti tyrime skaičiumi, kas tikėtina, jog iš dalies yra susiję su paplitusia savižudybių stigmatizacija šalyje (Eurobarometer & European Commission, 2006, 2010; Gailienė, 2015; Klimaitė, 2015; Skruibis, Dadašev, Geleželytė, 2015).

Su būtina pagalba savižudybės yra išvengiamos, tačiau savižudybių stigmatizavimas ne tik nepadeda išvengti savižudybių, bet ir yra reikšmingas barjeras nusižudžiusiųjų artimųjų gedulo įveikos procese. Tyrimai rodo, kad kaip ir psichikos sveikatos sutrikimų stigmos, savižudybių stigmatizavimo gali būti taip pat išvengiama tinkamai apie tai šviečiant visuomenę (Batterham, Calear, & Christensen, 2013).

Reynders ir kiti (2014) teigia, kad didesnis savižudybių paplitimas siejasi su savistigmatizacija ir gėda. Taip pat įvairios neigiamos, stigmatizuojančios su savižudybėmis susijusios nuostatos skatina nusižudžiusiųjų artimųjų stipresnius *gėdos*, *kaltės* išgyvenimus, apsunkinančius gedėjimo procesą (Skruibis, Dadašev, Geleželytė, 2015). Artimieji, bandydami suprasti savižudybės prasmę, ieško priežasčių ir patys neretai jaučia kaltę ar kaltina kitus (Bell,

Stanley, Mallon, & Manthorpe, 2012; Walker, 2017; Ross et al., 2018; Creighton, Oliffe, Bottorff, & Johnson, 2018). Kartais jie jaučia norą prisiimti atsakomybę už mirtį, kaltinti ir patį mirusįjį. Nusizudžiusiųjų artimieji gali manyti, kad jie tiesiogiai privedė žmogų prie savižudybės pakankamai juo nesirūpindami (Jordan, 2001). Artimieji ne visada pastebi visus faktorius, kurie galėjo prisidėti prie savižudybės ir, žvelgdami atgal į įvykius iki savižudybės ir bandydami prisiminti įvairius ženklus, kaltina save, kad galbūt kažko nepastebėjo ar nepriėmė pakankamai rimtai. Artimieji gali prisiminti praeities nesutarimus ir ginčus, neįvykdytus planus ar pažadus, neatsakytus skambučius, neišsakytus žodžius ir įkyriai mąstyti apie tai, kas būtų, jeigu kažkada būtų pasielgę kitaip (Young et al., 2012). Ypač dažnai jie save kaltina, kad neužbėgo savižudybės veiksmui už akių ir neužkirto jai kelio (Jordan, 2001; Tal et al., 2017). Stiprią kaltę jaučia ir atsakomybę prisiima tėvai, kurie dėl savižudybės neteko savo vaikų. Tokie tėvai išreiškia daugiau kaltės, gėdos, šoko, palyginus su tais, kurie neteko savo sutuoktinio (Lindqvist et al., 2008; Young et al., 2012).

Artimieji dažnai yra linkę vengti atsiverti kitiems, bijodami sulaukti aplinkinių kaltinimų. Gėda ir neigiamų reakcijų baimė prisideda prie pagalbos nesiekimo iš aplinkinių (Skruibis, Dadašev, Geležėlytė, 2015). Kartais bandydami įveikti gėdą, kai kurie žmonės paguodos ir pamokymų siekia religijoje (Krysinska, Andriessen, & Corveleyn, 2014), tačiau vis dėlto neretai nusizudžiusiųjų artimieji susiduria su iššūkiais, kadangi kai kurios religijos primeta gėdą ir kaltę artimiesiems, kurie neteko savo šeimos nario dėl savižudybės (Young et al., 2012). Tyrimai rodo, kad tokios krikščioniškos kultūros tendencijos būdingos ir Lietuvoje dėl savižudybės artimojo netekusiems gedintiems artimiesiems. Savižudybė laikoma nuodėme, susiduriama su aplinkinių tiesioginiu arba netiesioginiu smerkimu ir kaltinimais bei kartu tuo tiki ir patys artimieji ir ima slėpti, meluoti apie mirties priežastį. Artimųjų patiriamą stigmatizaciją, gėdą, kaltę Lietuvoje pradėta tyrinėti neseniai, šie patyrimai atskleidžiami dažniausiai pasitelkus kokybinius metodus (Skruibis, Dadašev, Geležėlytė, 2015).

1.4 Socialinės ir profesionalios pagalbos poreikis ir su tuo susijusios problemos

Postvencija, tai, kas daroma įvykus savižudybei, gali veikti kaip prevencija ir užkirsti kelią kitoms savižudybėms, ji destigmatizuoja įvykį, skatina įvykusios savižudybės paveiktų žmonių greitesnę atsigavimą ir prisitaikymą. Postvencijos terminą pirmą kartą pavartojo Edvinas S. Šneidmanas, kurį jis apibrėžė kaip intervencijas, skirtas nusizudžiusiųjų artimiesiems, globėjams,

sveikatos specialistams, destigmatizuojančias savižudybę ir padedančias atsigavimo procese, veikiančias ir kaip antrinė prevencija siekiant sumažinti savižudybių riziką išgyvenant komplikuo tą gedulą, neišspręstą traumą (Erlich et al., 2017).

Tik visai neseniai buvo pradėta domėtis likusiųjų gedėti po savižudybės poreikiais, reikiama pagalba (Cerel, Jordan, & Duberstein, 2008). Pagalba, reikalinga nusižudžiusiųjų artimiesiems, gali būti formali arba neformali. Formalią pagalbą teikia sveikatos paslaugų specialistai (gydytojai, slaugytojai, terapeutai), socialinių paslaugų specialistai, policijos pareigūnai, laidojimo paslaugų darbuotojai, tyrėjai, mokyklose ar darbovietėse dirbantys konsultantai. Neformali pagalba yra įvairi parama iš draugų, šeimos narių, religinės bendruomenės narių ir pan. (Pitman et al., 2018).

Dažniausiai labiausiai prieinama ir rekomenduojama pagalbos forma nusižudžiusiųjų artimiesiems yra paramos grupės. Daug gedulą po savižudybės išgyvenančių šeimų randa paguodą, supratimą ir palaikymą pasidalindami savo istorija su kitais (Miers, Abbott, & Springer, 2012; Pompili et al., 2013). Dalyvaujant tokiose veiklose atsiranda priklausomybės tam tikrai grupei jausmas, vienišumo jausmas sumažėja (Aguirre & Slater, 2010). Gedulą po artimojo savižudybės išgyvenančių artimųjų paramos grupės yra būdas gauti tokio paties likimo žmonių paramą. Žmonės, kurie išgyvena panašius jausmus ir patirtis, jomis dalijasi vieni su kitais ir vieni kitus palaiko. Tokios grupės nepanaikina gedulo ir išgyvenamos netekties, tačiau suteikia progą pasidalinti savo istorija su kitais žmonėmis, kurie patiria kažką panašaus ir jaustis suprastais bei išklaustytais (Andriessen, 2004).

Pitman su kolegomis (2018) teigia, kad labiausiai vertinama dėl savižudybės netekusių artimojo asmenų neformali parama yra iš šeimos ir draugų. Artimieji nurodo, jog jiems svarbi gaunama emocinė parama, žinojimas, kad jie bet kada reikiant galės padėti (latentinė parama), su jais nebus elgiamasi išskirtinai (nebus stigmatizuojami) ir turės galimybę atvirai pasikalbėti apie mirusįjį. Dar svarbi ir vertinama praktinė pagalba prižiūrint vaikus, namų ūkį ir pan. Nusižudžiusiųjų artimieji išsako, jog jiems svarbu turėti žmogų, su kuriuo galėtų pasikalbėti apie savo mintis ir jausmus, būtų išklaudyti, kartu su kitais prisimintų mirusįjį (Miers et al., 2012).

Apklausoje artimieji išreiškia pagalbos ir paramos įvairovės reikalingumą ir kartais trūkumą, kas sutampa ir su specialistų rekomendacijomis. Kai kurie tyrimai rodo, kad tinkama ir laiku suteikta pagalba bei parama palengvina ir sutrumpina gedėjimo procesą (Dyregrov, 2002).

Svarbu ne tik gedinčių artimųjų ieškojimas pagalbos, tačiau ir proaktyvus specialistų, paramos grupių, bendruomenės skatinimas ir pagalba. Neretai gedulą, šoką, išsekimą patiriantiems

žmonėms iš pradžių yra sunku aktyviai ieškoti ir prašyti pagalbos, susisiekti su specialistais. Kaip barjeras kreiptis pagalbos yra ir jau minėtas savižudybės bei psichikos sutrikimų, kreipimosi dėl psichologinių problemų pagalbos stigmatizavimas (Dyregrov, 2002). Stigma yra kliūtis norint pasirūpinti žmonėmis, kurie bandė žudyti arba neteko artimojo dėl savižudybės.

Socialinė parama yra įvairi pagalba ar emocinis palaikymas, ypač tada, kai asmuo yra stresinėje situacijoje (Matsumoto, 2009). Prasta psichikos sveikata išgyvenant netektį po artimojo savižudybės siejama su socialinės paramos trūkumu, stigmatizacija, kuri veikia kaip barjeras siekiant ar priimant pagalbą (Cerel et al., 2008; Pitman et al., 2018). Kai kurie autoriai teigia, jog socialinės paramos prieinamumas yra susijęs su mažesniais depresijos įverčiais, geresne fizine sveikata, greitesniu atsigavimu tarp artimųjų, išgyvenančių gedulą po artimojo savižudybės (Spino, Kameg, Cline, Terhorst, & Mitchell, 2016), padeda jausti mažiau pykčio, kaltės dėl artimojo savižudybės (Farberow, 1992). Kitų, visuomenėse dažnai stigmatizuojamų grupių, tokių kaip užsikrėtusių ŽIV, tyrimai dažnai rodo, kad socialinė parama yra susijusi su juntama mažesne stigma (Mak et al., 2007; Smith, Rossetto & Peterson, 2007).

Nors nemažai nusižudžiusiųjų artimųjų teigia gavę aktyvią šeimoms, draugų paramą, vis dėlto neretai tenka patirti aplinkinių žmonių vengimą, ryšių nutrūkimą ar kitoki, su savižudybės stigmatizavimu galimai susijusį, elgesį (Bell et al., 2012). Tyrimai rodo, kad išgyvenantieji netektį po artimojo savižudybės, gauna mažiau socialinės paramos negu tie, kurie išgyvena netektį po mirčių, kurių priežastys kitos. Tai galimai yra dėl vyraujančio bendravimo po artimojo savižudybės normų dviprasmiškumo. Kartais išgyvenančiojo netektį aplinkos žmonės gali nežinoti, kaip kalbėti ir kaip padėti, ypač dėl visuomenėje vyraujančių stereotipų ir savižudybių stigmatizavimo bei baimės pakenkti (Jordan, 2009). Nusižudžiusiųjų artimieji patiria didesnę izoliaciją ir stigmatizavimą, neretai dėl tam tikrų įsitikinimų į juos aplinkoje žiūrima nepalankiai. Jie matomi kaip labiau paveikti psichologiškai, mažiau mėgstami, peiktini, sugėdinti, manoma, kad jiems labiau reikalinga psichologinė pagalba. Neigiamas savęs ir situacijos matymas kartu yra būdingas ir patiems nusižudžiusių artimiesiems. Jiems būdinga baimė, kad aplinkiniai juos teis bei kaltins ir tai gali stabdyti nuo pagalbos sau ieškojimo (Jordan, 2001; Maple, Edwards, Plummer, & Minichiello, 2010). Nesiekimas pagalbos Lietuvoje taip pat galimai susijęs su įvairių psichikos sveikatos sutrikimų, pažeidžiamų socialinių grupių paplitusiu stigmatizavimu (Pūras, Germanavičius, Veniūtė, & Jasilionis, 2004; Dadašev, Skruibis, Gailienė, Latakienė, & Grižas, 2016).

Nors nemažai tyrimų rezultatai patvirtina socialinės paramos naudą gedinčiųjų savijautai, vis dėlto kai kurie tyrimai tam ir prieštarauja. Tokių tyrimų autoriai teigia, kad socialinė parama

nepaspartina gedulo proceso (Stroebe, Zech, Stroebe, & Abakoumkin, 2005), nesumažina emocinės vienatvės gedint (van Baarsen, 2002; van der Houwen et al., 2010), nepadedą prisitaikyti prie našlystės (Miller, Smerglia, & Bouchet, 2004). Kai kurie autoriai teigia, kad priklausymo nuo kitų žmonių paramos jausmas kaip tik sukelia kaltę ir nerimą (Lu & Argyle, 1992). Taip pat manoma, kad paramos gavimas ar jos kiekis nėra pakankama sąlyga geresnei gedinčiųjų savijautai ir aplinkinių elgesys po artimojo savižudybės gali būti padedantis, nepadedantis ar net kenkiantis (Dyregrov & Dyregrov, 2008). Patys artimieji tuos pačius aplinkinių poelgius gali suvokti ir kaip stigmatizuojančius, ir kaip padedančius, priklausomai nuo socialinio konteksto (Klimaitė, 2015). Be to, remiantis prieraišumo teorija, teigiama, kad socialinė parama padeda sumažinti tik socialinę vienatvę, pasireiškiančią dėl socialinių santykių su kitais žmonėmis ir priklausymo tam tikrai bendrų interesų žmonių grupei trūkumo, tačiau ne emocinę, kuri pasireiškia artimo, intymaus prieraišumo kitam asmeniui stygiu (Russell, Cutrona, Rose, & Yurko, 1984; Stroebe, Stroebe, Abakoumkin, & Schut, 1996). Tačiau Lietuvoje, kurioje tūkstančiai nusižudžiusių artimųjų išgyvena netektį ir gedulą, vis dar negausu bet kokių žinių apie jų santykį su socialine parama (Klimaitė, 2015).

1.5 Tyrimo problema, tikslai ir uždaviniai

Tirti gedulo po artimojo savižudybės ypatumus bei jų socialinės paramos suvokimą svarbu, nes tūkstančiai žmonių Lietuvoje ir ne vienas milijonas žmonių pasaulyje yra paveikiami bei lieka išgyventi netektį ir gedulą po įvykusios savižudybės, o tai yra nemaža grupė asmenų, kuriems gali būti reikalinga pagalba ir parama. Gedulas netekus artimojo po savižudybės dažnai išskiriamas kaip sudėtingesnis, ilgesnis ir sunkesnis, palyginus su gedulu artimajam mirus dėl kitų priežasčių, artimieji dažniau patiria įvairias emocijas, socialines problemas. Dėl savižudybės netekusių asmenų gedulo reakcijos tiriamos rečiau ir dažniau akcentuojama jų išgyvenama psichologinė trauma bei jos reakcijos, jie lyginami su kitais asmenimis, netekusiais artimojo dėl kitų smurtinių, trauminių mirčių.

Nusižudžiusių artimieji gana dažnai susiduria su tokiais unikaliai priskiriamais gedulo ypatumais kaip stigmatizacija, gėda ir kaltė. Savižudybės stigmatizacija ir savistigmatizacija yra būdinga geditiems po artimojo savižudybės ir tai yra vienas iš gedulą po savižudybės apsunkinančių ir nuo įprasto gedulo atskiriančių elementų. Žmonių įsitikinimai, įskaitant ir pačių gedinčiųjų, tampa barjeru kalbėti su kitais apie mirtį bei kreiptis pagalbos, artimieji rečiau sulaukia

socialinio palaikymo, jaučiasi vieniši ir atskirti nuo likusios visuomenės, izoliuoti. Nors egzistuoja tyrimų, rodančių, kad artimųjų dėl savižudybės netekę asmenys stigmatizaciją patiria ne tiek dažniau nei dėl kitokių trauminių mirčių artimųjų netekę asmenys, svarbu ne tik tai, kiek stigmatizacija yra vyraujanti visuomenėje, o ir kaip subjektyviai aplinkinių elgesį suvokia patys gedintieji. Stigmatizacijos reiškinys yra glaudžiai susijęs su konkrečia kultūra, todėl nėra aišku, kiek galima kitose šalyse atliktų tyrimų išvadas pritaikyti ir Lietuvoje. Kai kurie tyrimai Lietuvoje atskleidžia vyraujančią ypač didelę stigmą, kurią autoriai aiškina istorinėmis bei religinėmis šalies aplinkybėmis. Ankstesnė mokslininkų, tiriančių dėl savižudybės netekusių artimojo lietuvių, patirtis rodo, kad yra pakankamai sudėtinga sulaukti šių asmenų dalyvavimo tyrimuose, kas greičiausiai atspindi savižudybės stigmatizacijos paplitimą šalyje. Įvairios neigiamos su savižudybėmis susijusios nuostatos glaudžiai siejasi ir su nusižudžiusių artimųjų stipresniais gėdos, kaltės išgyvenimais. Patirdami gėdą ar kaltę artimieji slepia mirties priežastį, meluoja, bijo atsiverti aplinkiniams. Nusižudžiusių artimieji dažnai kaltina save, jaučia norą prisiimti atsakomybę už mirtį, kaltinti ir patį mirusįjį.

Tik visai neseniai buvo pradėta domėtis likusiųjų gedėti po savižudybės poreikiais, pagalba (Cerel et al., 2008). Nors savižudybių problema ypač aktuali Lietuvoje, šalyje gedulo po savižudybės tyrimai pradėti tik 2013 metais, todėl šios srities žinios dar negausios. Artimųjų patiriamą stigmatizaciją, gėdą, kaltę, socialinę paramą Lietuvoje pradėta tyrinėti neseniai, šie patyrimai dažniausiai atskleidžiami pasitelkus kokybinius metodus (Klimaitė, 2015; Skruibis, Dadašev, Geleželytė, 2015). Svarbu tirti lietuvių, netekusių artimojo dėl savižudybės, patirtis, nes tyrimai rodo, kad gedulo ypatumai yra susiję ir su šalies kultūra, todėl kitų šalių tyrimų rezultatai bei išvados negali būti vienareikšmiškai pritaikomos į tai neatsižvelgus (Hardy-Bougere, 2008).

Apklausose artimieji teigia, jog trūksta pagalbos bei paramos ir pagalbos įvairovės (Dyregrov, 2002). Socialinė parama neretai laikoma viena tinkamiausių pagalbos formų. Vis dėlto dar nedaug tyrimų orientuojasi į subjektyviai išreikšiamus nusižudžiusių artimųjų socialinės paramos poreikius, kas turbūt atspindi ir sunkumus, su kuriais susiduriama siekiant atlikti tyrimus su šia jautria grupe. Tyrimų autoriai nesutaria, ar socialinė parama yra susijusi su geresne savijauta ar gedulo simptomų palengvėjimu. Kai kurie autoriai teigia, jog savaime paramos gavimas nėra pakankamas geresnei gedinčiųjų savijautai, o aplinkinių elgesys po artimojo savižudybės gali būti padedantis, nepadedantis ar netgi kenkiantis. Nėra iki galo aišku, ar artimieji iš tiesų gauna mažiau paramos iš aplinkinių ir sulaukia daugiau nemalonių reakcijų, ar tai atspindi jų jausmų projekciją ir suvokiamą socialinės paramos stygių. Nėra iki galo aišku ir tai, ar socialinė parama gali palengvinti stigmatizacijos, gėdos, kaltės patyrimą gedint bei koks aplinkinių elgesys mūsų kultūroje gali

padėti. Tam, kad būtų galima teikti reikalingas rekomendacijas specialistams ar visuomenei, svarbu įvertinti, su kokia parama, aplinkinių reakcijomis nusižudžiusių artimieji susiduria, kaip tai suvokia ir vertina bei kaip tai siejasi su jų savijauta.

Atsižvelgiant į šią problematiką, suformuluotas tyrimo tikslas – įvertinti po artimojo savižudybės suvokiamos socialinės paramos, stigmatizacijos, gėdos, kaltės ir savijautos ryšius bei atskleisti, su kokiais aplinkinių elgesio pokyčiais susiduria nusižudžiusių artimieji.

Tyrimo tikslui pasiekti keliami tokie uždaviniai:

1. Įvertinti, ar ir kaip nusižudžiusių artimųjų suvokiama socialinė parama gedint po netekties susijusi su gedulo po savižudybės ypatumais (stigmatizacija, gėda, kalte) bei savijauta;
2. Atskleisti, su kokiais aplinkinių elgesio pokyčiais susiduria artimieji po savižudybės ir kaip tie pokyčiai susiję su suvokiama socialine parama, savijauta bei specifiniais gedulo po savižudybės ypatumais (stigmatizacija, gėda, kalte).

2 TYRIMO METODIKA

2.1 Tyrimo dalyviai

Tyrimo dalyvavo 72 dėl savižudybės artimojo netekę asmenys: vyrai (23,6 %, $n = 17$) ir moterys (76,4 %, $n = 55$). Tiriamųjų amžiaus vidurkis – 35,06 m. (nuo 19 iki 65 m.) (SD = 12,77). 72,2 % dalyvių nurodė gyvenantys didmiestyje (Vilnius, Kaunas, Klaipėda arba Šiauliai), 13,9 % – mieste (Panevėžys, Alytus ir kt.) ir 13,9 % – miestelyje/kaime (Kernavė, Babtai ir kt.). Pagal išsilavinimą 51,4 % dalyvių turi aukštąjį universitetinį, 27,8 % vidurinį, 19,4 % aukštesnįjį arba aukštąjį neuniversitetinį ir 1,4 % pradinį arba pagrindinį (iki 10 klasių) išsilavinimą. Tarp tyrimo dalyvių daugiausiai yra netekusių tėvo arba motinos (23,6 %) (žr. 1 lentelę). Nusizudžiusio artimojo amžiaus vidurkis – 40,71 m. (SD = 18,80). Laiko, praėjusio po artimojo netekties vidurkis – 12,04 mėn. (nuo 3 iki 36 mėn.) (SD= 6,89).

1 lentelė. Tyrimo dalyvių ryšys su asmenimis, kurių neteko dėl savižudybės ($N = 72$).

Artimasis, kurio neteko	Tyrimo dalyviai ($N = 72$)
Tėvas / motina	23,6 % ($n = 17$)
Kitas giminaitis	16,7 % ($n = 12$)
Sūnus/dukra	15,3 % ($n = 11$)
Sutuoktinis (-ė)	15,3 % ($n = 11$)
Draugas (-ė)	15,3 % ($n = 11$)
Brolis / sesuo	9,7 % ($n = 7$)
Pažįstamas (-a)	4,2 % ($n = 3$)

2.2 Tyrimo instrumentai

2.2.1 Socialinė parama

Suvokiamai socialinei tyrimo dalyvių paramai įvertinti buvo naudojama Socialinės paramos skalė (angl. *ISS - Inventory of Social Support*) (Hogan & Schmidt, 2002). Buvo gautas raštiškas autorių leidimas šį instrumentą naudoti tyrimo tikslais. Skalę sudaro penki teiginiai, kurių turinys susijęs su suvokiamu aplinkinių laiko skyrimu išklaudyti gedintįjį, jaučiama galimybe atvirai ir nuoširdžiai išreikšti savo su gedulu susijusius jausmus, nevertinantis aplinkinių nusiteikimas, bent vieno asmens prieinamumas, gaunama pagalba gedint. Teiginiai vertinami 5 balų Likerto skalėje, kur 1 reiškia, kad su teiginiu visiškai nesutinkama, o 5, kad visiškai sutinkama. Bendras skalės įvertis apibūdina, kiek asmuo jaučia, jog yra bent vienas žmogus, su kuriuo gali pasikalbėti apie savo gedulo išgyvenimus, išreikšti jausmus ir būti išklaudytas. Skalės Cronbach alfa reikšmė tiriamoje imtyje lygi 0,78.

2.2.2 Gedulo patyrimo po savižudybės ypatumai

Gedulo komponentų, siejamų su gedulu po savižudybės, subjektyviam įvertinimui buvo pasitelktos Gedulo patyrimo klausimyno (angl. *GEQ - Grief Experience Questionnaire*) (Barrett & Scott, 1989) stigmatizacijos, kaltės ir gėdos subskalės (Bailey, Dunham, & Kral, 2000). Buvo gautas raštiškas autorių sutikimas naudoti instrumentą tyrimo tikslais. Gedulo patyrimo klausimynas iš viso vertina 8 gedului būdingas reakcijas, tačiau siekiant atsakyti į tyrimo klausimus buvo matuojami šie trys aspektai. Stigmatizacijos skalė, kurią sudaro 10 teiginių, matuoja, kiek tiriamasis subjektyviai jautė, jog buvo socialiai atstumtas po artimojo savižudybės; kaltės, kurią sudaro 6 teiginiai – kiek po savižudybės jautėsi kaltas dėl įvykusios mirties ar elgesio su artimuoju, kai jis buvo gyvas; gėdos subskalės, kurią sudaro 7 teiginiai, įvertis apibūdina, kiek asmuo gėdinosi dėl artimojo mirties, vengė apie ją su kitais kalbėti, jautėsi dėl to nepatogiai. Kiekvienas teiginys vertinamas 5 balų Likerto skalėje, kur 1 reiškia, kad niekada tokios patirties po artimojo netekties nepatyrė, o 5 – kad patiria beveik visuomet. Stigmatizacijos, kaltės ir gėdos subkalių Cronbach alfa reikšmės tirtoje imtyje atitinkamai yra 0,86, 0,88 ir 0,79.

2.2.3 Aplinkinių elgesys, su kuriuo artimiesiems teko susidurti po savižudybės

Tam, kad būtų galima atskleisti, su kokiais aplinkinių elgesio po savižudybės pokyčiais artimieji susiduria, tyrimo dalyviams buvo užduoti papildomi uždari ir atviri klausimai. Buvo klausama „Ar jautėte, kad aplinkinių bendravimas ar elgesys su Jumis po įvykusios savižudybės pasikeitė?“, o dalyviui pritarus užduodamas klausimas „Kokius pokyčius pastebėjote?“.

2.2.4 Savijauta

Tyrimo dalyvių savijauta vertinta keletu būdų. Buvo pasitelktas PSO-5 geros savijautos rodiklis (WHO, 1998) – 5 klausimų instrumentas, vertinantis geros psichologinės savijautos aspektus (pvz., nuotaiką, aktyvumą) per paskutines 2 savaites. Atsakymai vertinami 6 balų Likerto skalėje nuo „niekada“ (1) iki „visą laiką“ (6). Klausimyno Cronbach alfa reikšmė tirtoje imtyje yra 0,9.

Taip pat buvo naudojamas Subjektyvios psichologinės gerovės apibūdinimas – tai 5 klausimai, kuriais yra matuojama (nuo 0 iki 5), kiek paskutiniu metu dalyviai jaučiasi laimingi (kai 0 reiškia, kad labai nelaimingas, 5 – labai laimingas), kaip vertina savo sveikatą (0 – labai bloga, 5 – labai gera), kiek gyvenimas yra teisingas (0 – visai neteisingas, 5 – teisingas), kiek gyvenimą mato prasmingą (0 – visai beprasmis, 5 – labai prasmingas), kiek viltingai mato savo ateitį (0 – beviltiška, 5 – labai viltinga). Subjektyvios psichologinės gerovės apibūdinimo klausimai sudaryti ir naudojami remiantis „Sunkių traumų ir transformacijų psichologiniai padariniai ir jų įveika“ tyrimu (Gailienė, 2015).

2.3 Tyrimo eiga

Tyrimas atliktas tyrėjų grupėje, kurią sudaro 4 tyrėjai ir tyrimo koordinatore dokt. Odeta Geleželytė. Tyrimui vadovavo prof. Danutė Gailienė. Šiame darbe pristatoma dalis tyrimo metu gautų rezultatų.

1. Siekiant atsakyti į išsikeltus klausimus, buvo pasirinkti instrumentai ir parengta tyrimo anketa: išversti instrumentai (vertimas: O Geleželytė ir M. Masiulytė) (siekiant užtikrinti

tikslumą, vertimas atliktas dviejų tyrėjų, o taisymus atliko anglų kalbos specialistas), pridėti papildomi sukurti klausimai, susiję su demografinėmis dalyvių ir netekties charakteristikomis. Sukurta anketa buvo peržiūrėta suicidologijos srities ekspertų, atlikti taisymai;

2. Gautas VU Psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimas atlikti tyrimą (2016.12.14; Nr. 09);

3. Atliktas žvalgomasis tyrimas, kurio dalyviais buvo klinikinės psichologijos magistrantūros bei medicinos studentai ($N = 30$). Tyrimo tikslinė grupė yra dėl savižudybės artimojo netekę asmenys, tačiau atsižvelgus į tai, jog tyrimo dalyvius surinkti gana sudėtinga, žvalgomojo tyrimo metu dalyvių buvo prašoma prisiminti jų bet kokią patirtą netektį (nebūtinai susijusią su savižudybe). Dalyviai buvo kviečiami išreikšti pastabas dėl kylančių sunkumų ar neaiškumų pildant klausimą. Po žvalgomojo tyrimo visiems dalyviams buvo padalinti lankstinukai su emocinės ir psichologinės pagalbos Vilniaus mieste kontaktais. Atsižvelgus į žvalgomojo tyrimo rezultatų analizę, dalyvių pastabas bei tyrėjų išvagas, atlikti nedideli pataisymai bei paruoštas galutinis klausimyno variantas.

4. Tyrimo dalyviams buvo suteikta galimybė pasirinkti klausimyno pildymo būdą: popierinį arba elektroninį. Taip buvo nuspręsta atsižvelgus į ankstesnę tyrėjų patirtį atliekant tyrimus su šia grupe tiriamųjų (t.y., sunkumus susisiekiant ir kviečiant dalyvauti, kai tik nedidelė dalis atsiliepia ir sutinka) bei naujausias šios srities mokslinių tyrimų tendencijas (pavyzdžiui, Honeycutt & Praetorius, 2016; Pitman, Osborn, Rantell, & King, 2016). Elektroninis variantas sukurtas naudojantis manoapklausa.lt sistema, atliktas elektroninės versijos testavimas.

5. Įvairiose socialinėse grupėse, elektroninėse konferencijose internete buvo platinamas skelbimas tyrime dalyvauti dėl savižudybės netekusius artimojo pilnamečius asmenis, dalinamasi šia informacija su specialistais (Lietuvos psichologų sąjunga, psichikos sveikatos centrais ir kt.), bendradarbiauta su Kelmės rajono savivaldybės Socialinės paramos skyriumi ir Kupiškio savižudybių prevencijos iniciatyvine grupe bei asociacija „Artimiems“, kuri vienija dėl savižudybės artimojo netekusius žmones. Taip pat šiame tyrime dalyvauti buvo kviečiami 2016 ir 2017 m. VU Suicidologijos tyrimų centro, bendradarbiaujant su Policijos departamentu, vykdytų tyrimų „Savižudybių 2016 m. ir 2017 m. Vilniaus mieste analizė“ dalyviai.

6. Su kiekvienu tyrimo dalyviu tyrėjai kontaktavo individualiai telefonu arba elektroniniu paštu. Kiekvienam dalyviui buvo siūloma pačiam pasirinkti dalyvavimo būdą (pildyti elektroninę ar popierinę anketą). Elektroninės anketos nuoroda buvo siunčiama tik tyrimo dalyviui jo nurodytu asmeniniu elektroninio pašto adresu ir viešai neplatinama. Popierinį anketos variantą pildyti pasirinkusiam dalyviui buvo paruošiamas vokas atgaliniam laiško

siuntimui, taip užtikrinant patogumą ir padengtas siuntimo išlaidas, ir išsiunčiama popierinė anketa jo nurodytu adresu. Dalyviai buvo kviečiami išsakyti savo pastebėjimus, užduoti klausimus, buvo nurodyti tyrėjų ir tyrimo koordinatorės bei tyrimo vadovės kontaktai. Esant reikalingumui, tyrėjai buvo pasirengę suteikti informaciją apie psichologinės pagalbos galimybes. Iš viso buvo gauta 58 elektroninės ir 14 popierinių užpildytų anketų.

2.4 Duomenų tvarkymas

Duomenų analizė buvo atliekama naudojantis IBM SPSS Statistics 23 programiniu paketu. Normaliam duomenų pasiskirstymui patikrinti naudoti Kolmogorovo ir Smirnovo kriterijai, asimetrijos koeficientas bei duomenų pasiskirstymą rodanti histograma. Buvo skaičiuojama tyrimo dalyvių demografinės informacijos aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai), skalių patikimumai vidinio suderintumo būdu (Cronbach α). Darbe naudojami kintamieji nebuvo normaliai pasiskirstę, todėl tyrimo rezultatų apdorojimui naudoti neparametriniai Spearman, Kruskal-Wallis bei Mann – Whitney kriterijai (reikšmingumo lygmuo $p \leq 0,05$).

Kokybiniai rezultatai buvo apdorojami kokybinių duomenų turinio analizės būdu (Bernard & Ryan, 2010) bei statistinės analizės priemonėmis. Tyrimo dalyvių atsakymai buvo koduojami siekiant sumažinti informacijos kiekį iki apibendrinančių tyrimui aktualių temų. Kelis kartus buvo skaitomos tyrimo dalyvių atsakymų citatos ir koduojamos jose atsispindinčios temos, pasižymint pagrindines tekste išsakomas mintis. Koduojant remtasi semantiniu požiūriu - kodai išskiriami apibendrinant tai, ką patys tiriamieji aprašo savo atsakyme, stengiantis nenutolti nuo teksto esmės. Siekta užkoduoti visus atsakymus, jokios medžiagos nepaliekant. Parengtas galutinis kodų sąrašas su jų apibūdinimais, tipiniais tyrimų dalyvių atsakymų pavyzdžiais, išimtimis ir pastabomis. Jei tyrimo dalyvio atsakymas negalėdavo būti priskirtas nei vienam anksčiau išskirtam kodui, buvo kuriamas naujas. Kodų sąrašas buvo nuolat atnaujinamas ir peržiūrimas. Rezultatų patikimumui užtikrinti duomenys koduoti dviejų nepriklausomų vienas nuo kito koduotojų. Pirmiausia vienas tyrėjas skaitė tyrimo dalyvių atsakymus ir sudarė kodų sąrašą. Tuomet kodų sąrašas buvo perduotas kitam tyrėjui, kuris juo naudodamasis priskyre kodus visiems tyrimo dalyvių atsakymams, pateikė siūlymus ir pastabas dėl kodų sąrašo korekcijų. Po to buvo palyginami abiejų koduotojų kodavimai, aptariami nesutapimai ir neaiškumai, diskutuojama, pasitelkiama papildomų ekspertų nuomonė, kol sutariama dėl galutinės temos priskyrimo.

3 REZULTATAI

3.1 Socialinės paramos sąsajos su gedulo po savižudybės ypatumais (stigmatizacija, gėda, kalte) bei savijauta

Siekiant įvertinti, ar ir kaip nusižudžiusių artimųjų suvokiama socialinė parama susijusi su gedulo po savižudybės ypatumais (stigmatizacija, gėda, kalte) bei savijauta, buvo taikomas Spearman kriterijus.

Buvo rastas statistiškai reikšmingas ryšys tarp socialinės paramos ir stigmatizacijos ($r_s = -0,31$, $p = 0,009$) bei socialinės paramos ir gėdos patyrimo dažnumo ($r_s = -0,24$, $p = 0,041$) vertinimų – kuo aukščiau buvo vertinama socialinė parama, tuo žemiau vertinamas stigmatizacijos ir gėdos patyrimo dažnumas po netekties. Taigi, nusižudžiusių artimieji, jaučiantys, kad yra socialiai atstumti, kad draugai jų vengia, kad niekam nerūpi juos išklaudyti, kad kiti apkalbinėja juos ar mirusį ir pan. bei tie, kurie dažnai vengia kalbėti apie mirtį, jaučia gėdą dėl mirties, jaučiasi nepatogiai sutikę žmogų, kuris pažinojo juos ir mirusiuosius, meluoja dėl mirties priežasties ir pan., rečiau jaučia, jog yra bent vienas žmogus, su kuriuo gali pasikalbėti apie gedulo išgyvenimus, ir atvirkščiai - kuomet jaučia, jog turi su kuo pasikalbėti, minėtus patyrimus jaučiasi išgyvenantys rečiau. Tarp socialinės paramos ir kaltės ($r_s = -0,09$, $p = 0,284$) vertinimų statistiškai reikšmingas ryšys nebuvo rastas.

Nebuvo rasta statistiškai reikšmingo ryšio tarp tiriamųjų psichologinės savijautos ir socialinės paramos vertinimo ($r_s = 0,15$, $p = 0,215$). Statistiškai reikšmingų ryšių nebuvo rasta ir tarp socialinės paramos bei subjektyvios psichologinės gerovės apibūdinimų apie tai, kiek dalyviai jaučiasi laimingi ($r_s = 0,12$, $p = 0,338$); kiek gyvenimas atrodo teisingas ($r_s = 0,10$, $p = 0,411$); prasmingas ($r_s = 0,06$, $p = 0,597$); ar kiek viltingą mato savo ateitį ($r_s = 0,14$, $p = 0,257$). Tačiau statistiškai reikšmingai siejasi socialinės paramos ir sveikatos vertinimas ($r_s = 0,25$, $p = 0,036$) – kuo aukščiau vertinama socialinė parama dėl netekties, tuo geriau tyrimo dalyviai vertino savo sveikatą.

3.2 Aplinkinių elgesio pokyčiai bei jų sąsajos su socialine parama, savijauta bei specifiniais gedulo po savižudybės ypatumais (stigmatizacija, gėda, kalte)

3.2.1 Susidūrimas su aplinkinių elgesio pokyčiais

54,2 % ($n = 39$) tyrimo dalyvių nurodė jautę aplinkinių bendravimo ar elgesio su jais pokyčius po įvykusios savižudybės. Analizuojant dalyvių, kurie nurodė, kad patyrė bendravimo ar elgesio su jais pokyčius atsakymus į klausimą „Kokius pokyčius pastebėjote?“, buvo išskirta 13 kategorijų (žr. 2 lentelę). 15 tyrime dalyvavusių asmenų įvardino, kad sulaukė aplinkinių pagalbos ir palaikymo – šie artimieji jautė, kad aplinkiniai po netekties teikė pagalbą, palaikymą, tinkamai prie jų prisitaikė („Tapo jautresni mano atžvilgiu, pakantesni man bei teikė visokeriopą pagalbą“ (vyras, 62 m.)). 11 dalyvių teigė susidūrę su aplinkinių nežinojimu, kaip elgtis su jais po netekties, pastebėjo jų pasimetimą („Pasimetimą susitikus (tarsi nežino kaip elgtis)“ (moteris, 49 m.)). 7 tyrimo dalyviai nurodė, kad patyrė aplinkinių vengimą kalbėti apie netektį, mirusįjį, kitus su netektimi susijusius aspektus ar jų vengė („Nejauki tylą, vengimas kalbėti apie pasirinkusįjį išeiti savo noru“ (moteris, 24 m.)). Dar 7 dalyviai įvardino, kad susidūrė su perdėtu, netinkamu aplinkinių elgesiu, kuomet netinkamai domėjosi jų savijauta, įvykusia netektimi, perdėtai ir netinkamai siūlė paguodą („Artimieji ir draugai pasiskirstė į dvi grupes, vieni kurie lindo į akis siūlydami savo paguodą (...)“ (moteris, 28 m.)). 6 asmenys teigė, kad jų tarpusavio santykiai nutrūko – aplinkiniai nustojo bendrauti, nususuko, nutraukė santykius („Daugelis nustojo bendrauti“ (moteris, 41 m.)) ir dar 6 dalyviai teigė priešingai – ryšiai su aplinkiniais sustiprėjo, pagerėjo („Su likusiu broliu ryšys pasidarė stipresnis“ (vyras, 26 m.)). 4 kartus buvo įvardinta, kad santykiai su aplinkiniais tapo ne tokie artimi kaip anksčiau, po savižudybės nutolo („Daugelis žmonių atitolo“ (moteris, 32 m.)). 3 dalyviai, atsakydami į klausimą apie aplinkinių bendravimo ar elgesio pokyčius teigė, jog sulaukė netinkamų patarimų ar pasisakymų („Kai kurie paguodos žodžiai tik dar labiau skaudino (pvz., „Reikia gerbti jo pasirinkimą“, „Tu jauna, graži ir protinga - susirasi kitą vyrą“ ir pan.“) (moteris, 31 m.)). 3 tyrimo dalyviai įvardino, kad jautėsi kaltinami, gėdinami, smerkiami aplinkinių dėl netekties („Kiti išvis <...> pradėjo <...> kaltinti“ (moteris, 28 m.)). 3 asmenys atsakė, kad nepasakojo, slėpė netektį, mirties priežastį („Aš aišku niekam nesiskelbiau ir net nenorėjau skelbtis apie tai“ (moteris, 44 m.)). Taip pat keli dalyviai tvirtino, jog susidūrė su aplinkinių padidėjusiu saugojimu, aplinkiniai tapo jautresni, labiau saugantys, kad netektis nepasikartotų („Tapo jautresni, įtaresni, tapo saugantys“ (moteris, 24 m.)). Vienas iš artimojo netekusių dalyvių įvardino, kad patyrė aplinkinių spėliojimus ir apkalbas, susijusias su savižudybe („Bet beveik dauguma kas mažai pažinojo vyrą kažkodėl nusprendžia, kad buvo bėdų su alkoholiu ir nusižudė būdamas neblaiviam stovyje nors

taip nebuvo“ (moteris, 44 m.)). Dar vieną kartą buvo įvardinta, kad artimasis jautė, jog yra naudojamas jo pablogėjusia savijauta siekiant savų tikslų („Kai kurie kolegos pradėjo naudotis situacija, neatsiskaityti už darbus, dažnai atsiprašinėja iš darbo - žino, kad aš nesigilinsiu ir neatsakysiu neigiamai“). (moteris, 31 m.)).

2 lentelė. Atsakymų į klausimą „Kokius pokyčius pastebėjote?“ kategorijos.

Atsakymo kategorija	Įvardinusių asmenų skaičius (n = 39)
Aplinkinių pagalba ir palaikymas (t)	15
Aplinkinių nežinojimas, kaip elgtis (n)	11
Vengimas kalbėti apie netektį (n)	7
Perdėtas, netinkamas dėmesys (n)	7
Santykių nutraukimas (n)	6
Sustiprėjo ryšiai su aplinkiniais (t)	6
Santykiai nebe tokie artimi (n)	4
Netinkami patarimai (n)	3
Kaltinimas, gėdinimas, smerkimas (n)	3
Netekties slėpimas (n)	3
Padidėjęs saugojimas (t)	2
Spėliojimai ir apkalbos (n)	1
Naudojimasis artimojo savijauta (n)	1

Pastaba. t – teigiami pokyčiai, n – nemalonūs pokyčiai.

Bendravimo ar elgesio pokyčių kategorijas, su kuriomis susidūrė nusižudžiusiųjų artimieji po savižudybės galima suskirstyti į 2 bendresnes kategorijas: *teigiamų* pokyčių kategoriją, į kurią įeina 3 atsakymų kategorijos („Aplinkinių pagalba ir palaikymas“, „Sustiprėjo ryšiai su aplinkiniais“,

„Padidėjęs saugojimas“), ir į *nemalonių* bendravimo ar elgesio su jais pokyčių kategoriją, į kurią įeina 10 atsakymų kategorijų („Aplinkinių nežinojimas, kaip elgtis“, „Vengimas kalbėti apie netektį“, „Perdėtas, netinkamas dėmesys“, „Santykių nutraukimas“, „Santykiai nebe tokie artimi“, „Netinkami patarimai“, „Kaltinimas, gėdinimas, smerkimas“, „Netekties slėpimas“, „Spėliojimai ir apkalbos“ ir „Naudojimas artimojo savijauta“). Iš 39 tyrimo dalyvių, kurie nurodė jautę aplinkinių bendravimo ar elgesio su jais pokyčius po įvykusios savižudybės, 15 įvardino tik teigiamus pokyčius, 18 tik nemalonus ir 6 asmenys įvardino tiek teigiamų, tiek nemalonių pokyčių. 33 (45,8 % visos imties) dalyviai nenurodė jokių elgesio ar bendravimo pokyčių po savižudybės.

3.2.2 Teigiamų, nemalonių ir jokių aplinkinių elgesio ar bendravimo pokyčių nepatyrusių asmenų socialinės paramos, gedulo po savižudybės ypatumų (stigmatizacijos, gėdos, kaltės) bei savijautos vertinimas

Toliau buvo siekiama nustatyti, ar tie dalyviai, kurie nurodė tik teigiamų aplinkinių elgesio ir bendravimo pokyčių po savižudybės, tie, kurie nurodė tik nemalonių pokyčių bei tie, kurie jokių pokyčių nepatyrė, skirtingai vertino socialinę paramą, patiriamų gedulo po savižudybės ypatumų (stigmatizacijos, gėdos ir kaltės) dažnumą bei savijautą. Dėl itin mažo dalyvių, kurie nurodė ir teigiamų, ir nemalonių pokyčių, skaičiaus ($n = 6$), ši grupė į palyginimą nebuvo įtraukta. Palyginimui buvo naudojamas Kruskal-Wallis kriterijus. Jeigu Kruskal-Wallis testo rezultatas rodė statistiškai reikšmingus vertinimų skirtumus, buvo atliekama post-hoc analizė (naudojant Mann-Whitney kriterijų).

3.2.2.1 Socialinės paramos vertinimas

Pasitelkus Kruskal-Wallis kriterijų buvo rastas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp to, kaip teigiamų ($M = 4,31$, $SD = 0,13$), nemalonių ($M = 3,69$, $SD = 0,71$) ir jokių pokyčių nesulaukę ($M = 3,90$, $SD = 0,75$) tyrimo dalyviai vertino socialinę paramą ($\chi^2 = 6,27$, $df = 2$, $p = 0,044$). Tai, kiek artimieji jautė, kad gedėdami dėl netekties gali gauti pagalbos, su skirtingais pokyčiais (teigiamais, nemaloniais ar jokiais) po artimojo savižudybės susidūrę artimieji vertino nevienodai.

Taikant Mann-Whitney kriterijų buvo rastas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp to, kaip socialinę paramą vertino teigiamų pokyčių ($M = 4,31$, $SD = 0,51$) ir nemalonių pokyčių įvardinę ($M = 3,69$, $SD = 0,71$) tyrimo dalyviai ($Z = -2,26$, $p = 0,024$). Socialinę paramą aukščiau vertino

artimieji, kurie patyrė teigiamų aplinkinių bendravimo ar elgesio pokyčių. Statistiškai reikšmingai nesiskyrė teigiamų ($M = 4,31$, $SD = 0,51$) ir jokių pokyčių nepatyrusių ($M = 3,90$, $SD = 0,75$) dalyvių socialinės paramos vertinimai ($Z = -1,94$, $p = 0,053$). Taip pat nesiskyrė nemalonių ($M = 3,69$, $SD = 0,71$) ir jokių pokyčių nepastebėjusių ($M = 3,90$, $SD = 0,75$) socialinės paramos vertinimai ($Z = -1,13$, $p = 0,258$).

3.2.2.2 Gedulo po savižudybės ypatumų (stigmatizacijos, gėdos, kaltės) vertinimas

Kruskal-Wallis testas parodė, jog egzistuoja reikšmingas skirtumas tarp to, kaip teigiamų, nemalonių ir jokių pokyčių nesulaukę tyrimo dalyviai vertino *stigmatizacijos* patyrimo dažnumą ($\chi^2 = 12,86$, $df = 2$, $p = 0,002$), t.y., tai, kiek dažnai jautė patiriantys stigmatizaciją po artimojo savižudybės, su skirtingais pokyčiais (teigiamais, nemaloniais ar jokiais) po artimojo savižudybės susidūrę artimieji vertino nevienodai.

Toliau taikant Mann-Whitney kriterijų buvo rastas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp to, kaip stigmatizaciją vertino teigiamų pokyčių pastebėję ($M = 1,88$, $SD = 0,63$) ir nemalonių pokyčių pastebėję ($M = 2,96$, $SD = 1,00$) tyrimo dalyviai ($Z = -3,17$, $p = 0,002$). Reikšmingai skyrėsi ir su nemaloniais pokyčiais susidūrusių ($M = 2,96$, $SD = 1,00$) bei jokių pokyčių nepatyrusių ($M = 2,12$, $SD = 0,74$) tyrimo dalyvių stigmatizacijos vertinimas ($Z = -2,98$, $p = 0,003$). Nemalonių aplinkinių bendravimo ar elgesio pokyčių su jais pastebėję dalyviai stigmatizaciją vertino patiriantys dažniau nei tie, kurie pastebėjo tik teigiamų pokyčių ar su jokiais pokyčiais nesulaukę, t.y., nemalonių elgesio ar bendravimo pokyčių pastebėję nusižudžiusių artimieji stigmatizaciją vertino patiriantys dažniausiai. Statistiškai reikšmingai nesiskyrė teigiamų ($M = 1,88$, $SD = 0,63$) ir jokių pokyčių nepastebėjusių ($M = 2,12$, $SD = 0,74$) dalyvių stigmatizacijos vertinimai ($Z = -1,10$, $p = 0,272$). Tiek susidūrę su teigiamais aplinkinių bendravimo ar elgesio pokyčiais, tiek jokių pokyčių nepatyrę tyrimo dalyviai patiriamos stigmatizacijos dažnumą vertino panašiai.

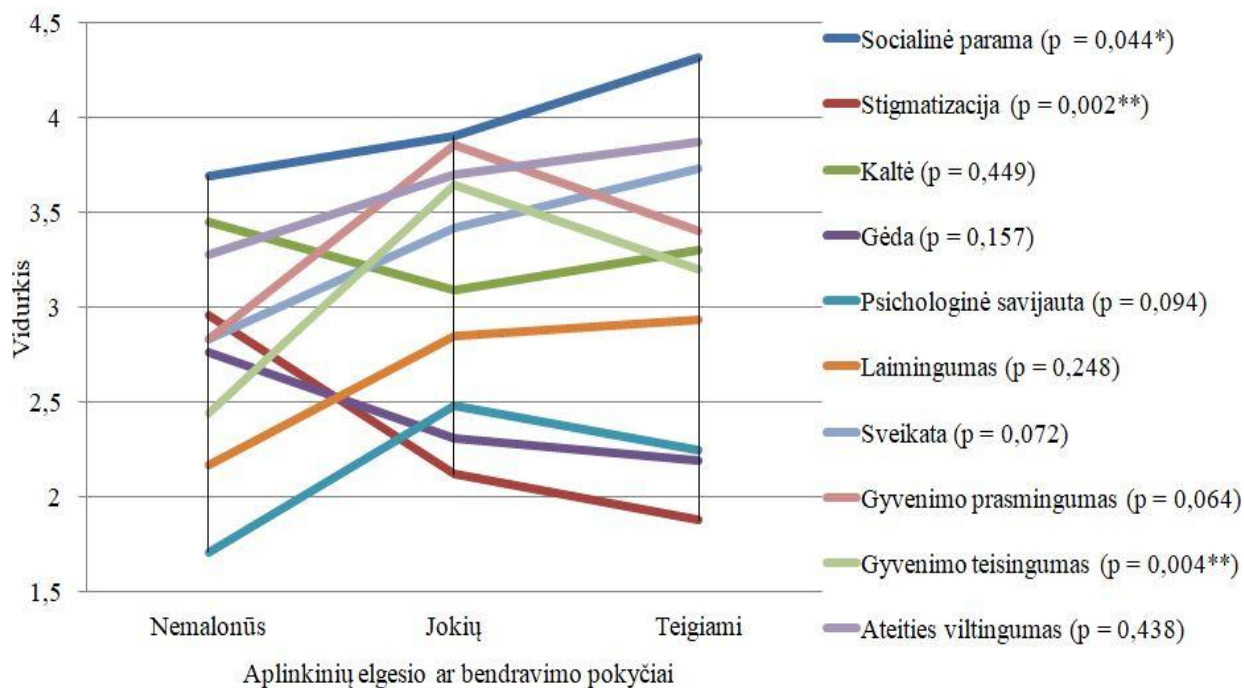
Nebuvo rasta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp to, kaip teigiamų ($M = 3,30$, $SD = 0,97$), nemalonių ($M = 3,45$, $SD = 0,92$) ir jokių pokyčių nesulaukę ($M = 3,09$, $SD = 1,05$) asmenys vertino *kaltės* ($\chi^2 = 1,60$, $df = 2$, $p = 0,449$) patyrimo dažnumą. Statistiškai reikšmingai nesiskyrė ir teigiamų ($M = 2,19$, $SD = 0,75$), nemalonių ($M = 2,76$, $SD = 1,05$) bei jokių pokyčių nesulaukusių ($M = 2,31$, $SD = 0,76$) tyrimo dalyvių *gėdos* ($\chi^2 = 3,71$, $df = 2$, $p = 0,157$) patyrimo dažnumo vertinimas. Visų išskirtų grupių dalyviai ir kaltę, ir gėdą dėl netekties vertino patiriantys panašiu dažnumu.

3.2.2.3 Savijautos vertinimas

Tarp išskirtų grupių dalyvių pagal patirtus aplinkinių elgesio ar bendravimo pokyčius nebuvo rasta statistiškai reikšmingų psichologinės savijautos ($\chi^2 = 4,72$, $df = 2$, $p = 0,094$), laimingumo ($\chi^2 = 2,79$, $df = 2$, $p = 0,248$), sveikatos ($\chi^2 = 5,27$, $df = 2$, $p = 0,072$), gyvenimo prasmingumo ($\chi^2 = 5,49$, $df = 2$, $p = 0,064$) ir ateities viltingumo ($\chi^2 = 1,65$, $df = 2$, $p = 0,438$) vertinimų. Tiek su teigiamais, tiek su nemaloniais aplinkinių elgesio ar bendravimo pokyčiais susidūrę ir tiek jokių pokyčių nepatyrę artimojo dėl savižudybės netekę tyrimo dalyviai savo psichologinę savijautą, laimingumą, sveikatą, gyvenimo prasmingumą, ateities viltingumą vertino panašiai.

Taikant Kruskal-Wallis kriterijų rastas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp to, kaip teigiamų, nemalonių ir jokių pokyčių nesulaukę tyrimo dalyviai vertino gyvenimo teisingumą ($\chi^2 = 11,18$, $df = 2$, $p = 0,004$), t.y., tai, kiek gyvenimas jiems atrodo teisingas, su skirtingais pokyčiais (teigiamais, nemaloniais ar jokiais) po artimojo savižudybės susidūrę artimieji vertino nevienodai. Toliau taikant Mann-Whitney kriterijų buvo rastas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp to, kaip gyvenimo teisingumą vertino nemalonių aplinkinių elgesio ar bendravimo pokyčių susilaukę tyrimo dalyviai ($M = 2,44$, $SD = 1,34$) ir tie, kurie jokių pokyčių neturėjo ($M = 3,64$, $SD = 1,32$) ($Z = -3,20$, $p = 0,001$). Su nemaloniais aplinkinių elgesio ir bendravimo pokyčiais susidūrę nusižudžiusių artimieji gyvenimą laikė mažiau teisingu nei tie, kurie nenurodė jokių bendravimo ar elgesio pokyčių su jais po artimojo savižudybės. Statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo rasta tarp to, kaip gyvenimo teisingumą vertino teigiamų ($M = 3,20$, $SD = 1,10$) ir nemalonių pokyčių pastebėję ($M = 2,44$, $SD = 1,34$) dalyviai ($Z = -1,62$, $p = 0,105$) bei teigiamų ($M = 3,20$, $SD = 1,10$) ir jokių pokyčių nepastebėję ($M = 3,64$, $SD = 1,32$) tyrimo dalyviai ($Z = -1,63$, $p = 0,104$). Su teigiamais ir nemaloniais bei su teigiamais ir jokiais pokyčiais nesusidūrę tyrimo dalyviai gyvenimo teisingumą vertino panašiai.

1 paveikslėlyje vaizduojami nemalonių, teigiamų ir jokių aplinkinių elgesio ar bendravimo pokyčių nepatyrusių nusižudžiusių artimųjų socialinės paramos, stigmatizacijos, kaltės, gėdos, geros psichologinės savijautos aspektų (pvz., nuotaikos, aktyvumo), laimingumo, sveikatos, gyvenimo prasmingumo, gyvenimo teisingumo, ateities viltingumo vertinimai.



1 pav. Nemalonių, jokių ir teigiamų aplinkinių elgesio ar bendravimo pokyčių patyrusių nusižudžiusių artimųjų socialinės paramos, stigmatizacijos, kaltės, gėdos, psichologinės savijautos, suvokiamo laimingumo, sveikatos, gyvenimo prasmingumo, gyvenimo teisingumo ir ateities viltingumo vertinimai. *Pastaba.* * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

4 REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo tikslas buvo įvertinti po artimojo savižudybės suvokiamos socialinės paramos, stigmatizacijos, gėdos ir kaltės ryšius bei atskleisti, su kokiais aplinkinių elgesio pokyčiais susiduria nusižudžiusių artimieji. Visų pirma siekta įvertinti, ar ir kaip nusižudžiusių artimųjų suvokiama socialinė parama susijusi su gedulo po savižudybės ypatumais (stigmatizacija, gėda, kalte) bei savijautos vertinimu. Remiantis rezultatais galima teigti, jog ne visi literatūroje minimi socialinės paramos, gedulo po savižudybės ypatumų ir savijautos ryšiai pasitvirtino.

Rezultatai parodė, kad socialinė parama yra susijusi su mažesniu stigmatizacijos patyrimu - kuo aukščiau buvo vertinama socialinė parama, tuo žemiau vertinamas stigmatizacijos patyrimo dažnumas po netekties. Vadinasi, artimieji, dažniau patiriantys stigmatizaciją, rečiau mano, kad yra bent vienas žmogus, su kuriuo gali pasikalbėti apie gedulo išgyvenimus. Šis rezultatas patvirtina kai kurių autorių mintį, jog socialinė parama yra susijusi su mažesniais įvairių nemalonių patyrimų išgyvenimais po artimojo netekties (Dyregrov, 2002, Spino et al., 2016). Tai siejasi ir su autorių, tyrinėjančių kitų visuomenėje stigmatizuojamų asmenų grupių patirtis, išvadamis, jog socialinė parama yra neigiamais ryšiais susijusi su stigmatizacija (Mak et al., 2007; Smith et al., 2007). Gali būti, kad nusižudžiusių artimieji dėl patiriamos stigmatizacijos jaučiasi vieniši, izoliuoti, neišklausyti, našta kitiems. Tai gali stabdyti nuo kalbėjimo apie gedulo išgyvenimus, dalyvavimo bendruomenės veiklose, pagalbos sau ieškojimo.

Socialinė parama siejosi ir su gėdos patyrimu - kuo aukščiau buvo vertinama socialinė parama, tuo žemiau vertinamas gėdos dėl artimojo savižudybės patyrimo dažnumas. Kai kurie autoriai teigia, kad dėl gėdos jausmo artimieji vengia kalbėti, atsiskiria nuo visuomenės, pasijunta labiau išsiskiriantys, sulaukia nedaug socialinio palaikymo (Pitman et al., 2017). Artimieji gali vengti atsiverti kitiems, bijoti sulaukti aplinkinių kaltinimų, o gėda ir neigiamų reakcijų baimė prisideda prie pagalbos iš aplinkinių nesiekimo (Jordan, 2001; Maple et al., 2010; Skruibis, Dadašev, Geleželytė, 2015). Kaip ir dėl patiriamos stigmatizacijos, kai artimieji jaučiasi sugėdinti, vieniši, izoliuoti, jie dažniau mano, kad negaus pagalbos, kai jos jiems reikės, o jausmas, kad turi su kuo pasikalbėti, kad yra, kas palaiko, padeda patirti mažiau gėdos.

Nebuvo rasta ryšio tarp nusižudžiusių artimųjų socialinės paramos ir kaltės dažnumo patyrimo po savižudybės vertinimų. Tai, kiek dažnai nusižudžiusių artimieji po savižudybės jautėsi kalti, norėjo, kad nebūtų sakę ar darę tam tikrų dalykų bendraudami su žmogumi, kurio neteko, jautė, kad nepakankamai rūpinosi tuo žmogumi ir pan., statistiškai reikšmingai nesisiejo su

tuo, kiek artimieji jautė, kad kiti skiria laiko ir išklauso, kaip jie jaučiasi, kad yra bent vienas žmogus, su kuriuo gali pasikalbėti apie gedulo išgyvenimus ir pan. Kai kurie autoriai teigia, kad tam tikra socialinė parama po artimojo savižudybės padeda jausti mažiau tokių gedulo metu patiriamų jausmų kaip kaltė (Farberow, 1992), tačiau šio tyrimo rezultatas rodo, kad artimieji jautėsi kalti nepriklausomai nuo to, kiek suvokė galintys gauti socialinės paramos. Nors visuomenėje vyraujanti stigmatizacija dažnai siejama su pačių nusižudžiusių artimųjų internalizuota kalte, gali būti, kad kaltės vertinimas atspindi nusižudžiusių artimųjų ryšį su žmogumi, kurio neteko (tiriamieji vertino kiek dažnai jautė, kad nepakankamai rūpinosi tuo žmogumi, kad prieš mirtį jį darė nelaimingą ir pan.) ir ne tiek stipriai susijęs su socialine aplinka, kiek stigmatizacija, gėda ar socialinė parama (kur vertinamas suvokiamas aplinkinių elgesys, santykis su aplinkiniais). Galbūt socialinė parama labiau padėtų sumažinti su socialine aplinka siejamus gedulo patyrimus (Russell et al., 1984; Stroebe et al., 1996). Be to, yra autorių, manančių, kad socialinė parama ne visada yra padedanti ir pakankamai svarbi visiems gedulo išgyvenimams (van Baarsen, 2002; Miller et al., 2004; Stroebe et al., 2005).

Socialinė parama gedint dėl netekties reikšmingai nesisiejo su daugeliu savijautos rodiklių. Suvokiama socialinė parama nebuvo susijusi su psichologine savijauta, nesisiejo su tuo, kiek tyrimo dalyviai jaučiasi laimingi, kiek gyvenimas jiems atrodo teisingas, prasmingas ar kiek viltingą matė savo ateitį. Tai atspindi ir kartu patvirtina kai kurių autorių išvadas apie tai, kad ne visuomet socialinė parama siejasi su geresne artimųjų būseną. Tai, jog artimojo netekęs asmuo, jaučiantis aplinkinių paramą, turintis su kuo pasikalbėti apie išgyvenamą gedulą, nebūtinai jaučiasi laimingas rodo, kad galimai aplinkinių pagalba neatstoja to ryšio, kurį patyrė su nusižudžiusiuoju (Russell et al., 1984; Stroebe et al., 1996). Taip pat socialinė parama greičiausiai nėra pakankama sumažinti ar įveikti tokioms sudėtingesnėms, gedulą komplikuojančioms reakcijoms ir simptomams, kaip gyvenimo prasmės be mirusiojo nematymas, beviltiškumas, mažesnis pasitenkinimas gyvenimu ir pan.

Vis dėlto reikšmingai siejosi socialinės paramos ir subjektyviai suvokiamas sveikatos vertinimas – kuo aukščiau vertinama socialinė parama, tuo geriau tyrimo dalyviai vertino savo sveikatą. Kuo artimieji labiau tikėjo, kad žmonės juos išklauso ir turi su kuo pasikalbėti, tuo geriau vertino savo sveikatą bei kuo teigiamiau buvo vertinama sveikata, tuo dažniau artimieji sutiko su tuo, jog kažkam gali atvirai ir nuoširdžiai išreikšti savo gedulo jausmus. Tai patvirtina ir Spino su bendraautoriais (2016) išvadą, jog socialinė parama siejasi su geresne nusižudžiusių artimųjų fizine sveikata. Neretai socialinės paramos ryšių su savijauta tyrimuose pabrėžiama teigiama paramos reikšmė fizinei sveikatai. Teigiama, kad socialinė parama veikia kaip mediatorius mažindama

patiriamo streso neigiamą poveikį sveikatai (Schwarzer & Leppin, 1991), todėl gali būti, kad socialinė parama apsaugo nuo galimo neigiamo gedulo metu patiriamo streso poveikio dėl savižudybės artimojo netekusių asmenų sveikatai. Tuo tarpu socialinė atskirtis, izoliacija, vienišumas, kurią dažnai patiria nusižudžiusiųjų artimieji, yra rizikinga sveikatai ir siejama su subjektyviai prasčiau vertinama fizine sveikata (Cornwell & Waite, 2009; Segrin & Passalacqua, 2010).

Šiuo tyrimu taip pat buvo siekiama atskleisti, su kokiais aplinkinių elgesio pokyčiais susiduria artimieji po savižudybės ir kaip tie pokyčiai susiję su suvokiama socialine parama, savijauta bei specifiniais gedulo po savižudybės ypatumais (stigmatizacija, gėda, kalte).

Daugiau nei pusė tyrimo dalyvavusių dėl savižudybės artimojo netekusių asmenų teigė, jog jautė aplinkinių bendravimo ar elgesio su jais pokyčius po įvykusios savižudybės. Elgesys, kurį patyrė nusižudžiusiųjų artimieji buvo tiek teigiamas, tiek nemalonus, tačiau daugiausiai buvo nurodyta nemalonių elgesio ar bendravimo su jais pokyčių. Buvo išskirti tokie artimųjų paminėti teigiami pokyčiai kaip aplinkinių pagalba ir palaikymas, ryšių su aplinkiniais stiprėjimas ir padidėjęs nusižudžiusiojo artimojo saugojimas po savižudybės. Nemalonūs pokyčiai, kuriuos artimieji nurodė patyrę iš aplinkinių, buvo aplinkinių nežinojimas, kaip elgtis, vengimas kalbėti apie netektį, perdėtas, netinkamas dėmesys, santykių nutraukimas, nebe tokie artimi santykiai, netinkami patarimai, kaltinimas, gėdinimas, smerkimas, netekties slėpimas, spėliojimai ir apkalbos bei naudojimas artimojo savijauta po savižudybės. Tai, kad artimieji daugiausiai nurodė patyrę nemalonių pokyčių galimai atspindi vyraujančią savižudybių stigmatizaciją bei tai, jog nusižudžiusiųjų artimieji socialinės paramos patiria mažiau (Jordan, 2009). Kita vertus tai rodo pačių artimųjų subjektyvų aplinkinių elgesio ar bendravimo pokyčių suvokimą. Tiriamieji, galvodami apie aplinkinių elgesio su jais pokyčius, dažniau ir daugiau įvardino įvairių skirtingų nemalonaus, stigmatizuojančio elgesio su jais būdų, tačiau rečiau ir mažiau įvardino pokyčių, kurie būtų teigiami ir padedantys išgyvenant gedulą. Tyrimai rodo, kad nusižudžiusiųjų artimieji susiduria su nemažai ne tik psichologinių, bet ir socialinių sunkumų. Šio tyrimo dalyvių atsakymai patvirtina literatūroje išskiriamas panašias nusižudžiusiųjų artimųjų socialines patirtis: kitų šeimos narių ar draugų vengimą bendrauti, kalbėti apie savižudybę (kas yra susiję su bendru savižudybių stigmatizavimu visuomenėje), gėdą, poreikį slėpti artimojo mirties priežastį, stigmatizaciją, kaltinimus ir t.t. (Jordan, 2001; Cvinar, 2005; Sveen & Walby, 2008; Jordan, 2009).

Atskleidus, su kokiais aplinkinių elgesio ar bendravimo pokyčiais susidūrė nusižudžiusiųjų artimieji, buvo siekiama palyginti teigiamų, nemalonių bei jokių pokyčių nesusilaukusių asmenų

socialinės paramos, gedulo po savižudybės ypatumų (stigmatizacijos, gėdos, kaltės) bei savijautos vertinimus.

Kalbant apie gedulo po savižudybės ypatumus, dažniausiai stigmatizaciją vertino patiriantys nemalonių elgesio ar bendravimo pokyčių pastebėję nusižudžiusiųjų artimieji, kas yra logiška ir galima teigti, jog toks nemalonus aplinkinių elgesys kaip kaltinimas, gėdinimas, smerkimas, apkalbos, vengimas kalbėti, netinkamas dėmesys ir pan. yra stigmatizacijos atspindys. Greičiausiai toks tiriamųjų įvardintas elgesys apibūdina nemaloniausias stigmatizacijos apraiškas, su kuriomis jiems tenka susidurti ir kartu atspindi jų subjektyviai vertinamą stigmatizacijos lygį (Knieper, 1999). Tuo tarpu susidūrę su teigiamais aplinkinių bendravimo ar elgesio pokyčiais bei jokių pokyčių nepatyrę tyrimo dalyviai patiriamos stigmatizacijos dažnumą vertino panašiai. Literatūroje minima, kad artimiesiems svarbu ne tik papildomas palaikymas, tačiau ir galimybė jaustis neišskirtam, kuomet su jais nesielgiama kaip nors kitaip (Pitman et al., 2018), todėl gali būti, kad artimiesiems svarbus ir toks pats įprastas bendravimas, koks buvo ir prieš savižudybę.

Visų išskirtų grupių dalyviai kaltę bei gėdą vertino patiriantys panašiu dažnumu. Nepriklausomai nuo to, ar tyrimo dalyviai patyrė teigiamų, ar nemalonių, ar nepatyrė jokių aplinkinių bendravimo ar elgesio pokyčių po savižudybės, panašiu dažnumu nurodė besijaučiantys kalti dėl mirties, kad liko kažką skolingi mirusiam žmogui, kad juo nepakankamai rūpinosi esant gyvam ir pan. Panašiu dažnumu jie jautė ir gėdą dėl įvykusios mirties, vengė kalbėti apie artimojo mirtį, melavo dėl mirties priežasties ir pan. Taigi, net ir teigiamų aplinkinių elgesio pokyčių patyrę artimieji jautė kaltę, gėdą ir net ne mažiau nei tie, kurie susidūrė su nemalonių aplinkinių elgesiu. Tokie išskirti teigiami elgesio pokyčiai kaip parama ir palaikymas, padidėjęs saugojimas ar sustiprėję ryšiai su aplinkiniais nėra pakankama sąlyga nusižudžiusiųjų artimiesiems patirti mažiau nemalonių kaltės ir gėdos po savižudybės išgyvenimų. Kalbant apie kaltę, gali būti, kad iš tiesų šiam išgyvenimui socialinė aplinka, aplinkinių elgesys neturi tiek reikšmės (Stroebe et al., 1996). Tą rodo ir tai, kad nebuvo rasta ryšio tarp socialinės paramos ir patiriamos kaltės dažnumo. Tuo tarpu iš to, kad socialinė parama yra susijusi su rečiau patiriama gėda, o socialinė paramą teigiamų aplinkinių elgesio ar bendravimo pokyčių sulaukę asmenys vertino aukščiau nei nemalonių, galima būtų tikėtis, kad gėdą rečiau patirs tie, kurie susidūrė su teigiamais pokyčiais. Vis dėlto gali būti, kad suvokiamos socialinės paramos vertinime yra svarbesnių su mažesne gėda susijusių aspektų, kurie nebuvo įvardinti tarp teigiamų pokyčių, pavyzdžiui, ne tik aplinkinių skiriamas laikas ir pagalba ar jausmas, kad yra bent vienas žmogus, su kuriuo gali pasišnekėti, bet ir tai, kad išreikšti savo gedulo jausmus gali atvirai ir nuoširdžiai. Pitman su kolegomis (2018) tyrime nusižudžiusiųjų

artimieji nurodo, kad jiems svarbi ir galimybė atvirai bei nuoširdžiai pasikalbėti apie mirusį, ko šio tyrimo dalyviai nenurodė patyrę.

Socialinę paramą reikšmingai aukščiau vertino artimieji, kurie patyrė teigiamų aplinkinių bendravimo ar elgesio pokyčių nei tie, kurie patyrė nemalonių. Galima teigti, jog toks aplinkinių elgesys kaip pagalba ir palaikymas, padidėjęs saugojimas, sustiprėjęs ryšys su aplinkiniais iš dalies yra socialinės paramos atspindys. Greičiausiai toks tiriamųjų įvardintas elgesys apibūdina svarbiausias socialinės paramos apraiškas, su kuriomis jie susidūrė ir kartu atspindi tai, ką artimieji suvokia kaip socialinę paramą. Reikšmingai nesiskyrė teigiamų ir jokių pokyčių nesulaukusių dalyvių socialinės paramos vertinimas, kas turbūt rodo, jog nors ir pokyčių nebuvo, tačiau artimieji ir toliau jautė paramą, kurią galbūt jautė ir prieš savižudybę. Taip pat, kaip teigia Pitman su kolegomis (2018), artimiesiems gali būti svarbus ir niekaip nepasikeitęs, neišskiriantis elgesys po savižudybės. Tačiau kita vertus tai, jog kartu statistiškai reikšmingai nesiskyrė nemalonių ir jokių aplinkinių elgesio pokyčių nesulaukusių artimųjų socialinės paramos vertinimas galimai rodo, kad nebūtinai niekaip nepasikeitęs aplinkinių elgesys yra visada palaikantis. Jokių pokyčių nepatyrę nusižudžiusių artimieji galimai toliau susiduria tiek su palaikančiu, tiek su nepalaikančiu aplinkinių elgesiu kaip ir prieš savižudybę.

Nebuvo reikšmingo skirtumo tarp to, kaip su teigiamais, nemaloniais aplinkinių elgesio ar bendravimo pokyčiais susidūrę ar jokių pokyčių nepatyrę artimojo dėl savižudybės netekę tyrimo dalyviai vertino savo psichologinę gerovę, laimingumą, sveikatą, gyvenimo prasmingumą bei ateities viltingumą. Taip, kaip ir socialinė parama, nesisiejanti su šiais aspektais, gali rodyti tą, kad ne visiems savijautos aspektams išgyvenant gedulą po savižudybės svarbūs socialinės aplinkos veiksniai bei su aukštesne socialinė parama susijęs teigiamas elgesys nėra pakankamas tam, kad būtų galima įveikti tokias sudėtingas, gedulą komplikuojančioms reakcijas, kaip nematymas gyvenimo prasmės be žmogaus, kurio neteko, beviltiškumas, mažesnis pasitenkinimas gyvenimu ir pan. Tačiau, rezultatai rodo, tie, kurie patyrė nemalonių aplinkinių elgesio ar bendravimo pokyčių su jais po savižudybės, gyvenimą laikė mažiau teisingu nei tie, kurie nenurodė jokių bendravimo ar elgesio pokyčių su jais po artimojo savižudybės. Gyvenimas tiems, kurie nesusidūrė su jokiais pokyčiais, atrodė teisingesnis. Dėl įvairių nemalonių aplinkinių reakcijų po įvykusios savižudybės artimieji gali jausti didelę neteisybę, tačiau galima daryti ir prielaidą, jog asmenys, manydami, kad gyvenimas jiems nėra teisingas, dažniau linkę prisiminti ir įvardinti, kaip su jais nemaloniai aplinkiniais elgėsi. Tuo tarpu su teigiamais ir nemaloniais bei su teigiamais ir jokiais pokyčiais nesusidūrę tyrimo dalyviai gyvenimo teisingumą vertino panašiai. Tai, jog nemalonių aplinkinių elgesio pokyčių patyrę tyrimo dalyviai gyvenimo teisingumą vertino panašiai kaip ir patyrę

teigiamų pokyčių rodo, kad ir su nemaloniais pokyčiais susidūrę nusižudžiusiųjų artimieji gali manyti, kad gyvenimas jiems yra teisingas, panašiai kaip ir tiems, kurie susidūrė su teigiamais aplinkinių elgesio pokyčiais. Galima daryti prielaidą, jog galbūt tai atspindi internalizuotą artimųjų stigmatizaciją, kaltę, manymą, jog yra teisinga, nors ir gyvenime patiria aplinkinių kaltinimus, gėdinimus, nutrūkusius ryšius ar pan. (Reynders et al., 2014). Kita vertus, jei abi grupės vertintų gyvenimą kaip jiems neteisingą rodytų, jog net ir susidūrę su teigiamais pokyčiais gyvenimą laiko neteisingu kaip ir patyrę nemalonių pokyčių, kas nurodo, kad teigiami aplinkinių elgesio pokyčiai po savižudybės neužtikrina to, jog artimieji matytų gyvenimą kaip jiems teisingesnį.

Taigi, didesnė suvokiama socialinė parama gedint dėl netekties yra susijusi su retesniu stigmatizacijos ir gėdos patyrimu bei geresne sveikata, tačiau nesisieja su kaltės patyrimo dažnumu bei daugeliu vertintų geros savijautos aspektų. Tiek teigiamų, tiek nemalonių, tiek jokių pokyčių nepatyrę tyrimo dalyviai nesiskyrė vertindami gėdą, kaltę bei daugelį geros savijautos aspektų, tačiau su teigiamais elgesio pokyčiais susidūrę artimieji geriau vertino socialinę paramą nei tie, kurie patyrė nemalonių pokyčių, taip pat nemalonių elgesio pokyčių patyrę tyrimo dalyviai dažniau vertino patiriantys stigmatizaciją bei gyvenimas jiems atrodė ne toks teisingas kaip tiems, kurie jokių pokyčių nepatyrė. Galima teigti, kad teigiamesnis aplinkinių elgesys ar jausmas, kad gali gauti paramos iš aplinkinių, nebūtinai yra pakankama sąlyga geresnei savijautai ir kai kurių gedulo išgyvenimų palengvėjimui. Skirtingų aplinkinių elgesio pokyčių patyrę (teigiamų, nemalonių ar jokių nepatyrę) nusižudžiusiųjų artimieji gali panašiai jausti, jog vis tiek turi su kuo pasikalbėti apie gedulą, tačiau kartu nebūtinai teigiamą aplinkinių elgesį ar bendravimą po savižudybės patyrę artimieji geriau vertins ir savo savijautą - galbūt tam yra svarbesnių aspektų, nesusijusių su socialine aplinka po savižudybės, kuriuos gali būti naudinga patyrinėti ateities tyrimuose.

Svarbi šiame tyrime gautų rezultatų praktinė reikšmė. Teigiama, kad savižudybių postvencija kartu yra ir savižudybių prevencija, todėl reikalinga tyrinėti, kas gedintiems nusižudžiusiųjų artimiesiems gali padėti išgyventi mažiau nemalonių patirčių, apsunkinančių patiriamą gedulą. Žinios apie tai, kaip ir kokia pagalba siejasi su artimųjų gedulo patirčių palengvėjimu, gali padėti kurti savižudžių artimiesiems reikalingas pagalbos priemones, postvencijos programas bendruomenėse, šviesti visuomenę bei su nusižudžiusiųjų artimaisias dirbančius specialistus (psichologus, socialinius darbuotojus). Tai, kad rezultatai rodo, jog socialinė parama siejasi su stigmatizacija neigiamais ryšiais bei artimieji nurodo patiriantys nemažai nemalonių, stigmatizuojančių aplinkinių elgesio ar bendravimo pokyčių po savižudybės rodo, kad yra aktulus visuomenės švietimas, destigmatizuotis savižudybes.

Verta paminėti ir kai kuriuos šio tyrimo trūkumus, kurie galėjo turėti įtakos gautiems rezultatams. Pirmiausia, statistiniai ryšiai tarp socialinės paramos, stigmatizacijos, kaltės, gėdos, nenurodo priežastinių ryšių, todėl negalima daryti išvados apie įtakos kryptis ir rezultatus reikėtų vertinti atsargiai. Iš dalies tyrimo ribotumu galima laikyti ir tai, jog rezultatai remiasi subjektyviais nusižudžiusiųjų vertinimais, iš kurių kai kurie gali labiau atspindėti dalyvių gedulo metu išgyvenamą būseną, o ne vyraujančią padėtį aplinkoje (stigmatizaciją, aplinkinių elgesio pokyčius).

Rezultatus galėjo paveikti ir su instrumentų specifika, tyrimo metodika susiję aspektai. Suvokiamai socialinei tyrimo dalyvių paramai įvertinti naudota socialinės paramos skalė vertina ir labiausiai apibendrina tai, kiek nusižudžiusiųjų artimieji jaučia, jog yra bent vienas žmogus, su kuriuo gali pasikalbėti apie gedulo išgyvenimus, tačiau nebuvo matuojama kitokia galimai svarbi socialinė parama kaip, pavyzdžiui, instrumentinė, buitinė pagalba. Taip pat įvardinti elgesio po savižudybės pokyčiai galėjo būti būdingi tik šiems tiriamiesiems ir negali būti apibendrinti visai populiacijai.

Vienas iš trūkumų yra tai, jog imtį daugiausiai sudarė moterys (76,4 %), dauguma didmiesčių gyventojai (72,2 %), todėl sunku gautus rezultatus generalizuoti populiacijai. Tolimesniuose tyrimuose gali būti naudinga į tai atsižvelgti ir daugiau patyrinėti dėl savižudybės artimojo netekusių vyrų išgyvenamą gedulą ir jiems naudingą pagalbą.

Nors svarbu tirti, kas artimiesiems padeda gedulo metu, šio tyrimo bei kitų tyrėjų Lietuvoje patirtis rodo, kad yra gana sudėtinga su šia jautria grupe asmenų susisiekti, susiduriama su vengimu kalbėti apie gedulo patyrimą ir dalyvauti tyrime, kas galimai susiję su stigmatizacija, gėdinimusi ir baime kalbėti. Galima daryti prielaidą, kad sutikę dalyvauti šiame tyrime asmenys yra labiau linkę dalintis savo gedulo patirtimi su aplinkiniais, siekti socialinės paramos bei kartu greičiausiai nebuvo pasiekti tie artimieji, kurie jaučia didelę kaltę, gėdą, stigmatizaciją ir kuriems pagalba ypač reikalinga.

Ateities tyrimais tikslinga atsakyti, kokie aspektai svarbūs artimųjų kaltės išgyvenimo palengvėjimui gedint po artimojo savižudybės bei kas siejasi su geresne jų savijauta. Svarbūs tiek kiekybiniai, generalizuojantys, tiek kokybiniai, atskleidžiantys Lietuvos kultūrai reikalingą nusižudžiusiųjų artimųjų socialinę paramą, tyrinėjimai, įtraukiant daugiau socialinės paramos būdų. Gali būti naudinga gilintis ne tik į artimųjų subjektyviai suvokiamą socialinę paramą, tačiau kartu ir į asmenų, teikiančių socialinę paramą dėl savižudybės artimojo netekusiems asmenims patirtį bei daugiau pasigilinti ir į vyrų, netekusių artimojo dėl savižudybės, poreikius. Reikalingi tolimesni

tyrimai patvirtinti atrastų socialinės paramos su gedulo patyrimais ryšių egzistavimui bei subjektyviai suvokiamų aplinkinių elgesio ar bendravimo pokyčių generalizavimui.

5 IŠVADOS

1. Didesnė suvokiama socialinė parama gedint yra susijusi su retesniu stigmatizacijos, gėdos dėl savižudybės patyrimo vertinimu bei geresniu subjektyviu sveikatos vertinimu;
2. Suvokiama socialinė parama gedint nėra susijusi su kaltės po artimojo savižudybės patyrimo dažnumu bei daugeliu savijautos rodiklių (psichologine savijauta, suvokiamu laimingumu, gyvenimo teisingumu, prasmingumu, ateities viltingumu);
3. Daugiau nei pusė nusižudžiusiųjų artimųjų susidūrė su aplinkinių bendravimo ar elgesio su jais pokyčiais. Teigiami pokyčiai, kuriuos patyrė tyrimo dalyviai buvo aplinkinių pagalba ir palaikymas; ryšių su aplinkiniais stiprinimas bei padidėjęs nusižudžiusiojo artimojo saugojimas po savižudybės; nemalonūs pokyčiai, kuriuos artimieji nurodė patyrę iš aplinkinių, buvo aplinkinių nežinojimas, kaip elgtis; vengimas kalbėti apie netektį; perdėtas, netinkamas dėmesys; santykių nutraukimas; nebe tokie artimi santykiai; netinkami patarimai; kaltinimas, gėdinimas, smerkimas; netekties slėpimas; spėliojimai ir apkalbos bei naudojimas artimojo savijauta po savižudybės;
4. Teigiamų, nemalonių ir jokių aplinkinių bendravimo ar elgesio su jais pokyčių nepatyrę nusižudžiusiųjų artimieji reikšmingai nesiskyrė vertindami, kiek dažnai po savižudybės patyrė gėdą ir kaltę;
5. Dažniausiai stigmatizaciją dėl netekties jautėsi patiriantys nemalonių bendravimo pokyčių sulaukę artimieji. Teigiamų ir jokių pokyčių nepatyrę asmenys stigmatizaciją jautėsi patiriantys panašiu dažnumu;
6. Teigiamų, nemalonių ir jokių aplinkinių bendravimo ar elgesio su jais pokyčių nepatyrusių nusižudžiusiųjų artimųjų daugelis savijautos rodiklių (psichologinės savijautos, suvokiamo laimingumo, gyvenimo prasmingumo, sveikatos, ateities viltingumo) vertinimai reikšmingai nesiskyrė;
7. Gyvenimas tiems, kurie susidūrė su nemalonių elgesiu ar bendravimu po artimojo savižudybės, atrodė ne toks teisingas kaip tiems, kurie jokių pokyčių nepatyrė.

6 LITERATŪRA

- Aguirre, R. T. P., & Slater, H. (2010). Suicide postvention as suicide prevention: improvement and expansion in the united states. *Death studies*, 34(6), 529-540.
- Andriessen, K. (2004). Suicide survivor activities, an international perspective. *Suicidologi*, 9(2), 26-31.
- Andriessen, K. (2009). Can Postvention Be Prevention? *Crisis*, 30(1), 43-47.
- Andriessen, K., Rahman, B., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2017). Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *Journal of psychiatric research*, 88, 113-120.
- Bailley, S. E., Dunham, K., & Kral, M. J. (2000). Factor structure of the Grief Experience Questionnaire (GEQ). *Death Studies*, 24, 721-738.
- Barrett, T. W., & Scott, T. B. (1989). *Development of the Grief Experience Questionnaire. Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(2), 201-215.
- Bartik, W., Maple, M., Edwards, H., & Kiernan, M. (2013). The psychological impact of losing a friend to suicide. *Australasian Psychiatry*, 21(6), 545-549.
- Batterham, P. J., Cleave, A. L., & Christensen, H. (2013). Correlates of Suicide Stigma and Suicide Literacy in the Community. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(4), 406-417.
- Bell, J., Stanley, N., Mallon, S., & Manthorpe, J. (2012). Life will never be the same again: examining grief in survivors bereaved by young suicide. *Illness, crisis & loss*, 20(1), 49-68.
- Bellini, S., Erbuto, D., Andriessen, K., Milelli, M., Innamorati, M., Lester, D., Sampogna, G., Fiorillo, A., & Pompilli, M. (2018). Depression, Hopelessness, and Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Frontiers in Psychology*, 1-6.
- Benošis, A., Aliukonienė, R., Navickas, A. ir Aliukonis V. (2016). Savižudybių prevencijos aktualijos ikiteisminių tyrimų medžiagos apžvalgos duomenimis. *Sveikatos mokslai*, 26(1), 10-20.
- Berman, A. L. (2011). Estimating the Population of Survivors of Suicide: Seeking an Evidence Base. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(1), 110-116
- Bernard, H. R., & Ryan, G. W. (2010). *Analyzing Qualitative Data: Systematic Approaches*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Botha, K. J., Guilfoyle, A., & Botha, D. (2009). Beyond normal grief: A critical reflection on immediate post-death experiences of survivors of suicide. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8(1), 1-11.
- Callahan J. (2000). Predictors and correlates of bereavement in suicide support group participants. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 30(2), 104-124.

- Campos, R. C., Holden, R. R., & Santos, S. (2018). Exposure to suicide in the family: Suicide risk and psychache in individuals who have lost a family member by suicide. *Journal of Clinical Psychology, 74*(3), 407-417.
- Carr, R. B. (2011). When a Soldier Commits Suicide in Iraq: Impact on Unit and Caregivers. *Psychiatry, 74*(2), 95-106.
- Castelli Dransart, D. A. (2013). From Sense-Making to Meaning-Making: Understanding and Supporting Survivors of Suicide. *British Journal of Social Work, 43*(2), 317-335.
- Cerel, J., Brown, M., Maple, M., Sigleton, M., Van De Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2018). How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 1-6*.
- Cerel, J., Fristad, M. A., Weller, E. B., & Weller, R. A. (1999). Suicide-Bereaved Children and Adolescents: A Controlled Longitudinal Examination. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38*(6), 672-679.
- Cerel, J., Jordan, J. R., & Duberstein, P. R. (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis, (1)*, 38-44.
- Cerel, J., Maple, M., Aldrich, R. S., & van de Venne, J. (2013). Exposure to Suicide and Identification as Survivor. *Crisis The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 34*(6), 413-419.
- Cerel, J., Maple, M., Van De Venne, J., Moore, M. Flaherty, C., & Brown, M. (2016). Exposure to Suicide in the Community: Prevalence and Correlates in One U.S. State. *Public Health Reports, 131*(1), 100-107.
- Cerel, J., McIntosh, J. L., Neimeyer, R. A., Maple, M., & Marshall, D. (2014). The Continuum of “Survivorship”: Definitional Issues in the Aftermath of Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*(6), 591-600.
- Corrigan, P. W., Sheehan, L., Al-Khouja, M. A., Lewy, S. A., Major, D. R., Mead, J., Redmon, M., Rubey, C. T., & Weber, S. (2018). Insight into the Stigma of Suicide Loss Survivors: Factor Analyses of Family Stereotypes, Prejudices, and Discriminations. *Archives of Suicide Research, 22*(1), 57-66.
- Creighton, G., Oliffe, J. L., Bottorff, J., & Johnson, J. (2018). “I should have ...”: A Photovoice Study With Women Who Have Lost a Man to Suicide. *American Journal of Men’s Health, 1-13*.
- Cvinar, J. G. (2005). Do Suicide Survivors Suffer Social Stigma: A Review of the Literature. *Perspectives in Psychiatric Care, 41*(1), 14-21.

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.

De Groot, M., De Keijser, J. & Neeleman, J. (2006). Grief Shortly After Suicide And Natural Death: A Comparative Study Among Spouses and First-Degree Relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (4), 418-431.

Dyregrov, K. (2002). Assistance from Local Authorities Versus Survivors' Needs for Support After Suicide. *Death studies*, 26, 647-668.

Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2008). *Effective Grief and Bereavement Support: The Role of Family, Friends, Colleagues, Schools and Support Professionals*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Douglas, J. D. (2015). *Social Meanings of Suicide*. Princeton: Princeton Legacy Library.

Draper, B., Kölves, K., Leo, D., & Snowden, J. (2014). The impact of patient suicide and sudden death on health care professionals. *General Hospital Psychiatry*, 36(6), 721-725.

Erlich, M. D., Rolin, S. A., Dixon, L. B., Adler, D. A., Oslin, D. W., Levine, B., Berlant, J. L., Goldman, B., Koh, S., First, M. B., Pabbati, C., & Siris, S. G. (2017). Why We Need to Enhance Suicide Postvention. Evaluating a Survey of Psychiatrists' Behaviors after the Suicide of a Patient. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(7), 507-511.

Eurobarometer & European Commission (2010). *Special Eurobarometer 345 „Mental Health“*.

Eurobarometer & European Commission. (2006). *Mental Well-being (Special Eurobarometer)*.

Farberow, N. (1992). The Los Angeles survivors-after-suicide program: An evaluation. *Crisis*, 13, 23-34.

Farberow, N. L. (2005). The mental health professional as suicide survivor. *Clinical Neuropsychiatry*, 2(1), 13-20.

Feigelman, W., Gorman, B. S., & Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Studies*, 33(7), 591-608.

Gaffney, P., Russell, V., Collins, K., Bergin, A., Halligan, P., Carey, C., & Coyle, S. (2009). Impact of patient suicide on front-line staff in Ireland. *Death Studies*, 33(7), 639-656.

Gailienė, D. (2015). Savižudybės Lietuvoje. Sociokultūrinis kontekstas. Iš D. Gailienė (Sud.), *Gyvenimas po lūžio: kultūrinių traumų psichologiniai padariniai* (p. 198-213). Vilnius: Eugrimas.

Gailienė, D. (Sud.). (2015). *Gyvenimas po lūžio*. Vilnius: Eugrimas.

Gailienė, D., Žemaitienė, N., Trofimova, J. Ir Miliukaitė, A. (1999). Žiniasklaidoje pateikiamų savižudybės pavyzdžių poveikis paaugliams ir jaunuoliams. *Psichologija*, 19, 71-77.

- Gould, M. S., Lake, A. M., Kleinman, M., Galfalvy, H., Chowdhury, S., & Madnick, A. (2018). Exposure to Suicide in High Schools: Impact on Serious Suicidal Ideation/Behavior, Depression, Maladaptive Coping Strategies, and Attitudes toward Help-Seeking. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 1-17.
- Hanschmidt, F., Lehnig, F., Riedel-Heller, S. G., & Kersting, A. (2016). The Stigma of Suicide Survivorship and Related Consequences—A Systematic Review. *PLOS ONE*, 11(9), 1-16.
- Hardy-Bougere M. (2008). Cultural manifestations of grief and bereavement: A clinical perspective. *Journal of Cultural Diversity*, 15(2), 66-69.
- Hogan, N. S., & Schmidt, L. A. (2002). Inventory of Social Support (ISS). In R. A. Neimeyer (Ed.), *Techniques of Grief Therapy* (pp. 99-102). New York and London: Routledge.
- Honeycutt, A., & Praetorius, R. T. (2016). Survivors of Suicide: Who They Are And How Do They Heal? *Illness, Crisis & Loss*, 24(2), 103-118.
- Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakuri, & M., Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 177-186.
- Jenkins, R., & Singh, B. (2008). General Population Strategies of Suicide Prevention. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Jordan, J. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 91-102.
- Jordan, J. R. (2017). Postvention is prevention—The case for suicide Postvention. *Death Studies*, 41(10), 1-8.
- Jordan, J. R., & McIntoch, J. (2011). *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors*. London: Routledge.
- Jordan, J. R., (2009). After Suicide: Clinical Work With Survivors. *Grief Matters*, 12(1), 4-9.
- Klimaitė, V. (2015). *Dėl savižudybės artimojo netekusių asmenų gedulo patyrimas* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas. Paimta iš <https://epublications.vu.lt/object/elaba:8286896/8286896.pdf>
- Knieper, A. (1999). The Suicide Survivor's Grief and Recovery. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29 (4), 353-364.
- Krysinska, K., Andriessen, K., & Corveleyn, J. (2014). Religion and Spirituality in Online Suicide Bereavement. *Crisis*, 35(5), 349-356.
- Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and Mental Health after Sudden and Violent Losses: A Review. *Psychiatry Interpersonal & Biological Processes*, 75(1), 76-96.

Lindqvist, P., Johansson, L., & Karlsson, U. (2008). In the aftermath of teenage suicide: A qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members. *BMC Psychiatry*, 8(1), 1-7.

Lynn, C. W. (2008). When a Coworker Completes Suicide. *AAOHN Journal*, 56(11), 459-469.

Lu, L., Argyle, M. (1992). Receiving and giving support: Effects on relationships and well-being. *Counselling Psychology Quarterly*, 5, 123–133.

Mak, W. W. S., Cheung, R. Y. M., Law, R. W., Woo, J., Li, P. C. K., & Chung, R. W. Y. (2007). Examining attribution model of self-stigma on social support and psychological well-being among people with HIV+/AIDS. *Social Science & Medicine*, 64 (8), 1549-1559.

Maple, M. Edwards, H., Plummer, D., & Minichiello, V. (2010). Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child. *Health and Social Care in the Community*, 18(3), 241-248.

Maple, M., Edwards, H. E., Minichiello, V., & Plummer, D. (2013). Still part of the family: The importance of physical, emotional and spiritual memorial places and spaces for parents bereaved through the suicide death of their son or daughter. *Mortality*, 18(1), 54-71.

Matsumoto, D. (2009). *The Cambridge dictionary of psychology*. New York: Cambridge University Press.

McKay, K., & Tighe, J., (2013). Talking through the dead: the impact and interplay of lived grief after suicide. *Omega*, 68(2), 111-121.

Melhem, N. M., Day, N., Shear, M. K., Day, R., Reynolds, C. F., Brent, D. (2004). Traumatic Grief Among Adolescents Exposed to a Peer's Suicide. *Am J Psychiatry*, 161(8), 1411-1416.

Miller, N. B., Smerglia, V. L., & Bouchet, N. (2004). Women's Adjustment to Widowhood: Does Social Support Matter? *Journal of Women & Aging*, 16(3-4), 149-167.

Mitchell A. M., Kim Y., Prigerson H. G., & Mortimer-Stephens M. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis*, 25(1), 12-18.

Nic an Fhaili, M., Flynn, N., & Dowling, S. (2016). Experiences of suicide bereavement: a qualitative study exploring the role of the GP. *British Journal of General Practice*, 66(643), 92-98.

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) (2017). *Disease and injury country mortality estimates, 2000–2015*.

Paimta

iš

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

Peters, K., Cunningham, C., Murphy, G., & Jackson, D. (2016). „People look down on you when you tell them how he died“: Qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(3), 251-257.

Pitman, A. L., De Souza, T., Putri, A. K., Stevenson, F., King, M., Osborn, D., & Morant, N. (2018). Support Needs and Experiences of People Bereaved by Suicide: Qualitative Findings from a Cross-Sectional British Study of Bereaved Young Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 1-21.

Pitman, A. L., Rantell, K., Marston, L., King, M., & Osborn, D. (2017). Perceived Stigma of Sudden Bereavement as a Risk Factor for Suicidal Thoughts and Suicide Attempt: Analysis of British Cross Sectional Survey Data on 3387 Young Bereaved Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 1-12.

Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., Rantell, K., & King, M. B. (2016). The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 87, 22-29.

Polukordienė K. O. (2008). *Netekčių psichologija*. Panevėžys: Panevėžio spaustuvė.

Pompili, M., Shrivastava, A., Serafini, G., Innamorati, M., Milelli, M., Erbutto, D., Ricci, F., Lamis, D. A., Scocco, P., Amore, M., Lester, D., & Girardi, P. (2013). Bereavement after the suicide of a significant other. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(3), 256-264.

Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2006). A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V. *Omega: Journal of Death and Dying*, 52(1), 9-19.

Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R. T., Rosenheck, R., Pilkonis, P. A., Wortman, C. B., Williams, J. B., Widiger, T. A., Frank, E., Kupfer, D. J., & Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. *British journal of psychiatry*, 174, 67-73.

Pūras, D., Germanavičius, A., Povilaitis, R., Veniūtė, M., & Jasilionis, D. (2004). Lithuania mental health country profile. *International Review of Psychiatry*, 16(1-2), 117-125.

Ratnarajah, D., & Schofield, M. J. (2008). Survivors' narratives of the impact of parental suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5), 618-630.

Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2014). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(2), 231-239.

Ross, V., Kõlves, K., Kunde, K., & De Leo, D. (2018). Parents' Experiences of Suicide-Bereavement: A Qualitative Study at 6 and 12 Months after Loss. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 1-10.

Rozalski, V., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2017). Circumstances of Death and Complicated Grief: Indirect Associations Through Meaning Made of Loss. *Journal of loss and trauma*, 22(1), 11-23.

Sareen, J., Isaak, C., Katz, L. Y., Bolton, J., Enns, M. W., & Stein, M. B. (2014). Promising Strategies for Advancement in Knowledge of Suicide Risk Factors and Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), 257-263.

Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social Support and Health: A Theoretical and Empirical Overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8 (1), 99-127.

Segrin, C. & Passalacqua, S. A. (2010). Functions of Loneliness, Social Support, Health Behaviors, and Stress in Association With Poor Health. *Health Communication*, 20 (4), 312-322.

Shear, M. K. (2015). Complicated Grief. *The new England journal of medicine*, 372, 153-160.

Sheehan, L., Corrigan, P. W., Al-Khouja, M. A., Lewy, S. A., Major, D. R., Mead, J., Redmon, M., Rubey, C. T., & Weber, S. (2016). Behind Closed Doors: The Stigma of Suicide Loss Survivors. *OMEGA*, 1-20.

Shneidman, E. S. (2005). Anodyne Psychotherapy For Suicide: A Psychological View of Suicide. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 2(1), 7-12.

Skruibis, P., Dadašev, S., Geleželytė, O. (2015). Savižudiško elgesio stigma. Iš D. Gailienė (Sud.), *Gyvenimas po lūžio: kultūrinių traumų psichologiniai padariniai* (p. 217-234). Vilnius: Eugrimas.

Smith, R., Rossetto, K., & Peterson, B. L. (2007). A meta-analysis of disclosure of one's HIV-positive status, stigma and social support. *AIDS Care*, 20(10), 1266-1275.

Song, I. H., Kwon, S. W., & Kim, J. E. (2015). Association Between Suicidal Ideation and Exposure to Suicide in Social Relationships Among Family, Friend, and Acquaintance Survivors in South Korea. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(3), 376-390.

Spino, E., Kameg, K. M., Cline, T. W., Terhorst, L., & Mitchell, A. M. (2016). Impact of Social Support on Symptoms of Depression and Loneliness in Survivors Bereaved by Suicide. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 602-606.

Spiwak, R., Pagura, J., Bolton, J. M., Elias, B., Beesdo-Baum, K., Lieb, R., & Sareen, J. (2011). Childhood Exposure to Caregiver Suicidal Behavior and Risk for Adult Suicide Attempts: Findings from a National Survey. *Archives of Suicide Research*, 15(4), 131-326.

Stroebe W., Stroebe M., Abakoumkin G., & Schut H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1241-1249.

Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M., & Abakoumkin, G. (2005). Does Social Support Help in Bereavement? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(7), 1030-1050.

Sveen, C. A., & Walby, F. A. (2008). Suicide Survivors' Mental Health and Grief Reactions: A Systematic Review of controlled studies. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 38 (1), 13-29.

Tal, I., Mauro, C., Reynolds, C. F., Shear, K. M., Simon, N., Lebowitz, B., Skritskaya, N., Wang, Y., Qiu, X., Iglewicz, A., Glorioso, D., Avanzino, J., Wetherell, J. L., Karp, J. F., Robinaugh, D., & Zisook, S. (2017). Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. *Death studies*, 41(5), 267-275.

Tall, K., Kolves, K., Sisask, M., & Varnik, A. (2008). Do survivors respond differently when alcohol abuse complicates suicide? Findings from the psychological autopsy study in Estonia. *Drug Alcohol Depend*, 95(1-2), 129–133.

Thomyangkoon, P., & Leenaars, A. (2008). Impact of Death by Suicide of Patients on Thai Psychiatrists. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(6), 728-740.

Valente, S. M., & Saunders, J. M. (2002). Nurses' Grief Reactions to a Patient's Suicide. *Perspectives in Psychiatric Care*, 38(1), 5-14.

Van Baarsen, B. (2002). Theories on Coping With Loss: The Impact of Social Support and Self-Esteem on Adjustment to Emotional and Social Loneliness Following a Partner's Death in Later Life. *The Journals of Gerontology*, 57(1), 33-42.

Van der Houwen, K., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., van den Bout, J., & Wijngaards-de Meij, L. (2010). Risk factors for bereavement outcome: a multivariate approach. *Death Studies*, 34(3), 195-220.

VandenBos, G. R. (2007). *APA Dictionary of Psychology*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Walker, R. S. (2017). After suicide: Coming together in kindness and Support. *Death Studies*, 41(10), 635-638.

Wertheimer, A. (2013). *A Special Scar— The Experiences of People Bereaved by Suicide*. New York: Routledge.

Wojtkowiak, J., Wild, V., & Egger, J. (2012). Grief Experiences and Expectance of Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(1), 56-66.

World Health Organization (2017). *World Health Statistics 2017: Monitoring health for the SDGs*. World Health Organization, 1-116.

World Health Organization (2018). *World Health Statistics data visualizations dashboard*. Paimta iš: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-data?lang=en>

