

VILNIAUS UNIVERSITETAS

Jolanta
LATAKIENĖ

Trumpalaikės bandymo nusižudyti intervencijos programos (ASSIP) tinkamumas taikyti Lietuvoje: pacientų perspektyva

DAKTARO DISERTACIJA

Socialiniai mokslai,
Psichologija (S 006)

VILNIUS 2020

Disertacija rengta 2015 – 2019 metais Vilniaus universitete.
Mokslinius tyrimus rėmė Lietuvos mokslo taryba.

Mokslinis vadovas – doc. dr. Paulius Skruibis (Vilniaus universitetas,
socialiniai mokslai, psichologija – S 006).

VILNIUS UNIVERSITY

Jolanta
LATAKIENĖ

Feasibility of applying Attempted
Suicide Short Intervention Program
(ASSIP) in Lithuania:
Patients' perspective

DOCTORAL DISSERTATION

Social sciences,
Psychology (S 006)

VILNIUS 2020

This dissertation was written between 2015 and 2019 at Vilnius University.
The research was supported by the Research Council of Lithuania.

Academic supervisor – Assoc. prof. Dr. Paulius, Skruibis (Vilnius University, Social Sciences, Psychology – S 006).

TURINYS

PRATARMĖ	7
1. TYRIMŲ IR TEORIJŲ APŽVALGA	8
1.1. Bandymo nusižudyti teorinė samprata.....	8
1.1.1. Teorinių savižudiško elgesio modelių apžvalga	8
1.1.2. Įvairių savižudiško elgesio formų aiškinimas	18
1.1.3. Savižudiško elgesio tikslai.....	20
1.1.4. Suicidinio proceso samprata	21
1.1.5. Bandymo nusižudyti apibrėžimas	23
1.2. Pagalbos teikimo bandžiusiems nusižudyti ir ketinantiems nusižudyti problemos.....	24
1.2.1. Naudojimas sveikatos paslaugomis iki savižudybės	25
1.2.2. Trumpalaikių intervencijų po bandymo nusižudyti veiksmingumas.....	29
1.2.3. Trumpalaikės psichoterapijos naudingumas	35
1.2.4. Kokybinių tyrimų ir bendradarbiaujančio požiūrio svarba.....	37
1.2.5. Kultūriniai pagalbos kreipimosi ir teikimo aspektai	39
1.2.6. Pagalbos siekimo ir teikimo problemų apibendrinimas	42
1.3. Tyrimo problema, tikslas ir uždaviniai	43
2. TYRIMO METODIKA	46
2.1. Tyrimo dalyviai.....	46
2.2. Tyrimo duomenų rinkimo metodai.....	51
2.3. Tyrimo eiga ir duomenų analizė.....	54
2.4. Etiniai tyrimo aspektai.....	58
2.5. Tyrimo kokybė ir validumas	59
2.5.1. Tyrimo kokybės užtikrinimo kriterijai	60
2.5.2. Teminės analizės atlikimo kokybė	60
2.5.3. Darbo autorės patirties ir nuostatų refleksija	64
3. REZULTATAI	65
3.1. Psichologinės savijautos ir suicidiškumo vertinimų rezultatai.....	65
3.2. Gautos pagalbos ir jos kokybės vertinimai	66
3.3. Interviu rezultatai	68
3.3.1. Pagalbos teigiamas poveikis	68
3.3.2. Pagalbos siekimas ir sunkumai priimant pagalbą	71
3.3.3. Bendradarbiaujančio, lygiaverčio ir profesionalaus santykio su specialistais svarba	73
3.3.4. Ligoninės aplinkos ir sąlygų svarba	75

3.3.5. Nepagarbaus santykio ir pernelyg griežtų gydymo būdų kenksmingumas	76
3.3.6. Savižudybėms specifinės psichologinės pagalbos veiksmingumo elementai	78
3.3.7. Nevienareikšmiška medikamentinė pagalba	80
3.3.8. Skirtingi pagalbos po liginės poreikiai	81
3.3.9. Pagalbos veiksmingumą galintys padidinti aspektai	82
4. REZULTATŲ APTARIMAS	84
4.1. ASSIP programos vertinimas	84
4.2. Pagalbos kompleksškumo reikšmė	85
4.3. Liginės sąlygų, aplinkos ir bendruomeniškumo reikšmė	86
4.4. Santykio su sveikatos specialistais svarba	87
4.5. Trukdžiai įsitraukimui į pagalbą gavimą	88
4.6. Bendras pagalbos vertinimas ir pokyčiai gaunant pagalbą	89
4.7. Rezultatų apibendrinimas ir tyrimo naujumas	90
4.8. Tyrimo ribotumai ir gairės ateities tyrimams	92
4.9. Praktinės rekomendacijos	95
IŠVADOS	98
LITERATŪRA	99
PRIEDAI	111
1 priedas. Etikos leidimas	111
2 priedas. Informuoto sutikimo forma	112
3 priedas. Informacinis lapelis tyrimo dalyviui	113
4 priedas. Sutartiniai transkribavimo ženklai	114
5 priedas. Teminės analizės būdu išskirtų temų bei potemių sąrašas	115
MOKSLINIŲ PUBLIKACIJŲ IR PRANEŠIMŲ DISERTACIJOS TEMA SĄRAŠAS	131

PRATARMĖ

Savižudybių problema Lietuvoje vis dar itin aktuali – nors savižudybių rodikliai paskutiniaisiais metais šiek tiek mažėja, t. y. 28,7 savižudybės 100 tūkst. gyventojų 2016 metais, 26,4 savižudybės 100 tūkst. gyventojų 2017 m., 24,4 savižudybės 100 tūkst. gyventojų 2018 m. (Higienos institutas Sveikatos informacijos centras, 2018-2019), Lietuva išlieka tarp penkių pasaulio šalių su didžiausiais savižudybių rodikliais (2016 m. duomenimis, WHO, 2019) bei pirmąja šiuo rodikliu Europoje (2015 m. duomenimis, Eurostat, 2019).

Be to, daug daugiau žmonių bando nusižudyti ar žaloja save – nors tikslus mastus sudėtinga įvertinti dėl daugybės registravimo iššūkių, įvairių autorių skaičiavimais vienai savižudybei tenka maždaug 20 – 30 mėginimų nusižudyti (Goldsmith, Pellmar, Kleinman, & Bunney, 2002; Zalsman et al., 2016). Šių žmonių kančia neatsispindi savižudybių statistikoje, tačiau nėra mažiau reali. Šiame kontekste ypač svarbu, jog daugelio savižudybes tiriančių autorių nustatyta, kad ankstesnis mėginimas nusižudyti skatina tolesnį savižudišką elgesį (Beghi, Rosenbaum, Cerri, & Cornaggia, 2013; Rogers, 2001). Tirdami bandžiusius nusižudyti asmenis galime tiek geriau suprasti tolesnių bandymų nusižudyti paskatas, tiek ir ieškoti efektyvių intervencijos priemonių.

Svarbu pastebėti, kad intervencijos mėginusiems nusižudyti yra parankios – šie žmonės neretai patenka į sveikatos priežiūros sistemą dėl fizinių susižalojimų po bandymo nusižudyti, tad psichikos sveikatos specialistai čia pat gali užmegzti kontaktą ir siūlydami psichologinę pagalbą. Keletas anksčiau atliktų tyrimų atskleidė, kad suteikus tinkamą specializuotą pagalbą po mėginimo nusižudyti galima sumažinti pakartotinio bandymo nusižudyti tikimybę (Brown et al., 2005; Fleischmann et al., 2008; Gysin-Maillart, Schwab, Soravia, Megert, & Michel, 2016; Rudd et al., 2015). Visgi, kaip šios intervencijos veikia bei kokie veiksniai daro jas veiksmingomis vis dar reikalauja tolesnių tyrinėjimų (Rudd et al., 2015; Jobes, 2012; Calati & Courtet, 2016; Brown & Green, 2014).

Taip pat svarbu nepamiršti, jog neretai įvairios savižudybių prevencijos strategijos, iniciatyvos, o kartu ir konkrečios intervencijos po mėginimo nusižudyti, yra kuriamos bei tyrinėjamos šalyse, kurios turi sąlyginai žemą savižudybių rodiklį bei pakankamai gerai išvystytą sveikatos priežiūros sistemą, tad tiesioginis jų rezultatų pritaikymas kitoms šalims kelia iššūkių (Lopez-Castroman, Blasco-Fontecilla, Courtet, Baca-Garcia, & Oquendo, 2015). Šiame tyrime keliame prielaidą, jog Lietuvoje vis dar juntama su savižudybėmis susijusi stigma (Skruibis, Geleželytė, & Dadašev, 2015) bei vis dar itin medikalizuotas požiūris psichikos sveikatos sistemoje (Pūras et al.,

2013) sukuria specifinį kultūrinį kontekstą, kuris svarbus suprantant žmonių, gaunančių pagalbą po mėginimo nusižudyti, patyrimą. Tikime, kad kokybinės ir kiekybinės tyrimo strategijų derinimas yra itin parankus šiems ypatumams atskleisti.

1. TYRIMŲ IR TEORIJŲ APŽVALGA

1.1. Bandymo nusižudyti teorinė samprata

Viename savo straipsnių Van Heering, Hawton ir Williams (2000) išsakė mintį, kad savižudybė yra sudėtingas reiškinys, kylantis iš socialinių, psichologinių bei biologinių veiksnių sąveikos – tad svarbu siekti sukurti integruotą savižudiško elgesio modelį. Visgi ne viskas taip paprasta, kaip norėtusi – Knizek ir Hjelmeland (2007) primena, kad suicidologija, žvelgiant iš mokslo teorijos perspektyvos, yra itin problemiška sritis, neturinti kitoms mokslo šakoms įprastos savybės – visaapimančios ir jungiančios paradigmos. Dėl to autorės siūlo suicidologiją laikyti ne savarankiška mokslo šaka, o tarpdisciplinine sritimi, kurioje teorijos ir modeliai neišvengiamai turi kilti iš skirtingų mokslų, ir tenka tvarkytis su iš to kylančiomis terminologijos įvairovės problemomis (Knizek & Hjelmeland, 2007).

Gilintis į savižudiško elgesio teorijas, jų bandymus suprasti bei paaiškinti savižudybes, yra aktualu ir praktine – savižudybių prevencijos bei intervencijos – prasme. Platesnis savižudiškų minčių kilimo proceso, tuometinės žmogaus psichologinės būsenos savitumų bei mechanizmų supratimas leistų sukurti efektyvesnes psichoterapinės pagalbos metodikas ir sistemines savižudybių prevencijos strategijas. Šiame skyriuje aptariami keli savižudiško elgesio modeliai, siekiant atskleisti įvairius bandymo nusižudyti teorinės sampratos aspektus. Fokusuojamasi į įvairių savižudiško elgesio formų sampratos ir aiškinimo conceptualius panašumus bei skirtumus, tad mažiau orientuojamasi į modelių pagrįstumo empirinių tyrimų aptarimą.

1.1.1. Teorinių savižudiško elgesio modelių apžvalga

1.1.1.1. Pirmieji psichologiniai savižudiško elgesio modeliai

Suicidologijos pradininku laikomas Edwin S. Schneidman neneigė daugialypės savižudiško elgesio kilmės, tačiau esmingiausiais laikė psichologinius veiksnius – savižudybę jis įvardina kaip iš esmės sąmonėje vykstantį psichinį procesą (Schneidman, 2002). Dėl to jis linkęs mėginti

suprasti savižudybes tiriant pačių savižudiškai besielgiančių žmonių jausmus, atsiveikinimo laiškus ar dienoraščius. Autorius, panašiai kaip ir Baumeister (1990), apibrėžia savo modelio taikymo galimybes judėjiškos ir krikščioniškos kultūros šalių gyventojų savižudybėms, neapimdamas pasiaukojančių (altruistinių) savižudybių.

Šiame savižudiško elgesio modelyje centrinė sąvoka yra *psichologinis skausmas* (angl. psychache), kuris atsiranda dėl nepatenkintų *psichologinių poreikių*. Psichologinio skausmo esmė – perdėtai išgyvenama gėda, kaltė, baimė, nerimas, vienišumas, baimė pasenti ar mirti kančiose (Schneidman, 2002). Pasak Schneidman (2002), savižudybė įvyksta tada, kai psichologinis skausmas tampa nebepakeliamas ir siekiama mirties tam, kad būtų nutrauktas kankinantis sąmonės srautas. Šalia to Schneidman (2002) pabrėžia skirtumą tarp sielvarto bei mirties kaip išeities supratimo – pats sielvartas nėra mirtinas, tuo tarpu savižudybės kaip išeities supratimas gali tokiu tapti. Savižudybės kaip vienintelės išeities supratimas kyla iš *savistabos*, sąmoningai tiriant savo galimybes.

Nors teoriškai galima išskirti kelias dešimtis psichologinių poreikių, Schneidman (2002) teigia, jog praktikoje didelė dalis savižudiško elgesio gali būti siejama su penkiomis poreikių grupėmis, atspindinčiomis skirtingo pobūdžio *psichologinį skausmą*:

1. nepatenkinamais globos, priklausymo, ryšių palaikymo poreikiais – toks skausmas siejamas su *nelaiminga meile*;
2. negalėjimu *kontroliuoti*, būti autonomiškam, susitarti, tvarkyti ir suprasti;
3. pažeistu savojo „aš“ vaizdu, negalėjimu išvengti ar gintis nuo *gėdos*, pralaimėjimo;
4. nutrūkusiais svarbiausiais ryšiais, *sielvartu*, negalėjimu puoselėti, palaikyti ryšį;
5. negalėjimu patenkinti dominavimo, agresijos ir atoveikio poreikių, dėl ko kyla pyktis, *įtūžis*.

Autorius taip pat mėgina suprasti ir jautrumo psichologiniam skausmui priežastis. Anot Schneidman (2002) vaikystės santykiai su tėvu yra reikšmingesni nei su motina, numatant savižudybės grėsmę vėlesniame gyvenime. Visgi, pagrindinis didelio jautrumo psichologiniam skausmui ir nesugebėjimo tvarkytis su sunkumais pamatas yra vaikystėje nepatenkinti tuometiniai poreikiai, neišgyventi vaikystės džiaugsmi, būdingi tik tam gyvenimo laikotarpiui. Suaugusiųjų jautrumą psichologiniam skausmui gali padidinti ir priešiškas, nepalaikantis bei aktyviai kontroliuojantis sutuoktinis (Schneidman, 2002). Taigi galima sakyti, jog Schneidman atskleidžia

psichodinaminį suicidinės rizikos formavimosi aspektą, akcentuodamas ankstyvųjų santykių kokybės bei ankstyvųjų nusivylimų svarbą.

Viename pirmųjų **kognityvinių savižudiško elgesio modelių**, kurių suformulavo Baumeister (1990), siekta atsižvelgti į tuometinius socialinės ir asmenybės psichologijos darbus, suderinti kognityvinius bei motyvacinius veiksmus. Be to, autorius pabrėžia, jog siekė sukurti tokį modelį, kuris tiktų tiek depresija sergantiems, tiek ir nedepresiškiems asmenims, kadangi depresijos kaip savižudiško elgesio priežasties aiškinimas Baumeister (1990) atrodo nepakankamas. Autorius daugiausiai kalba apie bandžiusius nusizudyti, gilinasi į suicidinių minčių kilimo priežastis, ir nedaro didelio skirtumo tarp bandymo nusizudyti bei savižudybės, ką kai kurie kiti autoriai mėgina atskirti.

Šiame modelyje savižudybė suprantama kaip siekis ištrūkti iš pasibjaurėjimą keliančios savimonės (*angl.* aversive self-awareness). Svarbu pridurti, jog Baumeister (1990) nesiekia sukurti visaapimančios teorijos – pasak jo, siekis ištrūkti nebūtinai būdingas visoms savižudybėms, kaip kad pavyzdžiui altruistinėms, ritualinėms ar savižudybėms dėl garbės. Kaip teigia Baumeister (1990), savižudybė pasireiškia kaip noras ištrūkti iš prasmingo suvokimo bei išvadų apie save, kylančių iš tuometinių gyvenimo problemų. Tokia pasibjaurėjimą kelianti savimonė susiformuoja per šešias pakopas:

1. *Neatitikimas standartams.* Tuometinės aplinkybės ar įvykiai suvokiami kaip stipriai neatitinkantys asmens standartų. Autorius pabrėžia, jog lemiamas veiksnys yra suvokiamo neatitikimo svarba, dydis, situacijos nesuderinamumas su standartais, o ne pati situacija ar būseną.
2. *Priskyrimas sau.* Netenkinančios aplinkybės ar pasekmės priskiriamos sau, atsiranda savęs kaltinimas bei žema savivertė ir kartu neadekvačiai teigiamas kitų žmonių vertinimas.
3. *Pasibjaurėjimą kelianti intensyvi savimonė (angl. aversive high self-awareness)* būseną atsiranda iš savęs lyginimo su atitinkamais standartais, išgyvenamo savęs kaltinimo bei nesėkmingo nusivylimą keliančių įvykių.
4. *Neigiamas afektas* kyla dėl netenkinančių savęs palyginimo su standartais rezultatų. Dažnai jaučiamas nerimas, kaltė, beviltiškumas, depresiniai išgyvenimai.
5. *Kognityvinė dekonstrukcija.* Asmuo atliepia į tokią neigiamą būseną mėgindamas išvengti prasmingo mąstymo ir pasineria į kognityvinę dekonstrukciją, panašią į sustingimą, kurios esmė – aukštesniųjų prasmių pašalinimas iš sąmonės. Šiai būsenai būdingas laiko perspektyvos suvokimo susiaurėjimas, susitelkimas vien tik į savo pojūčius bei judesius,

smarkus konkretumas („tunelinis matymas“), ilgalaikių tikslų nykimas bei kognityvinis rigidiškumas.

6. *Kognityvinės dekonstrukcijos pasekmės* – tai vidinių suvaržymų išnykimas (*angl.* disinhibition), pasyvumas, emocijų trūkumas, iracionalus mąstymas bei fantazijos. Dėl šių išgyvenimų gali padidėti noras nusižudyti.

Šios pakopos aiškinamos kaip sprendimų medis ar grandinė, kurią galima nutraukti bet kurioje vietoje. Kaip teigia O'Connor (2003), savižudybė nėra izoliuotas ar pavienis reiškinys, ji yra paskutinė pakopa priežastiniais ryšiais susijusių įvykių sekoje. Baumeister (1990) savo straipsnyje pateikia nemažai tyrimų, kuriuose vienos ar kitos jo išskirtos pakopos įtaka suicidiniam elgesiui pasitvirtino, tačiau iš esmės autorius teigia, kad jo modeliui dar nėra pakankamo empirinio pagrindimo. Panašu, kad pastaruoju metu šis suicidinio elgesio modelis nebėra toks populiarus, kadangi naujesnių jo pagrįstumą nagrinėjančių tyrimų nepavyko rasti. Atrodo, kad Baumeister idėjas apie suicidinės būsenos kognityvinius aspektus į savo modelius sėkmingai įtraukė vėlesni autoriai, kurdami platesnius modelius – Williams, Joiner ir O'Connor.

Baumeister (1990) modelio papildymu ar tąsa neretai laikomas Mark Williams **skausmo šauksmo** (*angl. cry of pain*) modelis ta prasme, jog Williams skatino psichologus pažvelgti, kaip jų duomenys dera su kitų sričių – genetikos, biologijos bei sociologijos – duomenimis (O'Connor, 2003). Šiame modelyje savižudybė bei savęs žalojimas aiškinami tuo pačiu pagrindu – kaip mėginimas pabėgti iš *spąstų*, kuriuose asmuo jaučiasi *uždarytas, nugalėtas*. Williams ir Pollock (2000) teigia, jog spąstų pojūtį gali sukelti tiek išorinė situacija (pvz., prasti tarpasmeniniai santykiai, bedarbystė, stresas darbe), tiek ir nesuvaldoma vidinė sumaištis. Autoriai pabrėžia, jog vertingiau yra tirti asmens nuotaikų ar pažinimo procesų veiksnius, kurie pasireiškia *prieš* savižudišką elgesį ir galbūt jį sukelia, tad skausmo šauksmo modelis (*angl. cry of pain*) neturėtų būti painiojamas su pagalbos šauksmu (*angl. cry for help*), kaip neretai yra suprantamas savižudiškas elgesys – tai elgesys, atliekamas ne dėl jo pasekmių, tačiau kylantis iš noro ištrūkti iš suvokiamo įkalinimo (Williams & Pollock, 2000; O'Connor, 2003).

O'Connor (2003) teigia, kad tokie asmens savijautai susidaryti svarbūs trys situacijos komponentai: pralaimėjimas, pabėgimo bei iš(si)gelbėjimo nebuvimas (*angl. defeat, no escape, no rescue*). Į šiuos aspektus galima žvelgti kaip į pakopas. Williams ir Pollock (2000) detalizuoja, jog:

1. įvykiai, kurie signalizuoja apie *pralaimėjimą*, dažnai būna kupini streso, susiję su svarbiais asmens gyvenimo aspektais;

2. įspūdis, jog nėra pabėgimo susiformuoja dėl psichologinių procesų (tokių kaip problemų sprendimo ar autobiografinės atminties sunkumai), kurie padidina asmens pažeidžiamumą;
3. išgyvenant krizę suicidinių elgesį paskatina tie psichologiniai procesai, kurie nurodo į išsigelbėjimo nebuvimą, padidina beviltiškumo jausmą per, tarkime, šališkus sprendimus apie ateitį.

Williams ir Pollock (2000) taip pat išskiria šešis asmenybinius psichologinius veiksnius, kurie didina savižudiško elgesio riziką: 1) impulsyvumas, 2) dichotominis mąstymas, 3) kognityvinis rigidiškumas, 4) problemų sprendimo sunkumai, 5) autobiografinės atminties sunkumai dėl generalizavimo, 6) beviltiškumo jausmas.

Svarbu tai, jog buvo atlikti tyrimai, kuriuose mėginta empiriškai pagrįsti *skausmo šauksmo* modelį ir tai padaryti pavyko sėkmingai – bandę nusižudyti asmenys, lyginant su kontroline grupe, pasižymėjo stipresniu pralaimėjimo jausmu, žemesniu pabėgimo galimybės vertinimu bei mažesniu suvokiamo išsigelbėjimo lygiu (socialiniu palaikymu), susijusiais su nesenu, stresą keliančiu įvykiu (O'Connor, 2003). Be to, remiantis šio modelio komponentais galima išskirti pirmąkart ir daug kartų save žalojančius asmenis – daugiau nei vieną kartą bandę nusižudyti asmenys išgyveno stipresnius pralaimėjimo bei įkalinimo situacijoje jausmus ir jautėsi turį mažiau socialinio palaikymo (Rasmussen et al., 2010).

1.1.1.2. Naujesnieji psichologiniai savižudiško elgesio modeliai

Thomas E. Joiner (2005) teorija yra pavadinta **tarpasmenine-psichologine savižudiško elgesio teorija**, o jos esmę sudaro požiūris, kad nusižudo tie žmonės, kurie *gali* bei *nori* nusižudyti. Minėdamas savo teorijos ryšį su ankstesnėmis savižudiško elgesio teorijomis, Joiner (2005) pabrėžia, jog siekė praplėsti ir apjungti esamų teorijų stipriuosius elementus taip, kad naujoji teorija galėtų paaiškinti didesnę kiekį su savižudybėmis susijusių faktų. Iš Emile Durkheim jis perėmė susilpnėjusių socialinių ryšių svarbą, siekė detalizuoti Edwin Schneidman akcentuoto psichologinio skausmo tapimo mirtinu procesą bei įtraukti Aaron T. Beck atradimus apie beviltiškumo jausmo centrinę svarbą suicidiškumui (Joiner, 2005).

Anot Joiner (2005) *galėjimas nusižudyti* susiformuoja dėl *įpratimo* prie savęs žalojimo *baimės* bei *skausmo*, o toks įpratimas gali atsirasti dėl ankstesnės patirties – pavyzdžiui, fizinio ar seksualinio smurto (ne tik būnant auka, bet ir agresoriumi ar liudininku), savęs žalojimo ar ankstesnių bandymų nusižudyti, piktnaudžiavimo psichoaktyviomis medžiagomis, fizinių traumų

nelaimingų įvykių metu ir pan. Joiner (2005) pažymi, kad įpratimą suformuoti gali ir tokie veiksniai, kaip ginklo matymas, susidūrimas su informacija apie mirtinas vaistų dozes darbe, rizikingi laisvalaikio leidimo būdai, kaip kad šuoliai su parašiotu, arba ilgalaikis detalus savižudybės planavimas, įsivaizdavimas. Tikėtina, kad savižudiško elgesio atvejai šeimoje taip pat gali būti veiksniumi, kuris daro įtaką įpratimui prie skausmo ir bebaimiškumui. Tokiems žmonėms galiausiai savižudybė nebeatrodo šurpą keliantis veiksmas, netgi atvirksčiai – kai kuriems ji pradeda asocijuotis su ramybe, grįžimu namo ar grožiu (Joiner, 2005). Visi šie aptarti veiksniai sukuria *gebėjimą mirtinai susižaloti* (*angl. capacity to enact lethal self-injury*). Visgi šalia to Joiner (2005) pabrėžia, šiam gebėjimui susiformuoti reikalingas ilgesnis laikas, ir nebūtinai turintys šį gebėjimą, nusižudys – svarbus yra ir *noras mirti*.

Noro nusižudyti susiformavimą Joiner (2005) aiškina kaip atsirandantį dėl dviejų veiksnių – savęs kaip naštos, sunkumo kitiems suvokimo (*angl. perceived burdensomeness*) bei žlugusio priklausymo jausmo (*angl. thwarted belongingness*). Joiner (2005) šiuos du veiksnius formuluoja apjungdamas Schneidman išskirtas penkias svarbiausių psichologinių poreikių grupes – žlugęs priklausymas apima nelaimingą meilę ir nutrukusius svarbius ryšius, o savęs kaip naštos suvokimas apima negalėjimą kontroliuoti, pažeistą „aš“ vaizdą bei pyktį dėl negalėjimo dominuoti. Kaip teigia Joiner (2005), žmogui išgyvenant šiuos du jausmus vienu metu, susiformuoja požiūris, jog nebėra dėl ko gyventi, ir taip kyla noras nusižudyti.

Savęs kaip naštos suvokimas gali būti apibūdintas kaip mirtinai pavojingas klaidingas įsitikinimas, jog kitiems žmonėms (artimiesiems, draugams ir kitiems) bus geriau gyventi be savižudiškų minčių turinčio žmogaus (Joiner, 2005). Pasak Joiner (2005) jis gali kilti iš situacijų, kuriose žmogus jaučiasi nebeefektyvus grupės narys ar užtraukiantis gėdą grupei, nuviliantis savo artimuosius, pavyzdžiui, neatitinkantis jų lūkesčių. Van Orden et al. (2005) atsisveikinimo laišku tyrimuose aptiko, kad savęs kaip kliūties suvokimas leidžia prognozuoti, kiek mirtinas bus savižudiškas elgesys, kai beviltiškumas bei bendras emocinis skausmas buvo kontroliuojami. Taigi, šis veiksnys yra vienas iš gerai numatančių savižudišką elgesį.

Žlugusio priklausymo jausmas atsiranda tada, kai asmuo jaučiasi atskirtas nuo savo šeimos, draugų ar bendraminčių rato, arba yra jų atstumiamas. Joiner (2005) teigia, jog susietumo, priklausymo poreikis yra toks svarbus, kad jo patenkinimas gali atsverti netgi savęs kaip naštos suvokimą bei įgytą gebėjimą mirtinai susižaloti – jei asmuo turės jam svarbių ryšių su kitais žmonėmis, jis nenusižudys. Panašu, kad izoliacijos ar atsitraukimo nuo kitų žmonių

išgyvenimas prieš mirtį yra vienas labiausiai tyrimais pagrįstų faktų apie savižudybes (Joiner, 2005).

Aptardamas savo teorijos taikymą savižudybių prevencijoje Joiner (2005) pažymi, kad greičiausiai įgytą gebėjimą mirtinai susižaloti sunku būtų paveikti dėl jo ilgalaikės kumuliacinės kilmės, tačiau metodai, nukreipti į žlugusio priklausymo bei savęs kaip naštos suvokimo jausmų sumažinimą duoda teigiamų rezultatų – labiausiai dėl to, jog abu šie jausmai yra asmens *subjektyvios interpretacijos* apie savo efektyvumą ar ryšių su kitais žmonėmis kokybę. Joiner (2005) kalbėdamas apie savižudybių prevenciją daugiausia pasisako už kognityvinę elgesio terapiją ir yra sukūręs savo terapinį modelį, pavadintą ICARE.

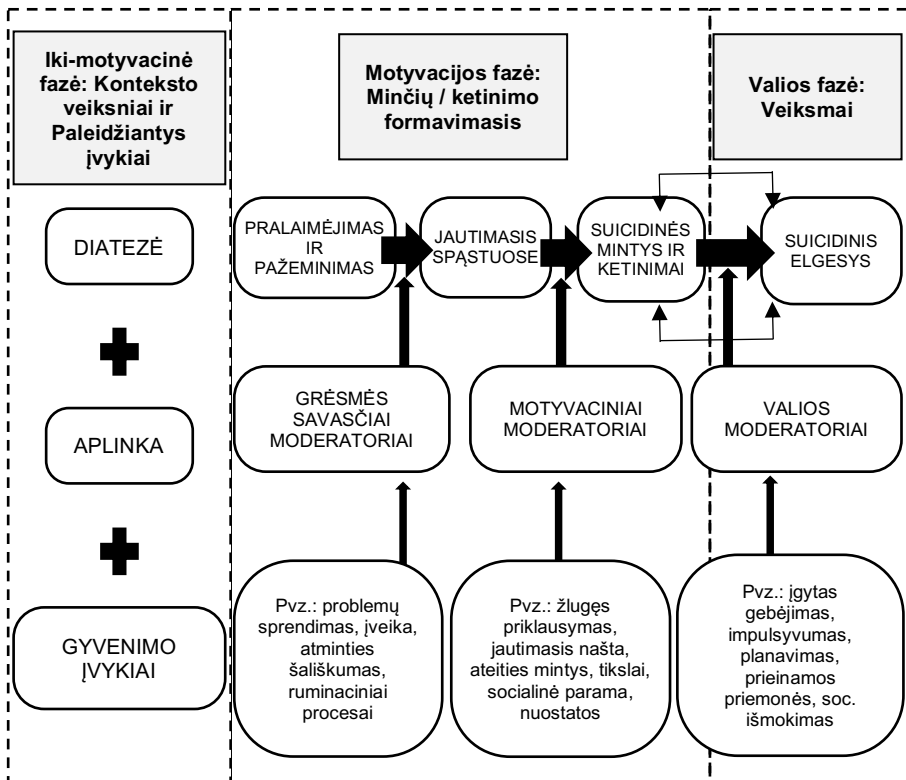
Nors šiuo metu Joiner tarpasmeninė-psichologinė savižudiško elgesio teorija yra viena populiariausių suicidologijoje, tačiau kartu ji kritikuojama dėl savižudybės reiškinio kompleksiško, multifaktoriško ir kontekstualumo redukavimo į vos tik tris intrapsichinius konstruktus (Hjelmeland & Knizek, 2019).

Integruotas motyvacinis-valios (IMV) savižudiško elgesio modelis yra škotų profesorius Rorry C. O'Connor bandymas žvelgti tarpdiscipliniškai, apjungti tai, kas yra bendro tarp ankstesnių savižudiško elgesio modelių ir aprašyti savižudiško elgesio fenomeną per planuojamo elgesio teorijos prizmę (*angl. theory of planned behaviour*) (O'Connor, 2011b). Modeliui taip pat nemažai įtakos turėjo diatezės-streso hipotezė, pabrėžianti kognityvinių ir biologinių pažeidžiamumo veiksnių svarbą, kurie aktyvuojami streso metu (O'Connor, 2011b), bei Williams savižudiško elgesio modelis (O'Connor, 2011a). Modelyje taip pat įtrauktos Baumeister ir Joiner pagrindinės idėjos. Šio modelio schema pateikiama 1 paveiksle.

Šis iš trijų fazių sudarytas modelis apjungia konteksto veiksnius ir paleidžiančius įvykius bei atskleidžia suicidiškumo raidą nuo suicidinių minčių ir ketinimų iki suicidinių veiksnių (O'Connor, 2011b):

- Iki-motyvacinė fazė apima biosocialinį savižudiško elgesio kontekstą – konteksto veiksnius, kaip kad trūkumus ar pažeidžiamumą, ir gyvenimo įvykius, pavyzdžiui, santykių krizes;
- Motyvacijos fazė apima su savižudiškų minčių ir ketinimų raida susijusius veiksnius;
- Valios fazė atskleidžia veiksnius, kurie nulemia suicidinių minčių ir ketinimų tapimą savižudiškais veiksmais.

Perėjimas iš vieno etapo į kitą priklauso nuo tam tikram etapui būdingų rizikos ir apsauginių moderatorių (O'Connor, 2011a). Pasak O'Connor (2011a), suicidinį elgesį geriausiai nuspėja ketinimas nusižudyti, kuris kyla iš jautimosi spąstuose, kai savižudybė asmeniui atrodo tinkamas gyvenimo sunkumų sprendimo būdas. Savo ruožtu jautimasis spąstuose dažnai kyla iš pralaimėjimo bei pažeminimo jausmo, kurie neretai susiję su užsitęsusia arba staigiais stresoriais. Jautimosi spąstuose svarbą suicidiniame procese atskleidžia ir empiriniai tyrimai – šis veiksnys leido nuspėti bandžusių nusižudyti asmenų vėlesnius mėginimus nusižudyti per ketverius metus labiau negu depresiskumas, beviltiskumas ar mintys apie savižudybę (O'Connor, Smyth, Ferguson, Ryan, & Williams, 2013). Modelis pastaraisiais metais buvo papildytas, vienas iš svarbių akcentų buvo savižudiškų minčių, ketinimų bei elgesio pasikartojamumo įtraukimas į modelio atvaizdavimą (O'Connor & Kirtley, 2018).



1 pav. Integruotas motyvacinis-valios savižudiško elgesio modelis (O'Connor & Kirtley, 2018)

O'Connor (2011b) pabrėžia, kad jo modelio stiprybės yra tiek tai, kad čia savęs žalojimas ir savižudybė yra laikomi savarankiškais fenomenais, o ne psichikos sutrikimo simptomais ar pasekmėmis, tiek ir tai, kad jis yra tinkamas tyrimo hipotezėms kelti bei atskleidžia aiškias intervencijos bei prevencijos galimybes. Pastarąją galimybę užtikrina tai, jog šiame modelyje akcentuojami ne tik rizikos veiksniai, kaip daugumoje kitų autorių modelių ar tyrimų, bet ir apsauginiai veiksniai (O'Connor, 2011a).

Siekdamos užpildyti teorinio savižudiško elgesio aiškinimo spragą suicidologijoje, 2007 m. Birthe Loa Knizek ir Heidi Hjelmeland pristatė savo **savižudiško elgesio kaip komunikacijos modelį** (*angl.* model of suicidal behavior as communication). Šį modelį galima laikyti bandymu žvelgti alternatyviai – labiau fenomenologiškai – negu dauguma prieš tai aprašytų iš esmės kognityvinių ir pozityvistinių savižudiško elgesio sampratų. Šio modelio esmė – savižudiškas elgesys suprantamas kaip komunikacija, pavieniai savižudiški veiksmai yra laikomi teiginiais dialoge su reikšmingais kitais žmonėmis, o pats dialogas gali būti tiek išorinis, tiek ir intrapsichinis (Knizek & Hjelmeland, 2007). Tai tarpdisciplininis modelis, kuriame sujungtos suicidologijos žinios su skandinavų semiotikos bei pragmatinės lingvistikos teorijomis. Anot pačių autorių, tokio modelio privalumas tas, jog jis leidžia sukurti savižudiško elgesio komunikacinių aspektų tipologiją, o pastaroji gali būti naudinga sukonkretinant terapijos tikslus – mažinti pakartotinio savižudiško elgesio riziką stiprinant asmens komunikacinius gebėjimus.

Pasak Knizek ir Hjelmeland (2007), savižudiško elgesio kaip komunikacijos samprata reiškia, jog tokio elgesio tikslas yra ne tik sužeisti save ar mirti, kaip įprasta manyti kitose savižudiško elgesio teorijose, tačiau kartu siekiama ir perteikti tam tikrą žinutę kitiems asmenims. Čia svarbus ir Fleischer (2000, pagal Knizek & Hjelmeland, 2007) akcentas, jog tokia požiūryje savižudiškas elgesys laikomas normaliu komunikacijos būdu ekstremaliomis sąlygomis, t. y., tada, kai asmeniui įprasti komunikavimo būdai atrodo nepakankami ar nebeveiksmingi. Būtent dėl to svarbu ne tik pašalinti savižudiško elgesio paskatas, rizikos veiksnius, tačiau ir užmegzti dialogą su tokiu asmeniu (Knizek, Hjelmeland, 2007).

Svarbu pridurti, jog Knizek ir Hjelmeland (2007) siūlomame modelyje analizuojami tiek verbaliniai, tiek ir neverbaliniai komunikavimo būdai, t. y., pats dialogas su reikšmingu kitu matomas kaip kompleksiškas, įvairialypis bei vykstantis skirtinguose lygmenyse. Čia viskas turi savitą reikšmę – pats savižudiškas veiksmas, jo aplinkybės, paties asmens išreikštas elgesio tikslas,

nes visi jie yra dialogo elementai (Knizek & Hjelmeland, 2007). Svarbu ir tai, jog paprastai savižudiškai besielgiantys asmenys ne visada gali sąmoningai suprasti savo tikslus. Juo labiau, neretai esti keli ketinimai vienu metu (Hjelmeland, Knizek, & Nordvik, 2002). Be noro numirti tokių tikslų pavyzdžiais gali būti trumpam pabėgti nuo nebepakeliamų aplinkybių, bandymas paveikti reikšmingą kitą žmogų ar ženklas, jog asmeniui reikalinga pagalba (Hjelmeland et al., 2002). Asmens išsakomi bandymo nusižudyti ketinimai turi ir prognostinės reikšmės – tie asmenys, kurie savo bandymo nusižudyti tikslu įvardino norą mirti dažniau nusižudydavo per ateinančius metus (Hjelmeland, 1996).

Knizek ir Hjelmeland (2007) išskiria penkis savižudiško elgesio tipus pagal komunikacines ypatybes:

1. Emocinis, nukreiptas į kitus (ekspresyvus) – tikslas yra įtikinti kitą žmogų, jog emocinė, psichologinė būseną yra tikra, pvz., „aš Tave per daug myliu, kad galėčiau Tave prarasti“. Siunčiama žinutė apie emocinį santykį tarp savižudiškai besielgiančio asmens ir žmogaus, kuriam šis veiksmas skirtas.
2. Reguluojantis, nukreiptas į kitus (nurodantis, *angl.* directive) – siekiama priversti kitus ką nors padaryti, pvz., „nepalik manęs. Jeigu paliksi – aš nusižudysiu“. Tokios žinutės tikslas yra paveikti kitą žmogų.
3. Emocinis, nukreiptas į save (tvirtinantis, *angl.* assertive) – tikslas yra įtikinti, jog pasakymas yra tiesa, pvz., „ši situacija man yra nebepakeliamą“. Tokiose žinutėse svarbiausia yra asmens meilės sau trūkumas, pavyzdžiui, dėl žemos savivertės.
4. Reguluojantis, nukreiptas į save (įsipareigojantis, *angl.* commissive) – tikslas yra kito žmogaus sutikimas ką nors padaryti arba ką nors priimti, pvz., „kai būsiu miręs, nebetrukdysiu Tavęs“. Nuo direktyvių žinučių įsipareigojančios skiriasi tuo, kad pirmosios orientuotos tiesiogiai į žinutės gavėją, o pastarosios – daugiau į siuntėją. Taip pat tokios žinutės dažnai yra savęs baudymas, nes asmuo nesijaučia galintis atitikti savo paties ar aplinkos reikalavimų.
5. Deklaratyvus – užtikrina žinutės gavėją, jog jos turinys yra validus, nes ji jau pasakyta. Deklaratyvaus savižudiško elgesio pavyzdys būtų žinutė „noriu mirti!“. Tokio pobūdžio žinučių turinys dar stokoja aiškumo – reikia detaliau išnagrinėti norą mirtį prieš svarstant apie tokio noro komunikacinius aspektus.

Autorės pabrėžia, kad šis modelis yra kultūriškai specifiškas – tyrimai rodo, kad jis aptartu pavidalu pritaikomas vakarietiškoje individualistinėje kultūroje, o labiau kolektyvistinėse kultūrose, kaip kad Uganda, išsiskiria du faktoriai vietoje penkių – *į kitus* bei *į save* nukreiptas komunikacijos tipas

(Hjelmeland et al., 2008). Iš šių tyrimų bei teorinių apmąstymų matyti, kad nors įprasta ieškoti įvykusios savižudybės rizikos ženklų asmens gyvenime, jo bandymų išreikšti savo ketinimus kitiems, tačiau verta pažvelgti ir plačiau – vertinti savižudišką elgesį kaip tam tikrą būdą kalbėtis.

1.1.2. Įvairių savižudiško elgesio formų aiškinimas

Svarbu aptarti skirtingų modelių požiūrius į suicidinių minčių, bandymo nusižudyti ir savižudybės aiškinimą tais pačiais ar skirtingais veiksniais. Baumeister (1990) bei Williams ir Pollock (2000) perskyros nedaro, pasak jų, tiek savižudybę, tiek ir bandymus nusižudyti galima aiškinti tuo pačiu modeliu. Baumeister (1990) priduria, kad neretai savižudybės tikslą – ištrūkimą iš skausmingos savimonės – bent jau trumpam laikui, bandymas nusižudyti gali užtikrinti beveik taip pat gerai, kaip ir savižudybė. Williams ir Pollock (2000) teigia, jog apskritai perskyra tarp šių dviejų reiškinių buvo perdėta, išpūsta, o savo modelio tikslu įvardina pradinių sąlygų suicidiškumui kilti detalizavimą, neakcentuojant elgesio pasekmių. Šie autoriai subtilų skirtumą taip savižudiško elgesio bei savęs žalojimo įvardina tuo, jog žalodami save žmonės siekia atkurti pabėgimo, išsilaisvinimo iš situacijos kelius, kuriems buvo sukelta grėsmė (tai protesto fazė), tačiau tokie asmenys nesijaučia visiškai nugalėti, be jokios galimybės išsigelbėti (beviltiškumo fazė) kaip savo situaciją mano besižudantys asmenys (Williams & Pollock, 2000). Kartu Williams ir Pollock (2000) pabrėžia ir tai, jog linkę į perfekcionizmą asmenys gali iškart pulti į antrąją, beviltiškumo, stadiją ir pirmasis jų bandymas nusižudyti gali būti mirtinas. Visgi remiantis šio modelio komponentais galima išskirti pirmąkart ir daug kartų save žalojančius asmenis – daugiau nei vieną kartą bandę nusižudyti asmenys išgyveno stipresnius pralaimėjimo bei įkalinimo situacijoje jausmus ir jautėsi turį mažiau socialinio palaikymo (Rasmussen et al., 2010). Taigi, panašu, kad Williams atskleidžia kiekybinius skirtumus tarp bandymo nusižudyti, pakartotinių mėginimų ir savižudybės – kuo stipresnis pralaimėjimo, jautimosi spąstuose ir beviltiškumo išgyvenimas, tuo dažnesnis bei potencialiai mirtinesnis (*angl.* lethal) elgesys – tačiau aiškinimo koncepcija išlieka ta pati.

Schneidman savo modelyje tiesiogiai neaptaria šio klausimo, tačiau iš analizuojamų atvejų įvairovės – nusižudžiusiųjų autopsijų, bandžiusių nusižudyti viena ar kelis kartus, save žalojančių asmenų – galima daryti išvadą, kad autorius nemano esant esminių skirtumų tarp šių skirtingų savižudiško elgesio formų. Taip pat ir Knizek bei Hjelmeland nedetalizuoja

savo pozicijos apie bandymų nusižudyti ir savižudybių skirtumus, tad galima kelti prielaidą, jog autorės komunikacinę funkciją mato panašiai, nepriklausomai nuo paties elgesio baigties.

Joiner su kolegomis plėtodami modelį teigia, kad yra skirtumas tarp „periferijos“ – minčių apie savižudybę bei bandymų, ir „šerdies“ – savižudybės (Van Orden et al., 2005). Šie autoriai laikosi pozicijos, kad „periferijos“ tyrimai negali kompensuoti „šerdies“ tyrimų trūkumo – žinios apie savižudiškas mintis bei bandymus nusižudyti neleidžia numatyti, kurie žmonės nusižudys. Van Orden et al. (2005) savo poziciją grindžia demografinių duomenų skirtumais tarp bandžiusiųjų nusižudyti ir nusižudžiusiųjų – moterys dažniau bando nusižudyti negu vyrai, vyresni žmonės dažniau nusižudo, o jaunesni bando nusižudyti, išsiskyrę žmonės dažniau nusižudo negu susituokę. Joiner teorijos požiūriu nusižudyti gali tik tie asmenys, kurie *nori* bei *gali* nusižudyti – be įgyto gebėjimo mirtinai susižaloti asmuo veikiau galvos apie savižudybę, galbūt ir mėgins nusižudyti, tačiau ne itin mirtiniais būdais (Van Orden et al., 2005; Joiner, 2005). Joiner (2005) kelia prielaidą, jog skirtumus galima būtų aptikti ir psichologinių autopsijų metodu – tiems asmenims, kurie pasirinko itin mirtinus savęs žalojimo būdus, jo teorijoje aprašyti komponentai (įgytas gebėjimas mirtinai susižaloti, savęs kaip naštos suvokimas ir žlugęs priklausymas) turėtų būti būdingi nepriklausomai nuo to, ar jie mirė; o tiems, kurių susižalojimo metodo letalumas buvo žemas, šie komponentai būtų būdingi tik tada, jeigu jie mirė arba patyrė itin stiprų fizinį sužalojimą. Dar vienas skirtumas yra įgyto gebėjimo mirtinai susižaloti stiprumas – nusižudantys žmonės būna labiau įpratę prie skausmo, bebaimiški mirties atžvilgiu negu tie, kurių bandymas nusižudyti nesibaigia mirtimi – jiems fizinis skausmas ir pats mirties faktas atrodo gąsdinantis ir atstumiantis (Joiner, 2005). Visgi panašu, kad šie skirtumai neatskleidžia bandymo nusižudyti ir savižudybės kaip iš esmės skirtingų fenomenų – tam, kad žmogus apskritai susižalotų, reikalingas bent minimalus įgytas gebėjimas mirtinai susižaloti, o pasekmių letalumas veikiau priklauso nuo šio gebėjimo intensyvumo. Panašiai ir pats Joiner (2005) įvardina, kad tai yra ateities tyrimų uždavinys atskleisti, ar suicidiškumas yra kontinuumas nuo nepastovių minčių apie savižudybę palaiapsniui iki mirties dėl savižudybės, ar galima išskirti kategorijas, kurios turi aiškių skirtumų.

O'Connor (2011a) savo modelio tikslu aiškiai įvardina siekį atskirti galvojančius apie savižudybę ir bandančius nusižudyti. Autorius būtent už tokį neapibrėžtumą kritikuoja ankstesnius modelius, kaip teigiamą pavyzdį išskirdamas Joiner modelį, kuriame atskyrimas kiek aiškesnis – tam, kad žmogus bandytų nusižudyti, nepakanka tik noro mirti, būtinas ir įgytas

gebėjimas mirtinai susižaloti (O'Connor, 2011b). Šis gebėjimas mirtinai susižaloti su kitais autoriaus įvardinamais valios moderatoriais (kaip kad prieinamos priemonės, impulsyvumas, socialinis išmokimas, savižudybės planavimas ir kt.) ir yra esminis skirtumas tarp suicidalinių minčių ir savižudiško veiksmo (Branley-Bell, O'Connor, Green, Ferguson, O'Carroll & O'Connor, 2019). Visgi svarbu pastebėti, kad šie veiksniai nesudaro dviejų atskirų modelių, jie yra glaudžiai susiję su visais kitais IMV modelio elementais, netgi ir schemiškai jie pavaizduoti kaip paskutinis laiptelis iki savižudiško veiksmo – taigi ir čia skirtumas yra ne apie iš esmės kitokį elgesį, o apie jo intensyvumą. Be to, O'Connor nedetalizuoja skirtumų tarp bandančių nusižudyti ir nusižudančių asmenų.

Apibendrinus, panašu, kad ryškesnius kokybinius skirtumus tarp skirtingų savižudiško elgesio formų galima išvelgti tik Joiner ir O'Connor modelių minčių apie savižudybę ir bandymo nusižudyti ypatumų aiškinimuose – tarp jų yra IMV modelyje aprašomi moderatoriai, kurių vienas ir yra Joiner teorijos akcentuojamas įgytas gebėjimas mirtinai susižaloti. Aptartuose modeliuose skirtumai tarp bandymo nusižudyti ir savižudybių aiškinami veikiau kiekybiškai pagal teorijų akcentuojamų konstrukčių intensyvumą ar moderuojančius veiksnius, o ne kaip kokybiškai skirtingi fenomenai.

1.1.3. Savižudiško elgesio tikslai

Aptarus modelius paaiškėja, jog sutampa dalies autorių požiūris į pagrindinį savižudiško elgesio motyvą. Trijuose pirmuosiuose modeliuose teigiama, jog savižudiškas elgesys yra siekis *ištrūkti* iš esamos situacijos – asmuo joje jaučiasi įkalintas, kalbama apie bejėgiškumo jausmą kaip vieną svarbiausių – Baumeister aptaria ištrūkimą iš skausmingos savimonės, Schneidman akcentuoja siekį nebekęsti psichologinio skausmo, o Williams ir Pollock pabrėžia jautimosi spąstuose svarbą. Šį aspektą pagrindžia ir O'Connor (2003), mėginusio empiriškai pagrįsti Williams ir Pollock (2000) modelį, išsakoma nuomonė, kad apskritai daugelis autorių, nors ir besiremiančių skirtingomis teorinėmis pažiūromis, sutinka, kad savižudybė yra siekis ištrūkti iš nenugalimo skausmo. Taigi panašu, kad šie modeliai orientuojasi ir geriausiai gali paaiškinti tik tam tikro pobūdžio savižudišką elgesį – Durkheim (2005/1897) terminais kalbant, egoistines ar anomines savižudybes, ir mažiau tinka suprasti altruistines savižudybes.

Joiner ir O'Connor savo modeliuose neišskiria savižudiško elgesio tikslų ar motyvų, daugiau gilinasi į pačius veiksnius, didinančius savižudybės riziką, jų sąveikas bei veikimo mechanizmus. Visgi O'Connor IMV modelis stipriai

remiasi Williams bazinėmis idėjomis apie jautimąsi sąžauose, o Joiner savo teoriją grindžia Schneidman nepatenkintų psichologinių poreikių tapimo mirtiniais samprata bei Beck beviltiškumo tyrimais, iš ko galima kelti prielaidą, kad ir šie modeliai labiausiai tinka aiškinti tam suicidiniam elgesiui, kurio tikslas yra ištrūkti iš itin skausmingos psichologinės būsenos.

Manau galima sakyti, kad Knizek ir Hjelmeland modelis šiuo aspektu yra gerokai visybiškesnis – jo pagrindinė ašis yra savižudiško elgesio komunikacinė funkcija, čia jis suprantamas kaip būdas perduoti žinutę kitiems. Skirtingi žinutės pobūdžiai iš penkių autorių išskirtų kategorijų gali būti siejami su skirtingais savižudiško elgesio tikslais, pavyzdžiui, emocinės, nukreiptos į save žinutės gali būti būdingos savižudišku elgesiui siekiantiems ištrūkti, o reguliacinės, nukreiptos į save – altruistinėms savižudybėms. Be to, autorės pabrėžia, kad vienas savižudiškas veiksmas gali turėti kelis skirtingus tikslus ar prasmes, ne tik vieną ištrūkimo siekį, kurį akcentuoja kitų apžvelgtų modelių autoriai.

1.1.4. Suicidinio proceso samprata

Aprašydami žmogaus psichologinės būsenos kitimą nuo suicidinių minčių iki veiksmo daugumoje modelių autoriai savižudybę supranta pakopiškai, kaip tam tikrų ankstesnių įvykių, būsenų, susijusių priežastiniais ryšiais, paskutinę stadiją. Baumeister kalba apie šešias stadijas, per kurias formuojasi noras nusižudyti, o šį ciklą galima nutraukti bet kurioje vietoje. Williams ir Pollock aptariai pralaimėjimo išgyvenimas, pabėgimo ir išsigelbėjimo nebuvimo įsitikinimai taip pat yra glaudžiai susiję vienas su kitu, ir jei kurio vieno nebūtų, tada savižudybės rizika gerokai sumažėtų. Nors Schneidman savo modelyje neišskiria pakopų, tačiau iš jo teiginių, kad savižudybė įvyksta tada, kai psichologinis skausmas tampa nebepakeliamas, galima suprasti, kad autorius taip pat supranta savižudišką elgesį kaip procesą, o ne kaip sunkiai numatomą atsitiktinį veiksma.

Joiner ir O'Connor savo modeliuose procesiškumą detalizuoja, aprašydami ilgalaikius konteksto veiksnius, kurie formuoja pažeidžiamumą suicidiniam elgesiui, bei kartu pridėdami paleidžiamuosius mechanizmus, kurie sąlygoja suicidinės rizikos padidėjimą trumpalaikėje perspektyvoje. Joiner (2005) teorijoje konteksto veiksniumi laikomas įgytas gebėjimas mirtinai susižaloti, kuris pasak autoriaus formuojasi laike, jis negali tiesiog staiga sustiprėti ar susilpnėti, o neviltis, noras nusižudyti, kylantis iš žlugusio priklausymo jausmo bei jautimosi našta yra labilūs konstruktai, kurie gali gana greitai keistis. Panašiai ir O'Connor IMV modelyje aprašo iki-motyvacinės fazės,

konteksto veiksnius bei atskirai motyvacinėje fazėje detalizuoja pralaimėjimo išgyvenimus ir jautimąsi sąspūstuose, kurie yra gerokai labiau kintantys.

Svarbu pridurti, kad ir Schneidman požiūryje galima įžvelgti panašų požiūrį į ilgalaikių bei betarpiškų, situacinių rizikos veiksnių išskyrimą, tik jie veikia aprašomi ne biopsichosocialiniu požiūriu, kaip kad Joiner ar O'Connor modeliuose, bet aiškinami psichodinamiškai – Schneidman (2002) teigia, jog ankstyvuosiuose santykiuose nepatenkinti poreikiai formuoja jautrumą psichologiniam skausmui vėlesniame gyvenime. Autorius pabrėžia daugumos poreikių socialinę prigimtį, sakydamas, kad „tėvas, netgi kai jo nėra, lemia gyvenimo kelio, vedančio į savižudybę, pradžią; mokykla ir darbas (bei menkumo ir nuolatinės nevilties jausmai) blogina padėtį, gilina krizę, o sutuoktinis arba gali padėti išsigelbėti, arba pagreitina savižudybę“ (Schneidman, 2002, p. 79-80).

Panašu, kad Baumeister (1990) kiek kitaip supranta konteksto svarbą, kadangi teigia, jog neseni, stiprūs nusivylimai yra svarbesni negu anksčiau įvykę ar ilgalaikiai stresoriai, nes tikėtina, kad emocinė krizė laikui bėgant išblėsta, kai žmogus su ja tvarkosi. Visgi autoriaus požiūryje šiuo klausimu galima įžvelgti prieštaravimą, kadangi kitoje vietoje teigiama, kad suicidinės mintys kyla tada, kai sutampa sąlygos, kuriose nuolat keliami aukšti standartai ir lūkesčiai bei neseni stresoriai ar nusivylimai (Baumeister, 1990). Kelių veiksnių sutapimą laike mini ir Williams ir Pollock (2000), teigdami, kad savižudybei įvykti nepakanka tik pralaimėjimo išgyvenimo, pabėgimo ar išsigelbėjimo nebuvimo įsitikinimų – tuo pat metu turi būti ir prieinamos priemonės savižudybei bei socialinio palaikymo stoka.

Knizek ir Hjelmeland modelyje savižudiško elgesio procesas, formavimasis nėra detalizuojamas, veikiausiai dėl to, kad šio modelio tikslai neapima savižudybės mechanizmų aprašymo, o orientuojamasi į tokio elgesio funkciją, komunikacines prasmes. Tad čia procesualumą galima įžvelgti kiek kita prasme – komunikacijos būdų kaitoje. Tikėtina, kad prieš bandydamas susižaloti ar nusižudyti asmuo iki tol bandė kitais būdais išreikšti savo poreikius, perteikti žinutę aplinkiniams, tačiau ši komunikacija nepasiekė savo tikslo. Taigi, šiuo požiūriu savižudiškas elgesys yra kraštutinis būdas bendrauti su asmeniui svarbiais žmonėmis.

Taigi, iš viso to galima apibendrinti, jog, nors autoriai vienaip ar kitaip mini impulsyvumą kaip vieną iš psichologinių savižudiško elgesio rizikos veiksnių, tačiau jie vieningai sutaria, kad savižudiškas elgesys formuojasi laikui bėgant, dažniausiai tai nėra visiškai netikėtas poelgis, kuris prieštarautų asmens tuometiniam gyvenimui, psichologinei būsenai ar asmenybei. Taip pat panašu, kad autoriai supranta suicidinį elgesį ne tik pakopiškai ilgalaikėje

perspektyvoje, bet ir kaip kelių svarbių jų teorijų konstrukčių sutapimo laike išraišką.

1.1.5. Bandymo nusižudyti apibrėžimas

Mokslininkai suicidologai vis dar intensyviai diskutuoja, ar savižudybė bei bandymas nusižudyti yra tapatūs reiškiniai, ar egzistuoja svarūs skirtumai (Silverman et al., 2007; Van Orden et al., 2005). Šiuo metu tarp suicidologų nėra bendro susitarimo, ką reiškia savižudybė ar bandymas nusižudyti, egzistuoja daugybė skirtingai suprantamų terminų, iš ko kyla nesusikalbėjimas ir nesusipratimai (Silverman et al., 2007a). Nuomonės prieštaringos, o vykdomuose tyrimuose gilinamasi tiek į nusižudžiusiųjų atsiveikinimo rašelius, tiek ir domimasi bandžiusiais nusižudyti asmenimis. Gana įtempta diskusija ir nuomonių įvairovė randasi ir požiūriuose į bandymo nusižudyti, savęs žalojimo ir savižudybės aiškinimą tais pačiais ar skirtingais psichologiniais veiksniais.

Nors suicidologijoje ir pasigirsta diskusijų apie įvairių suicidinio elgesio formų – suicidinių minčių, bandymų nusižudyti ir savižudybių – galimus skirtingus konceptualius aiškinimus, iš teorinių savižudiško elgesio modelių apžvalgos panašu, jog daugelyje modelių autoriai šią perskyrą laiko perdėta ir esminių skirtumų psichologiniuose procesuose nemato. Joiner ir O'Connor, nors ir teigdami, kad tarp šių skirtingų elgesio formų yra esminių skirtumų, detalizuoja tik skirtumą tarp suicidinių minčių ir veiksmų, sakydami, kad susižalojimui nepakanka psichologinio skausmo ar noro mirti, tam būtini ir moderuojantys veiksniai, kaip kad įgytas gebėjimas mirtinai susižaloti ir kiti. Taigi tyrimų duomenys ir autorių nuomonės nėra vienareikšmiškos.

Būta nemažai bandymų klasifikuoti įvairias savižudiško elgesio apraiškas – vienas plačiau pripažintų buvo 1996 m. O'Carroll et al. paskelbta nomenklatūra, kurioje autoriai skirstė savižudišką elgesį pagal tris kriterijus – ketinimas mirti, savęs žalojimo požymiai ir padariniai (sužeidimas, be sužeidimo, mirtis) (Silverman et al., 2007a). Visgi, visų panašių klasifikacijų pagrindinis trūkumas yra tai, jog jos netapdavo bendrai pripažįstamomis, tad Silverman et al. (2007a) bandė sukurti naują, paprastesnę nomenklatūrą, kuri nebūtų susijusi su vienos ar kitos teorijos naudojamomis sąvokomis. Jų teigimu, nauja nomenklatūra ne tik padėtų tyrėjams lengviau atskirti savo tiriamųjų grupes, bet ir pagelbėtų genetikos tyrimams, leistų įvertinti savižudiško elgesio veiksmių numatymo galią, sukurti standartizuotus matavimo įrankius bei įneštų daugiau skaidrumo ir aiškumo į savižudybės problemos nagrinėjimą.

Ketinimas (angl. intent) tapo integraciniu, vienu svarbiausių šios naujos nomenklatūros dėmenų, o šios sąvokos prasmė nurodo elgesio tikslą, paskirtį (Silverman et al., 2007a). Šių autorių nuomone ketinimas turėtų būti suprantamas kaip sąmoningas noras ar troškimas palikti ar ištrūkti iš gyvenimo, nors tai nebūtinai reiškia, jog žmogus išanalizavo savo pasirinktų priemonių mirtinumą. Silverman et al. (2007a) teigia, kad nors neretai išties nelengva išmatuoti ir išsiaiškinti ketinimą mirti, be tokio žinojimo iš esmės neįmanoma atskirti įvairių savižudiško ar kito save žalojančio elgesio formų. Autoriai siūlo atskirti savęs žalojimą, kurio tikslas yra pakeisti savo aplinką ar savo būseną, nuo bandymo nusižudyti, kurio ketinimas – apskritai pašalinti save iš aplinkos (Silverman et al., 2007a).

Apibendrinus, Silverman et al. (2007b) sukurtoje nomenklatūroje visos savižudiško elgesio apraiškos skirstomos pagal du kriterijus – savižudiškas *ketinimas* (yra, neaiškus, nėra) ir *sužalojimai* (be sužalojimų, nemirtini sužalojimai, mirtis). Šie autoriai apibrėžia **bandymą nusižudyti** kaip į save nukreiptą potencialiai žalingą elgesį, su aiškiais arba numanomais ketinimo mirti požymiais, kurio pasekmės nėra mirtinos. Tokia bandymo nusižudyti samprata vadovaujama ir šiame darbe, o kalbant apie platų reiškinį spektrą, apimančią mintis apie savižudybę, savęs žalojimą, bandymą nusižudyti bei savižudybę bei kaip sinonimai vartojamos savižudiško / suicidinio elgesio sąvokos.

1.2. Pagalbos teikimo bandžiusiems nusižudyti ir ketinantiems nusižudyti problemos

Viena iš svarbių savižudybių prevencijos grandžių yra pagalbos teikimas didžiausios rizikos grupėms. Svarbu atsižvelgti į suicidinio elgesio specifiką bei taikyti empiriškai pagrįstus pagalbos būdus. Visgi praktiškai pritaikyti tyrimų rezultatus gali būti ne taip paprasta, kaip atrodo – pavyzdžiui, Lietuvoje atlikti tyrimai apie bandžiusių nusižudyti žmonių pagalbos vengimo priežastis (Dadašev, Skruibis, Gailienė, Latakienė ir Grižas, 2016) leidžia kelti klausimą, kaip suteikti pagalbą žmonėms, kurie kliaunasi tik savimi, nepasitiki kitais ir jaučiasi stigmatizuojami. Tad tik gerai suprasdami iš įvairių šaltinių – kultūrinio konteksto, pacientų asmeninių savybių ar nuostatų, tyrimų metodologijos – kylančias problemas bei kliūtis pagalbai galėsime pasirinkti veiksmingus pagalbos būdus ar sistemas.

Šiame skyriuje susitelkiama į pagalbos bandžiusiems nusižudyti ir ketinantiems nusižudyti būdus bei problemas, neapimant kitų didesnės savižudybės rizikos grupių, kaip kad nusižudžiusiųjų artimųjų, įvairiais

psichikos sutrikimais sergančių asmenų ir kitų. Skyriaus tikslas – apžvelgti empirinius pagalbos bandžiusiems nusižudyti ar ketinantiems nusižudyti asmenims tyrimus bei išgryninti pagalbos teikimo problemas.

1.2.1. Naudojimasis sveikatos paslaugomis iki savižudybės

Gilesnis supratimas, kaip ir kada asmenys prieš nusižudydami kreipiasi sveikatos paslaugų gali padėti suprasti, kurie specialistai gali tapti pirmine pagalbos grandimi ir pastebėti savižudybės riziką laiku. Apžvelgus šios srities mokslinius tyrimus ryškėja keletas tendencijų.

Didesnė proporcija asmenų kreipėsi į šeimos gydytojus – vidutiniškai 77% per metus (varijuoja nuo 57% iki 90% priklausomai nuo tyrimo) ir 45% per mėnesį (varijuoja 20-76% ribose) iki savižudybės nei į psichikos sveikatos specialistus – atitinkamai 19% (7-28%) ir 32% (16-46%) likus mėnesiui ir metams iki savižudybės (Luoma, Martin, & Pearson, 2002). Luoma et al. (2002) metaanalizės trūkumas – studijos atliktos iki 2000 metų, o per daugiau nei penkioliką metų galėjo stipriai pasikeisti tiek pagalbos prieinamumas, tiek ir asmenų nuostatos į pagalbos ieškojimą. Naujesni tyrimai, atlikti Kanadoje, rodo, kad į gydytojus kreipėsi net iki 90% nusižudžiusių 26-64 metų asmenų, per metus iki savižudybės, iš jų 86% į bendrosios praktikos gydytojus (Morrison & Laing, 2011). Panašius duomenis gauna ir JAV tyrėjai – 83% nusižudžiusių per metus iki mirties kreipėsi į sveikatos įstaigas (Ahmedani et al., 2014). Tad galima daryti išvadą, jog pastaraisiais metais kreipimasis sveikatos paslaugų tapo dažnesnis. Vis tik interpretuojant šiuos duomenis svarbu atsižvelgti į kreipimosi laiką – galime sudvejoti kreipimosi prieš metus iki savižudybės informatyvumu. Tai gana ilgas laikotarpis, per kurį dauguma asmenų kreipiasi į šeimos gydytojus dėl įvairių priežasčių, tad laikytume kreipimąsi per mėnesį iki savižudybės labiau informatyviu, kai jau gali labiau išryškėti savižudybės grėsmės ženklai. Šalia to, O'Neill, Corry, Murphy, Brady ir Bunting (2014) duomenys skatina suabejoti suaktyvėjusiu kreipimusi į gydytojus – per dvi savaites iki savižudybės sveikatos paslaugų kreipėsi vos 18% Šiaurės Airijos vyrų ir 24% moterų, kas panašiau į vengimo tendencijas. JAV tyrėjai Ahmedani et al. (2014) nurodo, jog per 4 savaites iki savižudybės sveikatos paslaugų kreipėsi 50% nusižudžiusių. Lietuvoje atliktas tyrimas parodė, kad lyginant su kitomis šalimis mažesnė dalis nusižudžiusių kreipėsi į šeimos gydytojus tiek per metus (65%), tiek per mėnesį (24%) iki savižudybės (Dirmotaitė, 2017). Kita vertus, Vilniuje atlikti nusižudžiusių artimųjų interviu atskleidė, kad prieš savižudybę apie 78% asmenų turėjo kontaktą bent su vienu sveikatos priežiūros specialistu (Dadašev et al., 2019).

Iš šių duomenų matyti, jog labai svyruoja proporcijos, kiek žmonių kreipėsi į įvairius sveikatos specialistus. Šių skirtumų tyrimų autoriai plačiau nekommentuoja, bet galima kelti hipotezes apie pagalbos prieinamumo, galbūt ir asmenų motyvacijos kreiptis pagalbos skirtumus tarp šalių, kurie gali būti tiek šalies istorinio paveldo (pvz., sociologas Tomlinson (2012) po 1998 m. itin padidėjusį jaunosios kartos savižudybių skaičių Šiaurės Airijoje sieja su iki tol beveik tris dešimtmečius vykusiu karu su Britanija) ar dabartinės situacijos, tiek ir medicinos sistemos ypatumų išraiška. Svarstome, jog Lietuvos duomenų skirtumas nuo kitų šalių gali atspindėti labiau įsitvirtinusią stigmą kalbėti apie psichologinius sunkumus ir mintis apie savižudybę negu kitose šalyse. Kita vertus, galbūt tai atspindi ir skirtingą savižudybės rizikos veiksnių struktūrą – tikėtina, kad aukšti savižudybių rodikliai Lietuvoje reiškia ir tai, jog sveikatos sunkumai turi ne tokį didelį svorį kaip mažesnių savižudybių rodiklių šalyse, o svarbesni tampa kiti, pavyzdžiui, socialiniai, psichologiniai ar kultūriniai veiksniai.

Nepaisant šių svyravimų, akivaizdu, jog dauguma nusižudžiusių asmenų apsilanko pas savo šeimos ar kitą gydytoją iki savižudybės. Dėl to svarbu šeimos gydytojus ir somatinės medicinos gydytojus specialistus mokyti suicidinės rizikos atpažinimo bei pirminių intervencijos metodų (O'Neill et al., 2014) bei taikyti pirminę atranką (*angl.* screening) dėl savižudybės grėsmės visose pagalbos grandyse (Renaud et al., 2009; Ahmedani et al., 2014). Šių priemonių būtinumą pabrėžia ir Pearson et al. (2009) Jungtinėje Karalystėje aptikę, jog tik 27% savižudybių atvejų šeimos gydytojai buvo susirūpinę savo psichikos sutrikimų turėjusių pacientų savižudybės rizika, ir vos 16% šeimos gydytojų, apklaustų po jų paciento savižudybės, tikėjo, kad savižudybės galima buvo išvengti. Šie duomenys atskleidžia, kad nors šeimos gydytojai atrodo vieni svarbiausių pirminės grandies specialistų, į kuriuos kreipiasi ženkliai dalis vėliau nusižudančių žmonių, tačiau jų žinios, įgūdžiai bei nuostatos į savižudybes nėra pakankamos ar tinkamos.

Tyrėjai aptinka pagalbos kreipimosi ypatumų skirtumų ir tarp demografinių grupių – moterys daugiau kartų bando nusižudyti ir dažniau kreipiasi pagalbos nei vyrai (O'Neill et al., 2014; Ahmedani et al., 2014; Dirmotaitė, 2017). Taip pat ir jaunesni nei 35 metų asmenys dažniau kreipiasi į psichikos sveikatos specialistus negu vyresni nei 55 metų žmonės – veikiausiai dėl to, jog jaunesni asmenys mažiau stigmatizuoja psichikos sveikatos sunkumus (Luoma et al., 2002). Šie autoriai teigia, kad vyresni asmenys ir moterys dažniau kreipiasi į bendrosios praktikos gydytojus, tad šie specialistai galėtų būti efektyviai pirmine pagalbos grandimi tokiems žmonėms (Luoma et al., 2002). Kita vertus, pastarųjų metų tyrimai rodo

priešingas tendencijas – JAV vyresni nei 65 m. amžiaus nusižudę asmenys dažniau kreipėsi sveikatos paslaugų per mėnesį iki savižudybės nei kitų amžiaus grupių (Ahmedani et al., 2014), Lietuvoje į gydytojus prieš mėnesį iki savižudybės dažniausiai kreipėsi vyresnės nei 44 m. amžiaus moterys (Dirmotaitė, 2017), o Renaud et al. (2009) atliktas tyrimas Kanadoje, Kvebeke, rodo, kad iš 55-ių 11-18 m. paauglių per metus iki savižudybės tik 36,4% lankėsi pas šeimos gydytoją dėl psichiatrinių priežasčių ir 23,6% pas psichiatrą. Tad ir dėl prevencijos strategijos girdisi priešinga nuomonė – nors dauguma prevencinių priemonių orientuojama į paauglius bei vyresnio amžiaus žmones, daugiausia nusižudo vidutinio, 20-64 m. amžiaus asmenys (Morrison & Laing, 2011; O’Neill, 2014), tad jų įtraukimas į sveikatos paslaugas turėtų būti vienas iš savižudybių prevencijos prioritetų. Autoriai pabrėžia, jog šie rezultatai kartu rodo poreikį ieškoti kitokių, veikiausiai proaktyvesnių, prevencijos priemonių toms grupėms, kurios rečiau kreipiasi į sveikatos specialistus patys – pavyzdžiui, jauniems vyrams, vidutinio amžiaus žmonėms (Luoma et al., 2002; Ahmedani et al., 2014). Šie duomenys leidžia suprasti, kad vienas savižudybių intervencijos ar prevencijos būdas, tinkantis visiems žmonėms, yra nerealistiškas užmojis, būtina atsižvelgti į skirtingų žmonių grupių skirtingus poreikius.

Tyrimuose pabrėžiama ir psichikos sutrikimų svarba. Dauguma nusižudžiusiųjų vizitų pas gydytojus buvo susiję su psichikos sutrikimais – 45-60% nusižudžiusiųjų per metus iki savižudybės buvo diagnozuotas psichikos sutrikimas (O’Neill et al., 2014; Ahmedani et al., 2014; Morrison & Laing, 2011), lyginant su 18% nenusižudžiusių asmenų grupėje (Morrison & Laing, 2011). Panašu, kad psichikos sutrikimų paplitimas tarp nusižudžiusiųjų gana stipriai priklauso ir nuo šalies – JAV virš 60% per metus ir 75% per mėnesį iki savižudybės į sveikatos įstaigas besikreipusių asmenų neturėjo diagnozuotų psichikos sutrikimų (Ahmedani et al., 2014), Lietuvoje dar mažesnė dalis nusižudžiusiųjų turėjo diagnozuotą psichikos sutrikimą – 25,8% remiantis visos Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų statistika (Dirmotaitė, 2017), 36,7% remiantis nusižudžiusiųjų artimųjų Vilniuje interviu (Dadašev et al., 2019). Svarbu ir tai, kad lyginant nusižudžiusius asmenis su gyvais asmenimis, kuriems diagnozuota depresija, skirtumai išlieka – tarp nusižudžiusių asmenų depresija dažniau diagnozuota vyrams, o tarp gyvų – moterims (Morrison & Laing, 2011). Pastebėtina, kad nors daugumai vyrų buvo diagnozuoti somatiniai sutrikimai, tai gali būti susiję ir su vyrų depresijos ypatumu išgyventi daugiau somatinių sunkumų negu emocinių – O’Neill et al. (2014) ragina detaliau tyrinėti šį fenomeną siekiant

giliau suprasti vyrų pagalbos siekimo barjerus. Autoriai (Ahmedani et al., 2014) pabrėžia svarbą gerinti visų psichikos sutrikimų, ir konkrečiai emocijų sutrikimų diagnozavimą, pavyzdžiui, Renaud et al. (2009) tyrime paaiškėjo, jog tinkamai diagnozuota buvo tik 43,6% atvejų, nors diagnozuotiną psichikos sutrikimą turėjo virš 90% nusižudžiusių paauglių. Visgi šie ir panašūs psichologinėmis autopsijomis besiremiantys tyrimai neatlaiko jų metodologijos kritikos – medicininio modelio taikymas suponuoja priežastinį ryšį tarp psichikos sutrikimo ir savižudybės; neretai diagnozavimui naudojami nestandartizuoti ar netinkami instrumentai; diagnostiniai instrumentai nėra sukurti taip, kad kitas žmogus galėtų įvertinti paciento būklę jam nedalyvaujant, kas ir vyksta tyrimuose po nusižudžiusio žmogaus mirties (Pouliot & De Leo, 2006).

Apibendrinant, psichikos sutrikimų paplitimo tarp nusižudžiusių žmonių tyrimai yra gana diskutuotina sritis – remiantis tyrimų rezultatais svarbu atsižvelgti, kiek patikima yra duomenų gavimo metodologija. Taip pat lieka neaišku, dėl ko skiriasi sutrikimų paplitimo mastai skirtingose šalyse. Galima kelti prielaidas apie diagnozavimo tvarkos ar sveikatos sistemų ypatumus, bet gali būti ir taip, kad psichikos sutrikimų kaip savižudybių rizikos veiksnio svoris skiriasi skirtingose tarp šalių, priklausomai nuo savižudybių paplitimo – galbūt šalyse su didesniais rodikliais socialiniai, psichologiniai ar kultūriniai veiksniai turi ženklėnę įtaką.

Vienas esminių kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigas iki savižudybės tyrimų ribotumų yra tai, kad galima abejoti mirties priežasčių ir naudojimosi sveikatos paslaugomis registrų duomenų išsamumu. Panašu, kad yra ir skirtumų, kas registruojama kaip savižudybė, skirtingose šalyse – nors daugumoje tyrimų tik mirtys dėl savižudybės įtrauktos į šiuos tyrimus, JAV tyrėjai taip pat įtraukia ir mirtis dėl neaiškių priežasčių, o Jungtinės Karalystės tyrėjai (pvz., O'Neill et al, 2014) ir tas mirtis, kurių priežastis nėra nustatyta (Luoma et al., 2002). JAV ir Jungtinės Karalystės tyrėjai abejoja mirties registrų patikimumu dėl pakankamai dažno šios „nenustatytos“ mirties priežasties nurodymo, nors paprastai numanoma, kad tai buvo savižudybė – autoriai pabrėžia, kad greičiausiai šis administracinis ypatumas gali reikšti, jog informacija apie savižudybių dažnumą bei aplinkybes nėra pilna, veikia, ji rečiau nurodoma, negu iš tiesų žmonės nusižudo (O'Neill et al., 2014; Ahmedani et al., 2014). Panašiai ir su pagalbos siekimu – daugelyje tyrimų prieinama informacija tik apie iš asmens valstybinio sveikatos draudimo lėšų padengiamas paslaugas, tačiau nepavyksta sužinoti, kiek dažnai žmonės kreipiasi pagalbos į privačiai dirbančius specialistus ar emocinės paramos

tarnybas (O'Neill et al., 2014). Be to, tyrimuose neretai vadovaujamosi skirtingais informacijos šaltiniais, pavyzdžiui, Luoma et al. (2002) metaanalizėje nagrinėti JAV, Jungtinėje Karalystėje, Kanadoje, Švedijoje ir Suomijoje atlikti tyrimai, kuriuose buvo naudojami trejopi duomenų rinkimo būdai – 1) mirties registrai, 2) psichologinė autopsija bei 3) mirties priežasčių registrai derinami su papildoma informacija (pvz., interviu su bendrosios praktikos gydytoju ar psichikos sveikatos profesionalu, gydytojų atvejų aprašymai, duomenų bazių informacija apie naudojamą sveikatos paslaugomis). Kadangi šių tyrimų metodologija tokia skirtinga, galima svarstyti, kiek jais surinkti duomenys gali būti kokybiškai ar patikimai tarpusavyje palyginami. Lieka neaišku, dėl ko atsiranda skirtumai tarp paslaugų vartojimo dažnumo – skirtingų suicidiškų asmenų lankymosi ypatumų tarp šalių ar regionų, skirtingo kodavimo ir registravimo, ar skirtingo informacijos išsamumo lygio. Svarbu neatmesti ir pastarųjų dešimtmečių sparčios sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo plėtros bei galbūt besikeičiančių žmonių nuostatų į gydytojus.

Apibendrinus kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigas iki savižudybės tyrimų apžvalgą lieka neaišku, apie kurią dalį savižudybių iš tiesų šį tą sužinome, o kas lieka neužčiuopta. Galima kelti hipotezę, jog remdamiesi turimais duomenimis nedaug žinome apie tuos žmones, kurie neturi sveikatos draudimo ar vengia kreiptis į sveikatos įstaigas, arba nusižudo sudėtingesnėmis aplinkybėmis, kai mirties priežastis nėra aiški.

1.2.2. Trumpalaikių intervencijų po bandymo nusižudyti veiksmingumas

Bandžusių nusižudyti žmonių vėlesnio suicidinio elgesio rizika yra didesnė (Hawton, Zall & Weatherall, 2003), ypač pirmaisiais mėnesiais po pirmojo mėginimo nusižudyti (Cedereke & Öjehagen, 2004). Jungtinėse valstijose ir Jungtinėje Karalystėje atlikti tyrimai atskleidė, jog tie pacientai, kurie patenka į greitosios pagalbos ligoninę dėl suicidinių minčių, vaistų perdozavimo ar savęs žalojimo vėliau miršta dėl savižudybės dažniau negu patekę į ligoninę dėl kitų priežasčių (Crandall, Fullerton-Gleason, Aguero, & LaValley, 2006; Karasouli, Owens, Latchford, & Kelley, 2015). Su itin aukšta savižudybės rizika po savęs žalojimo sietina vyriška lytis, susipjaustymas lyginant su apsinuodijimu vaistais ar kitomis medžiagomis, skubesnės medicininės pagalbos poreikis ir gulėjimas ligoninėje po pirmojo savęs žalojimo (Karasouli et al., 2015). Jungtinės Karalystės tyrėjų rezultatai rodo, jog šie pacientai dažniau miršta ir dėl kitų priežasčių, ypač jeigu jie būna gydomi

psichiatrijos ligoninėje (Kapur et al., 2015). Ankstesnis gulėjimas psichiatrijos ligoninėje ar bandymas nusižudyti taip pat didina ir paauglių vėlesnio suicidinio elgesio riziką (Sobolewski, Richey, Kowatch, & Grupp-Phelan, 2013). Svarbu pastebėti, jog psichiatrinė pagalba tam tikroms pacientų grupėms (vyrams, 65 metų ir vyresniems pacientams bei anksčiau save žalojusiems žmonėms) buvo naudinga ir mažino mirties riziką (Kapur et al., 2015). Visgi pačių išrašytųjų iš psichiatrijos ligoninės išgyvenimai byloja, kad siekiant sumažinti vėlesnę savęs žalojimo ir savižudybių riziką itin svarbu bendradarbiauti su pacientu sprendžiant dėl jo išrašymo bei suteikti adekvačią pagalbą sprendžiant tiek iki hospitalizacijos buvusių, tiek grįžus iš ligoninės namo naujai iškilusius sunkumus (Owen-Smith et al., 2014).

Tyrėjai remdamiesi šiais rezultatais skatina greitosios pagalbos ligoninėse atlikti išsamų suicidinio elgesio istorijos vertinimą bei tokiems pacientams skirti specialias pagalbos intervencijas. Tačiau panašu, jog šiandienai vieningos nuomonės, kokiems klientams kokia pagalba yra efektyviausia, stokojama.

Viena iš priežasčių, dėl ko tokios nuoseklios nuomonės apie pagalbą bandžiusiems nusižudyti nepavyksta pasiekti gali būti intervencijų tyrimų problemos. Išskirtinos trys šių tyrimų problemų grupės:

- 1) **metodologinės problemos** – tyrimų strategijos itin heterogeniškos (žr. 1 lentelę), dėl to kyla validumo sunkumų. Intervencijų metodai bei tikslai apima ryšio palaikymą, savižudybės rizikos vertinimą ir motyvavimą tęsti gydymą, specialų susitikimą ir gydymo plano palaikymą, psichologinę pagalbą ar psichoterapiją. Respondentų imtys taip pat skiriasi – tai bandę nusižudyti, psichiatrijos ligoninės pacientai, arba bendroji populiacija su didesniu suicidiškumu ir depresyvumu. Intervencijų trukmė svyruoja nuo 4 savaičių iki 24 mėnesių po bandymo nusižudyti. Be to, itin retai teiraujamasi pačių tyrimo dalyvių grįžtamojo ryšio apie jų pasitenkinimą gauta pagalba ar jos nauda, daugumoje tyrimų rezultatu laikomi tik vėliau įvykusių savižudybių ar bandymų nusižudyti skaičiai;
- 2) **nagrinėjamos ne pačios tinkamiausios populiacijos savižudybių reiškiniui suprasti** – tyrimai daugiausia atliekami šalyse su žemu savižudybių rodikliu, turinčiose gana gerai išvystytą pagalbos sistemą (Lopez-Castroman et al., 2015), pavyzdžiui, JAV, Kanadoje, Jungtinėje Karalystėje, Švedijoje, Norvegijoje, Nyderlanduose. Daugiausia tyrimai atlikti ten, kur sveikatos priežiūros sistemoje yra įprasta tolesnė priežiūra po bandymo nusižudyti, psichiatro ar psichologo pagalba, ar nukreipimas į šeimos gydytoją (Cedereke, Monti, & Öjehagen, 2002; Vaiva et al., 2006; Cebria et al., 2013; Bennewith et al., 2014 ir kt.). Pavyko rasti tik vieną

Motto ir Bostrom (2001) tyrimą, orientuotą būtent į nesutikusius tęsti gydymo asmenis. Taip pat pavyko aptikti tik vieną Fleischmann et al. (2008) tyrimą ribotų resursų šalyse, apėmusį Kiniją, Indiją, Iraną, Braziliją ir Šri Lanką. Tačiau ir jis atliktas PSO organizuoto tyrimo SUPRE-MISS kontekste. Tad lieka neaišku, kiek šios intervencijos būna tik tyrimo dalis, o kiek jos vėliau tęsiamos ir jų rezultatai pritaikomi praktikoje;

- 3) **tyrimų rezultatai itin prieštaringi** – panašiomis sąlygomis ir metodais taikytos intervencijos dalyje tyrimų pasirodo pakankamai veiksmingos, o kituose mažai efektyvios. Tyrėjai nurodo skirtingas tokių rezultatų priežastis, neretai jos lieka ir visai neaiškios. Tyrimų apžvalgoje teigiama, jog palaikantys laišakai, kortelė su skubios pagalbos kontaktais ar savižudybių intervencijos konsultanto atvejo vadyba ilgalaikėje pagalba padeda sumažinti tolesnių savižudybių skaičių (Mann et al., 2005). Prie mažiau rezultatyvių intervencijų priskiriami telefoniniai pokalbiai, intensyvi psichosocialinė pagalba bei psichoedukacijos derinys su šeimos terapija (Mann et al., 2005). Tačiau vėlesnis Vaiva et al. (2006) tyrimas atskleidė teigiamą pokalbio telefonu po 1 mėnesio po bandymo nusižudyti poveikį, o Fleischmann et al. (2008) tyrime paaiškėjo, kad informacinės sesijos ir telefoninių kontaktų derinys taip pat mažina vėlesnės savižudybės tikimybę. Tačiau panašios intervencijos Taivane nepadėjo sumažinti vėlesnių bandymų nusižudyti ir savižudybių skaičių (Wang, Wu, & Chen, 2015). Tyrėjai tokį rezultatą sieja su nedideliu nusižudžiusių skaičiumi (2,1% visos tyrimo imties) bei tuo, jog sutikę intervencijai bandė nusižudyti labiau mirtinu būdu, turėjo sudėtingesnių psichikos sutrikimų negu atsisakę paslaugos, kas galėjo suniveliuoti teigiamą intervencijos poveikį. Taip pat iš psichiatrijos ligoninės išrašytiems pacientams palaikantys laišakai gali būti pravartūs tada, jeigu jie patenka į ligoninę pirmąkart arba mažai naudojami tęstine pagalba po išrašymo iš ligoninės (Bennewith et al., 2014). Netiesioginiai pacientų atsiliepimai apie gautą pagalbą taip pat labai prieštaringi – kai kurie norėtų rečiau gauti palaikančias atvirutes, nes po išrašymo iš psichiatrijos ligoninės pakanka kitų žmonių paramos (Bennewith et al., 2014), kiti labai džiaugėsi, kad jų nepamiršta (Motto & Bostrom, 2001), tretiems patiko trumpalaikė psichoterapija (Guthrie et al., 2001).

Taigi, nors kai kurie trumpalaikių psichologinių intervencijų po bandymo nusižudyti tyrimai yra sėkmingi, jų rezultatus interpretuoti verta atsargiai dėl tyrimų metodologinių sunkumų (Brown & Green, 2014; O'Neil et al., 2012). Svarbu stiprinti metodologinį tyrimų aspektą, pradedant nuo validžių ir patikimų įvertinimo metodų naudojimo, naujų tiksliau suicidinio elgesio

kitimą laike pamatuojančių metodų kūrimo, tyrėjų šališkumo kontroliavimo, galiausiai atrandant būdus išlaikyti tyrimo dalyvius bei stebėti ilgalaikius poveikius ir rezultatus (Brown & Green, 2014). Brown ir Green (2014) kaip atskirą tyrinėjimo vertą sritį išskiria informacinėmis technologijomis (pvz., pokalbių svetainės, susirašinėjimas žinutėmis, mobilios aplikacijos ir panašiai) grįstų intervencijų tyrimus, kadangi jos gali padėti mažesniais kaštais pasiekti didesnę skaičių žmonių, ką pagrindžia ir empiriniai tyrimai (van Spijker, Majo, Smit, van Straten, & Kerkhof, 2012). Panašu, kad tai galėtų būti perspektyvi tyrimų ir praktikos sritis šalyse su aukštais savižudybių rodikliais ir ribotais sveikatos priežiūros sistemos prieinamumo resursais.

1 lentelė. *Trumpalaikių psichologinių intervencijų po bandymo nusižudyti tyrimų apžvalga.*

Autoriai	Imtis	Intervencijos metodas ir dažnumas	Rezultatas
Motto & Bostrom, 2001	N=389 intervencijos grupė N=454 kontrolinė grupė Psichiatrijos ligoninėje atsidūrę dėl depresyvumo ar suicidiškos būsenos, atsiskakę įprasto gydymo.	Palaikančios atvirutės (įprastu paštu) Pirmus 4 mėn. kas mėnesį, tada 8 mėn. kas du mėnesius, galiausiai 4 metus kas tris mėn. – viso 24 laišakai, duomenys renkami 5 metus po tyrimo pabaigos	Intervencijos grupėje savižudybių įvyko mažiau negu kontrolinėje, pirmus dvejus metus skirtumas statistiškai reikšmingas.
Bennewith et al., 2014	N=102 Išrašyti iš psichiatrijos ligoninės (įvairūs sutrikimai, daugiausiai nuotaikų ir psichoziniai).	Palaikančios atvirutės (įprastu paštu) Po 1, 2, 4 savaitių, 2, 4, 6, 9 ir 12 mėnesių po išrašymo	44,1% tiriamųjų gavo visus laiškus, dauguma atkrito dėl pakartotinės hospitalizacijos ar atsisakė tęsti dalyvavimą tyrime. Tikėtina, kad ši intervencija gali būti naudinga pirmąkart patenkantiems į ligoninę.
Carter et al., 2007	N=378 intervencijos grupė N=394 kontrolinė grupė Bandę nusinuodyti, patekę į greitosios pagalbos ligoninę	Palaikančios atvirutės (įprastu paštu) Po 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10 ir 12 mėnesių po išrašymo, duomenys renkami 24 mėnesius	Intervencijos grupėje vieno žmogaus pakartotinių bandymų nusižudyti skaičius sumažėjo daugiau nei 50%, tačiau bendra pakartotinai bandančių nusižudyti asmenų proporcija grupėse nesiskyrė.

1 lentelė. (tęsinys)

Autoriai	Imtis	Intervencijos metodas ir dažnumas	Rezultatas
Luxton, 2012	N=110 Kariai, veteranai ir jų artimieji išrašyti iš psichiatrijos ligoninės	Palaikančios atvirutės (įprastu ir elektroniniu paštu) Po 1 savaitės, 1, 2, 3, 4 mėnesių, 6, 8, 10, 12 mėnesių, 15, 18, 21, 24 mėnesių – viso 13 laiškų per 2 metus	Respondentai teigiamai atsiliepia apie intervenciją, ji per daug neapkrauna darbuotojų.
Chen et al., 2010	N=12 Bandę nusižudyti, patekę į greitosios pagalbos ligoninę	Palaikančios trumposios SMS žinutės 4 standartinio teksto žinutės, po vieną kas savaitę po išrašymo iš ligoninės	Dauguma tyrimo dalyvių buvo patenkinti žinutėmis ir išreiškė norą gauti jas ilgesnį laiką.
Cedereke et al., 2002	N=107 intervencijos grupė N=109 kontrolinė grupė Bandę nusižudyti, patekę į greitosios pagalbos ligoninę	Telefonu (savižudybės rizikos vertinimas ir skatinimas laikytis gydymo plano) Sutikimas dalyvauti tyrime po 1 mėnesio, intervencija po 4 ir 8 mėnesių, duomenys renkami 12 mėnesių po bandymo nusižudyti	Gydymo plano laikymasis buvo aukštas abiejose grupėse, skirtumų nerasta. Bandymų nusižudyti ir savižudybių skaičius nesiskyrė.
Vaiva et al., 2006	N=293 intervencijos grupė N=312 kontrolinė grupė Bandę nusižudyti, patekę į greitosios pagalbos ligoninę	Telefonu (savižudybės rizikos vertinimas ir skatinimas laikytis gydymo plano) Po 1 arba 3 mėnesių po išrašymo iš ligoninės, duomenys renkami 12 mėnesių	Bandymų nusižudyti ir savižudybių skaičiumi grupėse nesiskyrė. Tikėtina, kad pokalbis telefonu po vieno mėnesio po bandymo nusižudyti gali sumažinti pakartotinių bandymų riziką.
Wang et al., 2015	N=1013 intervencijos grupė N=1483 kontrolinė grupė (atsisakę dalyvauti tyrime) Bandę nusižudyti	Telefonu ir gyvai (savižudybės rizikos vertinimas ir skatinimas laikytis gydymo plano + emocinė parama) Susisiekiama po 1 sav. po bandymo nusižudyti, 6 mėn. atvejo vadyba, duomenys renkami 6 metus	Bandymų nusižudyti ir savižudybių skaičiumi grupėse nesiskyrė. Tačiau sutikę intervencijai bandė nusižudyti labiau mirtinu būdu, turėjo sudėtingesnių psichikos sutrikimų negu atsisakę paslaugos.

1 lentelė. (tęsinys)

Autoriai	Imtis	Intervencijos metodas ir dažnumas	Rezultatas
Fleischmann et al., 2008	N=922 intervencijos grupė N=945 kontrolinė grupė Bandę nusižudyti, patekę į greitosios pagalbos ligoninę	Informacinė sesija apie savižudybes + palaikymas telefonu arba gyvai Informacinė sesija dar būnant ligoninėje, telefono skambučiai ar susitikimai po 1, 2, 4, 7 ir 11 sav. bei 4, 6, 12 ir 18 mėn.	Mažiau respondentų nusižudė ir mirė dėl kitų priežasčių intervencijos grupėje negu kontrolinėje per 18 mėnesių.
Cebria et al., 2013	N=604 intervencijos N=387 kontrolinė Bandę nusižudyti, patekę į greitosios pagalbos ligoninę	Susitikimas su psichiatru + palaikymas telefonu Susitikimas per 10 dienų nuo išrašymo, telefono skambučiai po 1 savaitės, 1, 3, 6, 9 ir 12 mėnesių	Mažiau respondentų bandė nusižudyti intervencijos grupėje negu kontrolinėje, taip pat intervencijos grupėje laiko tarpas iki paskesnio bandymo nusižudyti buvo ilgesnis.
Hughes & Asarnow, 2013	N=89 intervencijos grupė N=92 kontrolinė Paaugliai (10-18 m.) bandę nusižudyti arba galvojantys apie savižudybę, patekę į greitosios pagalbos ligoninę	Paauglio ir šeimos terapijos sesija + palaikymas telefonu Sesija būnant ligoninėje + skambučiai po 48 valandų, 1, 2, ir 4 savaitių po išrašymo	Didesnė dalis intervencijos grupės respondentų laikėsi tolesnio gydymo plano negu kontrolinėje grupėje.
van Spijker et al., 2012	N=116 intervencijos grupė N=120 kontrolinė Bendroji populiacija, atrinkta pagal pagal Beck Scale for Suicide Ideation ir depresijos skalę, neįtraukiant sunkia depresija sergančiųjų.	Internetinės savipagalbos sistema + priminimai el. paštu 6 sistemos moduliai po 1 kas savaitę, priminimai el. paštu 1 kartą per savaitę	Suicidinių minčių statistiškai reikšmingai sumažėjo didesnei daliai intervencijos grupės nei kontrolinės – atitinkamai 35.3% ir 20.8%
Guthrie et al., 2001	N=58 intervencijos grupė N=61 kontrolinė grupė Bandę nusinuodyti, patekę į greitosios pagalbos ligoninę	Trumpalaikė psichodinaminė psichoterapija, orientuota į tarpasmeninių problemų sprendimą 4 sesijos po 50 min., 1 k. per sav. paciento namuose, duomenys renkami 6 mėn.	Mažiau respondentų turėjo minčių apie savižudybę ar bandė nusižudyti intervencijos grupėje, jie taip pat buvo labiau patenkinti gydymu negu kontrolinė grupė.

Apibendrinus panašu, jog dar nėra pakankamai empirinių duomenų vienareikšmiškam atsakymui, kokios psichologinės intervencijos po bandymo nusižudyti yra veiksmingiausios (O’Neil et al., 2012; Mann et al., 2005). Svarbiausiomis tolesnių tyrimų kryptimis Brown ir Green (2014) įvardina naujų, rentabilių (*angl.* cost-effective) metodų įvairiose populiacijose ir situacijose taikymą bei nagrinėjimą. Pavyzdžiui, ALGOS (Vaiva et al., 2011) – tai prancūzų mokslininkų bandymas apjungti nuotolinio palaikymo metodus (skambinimą telefonu, palaikymo laiškų bei skubios pagalbos kortelių siuntimą) į algoritmą, leidžiantį pritaikyti intervenciją konkrečiam pacientui, priklausomai nuo to, kelintas tai bandymas nusižudyti bei kiek pacientas bendradarbiauja su gydytojais ir tęsia paskirtą gydymą. Jo efektyvumas vis dar tiriamas. Galiausiai intervencijų tyrimai šalyse su aukštais savižudybių rodikliais taip pat galėtų padėti pasiekti nuoseklesnių tyrimų rezultatų.

1.2.3. Trumpalaikės psichoterapijos naudingumas

Svarbu apžvelgti ir turimus duomenis apie trumpalaikės psichoterapijos galimybes sumažinti savižudybės riziką. Šiame skyrelyje bus apžvelgti du trumpos standartizuotos psichoterapijos variantai – ASSIP (*angl.* Attempted Suicide Short Intervention Program) ir specializuota kognityvinė elgesio terapija (KET) po mėginimo nusižudyti.

Prieš detaliau aptariant konkrečius psichoterapijos variantus, svarbu atsižvelgti į vieną didžiausių efektyvios pagalbos teikimo iššūkių – gydymo plano nesilaikymą. Tyrimai rodo, kad nors du trečdaliai paauglių sėkmingai laikėsi tolesnių pagalbos gairių išvykus iš greitosios pagalbos ligoninės, tačiau tarp pakartotinai patekusių į greitosios pagalbos ligoninę tokių buvo tik vienas trečdalis (Sobolewski et al., 2013). Panašu, jog apskritai suicidiški paaugliai pasižymi sunkumais laikytis gydymo plano, paskirto psichiatrų – 54,5% plano laikosi tik iš dalies ar visai nesilaiko (Renaud et al., 2009). Panašiai ir suaugusiųjų Italijos gyventojų imtyje taip pat paaiškėjo, kad tolesnio gydymo po skubios medicininės pagalbos atsisakantys pacientai dažniau nusižudo per ateinančius vienerius metus (Pavarin et al., 2014). Tad motyvavimo tęstiniam gydymui ar proaktyvus pagalbos siūlymas tampa itin aktualus siekiant sumažinti pakartotinių bandymų nusižudyti ir savižudybių skaičių. Gysin-Maillart et al. (2016) pabrėžia, jog viena žemo bendradarbiavimo priežasčių gali būti tai, jog suicidiški pacientai jaučiasi nesuprasti sveikatos priežiūros profesionalų, kurie vadovaudamiesi medicininio modeliu savižudišką būseną supranta kaip psichikos sutrikimo simptomą. Patys pacientai suicidinėje krizėje svarbiausiu elementu laiko jų asmeninį skausmą, kančios,

beviltiškumo, savivertės praradimo išgyvenimą – dėl to itin svarbu nepamiršti žmogaus gebėjimo kurti naratyvą, paaiškinti savo išgyvenimus iki pradėdant save žaloti, nepamirštant bendradarbiaujančio požiūrio į gydymą, kuris padeda kurti terapinį aljansą (Gysin-Maillart et al., 2016).

Svarbu tai, jog motyvuoti tęstiniam gydymui galima ir gana nesudėtingomis organizacinėmis priemonėmis – telefono skambučiai po 4 ir 8 mėnesių po bandymo nusižudyti, siekiant paskatinti pacientą tęsti arba pradėti gydymą, buvo labiausiai pravartūs tiems švedų pacientams, kurie nebuvo gavę jokios psichiatrinės pagalbos ar jos atsisakė (Cedereke et al., 2002). Taip pat jau prieš kelis dešimtmečius Vokietijos mokslininkų atliktame tyrime paaiškėjo, kad tokie pagalbos organizavimo niuansai kaip konkrečios susitikimo datos sutarimas vietoje bendrųjų kontaktų davimo arba priežiūros tęstinumo išlaikymas pacientui lankantis pas tą patį gydytoją, kuris jį priėmė greitosios pagalbos skyriuje, gali padėti padidinti sutikimą tęsti gydymą bei bendradarbiavimą (Möller, 1989). Apibendrinus tyrimų rezultatus kartais daroma išvada, jog nėra reikšmingo skirtumo, koku būdu siūlyti bandžiusiam nusižudyti žmogui pagalbą, svarbiausia tai apskritai proaktyviai daryti (Vaiva et al., 2011).

ASSIP (*angl.* Attempted Suicide Short Intervention Program) yra trumpalaikis, vos trijų-keturių sesijų psichoterapinis metodas, skirtas bandžiusiems nusižudyti asmenims, kuriame akcentuojamas ankstyvojo terapinio aljanso kūrimas, derinamas su psichoedukacija, kognityviniu atvejo konceptualizavimu, saugumo planavimu ir tęstinio ryšio palaikymu išvykus iš ligoninės (Gysin-Maillart et al., 2016). Ši intervencija taikoma kaip papildomas metodas šalia įprastos pagalbos po bandymo nusižudyti. Empiriniai tyrimai pagrindžia šio metodo veiksmingumą – ASSIP programoje dalyvavusių pacientų tyrimo grupėje buvo 18,4% mažesnė bent vieno bandymo nusižudyti per 24 mėnesius tikimybė negu kontrolinėje grupėje, o išgyvenamumo analizė (*angl.* survival analysis) parodė 83% mažesnę tolesnių bandymų nusižudyti riziką (Gysin-Maillart et al., 2016). Svarbu pastebėti, kad šiame metode nėra siekiama sumažinti suicidinių minčių dažnumo ar intensyvumo. Autoriai pabrėžia, kad metodo tikslas yra padėti žmogui suprasti, kas skatina jų mintis apie savižudybę ir savižudiškus veiksmus bei pradėti taikyti saugumo strategijas iš anksto, be to, jį edukuodami terapeutai taip pat pamini, jog greičiausiai suicidinės krizės kartosis ateityje, jos gali būti iššauktos gyvenimo įvykių bet kuriuo metu (Gysin-Maillart et al., 2016). Tyrėjai mano, kad būtent toks terapijos tikslo susiaurinimas, sukonkretinimas yra vienas svarbių jos efektyvumo veiksnių. Kartu čia svarbi orientacija į

pacientą, bendradarbiaujanti pozicija, bei tęstinio kontakto laiškais palaikymas, kurie gali ne tik palaikyti susietumo su terapeutu jausmą, bet ir priminti pacientui apie tai, kad jo suicidiškumas niekur nedingo ir saugumo strategijos, stresą keliančių įvykių stebėjimas yra svarbi jo gyvenimo dalis (Gysin-Maillart et al., 2016).

Kognityvinės elgesio terapijos taikymas suicidiškumo sumažinimui taip pat turi empirinio pagrindimo. Brown ir kolegų (2005) tyrime paaiškėjo, kad bandžiusių nusižudyti tyrimo dalyvių, lankiusių bent 10 kognityvinės terapijos sesijų, kuriose akcentuotas saugumo plano sudarymas ateities suicidinėms krizėms, vėlesnio bandymo nusižudyti rizika buvo 50% žemesnė, jie mažiau kartų bandė nusižudyti pakartotinai negu kontrolinė grupė praėjus 18 mėnesių nuo pirmojo bandymo nusižudyti. Svarbu tai, kad šiame tyrime psichoterapija buvo derinta su atvejo vadyba – su konsultacijų nelankančiais pacientais būdavo susisiekiama, stengiamasi užtikrinti jų psichiatrinio gydymosi plano laikymąsi (Brown et al., 2005). Panašūs rezultatai gauti ir siūlant trumpalaikę, 12-16 sesijų KET bandžiusiems nusižudyti ar apie savižudybę galvojantiems kariškiams – per 24 mėnesius lyginant su kontroline grupe jų pakartotinio bandymo nusižudyti rizika buvo 60% mažesnė (Rudd et al., 2015).

Apibendrinant, panašu, kad specializuoti trumpalaikės psichoterapijos variantai kaip ASSIP ar saugumo planą akcentuojanti KET yra naudingi ir veiksmingi padedant žmonėms po bandymo nusižudyti. Svarbu, kad abiejuose aptartuose psichoterapijos variantuose proaktyviai stengiamasi palaikyti bendradarbiaujančią kontaktą su pacientu taip siekiant sumažinti jo iškritimo iš gydymo tikimybę. Tikėtina, kad tiek trumpalaikėje psichoterapijoje, tiek ir bendresnio pobūdžio trumpalaikėse psichologinėse intervencijose pagalbos teikėjo aktyvus bandymas užmegzti ir palaikyti ryšį su bandžiusiu nusižudyti žmogumi yra vienas iš svarbiausių veiksnių, padedančių žmogui grįžti į įprastą gyvenimą.

1.2.4. Kokybinių tyrimų ir bendradarbiaujančio požiūrio svarba

Suicidologijoje ilgą laiką vyravę kiekybiniai tyrimai netinka siekiant suprasti konkretaus bandančio nusižudyti žmogaus išgyvenimus, kartais gali jų ir visai neatitikti (pvz., Crocker, Clare, & Evans, 2006). Dalis mokslininkų (Rogers, 2001; Aldrich & Cerel, 2009) laikosi kategoriškos pozicijos teigdami, kad savižudiško elgesio rizikos veiksnių įvairovę gerai suprantame, tačiau nežinome, kaip šie veiksniai sąveikauja bei neturime mokslinio pagrindo apie deramą bendravimą su savižudiškais asmenimis. Be to, bandymas *paaiškinti* savižudišką elgesį, kas įprasta kiekybiniame požiūryje, atvedė suicidologiją

kaip mokslo sritį į aklavietę, kur neretai kartojami tokie patys tyrimai, bet pati sritis bemaž nustojo judėti į priekį (Hjelmeland & Knizek, 2010). Svarbu siekti *suprasti* savižudišką elgesį atliekant daugiau kokybinių tyrimų, pamatyti įvairius tokio elgesio kontekstus, kurti kompleksinius modelius, o ne ieškoti linijinio priežastingumo, kas nebūdinga žmogaus elgesiui.

Svarbu pastebėti, kad pastaraisiais metais ši situacija pradėjo keistis, o publikuotos kelios kokybine tyrimo strategija grįstos studijos, suteikia vertingų įžvalgų apie tai, kaip griežtos lytiškumo normos gali prisidėti prie padidėjusio vyrų suicidiškumo (Andoh-Arthur, Knizek, Osafo, & Hjelmeland, 2018; Knizek & Hjelmeland, 2018), dvasinės / religinės dimensijos svarbą bandžiusiųjų nusižudyti Ganos gyventojų patirtyse (Akotia, Knizek, Kinyada & Hjelmeland, 2014), atsigavimo po bandymo nusižudyti proceso ypatumus (Chan, Kirkpatrick, & Brasch, 2017) bei kaip formalių reikalavimų laikymasis ir tiesioginio kontakto su pacientais trūkumas gali kelti iššūkius terapeutams sukuriant kontaktą su suicidišku pacientu (Hagen, Hjelmeland, & Knizek, 2018). Hagen at al. (2018a) tyrimas taip pat atskleidė, kad suicidiškiems pacientams, buvusiems psichiatrijos skyriuje Norvegijoje, buvo svarbu jausti bendrystę su specialistais bei gauti individualizuotą pagalbą. Pasitikėjimu grįstas ryšys su personalu, kuris su jais bendravo pagarbiai, padėjo pacientams jaustis vertingiems bei jog jų kančios ir poreikiai yra suprasti. Šio tyrimo autoriai pabrėžė padidintą susifokusavimą į suicidiškumą teikiant pagalbą, nors daliai psichikos sveikatos specialistų trūko individualizuotos pagalbos teikimo suicidiškiems pacientams kompetencijų.

Taigi, kokybiniai tyrimai suteikia galimybę geriau suprasti, kaip pagalbą patiria ją gaunantys pacientai. Tiek teoriškai, tiek empiriškai gerai žinoma, jog terapinis aljansas yra vienas svarbiausių veiksnių, lemiančių psichoterapijos veiksmingumą (Fluckiger, Del Re, Wampold, Symons & Horvath, 2011). Pasitikėjimo, pagarbos ir empatijos svarba santykyje su sveikatos specialistu po bandymo nusižudyti taip pat pagrįsta įvairių studijų rezultatais (Kirkpatrick, Brasch, Chan & Kang, 2017; McKay & Shand, 2018; Montross Thomas, Palinkas, Meier, Iglewicz, Kirkland & Zisook, 2014; Hagen, Knizek & Hjelmeland, 2018). Kai pacientas jaučia žmogiško ryšio, empatiško artumo ar jo emocinių išgyvenimų supratimo trūkumą, sveikatos specialistas gali prisidėti prie išgyvenamo vienišumo, frustracijos ir stigmatizacijos (Ghio, Zanelli, Gotelli, Rossi, Natta & Gabrielli, 2010). Pacientai taip pat gali jausti, kad sveikatos specialistai yra labiau susirūpinę mėginimo nusižudyti mirtinumo vertinimu ar dabartine savižudybės rizika, kas dažniausiai yra klinicisto prioritetas. Toks požiūris neretai tampa kliūtimi pacientui atsiverti apie savo skausmą ir nevilgtį (Rogers & Soyka, 2004; Gysin-Maillart, Schwab,

Soravia, Megert & Michel, 2016). Tad svarbu išlaikyti bendradarbiaujanti požiūrį teikiant pagalbą tam, kad nelaikytume paciento bejėgiu. Tokiame santykiyje asmuo, kuris bandė nusižudyti, tampa savo patirties ekspertu. Rogers and Soyka (2004) savo egzistenciniame-konstruktivistiniame požiūryje į savižudybes taip pat nurodo, kad sveikatos specialistai pirmiausiai turėtų sutelkti savo dėmesį į išsiklausymą, ką pacientas nori pasakyti, vietoje savo prielaidų ar vertinimų išsakymo. Pacientų išskiriamos rekomendacijos gydymo tobulinimui taip pat dažnai įtraukia sveikatos specialistų klausymosi bei supratimo įgūdžių stiprinimą (Montross Thomas et al., 2014). Įsitraukimas į bendradarbiaujančias pastangas gali įgalinti pacientą pradėti keisti savo gyvenimą bei pasiekti gilesnį savęs supratimą, taigi ir ieškoti alternatyvių problemų sprendimo būdų krizės metu. Be to, teigiamas patyrimas gaunant pagalbą sveikatos priežiūros sistemoje po bandymo nusižudyti gali netgi paskatinti vėlesnį pagalbos ieškojimą (McKay & Shand, 2018). Vis tik nėra aišku, ar empatijos ir pagarbos pakanka tam, kad gauta pagalba būtų patiriama kaip veiksminga priemonė, sustabdanti nuo vėlesnių bandymų nusižudyti, ar santykiyje su specialistu dar turėtų atsispindėti kitokios, papildomos savybės.

1.2.5. Kultūriniai pagalbos kreipimosi ir teikimo aspektai

Kalbant apie pagalbos kreipimąsi ir jos teikimą svarbu atsižvelgti ir į tai, kokioje kultūroje gyvena ir susitinka ketinantis nusižudyti ar bandęs nusižudyti asmuo bei pagalbos teikėjas. Kultūra plačiąja prasme – tam tikros šalies istorinių įvykių pasekmės, politinis kontekstas, vyraujančios nuostatos ar sveikatos ir socialinės sistemos ypatumai – gali daryti įtaką asmens norui siekti pagalbos, jo nuostatomis į pagalbą, galiausiai socioekonominiai veiksniai gali lemti pagalbos prieinamumo klausimus, tad ir savižudybių prevencijos veiksmai skirtingose kultūrose gali turėti skirtingą poveikį.

Šalia efektyvios psichologinės pagalbos prieinamumo ne mažiau svarbu yra tai, kad kenčiantis žmogus galėtų siekti pagalbos savarankiškai, nejausdamas gėdos ar stigmatos dėl to, jog kalba apie savo sunkumus (Sarchiapone, 2015). Visgi, panašu, jog tam tikrose kultūrose tai nėra taip paprastai įgyvendinama, kaip gali nuskambėti. Mokhovikov (1998) pabrėžia, jog post-sovietinėse šalyse nemaža dalis žmonių yra nelinkę dalintis savo asmeniniais išgyvenimais dėl sovietmečiu vyravusio nepasitikėjimo klimato, kuris užsiliko žmonių nuostatose šiam istoriniam laikotarpiui formaliai pasibaigus. Šių šalių gyventojai ne tik rečiau nei Vakarų Europos ar Šiaurės Amerikos gyventojai praneša aplinkiniams apie savo ketinimus nusižudyti, tačiau jiems itin sunku ir pasitikėti pagalbą teikiančiomis įstaigomis

(Mokhovikov, 1998). Panašu, jog šios ukrainiečių mokslininko išvalgos išlieka aktualios ir po daugiau nei dviejų dešimtmečių – nors kitų šalių tyrimai rodo, kad 60% nusižudžiusių tiesiogiai praneša aplinkiniams apie savo ketinimus nusižudyti, o pridėjus netiesioginius pranešimus rodiklis išauga iki 80% (Rudestam, 1971), Lietuvoje atliktas kokybinis tyrimas atskleidė, kad nors beveik visi bandę nusižudyti asmenys iš tiesų siunčia vienokius ar kitokius pranešimus, tačiau tiesiogiai žodžiu pranešė vos 38% tyrimo dalyvių (Latakienė, 2014). Iš to galima daryti išvadą, jog lietuviams būdinga nekalbėjimo savižudybės tema kultūra ir didelis savižudybės stigmos lygis (Gailienė, 2015; Skruibis, Dadašev, & Geležėlytė, 2015), kas yra svarbus trukdis tiesiai ir aiškiai komunikacijai apie savižudybę (Owen et al., 2012).

Panašu, kad šie kultūriniai aspektai gali veikti ir individualiame lygmenyje – pavyzdžiui Luoma et al. (2002) nurodo, kad JAV tie vyresni žmonės, kurie rečiau apsilankydavo pas gydytoją per pusmetį iki savižudybės, buvo artimųjų apibūdinami kaip visą gyvenimą vengę gydytojų. Šis pagalbos vengimas itin ryškus ir Lietuvoje atliktuose tyrimuose. Bandę nusižudyti asmenys vengė kreiptis pagalbos į kitus žmones dėl įsitikinimo, jog turi su sunkumais susitvarkyti patys, itin žemo pasitikėjimo kitais žmonėmis, stigmos baimės, galiausiai dėl įsitikinimo, kad jiems nereikalinga pagalba (Dadašev et al., 2016). Reti pranešimai (Beck & Lester, 1976; Handwerk, 1998) ar apskritai nutylėjimai apie savo ketinimus (Ghio et al, 2011) sietini su aukštesne mirties rizika, tad galima tai sieti ir su aukštesniu savižudybių rodikliu post-sovietinėse šalyse lyginant su Vakarų šalimis – žmonės vengdami kreiptis pagalbos užkerta sau kelią jos sulaukti. Galima svarstyti, jog nors post-sovietinės šalys iš lėto perima vakarietišką gyvenimo modelį, tačiau individualistinės kultūros derinys su traumine šalies patirtimi gali skatinti žmonių atsiribojimą vienas nuo kito ir pagalbos vengimą siejant ją su silpnumo rodymu, nors toks elgesys ir nepadeda spręsti problemų ar sumažinti išgyvenamo psichologinio skausmo (Dadašev et al., 2016). Apibendrinus panašu, kad post-sovietinėse šalyse vengimo, nepasitikėjimo tendencijos yra tarsi kultūrinis šydas, atskiriantis suicidišką asmenį ne tik veiksmų lygmenyje nuo kreipimosi galimos pagalbos, bet net ir vidiniuose išgyvenimuose nuo minties paprašyti kitų žmonių palaikymo.

Svarbu ir tai, kad pagalbos prieinamumas bei kokybė pasaulyje taip pat nėra vienodas. Ukrainos jaunimo apklausa rodo, kad apie 90% jaunuolių nėra patenkinti nemokamos medicininės pagalbos kokybe, 58% respondentų jautė poreikį mokamoms medicinos paslaugoms, tačiau net 30% iš jų negalėjo įpirkti šių paslaugų (Mokhovikov, 1998). Taigi, tokioje situacijoje keičiasi ir žmonėms prieinamų nemokamų paslaugų pobūdis – Mokhovikov (1998)

teigia, jog post-totalitarinėse šalyse dėl socialinės ir psichologinės atmosferos emocinės paramos telefonų paskirtis tampa ne tiek padėti žmogui suprasti savo gyvenimą, tačiau veikiau atkurti viltį ir tikėjimą savo vidiniais resursais. Svarbu pastebėti, kad kartais ir konkrečių veiksmingų intervencijos metodų taikymas būna apsunkintas dėl organizacinių nesklaidumų. Kaip antai, ASSIP programos taikymo Vilniaus miesto savižudybių prevencijos memorandumo dėka 2016 m. buvo apmokyta grupė Vilniaus miesto psichikos sveikatos specialistų, tačiau dėl didelės specialistų kaitos bei neužtikrinamų sąlygų metodui pritaikyti šiuo metu darbo autorės žiniomis šis metodas taikomas tik vienoje stacionarinėje ir dvejose ambulatorinėse psichikos sveikatos priežiūros įstaigose.

Savižudybių prevencijos priemonių efektyvumas skirtingose kultūrose taip pat svyruoja. Pavyzdžiui Roškar, Zorko ir Podlesek (2015) nagrinėjo Slovėnijos situaciją, kur bendras savižudybių rodiklis per 1997-2000 metus staiga sumažėjo nuo 30 iki 20,3 mirusiųjų dėl savižudybės 100 tūkst. gyventojų. Netikėta tai, jog Vakaruose plačiai taikomos prevencinės programos (pvz., pirminės grandies specialistų mokymai atpažinti savižudybės riziką, visuomenės informuotumo didinimas, žurnalistų mokymai, psichikos sveikatos profesionalų konferencijos ir pan.) rodė mažą poveikį savižudybių skaičiaus sumažėjimui, išskyrus regione su didžiausiu savižudybių rodikliu (Roškar et al., 2015). Mįsle liko ir tai, kad per nurodytą laikotarpį nesikeitė 10-19 m. vyrų savižudybių rodikliai. Autoriai svarsto, jog tokius rezultatus galėjo lemti pernelyg trumpas programų vykdymo laikotarpis arba nepakankama kiekvienos iš priemonių trukmė, taip pat trūko programų įvertinimo įrankių pačiose programose, tad ištirti jų efektyvumą buvo sudėtinga (Roškar et al., 2015). Panašius rezultatus gavo ir Švedijos mokslininkai, po to kai 1980-taisiais ir 1990-taisiais metais Gotlando saloje dirbusius gydytojus apmokė depresijos ir savižudybės rizikos atpažinimo, tačiau tai turėjo teigiamą poveikį tik moterų savižudybių rodikliui, o galiausiai nekartojant mokymų po kelerių metų teigiami efektai apskritai dingo (Rutz, Wålinder, Von Knorring, Rihmer, & Pihlgren, 1997). Visa tai darskart pagrindžia mintį, jog prevencijos priemonių tęstinumas ir jų efektyvumo matavimas gali būti vieni svarbiausių jų veiksmingumą lemiančių veiksnių.

Ahmedani et al. (2014) nurodo, kad JAV ir Jungtinėje Karalystėje sėkmingai taikytas psichikos sveikatos ir savižudybių prevencijos strategijas vienijo keli elementai: įvertinimo ir klinikinio informavimo naudojimas priimant klinikinis sprendimus, savižudybių rodiklių stebėjimas, vieninga pagalba tarp skirtingų teikėjų, padidėjęs pagalbos prieinamumas bei kultūra, kurioje kiekvienas pagalbos teikėjas yra atsidavęs savižudybių prevencijai.

Tad panašu, jog pagalbos teikėjų nuostatos ir bendradarbiavimas gali būti ne mažiau svarbūs negu konkretūs intervencijų pobūdžiai. Tačiau neturime pamiršti, jog greičiausiai vienintelis būdas tai užtikrinti yra gauti šioms programoms pastovų, o ne projektinį, finansavimą, kas labiau įprasta mokslinėms studijoms – o tai veikia yra sveikatos politikos, o ne suicidologijos mokslo klausimas. Taip pat pagalbos teikimas vyrams išlieka iššūkiu suicidologijai – nors tarp nusižudžiusių asmenų yra gerokai daugiau vyrų, tačiau šiuo metu taikomos prevencijos priemonės yra efektyvios daugiausia tik moterų savižudybėms.

1.2.6. Pagalbos siekimo ir teikimo problemų apibendrinimas

Apžvelgus esamus empirinius tyrimus bei literatūrą, išryškėjo keli pagalbos teikimo problemų bandžiusiems nusižudyti ir ketinantiems nusižudyti asmenims aspektai. Pirmiausia, nors nagrinėjant naudojimosi sveikatos paslaugomis iki savižudybės registrus aptinkama, kad didelė dalis žmonių prieš nusižudydami lankosi pas šeimos gydytojus ar psichikos sveikatos specialistus, svarbu nepamiršti šių tyrimų ribotumų. Psichikos sveikatos sutrikimų paplitimas tarp nusižudžiusių asmenų dažnai vertinamas psichologinių autopsijų metodu, kurio tinkamumu šiam tikslui pasiekti galima abejoti. Taip pat tarp šalių skiriasi pačių mirties priežasčių bei naudojimosi sveikatos paslaugomis registrų specifika. Galiausiai, iš šių duomenų mažai galime sužinoti apie tuos nusižudžiusius asmenis, kurie neturėjo sveikatos draudimo ar nesikreipė į sveikatos priežiūros įstaigas, arba jų mirties priežastis buvo nenustatyta.

Antra, konkrečių pagalbos būdų veiksmingumo nustatymas taip pat gana problemiškas. Panašu, jog dar nėra pakankamai duomenų vienareikšmiškam atsakymui, kokios trumpalaikės intervencijos po bandymo nusižudyti yra veiksmingiausios. Nemaža dalimi šioje srityje integralumo trūksta dėl metodologinių tyrimų problemų – itin heterogeniškų studijų metodologijų (skirtingų tikslų, intervencijų trukmės, tyrimo dalyvių atrankos kriterijų), prieštarinių rezultatų, galiausiai studijos atliekamos šalyse su žemu savižudybių rodikliu ir gerai išplėta įprastine sveikatos priežiūra po bandymo nusižudyti. Tai pat tyrimuose pernelyg retai remiamasi kokybine duomenų rinkimo ir analizės strategija, tad sudėtinga suprasti pačių intervencijos dalyvių patyrimą bei pagalbos veikimo mechanizmus ar trukdžius. Ilgesnės trukmės psichoterapinės pagalbos galimybės pirmiausia tampa ribotos dėl suicidiškų pacientų sunkumų laikytis gydymo plano, dažno iškritimo iš gydymo. Vis tik specializuotos kognityvinės elgesio terapijos po

mėginimo nusižudyti bei ASSIP metodo taikymas, derinant su proaktyviais paciento bendradarbiavimo skatinimo metodais, pastaruoju metu tampa vis labiau empiriškai pagrįstu būdu padėti žmonėms suvaldyti suicidines krizes.

Galiausiai visuomenėje tyrančios savižudiško elgesio stigmatizavimo ir vengimo kreiptis pagalbos, perdėtos saviklio nuostatos taip pat gali būti svarbiais veiksniais, trukdančiais kreiptis bei suteikti pagalbą suicidiškam asmeniui. Svarbu nepamiršti ir skirtingo pagalbos prieinamumo bei kokybės skirtingose šalyse. Panašu, kad dėl kultūrinių veiksnių ir savižudybių prevencijos strategijų veiksmingumas gali būti skirtingas priklausomai nuo šalies, dėl to svarbu tęsti konkrečių regionų savižudiško elgesio prevencijos priemonių efektyvumo tyrimus.

1.3. Tyrimo problema, tikslas ir uždaviniai

Atsižvelgiant į didesnę bandžusiųjų nusižudyti vėlesnės mirties dėl savižudybės riziką (Cedereke & Öjehagen, 2004; Crandall et al., 2006; Karasouli et al., 2015; Sobolewski et al., 2013) taikomi įvairūs pagalbos bandžiesiems nusižudyti būdai. Vis tik vis dar nepakanka patikimų empirinių duomenų apie intervencijų bandžiesiems nusižudyti veiksmingumą (Brown & Green, 2014; Mann et al., 2005; O'Neil et al., 2012), o jau atlikti moksliniai tyrimai susiduria tiek su metodologiniais iššūkiais, tiek ir jų rezultatai neretai yra prieštaringi dėl ne visiškai aiškių priežasčių (pvz. Mann et al., 2005). Kartu tik nedaugelyje tyrimų teirautasi pačių pacientų grįžtamojo ryšio apie pasitenkinimą gauta pagalba ar jos vertinimą. Paprastai remiamasi kiekybine tyrimo strategija ir matuojami tik vėlesnių mirčių dėl savižudybės ar mėginimų nusižudyti kiekiai, kas apriboja galimybės įsigilinti į pagalbos patyrimą bei suprasti jos veikimo procesus ir trukdžius. Siekiant detaliau atskleisti šiuos aspektus, pravartūs tampa kokybiniai tyrimai.

Savitų iššūkių kelia intervencijų tyrimų kontekstas – tyrimai daugiausia atliekami šalyse su žemu savižudybių rodikliu, turinčiose išvystytą pagalbos sistemą (Lopez-Castroman et al., 2015; Cedereke et al., 2002; Vaiva et al., 2006; Cebria et al., 2013; Bennewith et al., 2014 ir kt.), be to, neaišku, kiek intervencijos tęsiamos po tyrimo ir jų rezultatai pritaikomi praktikoje. Šiame tyrime, remdamiesi Brown ir Green (2014) pasiūlytomis kryptimis intervencijų po bandymo nusižudyti tyrimams, pasirinkome gilintis į ASSIP programos patyrimą dėl kelių priežasčių: 1) rentabilumas – ši intervencija truka vos 3-4 sesijas bei tęsiamas kontaktas vėliau el. laiškais, 2) taikoma praktikoje nuo 2016 m. Vilniaus mieste, 3) veiksminga – intervencijos autorių tyrimas atskleidė 80% mažesnę vėlesnio bandymo nusižudyti riziką per 2

metus lyginant su intervencijoje nedalyvavusiais pacientais (Gysin-Maillart et al., 2016). Vis tik tiek pati intervencija, tiek jos veiksmingumo tyrimas atlikti Šveicarijoje, kurioje įvyksta 10,7 savižudybių 100 tūkst. šalies gyventojų (2015 m. duomenimis), tad keliame prielaidą, jog šios intervencijos taikymas, galbūt ir veikimo ypatumai Lietuvoje gali turėti savitumą.

Taigi kyla sunkumų suprantant, ar intervencijos tinkamos bei taip pat pozityviai vertinamos pacientų kitose šalyse, negu jos buvo sukurtos – kuriose savižudybių rodikliai aukšti, sveikatos sistema mažiau išvystyta ir stipriai medikalizuota (Pūras et al., 2013), o kultūrinė situacija mažiau palanki atviram kalbėjimui apie savižudybes, kaip kad Lietuvoje (Skruibis, Geležėlytė, & Dadašev, 2015). Pastarųjų metų intensyvesnis savižudybių prevencijos planų kūrimas įvairiuose Lietuvos miestuose (pvz., 2015 m. Vilniaus miesto savivaldybės savižudybių prevencijos memorandumas, Kupiškio bei Kauno miesto savivaldybių savižudybių prevencijos iniciatyvos) dar labiau aktualizuoja būtinybę suprasti, kaip šie planai bei įvairūs pagalbos teikimo pokyčiai paveikia asmenis, kuriems mėginama padėti. Tikime, kad tyrimo strategija, kurioje kiekybiniai matavimai papildomi kokybiniais duomenimis, yra itin paranki šiems ypatumams atskleisti dėl platesnių galimybių naujoms įžvalgoms bei rezultatams išskirti.

Atsižvelgdami į šiuos mokslinius bei praktinius argumentus ir iššūkius pasirinkome atlikti ASSIP **tinkamumo taikyti** (*angl. feasibility*) tyrimą. Anot Bowen et al. (2009), tinkamumo taikyti tyrimai padeda suprasti, ar konkreti intervencija yra tinkama tolimesniems tyrimams ir taikymui, bei išgryninti, ar bei kokiais būdais ji turėtų būti modifikuota, kad būtų adekvati (*angl. relevant*) bei tvari (*angl. sustainable*). Žinoma, konkrečios psichologinės intervencijos tinkamumas taikyti gali būti vertinamas iš itin įvairių mokslinių bei praktinių perspektyvų – pavyzdžiui, sveikatos priežiūros sistemos resursų, konkrečios įstaigos struktūros bei išteklių pakankamumo, rentabilumo (*angl. cost-effectiveness*), finansinės, darbuotojų ir administracijos kompetencijų, pacientų požiūrio. Siekdami sufokusuoti šį tyrimą pasirinkome tyrinėti pacientų perspektyvą. Remdamiesi Bowen et al. (2009) aprašytais galimais bendraisiais fokusais tinkamumo taikyti tyrimams, pasirinkome tokius kriterijus ASSIP programos tinkamumo taikyti Lietuvoje vertinimui:

- **Priimtinumumas** (*angl. acceptability*) – kaip programos dalyviai į ją reaguoja? Kiek ji vertinama kaip jiems tinkanti, patenkinanti jų poreikius bei patinkanti? Toliau darbe kaip šio kriterijaus sinonimai vartojamos sąvokos „pasitenkinimas gauta pagalba“ ir „pagalbos vertinimas“.

- **Ribotas veiksmingumas** (*angl.* limited-efficacy testing) – ar intervencine programa pavyksta pasiekti norimų rezultatų numatytoje populiacijoje, t. y. sumažinti suicidiškumą mėginusių nusižudyti pacientų imtyje? Svarbu pridurti, kad tinkamumo taikyti tyrimų kontekste ribotas veiksmingumas suprantamas gerokai nuosaikiau negu įprasta intervencijų veiksmingumo tyrimuose (pvz., atliekamuose remiantis randomizuotų atsitiktinių imčių strategija) – tai gali būti intervencijos vertinimas patogiojoje imtyje, remiantis tarpiniais rezultatais vietoje galutinių, trumpesniais tyrimo laikotarpiais bei su labiau ribota statistine galia. Toliau šiame darbe sąvokos „veiksmingumas“ ir „efektyvumas“ ASSIP programos ir įprastos pagalbos kontekste vartojamos kaip čia aprašytos riboto veiksmingumo sampratos sinonimai.

Tyrimo tikslas: įvertinti trumpalaikės bandymo nusižudyti intervencijos programos (ASSIP) tinkamumą taikyti Lietuvoje iš pacientų perspektyvos.

Tyrimo uždaviniai:

1. Palyginti įprastą pagalbą ir įprastą pagalbą kartu su ASSIP programa gavusiųjų suicidiškumo bei psichologinės savijautos (psichologinės gerovės, depresyvumo) pokyčius.
2. Atskleisti pagalbos vertinimo panašumus bei skirtumus tarp dviejų tyrimo grupių.

2. TYRIMO METODIKA

Šiame darbe naudojami duomenys yra dalis mokslinio projekto „Savižudybių problema sveikatos apsaugos sistemoje: pagalbos siekimas ir veiksmingumas“, 2017 10 – 2019 09 įgyvendinto Vilniaus universiteto Psichologijos instituto Suicidologijos tyrimų centre, projekto vadovas doc. dr. Paulius Skruibis (Lietuvos mokslų tarybos finansuojamas mokslininkų grupių projektas, sutarties Nr. S-MIP-17-113). Projekto tikslas – įvertinti ketinusių nusižudyti, mėginusių nusižudyti ir nusižudžiusių artimųjų pagalbos siekimo ypatumus bei pagalbos sistemos veiksmingumą. Projekte keliami trys uždaviniai, antrasis – įvertinti specializuotos pagalbos programos ASSIP (*angl.* Attempted Suicide Short Intervention Program) veiksmingumą po mėginimo nusižudyti. Šiame darbe pristatomi šiam uždaviniui pasiekti atlikto tyrimo duomenys. Toliau darbe tyrimu bus vadinamas šis siauresnis darbas.

Šį tyrimą vykdė tyrėjų grupė – šio darbo autorė, Greta Mastauskaitė (VU klinikinės psichologijos magistrantūros studentė), Ieva Pocevičiūtė (VU klinikinės psichologijos magistrantūros studentė) ir Kotryna Mikalauskaitė (VU klinikinės psichologijos magistrantūros studentė), vadovaujami doc. dr. Pauliaus Skruibio (klinikinis psichologas-psichoterapeutas). Tyrėjų grupė dalyvavo visuose tyrimo etapuose – tyrimo dalyvių kvietime, duomenų rinkime bei pirminėje jų analizėje. Šio darbo autorė analizavo pagalbos po bandymo nusižudyti vertinimo panašumus ir skirtumus tarp dviejų tyrimo grupių visoje surinktoje duomenų imtyje bei kiekybinius tyrimo rezultatus atskirai nuo kitų tyrimo grupės narių.

2.1. Tyrimo dalyviai

Šiame tyrime iš viso dalyvavo 19 dalyvių (12 moterų ir 7 vyrai; amžius nuo 20 iki 67 metų, $M=29,8$ metai, $std=10,9$) – asmenų po mėginimo nusižudyti patekusių į psichiatrijos ligoninę. Imtį sudarė dvi grupės:

- **Įprastos pagalbos ir ASSIP programos grupė** ($N=11$; 6 moterys ir 5 vyrai; amžius nuo 22 iki 45 metų, $M=28,5$ metai, $std=6,3$; toliau – $IP+ASSIP$ grupė) – mėginę nusižudyti asmenys, po mėginimo besigydantys vienoje Vilniaus psichiatrijos ligoninių, gaunantys gydytojo psichiatro paskirtą įprastą pagalbą bei dalyvaujantis specializuotoje trumpalaikėje bandymo nusižudyti intervencijos programoje (ASSIP);
- **Įprastos pagalbos grupė** ($N=8$; 6 moterys ir 2 vyrai; amžius nuo 20 iki

67 metų, M=31,6 metai, std=14,9; toliau – IP grupė) – mėginę nusižudyti asmenys, po mėginimo besigydančys vienoje iš dviejų didžiųjų Lietuvos miestų psichiatrijos ligoninių, gaunantys gydytojo psichiatro paskirtą įprastą pagalbą.

Įprasta pagalba apėmė:

- *IP+ASSIP grupėje*: 1) medikamentinis gydymas ir gydytojo psichiatro konsultacijos; 2) grupinė psichoterapija (egzistencinės arba psichodinaminės krypties); 3) individualios psichologo konsultacijos; 4) užimtumas siūlomas visiems, pacientai gali pasirinkti, kiek ir kur dalyvauti: relaksacija, meno terapija, šokio-judėsio terapija, sporto užsiėmimai, keramikos, mezgimo, nerimo, medžio darbų užsiėmimai.
- *IP grupėje*: 1) medikamentinis gydymas ir gydytojo psichiatro konsultacijos; 2) psichologinis įvertinimas; 3) psichologo ar psichoterapeuto konsultacija pagal gydytojo psichiatro paskyrimą; 4) pagal paciento norą: kineziterapija, muzikos terapijos, dailės terapijos užsiėmimai.

Tyrimo dalyvių gauta įprasta pagalba galėjo skirtis tarp grupių dėl kelių priežasčių: 1) ši pagalba gauta trijose skirtingose Lietuvos psichiatrijos ligoninėse, 2) tyrėjai neturėjo įtakos pacientų gydymo procesui, taigi ir negalėjo užtikrinti gaunamos pagalbos vienodumo. Konkretesni skirtumai detalizuojami bei galima jų įtaka šio tyrimo rezultatams reflektuojama šio darbo *Rezultatų aptarimo* skyriuje.

ASSIP programa tai trumpa terapija bandžiusiems nusižudyti, kurią sudaro 3-4 sesijos (po 60-90 min.) vieną kartą į savaitę. Po intervencijos 2 metus su pacientais ASSIP terapeutas reguliariai susisiekiama laiškais. ASSIP yra papildoma intervencija šalia įprastai gaunamos pagalbos ir jos nepakeičia. ASSIP programos įprasta struktūra yra tokia:

- **Pirma sesija.** Atliekamas naratyvinis interviu, kurio metu paciento prašoma papasakoti savo asmeninę istoriją apie tai, kas jų gyvenime vyko iki mėginimo nusižudyti. Atliekamas pokalbio vaizdo įrašas su paciento sutikimu.
- **Antra sesija.** Pacientas ir terapeutas, sėdėdami šalia vienas kito, peržiūri pirmos sesijos įrašo atkarpas, sustabdydami jį pagal poreikį pasitikslinti papildomos informacijos. Šios sesijos tikslas – reflektuoti suicidinį procesą bei identifikuoti svarbius gyvenimo įvykius, susijusius su suicidine krize. Pacientams įteikiama psichoedukacinė atmintinė, kurią prašoma

perskaityti ir pakomentuoti iki kito susitikimo su ASSIP terapeutu. Po sesijos terapeutas parengia atvejo konceptualizavimo juodrašį.

- **Trečia sesija.** Aptariami paciento komentarai psichoedukacinėje atmintinėje. Bendradarbiaujant peržiūrimas atvejo konceptualizavimas, atskleidžiant individualius poreikius, pažeidžiamumą ir tipinius paleidžiamuosius įvykius, kurie įvyksta prieš suicidinę krizę. Ilgalaikiai tikslai, įspėjamieji ženklai bei saugumo strategijos yra surašomos į vizitinės kortelės dydžio lankstinuką (atmintinę, vadinamą „leporello“), kuris įteikiamas pacientui.
- **Ketvirta sesija (papildoma).** „Mini ekspozicijos“ metu žiūrint pirmos sesijos vaizdo įrašą yra išbandomos saugumo strategijos. Šiame tyrime ši ketvirtoji sesija nebuvo taikoma.
- **Pusiau standartizuoti laišakai.** Dalyviams yra siunčiami laišakai iš viso dvejus metus – kas tris mėnesius pirmaisiais metais ir kas šešis mėnesius antraisiais metais. Šiame tyrime šie laišakai bei jų poveikis plačiau neaptariami dėl trumpo tyrimo laikotarpio.

Daugiau detalių – ASSIP programos mokymų vadove (Michel & Gysin-Maillart, 2015). Šiame tyrime ASSIP metodą taikė trys terapeutės – klinikinės psichologės, iš kurių dvi yra apsigynusios daktaro disertacijas suicidologijos srityje. Visos ASSIP terapeutės dalyvavo ASSIP taikymo mokymuose bei supervizijose, kurias vedė šio metodo kūrėjai. Tyrėjai ir ASSIP terapeutai buvo skirtingi žmonės. Šio tyrimo tyrėjų grupė neturėjo jokio poveikio ASSIP programos taikymui ar įprastinei tyrimo dalyvių pagalbai.

Daugiau tyrimo dalyvių bei jų mėginimų nusižudyti charakteristikų pateikiama 2 lentelėje. Visos charakteristikos nurodytos pirmojo matavimo metu, išskyrus dienų skaičių nuo bandymo nusižudyti iki interviu ir gautas sveikatos priežiūros paslaugas (informacija surinkta antrojo matavimo metu).

2 lentelė. *Tyrimo dalyvių demografinės bei klinikinės charakteristikos.*

Charakteristika	Tyrimo dalyvių skaičius		
	IP+ASSIP grupė (N=11)	IP grupė (N=8)	Iš viso (N=19)
Išsilavinimas:			
Pradinis	-	1 (12,5%)	1 (5,3%)
Vidurinis	4 (36,4%)	3 (37,5%)	7 (36,8%)
Profesinis	1 (9,1%)	1 (12,5%)	2 (10,5%)
Aukštasis neuniversitetinis	2 (18,2%)	2 (25%)	4 (20,1%)
Aukštasis universitetinis	4 (36,4%)	1 (12,5%)	5 (26,3%)

2 lentelė. (tęsinys)

Charakteristika	Tyrimo dalyvių skaičius		
	ĮP+ASSIP grupė (n = 11)	ĮP grupė (n = 8)	Iš viso (n = 19)
Gyvenamoji situacija:			
Gyvena vienas(-a)	5 (45,5%)	1 (12,5%)	6 (31,6%)
Gyvena su sutuoktiniu(-e)/partneriu(-e) ir/ar vaikais	3 (27,3%)	1 (12,5%)	4 (20,1%)
Gyvena su tėvais	2 (18,2%)	3 (37,5%)	5 (26,3%)
Gyvena su kitais artimaisiais	1 (9,1%)	-	1 (5,3%)
Gyvena su draugais	-	2 (25%)	2 (10,5%)
Kita	-	1 (12,5%)	1 (5,3%)
Šeiminė padėtis:			
Vedęs/ištekėjęsi	-	1 (12,5%)	1 (5,3%)
Nevedęs/netekėjęsi	8 (72,7%)	5 (62,5%)	13 (68,4%)
Išsiskyręs(-usi)	3 (27,3%)	1 (12,5%)	4 (20,1%)
Gyvenamoji vieta:			
Miestelis	-	1 (12,5%)	1 (5,3%)
Miestas	2 (18,2%)	3 (37,5%)	5 (26,3%)
Didmiestis	9 (81,8%)	3 (37,5%)	12 (63,2%)
Darbinė veikla:			
Dirba	5 (45,5%)	3 (37,5%)	8 (42,1%)
Dirba nepilną dieną	1 (9,1%)	-	1 (5,3%)
Bedarbis(-ė)	4 (36,4%)	1 (12,5%)	5 (26,3%)
Studijuoja/mokosi	3 (27,3%)	2 (25%)	5 (26,3%)
Pensijoje	-	1 (12,5%)	1 (5,3%)
Neįgalus	1 (9,1%)	1 (12,5%)	2 (10,5%)
Dienų skaičius nuo bandymo nusižudyti iki interviu:			
Min	38	30	30
Max	110	74	110
M (Sd)	74,5 (20,6)	49,8 (12,7)	64,1 (21,5)
Bandymų nusižudyti skaičius (iš viso):			
Vienas	2 (18,2%)	2 (25%)	4 (20,1%)
Du	3 (27,3%)	3 (37,5%)	6 (31,6%)
Trys	2 (18,2%)	3 (37,5%)	5 (26,3%)
Keturi ir daugiau	4 (36,4%)	-	4 (20,1%)
Iš jų per paskutinius 6 mėn.:			
Vienas	7 (63,6%)	6 (75%)	13 (68,4%)
Du	2 (18,2%)	2 (25%)	4 (20,1%)
Trys	2 (18,2%)	-	2 (10,5%)

2 lentelė. (tęsinys)

Charakteristika	Tyrimo dalyvių skaičius		
	IP+ASSIP grupė (n = 11)	IP grupė (n = 8)	Iš viso (n = 19)
Paskutinio bandymo nusizudyti būdas:			
Vaistų perdozavimas	4 (36,4%)	4 (50%)	8 (42,1%)
Susipjaustymas	2 (18,2%)	-	2 (10,5%)
Korimasis	-	2 (25%)	2 (10,5%)
Kiti būdai	2 (18,2%)	-	2 (10,5%)
Kelių būdų derinys:			
a) vaistų ir alkoholio mišinys	a) 1 (9,1%)	a) 2 (25%)	a) 3 (15,8%)
b) kiti būdai	b) 2 (18,2%)		b) 2 (10,5%)
Paskirti psichotropiniai preparatai ^a:			
Antidepresantai	10 (90,9%)	5 (62,5%)	15 (78,9%)
Antipsichotikai	8 (72,7%)	4 (50%)	12 (63,2%)
Benzodiazepinai	4 (36,4%)	4 (50%)	8 (42,1%)
Kiti	2 (18,2%)	-	2 (10,5%)
Nežinoma	-	1 (12,5%)	1 (5,3%)
Diagnozė (TLK-10)^b:			
F32-33	8 (72,7%)	4 (50%)	12 (63,2%)
F60-61	3 (27,3%)	1 (12,5%)	4 (20,1%)
F10-19	2 (18,2%)	1 (12,5%)	3 (15,8%)
F21, F25	1 (9,1%)	2 (25%)	3 (15,8%)
F43	2 (18,2%)	-	2 (10,5%)
Nežinoma	-	2 (25%)	2 (10,5%)
Gautos sveikatos priežiūros paslaugos:			
Somatinė ligoninė:			
Reanimacija	6 (54,5%)	3 (37,5%)	9 (47,4%)
Psichosomatinis skyrius	2 (18,2%)	-	2 (10,5%)
Psichiatrijos stacionaras:			
Psichiatro konsultacijos, medikamentai	10 (90,9%) ^c	8 (100%)	18 (94,7%)
Psichologo konsultacijos	8 (72,7%)	5 (62,5%)	13 (68,4%)
Psichologinis įvertinimas	1 (9,1%)	5 (62,5%)	6 (31,6%)
Grupinė psichoterapija	5 (45,5%)	4 (50%)	9 (47,4%)
ASSIP programa	11 (100%)	-	11 (57,9%)
Kitos paslaugos ^d	5 (45,5%)	4 (50%)	9 (47,4%)
Po stacionarinio gydymo:			
Psichosocialinė rehabilitacija arba dienos stacionaras	4 (36,4%)	2 (25%)	6 (31,6%)
Ambulatorinės psichologo / psichoterapeuto konsultacijos	4 (36,4%)	3 (37,5%)	7 (36,8%)

^a Daugeliui tyrimo dalyvių buvo paskirti keli medikamentai vienu metu

^b Tarptautinė ligų klasifikacija (TLK-10) kodai: F32-33 – depresijos epizodas, pasikartojantis depresinis sutrikimas; F60-61 – suaugusiųjų asmenybės ir elgesio sutrikimai; F10-19 – psichikos ir elgesio sutrikimai dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo; F21,F25 – šizotipinis, šizoafektiniai sutrikimai; F43 – reakcijos į didelį stresą ir adaptacijos sutrikimai; Nežinoma – diagnozė nežinoma arba dalyviai nurodė atsidūrę ligoninėje „dėl bandymo nusižudyti“.

^c Vienas IP+ASSIP tyrimo grupės dalyvis visą pagalbą gavo ambulatoriškai, medikamentinis gydymas buvo tęsiamas kaip anksčiau paskirta

^d Kineziterapija, ergoterapija, užimtumas, relaksacija

2.2. Tyrimo duomenų rinkimo metodai

Šiame tyrime derinome kokybinę ir kiekybinę tyrimo duomenų rinkimo strategijas.

Kiekybiniams tyrimo dalyvių psichologinės savijautos duomenims surinkti naudoti šie klausimynai, pildomi abiejų matavimų metu:

- **PSO-5 geros savijautos rodiklis** (PSO, 1998) (*angl.* WHO-5 Well-Being Index) – tai plačiai naudojamas klausimynas, kurio pagalba įvertinami įvairūs subjektyvios psichologinės gerovės aspektai, per paskutines dvi savaites. Klausimyną sudaro 5 teiginiai, kuriuos prašoma įvertinti skalėje nuo 0 (niekada) iki 5 (visą laiką). Bendras skalės įvertis gali svyruoti nuo 0 iki 25, bet gautą balą siūloma padauginti iš 4, kad gauti savijautos vertinimo rezultatai atsispindėtų procentine išraiška nuo 0 iki 100 (Topp, Ostergaard, Sondergaard, & Bech, 2015). Lietuviškas klausimyno variantas buvo sudarytas I. Misevičienės bei M. Žilinsko (Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Centre in Mental Health, 1999).
- **Beck depresijos klausimynas** (Beck, Steer, & Brown, 1996) (*angl.* Beck Depression Inventory-II (BDI-II)). Skirtas įvertinti depresijos simptomų išreikštumą suaugusiesiems ir paaugliams, per paskutinę savaitę. Klausimyną sudaro 21 teiginys, kuriuos prašoma įvertinti keturių balų skalėje (nuo 0 iki 3, kur 0 reiškia, kad simptomo nėra, 3 – kad simptomas išgyvenamas stipriai). Vertinant gautus rezultatus, sudedami visų teiginių įverčiai. Bendras skalės įvertis gali varijuoti nuo 0 iki 63 (kuo didesnis skaičius, tuo polinkis į depresiją didesnis). BDI-II į lietuvių kalbą išvertė Balaišis, Černiauskaitė, Bagdonas ir Mockus (2004). Balaišis (2004) atliktame tyrime šio klausimyno vidinis suderintumas yra pakankamas (Cronbacho alpha = 0,93).
- **Beck suicidinės ideacijos skalė** (Beck & Steer, 1991) (*angl.* Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI)). Tai klausimynas, skirtas įvertinti suicidinių minčių buvimą bei intensyvumą, per pastarąją savaitę. Jis sudarytas iš 21 teiginio, kuriuos prašoma įvertinti trijų balų skalėje nuo 0 iki 2. Bendras

įvertis svyruoja nuo 0 iki 42. Jeigu pirmus penkis teiginius tyrimo dalyvis įvertina 0 balų, tolesnių teiginių vertinti nebeprašoma (išskyrus 20 ir 21 teiginį). Lietuviška versija parengta Vilniaus universiteto Taikomosios psichologijos laboratorijos 2015 metais, skalės adaptacijos procesas šiuo metu tęsiamas.

- **Savižudybės statuso forma** (Jobes, 2016) (*angl.* Suicide status form, SSF-IV). Ši forma skirta įvertinti įvairiems suicidiškumo elementams ir yra naudojama šių aspektų pokyčiui vertinti taikant CAMS (*angl.* Collaborative Assessment and Management of Suicidality) pagalbos metodą. Šiame tyrime naudoti trys iš penkių klausimų, sudarančių SSF formos A dalį „Kertinis vertinimas“, kuriuose dalyvio prašoma 5 balų skalėje įvertinti (kur 1 – visai nėra tokio išgyvenimo, 5 – išgyvenama labai intensyviai) šiuo metu išgyvenamą: a) psichologinį skausmą, b) beviltiškumo jausmą ir c) bendrą savižudybės riziką. Būtent šiuos klausimus pasirinkome naudoti šiame tyrime dėl dviejų priežasčių: 1) šie suicidiškumo aspektai neįtraukti į kitus šiame tyrime naudojamus klausimynus; 2) keliame prielaidą, jog šie suicidinės būsenos elementai gali pasikeisti per pakankamai neilgą pagalbos gavimo laikotarpį. Lietuviška formos versija išversta kaip dalis CAMS metodikos vadovo lietuvių kalba (Jobes, 2017), vertėja G. Gailiūtė-Bernotienė, mokslinė redaktorė J. Rimkevičienė.

Kokybiniai tyrimo duomenys buvo renkami pusiau struktūruoto interviu būdu, kurio atveriamasis klausimas buvo formuluojamas taip:

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

Tyrimo dalyviui surašius visą gautos pagalbos seką tyrėjas prašo aptarti kiekvieną pagalbos rūšį, klausdamas papildomų klausimų:

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

- Kaip apibūdintumėte Jūsų santykį su specialistu?
- Kaip manot, kuris iš pagalbos komponentų labiausiai padėjo? Dėl ko?
 - Išranguokite, nuo daugiausiai padedančio iki mažiausiai
 - [Apie daugiausiai ir mažiausiai] – kuo jis išsiskiria iš visos gautos pagalbos?
 - Ką reiktų keisti Jūsų gaunamoje pagalboje, kad ji būtų labiau veiksminga? / Ką norėtumėte, kad specialistai darytų kitaip?
- *Pagalbos vertinimas:*
 - Kuo ši pagalba panaši į tai, ką gavote anksčiau?
 - Kuo ši pagalba skiriasi nuo anksčiau gautos?
 - Kaip vertinat visą Jūsų gaunamą pagalbą po paskutinio bandymo nusižudyti bendrai?
- *Pagalbos poreikiai:*
 - Kokia pagalba šiuo metu Jums labiausiai reikalinga? / Kokios pagalbos trūksta?
- *Pagalbos svarba/reikšmingumas:*
 - Kas keičiasi Jūsų gyvenime gaunant šią pagalbą?
 - (Kas dabar būtų kitaip, jei negautumėte šios pagalbos?)

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

Tyrimo dalyvių demografiniai bei klinikiniai duomenys buvo renkami anketos pagalba, kuri apėmė šią informaciją:

- Demografiniai duomenys (7 kl.)
- Gydymo informacija (diagnozė, paskirti vaistai) (2 kl.)
- Klausimai apie savižudišką elgesį (Ar bandėte nusižudyti per pastaruosius 6 mėnesius? Jei taip, koku būdu?; Kaip dažnai per paskutinius 6 mėnesius galvojote apie savižudybę?; Kaip dažnai per paskutinius 6 mėnesius fiziškai žalojote save (pjaustėtės, deginotės, daužėte save?)) (4 kl.)
- Papildoma informacija apie mėginimą nusižudyti ir gydymą iš tyrimo dalyvių ir/arba gydytojų (Kokiame skyriuje gydomas? Diagnozė ir paskirti vaistai? Dienų skaičius nuo mėginimo nusižudyti iki hospitalizacijos? Tik IP+ASSIP grupėje – papildomi 4 klausimai apie ASSIP taikymo ypatumus) (8 kl. / 4 kl.)

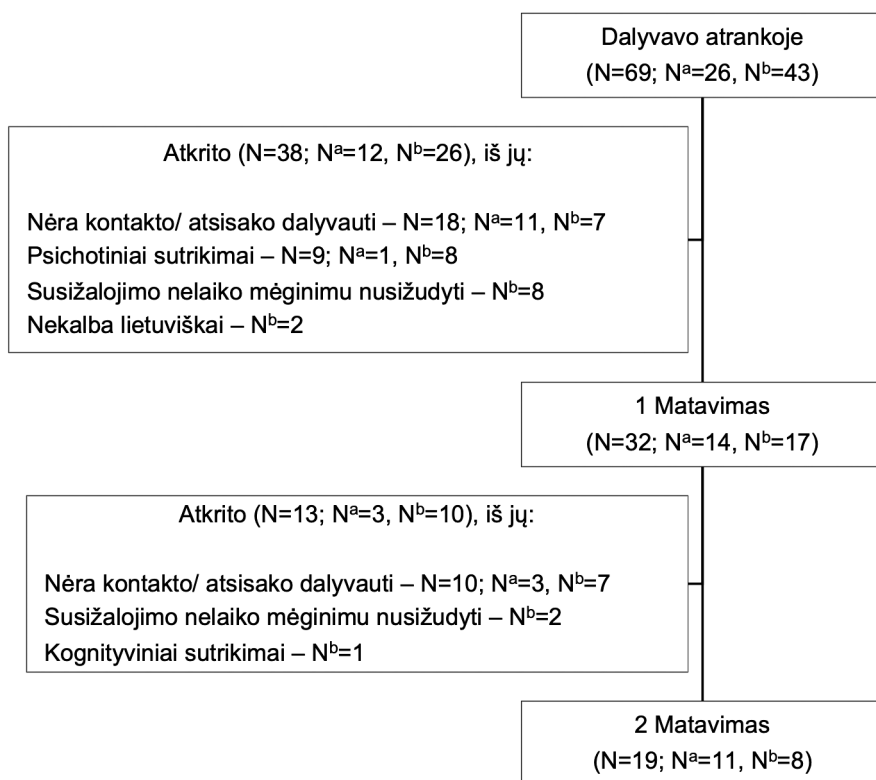
2.3. Tyrimo eiga ir duomenų analizė

1. Gautas Vilniaus universiteto Psichologinių tyrimų etikos komisijos leidimas atlikti tyrimą (leidimo kopija darbo Priede Nr. 1). Gauti kiekybinių instrumentų autorių leidimai naudoti lietuviškas versijas šiame tyrime.
2. Susisiektas su ligoninėmis ir psichikos sveikatos centrais dėl tyrimo, gauti ligoninių vadovų leidimai atlikti tyrimą.
3. Potencialių tyrimo dalyvių atranka. Tyrimo dalyvių atrankos kriterijai:
 - Susižalojimą laiko mėginimu nusižudyti (vs pasikartojantis savęs žalojimas be ketinimo mirti)
 - Nėra ženklių kognityvinių sutrikimų
 - Susižalojimas įvyko ne psichotinėje būklėje
 - Nėra lietuvių kalbos sunkumų

Dėl organizacinių priežasčių IP+ASSIP grupėje ir vienoje iš dviejų įstaigų IP grupėje tyrimo dalyvių atranką, kvietimą į tyrimą bei pirmą matavimą įgyvendino psichologai, dirbę su pacientais. Antroje iš dviejų ligoninių IP grupėje tyrimo dalyvių atranką, kvietimą į tyrimą bei abu duomenų rinkimo etapus įgyvendino tyrėjai, gavę informaciją apie potencialaus tyrimo dalyvio hospitalizavimą iš ligoninės administracijos.
4. Potencialūs tyrimo dalyviai kviešti dalyvauti tyrime, gauti jų raštiški sutikimai dalyvauti tyrime (tyrimo dalyvio informuoto sutikimo formos pavyzdys pridedamas darbo Priede Nr. 2).
5. Tyrimo duomenys buvo renkami dviejų matavimų metu:
 - 1) **pirmas matavimas** įvykdavo tyrimo dalyviui dar būnant ligoninėje – jam buvo įteikiami tyrimo klausimynai (įtraukiantys ir demografinę anketą) bei buvo surenkama informacija apie gydymą ir kliniškes charakteristikas. Dalis gydymo informacijos (tiksliai diagnozė, paskirti medikamentai, dienų skaičius nuo bandymo nusižudyti iki hospitalizavimo) taip pat sutikslinta su gydančiuoju gydytoju psichiatru. Tyrimo dalyviui suteiktas unikalus identifikacinis kodas (sudaromas iš informuoto sutikimo užpildymo datos bei tyrimo dalyvio vardo pirmųjų dviejų raidžių), kuris buvo naudojamas antrame matavime siekiant susieti dalyvio duomenis tarpusavyje;
 - 2) praėjus keturioms savaitėms po tyrimo dalyvio patekimo į ligoninę tyrėjų grupės narys susisiekdavo su dalyviu telefonu (kuris buvo paliktas informuoto sutikimo formoje) ir suderindavo **antro matavimo** laiką, kurio metu antrą kartą būdavo užpildomi tyrimo

klausimynai bei atliktas pusiau struktūruotas interviu. Visi susitikimai ir interviu vyko konfidencialioje aplinkoje – dažniausiai privačiame arba ligininės psichologo kabinete, Vilniaus universiteto interviu pritaikytose patalpose, keli interviu vyko tyrimo dalyvio namuose dėl ribotų dalyvio judėjimo galimybių. Visi interviu buvo įrašomi į diktofoną ir vėliau transkribuojami. Interviu trukmė svyravo nuo 25 iki 76 min., vidutiniškai 45 min., jie buvo atlikti nuo 30 iki 110 dienų po mėginimo nusižudyti (vidutiniškai po 64 dienų; žr. 2 lentelę). Po atlikto interviu, tyrėjas užpildydavo kokybinio tyrimo dienoraštį. Atskira tyrimo dalyvių atranka į interviu nebuvo daroma, kviečiami visi sutikę dalyvauti.

Tyrimo dalyvių skaičius bei atkritimo schema pateikiama 2 paveiksle.



2 pav. Tyrimo dalyvių skaičius ir atkritimo schema

Pastaba: N – bendras tyrimo dalyvių skaičius, N^a – ĮP+ASSIP grupė, N^b – ĮP grupė





6. Duomenų apdorojimas ir analizė. Tyrimo duomenys analizuoti tiek kiekybiniais, tiek ir kokybiniais būdais:

1) Kiekybiniais duomenims apdoroti ir analizuoti naudota statistinės

analizės programa IBM SPSS Statistics 23.0. Duomenys analizuoti taikant aprašomąją statistiką. Analizuojant klausimų bei skalių įverčius remtasi neparametriniais statistinės analizės kriterijais – palyginimai tarp grupių atlikti naudojant Mann-Whitney U testą, o įverčių skirtumas tarp dviejų tyrimo matavimų vertintas Wilcoxon testu. Analizei pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$.

- 2) Interviu duomenų tvarkymui ir analizei naudotasi kompiuterine kokybinių duomenų apdorojimo programa „Atlas.ti“. Interviu duomenys analizuoti remiantis teminės analizės pagal Boyatzis (1998) principais. Teminės analizės tikslas yra sukurti išgrynintų pagrindinių temų sąrašą, kurios naudojamos vėlesnei duomenų analizei. Duomenų analizė atliekama kelias etapais:
 - i. *susipažinimas su duomenimis*: interviu transkripcijos kelis kartus perskaitomos, prireikus dar kartą perklausomos garso įrašo ištraukos;
 - ii. *pirminės informacijos redukavimas*: kiekvienas duomenų ar informacijos segmentas perfrazuojamas arba apibendrinamas, taip išskiriant prasminius vienetus. Tokiu būdu sukuriama interviu santrauka, kuri naudojama tolesnei analizei. Šio etapo pavyzdys pateikiamas 3 pav.;

102 D: (11s) Viena slaugytoja ganėtinai taip išklause, kas nutiko paklausė, dėl ko. Prie- nu ta prasme išklause priežastį. Viena maloni buvo labai. Nu ir kariavau aš ten tam [Ligoninės 1 skyriuje] neduok tu dieve, prieš personalą. Jeigu neišsikovosi tu ten tai (5s) taisyklės, baisu.

-  Aš kariavau su personalu
-  Padėjo, kad slaugytoja išklause
-  Padėjo, kad slaugytoja maloniai labai bendravo
-  Taisyklės baisios

3 pav. Interviu prasminių vienetų išskyrimo iliustracija

- iii. *preliminarių temų išskyrimas* – kiekviename interviu peržiūrimi išskirti prasminiai vienetai ir ieškoma panašumų ar pasikartojančių momentų, t. y. išskiriamos pasikartojančios temos. Šioje stadijoje mažiau dėmesio kreipiama į detales, tikslų temų apibūdinimą, daugiau siekiama užfiksuoti besikartojančių temų įvairovę nagrinėjamuose atvejuose. Vienas prasminis vienetas gali būti priskiriamas kelioms temoms. Šio etapo pavyzdys pateikiamas 4 pav.;

Preliminari tema: Domėjimasis, nuoširdumas, išklausymas iš personalo padeda

Padėjo, kad slaugytoja maloniai labai bendravo

Padėjo, kad slaugytoja išklausė

Pokalbis gali sulaukyti nuo pasekmių

Norėjosi domėjimosi manimi iš personalo

Nuoširdus pokalbis padeda krizėje esančiam žmogui

4 pav. Prasminių vienetų jungimo į preliminarias temas iliustracija

- iv. *temų sąrašo* kūrimas – kiekvienoje tyrimo dalyvių grupėje penkių pačių išsamiausių, daugiausiai bandžiusio nusižudyti asmens patirties aspektų apimančių interviu preliminaros temos peržiūrėtos siekiant sudaryti bendrą temų sąrašą, kuriame jos būtų išgrynintos, nebūtų persidengiančių ar neaiškių temų. Pernelyg plačios temos buvo skaidomos, grįžtama prie prasminių vienetų, jie pergrupuojami. Temos grupuojamos, šioms grupėms priskiriami apibendrinantys pavadinimai. Šiame etape smulkesni analizės vienetai, sudarantys bei apibūdinantys temas, tampa potemėmis. Šio etapo pavyzdys pateikiamas 5 pav.;

**3 Tema: BENDRADARBIAUJANČIO, LYGIAVERČIO IR PROFESIONALAUS SANTYKIO SU SPECIALISTAIS SVARBA
Potemė: Specialistų rūpestingumas, dėmesingumas, supratingumas ir galimybė išsikalbėti**

01 Padėjo dėmesingas santykis su psichosocialinės reabilitacijos atvejo vadybininkais

01 Padėjo psichiatrų rūpestingumas

02 Padeda specialistų atidumas, išklausymas

03 Padėjo išsikalbėjimas psichologei

03 Padėjo psichiatrės supratingumas, nuoširdumas

03 Padėjo psichologės nuoširdus noras padėti

04 Domėjimasis, nuoširdumas, išklausymas iš personalo padeda

5 pav. Temų sąrašo kūrimo iliustracija

- v. *temų sąrašo taikymas likusiems interviu* – sukurtas pagrindinių temų sąrašas pritaikomas likusiai imčiai, t. y. su kiekvienu interviu atlikus 1 ir 2 duomenų tvarkymo žingsnius išskirti prasminiai vienetai priskiriami tinkamai temai bei/arba potemei. Aptikus dar

nesamą temos ir/ar potemės aspektą, temų sąrašas atnaujinamas, papildomas;

- vi. galutinis interviu duomenų tvarkymo ir analizės rezultatas – išsamus, aiškus temų ir potemių sąrašas bei kiekybinė temų pasikartojimo skirtinguose interviu išsklotinė.

Svarbu pabrėžti, kad ši interviu duomenų analizė nėra linijinis procesas – teminės analizės etapai išskirti daugiau sąlygiškai, siekiant apibrėžti atliekamus veiksmus, tačiau visame procese nuolat grįžtama prie ankstesnių etapų, t. y. prie interviu transkripcijos, išskirtų prasminių vienetų ar preliminarių temų, taip tikslinant ir išgryninant galutinio temų sąrašo elementus.

Tyrimo temų išskyrimui ir interpretavimui taikomas semantinis požiūris. Skirtingai nei latentiniame duomenų analizės būde, semantinėje analizėje formuluojamos duomenų turinį aprašančios, o ne interpretuojančios temos – tyrėjas nebando pažiūrėti ar pamatyti, kas slypi *už to*, ką sako tyrimo dalyvis (Braun ir Clarke, 2006). Kitaip tariant, susitelkiama į pačius duomenis, t. y. tyrimo dalyvių pasakojimus, tokius, kaip jie pateikiami – nemėginama išvelgti juos vienijančios, tarsi už jų slypinčios bendros temos. Šiame tyrime, remiantis semantinės analizės gairėmis, judama nuo duomenų aprašymo (išskylančių temų bei atsikartojimų semantiniame turinyje organizavimo), prie jų apibendrinimo bei interpretacijos, kur bandoma teoriškai aiškinti iškilusių temų reikšmę, siejant jas su ankstesniais tyrimais.

2.4. Etiniai tyrimo aspektai

Etikos leidimą vykdyti visą projekto tyrimą išdavė Vilniaus universiteto Psichologinių tyrimų etikos komitetas. Taip pat buvo gauti kiekvienos tyrime dalyvavusios ligoninės administracijos leidimai atlikti tyrimą įstaigoje. Kadangi šiame tyrime dalyvavę asmenys – neseniai bandę nusižudyti žmonės – yra psichologiškai jautri grupė, viso tyrimo metu buvo siekiama pasirūpinti jų psichologiniu saugumu bei užtikrinti informacijos išsamumą bei informaciją apie pagalbos galimybes. Pagrindiniai būdai, kuriais tai buvo užtikrinama buvo šie:

1. Potencialiam tyrimo dalyviui palikus savo kontaktus kvietime, jam būdavo duodamas specialus informacinis lapelis – priminimas apie tyrimą (Priedas Nr. 3) su informacija apie tolesnę tyrimo eigą bei tyrėjų kontaktais kilus norui susisiekti.
2. Skambinimui tyrimo dalyviui dėl interviu laiko buvo naudojama tokia schema:

Laba diena,

ar kalbu su (tyrimo dalyvio vardas)?

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

3. Svarbu pridurti, kad nors tyrimo grupės nariai turi pakankamą kompetenciją teikti emocinę paramą, o dalis ir psichologinę pagalbą asmenims po bandymo nusižudyti, tačiau šio tyrimo rėmuose vengiant vaidmenų konflikto buvo apsiribota tyrėjo vaidmeniu, o po tyrimo dalyviams buvo suteikta informacija apie kitas emocinės paramos ar psichologinės pagalbos galimybes.

Taip pat rūpinomės ir tyrimo dalyvių konfidencialumo bei duomenų saugumo užtikrinimu. Tyrimo dalyviui užpildžius informuotą sutikimą bei pirmojo matavimo anketą jam buvo suteikiamas unikalus identifikacinis kodas, kuris naudojamas vėlesnių matavimų duomenų susiejimui ar komunikacijai tarp tyrėjų. Visi popieriniai dokumentai bei užpildyti klausimynai laikomi saugioje vietoje, rakinamoje spintelėje Vilniaus universitete. Visose interviu transkripcijose tyrimo dalyvių minimi savo ar kitų žmonių vardai, arba vietovių pavadinimai pakeisti kitais sutartiniais ženklais, eilučių pradžioje standartizuotai žymima T – tyrėjas, D – dalyvis (transkribavimo sutartiniai ženklai Priede Nr. 4). Duomenų analizei naudojami apibendrinti duomenys, kurie nesiejami su konkrečiu tyrimo dalyviu. Darbuose ar pranešimuose rezultatų iliustravimui naudojamos tik trumpos citatos su pakeistais tyrimo dalyvių vardais. Su pilna interviu transkripcija ir pirminiais duomenų analizės rezultatais leidžiama susipažinti tik tyrimo grupei bei mokslo darbų recenzentams, sudarant galimybę įvertinti duomenų analizės skaidrumą bei nuoseklumą.

2.5. Tyrimo kokybė ir validumas

Siekdami užtikrinti tyrimo kokybę bei validumą vadovavomės kitų autorių išskirtais tyrimo įvertinimo kriterijais. Šiame skyrelyje šie kriterijai aprašomi

plačiau. Detalizuojama kiekybinės ir kokybinės tyrimo strategijų derinimo procedūra. Taip pat išsamiau aprašomi kokybinių tyrimo duomenų analizės metodo – teminės analizės – atlikimo kokybės užtikrinimo būdai, reflektuojama galima šio darbo autorės ankstesnės patirties bei nuostatų įtaka.

2.5.1. Tyrimo kokybės užtikrinimo kriterijai

Šio tyrimo kokybei užtikrinti pasirinkome vadovautis O’Cathain, Murphy & Nicholl (2008) išskirtais GRAMMS (*angl.* Good Reporting of A Mixed Methods Study) kriterijais bei Elliott, Fischer & Rennie (1999) aprašytais tyrimo įvertinimo kriterijais. Šių kriterijų apibendrinimas pateikiamas 3 lentelėje. Detaliau aprašomi mišriems tyrimo metodams (*angl.* mixed methods) bei kokybiniams tyrimams ypač aktualių kriterijų užtikrinimo būdai šiame tyrime ir darbe.

2.5.2. Teminės analizės atlikimo kokybė

Duomenų rinkimas. Suderinamumas tarp tyrėjų. Kiekvienam tyrėjui atlikus savo pirmąjį interviu buvo susitakta duomenų rinkimo procedūros suderinimui. Tyrėjai per klausė vienas kito interviu, suteikė grįžtamąjį ryšį, buvo aptartos trys kryptys duomenų rinkimo proceso kokybės pagerinimui:

- prieš interviu užmegzti kiek įmanoma šiltesnį kontaktą su tyrimo dalyviu;
- siekti kuo didesnio dalyvio pasakojimo konkretumo – prašyti pateikti konkretų patirtį iliustruojantį pavyzdį, klausti apie specialistų elgesį detalčiau – kas konkrečiai padėjo ar nepadėjo;
- nepraleisti klausimų, kuriais prašoma balu įvertinti, kiek pagalba padėjo, patiko bei kiek kompetentingas buvo specialistas.

Duomenų tvarkymas ir analizė. Indukcinė teminė analizė. Braun ir Clarke (2006) pabrėžia, kad indukcinėje teminėje analizėje tyrėjai negali pilnai išsivaduoti iš savo teorinių ir epistemologinių įsipareigojimų. Kitaip sakant, duomenys nėra koduojami epistemologiniame (pažinimo teorijos) vakuume. Boyatzis (1998) taip pat teigia, jog net jeigu tai nebuvo aprašyta tyrimo publikacijoje, vis tiek tikriausiai tyrėjas turėjo savo teoriją. Tokiu atveju kokybinių duomenų analizė daugiau remiasi tyrėjo mintimis, idėjomis ar suvokimu. Net mėgindamas „tiesiog“ pažinti fenomeną tyrėjas (sąmoningai arba ne) pasirenka pažinimo būdą, kuris jo nuomone yra tam tinkamiausias. Svarbu ši tyrėjų įneštą subjektyvumą bei išankstines teorines nuostatas kuo

3 lentelė. *Tyrimo kokybės įvertinimo kriterijai ir užtikrinimo šiame tyrime būdai*

Kiekybiniams ir kokybiniams tyrimams bendri kriterijai (Elliott et al., 1999)	
1.	Išsamus mokslinis kontekstas ir tikslas
2.	Tinkami metodai
3.	Pagarba tyrimo dalyviams
4.	Metodų aprašymas, detalizavimas
5.	Tinkamas rezultatų aptarimas
6.	Pristatymo aiškumas
7.	Prisidėjimas prie mokslo žinių
Kriterijai	Užtikrinimo šiame tyrime būdai
Mišriems tyrimo metodams (<i>angl. mixed methods</i>) svarbūs kriterijai (GRAMMS, O’Cathain et al., 2008)	
Mišrių metodų naudojimo siekiant atsakyti į tyrimo klausimą pagrindimo aprašymas	Pateikiama skyrelyje <i>1.3. Tyrimo problema, tikslas ir uždaviniai</i>
Tyrimo metodologijos tikslo, prioritetų bei metodų eiliškumo aprašymas	Pateikiama skyrelyje <i>2.3. Tyrimo eiga ir duomenų analizė</i>
Kiekvieno tyrimo metodo imties, duomenų rinkimo bei analizės proceso aprašymas	Pateikiama skyreliuose <i>2.1. Tyrimo dalyviai, 2.3. Tyrimo eiga ir duomenų analizė</i> ir <i>2.5.2. Teminės analizės atlikimo kokybė</i>
Duomenų integracijos etapo, būdo kaip tai atlikta bei dalyvavusių tyrėjų aprašymas	Visi duomenys suintegruoti pasibaigus duomenų rinkimo ir analizės etapui, t. y. rezultatų aptarimo ir interpretavimo etape. Tyrėjų grupė dalyvavo analizuojant tik kokybinius šio tyrimo duomenis. Kiekybiniai duomenys analizuoti atskirai šio darbo autorės, po to, kai buvo užbaigta kokybinė duomenų analizė. Į visumą duomenys apjungti vieno tyrėjo – šio darbo autorės.
Vieno metodo ribotumą, susijusių su kito metodo naudojimu, aprašymas	Pateikiama skyrelyje <i>4.8. Tyrimo ribotumai ir gairės ateities tyrimams</i>
Įžvalgų, kilusių iš metodų derinimo ar integravimo, aprašymas	Pateikiama skyrelyje <i>4.7. Rezultatų apibendrinimas ir tyrimo naujumas</i>

3 lentelė. (tęsinys)

Kriterijai	Užtikrinimo šiame tyrime būdai
Kokybiniams tyrimams ypač svarbūs kriterijai (Elliott et al., 1999)	
Savo perspektyvos atskleidimas (<i>angl. owning one's perspective</i>)	2.5.3. Darbo autorės patirties ir nuostatų <i>refleksija</i> išsamiai aprašoma, kurie teoriniai požiūriai, ankstesnė mokslinė ir praktinė patirtis, susiformavusios nuostatos aktualūs šio tyrimo kontekste.
Tyrimo imties konteksto aprašymas (<i>angl. situating the sample</i>)	Tyrimo dalyvių aprašyme pateikiamos detalios jų demografinės bei klinikinės charakteristikos.
Pagrindimas pavyzdžiais (<i>angl. grounding in examples</i>)	Išskirtos temos ir potemės iliustruojamos konkrečiais pavyzdžiais, pateikiamos interviu citatos. Išsamiai aprašomas teminės analizės procesas bei atskiri jo etapai.
Tikėtinumo patvirtinimo atlikimas (<i>angl. providing credibility checks</i>)	Keturių tyrėjų dalyvavimas duomenų rinkime ir pirminėje interviu analizėje bei diskusijos dėl temų ir potemių išskyrimo ar pavadinimo.
Rišlumumas (<i>angl. coherence</i>)	Tyrimo rezultatų skiltyje pateikiamas temų sąrašas, stengiamasi potemes sieti tarpusavyje, suteikti joms vieningą temos pavadinimą, atskleisti galimas sąsajas.
Į bendrą ir į konkretų tikslą orientuotų tyrimų tikslų įvykdymas (<i>angl. accomplishing general vs. specific research tasks</i>)	Šio tyrimo tikslas buvo bendras, dėl to skyrelyje <i>Tyrimo ribotumai ir gairės ateities tyrimams</i> išsamiai aprašomos rezultatų generalizavimo gairės ir ribos.
Susišaukimas su skaitytojo patirtimi (<i>angl. resonating with readers</i>)	Rezultatus stengiamasi pristatyti gyvai ir konkrečiai, vengiant abstraktaus mokslinio žargono, per daug nenutolstant nuo tyrimo dalyvių patirties.

skaidriau aprašyti – tokia refleksija padeda sumažinti šio subjektyvumo įtaką rezultatams. Toliau aprašomos šio tyrimo sritys, kuriose tyrėjų ankstesnės suicidologijos žinios greičiausiai darė daugiausiai įtakos:

- *Interviu klausimų formulavimas.* Pagalbos po bandymo nusižudyti patyrimas ir vertinimas suprantamas kaip paciento santykio su specialistais

bei specialistų elgesio pasekmė. Dėl to interviu klausimuose susitelkiama ties tuo, kuo pagalba padėjo ir nepadėjo, kuo patiko ir nepatiko, prašoma apibūdinti santykį su kiekvienu specialistu bei įvertinti kompetentingumą;

- *Duomenų analizė* – sprendimas, kas yra koduotinas momentas (*angl.* codable moment, pagal Boyatzis (1998), t. y. ką turėtume įtraukti į preliminarių temų sąrašą). Dėl tyrimo fokuso į gautos pagalbos patyrimą, dalis informacijos, kuri buvo susijusi su kitomis gyvenimo sritimis (pvz., apie santykius su šeima ar artimaisiais), nebuvo įtraukta į duomenų analizę. Užtikrinimui, jog kuriamos temos kyla iš duomenų laikytasi Boyatzis (1998) indukcinės analizės gairių, pvz., kuriant temų sąrašą visų pirma sutelkiami temą apimantys prasminiai vienetai, tuomet bandoma suteikti jiems apibrėžimą ir tik pačioje pabaigoje ieškoma temos pavadinimo formuluotės. Anot Boyatzis (1998), kuo daugiau pavadinimas nutolęs nuo duomenų, tuo daugiau interpretacijos pateko į temų sąrašo kūrimo procesą.

Duomenų tvarkymas ir analizė. Patikimumas kaip sprendimo pastovumas (*angl.* reliability as consistency of judgement). Pasak Boyatzis (1998) tyrimo patikimumą galima vertinti dviem būdais – kaip *suderinamumą tarp tyrėjų* arba kaip *suderinamumą laike ir tarp įvykių*. Tačiau teminėje analizėje naudoti pastarąją sampratą nedera pirmiausia dėl to, jog įprastai kokybiniuose tyrimuose tiriami laike besikeičiantys fenomenai. Be to, kiekybiniuose tyrimuose įprasta kartotinio testavimo patikimumo samprata yra pernelyg grubi tam, kad užčiuoptų smulkius tyrimo dalyvio patyrimo, būsenos ar vertinimo pokyčius, kurie labai retai kada gali būti dichotomiškai išreikšti yra/nėra kategorijomis.

Šiame tyrime naudojome Boyatzis (1998) nurodytą metodą tokiam patikimumui užtikrinti – *keliagubą kodavimą*. Temų sąrašo kūrime dalyvavo keturi tyrėjai. Vienas tyrėjas išskyrė interviu prasminius vienetus bei preliminarias temas, tuomet du ar trys tyrėjai diskutuodami sugrupuodavo šias preliminarias temas, galiausiai trys tyrėjai kūrė temų sąrašą siekdami bendro sutarimo dėl kiekvienos temos. Šis procesas buvo atliktas atskirai analizuojant IP+ASSIP bei IP grupės interviu. Toks procesas leido sumažinti subjektyvią kiekvieno tyrėjo įtaką galutiniam rezultatui. Nors Boyatzis (1998) nurodo, kad diskusijų procese tyrėjai gali daryti vienas kitam įtaką dėl geresnių komunikavimo gebėjimų ar dėl skirtingų tarpasmeninių stilių, manome, jog mūsų tyrėjų grupei pavyko išvengti šių kliūčių dėl tyrėjų skirtingos ankstesnės patirties suicidologijos tyrimuose – šio darbo autorė yra gerai išigilinusi į šią sritį, kiti trys tyrėjai anksčiau domėjosi kitomis psichologijos mokslo sritimis, be to, trys tyrėjai yra ilgamečiai „Jaunimo linijos“ savanoriai.

2.5.3. Darbo autorės patirties ir nuostatų refleksija

Šio darbo autorė ankstesniuose savo tyrimuose rėmėsi interpretacine fenomenologine analize bei šiuo metu studijuoja podiplominėse egzistencinės terapijos studijose, tad fenomenologinis požiūris į žmogų yra įprastas. Siekiu remtis konkretaus žmogaus subjektyviu pasaulio matymu, jį laikyti savo patirties ekspertu, vengti visaapimančių apibendrinimų ar asmens patyrimo priskyrimo iš anksto sukurtoms kategorijoms. Dėl šios priežasties autorė tikslingai nedalyvavo ASSIP terapijos mokymuose, kad galėtų išlaikyti atvirą, nešališką požiūrį į abiejų tyrimo dalyvių grupių patirtį. Temų ir potemių pavadinimuose galėjo rasti interpretacinių, latentinių sąvokų, ko patys tyrimo dalyviai semantiškai žvelgiant neminėjo, galbūt ir nereflektavo.

Darbo autorė yra tiek akademiškai susipažinusi su savižudybių tematika rašydama kurso, bakalauro bei magistro baigiamuosius darbus, dirbdama tyrėja kituose mokslo projektuose, tiek ir praktiškai – daugiau nei 10 metų savanoriaujant emocinės paramos tarnyboje „Jaunimo linija“, rengiant naujus savanorius, šešerius metus dirbant klinikinio psichologo darbu, vedant bazinių savižudybės intervencijos įgūdžių mokymus safeTALK. Visa ši patirtis suformavo tam tikras bazines nuostatas į savižudybę kaip reiškinį, pvz.:

- savižudybė – tai nebepakeliamo psichologinio skausmo išraiška, ne psichikos sutrikimas ar racionalus pasirinkimas, apsvarsčius visas problemų sprendimo alternatyvas;
- savižudiškai besielgiančio žmogaus psichologinė būseną yra pakitusi, ji nėra jam įprasta, tokiai būsenai būdingas kognityvinis susiaurėjimas ir desperacija siekiant bet kokia kaina numalšinti išgyvenamą skausmą;
- psichologinį skausmą numalšinti gali atviras ir nuoširdus pokalbis su žmogumi, kuris kelia pasitikėjimą bei geba empatiškai klausyti;
- pernelyg medikalizuotas požiūris į savižudybę, laikant šią būseną ar elgesį vienu iš psichikos sutrikimo simptomu, užkerta kelią bendradarbiavimui su pacientu, jo įgalinimui pačiam išmokti valdyti suicidinę krizę;
- savižudybė yra kompleksiškas bei kontekstualus reiškinys, kurio redukovimas į bet kurią vieną – biologinę, medicininę, psichologinę, socialinę, kultūrinę, dvasinę ar kitą – plotnę veikia trukdo negu padeda tinkamai suprasti savižudiškai besijaučiančius ir/ar besielgiančius asmenis. Dėl to šio darbo autorė labiausiai prijaučia integruotam motyvaciniam-vaivos savižudiško elgesio modeliui (O'Connor, 2011; O'Connor & Kirtley, 2018) bei savižudiško elgesio kaip komunikacijos modeliui (Knizek & Hjelmeland, 2007).

3. REZULTATAI

Šiame tyrime siekta įvertinti trumpalaikės bandymo nusižudyti intervencijos programos (ASSIP) tinkamumą taikyti Lietuvoje iš pacientų perspektyvos. Šiame skyriuje pateikiami visų 19-os tyrimo dalyvių rezultatai – 11 gavusiųjų įprastos pagalbos ir trumpos intervencijos po bandymo nusižudyti programos (ASSIP) derinį (toliau – IP+ASSIP grupė) bei 8 gavusiųjų įprastą pagalbą (toliau – IP grupė). Psichologinės savijautos ir suicidiškumo vertinimų klausimynų rezultatai pateikiami 4 lentelėje. Šiame skyriuje taip pat pateikiami interviu metu tyrimo dalyvių išsakyti skirtingų pagalbos rūšių skaitiniai vertinimai – jie apibendrinti 5 lentelėje. Išanalizavus interviu sudarytas temų sąrašas – išskirtos 27 potėmės, kurios apibūdina 9 temas. Jos pateikiamos 6 lentelėje. Priede Nr. 5 pateiktas detalus teminės analizės būdu išskirtų temų bei potėmių sąrašas. Grupių rezultatų išsamus palyginimas pateikiamas Rezultatų aptarimo dalyje.

3.1. Psichologinės savijautos ir suicidiškumo vertinimų rezultatai

Siekiant tyrimo tikslų abiejų tyrimo grupių dalyviai pildė klausimynų rinkinius du kartus – pirmojo matavimo metu jiems būnant ligoninėje ir antrojo matavimo metu, po to, kai dalyvavo interviu. Apibendrinti šių klausimynų rezultatai pateikiami 4 lentelėje.

Šie rezultatai atskleidžia, jog skirtumai tarp grupių pirmo matavimo metu nebuvo statistiškai reikšmingi. Lyginant rezultatus tarp dviejų matavimų, t. y. savijautos pokytį gaunant pagalbą, tyrimo dalyviai statistiškai reikšmingai aukštesniais balais vertino savo psichologinę gerovę bei jautė mažesnę depresyvumą. Suicidinių minčių intensyvumo ir bendro suidiškumo vertinimai nors ir sumažėjo, tačiau šie skirtumai nebuvo statistiškai reikšmingi. Tuo pačiu svarbu pastebėti, kad IP+ASSIP grupėje skirtumai tarp dviejų matavimų visuose klausimynuose buvo statistiškai reikšmingi – padidėjo psichologinės gerovės įvertis, sumažėjo depresyvumas, tapo retesnės suicidinės mintys ir sumažėjo bendras suicidiškumas. IP grupėje statistiškai reikšmingai padidėjo tik psichologinės gerovės įvertis tarp dviejų matavimų, depresyvumo balai nors ir sumažėjo, tačiau skirtumas nėra statistiškai reikšmingas. Ypač svarbu tai, kad IP grupėje suicidinės mintys antrojo matavimo metu vertintos kaip dažnesnės, o bendro suicidiškumo vertinimas nesumažėjo – nors šie skirtumai ir nėra statistiškai reikšmingi, jie atskleidžia, jog negaudami specifiskai į suicidiškumą orientuotos pagalbos gydymo metu,

šie tyrimo dalyviai ir nepajuto teigiamo pagalbos poveikio savo suicidinėms mintims ar savijautai, dėl ko visų pirma ir atsidūrė psichiatrijos ligoninėje.

4 lentelė. Savijautos rodiklių tarp pirmo ir antro matavimo ir tarp grupių palyginimas.

Lyginama charakteristika		Tyrimo dalyvių grupė			Grupių skirtumai <i>Z</i> ; <i>p</i>
		Visi (<i>n</i> = 19)	IP+ASSIP (<i>n</i> = 11)	IP (<i>n</i> = 8)	
		<i>M</i> (<i>SD</i>)			
Psichologinė gerovė (PSO-5)	1 matavimas	30,1 (21,18)	32,73 (20,46)	26,5 (23,02)	-0,457; 0,648
	2 matavimas	43,58 (19,18)	44,36 (21,50)	42,5 (16,83)	
	Skirtumas <i>Z</i> ; <i>p</i>	-3,353; 0,001	-2,20; 0,028	-2,53; 0,011	
Depresyvumas (BDI)	1 matavimas	29,11 (14,99)	30,55 (17,33)	27,13 (11,86)	-0,207; 0,836
	2 matavimas	22,42 (16,08)	21,36 (17,06)	23,88 (15,64)	
	Skirtumas <i>Z</i> ; <i>p</i>	-2,397; 0,017	-2,312; 0,021	-0,933; 0,351	
Suicidinės mintys (BSSI)	1 matavimas	17,79 (11,36)	20,55 (12,82)	14 (8,28)	-1,323; 0,186
	2 matavimas	14,21 (9,80)	13,81 (10,57)	14,63 (9,35)	
	Skirtumas <i>Z</i> ; <i>p</i>	-1,735; 0,083	-2,143; 0,032	-0,631; 0,528	
Suicidiškumas (SSF)	1 matavimas	7,58 (3,58)	8,27 (3,80)	6,63 (3,25)	-0,796; 0,426
	2 matavimas	6,68 (3,73)	6,73 (3,50)	6,63 (4,27)	
	Skirtumas <i>Z</i> ; <i>p</i>	-1,732; 0,083	-2,154; 0,031	-0,106; 0,916	

Pastaba: *n* – tyrimo dalyvių skaičius; *M* – vidurkis; *SD* – standartinis nuokrypis; Grupių skirtumai – Mann-Whitney U testo rodikliai lyginant IP+ASSIP ir IP grupių įverčių vidurkius; Skirtumas – Wilcoxon testo rodikliai lyginant įverčių vidurkius tarp 1 matavimo ir 2 matavimo kiekvienoje grupėje atskirai ir visų dalyvių bendrai. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

3.2. Gautos pagalbos ir jos kokybės vertinimai

Interviu metu šalia atskleidžiamųjų klausimų tyrimo dalyvių taip pat buvo prašoma žodžiu įvertinti skaičiumi nuo 1 iki 10 (kur 1 reiškia prasčiausią įvertinimą, o 10 – geriausią), kiek kiekviena gauta pagalbos rūšis: 1) padėjo; 2) patiko; 3) specialistas buvo profesionalus. Šių atsakymų apibendrinti rezultatai pateikiami 5 lentelėje.

Svarbu pastebėti, jog tvarkant šiuos rezultatus atsiskleidė nevienodas atsakymų detalumas, t. y. ne visi tyrimo dalyviai atsakė į visus tris klausimus apie kiekvieną pagalbos rūšį. Taip pat ne visi dalyviai gavo vienodas sveikatos priežiūros paslaugas, dėl to ir bendras paslaugą įvertinusiųjų skaičius skiriasi

tarp skirtingų paslaugų. Dėl to ties tomis pagalbos rūšimis, kur atsakiusiųjų skaičius buvo mažiausias (Bendrai visa pagalba, Somatinėje ligoninėje, Vaistai, Kiti specialistai ir Bendrai buvimas ligoninėje/aplinka), vieno dalyvio atsakymai į visus tris klausimus buvo suvidurkinti siekiant gauti vieną bendrą įvertį ir tokiu būdu matyti didesnės dalies tyrimo dalyvių vertinimus.

5 lentelė. *Gautos pagalbos ir jos kokybės vertinimas.*

Vertinamos pagalbos rūšis	Tyrimo dalyvių grupė					
	Bendrai (n = 19)		IP+ASSIP grupė (n = 11)		IP grupė (n = 8)	
	M	n	M	n	M	n
Bendrai visa pagalba	7,38	8	7,25	4	7,5	4
Somatinėje ligoninėje ^a	7,83	10	6,9	7	10	3
<i>Psichiatrijos ligoninėje:</i>						
Padėjo	7,89	14	7,79	7	8	7
Psichologas Patiko	9,18	11	9,07	7	9,38	4
Profesionalu	9,3	10	9	5	9,6	5
Padėjo	8,73	13	8,57	7	8,92	6
Psichiatras Patiko	8,45	11	7,67	6	9,4	5
Profesionalu	8,71	17	8,67	9	8,75	8
Vaistai Padėjo	7,17	9	5,7	5	9	4
Kiti specialistai ^b	6,6	11	5,63	5	7,41	6
Padėjo	-	-	8,6	10	-	-
ASSIP Patiko	-	-	8,78	9	-	-
programa Profesionalu	-	-	9,73	11	-	-
Bendrai buvimas ligoninėje / aplinka	6,15	8	4,65	5	8,64	3

^a Įskaitant greitąją pagalbą ir reanimaciją

^b Socialiniai darbuotojai, kineziterapija, ergoterapija, slaugytojai, relaksacija

Analizuojant gautus rezultatus, išryškėjo, jog visas gautos pagalbos rūšis IP+ASSIP grupės dalyviai vertino žemesniais balais negu IP grupės dalyviai. Didžiausi skirtumai išryškėjo vertinant bendrai buvimą psichiatrijos ligoninėje ir jos aplinką (IP+ASSIP grupėje vidutinis balas yra 4,65, o IP grupėje 8,64), vaistų pagalbos vertinime (IP+ASSIP grupėje vidutinis balas

yra 5,7, o IP grupėje 9) ir somatinės ligoninės pagalbos vertinime (IP+ASSIP grupėje vidutinis balas yra 6,9, o IP grupėje 10). Svarbu pastebėti ir tai, kad abiejose grupėse psichiatrijos ligoninių psichologų bei psichiatrų pagalbos vertinimai yra labai panašūs bei ganėtinai aukšti (svyruoja nuo 7,67 psichiatrų pagalba patiko IP+ASSIP grupėje iki 9,6 psichologų pagalbos profesionalumas IP grupėje).

ASSIP programos vertinimai pakankamai aukšti – lyginant su kita psichologine pagalba tiek bendrai, tiek IP+ASSIP grupėje, ASSIP programos pagalba ir specialistų profesionalumas vertinti geriau (padėjo – ASSIP 8,6 balo, kiti psichologai 7,89 bendrai ir 7,79 IP+ASSIP grupėje; profesionalu – ASSIP 9,73 balo, kiti psichologai 9,3 bendrai ir 9 IP+ASSIP grupėje). Svarbu pastebėti, kad ASSIP programos patikimas vertintas žemesniais balais negu kita psichologinė pagalba – 8,78, lyginant su 9,18 kitų psichologų pagalba bendrai ir 9,07 IP+ASSIP grupėje. Šį skirtumą galėtų paaiškinti tyrimo dalyvių atsiliepimai apie tai, jog savitų iššūkių kėlė ASSIP programos formato savitumai – kai kurie dalyviai jautėsi įsitempę dėl filmavimo pirmosios sesijos metu ir jautė nejaukumą peržiūrint šį vaizdo įrašą vėlesnėje sesijoje.

Bendroje imtyje prasčiausiai įvertintas bendrai buvimas psichiatrijos ligoninėje ir jos aplinka – 6,15 balų, o geriausiai psichologų psichiatrijos ligoninėje profesionalumas – 9,3 balų. Tendencijos atskirų grupių vertinimuose kiek skirtingos: IP+ASSIP grupėje prasčiausiai įvertintas bendrai buvimas psichiatrijos ligoninėje ir jos aplinka – 4,65 balo, geriausiai ASSIP terapeutų profesionalumas – 9,73, o IP grupėje žemiausiais balais įvertinta kitų specialistų pagalba – 7,41 balų, geriausiai – somatinės ligoninės pagalba – 10 balų. Taigi panašu, jog dėl skirtingo dalyvių skaičiaus, apibendrinti duomenys kiek geriau atspindi IP+ASSIP grupės gautos pagalbos vertinimus negu IP grupės.

3.3. Interviu rezultatai

3.3.1. Pagalbos teigiamas poveikis

Gauta pagalba išgelbėjo gyvybę, apsaugojo nuo dar vieno mėginimo nusižudyti, pagalbos pakako. Beveik visi (išskyrus du) tyrimo dalyviai įvardijo, kad gauta pagalba po mėginimo nusižudyti buvo operatyvi ir kad ji išgelbėjo gyvybę, pavyzdžiui: „*Tai manęs šitoj žemėj nebebūtų*“ (Julija, 169); „*Nu išgelbėjo man gyvybę, taip.*“ (Diana, 223); „*Ne nu ta prasme, nežinau, tai arba būčiau nusižudęs, arba būčiau dirbęs.*“ (Giedrius, 435); „*Tai, kas dabar būtų kitaip, jeigu nebūtų buvus tokios pagalbos? Mhm, nežinau*

tikriausiai, tikriausiai manęs čia tikrai nebūtų“ (Linas, 124); „Nu manyčiau, kad nesėdėčiau jau čia. Manyčiau taip, nes nu sakau, pati su savo emocijom, su savo mintim nesusitvarkiau“ (Miglė, 145). Taip pat, tyrimo dalyvis kalba apie tai, kad ASSIP intervencinės programos metu sudarytas saugumo planas galimai išgelbėjo gyvybę „Jau vieną kartą jisai man (pagalbos planas) galimai išgelbėjo gyvybę, nes galėjo būti dar vienas suicidinis bandymas.“ (Ignas, 54). Galiausiai kai kurie tyrimo dalyviai teigė, kad gautoje pagalboje nieko netrūksta ir kad nėra ką keisti: „Mano nuomone, neturiu tokių priekaištų dar kažko tai. Nežinau tokių, kad klaidų, kad tikrai, ar kažką tai keisti, tikrai nemačiau.“ (Linas, 114); „Pagalba buvo, buvo tiek, kiek man jos reikėjo.“ (Aistė, 189); „Nežinau ką ir bepridurt prie to, kad labai gerai vertinu.“ (Eimantas, 217).

Pasikeitęs požiūris, geresnis savo sunkumų ir būdų sau padėti supratimas. Daugelis tyrimo dalyvių (devyni IP+ASSIP grupėje ir septyni IP grupėje) apibūdina savo asmeninius pasikeitimus po gautos pagalbos. Tyrimo dalyviai atskleidžia, kad gauta pagalba teigiamai paveikė jų kasdienį funkcionavimą, savęs supratimą bei ateities planus: „Pasidariau veiklesnis, geresnės nuotaikos, daugiau bendraujantis ir geresnės nuotaikos, kitokių minčių, kitokių nusistatymų, ateities planų ir panašiai.“ (Giedrius, 427); „Viskas pasikeitė. Mečiau gerti, mečiau- išsiskyriau su vadinamais draugais kurie mane girdydavo, skolindavosi pinigų, niekada negrąžindavo, viliodavo cigaretes, vaistus raminančius. Viso to nebėra. Gyvenu švariai ir oriai. Ir dėl šito va teko sumokėti tokią kainą. Kitaip aš nebūčiau atsistojusi, aš buvau labai giliai įklimpusi“ (Olga, 606).

Kiti įvardijo, jog susitikimai su psichologe padėjo geriau pažinti save ir lengviau spręsti sunkumus: „padedą pažinti save nes, aš toks vat, gal-galvojau taip ir tik taip ir ne kitaip. Bet pabendravus su ja iš tikrųjų yra ir kitos galimybės ir tada pradedi mąstyt.“ (Haroldas, 187); „Taip, aš matau tą pokytį, kad tos pagalbos dėka aš galiu atsigauti ir po ligoninės, po dabartinės pagalbos būtent stacionarinės, ir galiu spręsti savo problemas. Spręsti priežastis to, kas mane privedė prie noro nusižudyti ir kas vis dar veda.“ (Patricija, 141); „Dabar aš po truputį atsistatau į savo tą būseną. Grįžtu, nes buvo tikrai nusmukęs tiek mąstymas, tiek sprendimų priėmimas. Atsistato, jaučiu, kad atsistato galvoj visos sritis.“ (Nerijus, 141); „Mąstymas pasikeitė. Atsirado norai poreikiai, o ne augalėlis, kuriam viskas gerai. Reikalavimai sau iš- išsiugdė tokie dabar, galvoju kiek aš švaisčiau laiko glušindama save vaistais ir, kiek aš ko nepadariau ir, daug daug daug visko dabar yra. Siekiai viskas.“ (Diana, 217).

6 lentelė. Tyrimo metu išskirtos interviu temos ir potemės.

Temos ir potemės	IP+ASSIP grupė											IP grupė							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. TEIGIAMAS PAGALBOS POVEIKIS:																			
Gauta pagalba išgelbėjo gyvybę, apsaugojo nuo dar vieno mėginimo nusižudyti, pagalbos pakako																			
	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x		x	
Pasikeitęs požiūris, geresnis savo sunkumų ir būdų sau padėti supratimas																			
	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x		x	
2. PAGALBOS SIEKIMAS IR SUNKUMAI PRIIMANT PAGALBĄ:																			
Sunkumai priimti pagalbą: beviltiškumas, vienišumas, nenoras kalbėti apie problemas, savikliova																			
	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x	x				x	x	
Pagalbos siekimas, įsitraukimas ir savarankiškumas																			
	x		x		x	x	x	x	x	x								x	
Asmeninių savybių ir jausmų įtaka gaunamai pagalbai																			
		x		x	x		x	x	x	x									
Jausmai, elgesys susijęs su bandymu nusižudyti																			
	x	x			x	x	x		x										
Savigyda																			
														x			x	x	
3. BENDRADARBIUAJANČIO, LYGIAVERČIO IR PROFESIONALAUŠ SANTYKIO SU SPECIALISTAIS SVARBA:																			
Specialistų rūpestingumas, dėmesingumas, supratingumas ir galimybė išsikalbėti																			
	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Abipusiu pasitikėjimu ir bendradarbiavimu grįstas santykis																			
	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	
Specialistų profesionalumas ir kompetencija																			
	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x	
4. LIGONINĖS SĄLYGŲ IR APLINKOS SVARBA:																			
Ligoninės saugios, ramios, tvarkingos aplinkos bei taisyklių svarba																			
	x	x	x								x	x	x	x	x	x	x	x	
Bendravimo, bendruomeniškumo svarba gydymosi procese																			
		x				x					x	x	x	x	x		x	x	
5. NEPAGARBAUS SANTYKIO IR PERNELYG GRIEŽTŲ GYDYMO BŪDŲ KENKSMINGUMAS:																			
Nepadeda griežtas, neatidus, nejautrus santykis																			
	x	x	x	x	x	x	x	x		x			x	x	x	x	x	x	
Personalo nekompetentingumas, neprofesionalus elgesys																			
	x	x	x	x		x	x	x			x		x			x	x		
Nepadeda netinkami, priverstiniai gydymo būdai ir taisyklės																			
	x	x		x		x	x		x			x					x		
Psichologinės pagalbos trūkumas, nepakankama priežiūra																			
											x	x	x	x	x	x	x	x	

6 lentelė. (tęsinys)

Temos ir potemės	IP+ASSIP grupė											IP grupė							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
5. NEPAGARBAUS SANTYKIO IR PERNELYG GRIEŽTŲ GYDYMO BŪDŲ KENKSMINGUMAS:																			
Gulėjimas psichiatrijos ligoninėje ir jos aplinka nepadėjo																			
	x	x	x				x	x			x								
6. SAVIŽUDYBĖMS SPECIFINĖS PSICHOLOGINĖS PAGALBOS VEIKSMINGUMO ELEMENTAI:																			
Padeda kelių psichologinės pagalbos būdų derinimas, konkretumas, saugumo planas, krizės ženklų pastebėjimas, išmokti nauji savipagalbos būdai																			
	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
Psichologinė pagalba buvo svarbi																			
	x			x				x	x		x								
Dabartinė pagalba specifiškesnė, intensyvesnė																			
	x					x			x										
7. NEVIENAREIKŠMIŠKA MEDIKAMENTINĖ PAGALBA:																			
Teigiamas medikamentinės pagalbos poveikis ir vertinimas																			
		x	x	x	x		x		x	x	x		x		x	x		x	
Šalutiniai vaistų poveikiai ir menkas veiksmingumas																			
	x		x	x			x	x	x		x			x		x		x	
8. SKIRTINGI PAGALBOS PO LIGONINĖS POREIKIAI:																			
Kliūtys siekti pagalbos: prasta savijauta, finansiniai ir santykių sunkumai																			
	x	x					x	x		x			x		x	x	x	x	
Tolėsni psichologinės pagalbos poreikis																			
	x	x				x							x		x		x	x	
Teigiami pokyčiai po ligoninės: savarankiškumas, artimųjų palaikymas																			
		x	x							x	x							x	
9. PAGALBOS VEIKSMINGUMĄ GALINTYS PADIDINTI ASPEKTAI:																			
Psichologinės pagalbos tęstinumo, intensyvumo ir specifiškumo svarba																			
	x	x				x	x		x	x	x		x	x		x	x	x	
Pagalbos kompleksiško, artimųjų įtraukimo svarba																			
									x	x	x		x	x		x	x	x	

Pastaba. Numerių paaiškinimas: IP+ASSIP grupės dalyviai: 1 – Aistė, 2 – Beata, 3 – Cecilė, 4 – Diana, 5 – Eimantas, 6 – Fausta, 7 – Giedrius, 8 – Haroldas, 9 – Ignas, 10 – Julija, 11 – Karolis; IP grupės dalyviai: 12 – Linas, 13 – Miglė, 14 – Nerijus, 15 – Olga, 16 – Patricija, 17 – Rasa, 18 – Sonata, 19 – Toma.

3.3.2. Pagalbos siekimas ir sunkumai priimant pagalbą

Sunkumai priimti pagalbą: beviltiškumas, vienišumas, nenoras kalbėti apie problemas, saviklio. Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių (aštuoni IP+ASSIP

grupėje, penki IP grupėje) atskleidė susidūrę su įvairiais sunkumais priimti pagalbą. Kai kuriems buvo sunku atsiverti gaunant įvairią psichologinę pagalbą (individualias konsultacijas ar dalyvaujant grupinėje psichoterapijoje), nesinorėjo kalbėti apie esamus sunkumus: „*Nepatiko apskritai, kad reikėdavo kalbėti apie savo problemas, nu tas, kad su psichologu bendraut apskritai dalykas, nemėgstu.*“ (Cecilė, 65); „*Be galo sunku kažkaip atsiverti didesnėje tokioje grupėje.*“ (Fausta, 64). Kiti išgyveno abejones, baimes, beviltiškumo bei vienišumo jausmus: „*aš tiesiog tų migdomųjų kažkaip vengiau prašyti, kad man sakau nepradėtų įtarinėti, kad man kažkas ten nežinau, blogiau su manim darosi žodžiu.*“ (Karolis, 108); „*aš dabar taip gyvenu kad, neturiu nei draugų nei nieko, nėra man net su kuo pasišnekėt. Su mama tai taip, žinot taip tikrai kažką tai.*“ (Haroldas, 215); „*Na tiesiog aš jaučiausi abejinga aplinkiniam pasauliui tiesiog, nenorėjau pagalbos priimti.*“ (Beata, 28); „*Tas savisaugos planas nu, ką aš žinau. Aš nelabai matau jo tokios prasmės.*“ (Toma, 164). Keli tyrimo dalyviai taip pat pažymi, kad jiems buvo sunku priimti pagalbą, jie buvo pratę savarankiškai spręsti problemas, nesidalinti savo jausmais: „*Tiesiog niekas nežinojo, kad aš kažką toki turėjau, visi galvoja, kad viskas gerai, čia įtaria, gal ne.*“ (Linus, 126); „*Realiai niekas nežinojo apie mano šitas mintis arba tai, kad sirgau depresija tai kažkas tokio. Tai, sužinojo artimieji buvo lengviau pakliūti į ligoninę negu pasisodinti ten kokią mamą ir jai pasakyti, viską.*“ (Sonata, 50).

Pagalbos siekimas, įsitraukimas ir savarankiškumas. Dešimt tyrimo dalyvių (devyni IP+ASSIP grupėje ir vienas IP grupėje) atskleidė įvairius būdus, kaip jie siekė pagalbos ir matė savo atsakomybę už įsitraukimą į pagalbą, pvz., „*aš kaip suprantu tai ta pagalba labiau buvo tokia pre- Kaip čia pasakyt, postūmis toks labiau man pačiam kažką imt ir daryt [T: mhm], keistis ta prasme ir tvarkytis, tai labiau apie tai.*“ (Karolis, 202); „*Čia viskas kaip sakant jau nuo manęs nuo tokio, tokio apatiškumo, nusivylimo ir taip toliau*“ (Haroldas, 193); „*Tada po bandymo nusižudyti aš ten nuėjau iškart pas savo psichiatrą ir aš jam pasakiau situaciją.*“ (Toma, 150-151).

Asmeninių savybių ir jausmų įtaka gaunamai pagalbai. Aštuoni tyrimo dalyviai (visi iš IP+ASSIP grupės) atskleidė įvairias savo asmenines savybes bei jausmus, kurie gali trukdyti įsitraukti į pagalbą, pvz., aukšti lūkesčiai: „*Jeigu jau specialistai nesvarbu, tada ir man neturėtų būt svarbu. Gal per daug reikalauju iš specialistų.*“ (Beata, 90); savirefleksijos sunkumai: „*net tokius vizualinius aš juo labiau, kai sportuoju aš tokių pokyčių galbūt tokių trumpalaikių nesugebėdavau pastebėti žodžiu kas su manim vyksta.*“ (Karolis, 166); nepasitikėjimas vaistais: „*Ir sakau, aš labai skeptiškai į tuos vaistus*

žiūriu, antidepresantus ypač.“ (Haroldas, 39); nežinomybė dėl savisaugos plano veiksmingumo: „Nes nežinau ar tas planas padės.“ (Giedrius, 338).

Jausmai, elgesys susijęs su bandymu nusižudyti. Šeši tyrimo dalyviai (visi iš ĮP+ASSIP grupės) įvardijo savo jausmus ar elgesį, susijusį su bandymu nusižudyti, kaip galimas kliūtis pagalbai: „Išvisigailėjausi, kad man nepavyko nusižudyti.“ (Beata, 36); „Ir tu, vienintelis dalykas, ką tu girdi, tu visų pirma turi susitaikyti, su tuo, kad tu atsibudai aplamai, kad nemirei.“ (Aistė, 269); „Buvo labai sunku kalbėti apie tą savo savižudybės bandymą, nes tai vis vien nėra toks eilinis dalykas, tai buvo skaudu ir sunku apie visa tai kalbėti, tai va... Tam tikra sakyčiau šoko reakcija šiek tiek.“ (Fausta, 38).

Savigyda. Rezultatai atskleidžia, kad trys ĮP grupės tyrimo dalyviai gydymo metu nesilaikė gydytojų nurodymų, patys savo nuožiūra gydėsi, keitė vaistų dozes: „Šalutinis poveikis buvo bet čia dėl to kad aš išėjus iš tos ligoninės, nevartojau jų dvi dienas ar dieną, turbūt dvi dienas ir po to vėl pradėjau vartoti. Tai man per tas dienas buvo drebulys, buvo prakaitas visą laiką ir, temperatūra lyg tokia pakitusi buvo ir tiek.“ (Rasa, 137); „Aš buvau pasimetusi ir aš labai kaltinau vaistus, nes aš buvau mieguista, man buvo išrašytas olanzapinas 10mg vakare ir aš pati pradėjau normuoti sau vaistus, aš pradėjau mažiau jų gerti, tada vėl pradėjau daugiau jų gerti ir man tada prasidėjo panikos priepuoliai“ (Patricija, 17).

3.3.3. Bendradarbiaujančio, lygiaverčio ir profesionalaus santykio su specialistais svarba

Specialistų rūpestingumas, dėmesingumas, supratingumas ir galimybė išsikalbėti. Visi tyrimo dalyviai be išimties pabrėžė, kad gaunant pagalbą jiems buvo svarbu santykyje su įvairiais specialistais patirti dėmesį, rūpestį ir supratimą: „Aukščiausio lygio profesionalumas, atsidavimas savo darbui, meilė. Aš stebėjau kaip rūpinasi tomis vargšėmis moterimis, ne tik manimi, visais.“ (Olga, 178); „Patiko, tai, kad sakau visą laiką gali prieiti ir gali kažko paklausti visą laiką, paprašyti kažko, niekas niekada nieko neatsakys.“ (Linas, 88); „Darbuotojų elgesyje (padėjo) tai, kad visiškai jokios kritikos, smerkimo, nelenda, draugiška ten viskas: šypsena, (paklausia) kaip laikaisi, kaip kas“ (Linas, 84); „Jo, kažkaip tai moka nepiršt tos savo nuomonės, nes man vis tiek teko ir su daugiau psichologų bendrauti tai, būdavo tikrai taip perša savo nuomonę.“ (Haroldas, 107). Tai pat dalyviai pabrėžė atsižvelgimo į individualią dalyvio situaciją ar būseną svarbą: „Nu pasitikėjo, išleido <....>, dabar skolų neturiu“ (Linas, 32); „Antrą kartą ligoninėje gulint, tai ji pastebėjo, tiksliau pagalvojo, kad galbūt mano bėda yra ne tik psichologinė,

bet galbūt ir fizinė, tai yra ji man atliko skydliaukės tyrimus ir jame rado pakitimų <...> tai aš dar norėčiau, nu tiesiog, norėčiau tą pabrėžti, kad tai irgi buvo svarbu, ties jos vertinimu“ (Patricija, 129); „Ji gerą valandą su manimi kalbėjo ir apie psichologines mano problemas, ir apie pasiruošimą stacionarui, ir apie visą stacionaro eigą, tai tas buvo irgi labai svarbu, nes prieš tai tai tokio, tokios įžangos į stacionarą aš nebuvau gavęs šitoj, pirmą kartą gulint“ (Patricija, 131). Taip pat kaip vieną esminių pagalbos po mėginimo nusižudyti aspektų, tyrimo dalyviai minėjo tai, kad turėjo galimybę išsikalbėti ir būti išklaustyti: „Kas daro pagalbą veiksmingą? Paprasčiausiai bendravimas ir šiaip išklausymas. Ta prasme kai klausosi, na matai, kad žmogus klausosi, o ne taip kaip va turi išklaustyti, nes toks darbas“ (Linas, 50); „Nu iš tikrųjų mes labai daug nebendravom, bet sakau taip, nu bent aš taip pajėgiau atsivert, pajėgiau būt atvira ir be įtampos, <...> nu toks lengvas bendravimas“ (Miglė, 113).

Abipusiu pasitikėjimu ir bendradarbiavimu grįstas santykis. Beveik visi tyrimo dalyviai (išskyrus po vieną abiejose grupėse) įvardino, kad santykyje su specialistais jiems buvo itin svarbu bendradarbiauti, gebėti pasitikėti bei jausti specialistų pasitikėjimą jais: „nes kažkaip tikrai galėjau pasitikėti ja.“ (Fausta, 74); „Tai mes su juo tikrai gerą ryšį išlaikėme, labai kažkaip profesionaliai šioje vietoje mane priėmė.“ (Karolis, 54); „Kitą kartą tai sakau tiesiog išsprūsta, net nepajauti kaip pradedi pati išsipasakoti, paskui pagalvoju daug dalykų buvo, kad nu kokią dvidešimt keli metai niekam nepasakojau <...> kai tiek slėpta, tiek nekalbėta apie tai nu toks sakau ir savęs pasididžiavimas, kad aš galėjau pasisakyt ir palaikymą gavau, ko jau daug metų neturėjau“ (Miglė, 89); „<...> tiesiog, kai šneki su žmogumi ir atrodo, kad tu rūpi <...> tas labiausiai ir padeda“ (Linas, 110). Tyrimo dalyviai taip pat mini, kad jiems padėjo specialistų gilinimasis į problemą, išvalgų pateikimas: „Ji tiesiog automatiškai pradėjo kalbėti apie mano problemas, apie tai, ką ji mato manyje ir tiesiog pateikė keletą patarimų ir išvalgų ir tas man buvo labai svarbu“ (Patricija, 105); „Aš pasakojau kas ten kas ir jinai klausosi, jinai gilinasi. Nu ir kažką pasako komentara, ar kaip kaip kažką galima būtų pakeist, dėl ko kitaip galima elgtis, o ne galvot vienaip ar kitaip“ (Nerijus, 107). Tyrimo dalyviai pabrėžia, jog jiems buvo svarbu sulaukti specialistų priėmimo, išgyventi artumo jausmą: „man patinka su juo pasišnekėti, kaip tik įdomu. Ir jisai taip nu, nešneka kaip čia su kažkokiais pacientais, bet grynai vat kaip su draugais šneka. Tai patinka.“ (Haroldas, 231); „Bet jinai į kiekvieną savo pacientą žiūrėdavo kaip į vieną vienintelį ir patį svarbiausią.“ (Julija, 44); „pagrindinis psichiatras matydamas, kad aš esu šiek tiek kandi, lygiai taip pat elgėsi su manim.“ (Julija, 126); „[T: Vėlgi,

kaip jūs jaučiat tą santykį, koks jis yra, kaip atrodo?] Jis yra dalykinis, orientuotas į pagalbą klientui, jis puikus (8s.), tikrai puikus (4s.). Nė po vienos konsultacijos nesijaučiau kaip nors, ar nesuprastas, ar neišgirstas ar nenorėtas suprasti, ar išgirsti. Visą laiką viskas buvo gerai.“ (Ignas, 70).

Specialistų profesionalumas ir kompetencija. Bemaž visi (išskyrus vieną IP+ASSIP grupėje ir du IP grupėje) tyrimo dalyviai atskleidė, kad jiems padėjo specialistų profesionalumas, atsakingas požiūris į darbą ir iniciatyvumas: „Man patiko, kad manimi rūpinasi, man patiko atsakingas požiūris į darbą būtent tos psichiatrės, kadangi ji iš karto iniciatyviai norėjo patį geriausią vaistą pritaikyti kuris tiktų, ji iniciatyviai aptarinėjo ir mano problemas, <...>, ką man daryti, su manimi ji diskutavo ir vėliau tikrai išrinko patį geriausią mano sprendimą, <...> man patiko jos pagalba“ (Patricija, 35), „Tikrai būdavo kad tu gali su ja visada susitikt jeigu nori, ir ten artimieji turėdavo galimybę tai jinai ten ir palaukdavo jų ir jinai su tavimi kalbėdavosi“ (Sonata, 148); „Jinai tai labai šiaip kontroliavo ir taip moderavo tą diskusiją, tai tikrai labai labai profesionaliai aš sakyčiau.“ (Karolis, 38); „Su atvejo vadybininke aš gal ne toks atviras kaip su psichologe, bet jinai irgi manau yra gera specialistė.“ (Haroldas, 195); „Nes sakau tos įžvalgos, tikrai tokios, nu aš net nesitikėjau tokių įdomių ir gilių įžvalgų, pastebėjimų.“ (Karolis, 144).

3.3.4. Ligoninės aplinkos ir sąlygų svarba

Ligoninės saugios, ramios, tvarkingos aplinkos bei taisyklių svarba. Pusė tyrimo dalyvių (trys IP+ASSIP grupėje ir visi IP grupėje) atskleidė, kad jiems buvo svarbi ir padedanti tvarkinga ligoninės aplinka, kurioje galėjo išgyventi saugumo jausmą bei ramybę: „(Padėjo) saugi aplinka tiesiog <...>. Irgi pati aplinka ten graži ir sakau yra laisvės, yra tas pojūtis, kad neguli ligoninėje, o tikrai eini gydytis, turi – gali išeiti ir į parduotuvę, ir pasportuoti.“ (Linus, 76). Dalis tyrimo dalyvių taip pat įvardino, kad aiškios ligoninės taisyklės priimamos kaip rūpesčio išraiška: „Susitarimas dėl trečio režimo pasirodė veiksmingas, aš rūkanti, tai man buvo labai sunku išbūti ir aš dar blogiau jaučiausi nerūkydama ten.“ (Beata, 30).

Bendravimo, bendruomeniškumo svarba gydymosi procese. Devyni tyrimo dalyviai (du IP+ASSIP grupėje ir septyni IP grupėje) atskleidė, kad būnant ligoninėje jiems padėjo bendruomeniškumo jausmas ir galimybė bendrauti su kitais ligoninėje esančiais pacientais: „Aš pakliuvau į geriausią palatą tam skyriui. Nu ligo- ligonės tos pacientės, draugiškos buvo.“ (Diana, 111); „Kažkaip irgi sunkių istorijų prisiklausydavau, <...> ir kažkaip nebejaučiau tokio pačio savo skausmo, kartais atrasdavau ten su kuo

prisiminimais pasidalint.“ (Linas, 60); „*Bet tas kažkoks bendrumas, jis padeda.*“ (Giedrius, 437); „*Buvau labai nustebusi, kad ten susibūrusios pacientų grupės turi savo seniūnus ir seniūnų pavaduotojus, kurie irgi mane į pačią struktūrą įvedė, ir dabar jau jaučiu, kad antrą trečią dieną ateidama aš jaučiu iš jų dėmesį, jie teiraujasi ar man viskas gerai, ar aš kažko nepamiršau ir panašiai, tokia labai bendruomeniška bendruomenė ten susibūrusi*“ (Patricija, 119); „*Aš mėgstu vienatvę <...>, bet ten tokio paties likimo. Tas bendruomenės jausmas... vieną kitą remia <...>, pavaišins, ką turi, ar taip pat man atnešdavo šokoladų, ten aš viską išdalindavau.*“ (Olga, 354).

3.3.5. Nepagarbaus santykio ir pernelyg griežtų gydymo būdų kenksmingumas

Nepadeda griežtas, neatidus, nejautrus santykis. Didžioji dalis tyrimo dalyvių (devyni IP+ASSIP grupėje, penki IP grupėje) apibūdino susidūrę su įvairiais nepadedančiais, vietomis net kenksmingais santykio su įvairiais specialistais aspektais, pavyzdžiui: griežtumu, grubumu ir kaltinimais: „*Nors kai atsiguliu į ligoninę, aš buvau šiek tiek šokiruota. Tą patį priėmimo vakarą mane, priimamojo gydytojas mane apkaltino, kad aš nusižudžiau.*“ (Fausta, 24); „*Griežtesni žodžiai, man buvo sunku juos priimti, jaučiausi tarsi kalta. Kažkaip norėjosi ne tokių griežtų pasisakymų, nes privertė jaustis dar blogiau, bent jau mane. Ir baimės šiek tiek tai įvaro.*“ (Beata, 58); „*Mažiausiai padėjo vyr. gydytojas, kai buvo vizitacija jis priėjo prie mano lovos: „ah, šita komoj buvusi ne pirmą kartą“* (Olga, 544); „*<...> tu jo (vedėjo) žiauriai bijai nes kai buvo pirmas susitikimas su juo man ir gydytoja pasakė, kad jis yra griežtas žmogus, kitas pacientas, kad apgalvok ką šneki <...>, būdavo pavyzdžiui ten paklausia, tai kodėl tu taip padarei ir atsakau atsakymą, kad tarkim aš taip padariau, nes norėjau pailsėt <...>, jį dar ant tavo žodžių staigiai tave pertraukia, iškart ne, tipo tu ne dėl to taip padarei, nu tipo jis žino dėl ko tu taip padarei ir tu šneki neteisingas atsakymas tipo, suklydai.*“ (Sonata, 110); nedėmesingumu, laiko neskyrimu: „*nori, kad daktaras ateitų pas tave, apglėbtų, paglostytų ten, nu man pavyzdžiui to tada labai norėjosi <...> bet aišku buvo tas laiko trūkumas kadangi pacientų buvo krūva, nėra laisvų vietų.*“ (Julija, 44); „*mažiausiai gavau dėmesio, rūpesčio ar kaip čia.*“ (Haroldas, 273); abejingumu: „*daktarai ir slaugytojos labai, nu labai mažai dėmesio skiria ir labai šalti yra.*“ (Giedrius, 144); „*Tai tu jauti kalbę, kad tu įskaudinai savo artimuosius, dar tau kažką prideda, nu tai veda tave dar vienos krizės link.*“ (Fausta, 124); „*Vėliau galų gale likau nusivylusi,*

kadangi tiesiog ji man nieko nepasakė net gi. Nu pasakė, kad aš normali, kad viskas gerai, tiesiog nerimas, tai man atrodė labai paviršutiniška, tai man tas nepatiko galbūt paviršutiniškumas“ (Patricija, 49).

Personalo nekompetentingumas, neprofesionalus elgesys. Vienuolika tyrimo dalyvių (septyni IP+ASSIP grupėje ir keturi IP grupėje) pasakojo susidūrę su įvairių specialistų nekompetentingais sprendimais ar elgesiu, pvz., konfidencialumo pažeidimu: „Tiktai va, kad psichiatrė pasakė kitam žmogui.“ (Cecilė, 79); skatinimu meluoti: „Tai maždaug, jeigu sakysi kažką apie savižudybes, tai tave ten dar ilgiau laikys. Tai duoda motyvaciją meluot.“ (Giedrius, 379); rėkimu ir kaltinimais: „Nu pavyzdžiui kai plovė skrskrandį man, tenais nepavyko kaip, taip daryt kaip jos norėjo ir, ant manęs rėkt pradėjo. <...> Ar kažkuri ten rado pas save ant pilvo utelę ir pradėjo man knai- knaisiot barzdą, kad tipo aš čia utelių užvežiau jiems.“ (Haroldas, 51). Keli tyrimo dalyviai atskleidė, kad tokios specialistų neprofesionalumo apraiškos stipriai neigiamai paveikė jų būseną: „Nes man kaip tik suicidas buvo po, .hhh (3s) GRUPINĖS PSICHOTERAPIJOS, kur atidarė ta .hhh jausmų indą. Pradėjo traukti ir nutraukė terapiją, pasakė, kad laikas baigės. Nu ir man tada.“ (Ignas, 32); „Ligoninėje gavau, kaip sakyti, kuolu per galvą. Nu kur buvo stovėjau ant nu stiprios kritinės ribos būtent po gydytojos kai kurių komentarų. Nu tokie komentarai, kad radau krūty auglį, <...>, o jinai pateikė nu kaip (...) tai čia Jėzus, tai čia visiškai nereikšminga, <...> bet aš taip sureagavau, kad aš išėjus į lauką, nežinau, dvi tris valandas sėdėjau. Tikrai ir negrįžčiau gydytis, tikrai niekada“ (Miglė, 41).

Nepadeda netinkami, priverstiniai gydymo būdai ir taisyklės. Aštuoni tyrimo dalyviai (šeši IP+ASSIP grupėje, du IP grupėje) dalinosi, kad jiems nepadėjo įvairūs pernelyg griežti gydymo būdai ar taisyklės, pavyzdžiui: buvimas izoliuotoje palatoje: „Izoliacija kas mažiausiai padėjo tai, stebima palata, ir gyvuliškas elgesys. Tai čia mažiausiai kas padėjo.“ (Diana, 193); skyriaus taisyklių nelankstumas: „viskas labiau yra tai, kad pagal knygą, nes nu va parašyta, kad tu turi grįžti iki aštuonių ir jeigu negrįši [T: mhm], tai tave tave išrašys iš skyriaus ta prasme.“ (Karolis, 168); „Ten nežinau, jautiesi kaip kalėjime kažkokiam tai. Ir suvaržytas, apribotas ir taip toliau.“ (Haroldas, 273); higienos priemonių trūkumas: „O šiaip jo (muilo ir tualetinio popieriaus) nėra. Nu tai muilo mes paskui išsireikalavom tai va, bet pavyzdžiui tualetinis popierius irgi tave atvežė į ligoninę arba tu guliesi tai tu nežinai kad ligoninėje tėra tualetinio popieriaus. Ai irgi visiškai absurdiškas, nu tai čia yra kažkokie finansavimo dalykai, <...> yra puodeliai iš kurių tu geri tą arbatą. Ir tie puodeliai yra tiesiog plastmasiniai kurie kainuoja turbūt dvidešimt centų, ir jų visą laiką trūksta, visos moterys <...> geria iš ten tokių

jogurto indelių iš visokių ten, nu nes nėra puodelių ir tada seselės ieško tų puodelių, o jų nebėra.“ (Sonata, 246). Kiti dalinosi, jog jautė, kad teikiama pagalba neatitinka jų būsenos ar sunkumų: „Mažai kas bendra, jo. O čia tai vis tiek daugiau mažiau visi su depresija, tai vat.“ (Haroldas, 211); „tas vėlgi nepadeda, kaip čia pasakyt [T: kontaktui?], vėl tu turi atskleidinėti istoriją, vėl [T: mhm] ar tau tas žmogus tinka ir ir ir žodžiu ir truputėlį va tokio asmeninio ryšio.“ (Karolis, 168).

Psichologinės pagalbos trūkumas, nepakankama priežiūra. Visi aštuoni IP grupės tyrimo dalyviai atskleidė, kad jų gauta pagalba buvo pernelyg medikalizuota ir trūko psichologinės pagalbos: „Tai tiesiog konsultacijų nu, kad būtų tų psichologų daugiau ligoninėj psichiatrinėj, nu absurdas, ir tada, okay, yra psichologas nu ten testam ir tada jo, kad būtų kažkokios konsultacijos nes, nu tu irgi lieki visiškai vienas su savo mintim po tokių įvykių tai tau, tau reik su kažkuo pasikalbėt.“ (Sonata, 236); „Mane gydė tik praktiškai vaistais, aš manau, kad man reikėjo daugiau tokios psichologinės pagalbos, tai yra ir vėlgi kažkokios terapijos galbūt iš karto, nes aš tą laiką praleistą ligoninėje, aš tiesiog vegetavau <...> nesijaučiau, kad kažkas gilintųsi į mano problemą“ (Patricija, 33).

Gulėjimas psichiatrijos ligoninėje ir jos aplinka nepadėjo. Šeši IP+ASSIP grupės tyrimo dalyviai teigė, jog gydymasis psichiatrijos ligoninėje jiems arba padėjo labai mažai arba nepadėjo visai: „nu manau, kad būčiau išsivertus ir be tos ligoninės“ (Cecilė, 327); „Nes ten nu nežinau ligoninėj gulėjimas tai, beprasmiskas nežinau.“ (Haroldas, 263); „atrodo, kad su tavimi kaip su antrarūše elgiasi ten to, tu ne žmogus, ten tu... Nenoriu aš kalbėti apie tas psichiatrines ligonines iš tikrųjų kaip ten ta politika visa vyksta bet ten yra baisu.“ (Diana, 95); trūko užimtumo bei slėgė ligoninės aplinka: „nėr visiškai jokio užimtumo, jeigu jis ten ir yra, tai jis ten toks labai apsimestinis.“ (Giedrius, 144); „Taip ir ta aplinka tokia čia [PAVADINIMAS] jinai tokia niūroka ta prasme nu realiai niūroka.“ (Karolis, 184).

3.3.6. Savižudybėms specifinės psichologinės pagalbos veiksmingumo elementai

Padeda kelių psichologinės pagalbos būdų derinimas, konkretumas, saugumo planas, krizės ženklų pastebėjimas, išmokti nauji savipagalbos būdai. Visi vienuolika IP+ASSIP grupės tyrimo dalyviai atskleidė įvairius aspektus, kuriais jiems padėjo ASSIP programa bei kiti į savižudybę orientuoti psichologinės pagalbos būdai, pavyzdžiui: konkretumas bei struktūruotumas: „O ASSIP jau buvo labai konkreti, su konkrečiu tikslu“ (Eimantas, 177); „tai

buvo apie tai iš kur viskas kilo ir apie tai, kas atrodo branduolys gal.“ (Aistė, 137); „*struktūra tokia labai aiški ir nu ta prasme tokia, pasitiki tu ta programa žodžiu, nes jinai tokia atrodo nu kaip sakyti iš- išdirbta.*“ (Karolis, 156); realūs tikslai ir planai ateičiai: „*Pokalbiai, trumpalaikių planų darymas, realistiškų planų susidarymas, kas bus už metų, dviejų, nes yra baisu, kad nepasieksiu tų metų, dviejų ir tiesiog kitą savaitę, dar kitą... Pasižadėjimas, kad atvyksi kitą kartą irgi atrodė svarbus.*“ (Beata, 82); „*Nu tai vat atsiranda man su tais tikslų išsikėlimais viltis nežinau, kad apskritai gali gyvenimas, jeigu pakeisiu profesiją, kardinaliai pasikeist, nes aš tos savo dabartinės profesijos tai nekenčiu tiesiog. Tai va, ir kažkokia viltis atsiranda.*“ (Haroldas, 307); krizės ženklų atpažinimas savyje: „*nes jinai padėjo man žingsnis po žingsnio pastebėti kaip aš į krizę ėjau.*“ (Cecilė, 245); „*tokie labai konkretūs kaip ir įrankiai kaip sau padėti tos krizės atveju.*“ (Fausta, 86); naujų savipagalbos būdų atradimas: „*Ir jis mane išmokė daug, jis mane su vat dėl ko aš ir klausiu, filmų terapijos, biblioterapijos, audioterapijos. Jis man davė daug įrankių, kur kuriais galėčiau naudotis ir pasidėjinet sau.*“ (Ignas, 40); „*Man tokios knygų davė žodžiu, kognityvinės terapijos, ta prasme tokių praktinių.*“ (Karolis, 66); saugumo plano sudarymas: „*suteikė saugumo, nes yra kažkoks konkretus planas.*“ (Giedrius, 334); „*[T: O šioje atmintinėje padeda, kad yra labai konkrečiai įvardinti kažkokie dalykai, ką turi padaryt?] D: Jo, nu tiksliai aišku. Labai padėjo va sakau, .hhh ką turiu va daryt.*“ (Ignas, 58). Tyrimo dalyviai taip pat atsiliepė apie ASSIP intervenciją kaip apie naudingiausią visame pagalbos gavimo procese: „*Ir aišku, ta ASSIP terapija tai šiaip labai daug, nes tie patys tikslų išsikėlimai <...> Ir aplamai, tokį platesnį požiūrį į tam tikrus dalykus. Nes prieš tai taip labai siaurai žiūrėjau (kol gavau tą pagalbą).*“ (Aistė, 143); „*mane kažkaip labai užgriebė ta istorija, kai aš, kai tai galėjau perskaityti ta prasme, tai vat čia buvo toks gal nu toks pats įsimintiniausias, ryškiausias tas momentas, ta tas reiškiasi visas tas surašymas, kaip tai atrodo ant lapo ir kai tu skaitai apie save žodžiu, pirmuoju asmeniu, apie tai apie tai kaip aš atėjau žodžiu iki tos krizės tai tikrai kaip sakyti, nu kažkaip mane mane palietė.*“ (Karolis, 124).

Psichologinė pagalba buvo svarbi. Penki IP+ASSIP grupės tyrimo dalyviai atskleidė psichologinių konsultacijų ir grupinės psichoterapijos naudą: „*viena iš tokių kaip sakyti .hhh žodžiu tokių pokyčių ir apmąstymų suteikusių ta prasme veiksminga [T: mhm] viena iš tų terapijų.*“ (Karolis, 32); „*matai, kad ne tau vienam tenais sunku.*“ (Haroldas, 213).

Dabartinė pagalba specifiškesnė, intensyvesnė. Trys IP+ASSIP grupės tyrimo dalyviai dabartinę gautą pagalbą įvertino kaip labiau specifišką, intensyvią ir gyvybiškai jiems svarbesnę nei anksčiau gauta pagalba: „*Man*

labai svarbi buvo (šitie susitikimai).“ (Aistė, 135); „Aš sakyčiau gal ta ASSIP programa labiausiai padėjo, nes tikrai galėjau labai aiškiai įsivardinti tuos ženklus, kurie vedė į tą savižudybės krizę, kaip pastebėt visa tai, kaip užbėgti už akių visam šiam procesui.“ (Fausta, 80).

3.3.7. Nevienareikšmiška medikamentinė pagalba

Teigiamas medikamentinės pagalbos poveikis ir vertinimas. Dauguma tyrimo dalyvių (aštuoni IP+ASSIP grupėje, šeši IP grupėje) teigiamai vertino medikamentinės pagalbos poveikį: padėjo susitvarkyti su miego sutrikimais: „Nežinau kaip jausčiausi be vaistų, bet nu jie padėjo, mano būseną pagerėjo.“ (Cecilė, 113); „Nuo miego padėjo pilnai.“ (Giedrius, 192); „[T: O kaip jie padeda, ar gal nepadeda?] D: Užmigti padeda.“ (Ignas, 80); „Man vai- aš juos iki šiol geriau tai man jie padėjo nes aš jaučiausi ramesnė truputį ir aš miegu pagaliau nes aš visiškai nemiegojau, tai jis tas kvetiapienas yra ir miegui tvarkyti tai man tikrai susitvarkė“ (Sonata, 80); stabilizavo emociją būseną, ramino: „Padėjo tai, kad neužplaukė tokie debesiai“ (Linas, 24); „(Jaučiausi) rami, pusiausvyroje, visiškai nepasakysi, kad ligonis“ (Olga, 248); „Labiausiai, aš manau, tai tinkamas vaistas padėjo išbristi iš nu tokio beviltiško, tokio nenoro niekam – jokių interesų nebuvimas. Nu toks visiškai kaip, šitas baltas popieriaus lapas. Nei emocijų, nei interesų, nieko. Tai būtent vaistas, tinkamas vaistas“ (Nerijus, 123).

Šalutiniai vaistų poveikiai ir menkas veiksmingumas. Dešimt tyrimo dalyvių (septyni IP+ASSIP grupėje ir trys IP grupėje) teigė susidūrę su įvairiais vartojamų vaistų šalutiniais poveikiais ar menku veiksmingumu: „Tik tai iš pradžių man tie vaistai tiko, bet paskui gal pripratau ar kažkas nutiko, kad vėl grįžau prie tos pačios būsenos.“ (Cecilė, 161); „neuroleptikai nepatiko, nes jie apetitą labai keldavo ir dar migdė man atrodo.“ (Giedrius, 312); „bet jie man kažkaip tai blogai pradėjo mane veikti, nežinau, dar didesnę nerimą tokį sukėlė.“ (Haroldas, 85); „Ten irgi buvo vaistai, panašūs, bet nei kiek nepadėjo. Man buvo bloga, man nesinorėjo rytais keltis, aš galvojau tuoj numirsiu kaip man buvo bloga“ (Nerijus, 73). „Nu kai kurių aš neįėjau poveikio. (3s) Ypač antidepresantų (4s). Aš jį metus geriau, dabar jie (gydytojai) padvigubino gal du su karto didesnę dozę dabar, vis tiek aš neįėjau jų poveikio, aš nesuprantu koks jis turi būti.“ (Ignas, 86); „Nu mane pripratino prie vaistų iš tikrųjų. Ta prasme man kažkas negerai koks nerimukas man viskas, aš vaistus griebiuosi.“ (Diana, 151).

3.3.8. Skirtingi pagalbos po ligoninės poreikiai

Kliūtys siekti pagalbos: prasta savijauta, finansiniai ir santykių sunkumai. Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių (penki IP+ASSIP grupėje ir šeši IP grupėje) atskleidė susidūrę su įvairiais sunkumais grįžus iš ligoninės, kurie tapo kliūtimis tęsti pagalbos gavimą, pavyzdžiui: prasta fizinė ir emocinė savijauta: „*buvo labai baisu, stengiausi nelikti viena, prasidėjo panikos priepuoliai, ko anksčiau niekad nebuvo. Jaučiausi labai blogai išėjusi iš tikrųjų.*“ (Beata, 46); „*Aš vėlgi nežinau, kada aš nuvažiuosiu į tą klubą ir į dienos centrą aš tikrai nevaikščiosiu, bet į klubą tai reiks nuvažiuoti, bet kol kas aš dar gydausi ir negaliu kaip stirna lakstyti.*“ (Olga, 326); „*Aišku pernai tai pusanatro mėnesio dar važinėjau aš ir į grupines terapijas <...>, dabar fizinė sveikata jau tiesiog nebe ta, kad galėčiau važinėti kasdien, o pas mus nėra. Tai va tas tas šiek tiek liūdina ir trūksta iš tikrųjų.*“ (Miglė, 125); finansiniai ir užimtumo sunkumai: „*[T: Aišku. O kokia pagalba šiuo metu jums būtų reikalinga? Arba ko galbūt trūksta?] D: Tai finansinė be abejo. Aš užsirašiau į šitą, gaut socialinę tą pašalpą, bet kada gausiu nežinau. Nu kol kas tik finansinė.*“ (Haroldas, 301); „*Pernai metais gavau visą pilną kompleksą. O [KLINIKOS PAVADINIMAS] gydžiausi kelis metus, tai buvo išsigelbėjimas. <...> bet paskui jau buvo neįveikiama, nes konsultacijos ganėtinai brangios*“ (Miglė, 129); santykių su artimaisiais iššūkiai: „*tėvų bandymas kažkaip per tokią kontrolę ir per tokį perdėjimą tvarkytis su tuo, nu tai nu ne išeitis yra realiai [T: mhm]. Tai va čia dabar turbūt opiausia problema yra.*“ (Karolis, 148).

Tolesnės psichologinės pagalbos poreikis. Aštuoni tyrimo dalyviai (trys IP+ASSIP grupėje ir penki IP grupėje) įvardino, kad jiems nepakako gautos psichologinės pagalbos ir jaučia poreikį tęsinei psichoterapijai: „*Šiuo metu labiausiai norėčiau lankyti kas savaitę terapeutą, dabar nebelankau, tiesiog surasti specialistą su kuriuo tikrai rasčiau bendrą kalbą, turėčiau tokį pasitikėjimo ryšį, tai va.*“ (Fausta, 114); „*Norėtuši gal toliau tęsti psichoterapiją lankyti, arba gauti kažkokį finansavimą individualioms konsultacijoms, nes dabar kainuoja kaip ir, reikia nemažai lėšų išleisti, ypač kai aš nedirbu, man yra sunku dabar.*“ (Beata, 138); „*(Dabar reikalinga pagalba) psichoterapija pagrinde.*“ (Linus, 118); „*Šiuo metu tai kaip ir turiu visą reikalingą, turiu stacionarą, ten gaunu ir tą feedback'ą kažkokį ir psichologą taip pat man paskyrė, ir psichiatrą turiu ir dar bendruomenę, kurios ir norėjau, tai kol kas man nieko netrūksta, truputį pergyvenu kas bus po stacionaro, kad man vis tiek reikės tikriausiai ilgalaikės pagalbos, ar*

psichologo, ar psichoterapeuto, tai va, tai dar kol kas aš nesu nusprendęs ką vėliau darysiu, bet šiuo metu tai aš turiu viską ko reikia.“ (Patricija, 137).

Teigiami pokyčiai po ligininės: savarankiškumas, artimųjų palaikymas. Penki tyrimo dalyviai (keturi IP+ASSIP grupėje, vienas IP grupėje) atskleidė, kad šiuo metu pagalbos pakanka dėl jų sutvirtėjusio savarankiškumo bei artimųjų palaikymo: „[T: Mhm, bet vat dar kažkokių poreikių netrūksta, dar kažkokios papildomos pagalbos?] D: Bent jau dabar tai ne“ (Juliija, 163); „Dabar aš jaučiu, kad man išvis pagalbos kaip ir nereikia, nes jaučiuosi puikiai.“ (Cecilė, 351); „Negaliu pasakyti tiesiog, aš noriu dabar darbo ir terapijų.“ (Diana, 215); „aš su sese pakalbėjau apie tai, sakė kad ji nori man nu, mokamą tą psichologą, kaip ir [apmokėti]“ (Rasa, 302-303).

3.3.9. Pagalbos veiksmingumą galintys padidinti aspektai

Psichologinės pagalbos tęstinumo, intensyvumo ir specifiškumo svarba. Du trečdaliai tyrimo dalyvių (septyni IP+ASSIP grupėje, penki IP grupėje) dalinosi, kad pagalba būtų labiau padėjusi, jei konsultacijos būtų dažnesnės arba pagalba būtų tęstinė: „Kartais norėdavau, kad būtų du kartus per savaitę, bet būdavo galimybė psichologei mane priimti tik vieną kartą per savaitę.“ (Aistė, 169); „Intensyvumas, kad dažniau per savaitę.“ (Ignas, 114); „per trumpai, galbūt reikėtų ją plėtoti“ (Juliija, 116); „galbūt tada turėtų atsirasti dar kažkokių tai etapų ta prasme, dar kažkaip, ne tiktai, kad tą patį per tą patį žiūrėt ir vertint [T: mhm] tai tai tai tai nu sakykim galbūt kurso kokio norėtysi, nežinau šešių – aštuonių galbūt tarkim, taip.“ (Karolis, 136); „Ne, viskas čia gerai, išskyrus, tai kad tai (pagalba) yra pasiekama tik tai stacionare. Kad va, pavyzdžiui, man šiandien blogai ir aš noriu pasikalbėt, ar ne, ir turiu ten skambinti arba-. Nu šita visa sakyčiau kaip sakau trijulė tai gali gauti tiktai ligininėje <...>. Norėtysi didesnio pagalbos tęstinumo.“ (Miglė, 121). Atsiskleidė ir pagalbos specifiškumo savižudybių klausimu svarba: „grupinė psichoterapija, kurioje dalyvautų nu specialus kontingentas, tie kurie turi mintis apie suicidą arba turėjo, arba bandymus yra jau turėję.“ (Ignas, 116).

Pagalbos kompleksškumo, artimųjų įtraukimo svarba. Aštuoni tyrimo dalyviai (trys IP+ASSIP grupėje, penki IP grupėje) įvardino, kad pagalba būtų naudingesnė, jei ji būtų kompleksinė – įtrauktų ne tik medikamentinį gydymą, bet ir psichosocialinę pagalbą, artimuosius, užimtumą: „Ot net nepasakyčiau dabar (kas labiausiai padėjo). Nes turbūt kompleksas, nes nuo vieno prie kito nuo vieno prie kito kažkaip nei vienas, kaip sakyt, va iš šitų sakykim trijų, nei vienas pavieniui nebūtų kažkokio tai ypatingo poveikio padaręs.“ (Miglė, 115); „Gydytojas su šeimos nariais bendravo, jų požiūris stipriai pasikeitė

<...> tada man labiausiai padėjo šeimos palaikymas“ (Miglė, 27); „Pačiam skyriui, kol aš dar buvau, tai tikrai trūko tokio užimtumo, ypatingai savaitgaliais, nieko nevykdavo, tai ta prasme būdavo nu gulėjimas vardan gulėjimo, tas labai erzindavo kai tu kažkaip sakau nori eit į laisvę.“ (Karolis, 168).

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiame tyrime siekta įvertinti trumpalaikės bandymo nusižudyti intervencijos programos (ASSIP) tinkamumą taikyti Lietuvoje iš pacientų perspektyvos. Šiam tikslui pasiekti iškelti uždaviniai palyginti įprastos pagalbos, gautos po bandymo nusižudyti Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje, ir pagalbai po bandymo nusižudyti specializuotos ASSIP programos vertinimą, psichologinę pacientų savijautą ir suicidiškumą. Toliau šiame skyriuje pateikiama tyrimo rezultatų analizė bei interpretacijos. Skyriaus pabaigoje rezultatai apibendrinami, aptariami tyrimo ribotumai bei išskiriamos gairės ateities tyrimams, formuluojamos praktinės rekomendacijos.

4.1. ASSIP programos vertinimas

Psichologinės savijautos ir suicidiškumo klausimynų rezultatai atskleidė esminį skirtumą tyrimo dalyvių su savižudybe susijusiuose išgyvenimuose – IP+ASSIP grupėje tarp pirmojo ir antrojo matavimo suicidinių minčių ir bendro suicidiškumo vertinimai sumažėjo, o IP grupėje liko iš esmės nepakitę. Be to, IP+ASSIP grupės tyrimo dalyviai atsiliepdami apie savo dalyvavimą ASSIP programoje atskleidė keletą savižudybėms specifinės psichologinės pagalbos veiksmingumo elementų. Visi šios grupės dalyviai, išskyrus vieną, dalinasi, kad jiems padėjo kelių skirtingų psichologinės pagalbos būdų derinimas, konkretumas, saugumo plano sudarymas, krizės ženklų pastebėjimas bei išmokti nauji savipagalbos būdai. Penki iš vienuolikos tyrimo dalyviai įvertino psichologinės pagalbos svarbą gydymosi procese, trys iš vienuolikos pabrėžė, kad ASSIP programa buvo efektyvi, koncentruota ir struktūruota. Lygindami po šio bandymo nusižudyti gautą pagalbą su anksčiau gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis trys iš vienuolikos dalyvių įvardino dabartinės pagalbos specifiškumą savižudybėms bei intensyvumą kaip padedančius aspektus. Tokius šio tyrimo dalyvių įvardintus padedančius elementus galime suprasti ir integruoto motyvacinio-valorio savižudiško elgesio modelio kontekste (O'Connor & Kirtley, 2018) – jie atliepia visų trijų grupių moderatorius, kurie prisideda prie savižudiškų minčių kilimo bei vėlesnio minčių virtimo savižudiškais veiksmais. Pavyzdžiui, naujų savipagalbos būdų išmokimas gali būti suprastas kaip problemos sprendimo įgūdžių stiprinimas (grėsmės savasčiai moderatorius), krizės ženklų pastebėjimas – sustiprėjęs gebėjimas atpažinti motyvacinius moderatorius (pvz., jautimąsi našta, negatyvesnes nuostatas ar neigiamas ateities mintis), o saugumo plano sudarymas kaip priemonių prieinamumo sumažinimas bei

savižudybės planavimo sustabdymas (valios moderatoriai). Psichologinės pagalbos apskritai svarba po bandymo nusižudyti yra žinoma ir iš kitų tyrimų rezultatų (Rancāns, Lapiņš, Renberg, & Jacobsson, 2003). Ypač ji veiksminga tuomet, kai yra struktūruota, akcentuojanti specifinį elgesį ir kognityvinius aspektus, įtraukia saugumo planavimą bei problemų sprendimo įgūdžių lavinimą (Simon et al., 2016; Chan et al., 2017). Taigi, darome išvadą, jog tam, kad pagalba po mėginimo nusižudyti būtų patiriama kaip padedanti sumažinti suicidiškumą, nepakanka vien įprasto psichikos sveikatos sutrikimų gydymo ar įprastų santykio su specialistais padedančių savybių (kaip bendradarbiavimas, lygiavertiškumas, pagarba, empatija ir pan.) – būtina specifiskai fokusuotis į suicidiškumą bei stiprinti paciento gebėjimus įveikti suicidinę mintis ar impulsus.

4.2. Pagalbos kompleksiskumo reikšmė

Svarbūs skirtumai tarp grupių išryškėjo vertinant gautos pagalbos kompleksiskumą – psichologinės ir medikamentinės pagalbos santykį. Skirtumas tarp tyrimo grupių ypač ryškus skaitiniuose gautos pagalbos vaistais vertinimuose – IP+ASSIP grupėje vidutinis balas yra 5,7, o IP grupėje 9. Nors panaši abiejų tyrimo dalyvių grupių dalis interviu metu dalinosi teigiamu medikamentinės pagalbos poveikiu ir vertinimu (aštuoni iš vienuolikos IP+ASSIP grupėje, šeši iš aštuonių IP grupėje), dvigubai didesnė dalis IP+ASSIP grupėje (septyni iš vienuolikos) negu IP grupėje (trys iš aštuonių) tuo pačiu teigė išgyvenę šalutinius vaistų poveikius ir menką veiksmingumą. Itin ryškus skirtumas ir tai, kad IP grupėje visi aštuoni tyrimo dalyviai patyrė psichologinės pagalbos trūkumą ir nepakankamą priežiūrą, o IP+ASSIP grupėje ši potėmė neatsiskleidė nei vieno dalyvio pasakojime. Galiausiai dalindamiesi idėjomis apie pagalbos veiksmingumo didinimo kryptis daugiau nei dvigubai didesnė dalis IP tyrimo grupės dalyvių (penki iš aštuonių) nei IP+ASSIP grupėje (trys iš vienuolikos) įvardino pagalbos kompleksiskumo, artimųjų įtraukimo į gydymo procesą svarbą. Šie rezultatai sutampa su kitų tyrėjų įžvalgomis apie psichologinės pagalbos, kuri padėtų geriau suprasti savo būseną ir pagelbėtų išmokti naujų įveikos strategijų svarbą (Daigle, Pouliot, Chagnon, Greenfield ir Mishara, 2011), apie tinkamo medikamentinio gydymo naudą po mėginimo nusižudyti esant psichikos sutrikimo diagnozei (Wang, Lightsey, Tran ir Bonaparte, 2013) bei apie artimųjų palaikymo svarbą grįžimui į kasdienį gyvenimą ir gydymo tęsimui po mėginimo nusižudyti (Chan et al., 2017; Hom, Stanley & Joiner, 2015; Hogan & Grumet, 2016; Wang et al., 2013). Skirtumus tarp šio tyrimo grupių

suprantame kaip atspindį to, jog ĮP+ASSIP grupėje tyrimo dalyviai dažniau gavo kompleksinę pagalbą (žr. 2 lentelę – ĮP+ASSIP grupėje du dalyviai somatinėje ligoninėje gulėjo psichosomatiniame skyriuje, o ĮP grupėje nei vienas; ĮP+ASSIP grupėje aštuoni iš vienuolikos gavo psichologo konsultacijas psichiatrijos ligoninės stacionare, ĮP grupėje tik penki iš aštuonių; nors abiejose grupėse panaši dalis dalyvavo grupinėje psichoterapijoje, ĮP grupėje didesnė dalis dalyvavo psichologiniame įvertinime – 5 iš 8 (2 atvejais dalyvauta tik įvertinime, be psichologo konsultacijų), kai ĮP+ASSIP grupėje tik vienas), apie kurios svarbą atsiliepia ir ĮP grupės dalyviai, teigę, kad jų gauta pagalba buvo pernelyg vienpusė, paremta medikalizuotu požiūriu. Taip pat svarstome, jog kompleksinės pagalbos gavimas galėjo turėti įtakos ĮP+ASSIP tyrimo dalyvių gautos medikamentinės pagalbos kritiškesniam vertinimui negu ĮP grupėje – gaudami platesnį sveikatos priežiūros paslaugų spektrą ĮP+ASSIP grupės dalyviai galėjo išskirti labiau niuansuotus įvairių pagalbos rūšių padedančius ir nepadedančius aspektus, palyginti įvairias gautos pagalbos rūšis tarpusavyje. Galiausiai šiuos rezultatus galime suprasti ir remdamiesi suicidologo Schneidman mintimi, kad nors savizūdiško elgesio kilmė yra daugialypė, tai iš esmės sąmonėje vykstantis psichinis procesas, kurio pagrindinė paskata yra nebeapakeliamas psichologinis skausmas, kylantis dėl nepatenkintų psichologinių poreikių (Schneidman, 2002). Tuomet suprantama, kad medikamentinis gydymas gali padėti tik iš dalies, nes būtent šių, savizūdiškam elgesiui svarbiausių, pokyčių ir negali užtikrinti – padėti tvarkytis su psichologiniu skausmu arba ieškoti būdų patenkinti savo psichologinius poreikius. Tam būtina kompleksinė, psichologinė bei neretai socialinė, bendruomeninė pagalba.

4.3. Ligoninės sąlygų, aplinkos ir bendruomeniškumo reikšmė

Galime pastebėti skirtumus tarp grupių kalbant apie ligoninės aplinkos ir sąlygų svarbą gydymosi procese. Skaitiniai gautos pagalbos vertinimai atskleidžia šį skirtumą – vertinant bendrai buvimą psichiatrijos ligoninėje ir jos aplinką ĮP+ASSIP grupėje vidutinis balas yra 4,65, o ĮP grupėje 8,64. Ligoninės saugios, ramios, tvarkingos aplinkos ir taisyklių svarbą interviu metu minėjo visi aštuoni ĮP grupės tyrimo dalyviai ir tik trys ĮP+ASSIP grupės tyrimo dalyviai. Bendravimo, bendruomeniškumo svarbą gydymosi procese taip pat pabrėžė visi išskyrus vieną ĮP grupės tyrimo dalyviai ir tik du ĮP+ASSIP grupėje. Be to, tik ĮP+ASSIP grupėje šešių iš vienuolikos tyrimo dalyvių pasakojimuose atsiskleidė vertinimai, jog gulėjimas psichiatrijos

ligoninėje ir jos aplinka nepadėjo. Saugumo jausmo svarba sutampa ir su kitų tyrimų rezultatais (Samuelsson et al., 2000; Berg, Rørtveit & Aase, 2017), kaip ir bendruomeniškumo būnant su kitais pacientais patyrimas, galintis padėti atkurti viltį ir taip sumažinti pakartotinio mėginimo nusižudyti riziką (Radcliffe & Smith, 2007; You, Van Orden & Conner, 2011; Berglund, Åström, & Lindgren, 2016). Šių aspektų įtaka mažėjančiai savižudybės rizikai gali būti paaiškinta ir teoriškai – saugumo, rūpesčio bei bendruomeniškumo išgyvenimas gali sušvelninti asmens išgyvenamą žlugusio priklausymo jausmą (Joiner, 2005), o vilties atsiradimas mažinti beviltiškumo išgyvenimus (Baumeister, 1990; Williams & Pollock, 2000).

Bandydami suprasti skirtumus tarp tyrimo grupių svarstome, jog jie gali atspindėti skirtingas tyrimo dalyvių patirtis dėl gydymosi skirtinguose skyriuose. Kita vertus, galbūt IP+ASSIP grupėje tyrimo dalyviai yra labiau kritiškai gautų paslaugų kokybei. Tai atsispindi ir skaitiniuose gautos pagalbos vertinimuose interviu metu, kur visas gautos pagalbos rūšis IP+ASSIP grupės dalyviai vertino žemesniais balais negu IP grupės dalyviai. Atsižvelgiant į tai, kad tik IP grupėje atsiskleidė potėmė apie psichologinės pagalbos trūkumą ir nepakankamą priežiūrą (visi aštuoni IP grupės dalyviai ir nei vienas IP+ASSIP grupėje), keliame prielaidą, jog IP+ASSIP grupės tyrimo dalyviai saugumo bei bendrumo jausmą galėjo patirti bendraudami su savo psichologais, tad ligoninės sąlygų ar bendravimo su kitais pacientais svarbą jie akcentavo mažiau.

4.4. Santykio su sveikatos specialistais svarba

Visi tyrimo dalyviai pabrėžė santykio su specialistais svarbą gaunant pagalbą po bandymo nusižudyti. Gerai žinoma, jog sveikatos specialistų elgesys yra svarbus veiksnys, galintis padėti ar trukdyti gydymosi procese (Crowe, Deane, Oades, Caputi & Morland, 2006). Šio tyrimo rezultatai sutampa su kitais tyrimais, atskleidusiais empatijos, pagarbos bei rūpestingumo reikšmingumą bendraujant su asmeniu po mėginimo nusižudyti (Gysin-Maillart, Soravia, Gemperli & Michel, 2017; Hagen et al., 2018a; Kirkpatrick et al., 2017; McKay & Shand, 2018; Montross Thomas et al., 2014; Shand, Vogl & Robinson, 2018). Be to, remdamiesi tarpasmenine-psichologine savižudiško elgesio teorija (Joiner, 2005) galime kelti prielaidą, kad po mėginimo nusižudyti patyrę rūpestį ir pagarbą žmonės gali jaustis priimti kitų žmonių ir vertingi, kas gali sumažinti žlugusio priklausymo jausmą bei savęs kaip naštos kitiems matymą. Taip pat, aplinkinių palaikymas, socialinė parama gali veikti kaip apsauginis veiksnys nuo pasikartojančio bandymo nusižudyti, t. y. iki-

motyvacinės fazės elementas pagal IMV savižudiško elgesio modelį (O'Connor & Kirtley, 2018).

Kita vertus, beveik visi šio tyrimo dalyviai susidūrė ir su įvairiomis nepagarbaus santykio bei pernelyg griežtų gydymo būdų ar taisyklių apraiškomis, kas trukdė įsitraukti į pagalbos procesą – tai susiškaukia su kitų tyrėjų rezultatais (Clarke, Usick, Sanderson, Giles-Smith, & Baker, 2014; Gysin-Maillart et al., 2017). Abejingumas asmeniui po bandymo nusižudyti gali vesti į internalizuotos stigmos išgyvenimą, kas gali sustiprinti vėlesnius vienišumo jausmus ir tokiu būdu tapti kliūtimi dalintis savo skausmu (Ghio et al., 2010; Rogers & Soyka, 2004), ar netgi sustiprinti savęs kaip naštos išgyvenimą (Joiner, 2005) bei tokiu būdu paskatinti išsirašyti iš ligoninės nebaigus gydymo arba mėginti nusižudyti dar kartą (Kan, Ho, Dong & Dunn, 2007; Samuelsson, Wiklander, Åsberg, & Saveman 2000). Nepasitikėjimas kitais bei perdėta saviklioja jau anksčiau atsiskleidė kaip svarbūs pagalbos siekimo išgyvenant suicidinę krizę barjerai Lietuvos imtyje (Dadašev et al., 2016). Keliame prielaidą, jog neigiami patyrimai hospitalizacijos metu gali turėti įtakos pasitikėjimui sveikatos priežiūros sistema apskritai, dėl ko mažėtų tikimybė, jog asmuo kreipsis sveikatos priežiūros pagalbos ateityje, jei vėl išgyventų savižudiškus jausmus ar impulsus.

Svarbu aptarti ir ryšį tarp trečiosios bei penktosios interviu analizės metu išskirtos temos (3. *Nepagarbaus santykio ir pernelyg griežtų gydymo būdų kenksmingumas* ir 5. *Bendradarbiaujančio, lygiaverčio ir profesionalaus santykio su specialistais svarba*), kadangi jos gali atrodyti kaip prieštaraujančios viena kitai. Panašu, kad šio tyrimo dalyviai patyrė gana ambivalentišką santykių su įvairiais sveikatos specialistais kombinaciją vienu metu. Iš čia kyla klausimai tolesniam moksliniam tyrinėjimui apie tai, kaip pacientai po mėginimo nusižudyti įprasmina tokį platų santykio kokybės spektrą bei kaip tai paveikia jų pačių bandymus rasti ryšį su faktu, jog liko gyvi, po to, kai neseniai tikėjosi numirti. Taip pat svarbu atkreipti dėmesį ir į didelę sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos, nuostatų bei įgūdžių įvairovę bendrosios praktikos psichiatrijos ligoninėje.

4.5. Trukdžiai įsitraukimui į pagalbos gavimą

Išryškėjo keletas skirtumų lyginant gavusiųjų įprastą pagalbą bei šalia įprastos pagalbos dalyvavusiųjų ASSIP programoje įsitraukimą į pagalbos procesą. Pastebime, kad kalbėdami apie pagalbos siekimą bei sunkumus priimant pagalbą mažesnė dalis IP grupės dalyvių kalbėjo apie savo pastangas siekti pagalbos ir į ją įsitraukti (vienas iš aštuonių IP grupėje lyginant su devyniais

iš vienuolikos IP+ASSIP grupėje). Taip pat tik IP grupėje trijų dalyvių patyrimė atsiskleidė savigydos potėmė – gydymo plano nesilaikymas ar vaistų dozių keitimas nesitariant su gydytoju. Be to, tik IP+ASSIP grupėje pastebime potėmes apie asmeninių savybių ir jausmų įtaką gaunami pagalbai (aštuoni dalyviai iš vienuolikos) bei apie jausmus, elgesį, susijusius su bandymu nusižudyti (šeši dalyviai iš vienuolikos). Svarbu pastebėti, kad abiejose grupėse panaši dalis tyrimo dalyvių (aštuoni iš vienuolikos IP+ASSIP grupėje ir penki iš aštuonių IP grupėje) kalbėjo apie įvairius sunkumus priimti pagalbą – beviltiškumą, vienišumą, nenorą kalbėti apie problemas ir saviklio. Išgyvenimų ambivalentiškumas yra gerai žinomas tiek iš kitų tyrimų apie bandžiusių nusižudyti santykį į pagalbą (Dadašev, 2017; Grižas, 2014), tiek ir teoriškai yra būdingas suicidinei krizei įvairiuose jos etapuose (pvz., Schneidman, 2002). Svarstome, jog dalyvavimas ASSIP terapijoje galėjo prisidėti prie šio tyrimo dalyvių geresnės savirefleksijos tiek apie savo indėlį į pagalbą gavimą, tiek ir apie patį mėginimą nusižudyti, kadangi jie galėjo papasakoti savo istoriją iki mėginimo nusižudyti bei darkart ją peržvelgti su terapeuto pagalba ASSIP sesijų metu, ko IP grupės dalyviai neturėjo progos padaryti. Kartu keliame prielaidą, jog šie skirtumai tarp grupių gali atspindėti stipresnę vengimo elgesio tendenciją (kalbėti apie savo mėginimą nusižudyti ar ieškoti pagalbos) IP grupėje. Tokie rezultatai sutampa su ankstesniais tyrimų rezultatais, atskleidžiančiais, jog perdėtas savarankiškumas ir saviklio yra vienas ryškiausių trukdžių siekti pagalbos esant suicidineje krizėje (Dadašev et al., 2016), o po bandymo nusižudyti ištraukti į pagalbą procesą neretai trukdo gėdos išgyvenimai (Grižas, 2014; Wiklander, Samuelsson, & Åsberg, 2003). Tik IP grupėje atsiskleidė psichologinės pagalbos trūkumo potėmė, tad svarstome, jog šios grupės dalyviai galėjo negauti reikiamo palaikymo bei jų išgyvenimų normalizavimo – neturėdami progos kam nors išsamiai papasakoti savo bandymo nusižudyti istorijos, jie galėjo jaustis gavę patvirtinimą, kad jų išgyvenimai nėra verti kitų dėmesio.

4.6. Bendras pagalbos vertinimas ir pokyčiai gaunant pagalbą

Tyrimo rezultatai parodė ir tai, kad pagerėjo visų tyrimo dalyvių bendra psichologinė savijauta – psichologinės gerovės vertinimai tapo aukštesni, dalyviai jautė mažesnę depresyvumą nei prieš gaudami pagalbą. Šiuos rezultatus papildė ir kokybiniai duomenys – beveik visi šio tyrimo dalyviai dalinosi, kad gauta pagalba turėjo jiems teigiamą poveikį – padėjo išvengti dar vieno bandymo nusižudyti. Taip pat jie jautė įvairius pokyčius po gautos pagalbos, tokius kaip pasikeitęs požiūris, geresnis savo sunkumų ir būdų sau

padėti supratimas. Kadangi iš kitų tyrimų gerai žinoma, jog po bandymo nusižudyti vėlesnės savižudybės rizika yra aukštesnė, ypatingai kelis pirmus mėnesius po mėginimo (Cedereke ir Öjehagen, 2004; Crandall et al., 2006; Karasouli et al., 2015; Sobolewski et al., 2013), manome, jog ir šio tyrimo rezultatai sutampa su kitų tyrėjų išvalgomis apie tai, kad besikeičiantys streso įveikos įgūdžiai bei atsirandantys nauji tikslai skatina žmones grįžti į gyvenimą bei veiksmingiau tvarkytis su suicidinėmis krizėmis (Chan et al., 2017). Šalia to, beveik visi šio tyrimo dalyviai įvardino, kad siekiant padidinti gaunamos pagalbos veiksmingumą, svarbu užtikrinti jos tęstinumą išėjus iš ligoninės bei ieškoti būdų įveikti kliūti siekti tolesnės pagalbos. Šie pagalbos po ligoninės poreikiai susiškaukia su kitų tyrėjų išvalgomis, kad išėjus iš ligoninės padeda galimybė paskambinti ar susitikti su savo psichiatru ar psichologu (McKay & Shand, 2018), ar kad kartais psichoterapija po mėginimo nusižudyti efektyvesnė, jei taikoma ne pacientui dar būnant stacionare, o kiek vėliau, ambulatoriškai (Calati & Courtet, 2016). Interpretuojant šiuos rezultatus svarbu atsižvelgti ir į nesutikusių dalyvauti ar tęsti savo dalyvavimą tyrime asmenų dalį, kuri šiame tyrime buvo pakankamai didelė – iš 69 potencialių tyrimo dalyvių 19 dalyvavo interviu (27,5 proc.). Galime spėti, kad asmenys, kurie nesutiko dalyvauti mūsų tyrime galbūt labiau neigiamai vertina gautą pagalbą, dėl to ir atsisakė įsitraukti į papildomus su pagalba susijusius dalykus, kaip dalyvavimas šiame tyrime.

4.7. Rezultatų apibendrinimas ir tyrimo naujumas

Atsižvelgiant į tai, kad šio tyrimo dalyviai nevienareikšmiškai vertino įprastą pagalbą, tačiau apie ASSIP programą ir jos poveikį suicidiškumui atsiliepė vien tik teigiamai, manome, kad ASSIP yra svarbi, įprastą pagalbą papildanti intervencija, kuri tinkamai atliepia pacientų poreikį bendradarbiavimu ir empatija pagrįstai, savižudybėms specifiskai pagalbai. Tikime, kad būdama šiuo metu viena trumpiausių specifinių intervencijų po bandymo nusižudyti (Gysin-Maillart et al., 2016) ASSIP gali deramai atliepti ir sveikatos priežiūros įstaigų poreikį metodo rentabilumui. Taigi tyrimo rezultatai rodo, kad ASSIP programa gali būti taikoma Lietuvoje, ją galima integruoti į dabartinę psichikos sveikatos priežiūros sistemą – pavyzdžiui, kaip papildomą pagalbą šalia įprasto gydymo psichiatrijos ligoninėje.

Remdamiesi šio tyrimo rezultatais taip pat darome išvadą, kad sveikatos priežiūra, ir ypač psichologinė pagalba, po mėginimo nusižudyti turėtų būti labiau specializuota negu įprasta pagalba psichikos sveikatos sutrikimų atveju. Tobulinant įprastą pagalbą po mėginimo nusižudyti svarbu užtikrinti jos

kompleksiškumą ir tęstinumą išėjus iš ligoninės, psichologinės pagalbos kokybę bei įtraukti savižudybėms specifinę psichologinę pagalbą, kuri pasižymėtų krizės ženklų atpažinimu, saugumo plano sukūrimu. Visuose pagalbos teikimo etapuose itin svarbu siekti palaikyti bendradarbiaujantį, empatišką ir pagarbų santykį tarp specialistų ir pacientų.

Mūsų žiniomis šis tyrimas yra pirmas Lietuvoje bei platesniame posovietiniame regione, nagrinėjantis ir lyginantys dviejų grupių patirtį – gavusiųjų įprastą pagalbą bei šalia įprastos pagalbos dalyvavusiųjų specializuotos psichologinės pagalbos po bandymo nusižudyti programoje. Be to, tai vienas iš nedaugelio tyrimų, atskleidžiančių pacientų perspektyvą pagalbos vertinime, ne tik matuojančių pagalbos veiksmingumą pagal vėlesnių savižudybių ir mėginimų nusižudyti skaičių. Taip pat šiame tyrime remtasi mišriais duomenų rinkimo ir analizės metodais – kiekybiniais bei kokybiniais, kas vis dar reta šioje tyrimų srityje. Skirtingų metodų integracija suteikė galimybę išsamiau suprasti, kokiais būdais pagalba paveikia pacientų būseną bei kelti prielaidas, dėl ko intervencijos yra veiksmingos. Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad visiems pacientams po mėginimo nusižudyti yra svarbi savižudybėms specifinė, psichologinė ir kompleksinė pagalba, paremta bendradarbiaujančiu, lygiaverčiu bei profesionaliu santykiu su sveikatos specialistais. Tačiau realybėje pacientai taip pat neretai susiduria su perdėtai medikalizuotu požiūriu, nepagarba ir pernelyg griežtais gydymo būdais. Veikiausiai dabartinė situacija Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje atspindi tam tikrą poziciją debatuose apie tai, kaip turėtume suprasti suicidiškumą – kaip vieną iš platesnės psichopatologijos simptomų ar kaip atskirą sunkumą, su kuriuo tvarkytis tinkamiausia savižudybei specifisku, į pacientą orientuotu, bendradarbiavimu pagrįstu būdu (Jobs, 2012). Nauja tai, kad šiame tyrime išryškėję skirtumai tarp tyrimo grupių parodo, kad asmenys, po mėginimo nusižudyti gavę tik įprastą pagalbą, paremtą daugiausiai medikamentiniu gydymu (IP grupė), yra labiau linkę vengti kalbėti apie savo bandymą nusižudyti, ieškoti pagalbos ar tęsti gydymą. Be to, jiems sunkiau reflektuoti savo indėlį į pagalbos gavimą ir niuansuotai bei kritiškai vertinti gautos pagalbos kokybę, lyginant su gavusiais kompleksinę pagalbą (IP+ASSIP grupė). Svarstome, jog vengimas gali būti ir vis dar stipraus kalbėjimo apie savižudybes atvirai stigmos atspindys Lietuvoje (Skruibis et al., 2015), ir kartu tai, kad į savižudybes orientuota psichologinė pagalba pasiūloma ne visiems asmenims po mėginimo nusižudyti iliustruoja šios stigmos apraiškas sveikatos priežiūros sistemos lygmenyje. Svarbūs bei nauji ir šio tyrimo rezultatai, atskleidę, kad gavusiųjų tik įprastą pagalbą suicidinių minčių intensyvumas ir bendras suicidiškumas nepasikeitė, o šalia įprastos

pagalbos dalyvavusių ASSIP programoje abu šie savo suicidiškumo vertinimai sumažėjo – tai pagrindžia į savižudybę orientuotos specifinės pagalbos svarbą bei naudą. Taigi, šio tyrimo novatoriškumas pasireiškė tuo, jog pavyko išgryninti ASSIP poveikio specifiškumą.

Tikime, kad šie rezultatai gali būti svarbūs tiek Lietuvos kontekste, tiek ir kitų aukštų savižudybių rodiklių regionuose – dėl suicidinės būsenos ypatumų (pvz., ambivalentiškumo pagalbos atžvilgiu, beviltiškumo ir vienišumo jausmų) bei kultūrinės stigmos savižudybių atžvilgiu veikimo vienu metu, planuojant sveikatos priežiūrą po mėginimo nusižudyti itin svarbus sveikatos specialistų proaktyvumas.

4.8. Tyrimo ribotumai ir gairės ateities tyrimams

Siekiant tiksliau suprasti tyrimo rezultatus svarbu aptarti ir keletą šio tyrimo ribotumų. Pirmoji tyrimo ribotumų grupė susijusi su tyrimo metodologiniais aspektais. Visų pirma, tai yra ASSIP programos tinkamumo taikyti tyrimas (*angl. feasibility study*). Dėl etinių ir organizacinių priežasčių atsisakėme randomizuotos atsitiktinių imčių strategijos ir pasirinkome rinkti dvi tyrimo dalyvių grupes atskirai pagal vienodus atrankos kriterijus. Dėl to kyla iššūkis vienareikšmiškai atsakyti, iš kur kyla skirtumai tarp grupių psichologinės savijautos bei suicidiškumo pokyčių ir skirtingo gautos pagalbos vertinimo – dėl ASSIP programos poveikio, dėl skirtingų skirtingose ligoninėse dirbančių specialistų kompetencijų bei asmeninių savybių, ar dėl tyrimo dalyvių būsenų bei asmenybės ypatumų. Siekdami valdyti šio ribotumo įtaką aprašydami ir analizuodami šio tyrimo rezultatus stengėmės išlaikyti aprašomąjį stilių, vengdami ieškoti priežasties-pasekmės ryšių, vietoje to svarstydami apie galimas sąsajas. Ateityje būtų vertinga detalizuoti ASSIP taikymo galimybes ir ribotumus bei įvertinti šios programos veiksmingumą Lietuvoje atliekant tyrimus didesnėse bei homogeniškesnėse imtyse, atliekant randomizuotų atsitiktinių imčių strategija paremtą tyrimą.

Tvarkant duomenis nuspręsta skaitinius kai kurių pagalbos rūšių vertinimus suvidurkinti, dėl ko prarasta dalis informacijos tikslumo. Nevienodas atsakymų detalumas atsirado dėl kelių priežasčių: 1) dažniausiai dalyviai negalėjo ar nenorėjo skaičiumi įvertinti ir po kelių bandymų tyrėjai nustodavo spausti ir eidavo prie kito klausimo; 2) tyrimo dalyviai išskirdavo gautas pagalbos rūšis skirtingu detalumu (pvz., kai kurie bendrai vertino gulėjamą psichiatrijos ligoninėje; kiti išskyrė specialistus – psichiatrą, psichologą ir kitus); 3) kartais skaitinis vertinimas būdavo praleistas iš tyrėjo pusės. Ateities tyrimuose rekomenduotume vietoje trijų klausimų (t. y., kiek

ši pagalbos rūšis patiko? Kiek ši pagalbos rūšis padėjo? Kiek specialistas buvo profesionalus?) rinkti vieną bendresnę (pvz., keliais balais galėtumėte įvertinti šią pagalbą?), o patikusius, padėjusius bei specialisto profesionalumo lygį atspindinčius aspektus sužinoti atvirų klausimų būdu.

Svarstant apie galimus mišrių metodų naudojimo ribotumus, t. y. kaip vieno metodo naudojimas galėjo apriboti kito metodo naudojimą, šiame tyrime tokių trukdžių neiškilo. Veikiausiai tam padėjo tai, kad visuose tyrimo etapuose kiekybiniai ir kokybiniai duomenų rinkimo bei analizės būdai buvo aiškiai atskirti ir atliekami ne paraleliai, o paeiliui: 1) interviu atlikome tik po to, kai jau buvo atlikti abu kiekybiniai matavimai; 2) kokybiniai duomenys pilnai išanalizuoti iki tol, kol pradėta statistinė kiekybinių rezultatų analizė (taip išvengėme galimo tyrėjų šališkumo atliekant interviu teminę analizę). Tad šio tyrimo patirtis taikant mišrius tyrimo metodus buvo pozityvi ir greičiau leidžianti pasitelkti abiejų – kiekybinės ir kokybinės – strategijų privalumus negu sukelti papildomų ribotumų.

Antroji ribotumų grupė apima tyrimo organizavimo sunkumus bei tyrimo imties ypatumus. Šiame tyrime susidūrėme su dideliu tyrimo dalyvių atkritimo procentu – iš 69 potencialių tyrimo dalyvių, tik 31 dalyvavo pirmajame duomenų rinkimo etape, o iš jų tik 19 dalyvavo antrajame etape ir davė interviu (27,5 proc.). Toks sunkumas iškilo dėl to, kad tyrėjai neturėjo įtakos tyrimo dalyvių pagalbos teikimui – dėl to atsirado nemažai tarpinių grandžių tarp potencialaus tyrimo dalyvio ir tyrėjų: IP+ASSIP grupėje į tyrimą dalyvius kvietė ir pirmą matavimą atliko jų ASSIP terapeutai, IP grupėje informaciją apie potencialius tyrimo dalyvius tyrėjams perduodavo ligoninės administracija, tačiau tyrėjui atvykus į ligoninę atliekant pirminę atranką neretai paaiškėdavo, kad potencialus tyrimo dalyvis jau išrašytas iš ligoninės arba neatitinka atrankos kriterijų. Be to, nors nemažai pacientų sutiko dalyvauti pirmajame matavime, gali būti, jog per mėnesį nuo savo patekimo į ligoninę jie pakeitė savo nuomonę dėl dalyvavimo tyrime (didžioji dalis, 10 iš 13, atkritusių tarp pirmo ir antro matavimo, nebenorėjo tęsti savo dalyvavimo tyrime arba su jais nebepavyko susisiekti). Taigi, neturime galimybės detaliau žinoti, kaip gautą pagalbą vertina tie asmenys, kurie atkrito tyrimo atlikimo procese. Ateities tyrimuose svarbu ieškoti būdų, kaip galima būtų pasiekti šiuos asmenis. Šio tyrimo patirtis rodo, kad jeigu dalyvauti tyrime pakviečia pagalbą teikiantis specialistas, didesnė dalis pacientų sutinka dalyvauti tyrime ir išlieka jame (IP+ASSIP grupėje iš 26 potencialių tyrimo dalyvių 11 dalyvavo interviu – 42 proc.; IP grupėje iš 43 tik 8 – 19 proc.).

Tyrimo imties dydis (19 dalyvių) išryškino ir statistinės kiekybinių duomenų analizės ribotumus. Dėl mažo dalyvių skaičiaus (11 IP+ASSIP grupėje ir 8 IP grupėje) negalėjome kelti prielaidos apie duomenų normalųjį skirstinį, tad ir statistinėje analizėje negalėjome remtis įprastais dviejų imčių palyginimui naudojamais statistiniais kriterijais (pvz., t-testas) ir turėjome naudoti neparametrinius testus – Mann-Whitney U ir Wilcoxon. Suprantama, kad šių kriterijų statistinė galia yra labiau ribota negu parametrinių kriterijų. Kita vertus, remiantis Bowen et al. (2009), tinkamumo taikyti tyrimuose, kurie yra pirmas žingsnis prieš atliekant didelių imčių tyrimus, tai yra pakankama ir adekvati metodologija padedanti įvertinti intervencijos ribotą veiksmingumą (*angl. limited-efficacy testing*).

Taip pat svarbu atsižvelgti į demografinius netolygumus tarp dviejų tyrimo grupių ir galimą jų įtaką tyrimo rezultatams. Pastebime nevienodą lyčių pasiskirstymą tarp tyrimo dalyvių – IP+ASSIP grupėje buvo penki vyrai iš vienuolikos, o IP grupėje tik du vyrai iš aštuonių dalyvių. Tad keliame prielaidą, kad IP grupėje vyrų gautos pagalbos vertinimų ypatumai gali būti atskleisti nepakankamai ir reikalauja tolesnio mokslinio nagrinėjimo. Taip pat IP+ASSIP grupėje didesnė dalis tyrimo dalyvių turėjo aukštąjį ar aukštesnįjį išsilavinimą (6 iš 11; 54,5%) lyginant su IP grupe (3 iš 8; 37,5%) ir didesnė dalis gyvena didmiestyje (9 dalyviai, 81,8% IP+ASSIP bei 3 dalyviai, 37,5% IP grupėje). Galbūt tai galėjo prisidėti prie gauto rezultato, jog IP+ASSIP grupės dalyviai pasižymi geresniais savirefleksijos gebėjimais, atsiskleidusiais per detalesnį savo jausmų ir elgesio susijusio su bandymu nusižudyti bei išitraukimu į pagalbą įvardinimą, bei kritiškiau vertina gautą įprastą pagalbą. Vis tik tai yra prielaidos, kadangi savirefleksijos ar kritinio mąstymo gebėjimų šiame tyrime nematavome. Be to, svarbu atsižvelgti į tai, jog IP grupės dalyviams nebuvo pasiūlyta dalyvauti ASSIP programoje, t. y. nežinome, kurie iš jų potencialiai būtų sutikę dalyvauti, o kurie atsisakę, o IP+ASSIP grupėje neturime duomenų apie tuos asmenis, kuriems buvo pasiūlyta dalyvauti ASSIP programoje ir jie nesutiko. Ateityje tyrimuose būtų vertinga rinkti daugiau duomenų bei turėti galimybę palyginti sutinkančių ir nesutinkančių dalyvauti naujose intervencijose demografinius duomenis, tiek ir didesnėse imtyse kontroliuoti demografinių duomenų įtaką rezultatams.

Trečia svarbu įvardyti su ASSIP programos taikymo Lietuvoje pradiniu etapu susijusius ribotumus. Šio tyrimo duomenų rinkimo etapo metu ASSIP programą taikę psychologai dar nebuvo pilnai užbaigę šios programos taikymo mokymų, kas galėjo turėti įtaką rezultatams. Taip pat šiame tyrime netyrinėjome laiškus, kuriuos po ASSIP programos dalyviai gauna iš ASSIP

terapeuto, poveikio, kadangi visi tyrimo interviu įvyko anksčiau negu dalyviai gavo pirmąjį laišką. Be to, du iš vienuolikos ASSIP programoje dalyvavusių asmenų tęsė psichologines konsultacijas su tuo pačiu psichologu, kuris taikė ASSIP, nors pagal programos struktūrą ASSIP terapeutas turėtų būti atskiras, papildomas resursas galimoms ateities savižudybės krizėms valdyti. Turint mintyje, kad visi ASSIP programoje dalyvavę tyrimo dalyviai apie ją atsiliepė teigiamai, keliame prielaidą, jog jeigu šių ribotumų nebūtų, skirtumai tarp grupių būtų dar ryškesni. Kartu tikime, jog ateities tyrimuose būtų vertinga ieškoti organizacinių ir metodologinių būdų įvertinti Lietuvoje dar naujos ASSIP programos veiksmingumą kiekybiniais metodais didesnėje imtyje bei ilgesniu tyrimo laikotarpiu.

Galiausiai šio tyrimo rezultatų perkeliamumą į kitus kontekstus siūlome vertinti per teorinio ir analitinio generalizavimo prizmę (Hjelmeland & Knizek, 2010) – jis bus labiausiai nulemtas to, kiek mūsų išvalgos atrodys praktiškai naudingos konkrečiau šio darbo skaitytojo situacijai, praktikai ar moksliniams tyrimams. Manome, jog šis tyrimas bei jo rezultatai gali būti pravartūs mokslininkams, besigilinantiesiems į pagalbos po bandymo nusižudyti tyrimus, tiek ir praktikams, dirbantiems su suicidiškais pacientais ir ieškantiems būdų kaip geriau suprasti jų poreikius, galiausiai už sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei plėtrą atsakingoms institucijoms, mėginančioms užtikrinti kuo geresnę pagalbą po mėginimo nusižudyti. Tikime, jog šie rezultatai taip pat gali būti vertingi ir kitoms šalims, ypač turinčioms aukštus savižudybių rodiklius, kurios pradeda arba ketina pradėti taikyti ASSIP programą.

4.9. Praktinės rekomendacijos

Remdamiesi šio tyrimo rezultatais formuluojame kelias praktines rekomendacijas planuojantiems, organizuojantiems ar teikiantiems sveikatos priežiūros paslaugas asmenims po bandymo nusižudyti:

- Asmenys po bandymo nusižudyti neretai patiria įvairius sunkumus priimant pagalbą – pvz., beviltiškumo ar vienišumo jausmus, nenorą kalbėti apie problemas, savikliovą ar savigydą. Tokioje būsenoje tampa itin svarbi santykio su įvairiais sveikatos priežiūros specialistais pobūdis (tiek su gydančiais psichiatrais, psichologais ar psichoterapeutais, tiek ir su kitas paslaugas teikiančiais specialistais – slaugytojais, kineziterapeutais, ergoterapeutais, socialiniais darbuotojais ir kt.). Šio tyrimo dalyviai pabrėžė, jog bendraujant specialistais jiems padėjo bendradarbiavimo,

lygiavertiškumo, rūpestingumo ir supratingumo patyrimas. Nepagarbus, neprofesionalus santykis (pvz., kaltinimai, kad mėgino nusižudyti; konfidencialumo pažeidimas to neaptarus su pacientu) ar pernelyg griežti gydymo būdai (pvz., izoliuota palata, fiksacija prie lovos) yra priimami kaip nepadedantys ar kenkiantys. Dėl to rekomenduotina ugdyti personalo kompetencijas nuostatų į bandžiusius nusižudyti asmenis kontekste – padėti geriau suprasti bandžiusiojo nusižudyti būsenos ypatumus bei išmokti empatiškiau į ją atliepti.

- Ligoninės aplinka bei sąlygos taip pat svarbios bandžiusiems nusižudyti asmenims. Rekomenduotina siekti užtikrinti aplinkos saugumą, ramybę ir tvarkingumą, aiškiai sutarti ir komunikuoti taisykles. Ne mažiau svarbi galimybė bendrauti su kitais pacientais, turinčiais panašių sunkumų – rekomenduotina skatinti pacientų bendruomeniškumo jausmą per bendras veiklas, užimtumą, grupinius susitikimus. Šalia to, bandžiusieji nusižudyti pacientai dažnai jaučiasi nejaukiai atsidūrę ūmiuose skyriuose su psichotinių sutrikimų turinčiais pacientais. Nesant gretutinių sutrikimų, kai indikuotina izoliacija, siūlome pagalbą mėginusiems nusižudyti organizuoti atviresnio režimo skyriuose.
- Pagalba po bandymo nusižudyti vertinama kaip labiau padedanti tuomet, kai ji yra kompleksinė – apima medikamentinį gydymą, psichologo konsultacijas, pakankamą užimtumą stacionarinio gydymo metu bei paciento artimųjų įtraukimą į sveikimo procesą. Taip pat rekomenduotina į sveikatos priežiūrą įtraukti savižudybėms specializuotas, specifines psichologines intervencijas, kurios pasižymėtų struktūruotumu, konkretumu, saugumo plano sudarymu, suicidinės krizės ženklų pastebėjimu bei mokymusi naujų savipagalbos būdų. Šio tyrimo dalyviai, kurie gavo ASSIP intervenciją, apie ją atsiliepė tik teigiamai, dėl to manome, jog ji tinkamai atliepia pacientų poreikius ir papildo įprastą pagalbą. Nors bandžiusieji nusižudyti teigiamai atsiliepia apie nesuspecifinį grupinės terapijos ar bendravimo užsiėmimų poveikį, su savižudišku elgesiu ar mintimis susijusi pagalba vertinama kaip labiau padedanti tuomet, kai ji teikiama individualių susitikimų metu ir atsižvelgiama į konkretaus paciento gyvenimo kontekstą.
- Vienas dažniausių bandžiusiujų nusižudyti poreikių po stacionarinio psichiatrinio gydymo yra pagalbos tęstinumas. Dėl to itin svarbiu pagalbos teikimo aspektu tampa bendradarbiavimas tarp stacionarinio gydymo įstaigų bei ambulatorinės grandies sveikatos priežiūros specialistų pagal paciento gyvenamąją vietą. Kartu bandžiusieji nusižudyti dažnai susiduria

su įvairiomis kliūtimis įsitraukti į tolesnį pagalbos procesą, tokiomis kaip prasta fizinė bei emocinė savijauta, finansiniai ar santykių su artimaisiais sunkumai. Atsižvelgiant į šiuos iššūkius, specialistams (pvz., atvejo vadybininkams ambulatorinėje sveikatos priežiūros įstaigoje) rekomenduotina proaktyviai susisiekti su po stacionarinio gydymo po bandymo nusižudyti į įprastą aplinką grįžusiu asmeniu ir kartu ieškoti būdų teštinei pagalbai užtikrinti.

Šio tyrimo rezultatai atsikleidė ir kelis galimus būdus, kaip patobulinti ASSIP programą bei jos taikymą Lietuvoje:

- Kai kurie tyrimo dalyviai įvardino, jog jautėsi nejaukiai dėl filmavimo pirmosios ASSIP sesijos metu ar vėliau peržiūrinėdami vaizdo įrašą kartu su ASSIP terapeutu. Būtų svarbu ieškoti būdų plačiau aptarti šį nejaukumą su pacientu, galimas jo priežastis. Galbūt būtų verta normalizuoti tokį patyrimą įvardinant, kad jis gana dažnas, ir kartu anksčiau ASSIP programoje dalyvavę asmenys tuo pačiu sako, jog tai buvo viena vertingiausių metodo patirčių. Tikėtina, jog tokie argumentai galėtų motyvuoti sudalyvauti ar tęsti savo dalyvavimą ASSIP programoje didesnę dalį mėginusiųjų nusižudyti asmenų.
- Dalis tyrimo dalyvių pabrėžė kontrastą tarp to, kaip jautėsi sesijų su ASSIP terapeutu metu ir grįžę į psichiatrijos ligoninės skyrių, kur aplinka bei santykiai juos slėgė. Manome, kad vertėtų taikyti ASSIP programą ambulatoriškai visais atvejais, kai nėra vienareikšmiškų indikacijų stacionariniam psichiatriniam gydymui.

IŠVADOS

1. Abiejose tyrimo grupėse pacientų psichologinė savijauta po gydymo psichiatrijos ligoninėje pagerėjo – psichologinės gerovės vertinimai tapo aukštesni, sumažėjo depresyvumas. Tačiau suicidinių minčių intensyvumas ir bendras suicidiškumas sumažėjo tik papildomai dalyvavusiųjų ASSIP programoje grupėje. Nevienareikšmiškai ar neigiamai buvo vertinami įvairūs įprastos pagalbos aspektai, o atsiliepimai ASSIP programą – vien tik teigiami. Todėl darome išvadą, kad ASSIP yra tinkama, įprastą pagalbą papildanti intervencija, atliepanti pacientų poreikius bendradarbiavimu ir empatija pagrįstai, savižudybėms specifiskai pagalbai.
2. Atskleisdami savižudybėms specifinės psichologinės pagalbos veiksmingumo aspektus ASSIP programos dalyviai pabrėžė kelių skirtingų psichologinės pagalbos būdų derinimą, konkretumą, saugumo plano sudarymą, krizės ženklų pastebėjimą bei išmokus naujus savipagalbos būdus. ASSIP programa vertinama kaip efektyvi, koncentruota ir struktūruota.
3. Dalyvavusieji ASSIP programoje pasižymi stipresniais savirefleksijos gebėjimais, atsiskleidusiais per dalinimąsi asmeninių savybių ir jausmų įtaka gaunamai pagalbai bei jausmais ar elgesiu, susijusiu su bandymu nusižudyti. Gavusieji tik įprastą pagalbą pasižymėjo stipresne vengimo elgesio tendencija – mažesnė dalis dalinosi savo pastangomis siekti pagalbos ir į ją įsitraukti, tik šioje grupėje atsiskleidė savižudydos potėmė.

LITERATŪRA

- Ahmedani, B. K., Simon, G. E., Stewart, Ch., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R., ... Solberg, L. I. (2014). Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of General Internal Medicine*, 29(6), 870-877. doi: 10.1007/s11606-014-2767-3
- Akotia, S., Knizek, B., Kinyanda, E., & Hjelmeland, H. (2014). "I have sinned": understanding the role of religion in the experiences of suicide attempters in Ghana. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(5), 437-448. doi: 10.1080/13674676.2013.829426
- Aldrich, R., & Cerel, J. (2009). The development of effective message content for suicide intervention: theory of planned behavior. *Crisis*, 30(4), 174-179. doi: 10.1027/0227-5910.30.4.174
- Andoh-Arthur, J., Knizek, B., Osafo, J., & Hjelmeland, H. (2018). Suicide among men in Ghana: The burden of masculinity. *Death Studies*, 42(10), 658-666. doi: 10.1080/07481187.2018.1426655
- Balaišis, M. (2004). *First Year Students' Adjustment at Vilnius University in Lithuania: The Role of Self-orientation, Locus of Control, Social Support and Demographic Variables*. Doctoral Dissertation, Toronto: University of Toronto.
- Branley-Bell, D., O'Connor, D. B., Green, J. A., Ferguson, E., O'Carroll, R. E. & O'Connor, R. C. (2019). Distinguishing suicide ideation from suicide attempts: Further test of the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. *Journal of Psychiatric Research*, 117, 100-107. doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.07.007
- Beck, A. T., & Lester, D. (1976). Components of suicidal intent in completed and attempted suicide. *The Journal of Psychology*, 92, 35-38. doi: 10.1080/00223980.1976.9921330
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). *Manual for Beck Scale for Suicide Ideation*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beghi, M., Rosenbaum, J. F., Cerri, C., & Cornaggia, C. M. (2013). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 1725-1736. doi: 10.2147/NDT.S40213
- Berg, S. H., Rørtveit, K., & Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic

- review of qualitative studies. *BMC health services research*, 17(1), 73. doi: 10.1186/s12913-017-2023-8
- Berglund, S., Åström, S., & Lindgren, B. M. (2016). Patients' experiences after attempted suicide: a literature review. *Issues in mental health nursing*, 37(10), 715-726. doi: 10.1080/01612840.2016.1192706
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113. doi: 10.1037/0033-295X.97.1.90
- Bennewith, O., Evans, J., Donovan, J., Paramasivan, S., Owen-Smith, A., Hollingworth, W., ... Gunnell, D. (2014). A contact-based intervention for people recently discharged from inpatient psychiatric care: a pilot study. *Archives of Suicide Research*, 18(2), 131-143. doi: 10.1080/13811118.2013.838196
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. London: Sage Publications Inc.
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., Bakken, S., Kaplan, C. P., Squiers, L., Fabrizio, C., & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American journal of preventive medicine*, 36(5), 452-457. doi: 10.1016/j.amepre.2009.02.002
- Brown, G. K., & Green, K. L. (2014). A review of evidence-based follow-up care for suicide prevention – where do we go from here? *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3S2), S209-S215. doi: 10.1016/j.amepre.2014.06.006
- Brown, G.K., Ten Have, T., Henriques, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E., & Beck, A.T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, 294, 563-570. doi: 10.1001/jama.294.5.563.
- Calati, R. & Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research*, 79, 8-20. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.04.003
- Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H., & D'este, C. (2007). Postcards from the edge: 24-month outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *British Journal Of Psychiatry*, 191(5), 548-553. doi: 10.1192/bjp.bp.107.038406
- Cebria, A. I., Parra, I., Pàmias, M., Escayola, A., García-Parés, G., Puntí, J., ... Palao, D. J. (2013). Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a spanish population. *Journal of Affective Disorders*, 147, 269-276. doi: 10.1016/j.jad.2012.11.016

- Cedereke, M., Monti, K., & Öjehagen, A. (2002). Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *European Psychiatry, 17*(2), 82-91. doi: 10.1016/S0924-9338(02)00632-6
- Cedereke, M., Öjehagen, A. (2005). Prediction of repeated parasuicide after 1–12 months. *European Psychiatry, 20*(2), 101–109. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.09.008
- Chan, K. J., Kirkpatrick, H. & Brasch, J. (2017). The reasons to go on living project: stories of recovery after a suicide attempt. *Qualitative Research in Psychology, 14*(3), 350-373. doi: 10.1080/14780887.2017.1322649
- Chen, H., Mishara, B., & Liu, X. X. (2010). A pilot study of mobile telephone message interventions with suicide attempters in China. *Crisis, 31*(2), 109–112. doi: 10.1027/0227-5910/a000017
- Clarke, D., Usick, R., Sanderson, A., Giles-Smith, L., & Baker, J. (2014). Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: A literature review and thematic content analysis. *International journal of mental health nursing, 23*(3), 273-284. doi: 10.1111/inm.12040
- Crandall, C., Fullerton-Gleason, L., Aguero, R., & Jonathon LaValley, J. (2006). Subsequent suicide mortality among emergency department patients seen for suicidal behavior. *Academic Emergency Medicine, 13*(4), 435–42. doi: 10.1197/j.aem.2005.11.072
- Crocker, L., Clare, L., & Evans, K. (2006) Giving up or finding a solution? The experience of attempted suicide in later life. *Aging & Mental Health, 10*(6), 638–647. Doi: 10.1016/j.socscimed.2015.05.015
- Crowe, T. P., Deane, F. P., Oades, L. G., Caputi, P., & Morland, K. G. (2006). Effectiveness of a collaborative recovery training program in Australia in promoting positive views about recovery. *Psychiatric Services, 57*(10), 1497-1500. doi: 10.1176/ps.2006.57.10.1497
- Dadašev, S. (2017). *Mėginusiųjų nusizudyti savižudybės proceso patirtis. Daktaro disertacija. Vilniaus universitetas.*
- Dadašev, S., Latakienė, J., Geleželytė, O., Gailienė, D., Skruibis, P., Grigienė, D., Rimkevičienė, J., & Mažulytė-Rašytinė, E. (2019, September). *Prevention of Suicide in Health Care System: lessons Learned from a Three Year Study in Lithuania.* Paper presented at 30th World Congress of the International Association for Suicide Prevention, Derry-Londonderry, Northern Ireland, 17th-21st September 2019.
- Dadašev, S., Skruibis P., Galienė, D., Latakienė J., & Grižas, A. (2016). Too strong? Barriers from getting support before a suicide attempt in lithuania. *Death Studies, (40)*8, 507-512. doi:10.1080/07481187.2016.1184725

- Daigle, M. S., Pouliot, L., Chagnon, F., Greenfield, B., & Mishara, B. (2011). Suicide attempts: prevention of repetition. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(10), 621-629. doi: 10.1177/070674371105601008
- Dieserud, G., Leenars, A. A., & Dyregrov, K. (2015). The importance of many informants in PA studies. *Suicidology online*, 6(2), 47–55. ISSN 2078-5488
- Dirmotaitė, E. (2017). *Nusižudžiusių kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigas per paskutinius metus iki savižudybės ypatumai Lietuvoje*. Magistro darbas. Vilniaus universitetas.
- Durkheim, E. (2005). *Suicide: A study in sociology*. London: Routledge. Originally published in 1897, Paris.
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215–229. doi: 10.1348/014466599162782
- Eurostat (2019). *Death due to suicide, by sex [Data set]*. Paimta iš: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tps00122>
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., ... Thanh, H. T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of World Health Organization*, 86(9): 703–709. doi: 10.2471/BLT.07.046995
- Fluckiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2011). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-17. doi: 10.1037/a0025749
- Gailienė, D. (2015). Savižudybės Lietuvoje. Sociokultūrinis kontekstas. In D. Gailienė (sud.), *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai* (pp. 198-216). Vilnius: Eugrimas.
- Ghio, L., Zanelli, E., Gotelli, S., Rossi, P., Natta, W., & Gabrielli, F. (2011). Involving patients who attempt suicide in suicide prevention: A focus group study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 510–518. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01697.x
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., & Bunney, W. E. (Eds.). (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. Washington, DC: National Academy Press.
- Grižas, A. (2014). *Mėginusių nusižudyti žmonių patiriama gėda*. Magistro darbas. Vilniaus universitetas.
- Guthrie, N., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J.,

- Mendel, E., ... Tomenson, B. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*, 323, 1-5. doi: 10.1136/bmj.323.7305.135
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP). *PLoS Medicine* 13(3): e1001968. doi: 10.1371/journal.pmed.1001968
- Gysin-Maillart, A. C., Soravia, L. M., Gemperli, A., & Michel, K. (2017). Suicide ideation is related to therapeutic alliance in a brief therapy for attempted suicide. *Archives of suicide research*, 21(1), 113-126. doi: 10.1080/13811118.2016.1162242
- Hagen, J., Knizek, B., & Hjelmeland, H. (2018a). Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1461514. doi: 10.1080/17482631.2018.1461514
- Hagen, J., Hjelmeland, H., & Knizek, B. (2018b). Connecting with suicidal patients in psychiatric wards: Therapist challenges. *Death Studies*, 41(6), 360-367. doi: 10.1080/07481187.2017.1284955
- Handwerk, M. L., Larzelere, R. E., Friman, P. C., & Mitchell, A. M. (1998). The relationship between lethality of attempted suicide and prior suicidal communications in a sample of residential youth. *Journal of Adolescence*, 21, 407-414. doi:10.1006/jado.1998.0160
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182(6), 537-542. doi: 10.1192/bjp.182.6.537
- Hjelmeland, H. (1996). Verbally expressed intentions of parasuicide: II Prediction of fatal and nonfatal repetition. *Crisis*, 17(1), 10-14. doi: 10.1027/0227-5910.17.1.10
- Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Fekete, S., ... Wasserman, D. (2002). Why people engage in parasuicide: A cross-cultural study of intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(4), 380-393. doi: 10.1521/suli.32.4.380.22336
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 74-80. doi: 10.1521/suli.2010.40.1.74

- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2019). The emperor's new clothes? A critical look at the interpersonal theory of suicide. *Death Studies*, 1–11, Published online: 29 Jan 2019. doi: 10.1080/07481187.2018.1527796
- Hjelmeland, H., Knizek, B. L., & Nordvik, H. (2002). The communicative aspect of nonfatal suicidal behavior— are there gender differences? *Crisis*, 23(4), 144–155. doi: 10.1027//0227-5910.23.4.144
- Hjelmeland, H., Knizek, B. L., Kinyanda, E., Musisi, S., Nordvik, H., & Svarva, K. (2008). Suicidal behavior as communication in a cultural context: a comparative study between uganda and norway. *Crisis*, 29(3), 137–144. doi: 10.1027/0227-5910.29.3.137
- Hogan, M. F., & Grumet, J. G. (2016). Suicide prevention: an emerging priority for health care. *Health Affairs*, 35(6), 1084–1090. doi: 10.1377/hlthaff.2015.1672
- Hom, M. A., Stanley, I. H., & Joiner Jr, T. E. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clinical psychology review*, 40, 28–39. doi: 10.1016/j.cpr.2015.05.006
- Hughes, J. L., & Asarnow, J. R. (2013). Enhanced mental health interventions in the emergency department: suicide and suicide attempt prevention. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 14(1), 28–35. doi: 10.1016/j.cpem.2013.01.002
- Jobs, D. (2012). The collaborative assessment and management of suicidality (CAMS): An evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 42, 640–653. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00119.x
- Jobs, D. (2016). *Managing suicidal risk: a collaborative approach, Second Edition*. The Guilford Press.
- Jobs, D. (2017). *CAMS sistema: Savižudybių rizikos valdymas bendradarbiaujant*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Joiner, T. E. Jr. (2005). *Why people die by suicide*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Kan, C. K., Ho, T. P., Dong, J. Y., & Dunn, E. L. (2007). Risk factors for suicide in the immediate post-discharge period. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 208–214. doi: 10.1007/s00127-006-0153-0
- Kapur, N., Steeg, S., Turnbull, P., Webb, R., Bergen, H., Hawton, K., ... Cooper, J. (2015). Hospital management of suicidal behaviour and subsequent mortality: a prospective cohort study. *Lancet Psychiatry*, 2, 809–16. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00169-8

- Karasouli, E., Owens, D., Latchford, G., & Kelley, R. (2015). Suicide after nonfatal self-harm: a population case-control study examining hospital care and patient characteristics. *Crisis*, *36*(1), 65–70. doi: 10.1027/0227-5910/a000285
- Kirkpatrick, H. B., Brasch, J., Chan, J., & Kang, S. S. (2017). A narrative web – based study of reasons to go on living after a suicide attempt: Positive impacts of the mental health system. *The Journal of Mental Health and Addiction Nursing*, *1*(1), 3-9. doi: 10.22374/jmhan.v1i1.10
- Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2007). A theoretical model for interpreting suicidal behaviour as communication. *Theory & Psychology*, *17*(5), 697–720. doi: 10.1177/0959354307081625
- Knizek, B., & Hjelmeland, H. (2018). To die or not to die: a qualitative study of men’s suicidality in Norway. *BMC Psychiatry*, *18*(263), Published online 2018 Aug 22. doi: 10.1186/s12888-018-1843-3
- Latakiënė, J. (2014). *Bandyto nusizudyti komunikacinių aspektų kokybinė analizė*. Magistro darbas. Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Leenars, A. A. (2010). Edwin S. Shneidman on suicide. *Suicidology Online*, *1*, 5-18. ISSN 2078-5488
- Lopez-Castroman., J., Blasco-Fontecilla, H., Courtet, P., Baca-Garcia, E., & Oquendo, M. A. (2015). Are we studying the right populations to understand suicide? *World Psychiatry*, *14*(3), 368–369. doi: 10.1002/wps.20261
- Luxton, D. D., Kinn, J. T., June, J. D., Pierre, L. W., Reger, M. A., & Gahm, G. A. (2012). Caring letters project a military suicide-prevention pilot program. *Crisis*, *33*(1), 5-12. doi: 10.1027/0227-5910/a000093
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, *159*(6), 909–916. doi: 10.1176/appi.ajp.159.6.909
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, *294*(16), 2064–74. doi: 10.1001/jama.294.16.2064
- McKay, K., & Shand, F. (2018). Advocacy and luck: Australian healthcare experiences following a suicide attempt. *Death Studies*, *42*(6), 392–399. doi: 10.1080/07481187.2017.1359218
- Michel, K., & Gysin-Maillart, A. (2015). *ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program: A manual for clinicians*. Göttingen: Hogrefe Publishing. ^{[[L]]}_{[[SEP]]}
- Montross Thomas, L. P., Palinkas, L. A., Meier, E. A., Iglewicz, A., Kirkland,

- T., & Zisook, S. (2014). Yearning to be heard: What veterans teach us about suicide risk and effective interventions. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35, 161-167. doi: 10.1027/0227-5910/a000247
- Morrison, K. B., & Laing, L. (2011). Adults' use of health services in the year before death by suicide in Alberta. *Health Reports*, 22(3), 15-22. Articles and reports: 82-003-X201100311516
- Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52(6), 828–33. doi: 10.1176/appi.ps.52.6.828
- Möller, H.J. (1989). Efficacy of different strategies of after-care for patients who have attempted suicide. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 82, 643–47. doi: 10.1177/014107688908201105
- O'Connor, R. C. (2003). Suicidal behavior as a cry of pain: test of a psychological model. *Archives of Suicide Research*, 7, 297-308. doi: 10.1080/13811110390226417
- O'Connor, R. C. (2011a). Towards an integrated motivational – volitional model of suicidal behavior. In R. C. O'Connor, S. Platt, & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice* (pp. 181–198). Chichester: Wiley Blackwell. doi: 10.1002/9781119998556.ch11
- O'Connor, R. C. (2011b). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*, 32(6), 295–298. doi: 10.1027/0227-5910/a000120
- O'Connor, R. C., & Kirtley O. J. (2018) The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754). doi: 10.1098/rstb.2017.0268
- O'Connor, R. C., Smyth, R., Ferguson, E., Ryan, C., & Williams, J. M. G. (2013). Psychological processes and repeat suicidal behavior: a four-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1137–1143. doi: 10.1037/a0033751
- O'Cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2008). The quality of mixed methods studies in health services research. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(2), 92-98. doi: 10.1258/jhsrp.2007.007074
- O'Neil, M. E., Peterson, K., Low, A., Carson, S., Denneson, L. M., Haney, E., ... Kansagara, D. (2012). *Suicide prevention interventions and referral/follow-up services: a systematic review*. VA Evidence-based

- Synthesis Program Reports, Project #05-225. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US).
- Owen, G., Belam, J., Lambert, H., Donovan, J., Rapport, F., & Owens, Ch. (2012). Suicide communication events: Lay interpretation of the communication of suicidal ideation and intent. *Social Science & Medicine*, 75, 419-428. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.02.058
- Owen-Smith, A., Bennewith, O., Donovan, J., Evans, J., Hawton, K., Kapur, N., ... Gunnell, D. (2014) "When you're in the hospital, you're in a sort of bubble." Understanding the high risk of self-harm and suicide following psychiatric discharge: a qualitative study. *Crisis*, 35(3):154–60. doi: 10.1027/0227-5910/a000246
- Pavarin, R. M., Fioritti, A., Fontana, F., Marani, S., Paparelli, A., & Boncompagni, G. (2014). Emergency department admission and mortality rate for suicidal behavior. *Crisis*, 35(6), 406–14. doi: 10.1027/0227-5910/a000282
- Pouliot, L., & De Leo, D. (2006). Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 491-510. doi: 10.1521/suli.2006.36.5.491
- Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Centre in Mental Health. (1999). PSO (5) geros savijautos rodiklis. Hillerod.
- Pūras, D., Šumskienė, E., Veniūtė, M., Šumskas, G., Juodkaitė, D., Murauskienė, L., Mataitytė-Diržienė, J., & Šliužaitė, D. (2013). *Iššūkliai igyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką. Mokslo studija*. http://www.fsf.vu.lt/dokumentai/Naujienos_Mokslo_pasiekimai/MOKSL_O_STUDIJA_issukiai_igyvendinant_Lietuvos_psichikos_sveikatos_politika.pdf
- Radcliffe, J., & Smith, R. (2007). Acute in-patient psychiatry: how patients spend their time on acute psychiatric wards. *Psychiatric Bulletin*, 31(5), 167-170. doi: 10.1192/pb.bp.105.009290
- Rancāns, E., Lapiņš, J., Renberg, E. S., & Jacobsson, L. (2003). Self-reported suicidal and help seeking behaviours in the general population in Latvia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(1), 18-26. doi: 10.1007/s00127-003-0602-y
- Rasmussen, S. A., Fraser, L., Gotz, M., MacHale, S., Mackie, R., Masterton, G., ... O'Connor, R. (2010). Elaborating the cry of pain model of suicidality: Testing a psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 15–30. doi: 10.1348/014466509X415735
- Renaud, J., Berlim, M. T., Seguin, M., McGirr, A., Tousignant, M., &

- Turecki, G. (2009). Recent and lifetime utilization of health care services by children and adolescent suicide victims: a case-control study. *Journal of Affective Disorders*, *117*, 168–173. doi: 10.1016/j.jad.2009.01.004
- Rogers, R. J. (2001). Theoretical grounding: the „missing link“ in suicide research. *Journal of Counseling & Development*, *79*(1), 16–25. doi: 10.1002/j.1556-6676.2001.tb01939.x
- Rogers, R. J., & Soyka, K. M. (2004). “One size fits all”: an existential – constructivist perspective on the crisis intervention approach with suicidal individuals. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *34*(1), 7–22. doi: 10.1023/B:JOCP.0000010910.74165.3a
- Roškar, S., Zorko, M., & Podlesek, A. (2015). Suicide in Slovenia between 1997 and 2010: characteristics, trends, and preventive activities. *Crisis*, *36*(2), 126–134. doi: 10.1027/0227-5910/a000298
- Rudd, M.D., Bryan, C.J., Wertenberger, E.G., Peterson, A.L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., ... Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *172*, 441–449. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14070843
- Rudestam, K. R. (1971). Stockholm and Los Angeles: A cross-cultural study of the communication of suicidal intent. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *36*(1), 82–90. doi: 10.1037/h0030492
- Rutz, W., Wålinder, J., Von Knorring, L., Rihmer, Z., & Pihlgren, H. (1997). Prevention of depression and suicide by education and medication: Impact on male suicidality: an update from the Gotland study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *1*(1), 39–46. doi: 10.3109/13651509709069204
- Samuelsson, M., Wiklander, M., Åsberg, M., & Saveman, B. I. (2000). Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(3), 635–643. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01522.x
- Sarchiapone, M. (2015). Risk and protective factors associated with attitudes toward suicide. *Suicidology online*, *6*(2), II–III. ISSN 2078-5488
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O’Carroll, P. W., Joiner, Jr. T. E. (2007a). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 1: background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *37*(3), 248–263. doi: 10.1521/suli.2007.37.3.248
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O’Carroll, P. W., Joiner,

- Jr. T. E. (2007b). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 2: suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277. doi: 10.1521/suli.2007.37.3.246
- Simon, G. E., Beck, A., Rossom, R., Richards, J., Kirlin, B., King, D., ... & Whiteside, U. (2016). Population-based outreach versus care as usual to prevent suicide attempt: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 452. doi: 10.1186/s13063-016-1566-z
- Skruibis, P., Dadašev, S., & Geleželytė, O. (2015). Savižudiško elgesio stigma. In D. Gailienė (sud.), *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai* (pp. 217-233). Vilnius: Eugrimas.
- Sobolewski, B., Richey, L., Kowatch, R. A., & Grupp-Phelan, J. (2013). Mental health follow-up among adolescents with suicidal behaviors after emergency department discharge. *Archives of Suicide Research*, 17(4), 323–34. doi: 10.1080/13811118.2013.801807
- Shand, F., Vogl, L., & Robinson, J. (2018). Improving patient care after a suicide attempt. *Australasian Psychiatry*, 26(2), 145-148. doi: 10.1177/1039856218758560
- Shneidman, E. S. (2002). *Savižudžio sąmonė*. Vilnius: Via Recta.
- Tomlinson, M. W. (2012). War, peace and suicide: The case of Northern Ireland. *International Sociology*, 27(4), 464–482. doi: 10.1177/0268580912443579
- Topp, C. W., Ostergaard, S. D., Sondergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167-76. doi: 10.1159/000376585
- Vaiva, G., Ducrocq, F., Meyer, P., Mathieu, D., Philippe, A., Libersa, C., & Goudemand, M. (2006). Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*, 332, 1241-45. doi: 10.1136/bmj.332.7552.1241
- Vaiva, G., Walter M., Al Arab, A. S., Courtet, P., Bellivier, F., Demarty, A. L., ... Libersa, Ch. (2011). ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*, 11(1). doi: 10.1186/1471-244X-11-1.
- Van Heeringen, K., Hawton, K., & Williams, J. M. G. (2000). Pathways to suicide: an integrative approach. In K. Hawton, & K. van Heering (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 223-

- 234). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Van Orden, A. K., Merrill, A. K., & Joiner, T. E. Jr. (2005). Interpersonal-psychological precursors to suicidal behavior: a theory of attempted and completed suicide. *Current Psychiatry Reviews*, 1(2), 187 – 196. doi: 10.2174/1573400054065541
- van Spijker, B.A., Majo, M.C., Smit, F., van Straten, A., & Kerkhof, A. J. (2012). Reducing suicidal ideation: cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help. *Journal of Medical Internet Research*, 14(5), e141. doi: 10.2196/jmir.1966
- Wang, M. C., Lightsey, O. R., Tran, K. K., & Bonaparte, T. S. (2013). Examining suicide protective factors among black college students. *Death studies*, 37(3), 228–247. doi: 10.1080/07481187.2011.623215
- Wang, L-J., Wu, Y-W., & Chen, Ch-K. (2015). Is case management effective for long-lasting suicide prevention? A community cohort study in Northern Taiwan. *Crisis*, 36(3), 194–201. doi: 10.1027/0227-5910/a000314
- Wiklander, M., Samuelsson, M., & Åsberg, M. (2003). Shame reactions after suicide attempt. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 293- 300, doi: 10.1046/j.1471-6712.2003.00227.x
- Williams, J. M. G., & Pollock, L. R. (2000). The psychology of suicidal behaviour. In K. Hawton, & K. van Heering (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 79-93). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- World Health Organisation (2019). *Suicide rate estimates, age-standardized [Data set]*. Paimta iš:
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en>
- You, S., Van Orden, K. A., & Conner, K. R. (2011). Social connections and suicidal thoughts and behavior. *Psychology of addictive behaviors*, 25(1), 180-184. doi: 10.1037/a0020936
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... & Purebl, G. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review, *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659, doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X

PRIEDAI

1 priedas. Etikos leidimas



VILNIAUS UNIVERSITETO PSICHOLOGINIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

LEIDIMAS ATLIKTI PSICHOLOGINIŲ TYRIMŲ

2017-05-17 Nr. 12
Vilnius

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

Leidimas suteiktas VU Psichologinių tyrimų etikos komiteto posėdžio sprendimu.

Pirmininkas

Doc. dr. Evaldas Kazlauskas

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

2 priedas. Informuoto sutikimo forma



ASMENS INFORMAVIMO FORMA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pagrindinė tyrėja dokt. Jolanta Latakienė _____

3 priedas. Informacinis lapelis tyrimo dalyviui



Ačiū, kad sutikote dalyvauti Vilniaus universiteto Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedros atliekamame moksliniame tyrime. Šiuo tyrimu siekiame geriau suprasti, kiek veiksminga psichologinė pagalba, gaunama po mėginimo nusižudyti, todėl Jūsų atsakymai į anketų klausimus mums yra labai vertingi. Praėjus 4 savaitėms po Jūsų buvimo ligoninėje su Jumis susisieks vienas iš mūsų tyrėjų, su kuriuo sutarsite laiką susitikimui bei pokalbiui. Tikime, kad pokalbis gali būti naudingas ir Jums.

Jei turite klausimų, kviečiame kreiptis į psichologę:

Jolanta Latakiienė

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

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

4 priedas. Sutartiniai transkribavimo ženklai

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

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

5 priedas. Teminės analizės būdu išskirtų temų bei potemių sąrašas

1. PAGALBOS TEIGIAMAS POVEIKIS

Gauta pagalba išgelbėjo gyvybę, apsaugojo nuo dar vieno mėginimo nusižudyti, pagalbos pakako

IP+ASSIP grupė:

- Gautos pagalbos efektyvumas
- Reanimacijos specifika
- Specialistų pagalbos buvo užtekinai
- Negavus pagalbos turėčiau savižudybės planą
- Pagalba padėjo išvengti dar vieno bandymo nusižudyti
- Gydyman man išgelbėjo gyvybę
- Gauta pagalba stabdo nuo mėginimo nusižudyti
- Visa gauta pagalba vertinama kaip naudinga
- Abejonės, kas būtų negavus pagalbos, šeimos paramos lūkestis
- Gauta pagalba padėjo nenusižudyti
- ASSIP terapija suteikė saugumo planą ir vieną kartą planas galimai išgelbėjo mano gyvybę
- Anksčiau esu gavusi kitokią pagalbą, nes tai ne pirmas mėginimas nusižudyti
- Jei nebūtų pagalbos, būčiau nusižudžiusi
- Reanimacijoje mane išgelbėjo, daktarai mane prižiūrėjo
- Visą gautą pagalbą vertinu labai gerai, nes ji buvo šimtaprocentinė
- Aš nebūčiau nusižudęs

IP grupė

- Jei nebūčiau gavusi pagalbos, gal ir nusižudyčiau
- Ligoninėje man padėjo tiek, kiek galėjo per trumpą laiką
- Visi pagalbos komponentai padėjo
- Pagalba labai veiksminga; nieko netrūksta
- Pagalba pirmoje ligoninėje, jos vertinimas – išgelbėjo gyvybę; viskas patiko
- Pagalbos antroje ligoninėje profesionali, labiausiai padėjo iš visos pagalbos
- Visos pagalbos teigiamas vertinimas, nėra ką keisti
- Pagalboje nieko keisti nereikia
- Visa pagalba buvo operatyvi, gera
- Pirmoje ligoninėje pagalba buvo profesionali, padarė ką turėjo
- Gautos pagalbos manęs čia jau nebūtų
- Labiausiai padėjo psichiatrinėje ligoninėje
- Greitoji pagalba padėjo
- Be greitosios pagalbos manęs čia nebūtų

Pasikeitęs požiūris, geresnis savo sunkumų ir būdų sau padėti supratimas

IP+ASSIP grupė:

- Gautos pagalbos efektyvumas

- Psichiatrė padėjo suprasti ligą
- Psichologė labiausiai padėjo, supratau kaip sau padėti
- Išsigandau mėginimo nusižudyti, laikau klaida
- Pasikeitė mano požiūris, mąstymas
- Supratau, kad bandymas nusižudyti psichologinės prievartos padarinys
- Susisiekimas su psichologe po bandymo nusižudyti padėjo prisiminti kaip sau padėti
- Gauta pagalba mažina mintis apie savižudybę, skatina pozityvesnį požiūrį
- Gauta pagalba teigiamai paveikė kasdienį funkcionavimą, savęs supratimą ir ateities planus
- Nekenčiu savo profesijos ir noriu ją keisti
- Susitikimai su psichologe padėjo, padėjo pažinti save
- Dabar mano gyvenimas sustingęs, bet stengiuosi gyventi čia ir dabar
- Psichologiniame vertinime išgirdau įdomių dalykų apie save

IP grupė:

- Gaunant pagalbą atsirado daugiau vilties, noro susitaupyti pinigų
- Pasikeitęs požiūris, gyvenimo būdas [alkoholis ir draugai]
- Asmeniniai pokyčiai po suteiktos pagalbos - tapau atviresnis, artimiau bendrauju su kitais žmonėmis
- Pagalba padeda grįžti į pradinę emociją ir mąstymo būseną
- Dabartiniai santykiai su šeima pagerėjo
- Po suteiktos pagalbos tapau atviresnė, priimu daugiau pagalbos
- Galvojau, kad gydytojos pasiūlymai nesąmonė, bet požiūris pasikeitė
- Dabartiniai santykiai su šeima pagerėjo
- Po gautos pagalbos galiu spręsti savo problemas
- Bandžiusiems nusižudyti reikia padėti, tai išgydoma, pagalba yra
- Dabar skiriamas laikas knygos rašymui, artimųjų ir namų priežiūrai
- Po suteiktos pagalbos pagerėjo psichologinė būklė

2. PAGALBOS SIEKIMAS IR SUNKUMAI PRIIMANT PAGALBĄ

Sunkumai priimti pagalbą: beviltiškumas, vienišumas, nenoras kalbėti apie problemas, saviklio va

IP+ASSIP grupė:

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

- Nenorėjau, kad gydytojai įtartų, kad man blogėja
- Nepadėjo, kad kiti pacientai į grupinę terapiją mažai įsitraukia

IP grupė:

- Seniau buvo sunku atsiverti, niekas neįtarė, kad man sunku
- Atsisakiau pagalbos, nenorėjau nieko veikti, buvau užsisklendusi
- Norėjo būti palikta ramybėje, sunku priimti pagalbą
- Mėgstu būti vienas ir spręsti problemas pats
- Sunku kalbėti apie sunkumus, sprendžiu pats
- Nematau prasmės savisaugos plane, netikiu juo
- Nenorėjau eiti į grupinius užsiėmimus ligoninėje dėl ankstesnės prastos patirties
- Buvu sunku kalbėti apie savo sunkumus

Pagalbos siekimas, įsitraukimas ir savarankiškumas

IP+ASSIP grupė:

- Pagalbos veiksmingumo priklausymas nuo pačios dalyvės
- Lankymasis pas psichologą privačiai
- Po stresinės situacijos kilo suicidalinių minčių
- Ženkliai padėjo parašymas psichologei apie mėginimą nusižudyti
- Žmonės, kurie žinojo apie mėginimą nusižudyti, skatino kreiptis pagalbos
- Labiausiai padėjau sau pati, specialistai tik nukreipia
- Už pagalbos veiksmingumą atsakingas jaučiasi ir pats dalyvis
- Viskas priklauso nuo manęs, mano pastangų
- Dabar gaunu psichologinę pagalbą
- Ligoninėje norėjau vesti savipagalbos grupes, buvau skatinamas tai daryti
- Aš noriu pasveikti
- Dabar gaunu gydytojo ir psichologės konsultacijas
- Aš susilaukiau palaikymo iš draugų, tai duoda ramybės
- Jei nesigydyčiau aš vis tiek pats ieškočiau pagalbos arba už mane kiti jos ieškotų
- Pradėjau tvarkytis savo gyvenimą/Programa veikė kaip postūmis man kažką daryti

IP grupė:

- Po bandymo nusižudyti pati nuėjau ir apie tai pasakiau psichiatrui

Asmeninių savybių ir jausmų įtaka gaunamai pagalbai

IP+ASSIP grupė:

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

- Dabar bandau save prisiversti kažką daryti ir turiu keletą veiklų
- Mano pasaulėžiūra ir požiūris į save yra gan neigiamas
- Nuostatos dėl gydymo, pacientas pats turi norėti gydytis
- Aš nemėgstu kalbėti apie save, piešti ar spalvinti
- Aš stebiu savo ir kitų kūno kalbą, ji pasako daugiau nei žodžiai
- Man sunku pastebėti kai kuriuos dalykus savyje
- Tikėjau, nors ir bijojau kad psichologinis vertinimas mane išanalizuos giliau

Jausmai, elgesys susijęs su bandymu nusižudyti

IP+ASSIP grupė:

- Abejonės dėl greitosios pagalbos
- Reanimacijoje pradžioje turi susitaikyti su tuo, kad nemirei – abejonės, ar gerai, kad atgaivino
- Gailėjimasis, kad nepavyko nusižudyti
- Alkoholio vartojimas didino norą nusižudyti
- Sunku kalbėti apie mėginimą nusižudyti
- Ambivalentiškas požiūris į tėvo atvežimą į reanimaciją
- Anksčiau būdavo, kad pagalvodavau apie savižudybę, yra tekę kalbėtis ir su šeimos gydytoju
- Negavęs gydymo galėjau patirti daugiau nerimo, o gal ir bandęs nusižudyti

Savigyda

IP grupė:

- Aš esu blogas ligonis, neklausau nurodymų, sūnus dėl to pyksta
- Aš pati sau padedu
- Iš pradžių gydžiausi koją savo nuožiūra
- Savavališkas vaistų keitimas
- Pati sau normavau vaistus

3. BENDRADARBIAUJANČIO, LYGIAVERČIO IR PROFESIONALIAUS SANTYKIO SU SPECIALISTAIS SVARBA

Specialistų rūpestingumas, dėmesingumas, supratingumas ir galimybė išsikalbėti

IP+ASSIP grupė:

- Padėjo dėmesingas santykis su psichosocialinės reabilitacijos atvejo vadybininkais
- Padėjo psichiatrų rūpestingumas
- Padeda specialistų atidumas, išklausymas
- Padėjo išsikalbėjimas psichologei
- Padėjo psichiatrės supratingumas, nuoširdumas
- Padėjo psichologės nuoširdus noras padėti
- Domėjimasis, nuoširdumas, išklausymas iš personalo padeda
- Gydytojų bandymas suprasti priežastį

- Santykių su psichologe padėjo jos ramumas, supratingumas
- Pagalbos veiksmingumą didino asmeniškasis dėmesys, empatija, rūpestis
- Padeda psichiatro dėmesingumas, atjauta, profesionalumas, tikslų kėlimas
- Padėjo empatiškas, šiltas ir supratingas santykis su psichologe
- Specialistai buvo rūpestingi, kompetetingi ir profesionalūs
- Jaučiuosi ir jaučiausi prižiūrimas, manimi rūpinosi
- Padeda, kad ASSIP psichologė profesionali ir supratinga
- Psichologė nepiršo savo nuomonės ir švelniai keitė mano mąstymą, išgrynino ko aš noriu gyvenime
- Rehabilitacijoje dirba geri ir supratingi specialistai
- Specialistai nori padėti, skiria dėmesio
- ASSIP konsultacijose jaučiausi svarbus ir manimi buvo rūpinamasi, po konsultacijų manęs neaplankydavo suicidinės mintys
- ASSIP konsultacijose nebuvau spaudžiamas kažką daryti
- Skyriaus psichologai buvo geri, bet reikėjo labiau specializuotos pagalbos
- Mane gydę daktarai manimi rūpinosi
- Specialistai žiūri į pacientą kaip į vienintelį ir išskirtinį
- Gydytojas dirba profesionaliai ir manimi rūpinasi, išklauso

IP grupė:

- Padėjo ligoninės specialistų dėmesingumas, paslaugumas, domėjimasis
- Antros ligoninės personalas sąžiningas, rūpestingas, kelia pasitikėjimą
- Žymūs dabartinės pagalbos skirtumai nuo ankstesnės – rūpestis ir profesionalumas
- Kito ligoninės personalo dėmesys kitiems pacientams
- Pagalba ūmioje palatoje – ramybė, saugumas, dėmesingumas
- Personalas dėmesys, rūpestis
- Psichologės pagalba pirmoje ligoninėje – šypsena
- Slaugytojų profesionali, atidi pagalba
- Į personalą gali kreiptis
- Santykis su personalu buvo draugiškas, dėmesingas, nėra smerkimo
- Ergoterapeutė buvo kompetetinga, dėmesinga, rami
- Gydytojas domėjosi, dirbo profesionaliai, santykis darbinis
- Seselės nuoširdžios, rūpestingos
- Skyriaus vedėja dėmesinga, nuoširdi, rūpestinga, bendravo su šeima
- Dienos stacionaro personalas malonus, dėmesingas
- Pirmoje ligoninėje darbuotojos mielos, malonios
- Poliklinikos personalas nuoširdus, dėmesingas
- Psichiatriė buvo iniciatyvi, operatyvi, dėmesinga
- Antra psichiatriė buvo profesionali, dėmesinga, rūpestinga
- Greitosios pagalbos personalas palaikė
- Gydytoja skyrė laiko konsultacijoms individualiai ir su šeima
- Personalas žmogiškas, kantrus
- Ūmioje palatoje slaugytojos skatino judėti dėl pragulų

- Socialinės darbuotojos didelės pastangos padėti, individualus požiūris
- Individualizuota pagalba – išleido iš ligoninės išsilaikyti egzaminų
- Išleido iš ligoninės, kad galėčiau pasiimti akademines atostogas
- Psichologės pagalba antroje ligoninėje – galimybė išsikalbėti; draudimas vartoti alkoholį
- Santykis su psichologe – atviras, papasakojau apie alkoholį, psichologė šilta
- Psichologės pagalba veiksminga dėl bendravimo ir išklausymo
- Ilgainiui pradėjau atsiverti psichologei
- Padeda, kad psichologė klausosi, gilinasi
- Padeda, kad psichologė dalinasi komentarais, alternatyvomis
- Psichologo pagalba padėjo bendravimas, atsiskleidimas
- Su psichologe galėjau būti atvira, buvau be įtampos
- Santykis su socialinėmis darbuotojomis buvo šiltas, man patiko bendrauti
- Antra psichologė buvo miela, nuoširdi, įsigilino į problemas, pateikė įžvalgų

Abipusiu pasitikėjimu ir bendradarbiavimu grįstas santykis

IP+ASSIP grupė:

- Padėjo dėmesingas santykis su psichosocialinės reabilitacijos atvejo vadybininkais
- Padėjo laisvumo jausmas su psichologe
- Padėjo lygiavertis, saugus, sąžiningas santykis su psichiatrais
- Padėjo profesionalus, laisvas santykis su kineziterapeute
- Padeda gydytojo aktyvumas
- Patiko psichologė, susiklostė darbiniai santykiai
- Santykiai su specialistais keitėsi
- Artimas, draugiškas santykis su psichiatre
- Su psichologe lengviau bendrauti, supratingumas
- Geranoriškas, pasitikintis santykis su psichologe
- Santykis su psichologėmis buvo dalykiškas, profesionalus, bet kartu ir šiltas
- Padėjo artimas, grįstas pasitikėjimu santykis su psichiatre
- Padėjo ASSIP psichologės empatija, profesionalumas, pagalba įvardinant sunkius dalykus
- Padėjo visą laiką prieinamas ir bendradarbiaujantis personalas
- Padeda geras ryšys su atvejo vadybininke bei jos pagalba
- Ryšys su psichologe buvo geras
- Užsiėmimus veda ne tik specialistai, bet ir savanoriai, jie nežiūri kaip į pacientą, man patinka su jais bendrauti
- Padėjo su ASSIP terapeute užmegztas darbinis ryšys ir jos pastangos mane suprasti ir padėti, ji mane perskaitė
- Aš ir kiti specialistai buvome kandūs ir su specifiniu humoro jausmu
- Ergoterapeutė mus užėmė ir buvo kaip draugė
- Santykis su specialistais buvo toks, kokio aš reikalavau ir iš savęs
- Aš turėjau gerą ryšį su grupės terapeute
- Santykis su ASSIP psichologe buvo formalus, tai padėjo rimtai žiūrėti į

darbą

- Su savo gydytoju psichiatru turiu gerą ryšį ir manau, kad man geriau konsultuočiau su vyru

IP grupė:

- Santykis su psichologe – atviras, papasakojau apie alkoholį, psichologė šilta
- Santykis su psichologe draugiškas, dalykiškas
- Psichiatras dėmesingas, draugiškas, galėjau pasitikėti
- Santykis su grupinių užsiėmimų specialistais šiltas, geras
- Santykis su psichologe normalus, tvarkoj
- Santykis su grupinę terapiją vedusiu specialistu puikus
- Santykis su socialinėmis darbuotojomis buvo šiltas, man patiko bendrauti
- Santykis su greitosios personalu buvo tvarkoje
- Santykis su kita psichologe buvo geras
- Dalis seselių mane mylėjo
- Santykis su socialine darbuotoja geras

Specialistų profesionalumas ir kompetencija

IP+ASSIP grupė:

- Padėjo ASSIP psichologės profesionalumas
- Padėjo profesionalus, laisvas santykis su kineziterapeute
- Psichiatrų pagalbos profesionalumas
- Specialistai kompetentingi
- Psichiatriė kompetentinga
- Psichiatriė koregavo gydymą
- Psichologė profesionali, svarbu, kad tarėsi su manimi
- Labiau kompetentingi specialistai
- Psichiatriė padėjo dėl nugaros skausmų
- Padėjo ASSIP psichologės empatija, profesionalumas, pagalba įvardinant sunkius dalykus
- Padeda psichiatro dėmesingumas, atjauta, profesionalumas, tikslų kėlimas
- Padėjo bendradarbiavimas su psichologe, jos įžvalgos, išskirti tikslai ir uždaviniai
- Padėjo psichologės kryptingumas
- Padėjo psichologės profesionalumas
- Specialistai buvo rūpestingi, kompetentingi ir profesionalūs
- Atvejo vadybininkė profesionali ir padeda išspręsti visus reikalus
- Padeda, kad ASSIP psichologė profesionali ir supratinga
- Reabilitacijoje dirba geri ir supratingi specialistai
- ASSIP terapeutė buvo profesionali ir kompetentinga
- Ergoterapeutė buvo gera specialistė, nors man nereikėjo jos pagalbos
- Man padėjo darbas su psichiatru, jis buvo tvirtas žmogus, atitaikė man vaistus ir daug ko mane išmokė
- Man padėjo darbas su psichologe
- Psichiatrai elgėsi taktiškai

- Psichiatrė buvo gera specialistė
- Psichologė buvo gera specialistė, kantri ir įžvalgi
- ASSIP psichologė dirbo profesionaliai
- ASSIP psichologė paliko gerą įspūdį
- ASSIP psichologės įžvalgos buvo gilos
- Aš kreipiuosi į psichiatrą pasikonsultuoti
- Gydytojas dirba profesionaliai ir manimi rūpinasi, išklauso
- Grupės terapeutė dirbo profesionaliai

IP grupė:

- Ligoninės psichologės ir psichiatrės profesionalumas, įžvalgumas
- Budinčios šeimos gydytoja profesionali
- Žymūs dabartinės pagalbos skirtumai nuo ankstesnės – rūpestis ir profesionalumas
- Psichologė kompetentinga
- Slaugytojų profesionali, atidi pagalba
- Grupinės terapijos vedėjas profesionalus, sukontroliuoja grupę
- Ergoterapeutė buvo kompetentinga, dėmesinga, rami
- Gydytojas domėjosi, dirbo profesionaliai, santykis darbinis
- Grupinių užsiėmimų specialistai kompetentingi
- Psichiatrė buvo iniciatyvi, operatyvi, dėmesinga
- Antra psichiatrė buvo profesionali, dėmesinga, rūpestinga
- Psichiatrinės psichologė dirbo gerai, norėjo sužinoti mano būklę, atliko testus

4. LIGONINĖS APLINKOS IR SĄLYGŲ SVARBA

Ligoninės saugios, ramios, tvarkingos aplinkos bei taisyklių svarba

IP+ASSIP grupė:

- Padėjo galimybė išeiti į lauką
- Ligoninėje saugi aplinka padėjo
- Padeda laisvė, ramybė ligoninėje

IP grupė:

- Ligoninėje padėjo pastovus dienos ritmas, atitrūkimas nuo gyvenimo, nebuvau viena
- Ligoninėje dirbau, daug parašiau, jaučiausi saugiai ir ramiai
- Pagalba ūmioje palatoje – ramybė, saugumas, dėmesingumas
- Ligoninės atmosfera buvo gera, draugiška, yra laisvės
- Ligoninėje padeda atsijungimas nuo pasaulio
- Ligoninėje yra tvarka, kurios laikosi visi
- Palatos tvarkingumas
- Ligoninėje duodamo maisto teigiamas vertinimas
- Ligoninėje buvo galimybė išeiti į lauką
- Man padėjo gulėjimas ligoninėje
- Ligoninėje padėjoėjimas į lauką

- Ligoninėje darydavau mankštą, jos blaškydavo mintis
- Ligoninėje vyksta įvairios veiklos, yra tvarka

Bendravimo, bendruomeniškumo svarba gydymosi procese

IP+ASSIP grupė:

- Padėjo draugiškos pacientės
- Padeda bendravimas su panašių problemų turinčiais žmonėmis

IP grupė:

- Ligoninėje padėjo pastovus dienos ritmas, atitrūkimas nuo gyvenimo, nebuvau viena
- Ligoninėje turėjau draugę, kuri suteikdavo išskirtinumo jausmą, klausė kūrybos
- Ligoninės užsiėmimais buvo lankomi su drauge
- Padėjo laisvė, vaikščiojimas, bendravimas
- Svarbu buvo bendruomeniškumo jausmas ligoninėje
- Su palatos drauge atsisakėme keisti palatas
- Ūmioje palatoje patiko ramybė, bendravimas su pacientais
- Klube nesilankiau, vėliau reiks, nes bus naudinga
- Grupinėje terapijoje išmokau atsiverti, radau su kuo pasidalinti, jaučiau mažiau nerimo
- Grupiniai užsiėmimai padeda nesijausti vienišam
- Grupinė terapija padėjo, nes gavau kitų palaikymą, galėjau išsipasakoti
- Bendravimo grupė padėjo bendravimas su kitais
- Dienos stacionare patinka bendruomeniškumas
- Dienos stacionare gydymas aktyvus, orientuotas į problemų sprendimą, darbą grupėse
- Svarbu buvo bendruomeniškumas, bendravimas

5. NEPAGARBAUS SANTYKIO IR PERNELYG GRIEŽTŲ GYDYMO BŪDŲ KENKSMINGUMAS

Nepadeda griežtas, neatidus, nejautrus santykis

IP+ASSIP grupė:

- Iš psichiatro trūko atvirumo, dėmesio
- Nepadėjo formalus, neprofesionalus santykis su reanimacijos personalu
- Nepadėjo reanimacijos aplinkos nejautrumas
- Nepadeda specialistų neatidumas, neįsitraukimas
- Nepadėjo griežtas tonas
- Trūko specialistų aktyvumo, įtraukimo
- Nepadėjo psichiatrės griežtumas
- Psichiatrė kišosi ne į savo reikalus
- Psichiatrė nepadėjo psichologiškai
- Abejoju specialistų grubaus bendravimo veiksmingumu
- Kančia dėl skyriaus apribojimų ir taisyklių
- Karingi santykiai su personalu ir pacientais

- Personalo grubumas, nepagarbus bendravimas nepadėjo
- Personalui trūko atidumo, geranoriškumo
- Ankstesnėje pagalboje nepadėdavo psichiatrų neįautrumas, šališkumas
- Nepadeda grubus, nepagarbus ir kaltinantis specialistų bendravimas
- Nepadeda šaltas, nedėmesingas santykis su psichologe
- Gulėjimas reanimacijoje nepadėjo psichologiškai
- Nepadėjo specialistų abejingumas, šaltas santykis
- Ligoninėje gavau mažai rūpesčio, nepatiko personalo darbas
- Jautėsi dėmesio trūkumas, gydytojų laiko stoka

IP grupė:

- Ligoninės psichologė buvo šaltoka, formali, neradau su ja ryšio
- Pirmos chirurgės abejingumas, nesiėmė veiksmų
- Psichiatrės veiksmai konsultacijoje – išrašė vaistus; nesigilino į bandymo nusižudyti aplinkybes ir į dabartinę būseną
- Santykis su antros ligoninės personalu - pro mane praeidavo, nes aš gulėdavau rami, nieko neklausdavo
- Santykis su psichiatre – nėra pasitikėjimo; gydytoja šalta, nerodo išskirtinumo; nesinorėjo pasakoti
- Šeimos gydytoja neskyrė dėmesio, neklausė apie savijautą
- Šeimos gydytojos elgesys – nesigilinimas, dėmesio neskyrimas.
- Trūko, kad psichiatrė pastebėtų mano išskirtinumą
- Ligoninėje nesigilino į mano problemas, gydė tik vaistais, vegetavau
- Psichologė buvo pasyvi, nepaaiškino užduočių
- Gydytojai buvo griežti, neskyrė papildomo dėmesio
- Daktarai neatsižvelgė į mano būklę
- Gydytoja nerodė rūpesčio, palaikymo

Personalo nekompetentingumas, neprofesionalus elgesys

IP+ASSIP grupė:

- Nepadėjo formalus, neprofesionalus santykis su reanimacijos personalu
- Specialistams trūko kompetencijos
- Psichiatrė ir psichologė pažeidė konfidencialumą, tai neprofesionalu
- Sunku bendrauti su psichiatre, neartimas ryšys
- Abejoju psichiatrės kompetencija
- Paviršutiniški, be pasitikėjimo santykiai su psichiatre
- Žema personalo kompetencija nepadeda
- Nepadeda skatinimas meluoti
- Lazdynų ligoninėje nepadėjo prastas personalo elgesys, ant manęs rėkė
- Personalą vertinu tragiškai
- Specialistai turi turėti atitinkamą kompetenciją ir mylėti žmones
- Po grupinės psichoterapijos įvyko savižudybės bandymas, nes jos metu iš manęs pasišaipė terapeutė

IP grupė:

- Skyriaus vedėjas nejautriai pakomentavo

- Gydančios gydytojos komentarai šokiravo, atsisakyčiau pagalbos
- Ligoninės psichologė buvo grubi, nesupratinga
- Kai kurios seselės buvo žiaurios, keikėsi, slėgė
- Vedėjas nežmoniškas, griežtas, keliantis baimę
- Buvo nemalonus personalo

Nepadeda netinkami, priverstiniai gydymo būdai ir taisyklės

IP+ASSIP grupė:

- Kelia abejonių psichosocialinės reabilitacijos pagalbos metodai
- Nepadėjo reanimacijos aplinkos neįautrumas
- Nepadeda pagalbos priverstinumas, perdėtas intensyvumas
- Fiksavimas reanimacijoje kėlė pyktį
- Nelaikau savęs ūmaus skyriaus paciente
- Nemanau, kad man buvo reikalinga ar naudinga izoliacija
- Nekompetentingas personalo elgesys, uždarymas per prievartą
- Mane slėgė ir žemino ligoninės suvaržymai
- Vasaros ligoninėje, grupinėje psichoterapijoje sunku buvo rasti bendrumą
- Man nepadėjo tai, kad pasikeitė terapeutai
- Manau, kad kai kurie užsiėmimai stacionare buvo neefektyvūs
- Manęs nesužavėjo kalbėjimo grupė, nors manau, kad kalbėtis yra gerai
- Skyriuje buvo griežtos taisyklės, negalėdavai išeiti iš skyriaus
- Žmonės yra provokuojami kalbėti apie tai, kas jiems labai sunku

IP grupė:

- Nepadėjo palatoje buvusi energinga pacientė
- Ligoninės maistas neatitinka reikalavimų
- Ligoninės tvarka varžo
- Ligoninėje per daug laiko skiriama miegui
- Ligoninėje trūko higienos, medicininių, kitų priemonių

Psichologinės pagalbos trūkumas, nepakankama priežiūra

IP grupė:

- Trūko dažnesnių konsultacijų su ligoninės psichologe
- Pagalba pirmoje ligoninėje - negavau pagalbos dėl balso
- Ligoninėje nesigilino į mano problemas, gydė tik vaistais, vegetavau
- Man reikėjo aktyvesnės pagalbos, galėjo iš karto siųsti į stacionarą
- Pirmoje ligoninėje nebuvo dirbančio psichiatro
- Mažiausiai padėjo poliklinika, neturėjau su kuo pasikonsultuoti
- Buvo mažai psichologo pagalbos
- Gydytoja suteikė informacijos, bet ne psichologinę pagalbą
- Nebuvo paskirta psichologo konsultacijų
- Man trūko psichologinės pagalbos
- Psichiatrinėje trūko psichologinės pagalbos
- Ligoninėje trūko psichologinių konsultacijų
- Ligoninėje tik vaistus skyrė

- Pavaduojanti socialinė darbuotoja nieko nedarė

Psichiatrijos ligoninėje ir jos aplinka gulėjimas nepadėjo
JP+ASSIP grupė:

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

6. SAVIŽUDYBĖMS SPECIFINĖS PSICHOLOGINĖS PAGALBOS VEIKSMINGUMO ELEMENTAI

Padeda kelių psichologinės pagalbos būdų derinimas, konkretumas, atmintinés, krizės ženklų pastebėjimas

JP+ASSIP grupė:

- ASSIP terapijos pagalbos komponentai
- ASSIP terapijos ženklai nauda
- Padeda kelių pagalbos rūšių derinimas, specifinė savižudybėms pagalba
- Padėjo trumpų, realistiškų planų susidarymas
- Padėjo vizualinės relaksacijos atsigauti
- Atmintinė padėjo kreiptis pagalbos vietoje bandymo nusižudyti
- Buvo nedrąsu filmuotis, bet padėjo pastebėti krizės ženklus
- Padėjo psichologės taikomų metodų įvairovė
- Padėjo su psichologe daryta atmintinė
- Buvo įdomu žiūrėti į save iš šono
- ASSIP terapijoje padėjo konkretumas, konstruktyvumas
- Padėjo konkretūs psichologės pasiūlymai
- Psichologinėse konsultacijose padėjo konstruktyvumas, problemos sprendimų ieškojimas
- ASSIP terapijoje padėjo konkretūs įrankiai: krizės ženklų pažinimas ir saugumo plano kūrimas
- ASSIP terapija suteikia saugumą planą ateičiai
- Padeda realių tikslų išsikėlimas ir įgyvendinimas
- ASSIP terapija suteikė saugumo planą ir vieną kartą planas galimai išgelbėjo mano gyvybę
- Grupės psichoterapeutas skyriuje davė priemonių savipagalbai
- Labiausiai gydyme man padėjo psichologės konsultacijos ir gauti savipagalbos metodai

- Psichiatras davė skaityti knygų, bet trūko kontrolės
- Teorinės paskaitos buvo įdomios
- ASSIP terapeutės darbas skiriasi nuo skyriaus psichologų darbo, darbas buvo labiau koncentruotas ir taikomas kitoks požiūris
- ASSIP programos metu į save galėjau pažiūrėti iš šono, kaip į kitą žmogų
- ASSIP programa yra efektyvi ir struktūruota, ja galima pasitikėti
- ASSIP programa padėjo labiausiai
- Mano istorija užrašyta ant lapo manė palietė ir sukretė

Psichologinė pagalba buvo svarbi

IP+ASSIP grupė:

- Psichologinių konsultacijų svarba
- Psichologinės pagalbos poreikis ir nauda
- Patinka ir padeda grupiniai užsiėmimai, matai, kad ne tau vienam sunku
- Grupinė psichoterapija buvo veiksminga
- Grupinė terapija man padėjo

Dabartinė pagalba specifiškesnė, intensyvesnė

- Dabartinė pagalba specifiškesnė, gyvybiškai svarbesnė
- Anksčiau gauta pagalba psichoterapinėje grupėje
- Dabartinė pagalba intensyvesnė
- Dabartinė gauta pagalba skiriasi įrankiu kiekiu nuo anksčiau gautos pagalbos, o panaši stipriais specialistais

7. NEVIENAREIKŠMIŠKA MEDIKAMENTINĖ PAGALBA

Teigiamas medikamentinės pagalbos poveikis ir vertinimas

IP+ASSIP grupė:

- Vaistai padėjo miegoti
- Vaistai padėjo, būsena pagerėjo
- Vaistai padėjo dėl miego sutrikimų ir įkyrių minčių
- Vaistų vartojimas susijęs su depresija, o ne bandymu nusižudyti
- Vaistai padėjo miegoti
- Vaistai padeda užmigti ir dėl jų nebegirdžiu garsų
- Aš jau žinau kokie vaistai man veikia ir padeda
- Pasitikiu vaistų veiksmingumu

IP grupė:

- Ligoninėje vaistai padėjo iš dalies – susitvarkė miegas, bet nuolatinis liūdesys liko
- Vaistų pagalba – nebuvo šalutinio poveikio; padėjo – jaučiausi pusiausvyroje
- Patiko budinčios šeimos gydytojos konkreti medikamentinė pagalba
- Gauti vaistai padėjo, ramino, neužplaukė debesėliai
- Gydytojas pakeitė vaistus į tinkamus, nuo kurių pagerėjo
- Vaistai padėjo

- Išrašyti vaistai padėjo

Šalutiniai vaistų poveikiai ir menkas veiksmingumas

IP+ASSIP grupė:

- Vaistų menkas poveikis
- Prislopinimas nuo vaistų, šalutiniai poveikiai
- Abejoju gydymo dideliais vaistų kiekiais veiksmingumu
- Nuslopinimas ir priklausomybė nuo vaistų
- Neuroleptikai nepadėjo, nes per daug kėlė apetitą ir migdė
- Nejaučiu vaistų poveikio, tik didesnę nerimą, nors vaistai buvo koreguojami
- Netikiu vaistų galia
- Nejaučiu teigiamo vaistų poveikio, bet jaučiu jeigu jų neišgeriu
- Nejaučiau vaistų poveikio

IP grupė:

- Gydytojas paskyrė netinkamus vaistus, kurie labia slopino, nuo kurių norėjau nusižudyti
- Dėl netikusių vaistų vėl atsiguliau į ligoninę
- Buvo vaistų šalutinis poveikis
- Medikamentinė pagalba ir jų šalutinis poveikis
- Pati sau normavau vaistus, dėl stipraus šalutinio poveikio
- Buvo vaistų šalutinis poveikis

8. SKIRTINGI PAGALBOS PO LIGONINĖS POREIKIAI

Kliūtys siekti pagalbos: prasta savijauta, finansiniai ir santykių sunkumai

IP+ASSIP grupė:

- Baimė, panika būti vienai
- Bloga savijauta išėjus iš ligoninės ar konsultacijos
- Gydymo netęsimas, savarankiškumas po ligoninės
- Noras greičiau išeiti iš psichiatrinės ligoninės
- Trūksta finansinės pagalbos
- Dabar nepadeda draugai ir apsunkintas santykiai su vaikais
- Dabar jaučiu spaudimą artimoje aplinkoje

IP grupė:

- Grįžus iš ligoninės prasta savijauta, finansiniai sunkumai
- Nebegaliu tęsti konsultacijų dėl sveikatos problemų, pinigų stokos
- Dėl pagalbos reikėjo persikraustyti į kitą miestą, tai sukėlė nerimą, išlaidas
- Į dienos centrą nevaikščiosiu – sunku nuvykti, nesugebu užsiimti kitkuo nei rašymu
- Į dienos centro, klubo užsiėmimus sunku nuvykti, užsiėmimai per anksti
- Pagalba neturtingiems ir iš mažų miestelių neprieinama
- Po ligoninės man vėl kilo noras žudytis, nebegalėjau kontroliuoti emocijų, nebemoku bendrauti

Tolesnės psichologinės pagalbos poreikis

IP+ASSIP grupė:

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

IP grupė:

- Dabar labiausiai trūksta tęstinės psichologinės pagalbos
- Dabar labiausiai reikalinga psichoterapija
- Tęsiu psichologinę pagalbą
- Šiuo metu turiu reikalingą pagalbą
- Labiausiai padės psichologinė pagalba stacionare
- Dabar privačiai einu pas psichologę
- Džiaugiuosi, kad yra galimybė nueiti pas budintį psichologą

Teigiami pokyčiai po ligoninės: savarankiškumas, artimųjų palaikymas

IP+ASSIP grupė:

- Intensyviai ieškau darbo
- Dabar pagalbos nebereikia, būsena pagerėjo
- Dabar man netrūksta papildomos pagalbos
- Man padeda mano nauja draugė, suteikė motyvacijos
- Šeima mane visokeriopai palaikė

IP grupė:

- Sesė apmokės tolimesnę pagalbą

9. PAGALBOS VEIKSMINGUMĄ GALINTYS PADIDINTI ASPEKTAI

Psichologinės pagalbos tęstinumo, intensyvumo ir specifiškumo svarba

IP+ASSIP grupė:

- Trūko ilgesnių, dažnesnių psichologinių konsultacijų, saugumo jausmo
- Norėjosi ilgiau, dažniau gauti pagalbą
- Noras, kad su suicidiškais pacientais dirbtų labiau empatiški, įsiklausantys specialistai
- Prieinamesnės psichologinės pagalbos poreikis
- Dabartinėje gaunamoje pagalboje galėtų būti didinamas intensyvumas ir teikiama specializuota grupinė psichoterapija
- Reikia specializuotos grupinės psichoterapijos apie savižudybę galvojantiems žmonėms
- Norisi, kad ASSIP programa būtų ilgesnė
- Norėjau ilgesnės ASSIP programos

IP grupė:

- Dabar labiausiai trūksta tęstinės psichologinės pagalbos
- Padeda ilgesnis gydymas, nedarbingumas, tęstinumas
- Padeda pagalbos tęstinumas
- Trūksta pagalbos tęstinumo
- Man reikės ilgalaikės pagalbos

- Reikia tęstinės psichologinės pagalbos

Pagalbos kompleksškumo, artimųjų įtraukimo svarba

IP+ASSIP grupė:

- Trūksta patalpų
- Ligoninėje trūksta specialistų
- Reikia, kad judėjimas, sportas būtų skatinamas
- Stacionare trūko veiklos, ypač savaitgaliais
- Mano santykis su tėvais dabar yra apsunkintas
- Tėvai mane labai kontroliuoja ir perdėtai reaguoja

IP grupė:

- Buvusi kompleksinė pagalba labai padėjo
- Pagalba turi būti kompleksinė
- Santykiai su šeima svarbu sveikimo procese, reikia dirbti ir su šeima
- Tik vaistai prie nieko gero nepriveda
- Skyriaus vedėja dėmesinga, nuoširdi, rūpestinga, bendravo su šeima
- Pagalba turi įtraukti ir artimuosius
- Man svarbiausia buvo artimųjų pagalba
- Padėjo šeimos palaikymas
- Santykiai su šeima svarbu sveikimo procese, reikia dirbti ir su šeima
- Be šeimos būčiau palūžusi
- Mane palaikė šeima
- Padėjo visas gydymo kompleksas
- Padėjo artimųjų palaikymas

MOKSLINIŲ PUBLIKACIJŲ IR PRANEŠIMŲ DISERTACIJOS TEMA SĄRAŠAS

Mokslinės publikacijos disertacijos tema

- Latakienė, J.,** Mastauskaitė, G., Geleželytė, O., Mažulytė-Rašytinė, E., Rimkevičienė, J., Skruibis, P., Michel, K., Gysin-Maillart, A. (2019). „I Didn't Feel Treated as Mental Weirdo“: Primary Findings on Helpful Relationship Characteristics in Suicide Attempt Health Care in Lithuania. *Illness, Crisis, & Loss*. Article first published online: June 7, 2019, 1-17. doi: 10.1177/1054137319854656
- Latakienė, J.** (2017). Trumpalaikių psichologinių intervencijų po bandymo nusizudyti veiksmingumo tyrimų problemos. *Jaunųjų psichologų mokslininkų darbai*, 5, [8 p.]. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla. ISSN 2019-9958. eISSN 2351-4620. doi: 10.15388/JMPD.2016.5.4
- Latakienė, J.,** Skruibis, P., Dadašev, S., Grižas, A., Dapševičiūtė, I., & Gailienė, D. (2016). “They Don't Take It Seriously”: Perceived Reactions of Surrounding People to Suicide Communication. *Illness, Crisis & Loss*, 24(3), 123-136. doi: 10.1177/1054137315589691
- Latakienė, J.,** & Skruibis, P. (2015). Attempted suicide: qualitative study of adolescent females' lived experience. *International journal of psychology: a biopsychosocial approach*, 17, 79-96. doi: 10.7220/2345-024X.17.5
- 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*, doi: 10.1080/07481187.2016.1184725

Pranešimai mokslinėse konferencijose disertacijos tema

- Latakienė, J.,** Geleželytė, O., Mažulytė-Rašytinė, E., Rimkevičienė, J., Dadašev, S., Skruibis, P. *What do we add to suicide attempt treatment as usual by introducing ASSIP? Žodinis pranešimas 30-ajame Pasauliniame Tarptautinės savižudybių prevencijos asociacijos kongrese*. 2019 m. rugsėjo 17-21 d., Derry-Londonderry, Jungtinė Karalystė.
- Latakienė, J.,** Mastauskaitė, G., Geleželytė, O., Mažulytė-Rašytinė, E., Rimkevičienė, J., Skruibis, P., Michel, K., Gysin-Maillart, A. *Is empathy enough? Preliminary findings on helpful relationship characteristics in suicide attempt healthcare. Žodinis pranešimas 30-ajame Pasauliniame Tarptautinės savižudybių prevencijos asociacijos kongrese*. 2019 m. rugsėjo 17-21 d., Derry-Londonderry, Jungtinė Karalystė.

- Latakienė, J.,** Skruibis, P., Dirmotaitė, E. *Healthcare system usage and diagnosed mental health disorders before suicide in Lithuania.* Žodinis pranešimas 17-ajame Europos savižudybių ir savižudiško elgesio simpoziume. 2018 m. rugsėjo 5-8 d., Gentas, Belgija.
- Latakienė, J.,** Mastauskaitė, G., Geleželytė, O., Mažulytė-Rašytinė, E., Rimkevičienė, J., Skruibis, P. *Experience of an attempted suicide healthcare effectiveness: Preliminary findings.* Stendinis pranešimas 17-ajame Europos savižudybių ir savižudiško elgesio simpoziume. 2018 m. rugsėjo 5-8 d., Gentas, Belgija.
- Latakienė, J.,** Mastauskaitė, G., Geleželytė O., Mažulytė-Rašytinė E., Rimkevičienė J., Skruibis, P. *Pagalbos po bandymo nusižudyti veiksmingumo patyrimas: pradinės išvalgos.* Žodinis pranešimas Lietuvos psichologų kongrese. 2018 m. gegužės 15-17 d., Klaipėda.
- Latakienė, J.,** Skruibis, P., Dirmotaitė, E. *Diagnosed mental health disorders and contacts with health professional prior to completed suicide in Lithuania.* Žodinis pranešimas Europos psichologų kongrese. 2017 m. liepos 11-14 d., Amsterdamas, Nyderlandai.
- Latakienė, J.,** Skruibis, P. „*Jie netiki, kad aš rimtai*“: Suvoktos aplinkinių reakcijos į suicidinę komunikaciją“. Žodinis pranešimas Lietuvos psichologų kongrese „Psichologija: mokslu grindžiama praktika žmogui ir visuomenei“. 2016 m. gegužės 6-7 d., Kaunas. (Kongreso pranešimų santraukų leidinys, ISBN 978-609-454-217-6)
- Latakienė, J.** „*Trumpalaikių psichologinių intervencijų po bandymo nusižudyti tyrimų problemos*“. Žodinis pranešimas XIII-ojoje Jaunųjų mokslininkų psichologų konferencijoje „Mokslas, kuris įkvepia“. 2016 m. balandžio 22 d., Vilnius. (Pranešimų santraukų leidinys, ISBN 978-609-459-691-9)
- Dadašev, S., **Latakienė J.,** Geleželytė O., Gailienė D., Skruibis P., Grigienė, D., Rimkevičienė J., Mažulytė-Rašytinė, E. *Prevention of suicide in health care system: Lessons learned from a three year study in Lithuania.* Žodinis pranešimas 30-ajame Pasauliniame Tarptautinės savižudybių prevencijos asociacijos kongrese. 2019 m. rugsėjo 17-21 d., Derry-Londonderry, Jungtinė Karalystė.
- Rimkevičienė, J., Gailienė, D., Geleželytė, O., **Latakienė, J.,** Lošakevičius, A., Mažulytė, E., & Skruibis, P. *Vilniaus mieste 2016 m. įvykusių savižudybių analizė.* Žodinis pranešimas Lietuvos psichologų kongrese. 2017 m. gegužės 11-13 d., Vilnius.

UŽRAŠAMS

UŽRAŠAMS

UŽRAŠAMS

Vilniaus universiteto leidykla
Saulėtekio al. 9, III rūmai, LT-10222 Vilnius
El. p.: info@leidykla.vu.lt, www.leidykla.vu.lt
Tiražas 20 egz.