

VILNIAUS UNIVERSITETAS

SAID DADAŠEV

MĖGINUSIŲJŲ NUSIŽUDYTI SAVIŽUDYBĖS PROCESO PATIRTIS

Daktaro disertacija  
Socialiniai mokslai, psichologija (06 S)

Vilnius, 2017 metai

Disertacija rengta 2012-2017 metais Vilniaus universitete

Mokslinė vadovė – prof. habil. dr. Danutė Gailienė (Vilniaus universitetas,  
socialiniai mokslai, psichologija – 06 S)

## TURINYS

ĮVADAS .....	6
TYRIMŲ APŽVALGA .....	8
1. 1. Mėginimas nusižudyti .....	8
1. 1. 1. Mėginimas nusižudyti kitų suicidologijos sąvokų kontekste .....	8
1. 1. 2. Šiuolaikinė mėginimo nusižudyti samprata.....	10
1. 2. Sociokultūrinio konteksto bei kokybinių tyrimų svarba .....	13
1. 2. 1. Lietuvos sociokultūrinės situacijos reikšmė .....	16
1. 3. Socialinis savižudybių kontekstas.....	18
1. 3. 1. Socialinės paramos svarba .....	18
1. 3. 1. 1. Esminiai socialinės paramos aspektai.....	20
1. 3. 2. Suicidinių ketinimų komunikacija.....	21
1. 4. Psichologinis savižudybių kontekstas .....	23
1. 4. 1. Psichikos ir elgesio sutrikimai .....	23
1. 4. 2. Žalingas alkoholio vartojimas.....	24
1. 4. 3. Sunkių, potencialiai traumuojančių, įvykių reikšmė .....	26
1. 5. Savižudybės procesas.....	27
1. 5. 1. Savižudybės procesas iki savižudiško veiksmo.....	27
1. 5. 2. Suicidinio proceso teorijos .....	29
1. 5. 2. 1. Kintamųjų, susijusių su suicidinėmis mintimis ir veiksmu, diferenciacijos svarba .....	34
1. 5. 2. 2. Suicidinio proceso teorijos, aptariančios skirtingus suicidinių minčių ir veiksmo kintamuosius .....	36
1. 5. 3. Suicidinio proceso teorijų apibendrinimas .....	42
1. 5. 4. Savižudybės procesas po savižudiško veiksmo .....	44
1. 6. Tyrimo problema, tikslas ir uždaviniai .....	48
METODIKA.....	49

2. 1. Tyrimo dalyviai.....	50
2. 2. Tyrimo metodai ir eiga.....	56
2. 3. Duomenų analizė .....	59
2. 4. Etiniai tyrimo aspektai .....	63
2. 5. Tyrimo validumas ir kokybė .....	65
2. 5. 1. Tyrimo kokybės užtikrinimo kriterijai.....	66
2. 5. 2. Teminės analizės atlikimo kokybė.....	67
REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS .....	72
3. 1. Pažeidžiamumas savižudybės procesui.....	72
3. 1. 1. Pontencialiai traumuojančių įvykių patirtis .....	74
3. 1. 2. Asmeninės savybės.....	79
3. 1. 3. Sunkumų įveikos strategijos .....	83
3. 1. 4. Pažeidžiamumas suicidologinių teorijų kontekste.....	85
3. 2. Suicidinių minčių atsiradimas .....	88
3. 2. 1. Dabartiniai sunkumai ir trauminės patirties reikšmė .....	89
3. 2. 2. Emocinių išgyvenimų akumuliacija .....	104
3. 2. 3. Suicidinių minčių atsiradimas suicidologinių teorijų kontekste.....	107
3. 3. Veiksniai, paskatinantys savižudišką veiksma .....	108
3. 3. 1. Savižudybės vertinimas .....	113
3. 3. 2. Socialinės paramos ypatumai .....	117
3. 3. 3. Suicidinių minčių komunikacija kitiems .....	127
3. 3. 4. Savižudybės planavimas.....	129
3. 3. 5. Suicidinis veiksmas: paskutinė situacija, alkoholio vartojimas ir kontrolės praradimas.....	133
3. 3. 6. Veiksniai, paskatinantys savižudišką veiksma, suicidologinių teorijų kontekste.....	138
3. 4. Patyrimas po mėginimo nusižudyti.....	140

3. 4. 1. Komunikacija apie mėginimą nusižudyti ir gyvybę išsaugoję veiksniai.....	144
3. 4. 2. Mėginimo nusižudyti suvokimas.....	146
3. 4. 3. Buvimo ligoninėje patirtis .....	148
3. 4. 4. Gėdos patyrimas ir ambivalencija kalbėjimo apie savižudybę atžvilgiu. ....	151
3. 4. 5. Sunkumai po mėginimo nusižudyti, jų įveika ir santykių pokyčiai.....	156
3. 5. Tyrimo ribotumai, duomenų generalizavimo ribos ir gairės kitiems tyrimams.....	162
REZULTATŲ APIBENDRINIMAS .....	166
IŠVADOS.....	169
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS .....	171
LITERATŪRA .....	174
PRIEDAI.....	191
1 priedas. Riboto duomenų panaudojimo sutartis.....	191
2 priedas. Kvietimas dalyvauti tyrime .....	193
3 priedas. Informuotas sutikimas .....	194
4 priedas. Informacinis lapelis – priminimas apie tyrimą.....	195
5 priedas. Pagalbos galimybių sąrašas .....	196
6 priedas. Transkribavimo sutartiniai ženklai .....	197
7 priedas. Temos apibūdinimas remiantis Boyatzis (1998) teminės analizės principais.....	198
8 priedas. Kokybinio tyrimo temos bei ją sudarančių potemių pasireiškimo skirtinguose interviu išklotinės pavyzdys.....	199
9 priedas. Rekomendacijos „Pagalba ketinantiems nusižudyti“ .....	200

## ĮVADAS

Pasaulyje kasmet nusižudo apie 1 mln. žmonių (Pasaulio Sveikatos organizacija, [WHO], 2014a). Savižudybės išlieka itin aktualia Lietuvos visuomenės problema. Tarpukario Lietuvoje savižudybių rodiklis dar buvęs nedidelis (apie 8 savižudybės 100 tūkst. gyventojų per metus), ėmė sparčiai kilti sovietinės okupacijos metais. 1996-2005 m. laikotarpyje šalies savižudybių rodiklis, buvęs aukščiausias tarp visų šalių (Gailienė, 2005), deja, šiuo metu išlieka kaip vienas didžiausių pasaulyje (WHO, 2014c), ir didžiausias Europos šalyse, 2010 metais viršijęs Europos vidurkį beveik tris kartus (Europos statistikos departamentas, 2014). Nors pastaraisiais metais pastebimas nežymus savižudybių skaičiaus Lietuvoje mažėjimas, itin aukštas savižudybių skaičius išlieka: 2014 m. 31,7/100 000 gyv., 2015 m. 30,8/100 000 gyv., 2016 m. 29,1/100 000 gyv. (Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys, 2017). Nuo Nepriklausomybės atkūrimo iki 2016 metų nusižudė apie 35 tūkst. žmonių.

Sunku tiksliai pasakyti, kiek žmonių kasmet mėgina nusižudyti; manoma, kad vienai savižudybei tenka iki 20 mėginimų (WHO, 2014a). Tad per pastaruosius Nepriklausomos Lietuvos dešimtmečius šimtai tūkstančių mūsų šalies gyventojų galėjo mėginti nusižudyti. Mėginimas nusižudyti, lyginant su bendrąja populiacija, didina tolesnę savižudybės riziką šimtus kartų (Owens, Horrocks, & House, 2002), o padidėjusi suicidinė rizika išlieka daugiau nei 20 metų po bandymo nusižudyti (Jenkins, Hale, Papanastassiou, Crawford, & Tyrer, 2002). Visgi kelių link savižudybės paprastai galima sustabdyti suteikus adekvačią pagalbą (Gailienė, 1998). Gilinimasis į sudėtingą su savižudybėmis susijusį elgesį gali padėti kurti tinkamas pagalbos strategijas.

Tačiau milžiniški suicidinio elgesio skaičiai rodo, kad dar neturima pakankamų žinių ir/arba negebama jų sistemingai pritaikyti, norint mažinti savižudybės grėsmę. Tiek teorinių suicidinio proceso modelių, tiek dabartinių empirinių tyrinėjimų ribotumas neleidžia iš esmės suprasti mėginusiųjų nusižudyti patirties. Ligšiol trūksta žinių apie tai, ką patiria žmonės, atlikę

savižudišką veiksmą. Nors yra gausu empirinių tyrimų apie tai, kokie kintamieji yra susiję su padidėjusia savižudybės rizika, tačiau būdai, *kaip* jie veikia, yra mažai supracasti; ypac mažai žinome apie tai, kas vyksta po mėginimo nusižudyti. Be to, neskiriame veiksmių, sukeliančių *mintis* apie savižudybę, nuo veiksmių, paskatinančių *elgesį* – mėginimą nusižudyti. Taip pat kyla dvejonės dėl ankstesnių teorinių ir empirinių tyrimų išvadų tinkamumo įvairioms kultūroms.

Mėginimas nusižudyti yra veiksmas, iki kurio ateinama palaipsniui, po įvairių patirčių ir išgyvenimų sekos, atspindinčios suicidinį procesą. Bandę nusižudyti asmenys gali atskleisti savižudybės proceso patirtį papasakodami savo istoriją (Michel & Valach, 1997). Manome, kad remdamiesi kokybine tyrimo strategija galime išgirsti ir iš tikrųjų supracasti šią istoriją - kelią iki mėginimo nusižudyti ir po jo.

## TYRIMŲ APŽVALGA

### 1. 1. Mėginimas nusižudyti

Norint geriau suprasti suicidinių elgesį, svarbu nuspręsti, kokią tyrimo imtį pasirinkti. Nusižudžiusių post mortem tyrimai labai svarbūs, tačiau kyla abejonės dėl tokių tyrimų išvadų patikimumo – tyrime tiesiogiai nedalyvauja pats žmogus, kurio suicidinę elgseną ir siekiama pažinti (Hjelmeland, Dieserud, Dyregrov, Knizek, & Leenaars, 2012). Tad siekiant tiksliau sužinoti apie savižudybės krizėje esančių asmenų patirtį, pravartu tirti padidėjusios suicidinės rizikos grupes. Viena jų - bandę nusižudyti asmenys. Mėginimas nusižudyti yra vienas svarbiausių didelės suicidinės rizikos rodiklių (Kerkhof, 2000; Van Orden et al., 2010). Apie 15% asmenų pakartotinai mėgina nusižudyti per pirmus metus nuo ankstesnio suicidinio bandymo; be to, savižudiško elgesio kartojimo tikimybė didėja iki 20-25% per keletą vėlesnių metų (Owens et al., 2002). Taip pat žinoma, kad 1-2 iš 3 nusižudžiusių prieš tai jau yra mėginę nusižudyti (Sakinofsky, 2000). Tad ne veltui viena iš dažnai tiriamų grupių – mėginę nusižudyti asmenys.

#### 1. 1. 1. Mėginimas nusižudyti kitų suicidologijos sąvokų kontekste

Suicidologijoje, tiriančioje sudėtingą ir daugybę aspektų apimančią savižudybės temą, nėra vieningo sutarimo dėl esminių sąvokų. McLaughlin (2007) suskaičiavo, jog mėginimams nusižudyti arba savęs žalojimui naudojamos kelios dešimtys skirtingų apibūdinimų. Be to, neretai mokslininkai tuo pačiu terminu vadina skirtingus reiškinius, arba tą patį fenomeną vadina skirtingai (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, & Bille-Brahe, 2006; Nock, 2010). Todėl toliau detaliau aprašysime, ką apibrėžiame „mėginimu nusižudyti“ kitų suicidologijos sąvokų kontekste.

*Suicidine rizika* paprastai laikoma tikimybė, jog individas įvykdys savižudybę (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979). Kuo suicidinė rizika didesnė,



tuo didesnė tikimybė, kad žmogus nusižudys. Suicidinės rizikos kintamaisiais įvardijamos suicidinio proceso apraiškos: *mintys apie savižudybę, ketinimai nusižudyti (suicidiniai ketinimai), savižudybės planavimas, mėginimai nusižudyti* (Skruibis, Kazlauskas ir Gailienė, 2008).

Kartais sąmoningai atliekame kokius nors veiksmus, žinodami, jog jie galbūt (arba būtinai) sukels tam tikro lygio fizinę, psichologinę žalą. Tokį elgesį galima laikyti sau žalingu elgesiu (Nock, 2010). Dauguma tyrėjų skirsto jį į netiesiogiai žalingo (rizikingo) bei tiesiogiai sau žalingo (žmogus tyčia siekia save sužeisti) elgesio kategorijas (McLaughlin, 2007; Nock, 2010). Pastarieji veiksmai ir yra laikomi „suicidiniu elgesiu“, „su savižudybe susijusiu elgesiu“, „savižudišku elgesiu“. Diskutuojama, ar laikyti mintis apie savižudybę suicidiniu elgesiu, tačiau paprastai savižudiškam elgesiui priskiriami savižudybės planavimas, mėginimas nusižudyti ir savižudybė (WHO, 2014a). Todėl suicidiniu elgesiu laikomi konkretūs veiksmai - savižudybė, mėginimai nusižudyti. Dalis mokslininkų suicidiniu elgesiu laiko ir *savęs žalojimą be savižudiškų ketinimų* (De Leo et al., 2006; Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007), tačiau literatūroje sutinkami keli skirtingi požiūriai į ryšį tarp savęs žalojimo ir mėginimo nusižudyti. Vieni autoriai mano, jog savęs žalojimas ir mėginimas nusižudyti – suicidinio elgesio kontinuumo dalys, kurioms būdingi panašūs rizikos veiksniai (Sakinofsky, 2000). Tyrimų duomenys patvirtina glaudų ryšį tarp savęs žalojimo ir mėginimo nusižudyti: rasta, jog net 45% iš 525 nusižudžiusiųjų anksčiau yra save žaloję (Crighton & Towl, 2008). Tačiau kiti mokslininkai mano, jog savęs žalojimas ir mėginimas nusižudyti yra atskiri reiškiniai, apimantys skirtingus motyvus, susižalojimo letalumą ir kitus ypatumus (Yates, 2004). Teigiama, kad savęs žalojimas nuo mėginimo nusižudyti skiriasi pirminiu tikslu – tai greičiau neadaptyvus būdas išgyventi, pasijusti geriau, o ne siekis pasitraukti iš gyvenimo. Pasak Nock (2010), savęs žalojimas atlieka dvi pagrindines funkcijas: a) emocijų/minčių reguliacija - susilpnėja skausminga vidinė būsena (išliejama įtampa, pyktis) arba sustiprinama trokštama būsena; b) socialinė reguliacija – sustiprėja socialinė parama arba įveikiama kokia nors nemaloni

socialinė situacija. Išties, tyrimų rezultatai rodo, kad dažniausiai žalojamosi būtent siekiant sumažinti intensyvius neigiamus jausmus. Kartu pastebimas (nors ir rečiau) noras sulaukti iš ko nors pagalbos (Klonsky, 2007). Šis požiūris taip pat sulaukia empirinio pagrindimo. Davison (2002) nustatė, jog išgyvenusieji, kurių suicidiniai ketinimai savižudiško veiksmo metu buvo stiprūs, įvairiomis charakteristikomis yra panašūs į tuos, kurie nusižudo.

Nors ir suprantama, kad esama panašių rizikos veiksnių ir savęs žalojimo, ir mėginimo nusižudyti ar savižudybės atveju, šiame darbe savęs žalojimas be suicidinių ketinimų nebus laikomas suicidinio elgesio apraiška, nes skiriasi esminis tokių elgsenų tikslas. Detaliau suicidinių ketinimų reikšmę bei mėginimo nusižudyti sampratos raidą pristatysime kitame skyrelyje.

### 1. 1. 2. Šiuolaikinė mėginimo nusižudyti samprata

Septintame dešimtmetyje pasaulyje itin padaugėjo asmenų, patenkančių į ligonines po mėginimo nusižudyti, tad tai leido atidžiau tyrinėti šį reiškinį. Pastebėta, jog šios mirtimi nepasibaigusios suicidinio elgesio apraiškos yra skirtingos įvairiais atžvilgiais (Skegg, 2005). Kai kuriais bandymais siekiama mirti, kitais - gauti pagalbą, o dažnai motyvai būna daugiareikšmiai. Vieni mėginimai nusižudyti detaliai suplanuojami, kiti įvykdomi spontaniškai. Mėginimų nusižudyti pasekmės taip pat gana skirtingos, jos priklauso nuo asmens ketinimų, pasiruošimo, atsitiktinių ir kitų veiksnių (Kerkhof, 2000). Tad „mėginimo nusižudyti“ sąvoka tapo nuolatinių diskusijų objektu (Nock, 2010). Suicidinio elgesio tyrėjai, aiškindamiesi šį sudėtingą reiškinį, ieškojo kitų apibrėžimų. Vienas jų, anglų suicidologas N. Kreitman, pirmasis įvedė para-savižudybės [*angl.* parasuicide] terminą septinto dešimtmečio pabaigoje, apibrėžęs ją kaip savižudybę, kurioje nėra aiškios, sąmoningos motyvacijos atimti sau gyvybę. Viena vertus, žmogus jaučia potraukį gyventi, kita vertus, tame gyvenime patiriama kančia prisideda prie noro nebegyventi. Tad mirties

galimybė šiuo atveju nėra atmetama, bet mirtis nepasirenkama kaip pagrindinis suicidinio elgesio tikslas (cit. iš. Plužek, 1996).

Ilgainiui įsivyravo keletas skirtingų požiūrių į mėginimus nusižudyti remiantis tuo, kokia svarba teikiama suicidinį veiksma įvykdžiusio asmens norui mirti. Dauguma europiečių teigė, kad mėginimai nusižudyti yra parasuicidų kategorijos dalis, kur bandymai nusižudyti rodo stiprius ketinimus mirti, o parasuicidu vadinamas visas nemirtinas suicidinis elgesys, išskyrus nuolatinį savęs žalojimą. Kiti tyrėjai, remdamiesi prielaida, kad ketinimų mirti stiprumą nustatyti itin sunku, teigė, jog tiek parasuicido, tiek mėginimų nusižudyti apibrėžimai turėtų būti naudojami kaip sinonimai (Bille-Brahe et al., 1995). Pastarojo požiūrio laikėsi Pasaulinės sveikatos organizacijos Europos parasuicidų studijos tyrėjai, kurie šį reiškinį apibrėžė taip: „Parasuicidas – tai mirtinų pasekmių neturintis veiksmas, kai asmuo arba tyčia atlieka tokį neįprastą elgesį, kuris be kitų asmenų intervencijos gali būti savęs žalojimo priežastimi, arba tyčia nesaikingai suvartoja žymiai daugiau vaistų nei nustatyta terapinė dozė, ir tuo siekiama pasikeitimų, kurių subjektas trokšta per tikrus ar laukiamus fizinius padarinius“ (Bille-Brahe et al., 1995, p. 74). Pagal šį apibūdinimą „parasuicido“ sąvoka apėmė: 1) suicidinį elgesį žmogaus, turinčio stiprų norą nusižudyti; 2) suicidinį elgesį, kuris pasireiškia ambivalencija mirties atžvilgiu; 3) autodestruktyvų elgesį, kurį galima laikyti pagalbos šauksmu (Bille-Brahe et al., 1995).

Vienas iš šio plataus masto tyrimo tikslų buvo toliau tikrinti sąvokos „parasuicidas“ tinkamumą, įvertinti, ar pasirinktas gana platus terminas turėtų būti išskaidytas į smulkesnes kategorijas (Bille-Brahe et al., 1995). Atlikus beveik 15 metų trukusius tyrimus, buvo pripažinta, kad minėtas parasuicido apibrėžimas turi būti tikslinamas; vienu didžiausių jo trūkumų įvardinta tai, kad terminas apima pernelyg platų reiškinų spektrą. Nepaisant to, nors „parasuicido“ sąvoka pakeista į „nemirtiną suicidinį elgesį“ [*angl.* non-fatal suicidal behavior], apibrėžimas iš esmės nepasikeitė; plati sąvoka nebuvo patikslinta remiantis suicidinių intencijų stiprumu (De Leo et al., 2006).

Atsižvelgdami į mokslinę suicidologų diskusiją dėl savižudiško elgesio sampratos ir būtinybę tikslinti platų „parasuicido“ terminą, Silverman su kolegomis (2007) pasiūlė klasifikaciją, kurioje nurodė keletą esminių kriterijų, pagal kuriuos turėtų būti kategorizuojamas suicidinis elgesys: *suicidinių ketinimų* (įvertinant, ar suicidinis ketinimas yra, ar jis nežinomas [*angl. undetermined*], ar jo nėra) bei *veiksmo pasekmę* (įvertinant, ar nėra susižalojimo, ar yra nemirtinas ar mirtinas susižalojimas). Jeigu yra tam tikrų [*angl. some degree*] suicidinių ketinimų, nepaisant to, kokio lygio yra sužalojimas ar pasirinktos priemonės letalumas, toks elgesys laikomas mėginimu nusižudyti.

Tad suicidinis ketinimas tapo bene svarbiausiu veiksmu, apibūdinant skirtingus suicidinio elgesio tipus. Pasak Silverman ir kitų (2007), ketinimu nusižudyti turėtų būti laikomas sąmoningas noras pasitraukti iš gyvenimo. Silverman su kolegomis (2007), kartu su kitais nemirtiną suicidinių elgesį į smulkesnius pogrupius skirstančiais tyrėjais, skiria „savęs žalojimą“, kur ketinimų numirti nėra, ir „mėginimą nusižudyti“, kur pastebimas bent menkiausias noras mirti (Silverman et al., 2007; McLaughlin, 2007; Nock, 2010). Visgi naujausiame Pasaulio sveikatos organizacijos leidinyje (WHO, 2014a), skirtame savižudybių problematikai, savęs žalojimas be suicidinių ketinimų vėl yra priskiriamas mėginimui nusižudyti. Pripažįstama, kad toks sąvokų subendrinimas yra diskutuotinas, tačiau argumentuojama tuo, kad suicidinius ketinimus įvertinti yra sudėtinga. Tačiau kadangi ankstesni tyrimai atskleidė savižudiško elgesio skirstymo remiantis suicidiniais ketinimais prasmę, šiame darbe remsimės Silverman ir kolegų (2007, p. 273) mėginimo nusižudyti apibrėžimu:

*Mėginimas nusižudyti - mirtimi nepasibaigęs į save nukreiptas potencialiai žalingas elgesys, su aiškiais arba numanomais ketinimo numirti požymiais.*

Galima sutikti su autorių daroma išvada, kad šis apibrėžimas atitinka visus šiai sąvokai keliamus fundamentalius reikalavimus, aprašytus Pasaulinės sveikatos organizacijos Europos parasuicidų studijos tyrėjų: „atsakomybė už veiksmą, suvokimas mirties kaip galimos veiksmo pasekmės, ketinimas numirti / sukelti pokyčius, kurie individui atrodo priimtinesni nei dabartinės nepakeliamos gyvenimo sąlygos“ (De Leo et al., 2006, p. 12).

## 1. 2. Sociokultūrinio konteksto bei kokybinių tyrimų svarba

Vienas svarbiausių suicidologijos uždavinių – suprasti suicidinio elgesio motyvaciją. Bandant atsakyti į klausimą „kodėl žmogus nusižudo?“ paprastai analizuojami įvairūs suicidinės rizikos veiksniai, arba kintamieji, susiję su padidėjusia savižudybės tikimybe (Van Orden et al., 2010). Dažniausiai išskiriamos plačios biologinių, psichologinių, socialinių ir kultūrinių suicidinės rizikos veiksnių grupės (Goldsmith, Pellmar, Kleinman, & Bunney, 2002). Visgi nors jau vienas suicidologijos pradininkų E. Shneidman pabrėžė savižudybės reiškinio sudėtingumą akcentuodamas tarpusavyje susijusių biologinių, biocheminių, kultūrinių, socialinių, tarpasmeninių, psichinių, loginių, filosofinių, įsisąmonintų ir pasąmoninių elementų vaidmenį (Shneidman, 1996/2002), dabartiniai suicidologiniai tyrinėjimai nepakankamai atliepia šį suicidinio elgesio sudėtingumą ir nepadeda atsakyti į klausimą, kodėl būtent tas individas, tuo konkrečiu savo gyvenimo metu įgyvendina savižudišką poelgį (Hjelmeland & Knizek, 2010). Egzistuoja keletas esminių prielaidų, kodėl šiuolaikiniai suicidologiniai tyrimai suteikia gana ribotą supratimą apie savižudišką elgesį.

Pirma, matyti akivaizdus kokybinių tyrimų trūkumas, ir, tuo pačiu, kiekybinių tyrimų perteklius. Nepaisant to, kad tik patys mėginusieji nusižudyti gali tiksliausiai pasakyti, kokia yra jų veiksmų prasmė (Michel & Valach, 1997), ligi šiol absoliuti dauguma suicidologinių tyrimų kiekybiškai analizavo statistinius įvairių veiksnių ryšius su padidėjusia suicidine rizika. Išties, tyrėjai sukaupė daug žinių apie tai, kokių kintamųjų tarpusavio sąveika

didina ar mažina savižudybės riziką. Tačiau labai mažai žinoma apie tai, kaip tie rizikos veiksniai siejasi su suicidiniu elgesiu. Tad pastaruoju metu suicidologijoje vis labiau pabrėžiama kokybinių tyrimų svarba, tačiau jų išlieka mažuma. Pavyzdžiui, 2005 – 2007 metais iš pagrindiniuose tarptautiniuose suicidologiniuose žurnaluose (*Archives of Suicide Research, Crisis, Suicide and Life-Threatening Behavior*) pateiktų tyrimų mažiau nei 3% naudojo kokybinius metodus (Hjelmeland & Knizek, 2010). Turėdami tūkstančius epidemiologinių rizikos veiksnių tyrimų mes suprantame gana mažai apie tai, kada, kur, kaip ir kam šiuo metu išskirti rizikos veiksniai lemia savižudišką elgesį. Deja, pakartotinai apžvelgusi 2011-2012 metų publikacijas tuose pačiuose žurnaluose, Hjelmeland (2016), rado panašias tendencijas – absoliuti dauguma išvadų kilo iš kiekybinių, pasikartojančių anksčiau atskleistų rizikos veiksnių tyrimų vis naujose grupėse, kuriais nebuvo gauta reikšmingos naujos ar naudingos informacijos. Kyla pagrįstas klausimas – kam tikrinti tuos pačius rizikos veiksnius naujose tyrimo dalyvių grupėse, kai mes nežinome, *kaip* būtent rizikos veiksniai yra susiję su savižudišku elgesiu *mažoje* žmonių dalyje iš bet kokios žmonių grupės (Hjelmeland, 2016). Atsakyti į šiuos klausimus neįmanoma nekeičiant tyrimų metodologijos – svarbu integruoti kokybinius tyrimus, padėsiančius geriau suprasti gyvenamąjį suicidiškų asmenų kontekstą (Colucci, 2012; Hjelmeland, 2016). Be kokybinių tyrimų sunku arba neįmanoma suprasti kiekybiniais tyrimais gautų tendencijų, pamatyti ryšius tarp jų, o taip pat ir atsižvelgti į sociokultūrinius ypatumus. Svarbu, kad suicidinis elgesys būtų tyrinėjamas orientuojantis ne tik į tiriamųjų imčių dydį, bet ir į tyrimo metodologija galimų atsakyti klausimų gilumą, kuris yra pasiekiamas kokybiniais tyrimo metodais (Colucci, 2012).

Antra, nepakankamas dėmesys skiriamas sociokultūrinių veiksnių įtakai. Kadangi sociokultūrinis kontekstas yra esminis žmonių patirčiai ir elgesiui, šis kontekstas taip pat turi esminę reikšmę ir savižudiškam elgesiui. Todėl, atrodo, turėtų būti natūralu atsižvelgti į kultūros vaidmenį atliekant suicidologinius tyrinėjimus – nemažai suicidologų pabrėžia sociokultūrinio konteksto svarbą (Colucci, 2012; Gailienė, 2015; Hjelmeland, 2011; Lester,

2012). Taip teigiama ir neseniai išleistame naujausiame Pasaulio sveikatos organizacijos leidinyje, skirtame savižudybių prevencijai. Jame akcentuojama psichosocialinių ir kultūrinių/tradicinių veiksnių reikšmė savižudybių problematikoje, teigiamai vertinama, kad kultūrinių savižudybių rizikos veiksnių svarba pamažu tapo visuotinai pripažįstama (WHO, 2014a). Yra nemažai duomenų, pagrindžiančių šiuos teiginius: suicidinio elgesio dažnumas, pasirinkti metodai, pasiskirstymas pagal amžių, lytį ir kitus sociodemografinius kintamuosius įvairiose šalyse skiriasi (Lester, 2012); savižudybių skaičiai įvairiose šalyse yra skirtingi, kai kuriose jie laikui bėgant išlieka santykinai stabilūs (Colucci, 2012); kitose – patiria dramatiškus svyravimus (Gailienė, 2015); vienoje šalyse pastebimas savižudybių ryšys su psichikos sutrikimais, tokiais kaip klinikinė depresija, kitose labiau reikšmingesni psichosocialiniai veiksniai (Gailienė, 2015; WHO, 2014a). Tikėtina, kad skirtingose kultūrose visuotinai pripažinti savižudybių rizikos veiksniai (klinikinė depresija, priklausomybės, neviltis, netektys, patirta prievarta ir kt.) turi skirtingą reikšmę – mes nepakankamai žinome, kurie jų yra universalūs, kokie – tam tikrai kultūrai specifiški rizikos veiksniai (Colucci, 2012). Juk didžioji dalis mūsų supratimo apie savižudybes kyla iš teorinių ir empirinių tyrinėjimų, atliktų Vakarų pasaulio (Vakarų Europos, JAV, Australijos) valstybėse, tačiau didžioji dalis savižudybių įvyksta besivystančio pasaulio šalyse (WHO, 2014a). Savižudybės paprastai laikomos tapačiu reiškiniu visame pasaulyje, o teorijos, pasiūlytos viename regione (Vakarų pasaulyje), laikomos tinkančiomis kitiems regionams, tačiau tai reikėtų vertinti atsargiai (Lester, 2012).

Suicidologijoje ryškėja biologinių rizikos veiksnių tyrimų svarbos akcentavimas, nors dėl šių tyrimų galimybės reikšmingai prisidėti prie savižudiško elgesio supratimo bei praktinės reikšmės kyla abejonių. Žmonės nėra automatiškai į aplinką reaguojantys objektai, todėl ir suicidinis elgesys nėra automatiškas atsakas į tam tikrus biologinius ir/ar aplinkos stimulus. Žmonės yra kur kas sudėtingesnės, savirefleksijos gebėjimą turinčios būtybės, o savižudybė pagal apibrėžimą yra veiksmas, paremtas sąmoningu (apsi)sprendimu. Tad siekiant suprasti sąmoningą elgesį negalima pervertinti

biologinių tyrimų ir tuo pačiu nuvertinti sociokultūrinio savižudybių konteksto supratimo svarbos (Hjelmeland, 2011). Visgi dabartinė suicidologinių tyrimų situacija rodo ką kita. Iš visų 2011-2012 m. publikacijų, spausdintų trijuose reikšmingiausiuose suicidologijos moksliniuose žurnaluose (*Suicide and Life-Threatening Behavior, Archives of Suicide Research, Crisis*), absoliuti dauguma tyrimų buvo atlikti Vakarų kultūros šalyse. Pavyzdžiui, SLTB žurnale tokių tyrimų buvo net 95% (Hjelmeland, 2016).

### 1. 2. 1. Lietuvos sociokultūrinės situacijos reikšmė

Kalbant apie Lietuvos sociokultūrinio konteksto ypatumus, reikia pastebėti, kad praėjęs šimtmetis buvo itin svarbus mūsų visuomenės raidai. XX a. Lietuvos visuomenės funkcionavimas buvo neigiamai paveiktas ilgalaikio traumavimo – šalis patyrė vieną po kitos sekusias okupacijas (1940-1990: Sovietų okupacija 1940-1941 m., Nacių okupacija 1941-1944 m., antroji Sovietų okupacija 1944-1990), kurių metu Lietuva neteko apie 1,2 mln. gyventojų dėl priverstinės emigracijos, trėmimų ar nužudymų (Gailienė, 2008). Penkis dešimtmečius žmonės gyveno totalitarinėje visuomenėje, buvo nesaugūs ir pažeidžiami, patyrė žodžio laisvės trūkumą, bausmes už valdžios institucijų kritiką ar savo politinę praeitį. Asmenys, tiesiogiai patyrę politines represijas, negalėjo jaustis saugiai ir turėjo slėpti savo praeitį nuo kitų net ir grįžę į Lietuvą iš tremties (Gailienė, 2008). Šios patirties pasekmes atskleidžia ir empiriniai tyrimai. Priešmirtinių laiškų analizė išryškino lietuvių ir kitų tautų suicidinio proceso kultūrinius skirtumus: lietuvių laiskai skyrėsi nuo JAV tyrimo dalyvių ir pasižymėjo kraštutinėmis psichologinėmis būsenomis (pvz., intensyvesniu psichologiniu skausmu); tai gali būti siejama su ilgalaikės spaudos patirtimi (Leenaars et al., 2014). Taip pat, žmonių, gyvenusių Sovietų Sąjungoje, biografiniai pasakojimai parodė, jog tyrimo dalyviai patyrė ilgalaikę potencialios išdavystės ar tapimo represinių struktūrų taikiniu baime (Aarelaid-Tart, 2006). Tad visuomenė Sovietų valdymo metais įgavo ir paveldėjo nepasitikėjimo vieni kitais kultūros bruožus. Be to, bendruomenių ir



šeimų ryšiai buvo sutrikdyti priverstinės kolektyvizacijos, įsivyravo pasyvios sunkumų įveikos strategijos, tokios kaip alkoholio vartojimas (Gailienė, 2015).

Nors savižudybių ir psichikos sutrikimų stigma išlieka visame pasaulyje (WHO, 2014a), egzistuoja tam tikri kultūriniai aspektai, prisidedantys prie dar stipresnės stigmatizacijos Lietuvos visuomenėje. Psichiatrija Sovietų Sąjungoje dažnai buvo naudojama susidoroti su žmonėmis, atvirai kritikuojančiais valdžios institucijas (Van Voren, 2013). Ne tik disidentus, bet ir kitus sovietinėje sistemoje neprisitaikiusius asmenis buvo linkstama laikyti psichikos sutrikimų turinčiais žmonėmis, gydytiniais psichiatrinėse ligoninėse. Tad dalis gydytojų pažeisdami etikos principus tapdavo politines, o ne medicines funkcijas atliekančiais specialistais (Vaiseta, 2012). Apskritai, psichikos sveikatos sistema tuo laikotarpiu buvo pagrįsta išimtinai vaistais ir sutelkta didelėse psichiatrinėse ligoninėse – tai lėmė pacientų socialinę atskirtį (Pebenito & Germanavičius, 2011; Vaiseta, 2016). Šie veiksniai prisidėjo prie nepasitikėjimo psichikos sveikatos sistema ir vengimo siekti profesionalios pagalbos. Be to, savižudybių tema sovietų valdymo metu buvo tabu, nes tai nederėjo su visuomenei pateikiama nuostata, kad socialistinėse valstybėse socialinių problemų nebėra (Gailienė, 2015). Tad savižudybės buvo stipriai stigmatizuojamos. Deja, Lietuvai atgavus nepriklausomybę modernios psichikos sveikatos sistemos principų įgyvendinimas nebuvo sėkmingas – išlieka pacientų socialinė atskirtis, resursų sutelkimas į stacionarinę pagalbą ir vaistus (Pebenito & Germanavičius, 2011). Su psichikos sveikatos sistema susiję ekspertai pripažįsta, jog nuo sovietmečio išlikusios pasyvios sunkumų sprendimų strategijos, baimės, įtarumo jausmai ir psichikos sutrikimų turinčių žmonių stigmatizavimas, būdingas tiek bendrajai populiacijai, tiek politinę galią turintiems asmenims, taip pat dominuojančių interesų grupių įtaka prisideda prie politinės valios trūkumo modernizuojant ankstesnę psichikos sveikatos sistemą (Šumskienė & Pūras, 2014).

### 1. 3. Socialinis savižudybių kontekstas

Suicidologinėse teorijose (Durkheim, 1897/2002; Joiner, 2005; Hjelmeland & Knizek, 2007; Klonsky & May, 2015; O'Connor, 2011; Orbach, 2001; Rudd, 2006; Shneidman, 1996/2002; Williams, 1997) didelė svarba teikiama socialinėms, tarpasmeninėms savižudybių prielaidoms. Norint pamatyti, su kokiais sunkumais susiduria suicidiškas žmogus, svarbu tyrinėti jo socialinį kontekstą (Maris, Berman, & Silverman, 2000). Socialinis kontekstas, arba santykiai, atspindi jėgas ar veiksnius, esančius individo išorėje, atsiskleidžiančius sąveikaujant su kitais žmonėmis. Akivaizdu, kad esame susiję ir veikiami vieni kitų – tad negalima pervertinti tarpasmeninių ypatumų reikšmės ir suicidinio elgesio atveju. Individo veiksmai yra veikiami socialinio konteksto – kiti žmonės gali tiek teigiamai, tiek neigiamai paveikti suicidinio proceso raidą (Michel & Valach, 1997). Visgi kyla klausimas, kokius būtent tarpasmeninius ypatumus svarbu tirti ir suprasti - juk socialiniai veiksniai apima itin platų reiškinių spektrą.

#### 1. 3. 1. Socialinės paramos svarba

Manoma, jog būtent socialinė parama, arba aplinkinių pagalba, yra vienas iš kelių svarbiausių funkcinų procesų, per kuriuos atsiskleidžia socialinių santykių struktūros ypatumų poveikis (House, Umberson, & Landis, 1988). Keliamą prielaidą, kad moksliniuose tyrimuose randama teigiama objektyvių santykių kintamųjų, kaip antai vedybinio statuso, reikšmė gali atspindėti būtent stipresnę socialinę paramą (Rogers, Lester, & Drilling, 2010). Išties, būtent socialinės paramos ar pagalbos konstruktas suicidologijoje yra laikomas vienu stipriausių veiksnių, apsaugančių nuo galimos savižudybės (Goldsmith et al., 2002). Joiner (2005) sukurtoje ir su kolegomis išplėtotoje tarpasmeninėje savižudybių teorijoje akcentuojama, jog abipusės socialinės paramos (neturėjimo į ką kreiptis pagalbos bei palaikymo sunkiais gyvenimo momentais) trūkumas yra vienas pagrindinių veiksnių, dėl kurių ryšio su kitais

sunkumai įgauna tokią didelę reikšmę suicidiniam elgesiui (Van Orden et al., 2010). Kitų suicidinių modelių kūrėjai taip pat įvardina socialinės paramos trūkumą kaip turintį reikšmę savižudybės procese: prisidedantį prie suicidinių minčių (O'Connor, 2011), stiprinantį esamas suicidines mintis (Klonsky & May, 2015) arba paskatinantį perėjimą nuo suicidinių minčių prie suicidinio veiksmo (Orbach, 2001).

Socialinės paramos reikšmę pagrindžia ir empiriniai tyrimai; jais remiantis galime pastebėti keletą prielaidų, kaip socialinė parama gali veikti savižudišką elgesį. Vieni tyrėjai randa, jog socialinė parama tiesiogiai neigiamai siejasi su suicidinių minčių turėjimu (Chiqueta & Stiles, 2007, cit. iš Kleiman & Liu, 2013). Kiti pastebi, kad socialinė parama savižudybės tikimybę mažina netiesiogiai stiprindama kitus apsauginius veiksnius, pavyzdžiui, savivertę (Kleiman & Riskind, 2013). Trečia, randama, jog socialinė parama turi apsauginį potencialą esant tam tikriems specifiniams suicidinės rizikos veiksniams, pavyzdžiui, sunkiems gyvenimo įvykiams (Meadows, Kaslow, Thompson, & Jurkovic, 2005) ar impulsyvumui (Kleiman, Riskind, Schaefer, & Weingarden, 2012). Ketvirta, mokslininkai nustato, kad dažnai nusižudžiusieji neturi patikimų socialinių santykių arba patiria neigiamas tarpasmenines sąveikas (Maris et al., 2000), tad apskritai nepasinaudoja potencialiomis pagalbos iš kitų galimybėmis. Tad nors yra suprantama, kad socialinė parama – itin svarbus kintamasis savižudybės procese, tačiau vieningesnio sutarimo dėl jos vaidmens iki šiol nėra.

Panašu, kad socialinės paramos nauda yra svarbesnė būtent labiau pažeidžiamoms žmonių grupėms. Kotler, Iancu, Efroni ir Amir (2001) nustatė, jog asmenims, kenčiantiems nuo PTSS ir kitų nerimo sutrikimų, socialinė parama neigiamai siejosi su suicidine rizika; kita vertus, psichikos sutrikimų neturintiems socialinė parama nesisiejo su suicidine rizika. Tai taip pat skatina intensyviau domėtis socialinės paramos ypatumais vienoje iš itin pažeidžiamų grupių - mėginusių nusižudyti imtyje. Socialinės paramos tyrinėjimo svarbą pagrindžia ir tai, kad šis veiksnys yra gana nesunkiai modifikuojamas, jį galima pritaikyti savižudybių prevencijoje pasitelkiant tiek formalius, tiek

neformalius socialinės paramos šaltinius (Kleiman & Liu, 2013; Van Orden et al., 2010).

### 1. 3. 1. 1. Esminiai socialinės paramos aspektai

Tačiau būtina apsibrėžti, kokius socialinės paramos aspektus svarbu suprasti, norint užčiuopti esminius ypatumus, susijusius su suicidiškų asmenų patirtimi. Nors įvairių autorių naudojama terminija skiriasi, paprastai socialinės paramos apibūdinimuose vyrauja tam tikri bendri požymiai: dažniausiai sutariama, kad socialinė parama atitinka socialines sąveikas tarp žmonių, kurios paramos gavėjo yra suvokiamos kaip padedančios įveikti sunkumus, reaguojant į įvairias įtampą keliančias situacijas (House et al., 1988; Hupcey, 1998; Letvak, 2002; Williams et al., 2005). Paprastai išskiriamos kelios socialinės paramos rūšys: emocinė (nuraminantys veiksmai, skirti palengvinti įvairius išgyvenamus sunkumus - šilumos, rūpesčio suteikimas, patvirtinimas, kad kitas yra vertingas asmuo, rūpintis aplinkiniams ir kt.) bei instrumentinė (apčiuopiamų pagalbos priemonių teikimas konkrečiais daiktais ar paslaugomis) (Fingfeld-Connett, 2005; Taylor, 2007), taip pat informacinė parama (pagalba padedant geriau suprasti įtampą keliantį įvykį ir nustatant resursus ar įveikos strategijas) (Fisher et al., 2014; Taylor, 2007).

Williams su kolegomis (2005) išskyrė dažniausiai pasikartojančius kintamuosius, siejamus su socialinės paramos konstruktu. Vieni iš jų – lūkesčiai kitų žmonių paramai, paramos siekimas, realiai gauta parama ir pasitenkinimas ja (arba subjektyvus paramos įvertinimas). Pirma, tam, kad kitų pagalba būtų efektyvi, svarbu, kad paramos teikėjas suprastų paramos gavėjo poreikius (Hupcey, 1998), juk skirtingos žmonių grupės skirtingose situacijose gali norėti skirtingų pagalbos rūšių (Fisher et al., 2014). Antra, būtina atsižvelgti ir į tai, (ar) kaip individas jos siekia, nes tai yra vienas esminių veiksnių, nuo kurių priklauso socialinės paramos resursų panaudojimas (Williams et al., 2005). Tyrimų duomenys rodo, kad žmonės, turintys savižudiškų minčių arba mėginę nusižudyti gali būti linkę vengti pagalbos iš

kitų: stipresnės suicidinės mintys numatė silpnesnius ketinimus siekti pagalbos tiek iš formalių, tiek iš neformalių šaltinių (Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2001); mėginusieji nusižudyti iki savižudiško veiksmo siekė pagalbos rečiau nei kontrolinė grupė (Barnes, Ikeda, & Kresnow, 2001; Wen et al., 2013). Trečia, svarbu nustatyti, kokius socialinės paramos aspektus pats individas mato kaip teigiamus ar neigiamus (Guay, Bilette, & Marchand, 2006). Teoriniai modeliai, kuriuose keliamos prielaidos, jog emociniam prisitaikymui prie sunkių gyvenimo įvykių teigiamą reikšmę turi kitų žmonių palaikančios, priimančios, nekritiškos reakcijos, o priešingos reakcijos didina išgyvenamą įtampą, skatina vengti toliau kreiptis pagalbos, susilaukia empirinio pagrindimo (Lepore, 2001). Tačiau potencialiai palaikančios sąveikos gali turėti tiek teigiamą, tiek neigiamą poveikį socialinę paramą priimančiam žmogui – tai lemia subjektyvus paramos įvertinimas. Manoma, kad tai didele dalimi priklauso nuo santykio tarp to, kokios paramos individas norėjo, ir to, kiek gauta parama atitiko lūkesčius arba sukėlė kitų teigiamų pasekmių (Williams et al., 2005).

Tad panašu, kad asmens lūkesčiai paramos atžvilgiu, paramos iš kitų siekimas, gauta socialinė parama ir jos subjektyvus įvertinimas yra reikšmingi tarpusavyje susiję socialinės paramos aspektai, kuriuos pravartu išsamiau suprasti. Svarbu pastebėti, kad, nors manoma, jog visų kultūrų žmonėms yra naudinga socialinė parama, tačiau egzistuoja tam tikri kultūriniai skirtumai tame, kokios jos norima, kaip tokios paramos yra siekiama ir kaip ji yra vertinama (Kim, Sherman, & Taylor, 2008). Todėl svarbu atlikti mokslinius socialinės paramos tyrinėjimus įvairiose kultūrose. Socialinės paramos konstrukto platumas nėra patogus kiekybinei metodologijai (Hupcey, 1998; Fingfeld-Connett, 2005; Williams, Barclay, & Schmied, 2005), todėl būtina įtraukti kokybinę tyrimų metodologiją.

### 1. 3. 2. Suicidinių ketinimų komunikacija

Savižudybės krizėje esančio žmogaus kreipimasis pagalbos į kitus išsakant savo ketinimus nusižudyti – taip pat svarbus socialinio konteksto

veiksnyis suicidiniame procese. Žmogui apsisprendus, kad savižudybė jam – geriausia išeitis, dažnai tiesioginiu ar netiesioginiu būdu kitiems duodamos užuominos apie ketinimą nusižudyti (Gailienė, 1998). Shneidman (1996/2002) tyrimų duomenys rodo, jog beveik visi žmonės, planuojantys nusižudyti, vienaip ar kitaip apie savo ketinimus praneša aplinkiniams. Antai JAV atliktame mėginusiųjų nusižudyti tyrime rasta, jog maždaug du trečdaliai iš besikreipusiųjų pagalbos iki suicidinio veiksmo tiesiogiai išsakė savo mintis apie savižudybę (Barnes et al., 2001).

Pabrėždamos kitų žmonių reikšmę suicidinio elgesio priešistorėje ir pačio veiksmo metu, Hjelmeland ir Knizek (2007) teigia, jog savižudiško elgesio tikslas yra ne tik mirti, kaip paprastai manoma tradicinėse suicidinio elgesio teorijose, bet tuo pačiu egzistuoja ir komunikacinis tikslas – norima perduoti tam tikrą žinutę kitiems. Šią hipotezę paremia empiriniai duomenys, rodantys, jog mėginusiųjų nusižudyti išsakytos savižudiško veiksmo priežastys yra labai įvairios, iš kurių nemažą dalį sudaro tarpasmeniniai motyvai (pavyzdžiui, priversti kitą kaip nors pasijusti) (Hjelmeland et al., 2002). Tad Hjelmeland ir Knizek (2007) sukurtame teoriniame suicidinio elgesio modelyje keliama prielaida, kad suicidinis elgesys yra komunikacinis veiksmas, dialogas su savimi ir kitu(-ais) - savižudiškam veiksmui žmogus apsisprendžia remdamasis tam tikra ankstesnių įvykių ir dialogų seka.

Vienas iš tokių dialogų gali būti savižudybės krizėje esančio žmogaus pranešimai aplinkiniams apie ketinimą nusižudyti. Rudestam (1971) atliktame nusižudžiusiųjų post mortem tyrime nustatyta, jog nors apie 60% nusižudžiusiųjų tiesiogiai išsakė savo ketinimus, tačiau kitų reakcijos į šiuos išsakymus nebuvo tinkamos. Keletu Lietuvoje atliktų tyrimų taip pat nustatyta, jog mėginusieji nusižudyti iš kitų žmonių - tėvų ar globėjų (Jarmolovičiūtė, 2012), įkalinimo įstaigose dirbančių pareigūnų (Dadašev, 2012) - susilaukdavo netinkamų reakcijų (pavyzdžiui, abejingumo, priekaištų). Kaip teigia Aldrich ir Cerel (2009), mes neturime adekvačių mokslinių žinių apie tai, kaip bendrauti su savižudiškais asmenimis; mokslinių tyrimų, giliau analizuojančių suicidinio elgesio komunikacinius aspektus, trūksta. Todėl svarbu susidaryti

išsamų vaizdą apie tai, kaip yra išsakomi suicidiniai ketinimai, kaip aplinkiniai sureaguoja į juos ir kaip tai paveikia savižudybės procesą.

#### 1. 4. Psichologinis savižudybių kontekstas

##### 1. 4. 1. Psichikos ir elgesio sutrikimai

Gausiuose moksliniuose tyrimuose yra patvirtinti šie psichologiniai suicidinio elgesio rizikos veiksniai: psichikos sutrikimai (nuotaikos, asmenybės, šizofrenija, priklausomybės), ankstesnis suicidinis elgesys, sunki fizinė liga ir kiti (WHO, 2014a; Van Orden et al., 2010). Tyrimų, naudojusių psichologinę autopsiją, įvykdžiusių savižudybę klinikinių įrašų analizę arba abiejų metodų derinį apžvalgoje nustatyta, kad dauguma nusižudžiusių turėjo nuotaikos, priklausomybių, šizofrenijos bei asmenybės sutrikimų (Bertolote, Fleischmann, Leo, & Wasserman, 2004). Paprastai apie 90% savižudybių sietos su psichikos sutrikimais ir/ar priklausomybe nuo alkoholio bei narkotikų. Kita vertus, šia dažnai suicidologijoje sutinkama nuostata, jog 90% ar daugiau nusižudžiusių kenčia nuo vieno ar daugiau psichikos ir elgesio sutrikimų, bei pasikartojančia prielaida apie priežastinį ryšį tarp jų, yra abejojama. Nors pagrindinis tokių išvadų šaltinis yra psichologine autopsija paremtos studijos, tačiau šis metodas dėl įvairių priežasčių nėra patikimas. Tad rekomenduojama atlikti kokybine metodologija grįstus tyrimus, kuriuose būtų koncentruojamasi ne į psichikos sutrikimus, bet tyrinėjama giliau už jų: nusižudžiusių gyvenimo istorija, galimos priežastys savižudybei atsižvelgiant į kontekstinius ypatumus (Hjelmeland et al., 2012). Tikėtina, kad skirtingose kultūrose visuotinai pripažinti savižudybių rizikos veiksniai (tam tikri psichikos sutrikimai) vaidina skirtingą vaidmenį – mes nepakankamai skiriame universalius nuo kultūrai specifiskų rizikos veiksnių (Colucci, 2012). Be to, nors sąsajos tarp savižudybių ir psichikos sutrikimų randamos dažnai, vis daugėja duomenų, kad be konteksto šios sąsajos mažai tepasako. Štai daug

savižudybių įvyksta spontaniškai, krizinėmis akimirkomis. Tokiais atvejais ne psichikos sutrikimo diagnozė, o savižudybės priemonių prieinamumas – pavyzdžiui, lengvai pasiekiami pesticidai ar ginklai – gali nulemti savižudybės pasirinkimą (WHO, 2014a). Pastarojo meto duomenys, surinkti plataus masto tyrimu iš 21 pasaulio šalių, rodo, kad tik apie pusė žmonių, ketinusių nusižudyti, turėjo psichikos sutrikimą; be to, 31-57% įvykdytų mėginimų nusižudyti nėra siejami su ankstesniu psichikos sutrikimu (Nock et al., 2009). Tačiau lieka neaišku, kaip iš tikrųjų psichikos sutrikimais vadinami sunkumai veikia savižudybės procesą. Todėl atrodo svarbu tyrinėti gilesnius, už „psichikos sutrikimo“ kategorijos slypinčius aspektus, bei suprasti kitus galimus veiksnius, paskatinančius suicidinį elgesį.

#### 1. 4. 2. Žalingas alkoholio vartojimas

Žalingas alkoholio ir kitų psichoaktyvių medžiagų vartojimas, šalia psichikos sutrikimų, taip pat yra įvardijamas kaip vienas svarbiausių suicidinės rizikos veiksnių (WHO, 2014a). Kaip jau minėjome, priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų siejamos su savižudybės rizika: 25-50% savižudybių įvykdo priklausomi nuo alkoholio ar kitų medžiagų asmenys (Schneider, 2009). Iš visų savižudybių apie 22% gali būti kaip nors susijusios su alkoholio vartojimu, tad galima teigti, kad kas penktos savižudybės nebūtų, jei nebūtų vartotas alkoholis (WHO, 2014b). Vienu iš neseniai atliktų tyrimų, siekiančių paaiškinti, kuo skiriasi apie savižudybę galvojančios nuo mėginusių nusižudyti asmenų, nustatyta, jog būtent alkoholio vartojimas (o ne psichikos sutrikimai, pavyzdžiui, depresija) buvo ryškesnis pastarųjų imtyje (O'Brien, Becker, Spirito, Simon, & Prinstein, 2014).

Tačiau vien priklausomybės nuo alkoholio faktas suteikia mažai informacijos apie tai, kokią tai turi reikšmę suicidiniam elgesiui. Todėl ieškoma, kaip būtent stiprus alkoholio vartojimas gali sietis su suicidiniu elgesiu. Hufford (2001) apibendrina gausius tyrimus šia tema ir išskyrė keturis potencialius ryšius: 1) stiprėja psichologinis distresas (neviltis, vienišumas,



depresija); 2) atsiranda arba sustiprėja agresyvus elgesys (pavyzdžiui, agresija nukreipta į save); 3) nepateisinti asmens lūkesčiai atsipalaiduoti ar sumažinti įtampą paskatina realizuoti suicidines mintis; 4) susiaurėjęs dėmesys ir sutrikdytos konstruktyvios problemų sprendimo strategijos apsunkina alternatyvių išeičių pastebėjimą ir pasirinkimą, todėl nepavyksta išvengti suicidinio elgesio. Pompili su kolegomis (2010), apibendrinę Medline ir PsycINFO duomenų bazėse 1991-2009 publikuotus tyrimus, pastebėjo panašius galimus alkoholio vartojimo ir suicidinio elgesio ryšius. Ilgalaikės rizikos perspektyvoje, žalingas alkoholio vartojimas su suicidiniu elgesiu gali sietis didindamas socialinę atskirtį, ryšių su bendruomene ir artimaisiais nutrūkumą, finansinį nestabilumą (paprastai per darbo problemas). Taip pat žalingas alkoholio vartojimas siejamas su nuotaikos, nerimo, psichozės spektro psichikos sutrikimais, kurie didina savižudybės riziką, tuo pačiu dažnai pastiprindami ir alkoholio vartojimą. Žvelgiant iš ūmios rizikos perspektyvos, žalingas alkoholio vartojimas didina impulsyvumą (greitesnį reagavimą mažiau ar visai negalvojant apie pasekmes), sutrikdo sprendimų priėmimo gebėjimus (sunkiau pastebimi alternatyvūs problemų sprendimo būdai), sustiprina depresyvias mintis ir nevirties jausmą. Todėl alkoholis gali būti dažnas svarbus spontaniškų savižudybių veiksnys. Kita vertus, jau nusprendus nusižudyti, alkoholis gali būti panaudotas kaip priemonė, sumažinanti įtampą (mirties ar fizinio skausmo baimę), kylančią atliekant savižudišką veiksmą.

Žinome, jog Lietuvos gyventojų alkoholio vartojimas, kaip ir kitų Rytų Europos šalių populiacijos, yra vienas didžiausių Europoje (Popova, Rehm, Patra, & Zatorskij, 2007). Problemiškas alkoholio vartojimas Lietuvos visuomenėje susiformavo šaliai būnant carinės Rusijos sudėtyje, ir vėliau tapo visuotine problema sovietų okupacijos periodu, taip pat glaudžiai susijusia ir su savižudybėmis Lietuvoje (Gailienė, 2015). Tad galime manyti, kad minėtos alkoholio ir suicidinio elgesio sąsajos gali būti reikšmingos ir mūsų kultūroje vykstančiam suicidiniam elgesiui.

### 1. 4. 3. Sunkių, potencialiai traumuojančių, įvykių reikšmė

Asmeninės traumos, žmonių patirti sunkūs įvykiai, prievarta – taip pat laikomi svarbiais suicidinės rizikos veiksniais (Goldsmith et al., 2002; WHO, 2014a). Tiek kitose šalyse, tiek Lietuvoje gauti epidemiologiniai duomenys rodo, jog didžioji dalis žmonių yra išgyvenę įvairius sunkius įvykius: bent vieną potencialiai traumuojančią įvykį yra patyrę apie 90% JAV (Kilpatrick et al., 2013), iki 70% Vakarų Europos šalių (Darves-Bornoz et al., 2008), apie 95% Lietuvos gyventojų (Mažulytė ir kt., 2014). Žinoma, sunkūs įvykiai yra natūrali beveik kiekvieno žmogaus gyvenimo dalis, tad svarbu suprasti, kuo tokie įvykiai gali prisidėti ar prisideda prie savižudiško elgesio pasirinkimo.

Vienas iš galimų atsakymų – potrauminio streso sutrikimas (PTSS), kuris išsivysto nedidelei daliai žmonių, patyrusių potencialiai traumuojančius įvykius. PTSS paplitimas metų laikotarpyje svyruoja, jis gali siekti 1.1% (Darves-Bornoz et al., 2008) ar 4.7% (Kilpatrick et al., 2013). Lietuvoje 6.7% tyrimo dalyvių pasižymėjo kliniškai reikšmingais PTSS simptomais (Mažulytė ir kt., 2014). Tyrimų apie PTSS ryšį su suicidinėmis mintimis ar elgesiu metaanalizėje pastebėta, kad PTSS siejasi su praeityje buvusiu mėginimu nusižudyti ir praeityje buvusiomis ar dabartinėmis mintimis apie savižudybę. Tikslesnis kelias, paaiškinantis šias sąsajas, lieka neaiškus, tačiau remiantis publikacijų duomenimis galima kelti prielaidas apie neretai kartu su PTSS pasireiškiančią depresiją ar dar iki trauminio įvykio buvusios psichikos būklės ar asmenybės ypatumų reikšmę (Krysinska & Lester, 2010).

Kita vertus, būdai, kuriais trauminė patirtis veikia suicidinį elgesį, gali būti daugiopiai, neatspindintys vien PTSS ar kitų psichikos sutrikimų raiškos. Pasaulio sveikatos organizacijos vykdytu tyrimu, apėmusiu 102245 tyrimo dalyvius iš 21 valstybių, gauta, jog ryšys tarp trauminės patirties ir suicidinių minčių ar elgesio išlieka nepaisant to, ar pasireiškia PTSS ir kiti psichikos sutrikimai. Pastebėta, jog sąsaja tarp pačių trauminių įvykių ir suicidinio elgesio yra universali, būdinga tiek išsivysčiusioms, tiek besivystančioms

šalims (Stein et al., 2010). Vadinasi, trauminė patirtis pati savaime yra susijusi su tam tikrais aspektais (nebūtinai PTSS), kurie didina savižudybės riziką.

Stipriausios sąsajos rastos tarp savižudiško elgesio ir šių trauminių įvykių – seksualinės prievartos ir tarpasmeninio fizinio smurto. Vėlgi, tikslesnis kelias, kuriuo šie sukrečiantys įvykiai siejasi su suicidiniu elgesiu, nėra žinomas. Keliamos prielaidos apie sutrikdytus socialinius santykius, padidėjusį impulsyvumą, gretutinius psichikos sutrikimus. Be to, išsamūs duomenys rodo, kad gausesnė trauminė patirtis siejasi su didesne suicidinio elgesio tikimybe. Tai gali reikšti, jog egzistuoja tam tikras slenkstis ar rodiklis, atspindintis žmogaus gebėjimą atlaikyti tam tikrą sunkių įvykių keliamą įtampą (Stein et al., 2010).

Tiek empiriniuose tyrimuose, tiek suicidinio elgesio teorijose (Baumeister, 1990; O'Connor, 2011; Orbach, 2001; Shneidman, 1996/2002) minimi sunkūs, sukrečiantys įvykiai, pradedantys savižudybės procesą. Atrodo svarbu tiksliau suprasti gyvenime patiriamų sunkių, potencialiai traumuojančių, įvykių reikšmę savižudybės procese.

Taigi mokslininkai yra nustatę įvairius veiksnius, kurių tarpusavio sąveika didina savižudybės riziką. Tačiau būdai, kuriais šie veiksniai sąveikauja paskatindami suicidinį procesą, yra sudėtingi ir dar labai mažai suprasti.

## 1. 5. Savižudybės procesas

### 1. 5. 1. Savižudybės procesas iki savižudiško veiksmo

Nėra visai aišku, koku keliu ateinama iki savižudybės. Pasak vieno iš šiuo metu vyraujančių požiūrių, savižudybė yra procesas, vykstantis keliais etapais, kuomet nuo minčių pereinama prie ketinimų, plano, o tada - prie veiksmo (Gailienė, 2001). Išgyvenant stiprius neigiamus jausmus gali kilti noras užsimiršti, išvengti patiriamo skausmo, numirti, bet savižudybė

neplanuojama, toks veiksmas atrodo neįtikėtinas. Ketinimų stadijoje žmogus ne tik nori mirti, bet ir pamažu ima tam ruoštis, pradeda galvoti, kaip tai padarys, kuria nusižudymo planą. Veiksmas – paskutinis savižudybės etapas, prasidedantis žmogaus apsisprendimu, kad mirtis jam – geriausia išeitis. Konkretus savižudiškas veiksmas atliekamas jau greitai. Tikimybė įvykdyti savižudybę didėja šio proceso eigoje. Šių savižudybės proceso etapų trukmė gali būti įvairi – nuo poros savaičių iki kelerių metų (Gailienė, 1998). Išties, remiantis kai kuriais tyrimais, daugiau nei 60% asmenų, turinčių minčių apie savižudybę, pereina prie plano ar mėginimų nusižudyti per pirmuosius metus nuo suicidinių minčių pradžios (Nock et al., 2008). Kita vertus, šie suicidinio proceso etapai nebūtinai keičia vienas kitą paeiliui. Paprastai apie 35% suicidinių minčių turėjusių asmenų sukuria savižudybės planą, iš kurių apie 56% mėgina nusižudyti. Tuo tarpu iš 65% asmenų, galvojusių apie savižudybę, bet neturėjusių savižudybės plano, apie 15% mėgina nusižudyti (Nock et al., 2008). Naujausi tyrimai patvirtina, jog suicidinis procesas yra išties gana sudėtingas konstruktas, kurio ypatumai gali būti įvairiai būdingi savižudiškus poelgius atlikusioms grupėms. Pavyzdžiui, Rimkevičienė ir Gailienė (2012) nustatė, jog dalis psichoaktyvias medžiagas vartojančių tiriamųjų, jau ilgai turėjusių suicidinių minčių, atliko spontaniškus, neplanuotus mėginimus nusižudyti. Todėl gali būti svarbu tikslinti suicidinio proceso aspektus įvairioms populiacijoms.

Taigi, tikslesnis kelias iki savižudybės yra nenustatytas. Nėra aišku, kokiems asmenims kokiomis gyvenimo aplinkybėmis koks kelio link savižudybės modelis yra būdingesnis. Kadangi pagrindinis šio darbo tikslas yra geriau suprasti savižudybės procesą iki ir po mėginimo nusižudyti, toliau paeiliui pristatysime pagrindines suicidinio elgesio teorijas, kuriose yra aptariamas savižudybės procesas.

## 1. 5. 2. Suicidinio proceso teorijos

Visos svarbiausios suicidinio elgesio teorijos pagrindžia *socialinio* konteksto svarbą suicidinio elgesio pasireiškimui. Norint suprasti savižudybes, svarbu atsižvelgti tiek į individualaus, tiek į socialinio lygio priežasčių ryšį (Gailienė, 2001). Individo lygiu savižudybė yra jo reakcija į nepatenkintus psichologinius poreikius, kurie sukelia nepakeliamą psichologinį skausmą, socialiniu – bendruomenės dezintegracijos padarinys.

Durkheim (1897/2002) sukūrė vieną pirmųjų sociologinių savižudybės teorijų. Joje postuluojuama socialinė integracija, apibūdinanti socialinio ryšio stiprumą tarp visuomenės grupių narių. Per silpną arba, atvirkščiai, per stiprią socialinę integraciją skatina savižudybių skaičiaus didėjimą. Žmogus, būdamas socialinė būtybė, tikslą gali rasti tik bendruomenėje, veikdamas kartu su kitais žmonėmis. Todėl, pasak Durkheim (1897/2002), visuomenėse, kurios nėra pakankamai integruotos, daugiausia savižudybių įvyksta dėl per silpnų ryšių tarp žmonių. Teorija empiriškai patvirtinta daugelyje tyrimų. Antai iš neseniai atlikto plataus masto tyrimo apie visuomenės sutelktumą (šalia įvairių kitų kintamųjų apimančio ryšių su kitais žmonėmis stiprumą, tarpusavio pasitikėjimą, norą padėti vieni kitiems) rezultatų matyti, kad sutelktumas Lietuvos visuomenėje yra vienas prasčiausių Europoje (Dragolov, Ignacz, Lorenz, Delhey, & Boehnke, 2013). Tuo pačiu žinome, jog savižudybių rodiklis Lietuvoje taip pat yra vienas aukščiausių Europoje.

*Individualius*, psichologinius veiksnius akcentuojantys tyrėjai yra pasiūlę net keletą skirtingomis teorinėmis paradigmomis paremtų suicidinio elgesio modelių. Psichoanalitinės krypties mokslininkai daugiau dėmesio skyrė emocijų vaidmeniui savižudybės procese. Pabrėžiama, kad viena iš esminių savižudybės ypatybių – neapykanta ar agresija nukreipta į save (Kaslow et al., 1998). Pasak Freud (1920/1999), patyrus netektį (realią ar simbolinę), neapykanta, jaučiama netektam išorinio pasaulio objektui, nukreipiama į save, į ego. Superego ima smerkti, konfliktuoti su interiorizuota „blogąja“ asmenybės

dalimi. Tai pasireiškia dideliu intrapsichiniu skausmu ir gali pastūmėti į savižudybę.

Vienas iš suicidologijos pradininkų Edwin Shneidman (1996/2002) akcentuoja savižudybės kompleksiskumą, įvardindamas daugybės įvairių veiksnių vaidmenį, tačiau pabrėžia, jog savižudybės prigimtis visgi yra psichologinė. Pasak Shneidman (1996/2002), nepakeliamas psichologinis skausmas – nepakenčiamos emocijos, sielvartas - yra esminė priežastis, kodėl žmogus nusižudo. Nepakeliamas psichologinis skausmas kyla dėl iškreiptų arba negalimų patenkinti psichologinių poreikių. Pasak Shneidman (1996/2002), net trys iš penkių dažniausiai nepatenkinamų poreikių, lemiančių savižudybę, yra susiję su negalėjimu palaikyti ryšį su kitais. Savižudybė įvyksta, kai vidinis skausmas tampa nebepakeliamas ir individas suvokia mirtį kaip vienintelį galimą sprendimą, išeitį. Orbach, Mikulinger, Gilboa-Schechtman, ir Sirota (2003), remdamiesi Shneidman, psichologinį skausmą susiejo su kognityviniais konstruktais ir nustatė jų ryšį su suicidiniu elgesiu.

Shneidman (1987) taip pat pasiūlė „kubo“ savižudybių modelį, kuriame savižudiško elgesio tikimybė apsprendžiama remiantis trimis veiksniais: skausmu [*angl.* pain], įtampa [*angl.* perturbation/agitation] ir spaudimu [*angl.* press]. Skausmas yra psichologinis, arba vidinis, ir gali svyruoti nuo minimalaus iki nepakeliamo. Antras veiksnys, įtampa, yra emocinio prislėgtumo, sujaudinimo būseną, kuri gali būti sukeliama įvairių veiksnių. Ši įtampa motyvuoja asmenį įgyvendinti savižudiškus ketinimus veiksmu, siekiant pakeisti dabartinę situaciją – ji suteikia energiją atlikti suicidinį veiksmą. Nuolatinė įtampa prisideda prie dichotomiško mąstymo, sutrikusio problemų sprendimo, labai būdingo suicidiškiems asmenims. Spaudimas, trečiasis veiksnys, apima vidinio ir išorinio pasaulio aspektus, veikiančius individą. Spaudimas gali būti tiek teigiamas, tiek neigiamas – tai priklauso nuo asmens vidinio ar išorinio pasaulio aspektų vertinimo (Shneidman, 1987).

Kognityviniuose suicidinio elgesio modeliuose svarbiausiu suicidinio elgesio veiksmu laikomi būtent kognityviniai aspektai – mąstymo, atminties, suvokimo iškraipos.

Kognityvinės terapijos pradininkas A. Beck (2005) teigia, jog norintis nusižudyti žmogus neigiamai vertina save, savo dabartį ir ateitį. Dėl tokio požiūrio kyla neigiamos emocijos - liūdesys, nusivylimas, apatija. Kadangi žmogus iš įvairių situacijų tikisi tik neigiamų pasekmių, konstruktyvi motyvacija silpnėja ir žmogus ima trokšti užbaigti tokį kankinantį gyvenimą. Pradžioje savižudiškas elgesys buvo siejamas tik su depresija, tačiau vėlesni A. Beck grupės tyrimai parodė, jog neviltis (neigiami ateities lūkesčiai) yra dar reikšmingesnis psichologinis kintamasis, susijęs su suicidiniu elgesiu. Daugelis studijų patvirtina, kad neviltis yra svarbiausias suicidinių minčių (Skruibis ir kt., 2008) ir suicidinių ketinimų rimtumo (Minkoff, Bergman, A. Beck, & R. Beck, 1973; Beck, Kovacs, & Weissman, 1975, cit. iš Beck, 2005) rodiklis. Ne veltui suicidologai Maris ir kiti (2000) neviltį laiko vienu iš 15 svarbiausių veiksnių, labiausiai prognozuojančių savižudybę.

Kito kognityvinio suicidinio elgesio modelio kūrėjas Williams (1997) teigia, jog suicidinis elgesys yra motyvuojamas noru pabėgti nuo psichologiškai nepakeliamos situacijos - nuo suvokimo, jog esi spąstuose, stresinėje situacijoje, kurios išvengti, į ją pakliuvusio asmens manymu, nėra išėities. Esant negatyvioms individo gyvenimo aplinkybėms nuolat lygindamas save su kitais (vertinama padėtis kitų atžvilgiu, bendrumas su kitais) žmogus jaučiasi ir prastesnis, ir nemėgiamas, apleistas. Šie bejėgiškumo ir socialinės izoliacijos išgyvenimai prisideda prie nevilties, o su ja atsiranda ir vis stiprėjantis noras nusižudyti. Teigiama, jog nuo paties individo problemų, jų išsprendimo galimybės vertinimo priklauso suicidinio elgesio rizika. Pasak Williams (1997), šį vertinimą stipriai veikia žmogaus atmintis – linkusių į savižudybę asmenų atmintis yra šališka (sunku atgaminti teigiamus prisiminimus, todėl ir ateityje nesitikima pozityvių įvykių) bei perdėtai apibendrinta (atsimenama ne detalai, o pernelyg apibendrintai, todėl negalima

turimomis žiniomis pasinaudoti sprendžiant dabartines problemas: ateitis, kaip ir praeitis, matoma miglotai ir neaiškiai).

Baumeister (1990) išvystė kognityvinį suicidinio proceso modelį, kuriame savižudybė yra suvokiama kaip pabėgimas nuo nepakeliamo savęs suvokimo. Šį modelį sudaro šeši etapai. Pirma, atsiranda neatitikimas tarp asmeninių ar socialinių lūkesčių, standartų ir dabartinių aplinkybių, įvykių. Ši neatitikimą sukuria arba nerealistiškai aukšti lūkesčiai, arba itin sunkios pastarojo laiko problemos (arba abu veiksniai kartu). Antra, žmogų ištikusios nesėkmės priežastys priskiriamos sau, susiformuoja vidinės atribucijos. Trečia, dėl nepalankaus savęs ir egzistuojančių lūkesčių palyginimo kyla negatyvus savęs suvokimas, individas laiko save kaltu, nekompetentingu, nepatraukliu ir pan. Ketvirta, kyla stiprūs neigiami jausmai (dažniausiai su depresija ir nerimu susiję išgyvenimai). Penkta, žmogus į šią psichologiškai sunkią būseną reaguoja bandydamas išvengti minčių, interpretacijų, sukeliančių neigiamus išgyvenimus. Tad vyksta subjektyvus poslinkis link žemesnių įsisaŕmoninimo, mąstymo lygių - kognityvinė dekonstrukcija. Kognityvinės dekonstrukcijos būsenai būdinga trumpalaikė perspektyva, kognityvinis rigidiškumas, susiaurėjęs dėmesys, vengimas gilesnių idėjų, interpretacijų. Tačiau toks noras pabėgti nėra sėkmingas, individo sąmonė svyruoja tarp tuštumos - kognityvinės dekonstrukcijos - ir stiprių nerimo bei depresijos išgyvenimų. Žmogus vis labiau trokšta stipresnių būdų sunaikinti skausmingas mintis ir jausmus. Šešta, psichinė dekonstrukcija sukelia iracionalumą, pašalina individo anksčiau buvusius vidinius barjerus ir drastiški būdai (savižudybė) tampa priimtini (Baumeister, 1990). Kaip matyti, šis suicidinio elgesio modelis, palyginus su kitais, gana išsamiai aprašo savižudybės proceso eigą, tačiau neparodo, kokia yra šių kognityvinių ypatumų kilmė. Baumeister (1990) pažymi, kad kiekvieno etapo pasekmė nebūtinai yra kitas etapas (pavyzdžiui, ištikusios nesėkmės priežastis galima priskirti ne sau, o išorinėms aplinkybėms), ir tik nuosekli eiga nuo pirmo iki šešto žingsnio gali paskatinti savižudybę, tačiau nepaaiškina, kodėl kai kurie žmonės įgyvendina visą seką.



M. D. Rudd (2006) kognityvinė-elgesio nestabilumo-pažeidžiamumo savižudybės proceso teorija mūsų darbe itin svarbi tuo, kad joje didžiausias dėmesys skiriamas gilinimuisi į tai, kaip suicidinė rizika atsiranda, keičiasi, baigiasi, kaip vėl iškyla po kurio laiko. Tad išsamiau samprotaujama apie savižudybės proceso konstruktus ir ryšius tarp jų, tiek apie ūmią riziką, kuomet suicidinis veiksmas gali įvykti santykinai greitai, tiek ilgalaikę riziką.

Šioje teorijoje (Rudd, 2006) suicidinė rizika aiškinama per suicidinės būsenos [*angl.* suicidal mode] sampratą. Suicidinę būseną, pasak Rudd (2006), sudaro suicidinių įsitikinimų sistema (esminis ir svarbiausias suicidinės būsenos kintamasis), fiziologiniai-emociniai ypatumai, bei atitinkamos motyvacinės tendencijos ir elgesys. Suicidinę būseną sudarantys komponentai veikia sinchroniškai - pokyčiai vienuose suaktyvuoja pokyčius kituose (pavyzdžiui, suicidinių įsitikinimų sistema sukelia intensyvią įtampą, kurios vengiant imama vartoti psichoaktyvias medžiagas). Suicidinių įsitikinimų sistema apima tam tikras kognityvines temas, kurios paprastai būdingos apie savižudybę galvojantiems asmenims: atstūmimo, bejėgiškumo, negebėjimo atlaikyti įtampos ar savęs kaip naštos kitiems suvokimas. Tuo tarpu emocijų vaidmuo svarbus paskatinant ar slopinant tam tikrą elgesį - gyvenimo eigoje neigiamos patirtys yra susiejamos su nemaloniomis emocijomis, todėl panašios situacijos vėliau gali sukelti panašias skausmingas emocijas. Pasak Rudd (2006), nors svarbiausias vaidmuo savižudybės procese tenka suicidinių įsitikinimų sistemai, emocijos lygiai taip pat gali suaktyvinti suicidinę būseną.

Suicidinės rizikos epizodai konceptualizuojami kaip suicidinė būklė [*angl.* suicidal state], pasižyminti ribota laiko trukme – jie prasideda suicidinės būsenos aktyvacija ir tęsiasi tol, kol suicidinė būseną išlieka aktyvi. Tad keliama prielaida, kad suicidinė būklė yra nestabili, nepastovi, nes ji priklauso nuo suicidinės būsenos aktyvavimo. Nestabilumo-pažeidžiamumo teorijoje (Rudd, 2006) teigiama, kad ūmi suicidinė rizika padidėja dėl pastarojo meto [*angl.* precipitant] vidinių ar išorinių stresorių, galinčių būti bet kurioje - minčių, emocijų, elgesio ar motyvacijos - srityje. Tačiau padidėjusios rizikos laikotarpis trunka kelias valandas, dienas ar savaites; ji sumažėja, kai pastarojo

meto rizikos veiksnių poveikis baigiasi. Taip pat Rudd (2006) teigia, kad tam tikri kognityviniai, emociniai ar elgesio ir motyvacijos ypatumai daro žmogų labiau pažeidžiamą suicidinei būsenai (pavyzdžiui, emocijų reguliacijos, problemų sprendimo ir tarpasmeninių įgūdžių trūkumas). Nuo šio pažeidžiamumo priklauso kiekvienam asmeniui skirtingas *bazinis* suicidinės rizikos lygis, numatantis, kaip lengvai (ir koku atveju) yra aktyvuojama suicidinė būsena. Vienų žmonių bazinis lygis yra taip aukštai, kad itin mažai tikėtina, jog suicidinė būsena bus aktyvuota, tuo tarpu kitiems žmonėms šis lygis gali būti gana žemas, kai daugelis veiksnių gali ją aktyvuoti. Pasibaigus suicidinei būklei, asmuo grįžta į savo pažeidžiamumo lygį. Tad, pavyzdžiui, ne vienas mėginimas nusižudyti rodo, jog asmuo turi santykinai mažesnę bazinį suicidinės rizikos lygį.

#### 1. 5. 2. 1. Kintamųjų, susijusių su suicidinėmis mintimis ir veiksmu, diferenciacijos svarba

Pristatėme keletą esminių suicidinio elgesio teorijų, analizuojančių savižudybės procesą, nes jos padėjo pamatą vėlesnių teorijų plėtrai ir suteikė itin vertingų įžvalgų apie patį savižudybės procesą, į kurį ir gilinamės šiame darbe. Tačiau visos aptartos teorijos neatliepia į šiuo metu suicidologijoje įsivyrąjančią nuostatą, jog itin svarbu pradėti skirti veiksnius, susijusius su minčių apie savižudybę atsiradimu, nuo veiksnių, susijusių su perėjimu nuo minčių apie savižudybę prie mėginimo nusižudyti (Klonsky & May, 2014). Todėl detaliau aptarsime šių veiksnių diferenciacijos svarbą.

Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad didžioji dalis asmenų, galvojančių apie savižudybę, visgi nenusižudo (Nock et al., 2008). Kas nutinka, kad suicidinės mintys yra arba nėra realizuojamos? Pasak Klonsky ir May (2014), vienas iš pagrindinių suicidologijos tikslų turėtų būti bandymas atsakyti į klausimą, kurie iš turinčiųjų suicidinių minčių pereina prie mėginimo nusižudyti. Kitaip tariant, būtina suprasti rizikos veiksnius, vedančius prie minčių apie

savižudybę, ir rizikos veiksnius, prisidedančius prie mėginimų nusižudyti. Keliama prielaida, jog pastarieji veiksniai nepaskatina savižudiškų minčių, tačiau sumažina tam tikrus vidinius ar išorinius barjerus, trukdančius nusižudyti. Tai paaiškintų, kodėl tik dalis galvojančiųjų apie savižudybę mėgina tai padaryti. Tad autoriai siūlo šiuolaikiniuose empiriniuose ir teoriniuose tyrimuose integruoti „nuo minties prie veiksmo“ [*angl.* ideation-to-action] sistemą: kintamieji, susiję su savižudybėmis, turėtų būti atskiriami ir grupuojami pagal tai, ar jie paaiškina a) suicidines mintis; b) mėginimus nusižudyti suicidinių minčių turinčiųjų imtyje; c) abu reiškinius.

Visgi, kaip pastebi Klonsky ir May (2014), suicidologijoje šis klausimas lieka beveik nepaliestas – tik kelios teorijos atskiria šiuos veiksnius, o empiriniai tyrimai, įtvirtinę psichikos sutrikimų, nevilties ir kitų suicidinės rizikos veiksnių reikšmę, taip pat nediferencijuoja jų svarbos svarstymui nusižudyti ar suicidinių veiksmų atlikimui. Be to, pastebima, kad dažnai minimi *savižudybių* rizikos veiksniai yra išties *suicidinių minčių* rizikos veiksniai (Klonsky & May, 2014). Todėl galime manyti, jog aiškiau žinome, su kuo yra siejamos suicidinės mintys, tačiau daug mažiau suprantame, kaip pasirenkamas suicidinis elgesys (Ma, Batterham, Calear, & Han, 2016). Gali būti, jog tai yra viena iš svarbių priežasčių, kodėl nepavyksta nepaisant gausybės atliekamų tyrimų reikšmingai pristabdyti savižudybių problemos – mes beveik nesuprantame, kodėl ir kaip pereinama nuo minčių apie savižudybę prie veiksmo. Taip pat, kintamųjų, lemiančių suicidinį veiksmą, supratimo stoka neleidžia tinkamai atskirti ūmios nuo ilgalaikės suicidinės rizikos. Tad nors savižudybių prevencijoje dirbantys specialistai priima sprendimus artimiausioms valandoms, dienoms ar savaitėms, tačiau dabartiniai suicidologiniai tyrimai mažai prisideda palengvindami šiuos sprendimus.

Tokią tendenciją suicidologijoje Klonsky ir May (2014) sieja su ankstesnėmis teorinėmis perspektyvomis, kuomet bandymas suprasti, kodėl žmonės galvoja apie savižudybę, ir kodėl žmonės, galvodami apie savižudybę, įgyvendina savo mintis, nebuvo diferencijuojami, o tai tuo pačiu atspindėdavo bei iki šiol atspindi ir empiriniuose tyrimuose. Paprastai jose

išryškėdavo koks nors su savižudybės krize susijęs teorinis konstruktas, pavyzdžiui, nepakeliamas psichologinis skausmas (Shneidman, 1996/2002), tačiau nebūdavo patikslinama, ar jis paaiškina suicidinių minčių kilimą, perėjimą prie suicidinio veiksmo, ar abu ypatumus kartu. Tiesa, Shneidman (1987) kubo savižudybių modelyje minimas įtampos konstruktas, suteikiantis energiją atlikti suicidinį veiksma, o Baumeister (1990) aptaria kognityvinę dekonstrukciją, prisidedančią prie to, kad savižudybė gali tapti priimtinu veiksmu, tad diferenciacijos užuomazgų galime pastebėti ir anksčiau, tačiau jos nebuvo pakankamai išplėtos. Todėl toliau pristatysime naujas suicidinio proceso teorijas.

#### 1. 5. 2. 2. Suicidinio proceso teorijos, aptariančios skirtingus suicidinių minčių ir veiksmo kintamuosius

Ankstesniame skyrelyje pristatytos teorijos nesėkmingai skyrė tuos asmenis, kuriems kyla mintys apie savižudybę, nuo tų, kurie atlieka savižudiškus veiksmus (Klonsky & May, 2014; O'Connor, 2011). Tuo tarpu šiuolaikiniai suicidinio elgesio modeliai ne tik apjungia į teorinę visumą tam tikrus suicidinės rizikos veiksnius, bet ir kelia prielaidas apie tai, kaip įvairūs konstruktai yra susiję su minčių apie savižudybę atsiradimu ir su perėjimu nuo minčių apie savižudybę prie mėginimo nusižudyti.

Joiner (2005) tarpasmeninė savižudybių teorija yra pirmoji, kurioje yra aiškiai atskiriami noras ir gebėjimas nusižudyti bei skirtingi veiksniai, susiję su šiais konstruktais. Joiner (2005), remdamasis ankstesnėmis teorijomis bei empiriniais tyrimais, pritaria ankstesnių autorių teiginiams, kad didžiulis vidinis skausmas – būtina prielaida įvykti savižudybei. Pasak Joiner (2005), vienas iš dviejų esminių veiksnių, skatinančių norą nusižudyti, yra ryšio su kitais sunkumai [*angl.* thwarted belongingness], apimantys vienišumą ir abipusės socialinės paramos trūkumą. Ryšio su kitais sunkumams prielaidas sudaro šeimyniniai konfliktai, kontaktų su šeima nepalaikymas, netektys ir kt.

(Van Orden et al., 2010). Antras esminis veiksnys – suvokimas, kad esi našta kitiems [*angl.* perceived burdensomeness]. Žmogus mano, kad jo mirtis kitiems būtų vertingesnė nei gyvenimas, ima neapkęsti savęs (Joiner, 2005). Suvokimui, kad esi našta, prielaidas gali sudaryti darbo neturėjimas, bausmės atlikimas įkalinimo įstaigoje ir kt. (Van Orden et al., 2010). Joiner (2005) samprotauja, kad noras nusižudyti atsiranda, jei žmogus išgyvena ryšių su kitais sunkumus, o kartu mano, kad visiems būtų geriau, jei jis mirs, bei išgyvena neviltį dėl šios situacijos.

Tačiau vien noro nusižudyti neužtenka. Pasak Joiner (2005), žmogus nusižudo, jei jis *nori* ir *gali* tai padaryti. Kad atsirastų gebėjimas nusižudyti, turi sumažėti mirties baimė, padidėti fizinio skausmo tolerancija. Tai įgyjama per pakartotinį tiesioginį susidūrimą su situacijomis, keliančiomis baimę, skausmą. Tad manoma, kad gebėjimą nusižudyti didina ankstesnis savęs žalojimas, mėginimai nusižudyti; taip pat impulsyvumas, šeimos nario savižudybė, dalyvavimas smurtinėse situacijose, vaikystėje patirta prievarta ir kitos (Van Orden et al., 2010).

Neseniai Ma su bendraautoriais (2016) atliko empirinių tarpasmeninės savižudybių teorijos tyrimų metaanalizę, kuria vertino, kiek yra pagrįstos teorijoje keliamos prielaidos. Autoriai nustatė, jog labiausiai pagrįstas ryšys tarp suvokimo esant našta ir suicidinių minčių (daugiau nei 80% tyrimų rado reikšmingas sąsajas). Tuo tarpu kiti Joiner (2005) minimi konstruktai ir sąveikos tarp jų pagrindžiami kur kas silpniau: dažniau (apie 60%) buvo nepatvirtinama sąsaja tarp suicidinių minčių ir ryšio su kitais sunkumų; nemažai atvejų ryšio su kitais sunkumai bei suvokimas, kad esi našta (atitinkamai apie 40% ir 20%) siejosi su gebėjimu nusižudyti; o gebėjimo nusižudyti ir mėginimų nusižudyti ryšys patvirtintas tik iš dalies (apie 50%), be to, maždaug pusėje tyrimų gebėjimas nusižudyti siejosi su suicidinėmis mintimis. Taip pat, pastebėta, kad kiti, tarpasmeninėje savižudybių teorijoje neminimi, veiksniai yra reikšmingi kaip teorijos konstrukto ir suicidinių minčių ar veiksmų tarpininkai (Ma et al., 2016). Tad tikėtina, jog egzistuoja kiek kitokios sąveikos tarp Joiner (2005) teorijos konstrukto ir suicidinių minčių bei

veiksmų; be to, galimi ir kiti svarbūs veiksniai, neaptarti šios teorijos prielaidose. Panašu, kad suicidinį elgesį bandant paaiškinti šia teorija lieka nemažai neatsakytų klausimų.

Tad atsiranda ir kitų teorijų, kuriose didelis dėmesys skiriamas savižudybės procesui ir imama kitaip aiškinti suicidinių minčių atsiradimą bei mėginimus nusižudyti. Viena jų - Rory O'Connor (2011) sukurtas integruotas motyvacinis-valios (IMV) suicidinis modelis, apimantis naujausius tyrimų apie suicidinį elgesį duomenis bei kitų autorių (pavyzdžiui, Baumeister (1990), Joiner (2005), Shneidman (1996/2002), Williams (1997)) teorinius modelius. IMV modelis taip pat remiasi šveicarų suicidologo Konrad Michel su bendradarbiais nuostata, jog tiek savižudybė, tiek mėginimas nusižudyti yra individo sąmoningai suplanuoti ir atlikti veiksmai, o ne patologijos ar psichikos sutrikimo simptomai (Michel & Valach, 1997). Todėl IMV yra grindžiamas kaip būdas paaiškinti motyvą tokiam veiksmui bei jo realizavimą (O'Connor, 2011).

Šiame modelyje teigiama, jog egzistuoja skirtingi rizikos veiksniai tam tikriems suicidinio elgesio etapams. Išskiriami šie etapai: 1) žlugimo ir pažeminimo patyrimas [*angl.* defeat and humiliation]; 2) suvokimas, jog esi spąstuose [*angl.* entrapment]; 3) suicidinės mintys ir ketinimai; 4) suicidinis elgesys. Taip pat keliami prielaidai, kad tam tikri tarpininkai [*angl.* moderators] lemia perėjimą nuo vieno suicidinio proceso etapo prie kito. Pirmieji, grėsmės savivaizdžiui tarpininkai, didina tikimybę, kad žlugimo ir pažeminimo patirtis kels grėsmę asmens savivaizdžiui iki tokio lygio, kad ji bus suvokta kaip neturinti kitos nei savižudybė išeities. Tokiais tarpininkais yra tarpasmeninių problemų sprendimo įgūdžių stoka, nekonstruktyvi sunkumų įveika, šališka atmintis. Taip pereinama prie suvokimo, jog esi spąstuose. Ši patirtis gali kelti suicidines mintis ir ketinimus, jei pasireiškia antrieji, motyvaciniai, tarpininkai. Tokiais tarpininkais yra įvardinami savireguliacijos ir socialinės paramos ribotumai, pozityvaus ateities vertinimo stoka, tam tikros elgesio normos ir nuostatos, sutrikdyti ryšiai su kitais ir suvokimas, jog esi našta kitiems.

Galiausiai, perėjimas nuo suicidalinių minčių ir ketinimų gali būti įgyvendintas, kai pasireiškia tretieji, arba valios tarpininkai, kurie didina tikimybę, kad įvyks savižudiškas veiksmas. Tokiais tarpininkais yra įvardinamas Joiner (2005) aptartas įgytas gebėjimas nusižudyti, tačiau pridedami ir kiti kintamieji: priemonių prieinamumas, artimojo ar kito asmens savižudybė, impulsyvumas, planavimas (kada, kur, kaip atlikti veiksma) (O'Connor, 2011).

IMV modelyje (O'Connor, 2011) taip pat minimas ikimotyvacinis suicidalinio elgesio etapas, atspindintis asmens pažeidžiamumą suicidaliam procesui. Šį etapą apibrėžia trys kintamieji: biologinių veiksnių nulemtas pažeidžiamumas, žalingi aplinkos veiksniai bei sunkūs gyvenimo įvykiai. Stresas gali veikti individą tiek kaip tam tikri žalingi aplinkos veiksniai (pavyzdžiui, ankstyvoji deprivacija), padedantys aktualizuotis genetiškai nulemtam pažeidžiamumui, tiek kaip dabartiniai negatyvūs gyvenimo įvykiai (pavyzdžiui, santykių netektis). Taip pat gali susiformuoti ir įgytas pažeidžiamumas (pavyzdžiui, tam tikri asmenybės bruožai, paskatinantys tolesnius sunkumus). Visi šie veiksniai veikia asmens jautrumą žlugimo ir pažeminimo ženklams, bei lemia grėsmės savivaizdžiui, motyvacinius, bei valios tarpininkus.

Kitą suicidalologinę teoriją apie savižudybės procesą ir skirtingus veiksnius, lemiančius mintis apie savižudybę bei perėjimą nuo suicidalinių minčių prie veiksmų, pasiūlė Orbach (2001). Jis išplėtojo suicidalologinę teoriją remdamasis Shneidman (1996/2002) modeliu; apibūdindamas savižudybės procesą Orbach (2001) įvardina, jog nepakeliamas psichologinis skausmas kyla dėl tarpusavyje susijusių, viena kitą pastiprinančių sąveikų tarp biologinių veiksnių (biocheminio disbalanso, pavyzdžiui, sutrikusio serotonino lygio), gyvenime patiriamų sunkumų, keliančių įtampą (pavyzdžiui, socialinės izoliacijos ar atstūmimo), asmenybės veiksnių (pavyzdžiui, neefektyvios emocijų reguliacijos). Šios sąveikos gali suformuoti vidinius patirčių modelius, pasižyminčius negatyviomis savęs ir kitų reprezentacijomis, neigiamais lūkesčiais, skausmingomis emocijomis ir neefektyviais įveikos būdais,

savidestruktyviais veiksmais. Vieni iš dažniausių vidinių modelių, būdingų suicidiškiems asmenims – neapykanta sau bei netekties išgyvenimas (nuolatinis netekties patyrimas ir būsimų netekčių lūkesčiai). Paprastai suicidiški asmenys pastiprina skausmą sukeliančius modelius provokuodami situacijas, kurios sukuria naujas netektis, atstūmimus, neapykantą sau (pavyzdžiui, sukurdami nepasiekiamus tikslus ir dėl to jausdamiesi nesėkmingi). Ilgainiui tampama savo vidinių modelių spąstų auka, ir imama norėti visiškos savidestrukcijos bei pabėgimo nuo nebeapakeliama psichologinio skausmo.

Orbach (2001) taip pat kelia prielaidas, nuo ko priklauso, ar asmuo mėgins nusižudyti – išskiriamos dvi veiksnių grupės, kurios nebūtinai veikia psichologinio skausmo intensyvumą, bet gali didinti ar mažinti norą atlikti savižudišką veiksma. Savižudišką elgesį paskatinančiais veiksniais įvardijami suicidinių priemonių prieinamumas, tam tikros kultūrinės normos, netinkamas savižudybių pateikimas žiniasklaidoje, savižudybės proceso eigoje atsirandančios fantazijos apie mirtį kaip patrauklią išeitį. Čia Orbach (2001) išplėtoja ir pabrėžia ypatingą disociacijos vaidmenį - disociacija, pasižyminti sąmoningo patyrimo nutrūkimu, atsiribojimu nuo patirties, sustingimu, atsietumu nuo kūno pojūčių (pvz., fizinio skausmo), apatija gali palengvinti fizinį kūno žalojimą. Argumentuojama, jog suicidinis elgesys visų pirma pasižymi savo kūno puolimu - tad kad tai atsitiktų, turi būti tam tikras kūno patyrimas, savisaugos mechanizmo nykimas, paskatinantis suicidines mintis ir elgesį. Neseniai atliktame tyrime gauta, jog mėginusieji nusižudyti pasižymi aukštesniais disociacijos įverčiais nei nemėginusieji (Shelef, Levi-Belz, & Fruchter, 2014). Tuo tarpu kitais savižudišką elgesį slopinančiais veiksniais įvardijami religiniai įsitikinimai, mirties baimė, atsakomybė šeimai, socialinė parama.

Klonsky ir May (2015) neseniai suformulavo dar vieną suicidinių minčių ir veiksmo 3 žingsnių teoriją, paremtą „nuo minties prie veiksmo“ sistema. Joje teigiama, jog: 1) suicidinės mintys kyla dėl skausmo (paprastai



psichologinio) ir nevilties; 2) išgyvenantiems skausmą ir neviltį susietumas [*angl.* connectedness] yra esminis veiksnys, apsaugantis nuo suicidinių minčių stiprėjimo; 3) perėjimas nuo suicidinių minčių prie veiksmo yra palengvinamas įgimtų, įgytų ir praktinių veiksnių, susijusių su gebėjimu nusižudyti. Šiems veiksniams nulemiant pakankamai stiprų gebėjimą įveikti natūralią baimę ir skausmą (siejamus su nusižudymu), asmuo gali įgyvendinti suicidines mintis. Tad šioje teorijoje suicidinės mintys ir veiksmai aiškinami 4 konstruktais: skausmu, neviltimi, susietumu ir gebėjimu nusižudyti.

Toliau plačiau aptarsime suicidinio elgesio proceso ypatumus. 3 žingsnių teorijoje (Klonsky & May, 2015) suicidinio elgesio procesas aiškinamas taip, jog nuolatinis skausmo išgyvenimas gali mažinti norą gyventi ir sukelti mintis apie savižudybę. Autoriai pabrėžia, jog įvairiausios mintys, jausmai ar patirtys, pavyzdžiui, Durkheim (1897/2002) minima socialinė izoliacija, Joiner (2005) išskirti sutrikdyti ryšiai bei suvokimas, kad esi našta kitiems, Baumeister (1990) neigiamas savęs vertinimas ir kiti konstruktai gali sukelti skausmą – nėra taip svarbu, koks būtent šaltinis sukelia skausmą, svarbu tai, kad pasiekiamas intensyvus nebepakeliamas skausmo lygis. Tačiau vien skausmo nepakanka, jog žmogus norėtų nusižudyti – tik jei nebeturima vilties, kad situacija pasikeis, imama galvoti apie savižudybę. Kitas 3 žingsnių teorijos (Klonsky & May, 2015) konstruktas, susietumas, vertinamas kiek plačiau nei ryšys su kitais žmonėmis. Tai, autorių nuomone, gali būti bet koks tikslas ar prasmė, palaikantis žmogaus norą gyventi – darbas, socialinis vaidmuo, pomėgis ir pan. Žmogui patiriant skausmą ir neviltį, pradėjus galvoti apie savižudybę, suicidinės mintys išliks pasyvios, be aktyvaus noro nusižudyti ir stiprių suicidinių ketinimų, jeigu susietumas su gyvenimu bus didesnis už patiriamus sunkumus. Klonsky ir May (2015) sutinka su Joiner (2005), kad perėjimas nuo noro nusižudyti prie jo įgyvendinimo priklauso nuo to, ar yra įgytas gebėjimas tai padaryti. Visgi 3 žingsnių teorijoje (Klonsky & May, 2015) praplečiama Joiner (2005) samprata, šalia įgyto gebėjimo konstrukto įtraukiant dar du veiksnys, galimai prisidedančius prie gebėjimo nusižudyti – įgimtą (kintamieji, labiausiai nulemti genetinių veiksnių; pavyzdžiui, mažesnis

jautrumas fiziniam skausmui) ir praktinį (kintamieji, palengvinantys suicidinio veiksmo atlikimą; pavyzdžiui, žinios apie mirtinas priemones, jų prieinamumas).

### 1. 5. 3. Suicidinio proceso teorijų apibendrinimas

Dabartinėse suicidinio elgesio teorijose (Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015; O'Connor, 2011; Orbach, 2001) skiriami veiksniai, lemiantys *mintis* apie savižudybę, nuo veiksmų, paskatinančių *elgesį* - mėginimą nusižudyti. Teorijų autoriai, aptardami veiksmus, lemiančius mintis apie savižudybę, išsiskiria tuo, ką įvardina kaip esminius konstruktus, sukeliančius mintis apie savižudybę. Nors suicidinio elgesio teorijos panašios tuo, kad visose įvardijama kančia, išgyvenamas psichologinis skausmas, tačiau jos arba nenurodo šio skausmo priežasčių (Klonsky & May, 2015), arba nurodo skirtingas jo priežastis: ryšių su kitais sunkumus ir suvokimą, kad esi našta kitiems bei dėl to kylanti nevilgti (Joiner, 2005), ankstesnių žalingų sąlygų suformuotus vidinius patirties modelius (Orbach, 2001), žlugimo ir pažeminimo patirtį, interpretuojamą kaip buvimą spąstuose (O'Connor, 2011). Ankstesnių teorijų autoriai taip pat įvardina kančią, vidinį skausmą, kylantį dėl netekties (Freud, 1920/1999), neigiamo savęs (Baumeister, 1990; Beck, 2005), dabarties ir ateities vertinimo (Beck, 2005), suvokimo, jog esi spąstuose (Williams, 1997), suicidinės būsenos aktyvavimo (Rudd, 2006) ar negalimų patenkinti esminių asmenybei poreikių (Shneidman, 1996/2002).

Taip pat matyti, kad suicidologinėse teorijose didelė svarba teikiama tiek individualioms, tiek socialinėms savižudybių prielaidoms: socialiniai veiksniai, pavyzdžiui, per silpną socialinę integraciją, įvardijami kaip esminė savižudybių priežastis (Durkheim, 1897/2002); be anksčiau aptartų socialinių veiksmų, lemiančių psichologinį skausmą, minimas ir socialinės paramos trūkumas kaip prisidedantis prie suicidinių minčių (Joiner, 2005; O'Connor, 2011), stiprinantis esamas suicidines mintis (Klonsky & May, 2015) arba turintis reikšmę pereinant prie suicidinio veiksmo (Orbach, 2001).

Dalis autorių pabrėžia tam tikras prielaidas, lemiančias didesnę asmens pažeidžiamumą suicidiniam procesui, palengvinančias jo pradžią. Orbach (2001) mini sunkių įvykių, asmenybės veiksnių ir biologinio pažeidžiamumo sąveiką, O'Connor (2011) taip pat įvardina biologinių ir žalingos aplinkos kintamųjų bei sunkių įvykių sąveiką ir jos suformuotą asmens pažeidžiamumą. Shneidman (1996/2002) kelia prielaidas apie žemesnę psichologinio skausmo slenkstį dėl žalingų vaikystės patirčių, Baumeister (1990) – per aukštus asmens ar aplinkinių lūkesčius ir sunkius pastarojo metu gyvenimo įvykius, Williams (1997) – šališkos ar perdėtai apibendrintos atminties ypatumus, Rudd (2006) – pažeidžiamumą kognityvinėse, emocijų reguliacijos ar elgesio srityse. Tačiau panašu, kad vieningesnio sutarimo, kokie veiksniai lemia, jog vieni asmenys yra labiau pažeidžiami už kitus suicidinėms mintims, nėra.

Teorijų autoriai, aptardami veiksnius, paskatinančius mėginimą nusižudyti, mini įgytą gebėjimą nusižudyti (Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015; O'Connor, 2011), tačiau gebėjimo nusižudyti samprata yra praplečiama įgimtu gebėjimu (Klonsky & May, 2015) arba kitais veiksniais, tokiais kaip priemonių savižudybei prieinamumas (O'Connor, 2011; Orbach, 2001; Klonsky & May, 2015) ir žinios apie jas (Klonsky & May, 2015), savižudišką elgesį pateisinančios kultūrinės normos, netinkamas savižudybių pateikimas žiniasklaidoje, disociacija (Orbach, 2001), savižudybių modeliavimas, planavimas, tam tikros asmeninės savybės (pavyzdžiui, impulsyvumas) (O'Connor, 2011).

Dalis teorijų autorių išskiria savižudybės proceso stadijas (Baumeister, 1990; Joiner, 2005; O'Connor, 2011; Orbach, 2001; Klonsky & May, 2015), tad būtų pravartu palyginti, kiek šiose teorijose išskiriami konstruktai ir etapai yra būdingi mūsų kultūroje vykstančiam suicidiniam elgesiui. Svarbu pastebėti, jog dabartinių teorijų autoriai įvardina, jog nepaisant jų keliamų teorinių prielaidų nėra aišku, ar hipotetiniai ryšiai tarp konstrukto iš tiesų egzistuoja, bei ar iš tiesų minimi konstruktai yra esminiai (Klonsky & May, 2014; O'Connor, 2011). Empirinių tyrimų duomenys taip pat rodo, kad galimos kitokios sąveikos tarp dabartinėse teorijose postuluojamų konstrukto (Ma et al.,

2016). Tvirtesnių žinių trūkumą rodo ir tai, kad, kaip matome iš pristatytų suicidologinių teorijų analizės, vieningesnio sutarimo, kokie veiksniai ir kaip veikia savižudybės procese, nėra. Be to, matome, kad iš šiuolaikinių teorijų, aptariančių skirtingus suicidinių minčių ir veiksmo kintamuosius, tik O'Connor (2011) ir Orbach (2001) išsamiau aptaria savižudybės proceso stadijas, kai kitos (Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015) greičiau supaprastina šį procesą, aptardamos tik kelių konstrukto tikėtinus tarpusavio ryšius. Todėl svarbu prisidėti prie dabartinės mokslinės diskusijos išsamiais giluminiais savižudybių proceso tyrimais. Tokios įžvalgos galėtų prisidėti prie prielaidų apie suicidinį procesą ir tikslinti esamus arba kurti naujus savižudiško elgesio modelius.

Svarbu atsižvelgti ir į tai, kad suicidinio elgesio teorijos yra sukurtos Vakarų pasaulio (Vakarų Europos, JAV) šalyse, tačiau, tikėtina, išskiriami teoriniai konstrukto skirtingose kultūrose gali turėti skirtingą reikšmę. Pastaruoju metu yra atkreipiamas didesnis dėmesys į kultūrinės aplinkos įtaką suicidiniam elgesiui. Pasak Lester (2012), reikėtų atsargiai vertinti prielaidą apie viename regione sukurtų teorinių modelių tinkamumą kitoms kultūroms. Kadangi šiame tyrime siekiame suprasti mėginusiųjų nusižudyti savižudybės procesą, galėsime pastebėti, kurie veiksniai gali būti labiau būdingi Lietuvoje vykstančiam suicidiniam elgesiui. Manome, kad kokybinė tyrimo strategija gali būti itin pravarti, leisianti geriau suprasti kelią iki mėginimo nusižudyti (galimą asmens pažeidžiamumą, veiksnius, paskatinančius suicidines mintis bei lemiančius mėginimo nusižudyti atlikimą).

#### 1. 5. 4. Savižudybės procesas po savižudiško veiksmo

Analizuodami šiuolaikines suicidologijos teorijas ir empirinius tyrimus matome, jog sociokultūrinio, socialinio bei psichologinio žmogaus konteksto savižudybės rizikos veiksnių sąveika lemia savižudišką elgesį. Visgi jei, kaip matome, nėra tiksliau žinoma, kokia yra žmonių patirtis iki savižudiško veiksmo, tai ar suprantame daugiau apie patirtį po mėginimo nusižudyti? Deja, ne – galime tvirtai teigti, kad apie tai, kas vyksta po suicidinio bandymo,

nepasibaigusio mirtimi, beveik nieko nežinome. Suicidinio elgesio teorijose (Baumeister, 1990; Beck, 2005; Durkheim, 1897/2002; Freud, 1920/1999; Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015; O'Connor, 2011; Orbach, 2001; Shneidman, 1987; Shneidman, 1996/2002; Williams, 1997) nėra nagrinėjama savižudybės proceso eiga po savižudiško veiksmo. Nors Rudd (2006) nestabilumo-pažeidžiamumo teorijoje akcentuojama, kad svarbu suprasti savižudybės proceso tęstinumą ir su tuo susijusius veiksnius, bei keliamos prielaidos apie suicidinės rizikos epizodus, galimai pasikartojančius vėl iškilus vidiniams ar išoriniams stresoriams, supratimo apie tai, kaip teigia Rudd (2006), mes neturime. Tai atspindi ir dabartiniai empiriniai tyrimai apie laikotarpį po mėginimo nusižudyti. Juose paprastai susitelkiama ties tuo, kad po pirminio išsamesnio kiekybinio įvertinimo (pavyzdžiui, psichikos ir elgesio sutrikimų pasireiškimo) patikrinami vien vėlesni objektyvūs faktai (pavyzdžiui, ar žmogus vėl mėgino nusižudyti ar nusižudė) (Tidemalm, Långström, Lichtenstein, & Runeson, 2008; Suominen, Isometsä, Ostamo, & Lönnqvist, 2004), tačiau nėra jokios intrapsichinių procesų analizės. Deja, savižudybės krizė dažnai nesibaigia atlikus veiksmą: apie 10-40% asmenų vėl mėgina nusižudyti per pirmuosius metus nuo ankstesnio bandymo (Sakinofsky, 2000). Norėdami efektyvesnės savižudiško elgesio prevencijos, turime geriau suprasti patirtį po mėginimo nusižudyti.

Manome, jog giluminiai tyrimai galėtų reikšmingai prisidėti prie tolesnės savižudybės krizės supratimo. Neseniai atliktame kokybiniame tyrime, kuriuo siekta išsiaiškinti, kodėl asmenys, po mėginimo nusižudyti išleisti iš psichiatrinės ligoninės, yra padidėjusios suicidinės rizikos, buvo gauti svarbūs duomenys. Rasta, jog tyrimo dalyviams, dvejojusiems dėl išrašymo iš ligoninės arba nesijautusiems bendradarbiavus dėl sprendimo baigti gydymą ligoninėje, vėl kilo savižudiškų impulsų grįžus į savo įprastą aplinką. Taip pat jų tolesnę patirtį apsunkino iki hospitalizacijos buvusių įtampą keliančių veiksnių pasikartojimas bei nauji stresoriai, atsiradę po hospitalizacijos (Owens-Smith et al., 2014). Atrodo, jog tokio pobūdžio tyrimai yra dar neišnaudotas svarbių įžvalgų apie suicidinį procesą šaltinis.

Tačiau kokius mėginusiųjų nusižudyti patyrimo aspektus po savižudiško veiksmo svarbu tirti? Kaip suicidinės rizikos veiksniai sąveikauja po mėginimo nusižudyti? Kokių patirties aspektų vaidmuo tampa reikšmingiausias po mėginimo nusižudyti? Kadangi po mėginimo nusižudyti žmonės patenka į gydymo įstaigas, natūralu, kad svarbu gilintis į tai, kaip po savižudiško veiksmo yra priimama nauja aplinka, į kurią patenkama, kaip tai veikia savižudybės krizę. Pavyko rasti keletą tyrimų, kuriuose buvo siekiama suprasti mėginusiųjų nusižudyti išgyvenimus po savižudiško veiksmo. Kanadoje atliktame mėginusiųjų nusižudyti savijautos prieš ir po savižudiško veiksmo tyrime nustatyta, kad nemalonios emocijos vyrauja ir po mėginimo nusižudyti, daugiausia išgyvenant kaltę, pyktį, liūdesį (Chapman & Dixon-Gordon, 2007). Tad panašu, jog kriziniai išgyvenimai po savižudiško veiksmo tęsiasi.

Vienas iš patiriamų išgyvenimų gali būti gėdos jausmas. Kadangi mėginimas nusižudyti yra visuomenėje stigmatizuojamas elgesys (WHO, 2014a; Gailienė, 2015), o gėda kyla tuomet, kai asmens socialinis elgesys, neatitinkantis savo ar kitų žmonių lūkesčių, tampa viešas (Zbarauskaitė, 2008), tikėtina, kad gėdos išgyvenimas gali būti būdingas asmenims po mėginimo nusižudyti. Švedijoje atliktu kokybiniu tyrimu nustatyta, jog po hospitalizacijos ligoninėje mėginusieji nusižudyti išties pasižymėjo ryškiomis gėdos reakcijomis: neigiamai vertino suicidinį veiksma ir tikėjosi neigiamų aplinkinių reakcijų, norėjo vengti kitų žmonių ir kuo skubiau palikti ligoninę (Wiklander, Samuelsson, & Åsberg, 2003). Galime manyti, kad visuomenėse, kuriose egzistuoja ryški suicidinio elgesio stigma, po mėginimo nusižudyti gali vyrėti gėdos reakcijos. Išties, neseniai buvo nustatyta, kad aukštesnis savižudybių rodiklis visuomenėje yra susijęs su ryškesne internalizuota stigma ir gėda dėl savižudiško elgesio, o taip pat ir su neigiama nuostata į pagalbos siekimą (Reynders, Kerkhof, Molenberghs, & Van Audenhove, 2014). Gėdos patyrimas yra sunkus ir subjektyviai nemalonus išgyvenimas, skatinantis atsiriboti nuo gėdą sukėlusios situacijos ir vengti aplinkinių, užsisklęsti savyje. Tačiau gėdos jausmas gali ne tik didinti socialinę izoliaciją, bet ir turi potencialą stiprinti asmens susietumą – tiek su savimi, priimant nemalonius ar

anksčiau nepriimtinius asmenybės aspektus, tiek su kitais asmenimis, prisiimant atsakomybę už savo veiksmus, didinant tarpusavio atvirumą bei artumą (Zbarauskaitė, 2008). Šios gėdos funkcijos sustiprina gėdos išgyvenimo tyrinėjimo prasmę, nes jos, manome, gali turėti svarbią reikšmę tolesnei suicidinei krizei – kaip pamatėme iš teorinės ir empirinės literatūros apžvalgos, didėjanti emocinė kančia, neigiamas savęs ir savo elgesio vertinimas, socialinė izoliacija ir tuo pačiu socialinės paramos trūkumas yra svarbūs suicidinės rizikos veiksniai. Kita vertus, didesnis asmens atvirumas sau ir kitiems, tvirtesni ryšiai po įvykusio suicidinio veiksmo, tikėtina, gali būti svarbūs veiksniai, padedantys įveikti suicidinę krizę po mėginimo nusižudyti.

Kadangi suicidinis veiksmas yra glaudžiai susijęs su platesniu socialiniu ir sociokultūrinio kontekstu, kaip matėme iš literatūros apžvalgos, mėginimas nusižudyti gali paveikti santykius su kitais asmenimis, o tuo pačiu ir veikti tolesnę savižudybės riziką, tačiau neturime duomenų, koku būdu ir kaip tai atsiliepia vėlesniam savižudybės procesui. Wiklander su kolegomis (2003) pastebėjo, jog aplinkinių reakcijos stipriai veikė tyrimo dalyvių savęs ir mėginimo nusižudyti vertinimą: matydami kitus kaip geranoriškus ir nesmerkiančius, dalis tyrimo dalyvių ėmė ir save matyti pozityviau bei buvo labiau linkę aktyviau spręsti savo sunkumus ir priimti kitų pagalbą. Ir atvirkščiai, sulaukdami neigiamo kitų vertinimo buvo linkę dar labiau izoliuotis nuo aplinkinių. Kitu kokybiniu Taivane atliktu tyrimu buvo gilinamasi į iš ligoninės grįžusių bandžusių nusižudyti artimųjų patirtį (Sun & Long, 2008). Nustatytas ryškus artimųjų vaidmuo po suicidinio veiksmo: artimieji, parodę, jog bandęs nusižudyti žmogus jiems rūpi ir yra svarbus, padėjo mėginusiajam nusižudyti įveikti savo sunkumus ir didino viltį. Tuo pačiu, tyrime pastebėta, jog suicidinis elgesys sukelia krizę ir mėginusiojo nusižudyti artimoje aplinkoje (Sun & Long, 2008). Tad atrodo svarbu suprasti, kaip socialinio konteksto veiksniai prisideda prie tolesnio mėginusiojo nusižudyti suicidinio proceso ypatumų.

## 1. 6. Tyrimo problema, tikslas ir uždaviniai

Gausybe suicidologinių tyrimų aptarti įvairūs psichologiniai, socialiniai suicidinės rizikos veiksniai, turintys reikšmę iki savižudiško veiksmo, suicidinio proceso teoriniuose modeliuose keliamos prielaidos apie galimą įvairių konstrukčių įtaką. Tačiau ligšiol nėra aišku, kaip būtent įvairūs kintamieji sąveikauja, paskatindami asmenį galvoti apie savižudybę ir nuspręsti nusižudyti. Antra, beveik neturime žinių apie tai, ką patiria asmuo, neseniai atlikęs savižudišką veiksma, nepasibaigusį mirtimi, kaip toliau vystosi suicidinis procesas. Be to, per mažai atsižvelgiama į kultūrinių ypatumų reikšmę, nes pagrindinės dabartinės suicidologinės žinios kyla iš teorinių ir empirinių tyrinėjimų, atliktų Vakarų pasaulio valstybėse, nors daugiausia savižudybių įvyksta kitose šalyse. Panašu, jog negalėsime atsakyti į šiuos klausimus be kokybinių tyrimų, padedančių suprasti mėginusiųjų nusižudyti suicidinio proceso patirtį.

Iš empirinių tyrimų žinome, kad tik tam tikra dalis turėjusiųjų suicidinių minčių įvykdo savižudišką veiksma. Visgi neskiriame veiksmių, sukeliančių mintis apie savižudybę, nuo veiksmių, paskatinančių elgesį – mėginimą nusižudyti. Tad mėginusieji nusižudyti – itin aukštos suicidinės rizikos grupė, kurios patirtį yra svarbu tyrinėti, norint suprasti suicidinio proceso ypatumus. Mūsų žiniomis, tyrimų, kurie nuosekliai analizuotų mėginusiųjų nusižudyti suicidinį procesą iki ir po savižudiško veiksmo, nėra.

Todėl šio tyrimo **tikslas** yra suprasti mėginusiųjų nusižudyti patirtį skirtinguose savižudybės proceso etapuose.

Tyrimo tikslo siekiame šiais **uždaviniais**:

1. Atskleisti ir aprašyti temas, atspindinčias mėginusiųjų nusižudyti:
  - pažeidžiamumą savižudybės procesui;
  - suicidinių minčių atsiradimą;
  - savižudišką veiksma paskatinančius veiksnius.
2. Atskleisti ir aprašyti temas, atspindinčias mėginusiųjų nusižudyti patyrimą po mėginimo nusižudyti.



## METODIKA

Šiame darbe rinkti ir naudojami duomenys yra Vilniaus universiteto Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedroje 2012 10 – 2015 09 laikotarpiu atlikto platesnio didelės apimties tyrimo „Sunkių traumų ir socialinių transformacijų psichologiniai padariniai ir jų įveika“ dalis. Tyrimui vadovavo prof. habil. dr. Danutė Gailienė. Tyrimas buvo 2007-2013 m. žmogiškųjų išteklių plėtros veiksnių programos 3 prioriteto „Tyrėjų gebėjimų stiprinimas“ įgyvendinimo priemonė Nr. VP1-3.1.-ŠMM-07-K „Parama mokslininkų ir kitų tyrėjų mokslinei veiklai (visuotinė dotacija)“. Tyrimo tikslas – išanalizuoti įvairių visuomenės grupių trauminės patirties, psichologinės sveikatos ir įveikos veiksnius socialinių transformacijų kontekste. Tyrime buvo keliami trys uždaviniai, antrasis iš jų – analizuoti neįveiktų traumų ir suicidinės rizikos sąsajas. Šioje disertacijoje naudojami būtent šiam uždaviniui pasiekti atlikto tyrimo duomenys. Toliau darbe tyrimu bus vadinamas šis siauresnis darbas. Duomenys naudojami pagal pasirašytą riboto duomenų panaudojimo sutartį (kopija 1 priede).

Tyrimą vykdė tyrėjų grupė – šio darbo autorius, magistrantai Antanas Grižas (VU klinikinės psichologijos 2 kurso studentas), Jolanta Latakienė (VU klinikinės psichologijos 2 kurso studentė), Indrė Dapševičiūtė (VU klinikinės psichologijos 1 kurso studentė) ir klinikinė psichologė Dovilė Grigienė, supervizuojama dr. Pauliaus Skruibio ir prof. habil. dr. Danutės Gailienės. Visa tyrėjų grupė dalyvavo šiuose tyrimo etapuose – tyrimo dalyvių kvietime, duomenų rinkime bei pirminėje kokybinių duomenų analizėje. Antrinėje kokybinių duomenų analizėje dalyvavo du<sup>1</sup> tyrėjų grupės nariai, šio darbo autorius ir Indrė Dapševičiūtė; antrinės kokybinių duomenų analizės validizavimo procese taip pat dalyvavo tyrėjų grupės narys Antanas Grižas.

---

<sup>1</sup> Išskyrus 4 interviu temos duomenų analizę, kurią atliko tik šio darbo autorius, bei antrinę 3 ir 5 interviu temas duomenų analizę, kurią atliko Jolanta Latakienė.

## 2. 1. Tyrimo dalyviai

### *Tyrimo dalyvių kvietimas.*

Šiame darbe laikomasi disertacijos įvadinėje dalyje aptartos Silverman ir kolegų (2007) mėginimo nusižudyti sampratos. Paprastai po mirtimi nepasibaigusio, į save nukreipto potencialiai žalingo elgesio asmenys patenka į bendrojo profilio ar psichiatrines ligonines. O ketinimas numirti, pabrėžiamas Silverman ir kolegų (2007) kaip esminis mėginimo nusižudyti kriterijus, iš pradžių yra išsakomas ligoninės personalui, o vėliau gali būti plačiau išsiaiškinamas tyrimo metu. Todėl nutarėme potencialius tyrimo dalyvius pasiekti būtent per ligonines.

Tad naudojome šiuos tyrimo dalyvių atrankos kriterijus: pilnamečiai asmenys po bandymo nusižudyti patekę į bendrojo profilio arba psichiatrinę ligoninę, prieinami kontaktui (t.y. ne psichozės būsenoje), stabilizuotos fizinės būklės, su aiškiu arba numanomu ketinimu numirti (t.y. interviu metu pamini ketinimą numirti), kurio susižalojimo gydymui prireikė medicininės pagalbos<sup>2</sup> (po bandymo nusižudyti asmuo pateko į ligoninę). Nuo bandymo nusižudyti iki tyrimo neturėjo būti praėję daugiau nei vienas mėnuo.

Prieš pradėdami vykdyti tyrimą tyrėjai pristatė jį ligoninių vadovams ir ligoninių skyrių, į kuriuos patenka mėginusieji nusižudyti (ūmių apsinuodijimų, krizių intervencijos, reanimacijos ir intensyvios terapijos ir kt.), darbuotojams – gydytojams, psychologams, slaugos specialistams. Šie ligoninių darbuotojai padėjo kviesti potencialius tyrimo dalyvius dalyvauti tyrime. Siekdami sklandesnės tyrimo eigos, tyrėjai nuolat bendradarbiavo su ligoninių darbuotojais. Pristatę tyrimą, tyrėjai 2-3 kartus per savaitę skambindavo į atitinkamus ligoninių skyrius, esant būtinybei primindavo apie tyrimą ir

---

<sup>2</sup> Viena tyrimo dalyvė mėgino susižaloti, tačiau jos veiksmai nesibaigė fiziniu susižalojimu; vis dėlto, ji buvo hospitalizuota.

domėdavosi apie potencialių tyrimo dalyvių buvimą. Tad potencialūs tyrimo dalyviai apie tyrimą sužinodavo dviem būdais:

1. Išrašymo iš bendrojo profilio ligoninės (Vilniuje, Alytuje, Varėnoje, Švenčionyse, Kaišiadoryse, Elektrėnuose) dieną gaudami kvietimą į tyrimą (2 priedas). Ligoninės darbuotojai, remdamiesi mūsų tyrimo kriterijais identifikavę galimus tyrimo dalyvius, pristatydavo tyrimą ir paklausdavo, ar asmuo sutiktų, jog su juo susisiektų tyrėjai.
2. Vienam iš tyrėjų atvykus į psichiatrinę ligoninę (Vilniuje) ir tiesiogiai pristatius tyrimą. Gavę informaciją, kad ligoninėje šiuo metu gydosisi potencialus tyrimo dalyvis, tyrėjai atvykdavo į ligoninę.

Pirmuoju atveju tyrimo dalyviui palikus savo kontaktus vienas iš tyrėjų paskambindavo tokiam asmeniui, sutardavo susitikimo laiką ir vietą, susitikus plačiau pristatydavo tyrimą. Abiem atvejais tyrimas buvo pristatomas gyvo pokalbio metu pagal informuoto sutikimo formą (3 priedas), kuri susitikimo metu būdavo pasirašoma.

Tyrimo duomenys surinkti per 9 mėnesius (2013 m. liepos mėn. - 2014 m. kovo mėn.). Tačiau svarbu patikslinti, jog tyrimą pradėjome 2013 m. birželio mėn. ir ketinome tirti tik į vieną bendrojo profilio ligoninę po mėginimo nusižudyti patekusius asmenis. Tačiau susidūrėme su kliūtimis – iki 2013 m. spalio mėn. iš 14-os potencialių tyrimo dalyvių, patekusių į bendrojo profilio ligoninę ir sutikusių dalyvauti tyrime - palikusių savo kontaktus tyrėjams, tik vienas asmuo visgi sudalyvavo tyrime. Todėl pradėjome bendradarbiauti ir su kitomis bendrojo profilio ligoninėmis, tačiau tai taip pat nepadėjo. Galiausiai į tyrimą įtraukėme psichiatrines ligonines, kuriose buvę asmenys ir sudaro didesnę mūsų tyrimo dalyvių dalį.

Per visą tyrimo laikotarpį išsirašydami iš bendrojo profilio ligoninės savo kontaktus paliko 30 žmonių. Iš jų tolesniame tyrime dalyvavo 6 žmonės (20% kviestų asmenų). Kitose studijose, tiriančiose po mėginimo nusižudyti iš ligoninių paleidžiamus asmenis, taip pat pastebimas žemas sutikusiųjų dalyvauti dažnis (Owen-Smith et al., 2014). Tačiau taip pat svarbu pridurti, jog

neturime tikslių duomenų, kiek žmonių buvo supažindinti su galimybe dalyvauti tyrime ir kiek iš jų iš karto atsisakė palikti savo kontaktus tyrėjams, kadangi nebuvo įmanoma sistemingai užregistruoti visus atvejus. Tad tikėtina, jog bendro profilio ligoninėse sutiko dalyvauti dar mažiau nei 20% visų asmenų, kuriems ši galimybė buvo pristatyta. Tuo tarpu psichiatrinėse ligoninėse tyrimas buvo pristatytas 18 žmonių, iš jų 15 dalyvavo tyrime (83.3% kviestų asmenų). Tad iš 48 kviestųjų dalyvauti tyrime iš tiesų dalyvavo 21 asmuo (43.8%), o 27 asmenys (56.2%) galiausiai atsisakė. Prieš tai sutikusiųjų dalyvauti tyrimo dalyvių nubyėjimo priežastys buvo šios:

- praneša, kad ne(be)sutinka dalyvauti tyrime (8 asmenys iš bendrojo profilio ir 1 iš psichiatrinių ligoninių);
- pristačius tyrimą atidėlioja susitikimo laiką, o vėliau nebepavyksta susisiekti (6 asmenys iš bendrojo profilio ligoninių);
- neatsiliepia į skambutį arba jį atmeta (4 asmenys iš bendrojo profilio ligoninių);
- neatvyksta į sutartą susitikimą (2 asmenys iš bendrojo profilio ligoninių ir 1 iš psichiatrinių ligoninių);
- žmogus palieka ne savo arba neegzistuojantį kontaktinį telefono numerį (3 asmenys iš bendrojo profilio ligoninių);
- paaiškėja, kad žmogus neatitinka dalyvavimo tyrime reikalavimų – savo elgesio nelaiko bandymu nusižudyti arba negali kalbėti lietuviškai (1 asmuo iš bendrojo profilio ligoninių ir 1 iš psichiatrinių ligoninių).

Taip smarkiai besiskiriantį sutikusiųjų dalyvauti tyrime procentą mes linkę aiškinti tyrimo procedūros skirtumais. Bendro profilio ligoninėse gydytojai paklausdavo pacientų, ar jie sutiktų dalyvauti tyrime, tačiau dėl labai trumpo jų buvimo ligoninėje mes nespėdavome su jais susitikti ir susisiekdavome jiems jau grįžus namo. Psichiatrinėse ligoninėse tyrimas vykdavo pacientams dar nepalikus ligoninės. Čia pacientai dažnai neturėdavo kuo užsiimti, nuobodžiaudavo, todėl jų pasiryžimas dalyvauti tyrime galėjo būti didesnis. Be to, remdamiesi šio tyrimo rezultatais galime kelti prielaidą,

kad grįžę namo iš ligoninės, žmonės nori kuo greičiau pamiršti mėginimą nusižudyti ir nelinkę apie jį daug galvoti ar kalbėti.

Taip pat svarbu pastebėti, kad paprastai po bandymo nusižudyti į reanimacijos skyrius bendrojo profilio ligoninėse patekę asmenys, esant aukštai pakartotinei bandymo nusižudyti rizikai arba diagnozavus psichikos sutrikimą/-us, siunčiami į psichiatrijos ligoninę. Tačiau šio tyrimo vykdymo patirtis parodė, kad aiškaus skirtumo tarp abiejų grupių nėra. Nėra nuoseklių kriterijų, kuriais remiantis priimamas sprendimas siųsti į psichiatrinę ligoninę (pavyzdžiui, namo išrašomi ir psichikos sutrikimus turintys asmenys); psichikos sutrikimų diagnozavimas ne visada atitinka tikrovę, tam tikros diagnozės gali būti nustatomos dėl socialinių ar finansinių priežasčių; dėl specialistų trūkumo pacientas išrašomas namo; vengiama atsižvelgti į tikrąją suicidinę riziką. Tai gali būti susiję su nacionalinės savižudybių prevencijos programos trūkumu ir apskritai psichikos sveikatos sistemos mūsų šalyje ribotumais. Todėl negalėtume teigti, kad šios tyrime dalyvavusios grupės reikšmingai skiriasi.

### ***Tyrimo dalyviai.***

Apibendrinti tyrimo dalyvių demografiniai duomenys pateikti 1-oje lentelėje. Iš viso šiame tyrime dalyvavo 21 asmuo – 7 suaugę vyrai (33.3%) ir 14 moterų (66.6%), jų amžius svyravo nuo 18 iki 62 metų (bendras amžiaus vidurkis 32 m., vyrų – 29 m., moterų – 33 m.). Lentelėje pateikti amžiaus duomenys pateikiami tam tikrose amžiaus ribose, siekiant mažinti tyrimo dalyvių identifikavimo galimybes. Mažesnioji tyrimo dalyvių dalis (n = 5; 23.8%) neužpildė kiekybinės tyrimo anketos (paprastai dėl to, kad išreikšdavo norą ją užpildyti antro susitikimo metu, tačiau vėliau nebebuvo pasiekiami), todėl kelių tyrimo dalyvių (I1, I4, I17) amžius yra apytikslis.

1 lentelė. Tyrimo dalyvių interviu numeris, lytis, amžius bei ligoninė, į kurią pateko mėginęs nusižudyti asmuo.

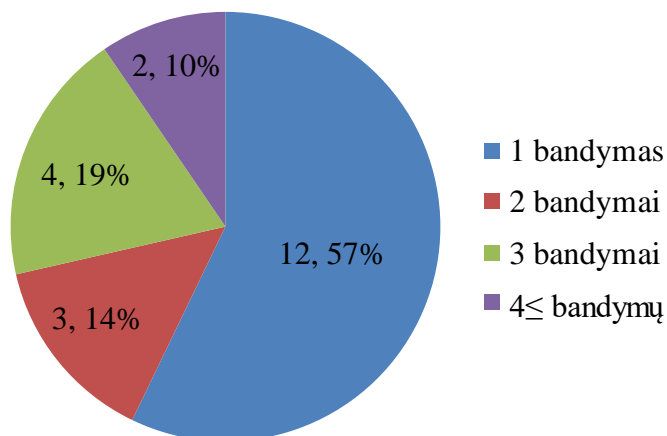
Nr.	I1	I2*	I3	I4	I5*	I6*	I7*
Lytis	M	M	V	V	M	M	M
Amžius	31-35	51-55	21-25	36-40	21-25	18-20	18-20
Ligoninė	B.p.	B.p.	P.l.	P.l.	P.l.	B.p.	P.l.
Nr.	I8*	I9*	I10	I11*	I12	I13*	I14*
Lytis	V	M	M	M	M	M	V
Amžius	26-30	26-30	18-20	18-20	31-35	31-35	31-35
Ligoninė	P.l.	P.l.	P.l.	B.p.	P.l.	P.l.	P.l.
Nr.	I15*	I16*	I17	I18*	I19*	I20*	I21*
Lytis	M	V	M	V	M	V	M
Amžius	21-25	21-25	46-50	18-20	61-65	36-40	51-55
Ligoninė	P.l.	B.p.	P.l.	P.l.	P.l.	B.p.	P.l.

\* žvaigždute pažymėti tyrimo dalyviai užpildė kiekybinę tyrimo anketą; *pasviruoju šriftu* pažymėti duomenys yra apytiksliai, kadangi šie tyrimo dalyviai nepildė tyrimo anketos ir interviu nenurodė savo amžiaus; B.p. – bendrojo profilio, P.l. – psichiatrinė ligoninė.

Po bandymo nusižudyti tyrimo dalyviai buvo patekę į bendrojo profilio (Vilniuje, Varėnoje, Alytuje) ir psichiatrines ligonines Vilniuje. Tyrimo dalyvių gyvenamoji vieta: didmiestis/miestas ( $n = 16$ ; 76.2%), miestelis/kaimas (4; 19%), neaiški (1; 5%). Tyrimo dalyvių išsilavinimas: pagrindinis ( $n = 5$ ; 23.8%), vidurinis (5; 23.8%), aukštesnysis (2; 9.5%), aukštasis (3; 14.3%), neaiškus (6; 28.6%). Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal bandymų nusižudyti skaičių gyvenimo eigoje pateikiamas 1-ame paveikslėlyje, o pagal paskutinio mėginimo nusižudyti būdą – 2-oje letelėje.

Šiame tyrime nesiekėme sužinoti tikslių psichikos ir elgesio sutrikimų, kurie galėjo būti diagnozuoti daliai mūsų tyrimo dalyvių, nes mūsų tyrimo tikslas – suprasti mėginusiųjų nusižudyti patyrimą. Atsižvelgdami į šiuolaikines rekomendacijas koncentruotis ne į psichikos ir elgesio sutrikimų

diagnozes, o į gilesnius, už diagnostinės kategorijos esančius aspektus (Hjelmeland et al., 2012), laikomės prielaidos, kad psichikos ir elgesio sutrikimai šiame tyrime svarbūs tiek, kiek/jei patys tyrimo dalyviai juos mini kaip turinčius reikšmę jų patyrimui iki ir po mėginimo nusižudyti.



**1 pav.** Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal bandymų nusižudyti skaičių

**2 lentelė.** Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal paskutinio bandymo nusižudyti būdą

Bandymo nusižudyti būdas	Tyrimo dalyvių skaičius
Vaistai	8 (38,1%)
Susižalojimas aštriais daiktais	3 (14,3%)
Šuolis nuo aukštų vietų	2 (9,5%)
Korimasis	1 (4,8%)
Vandenyje naudojant elektros prietaisus	1 (4,8%)
Kelių būdų kombinacija:	6 (28,6%)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• vaistai, alkoholis</li> <li>• vaistai, alkoholis, korimasis</li> <li>• vaistai, susižalojimas aštriais daiktais</li> <li>• alkoholis, susideginimas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 (14,3%)</li> <li>• 1 (4,8%)</li> <li>• 1 (4,8%)</li> <li>• 1 (4,8%)</li> </ul>

## 2. 2. Tyrimo metodai ir eiga

Tyrimo duomenys buvo renkami trimis metodais:

1. pusiau struktūruotas interviu;
2. suicidinių intencijų skalė (Suicide Intent Scale (SIS), Beck, Shuyler, & Herman, 1974);
3. kiekybinių duomenų anketa, sudaryta iš įvairių klausimų, duodama pildyti visiems pagal visuotinę dotaciją remiamo plataus tyrimo dalyviams.

Visi šie trys duomenų rinkimo metodai taikyti iš eilės, paprastai vieno susitikimo metu, taip pat kelis kartus su tyrimo dalyviais buvo susitikta dar kartą dėl tyrimo anketos užpildymo<sup>3</sup>. Tyrimas atliktas privačiame ligoninės arba Vilniaus universiteto kabinete. Šioje disertacijoje naudojami kokybinio interviu metu ir kiekybinių duomenų anketos dalimi surinkti duomenys, apimantys trauminę tyrimo dalyvių patirtį bei potrauminę simptomatiką. Toliau plačiau pristatysime šiuos tyrimo metodus.

Interviu trukmė svyravo nuo 18 iki 99 minučių, vidurkis – 39 minutės. Interviu buvo įrašomi į diktofoną, jokių papildomų aprašymų tyrimo metu nebuvo atliekama. Pusiau struktūruoto interviu klausimai apėmė penkias tyrimo dalyvio patyrimo sritis, bendru tyrėjų sutarimu pavadintas **interviu klausimų temomis**. Siekiant suprasti kiekvieną iš minėtų patyrimo sričių, buvo sudaryti kiekvienos temos *pagrindiniai klausimai*, bei tą temą detaliau plėtojantys smulkesni, papildomi (šalutiniai) klausimai, kurie kiekvienam tyrimo dalyviui būdavo užduodami, jei atsakydamas į pagrindinį tos srities klausimą dalyvis neatskleisdavo šio aspekto:

---

<sup>3</sup> Viena tyrimo dalyvė (I12) nebaigė interviu, nes jos aplankyti atvažiavo artimieji, tad liko neaptarta 5 interviu tema ir buvo sutarta pabaigti interviu kito susitikimo metu. Visgi vėliau susisiekti su tyrimo dalyve nebepavyko.



### **1 tema: „Kelias iki bandymo nusižudyti“:**

*Kas vyko Jūsų gyvenime prieš mėginimą nusižudyti?*

- Kokias mintis / jausmus šie įvykiai / sunkumai kėlė?
- Kaip tai susiję su mėginimu nusižudyti?
- Ką apie mėginimą nusižudyti galvojate dabar?

*Kaip atsirado ir keitėsi Jūsų mintys apie savižudybę (iki bandymo nusižudyti)?*

- Kada pirmąkart atsirado minčių apie savižudybę?
- Kaip jos keitėsi?
- Kaip planavote, koku būdu, kur, kada nusižudysite?

### **2 tema: „Socialinė parama“:**

*Gal galėtumėte papasakoti, kaip kiti Jums padėjo, kai Jums buvo sunku?*

- Kokios pagalbos susidūręs su savo sunkumais norėjote gauti iš kitų?
- Kokios pagalbos siekėte? Kaip tai darėte?
- Kokią pagalbą gavote? Kaip tai paveikė Jus?
- Kokios aplinkinių reakcijos trukdė tvarkytis su tuo, ką išgyvenote?

### **3 tema: „Išorinė komunikacija“:**

*Koku būdu leidote aplinkiniams sužinoti apie Jūsų ketinimą nusižudyti?*

- Kokių reakcijų tikėjotės?
- Kaip aplinkiniai reagavo į šiuos Jūsų pranešimus?
- Kaip aplinkinių reakcijos paveikė Jūsų ketinimą nusižudyti?

### **4 tema: „Po bandymo nusižudyti“:**

*Gal galite papasakoti Jums reikšmingiausias išgyvenimus ir įvykius po mėginimo nusižudyti?*

- Kokių jausmų kilo? Papasakokite daugiau, pvz., konkrečias situacijas.
- Kokie sunkumai kilo bendraujant su ligoninės personalu?
- Kokie sunkumai kilo bendraujant su artimaisiais?

*Žmonėms po mėginimo nusižudyti kartais kyla gėda. Gal buvo koks nors momentas, kada išgyvenote gėdos jausmą po mėginimo nusižudyti? [Jei taip] Papasakokite daugiau, pvz., konkrečias situacijas.*

## **5 tema: „Suicidinis elgesys kaip komunikacija”.**

*Jeigu tartume, kad Jūsų bandymas nusižudyti yra kaip žinia kitiems žmonėms, kaip manote, ką norėjote pasakyti jiems?*

**Baigiamasis klausimas.** *Šiame tyrime norėtume susidaryti išsamų vaizdą apie mėginusio nusižudyti žmogaus patirtį. Ką dar turėtume žinoti, bet Jūsų nepaklausėme?*

Interviu pabaigoje tyrėjas kartu su tyrimo dalyviu užpildydavo Suicidinių intencijų skalę (Suicide Intent Scale (SIS)), sukurtą Beck, Schuyler ir Herman (1974), matuojančią bandžiusiojo nusižudyti suicidinių intencijų rimtumą, t.y. noro mirti intensyvumą bandymo metu. Keletas tyrimo dalyvių išsakė savo ketinimus numirti ne interviu metu, bet pildydami šią skalę, todėl svarbu paminėti šį tyrimo metodą. Tačiau išsamūs rezultatai gauti Suicidinių intencijų skale nėra šio tyrimo objektas, todėl plačiau pristatomi nebus.

Galiausiai tyrimo dalyvio buvo prašoma užpildyti tyrimo anketą tyrėjui prižiūrint. Tyrime panaudotos kiekybinės tyrimo anketos dalys, apimančios trauminę tyrimo dalyvių patirtį, potrauminę simptomatiką:

- Trauminė tyrimo dalyvių patirtis atsiskleidė tyrimo dalyviams užpildant Gyvenimo įvykių klausimyną LEC (Life Events Checklist; Gray, Litz, Hsu, & Lombardo, 2004), kuriame išvardyta 17 potencialiai traumuojančių įvykių, galinčių nutikti žmogui gyvenime. Tyrimo dalyvių prašoma įvertinti, ar tokie įvykiai jiems yra nutikę patiems, ar jie yra buvę tokių įvykių liudininkai, ar tokių įvykių jiems nenutiko. Kartu tyrimo dalyvių buvo prašoma pažymėti, ar jie yra turėję kitų neigiamų patirčių, tokių kaip nepriežiūra ar smurtas iš artimų žmonių vaikystėje, bandymas nusižudyti, Afganistano karas 1979–1989 m., Černobylio AE likvidavimo darbai, dalyvavimas 1991 m. sausio 13-osios įvykiuose ir kt.
- Potrauminė simptomatika buvo vertinama Traumos simptomų klausimynu TSQ (Trauma Screening Questionnaire; Brewin et al.,

2002). Tai trumpas 10-ies klausimų testas, skirtas nustatyti asmenis, kurie gali turėti potrauminio streso sutrikimą. Prie išvardytų potrauminių reakcijų prašoma pažymėti, ar tyrimo dalyvis jas yra patyręs bent du kartus per pastarąsias septynias dienas. Klausimynas pasižymi tinkamu vidiniu suderinamumu ( $\alpha = 0,83$ ).

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

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

### 2. 3. Duomenų analizė

Šio darbo autorius tiesiogiai tyrė, t.y. atliko pusiau struktūruotą interviu ir surinko kiekybinius duomenis, 6 iš 21 (28.6%) tyrimo dalyvių, bei atliko tyrimo duomenų analizę. Duomenų analizei naudota *teminė analizė* pagal Boyatzis (1998). Teminė analizė – tai procesas, kurio metu užkoduojama kokybinė informacija. Šio užkodavimo tikslas yra „kodas“ – temų sąrašas ar kompleksiškas tarpusavyje susijusių temų, požymių ir sąlygų modelis (arba tarpinis šių dviejų formų derinys), kuris naudojamas tolesnei duomenų analizei. Duomenų tvarkymas vyko keliais etapais, kuriuos sąlyginai galime apibūdinti kaip pirminę (interviu įrašo transkribavimas, medžiagos redukavimas, potencialių temų išskyrimas, temų sąrašo kūrimas, kodų knygos

kūrimas) ir antrinę duomenų analizę (kodo taikymas likusiems interviu, galutinio duomenų tvarkymo rezultato kūrimas). Pirminėje duomenų analizėje dalyvavo šio darbo autorius ir kiti trys tyrėjų grupės nariai, o antrinėje – du<sup>4</sup> tyrėjai, šio darbo autorius ir tyrėjų grupės narė Indrė Dapševičiūtė. Galutinį kodą šio darbo autorius papildomai peržiūrėjo, siekdamas susieti pagal turinį panašias temas. Vieną iš galutinio kodo dalių – temų sąrašą, susijusį su socialinės paramos vengimu – validizavo ir savo pastebėjimus pateikė kitas su duomenimis išsamiai susipažinęs tyrėjų grupės narys, nedalyvavęs antrinėje duomenų analizėje, klinikinės psichologijos 2 kurso studentas Antanas Grižas. Toliau išsamiau pristatomi šie etapai:

1. **Interviu įrašo transkribavimas** – pažymint ir kai kurią neverbalinę informaciją (pvz., kosėjimą, atsikrenkštimą, juoką, atsidusimą) bei pašalinius garsus (pvz., telefono suskambėjimą).

2. **Medžiagos redukavimas:** a) *prasminių vienetų tekste išskyrimas* - interviu tekstai perskaitomi, kiekvienas svarbus duomenų ar informacijos segmentas perfrazuojamas arba apibendrinamas. Tyrėjas, skaitydamas kiekvieno interviu tekstą, įsigilina, stengiasi jį internalizuoti ir pažymi teksto perfrazavimus/apibendrinimus teksto paraštėje. Apibendrinimai gali būti išieškšti tiek tyrėjo, tiek tiriamojo žodžiais. Šio etapo tikslas yra sumažinti, supaprastinti tekstą, sukurti jo santrauką, kuri būtų patogesnė tolesnei analizei; b) *prasminių vienetų suskirstymas* pagal interviu klausimų temas – išskirti prasminiai vienetai surūšiuojami į 5 grupes, atitinkančias interviu klausimų temas, t.y. 1 grupė apie kelią iki savižudybės, 2 grupė apie socialinę paramą ir t.t.

3. **Potencialių temų išskyrimas** – penkiuose pačiuose išsamiausiuose, daugiausiai bandžiusio nusižudyti patirties aspektų apimančiuose interviu (peržiūrimi išskirti prasminiai vienetai ir ieškoma panašumų ar pasikartojančių momentų, t.y. išskiriamos pasikartojančios temos. Šioje stadijoje mažiau

---

<sup>4</sup> Išskyrus 4 interviu temas duomenų analizę, kurią atliko tik šio darbo autorius, bei antrinę 3 ir 5 interviu temas duomenų analizę, kurią atliko Jolanta Latakienė.

dėmesio kreipiama į detalų, tikslų temos apibūdinimą, daugiau siekiama užfiksuoti besikartojančių temų įvairovę nagrinėjamuose atvejuose. Vienas prasminis vienetas gali būti priskiriamas kelioms temoms.

4. **Temų sąrašo** kūrimas – išskirtos potencialios temos peržiūrimos 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. Temų sąrašė prie kiekvienos temos nurodoma, kuriuose atvejuose pasireiškė tema.

5. **Kodų knygos** kūrimas – išskirtų temų formuluotės perrašomos taip, kad būtų kuo trumpesnės ir aiškesnės. Tokia išgryninta tema tampa *kodu*. Skaitant tekstą kodai koreguojami, perkonstruojami arba nustatomos taisyklės, kada tema laikoma kaip pasireiškusi, o kada ne. Šio proceso rezultatas – kodų knyga, kur kiekvienas kodas aprašomas pagal šią schemą:

- a) *pavadinimas*;
- b) *apibrėžimas* ar apibūdinimas, kas įeina į šį kodą (pvz., temą sudarantys aspektai ar tam tikros charakteristikos);
- c) specialios sąlygos, *išimtys* (pvz., į kodą neįeinančios temos ar panašios temos, tačiau priskirtinos kitam kodui);
- d) *pavyzdžiai*, tiek priskirtini kodui, tiek ir nepriskirtini. Jie reikalingi tam, kad būtų išvengta painiavos ieškant kodo interviu transkripcijoje.

6. **Kodo validizavimas** – siekiant padidinti duomenų analizės validumą, rekomenduojama kitam specialistui pritaikyti kodą tai pačiai medžiagai, suskaičiuoti abiejų tyrėjų kodavimo suderinamumo laipsnius. Jeigu rodikliai nėra tokie, kokių norima, abejotinos temos koreguojamos arba pašalinamos iš tolimesnės analizės. Tokio vertinimo tikslas yra užtikrinti, kad duomenų analizė atlikta pakankamai sistemingai ir skaidriai.

7. **Kodo taikymas** likusiems šešiolikai interviu – sukurta kodų knyga pritaikoma likusiai imčiai, t.y. su kiekvieno dalyvio duomenimis atlikus 1 ir 2

duomenų tvarkymo žingsnius išskirti teksto segmentai priskiriami tinkamai temai. Aptikus kode nesamą temos aspektą, kodas atnaujinamas, papildomas.

8. *Galutinis duomenų tvarkymo rezultatas* – išsami, aiški, apibrėžta kodų knyga arba temų žemėlapis ir kiekybinė temų pasikartojimo skirtinguose interviu išsklotinė. Tad galutinis duomenų tvarkymo rezultatas apima visus tyrimo interviu – tiek penkis, atrinktus pirminei duomenų analizei, tiek likusius šešiolika, naudotus antrinei duomenų analizei.

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

Teminė analizė – itin lankstus kokybinės informacijos analizės metodas. Prieš pradėdant tokią analizę, tyrėjui svarbu nuspręsti, kokio pobūdžio teminė analizė tai bus (Braun & Clarke, 2006). Toliau bus pristatomi tam tikri šio tyrimo teminės analizės aspektai.

Indukcinėje teminės analizės formoje temos yra generuojamos iš duomenų [*angl.* data-driven], tokios temos gali būti mažai susijusios su konkrečiais klausimais, kurių buvo klausama tyrimo dalyvių (Braun & Clarke, 2006). Tokios temos nėra formuluojamos tyrėjų teorine kalba ar pagal jų teorinius interesus – atliekant indukcinę analizę nėra bandoma gautus duomenis asimiliuoti į jau esančią teorinę sistemą (skirtingai nei jai priešingoje, dedukcinės analizės formoje, kur temos yra generuojamos teorijos [*angl.* theory-driven]). Šiame tyrime remiamasi *hibridine* teminės analizės forma kaip ją apibrėžia Boyatzis (1998). Pasak jo, tam, kad būtų įmanoma įgyvendinti indukcinę analizę, reikalinga ne viena tyrimo imtis, bet bent dvi sub-imtys kurias būtų galima lyginti tarpusavyje pagal kokį nors iš anksto pasirinktą kriterijų. Atvejais, kuomet tyrėjas siekia naudoti indukcinę analizę temų išskyrimui, tačiau teminės analizės vienetas yra vienas (šiuo tyrime – mėginusiųjų nusižudyti socialinės paramos aspektai) ir nėra aiškaus kriterijaus,

pagal kurį būtų galima išskirti sub-imtis, taikomas hibridinis – iš dalies indukcinis, iš dalies – teorija grįstas analizės metodas. Pasirinkus taikyti hibridinę teminę analizę, tyrėjui dera kuo aiškiau įsivardinti savo teorines nuostatas (jos aprašytos skyriuje 2.5.2. *Teminės analizės atlikimo kokybė*).

Temų išskyrimą ir interpretavimą taip pat galima atlikti dvejopai – semantiniu arba latentiniu požiūriu. Skirtingai nei latentinėje duomenų analizėje, semantinėje analizėje formuluojamos duomenų turinį aprašančios, o ne interpretuojančios temos – tyrėjas nebando pažiūrėti *už* to, ką sako tyrimo dalyvis (Braun & Clarke, 2006). Semantinėje analizėje duomenų interpretacija prasideda tik pabaigus temų kūrimo etapą - bandant teoriškai aiškinti iškilusių temų reikšmę siejant jas su ankstesniais tyrimais ir teorinėmis sistemomis. Šiame tyrime remiamasi būtent *semantiniu* požiūriu.

Duomenų tvarkymui ir analizei naudotasi kompiuterine kokybinių duomenų apdorojimo programa „Atlas.ti“ Vilniaus universiteto fakultete ir „Microsoft Office“ programų paketu. Darbo autorius 1-5 ir 7-8 duomenų tvarkymo etapus atliko kartu su kitais tyrėjų grupės nariais<sup>5</sup>.

#### 2. 4. Etiniai tyrimo aspektai

Kadangi šiame tyrime dalyvavę asmenys – neseniai bandę nusižudyti žmonės – yra pažeidžiama grupė, viso tyrimo metu buvo siekiama pasirūpinti jų psichologiniu saugumu bei užtikrinti informacijos teisingumą bei pagalbos galimybes. Pagrindiniai būdai, kuriais tai buvo užtikrinama, yra šie:

1. Potencialiam tyrimo dalyviui palikus savo kontaktus kvietime, jam būdavo duodamas specialus informacinis lapelis – priminimas apie tyrimą (4 priedas) su informacija apie tolesnę tyrimo eigą bei tyrėjų kontaktais kilus norui susisiekti.

---

<sup>5</sup> Išskyrus 4 interviu temos duomenų analizę, kurią atliko tik šio darbo autorius, bei antrinę 3 ir 5 interviu temas duomenų analizę, kurią atliko Jolanta Latakiene.

2. Skambinimui potencialiam tyrimo dalyviui buvo naudojama tokia schema:

*Laba diena, Jums skambina [tyrėjo vardas] iš Vilniaus universiteto klinikinės psichologijos katedros. Gavome Jūsų kontaktus iš [ligoninės pavadinimas] ligoninės. Esame dėkingi, kad sutikote dalyvauti mūsų tyrime. Pastaruoju metu Jums tikriausiai teko visko daug išgyventi, todėl norėtume apie tai su Jumis pasikalbėti. Mūsų patirtis rodo, kad toks pokalbis gali būti naudingas ir Jums, galbūt tai padės susivokti ir apmąstyti tai, kas įvyko. O mes siekiame geriau suprasti, ką tokioje situacijoje žmogus išgyvena. Pokalbis būtų visiškai anonimiškas, t.y. niekas nesužinos, ką Jūs mums pasakojote. Mes vėliau naudosisime tik apibendrintus duomenis.*

- *Kaip Jūs dabar laikotės po ligoninės?*
- *Kada Jums būtų patogiu susitikti? Pokalbis vyktų Vilniaus universiteto patalpose, kurios yra Universiteto gatvėje, šalia Prezidentūros.*
- *Ar galėtumėte mus informuoti jei kažkas pasikeistų?*
- *Gal kažko dar norėtumėte paklausti ar sužinoti?*

3. Po interviu kiekvienam tyrimo dalyviui būdavo pristatomos pagalbos galimybės (psichologinė pagalba, emocinė parama) bei skatinama kilus mintims apie savižudybę nelikti vienam. Toks pagalbos galimybių sąrašas (5 priedas) būdavo paliekamas tyrimo dalyviui. Be to, tyrėjai laikėsi tam tikrų elgesio gairių esant aukštai tyrimo dalyvio pakartotinei bandymo nusižudyti rizikai arba esant neatidėliotinam pagalbos poreikiui (bendradarbiaujama su Vilniaus Krizių įveikimo centru, VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro Krizių intervencijos skyriumi).

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. Visose interviu transkripcijose tyrimo dalyvių minimi savo ar kitų žmonių vardai, vietovių pavadinimai pakeisti kitais sutartiniais ženklais, eilučių pradžioje standartizuotai žymima „T“ – tyrėjas, „D“ – dalyvis (transkribavimo sutartiniai ženklai pateikiami 6 priede). Duomenų analizei naudojami apibendrinti duomenys, kurie nesiejami su konkrečiu tyrimo dalyviu. Darbuose ar pranešimuose rezultatų iliustravimui naudojamos tik trumpos citatos, o su pilna interviu transkripcija susipažinti gali tik tyrėjai. Su pirminiais duomenų analizės rezultatais leidžiama susipažinti tik tyrimo grupei, kodų knygos validavime dalyvaujančiam tyrėjui, konsultantams bei mokslo darbų recenzentams, sudarant galimybę įvertinti duomenų analizės skaidrumą bei nuoseklumą.

Visam Vilniaus universiteto Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedros vykdytam didelės apimties tyrimui „Sunkių traumų ir socialinių transformacijų psichologiniai padariniai ir jų įveika“ leidimą jį atlikti yra davęs VU klinikinės ir organizacinės psichologijos katedros ir Bendrosios psichologijos katedros psichologinių tyrimų etikos komitetas.

## 2. 5. Tyrimo validumas ir kokybė

Siekdami užtikrinti tyrimo kokybę ir rezultatų validumą stengėmės remtis tam tikrais kriterijais, svarbiais bendrai viso tyrimo kokybei, ir kartu atskirai pasirinktam duomenų analizės metodui – teminės analizės atlikimo patikimumui. Šiame skyrelyje aptarsime šių dviejų aspektų kokybės užtikrinimo būdus.

## 2. 5. 1. Tyrimo kokybės užtikrinimo kriterijai

Siekdami užtikrinti tyrimo kokybę vadovavomės Elliott, Fischer ir Rennie (1999) išskirtais tyrimo įvertinimo kriterijais bei kokybiniam tyrimams ypač aktualiais tyrimo kokybės įvertinimo kriterijais (3 lentelė), detalizuodami jų užtikrinimo būdus mūsų tyrime.

### 3 lentelė. Tyrimo kokybės įvertinimo kriterijai (Elliott et al., 1999)

<i>Kiekybiniams ir kokybiniam tyrimams bendri kriterijai</i>	
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;
<i>Kokybiniam tyrimams ypač svarbūs kriterijai</i>	
<i>Kokybiniam tyrimams</i>	<i>Užtikrinimo šiame tyrime būdai</i>
Savo perspektyvos atskleidimas ( <i>angl. owning one's perspective</i> )	Skyrelyje 2.5.2. išsamiai aprašoma tyrėjo patirties ir nuostatų refleksija: kurie tyrėjo teoriniai požiūriai, ankstesnė mokslinė ir praktinė patirtis bei asmeniniai įsitikinimai aktualūs šio tyrimo kontekste;
Tyrimo imties konteksto aprašymas ( <i>angl. situating the sample</i> )	Tyrimo dalyvių aprašyme detalai nurodoma jų lytis, amžiaus ribos, bandymo nusižudyti būdai bei bandymų skaičius;
Pagrindimas pavyzdžiais ( <i>angl. grounding in examples</i> )	1) Išskirtos temos iliustruojamos konkrečiais pavyzdžiais, pateikiamos interviu citatos; 2) Išsamiai aprašomas duomenų analizės procesas, atskiri jo etapai;
Tikėtumo patvirtinimo atlikimas	1) Keturių/penkių tyrėjų dalyvavimas duomenų rinkime bei diskusijos dėl temų išskyrimo ar pavadinimo;

( <i>angl. providing credibility checks</i> )	2) Kito tyrėjo kodų sąrašo išbandymas su dviem interviu ir pastabų teikimas;
Rišlumas ( <i>angl. coherence</i> )	Tyrimo rezultatų dalyje pateikiamas temų sąrašas, jų modelis, stengiamasi temas sieti tarpusavyje, suteikti joms vieningą pavadinimą, atskleisti galimas sąsajas;
Į bendrą ir į konkretų tikslą orientuotų tyrimo tikslų įvykdymas ( <i>angl. accomplishing general vs. specific research tasks</i> )	Šio tyrimo tikslas buvo bendras, dėl to skyrelyje 3.9. aprašomos tyrimo rezultatų generalizavimo gairės ir ribos;
Rezonavimas su skaitytojo patirtimi ( <i>angl. resonating with readers</i> )	Rezultatus stengiamasi pristatyti gyvai ir konkrečiai, vengiant abstraktaus mokslinio žargono, daug nenutolstant nuo tyrimo dalyvių patirties ir vartojamos kalbos.

## 2. 5. 2. Teminės analizės atlikimo kokybė

### ***Duomenų rinkimas. Suderinamumas tarp tyrėjų.***

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

- prieš atliekant interviu užmegzti kiek įmanoma šiltesnį kontaktą su tyrimo dalyviu;
- siekti kuo didesnio dalyvio pasakojimo konkretumo – prašyti pateikti konkretų patirtį iliustruojantį pavyzdį;
- į visas interviu klausimų temas gilintis vienodai išsamiai.

### ***Duomenų tvarkymas ir analizė. Hibridinė teminė analizė.***

Braun ir Clarke (2006) pabrėžia, kad indukcinėje teminėje analizėje tyrėjai negali pilnai išsivaduoti iš savo teorinių ir epistemologinių nuostatų.

Kitaip tariant, duomenys nėra koduojami epistemologiniame (pažinimo teorijos) vakuume. Boyatzis (1998) taip pat teigia, kad tyrėjas, taikydamas hibridinę teminę analizę, naudoja savo teorijas ar ankstesnius tyrimus kaip gaires temų išskyrimui. Net jeigu tai nebuvo aprašyta tyrimo publikacijoje, vis tiek greičiausiai tyrėjas turėjo savo teoriją. Tokiu atveju kokybinių duomenų analizė daugiau remiasi tyrėjo mintimis, idėjomis ar suvokimu. Net mėginamas „tiesiog“ pažinti fenomeną tyrėjas sąmoningai arba ne pasirenka pažinimo būdą, kuris jo nuomone yra tam tinkamiausias. Tad svarbu ši tyrėjų įneštą subjektyvumą, išankstines teorines nuostatas kuo skaidriau aprašyti – tokia refleksija padeda sumažinti šio subjektyvumo įtaką rezultatams. Toliau aprašomos šio tyrimo sritys, kuriose tyrėjų teorinės nuostatos darė daugiausia įtakos:

- ***Interviu klausimų sričių formulavimas:***

- ✓ Bandytas nusižudyti suprantamas kaip procesas. Klausiant apie suicidinių minčių eigą ir kismą keliama prielaida, jog tarp suicidinių minčių ir suicidinio elgesio esti kontinuumas – tai procesas su etapais, apimančiais mintis, ketinimus ir patį bandymo nusižudyti veiksmą (Gailienė, 1998). Mėginama suprasti, kaip staigiai šios mintys keitėsi, kas tam darė įtaką, kaip žmogus suvokia šį procesiškumą.
- ✓ Bandytas nusižudyti suprantamas kaip kančios pasekmė. Dėl to interviu klausimuose susitelkiama ties sunkumais ir jų sąsajomis su mėginimu nusižudyti. Klausama apie žmonių reakciją (minčių, jausmų, elgesio lygmenyse) į gyvenimo įvykius.

- ***Duomenų analizė:***

- ✓ Sprendimas, kas yra koduotinas momentas ([*angl.* codable moment], pagal Boyatzis (1998), t.y. ką turėtume įtraukti į temų sąrašą). Užtikrinimui, jog kuriamos temos kyla iš duomenų, o ne iš tyrėjo interpretacijų, laikytasi Boyatzis (1998) indukcinės ir hibridinės analizės gairių. Kuriant temų sąrašą visų pirma sutelkiami temą apimantys prasminiai vienetai, tuomet bandoma suteikti jiems apibrėžimą ir tik

pačioje pabaigoje ieškoma temos pavadinimo. 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 dėl to, jog įprastai kokybiniuose tyrimuose tiriami laike besikeičiantys fenomenai. Be to, kiekybiniuose tyrimuose įprasta kartotinio testavimo patikimumo samprata yra netinkama tam, kad užčiuoptų smulkius tyrimo dalyvio patyrimo, būsenos ar vertinimo pokyčius, kurie nėra dichotomiškai išreikšti („yra/nėra“). Todėl šiame tyrime naudojome vieną iš Boyatzis (1998) nurodytų būdų patikimumui užtikrinti – *keliagubą kodavimą* [angl. double coding]. Kaip minėjome, temų sąrašo kūrimo dalyvavo keturi iš penkių tyrėjų, t.y. pirmiausia vienas tyrėjas išskyrė interviu prasminius vienetus, tuomet du tyrėjai, lygindami abiejų išskirtus prasminius vienetus, tarpusavyje diskutuodami išskeldavo potencialias temas, galiausiai keturi tyrėjai kūrė temų sąrašą remiantis penkiais išsamiausiai interviu siekdami bendro sutarimo dėl kiekvienos temos. Vėliau du<sup>6</sup> tyrėjai taikė temų sąrašą likusiems interviu ir kūrė galutinį duomenų tvarkymo rezultatą.

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, skirtingų tarpasmeninių stilių ar galiausiai dėl lyties įtakos, siekėme suvaldyti šį procesą. Duomenų analizę vykdė šio darbo autorius ir kiti trys tyrėjai, turintys įvairią ankstesnę patirtį suicidologijos tyrimuose: du tyrėjai buvo

---

<sup>6</sup> Išskyrus 4 interviu temas duomenų analizę, kurią atliko tik šio darbo autorius, bei antrinę 3 ir 5 interviu temas duomenų analizę, kurią atliko Jolanta Latakienė.

išsamiai įsigilinę į šią sritį, kiti du tyrėjai anksčiau domėjosi kitomis psichologijos mokslo sritimis. Be to, buvo išlaikyta lyčių pusiausvyrą (duomenų analizę vykdė du tyrėjai vyrai ir dvi moterys). Svarbu pridurti, jog vienu iš kokybinio tyrimo kaip metodo privalumų ir yra įvardinamas kelių tyrėjų dalyvavimas – autoriai, turintys įvairias perspektyvas, gali praturtinti duomenų analizę ir interpretaciją (Kvale, 1996). Visi tyrėjai savo studijų programoje baigė klinikinės psichologijos tyrimų metodo dalyką, kurio metu gilinosi į kokybinio tyrimo kūrimo, atlikimo ir analizės aspektus, o prieš šio tyrimo atlikimą tyrėjų grupėje supervizavosi ir gilinosi į kokybinę duomenų analizę pagal Boyatzis (1998) aprašytus principus. Taip pat, siekiant padidinti analizės rezultatų patikimumą, buvo atliktas temų sąrašo validizavimo etapas. Temų sąrašo, susijusio su socialinės paramos vengimu, sukurto iš 21 interviu, validizavimo procese dalyvavo ir savo pastebėjimus pateikė kitas su duomenimis išsamiai susipažinęs tyrėjų grupės narys, klinikinės psichologijos 2 kurso studentas Antanas Grižas, pritaikęs temų sąrašą dviems atsitiktinai parinktiems interviu. Gauta, jog abiejų tyrėjų kodavimas sutapo 78,95% ir 77,77%. Remiantis neatitikimais tarp tyrėjų pasirinktų temų bei atsižvelgiant į kito tyrėjo pastebėjimus, temų sąrašas buvo pakoreguotas.

### ***Tyrėjo nuostatų ir patirties refleksija.***

Atliekant kokybinį tyrimą, svarbu atskleisti paties tyrėjo nuostatas ir patirtį, galinčius daryti įtaką tyrimo organizavimui ar duomenų analizei ir interpretacijai (Eliott et al., 1999). Šio darbo autorius savižudybių tema yra susipažinęs tiek akademiškai (nuo 2008 m. nuosekliai gilinas į suicidinio elgesio problematiką atlikdamas mokslinius tyrimus, rašydamas mokslo darbus, rengdamas publikacijas ir pristatydamas tyrimų rezultatus mokslinėse konferencijose), tiek praktiškai (2009 m. – 2016 m. savanorystė „Jaunimo linijoje“, nuo 2012 m. klinikinio psichologo pareigos). Pagrindinė autoriaus profesinių interesų sritis yra savižudybių prevencija. Ši teorinė ir praktinė patirtis formavo tam tikras nuostatas į savižudybės reiškinį:

- Savižudybė yra kančios, nepakeliamo psichologinio skausmo pasekmė, o ne psichikos sutrikimas ar jo simptomas. Ne psichikos sutrikimas inicijuoja suicidinį veiksmą, o asmuo, sergantis psichikos sutrikimu. Vienas iš pavyzdžių - yra žinoma, kad apie 95% depresija sergančiųjų nenusižudo. Tai rodo, kad savižudybė yra apie kažką kita arba daugiau nei depresija (ar kitus psichikos sutrikimus).
- Savižudybė arba mėginimas nusižudyti yra veiksmas, elgesys, kurį sukelia tarpusavyje susijusios biologinės, psichologinės, sociokultūrinės priežastys. Tam, kad suicidologijos mokslas progresuotų, svarbu skirti daugiau dėmesio supratimui, ką suicidinis elgesys reiškia konkrečiam asmeniui konkrečiame jo gyvenamajame (sociokultūriniame) kontekste. Tai įmanoma atliekant kokybinius tyrimus.
- Savižudybė nėra adekvatus problemų sprendimo būdas - iki savižudiško elgesio žmogui būdinga kančios būsena ir svarbūs mąstymo pokyčiai, kurie lemia, kad yra susitelkiama į kančios nutraukimą ir sunkiau matomos kitos išeitys.
- Beveik kiekvienos savižudybės galima išvengti. Psichologinį skausmą galima sumažinti, ypač sulaukus pagalbos iš kitų. Atviras ir nuoširdus pokalbis su žmogumi, kuriam rūpi apie savižudybę galvojantis, ketinantis ar mėginęs nusižudyti asmuo, dažnai gali būti pirmoji pagalba įveikiant sunkumus. Sumažėjus psichologiniam skausmui, sumažėja savižudybės rizika.
- Kiekvienas asmuo yra kompetentingas atskleisti savo patirtį, papasakoti savo veiksmų istoriją – tyrimo dalyviai yra savo gyvenimo ir įvykių jame ekspertai.

## REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Šioje dalyje pristatomi ir aptariami rezultatai, gauti remiantis kokybiniais bei kiekybiniais visų 21 tyrimo dalyvių duomenimis.

Pristatysime visas kokybinio interviu metu išryškėjusias temų grupes. Šios temos suskirstytos į keturias dalis, atskleidžiančias tyrimo dalyvių savižudybės procesą: 1) pažeidžiamumą savižudybės procesui; 2) veiksnius, sukeliančius suicidines mintis; 3) veiksnius, paskatinančius savižudišką veiksmą; 4) patyrimą po mėginimo nusižudyti. Šios temos (ir jų smulkesnės potėmės) pateikiamos ir aptariamos 3.1., 3.2., 3.3. ir 3.4. skyreliuose. Kokybiniai rezultatai taip pat papildomi kiekybiniais tyrimo duomenimis, jie pristatyti 3.1.1. ir 3.2.1. skyreliuose.

Papildoma informacija sudėta į priedus: 7 priede pateiktas pavyzdys, kaip atrodo vienos iš temų apibrėžimas remiantis Boyatzis (1998) teminės analizės principais, o 8 priede pateikiamas pavyzdys, kaip atrodo vienos iš temų ir ją sudarančių smulkesnių potėmių pasireiškimo skirtinguose interviu išsklotinė.

### 3. 1. Pažeidžiamumas savižudybės procesui

Kadangi mokslinėje diskusijoje vis labiau abejojama ankstesnių teorinių ir empirinių tyrimų išvadų universalumu, paanalizuosime, kokie savižudybės proceso ypatumai būdingi mūsų tyrimo dalyvių patirčiai. Pradėsime nuo asmens pažeidžiamumo savižudybės procesui – veiksnų, kurie prie minčių apie savižudybę atsiradimo prisidėjo netiesiogiai, sudarydami sąlygas suicidinio proceso pradžiai.

Gautieji duomenys leidžia kelti prielaidą, kad tyrimo dalyvių praeityje patirti potencialiai traumuojantys įvykiai, kartu su jų asmeninėmis savybėmis bei neadaptiviomis sunkumų įveikos strategijomis apibūdina mūsų tyrime



dalyvavusių mėginusiųjų nusižudyti pažeidžiamumą savižudybės procesui. Šios temos ir jų smulkesnės potemės pateiktos 4 ir 5 lentelėje.

**4 lentelė.** Temos, apibūdinančios tyrimo dalyvių potencialiai trauminius įvykius iki mėginimo nusižudyti ir jų dažnumas analizuotuose interviu (n = 21)

	n (%)
<b>Potencialiai trauminiai įvykiai</b>	<b>9 (42.9)</b>
• Artimojo mirtis	4 (19)
○ Artimojo savižudybė	3 (14.3)
○ Tėvo žmogžudystė	1 (4.8)
○ Staigi situotinio mirtis	1 (4.8)
• Ankstesni tyrimo dalyvio bandymai nusižudyti	9 (42.9)
• Artimojo bandymas nusižudyti	1 (4.8)

**5 lentelė.** Temos, apibūdinančios tyrimo dalyvių asmenines savybes ir sunkumų įveikos strategijas, bei jų dažnumas analizuotuose interviu (n = 21)

	n (%)
<b>Tiriamomo asmeninės savybės, susijusios su sunkumais</b>	<b>19 (90.5)</b>
• Savęs nuvertinimas	17 (81)
• Polinkis sunkumus laikyti savyje	14 (66.7)
• Aukšti lūkesčiai sau	3 (14.3)
<b>Sunkumų įveikos strategijos</b>	<b>17 (81)</b>
• Elgesio	<b>16 (76.2)</b>
○ Psichoaktyvių medžiagų vartojimas emocijų valdymui	8 (38.1)
○ Emocijų slopinimas dideliu užimtumu	3 (14.3)
○ Emocinio skausmo keitimas fiziniu skausmu	3 (14.3)
○ Savarankiškas psichotropinių vaistų keitimas arba atsisakymas	2 (9.5)
○ Aplinkos keitimas	2 (9.5)
○ Rizikingas elgesys nesiekiant numirti	1 (4.8)
○ Gydimasis priklausomybės nuo alkoholio	1 (4.8)
• Kognityviniai / Intrapsichiniai	<b>11 (52.4)</b>
○ Vengimas galvoti apie sunkumus, pastangos užsimiršti	6 (28.6)
○ Tikėjimasis, kad sunkumai išsispręs savaime	5 (23.8)
○ Siekimas nepasiduoti mintims apie savižudybę	3 (14.3)
○ Nesėkmingas sunkumų sprendimo apsvaistymas	2 (9.5)

### 3. 1. 1. Potencialiai traumuojančių įvykių patirtis

Trauminė tyrimo dalyvių patirtis atsiskleidė ne tik kokybiniame interviu, bet taip pat buvo vertinta ir „Gyvenimo įvykių klausimynu“ (LEC) bei papildomais tyrėjų klausimais apie potencialiai trauminius įvykius, susijusius su Lietuvos kultūrine patirtimi – dalyvavimą Afganistano kare 1979-1989 m., Černobylio AE valymo darbuose, 1991 m. Sausio 13-osios įvykiuose, taip pat – apie patirtis, susijusias su savižudybėmis. Šie duomenys pateikti 6 ir 7 lentelėse.

**6 lentelė.** Potencialiai traumuojančios įvykiai, dalyvių patirti per gyvenimą (remiantis LEC). Dalyvių skaičius, nurodžiusių, kad patyrė tai patys ar buvo liudininkai (n = 15)

	Patyrė patys	Buvo liudininkai
Stichinė nelaimė	0	0
Gaisras ar sprogimas	1	2
Eismo įvykis	6	3
Rimtas nelaimingas atsitikimas	7	1
Sąlytis su nuodingomis medžiagomis	1	0
Fizinis smurtas	8	2
Ginkluotas užpuolimas	3	0
Seksualinis smurtas	2	0
Nenorima, nemaloni seksualinė patirtis	3	0
Mūšis ar karo zona	1	1
Nelaisvė	0	0
Gyvybei pavojinga liga ar sužeidimas	3	1
Didelė kančia	6	0
Staigi smurtinė mirtis	0	5
Staigi netikėta artimojo mirtis	9	0
Kitam sukelta sunki žala	1	0
Kitas daug streso sukėlęs įvykis	1	0

**7 lentelė.** Potencialiai traumuojantys įvykiai, dalyvių patirti per gyvenimą. Dalyvių, patyrusių šiuos įvykius bei nurodžiusių, kad tai patyrė šeimos narys ar kitas artimas žmogus, skaičius (n = 15)

	Patyrė patys	Patyrė kitas artimas žmogus
Afganistano karas	0	3
Černobylio AE valymo darbai	0	1
Dalyvavimas 1991-01-13	2	6
Žūtis ar suluošinimas dėl nacistinės Vokietijos ar Sovietų Sąjungos veiklos	0	3
Mėginimas nusižudyti	13	0
Savižudybė	0	6
Nepriežiūra ar smurtas vaikystėje	4	0

Kaip matyti iš teminės analizės (4 lentelė) bei kiekybinių duomenų (6 ir 7 lentelės), tyrimo dalyviai patys daugiausia patyrė šiuos potencialiai traumojančius įvykius: staigią netikėtą artimojo mirtį, ankstesnį savo mėginimą nusižudyti, fizinį smurtą, artimojo savižudybę, rimtą nelaimingą atsitikimą, eismo įvykį, nepriežiūrą ar smurtą vaikystėje, ginkluotą užpuolimą, nenorimą seksualinę patirtį ar seksualinį smurtą, gyvybei pavojingą ligą ar sužeidimą. Penki tyrimo dalyviai buvo staigios smurtinės mirties liudininkais. Turint omenyje tai, kad šiame tyrime dalyvavo 21 asmuo, šių skausmingų patirčių dažnumas yra labai didelis.

Potencialiai trauminius įvykius išgyveno beveik visi tyrimo dalyviai. Tačiau tik penki iš jų minėjo, kad patirti potencialiai trauminiai įvykiai turėjo reikšmę jų savižudybės krizei (jų patirtys – praeityje įvykusi seksualinė prievarta, kūdikio netektis bei tėvų netektys paauglystėje - yra aptartos 3.2.1. skyrelyje gilinantis į tarpasmeninius konfliktus bei netektis). Įdomu, kad dauguma tyrimo dalyvių neteikia šiems įvykiams jokios reikšmės savo gyvenime – pamini juos labai trumpai, arba visai nemini jų interviu metu, niekaip nesieja tokių įvykių su mėginimu nusižudyti. Sunku manyti, kad toks sukrečiančių patirčių paplitimas negalėjo paveikti tyrimo dalyvių. Galbūt greičiau tai rodo vengimą kalbėti apie sunkius įvykius arba reflektuoti jų

galimą reikšmę. Juo labiau, kad analizuodami šio tyrimo duomenis, kaip matysime, ne kartą pastebėjome ryškias tyrimo dalyvių vengimo tendencijas. Todėl toliau aptarsime galimą patirtų potencialiai traumuojančių įvykių reikšmę padidinant tyrimo dalyvių pažeidžiamumą suicidiniam procesui.

Kiek mažiau nei pusė tyrimo dalyvių praeityje *mėgino nusižudyti* – patys buvo atlikę veiksmus, vos nesibaigusius mirtimi. Ankstesnis mėginimas nusižudyti yra laikomas vienu svarbiausių vėlesnės suicidinės rizikos veiksnių (Kerkhof, 2000; Van Orden et al., 2010). Retrospektyviai pastebima, kad maždaug nuo trečdaliao iki dviejų trečdalių nusižudžiusių yra anksčiau mėginę nusižudyti (Sakinofsky, 2000), o žvelgiant prospektyviai, apie 20-25% vėl mėgina nusižudyti po ankstesnio savižudiško veiksmo (Owens et al., 2002). Tradiciškai manoma, jog trauminis įvykis yra ne sau pačiam, o kito asmens, gamtos reiškinių ar kitų išorinių aplinkybių sukelta situacija. Tačiau imama svarstyti, jog bandymas nusižudyti taip pat gali būti trauminis įvykis, potencialiai sukeliantis potrauminio streso sutrikimą. Neseniai atliktame tyrime rasta, jog maždaug pusei depresija sergančiųjų po mėginimo nusižudyti pasireiškė į PTSS panašūs simptomai (Bill et al., 2012).

*Staigios netikėtos artimojo mirties* išgyvenimas, taip pat buvimas staigios smurtinės mirties liudininku – dažnai pasitaikiusi mūsų tyrimo dalyvių patirtis. Tokios netektys gali būti laikomos komplikuotomis, apsunkinančiomis gedėjimo procesą (Polukordienė, 2008). Sunku išlikti ramiam išvydus didžiulį kito asmens skausmą ar mirtį, tokie vaizdiniai gali periodiškai grįžti į sąmonę bei sukelti intensyvius kaltės, liūdesio jausmus, pažeidžiančius vidinę pusiausvyrą (Herman, 1992/2006). Galime svarstyti, kad tokie išgyvenimai prisideda prie padidėjusios savižudybės rizikos. Nustatyta, jog praėjus maždaug metams po netekties, žmonių, išgyvenančių komplikuotą gedulą, suicidinė rizika yra apie 9 kartus aukštesnė nei asmenų, išgyvenančių gedulą. Toks skirtumas išlieka kontroliuojant kitus potencialiai darančius įtaką kintamuosius – depresiją, potrauminio streso sutrikimą, socialinę paramą, tad galima spėti, jog komplikuotas gedulas pats savaime yra reikšmingas

suicidinės rizikos veiksnys (Latham & Prigerson, 2004), būdingas ir suicidiniam elgesiui Lietuvoje.

Viena iš komplikuo­tų netekčių – *artimojo savižudybė*. Kadangi savižudybė kelia daugybę klausimų tiek savižudybės paliestoms šeimoms, tiek aplinkiniams, padidėję kaltės ir gėdos jausmai (Cerel, Jordan, & Duberstein, 2008) bei su jais susijęs savižudybę dažnai gaubiantis slaptumas ir nenoras viešinti netekties aplinkybių (Clark & Goldney, 2000) yra vieni ryškiausių socialinius nusižudžiusiųjų artimųjų santykius apsunkinančių ypatumų.

Mėginusiųjų nusižudyti vengimas kalbėti apie išgyvenimus po artimojo savižudybės atsispindėjo ir mūsų tyrime. Daugiau apie šią patirtį sužinome tik iš kiekybinės analizės, nes interviu metu tik trys dalyviai ją pamini (nors iš viso septynių tyrimo dalyvių artimieji nusižudė). Galime kelti prielaidą, jog tyrimo dalyviai vengia pakartotinio traumavimo, vengdami trauminio įvykio ir su juo susijusių skausmingų išgyvenimų prisiminimo. Šią prielaidą gali bent iš dalies pagrįsti savižudiško elgesio stigma ir nenoras apie tai kalbėti su aplinkiniais. Neseniai Lietuvoje atliktame nusižudžiusiųjų artimųjų tyrime išanalizavus 23-jų pilnamečių asmenų patirtį, pastebėtas ryškus savižudybės temos vengimas ir su savižudybėmis susijusi stigmatizacija: nusižudžiusiųjų artimieji sulaukia netinkamų aplinkinių reakcijų, gedulo išgyvenimų vengimo, neigiamo savižudybės vertinimo. Kita vertus, gauta, jog ir patys gedintieji vengia kalbėti apie savo išgyvenimus su kitais žmonėmis. Taip pat svarbu, jog organizuojant tyrimą buvo susidurta su dideliais sunkumais kviečiant potencialius tyrimo dalyvius, tad apskritai vengimas kalbėti apie šią patirtį, tikėtina, gali būti dar didesnis (Klimaitė, 2015). Stigos, gaubiančios artimojo savižudybę, stiprumas priklauso nuo kiekvienoje kultūroje vyraujančių nuostatų savižudybių atžvilgiu (Clark & Goldney, 2000). Panašu, jog savižudybių stigma Lietuvoje išlieka gana stipri.

Be to, ryškus savižudybių paplitimas artimoje aplinkoje galėjo veikti tyrimo dalyvius socialinio imitavimo būdu. Suicidologinėje literatūroje keliamos dvi pagrindinės prielaidos apie imitavimo poveikį. Viena vertus, manoma, kad savižudybės gali būti pakartojamos, kai pažeidžiamas, jau

galvojantis apie savižudybę žmogus susiduria su jį emociškai paliečiančiu savižudybės pavyzdžiu (Haw, Hawton, Niedzwieds, & Platt, 2013). Kita vertus, manoma, kad tokios patirties turėjimas apskritai didina suicidinių minčių ar elgesio riziką (WHO, 2014a). Didelio masto PSO organizuotame 15 Europos valstybių mėginusiųjų nusižudyti tyrime nustatyta, jog daugiau nei pusė tyrimo dalyvių (54%) įvardino bent vieną savižudybės pavyzdį (nusižudžiusiojo arba mėginusio nusižudyti) savo aplinkoje (Schmidtke, Lohr, & De Leo, 2004).

Dalis tyrimo dalyvių praeityje susidūrė su *fiziniu smurtu*, kitam asmeniui panaudojus ginklą ar be jo, taip pat patyrė *seksualinį smurtą*. Yra žinoma, kad pačios sunkiausios traumos yra tos, kurias sukelia kiti žmonės, tyčia įgyvendinantys žiaurius ketinimus (Gailienė, 2008). Patirta prievarta – vienas visuotinai pripažįstamų suicidinės rizikos veiksnių, paliekančių žmogų su ilgai besitęsiančia emocine įtampa bei siejama su daugelio psichikos ir elgesio bei asmenybės sutrikimų pasireiškimu (Goldsmith et al., 2002; WHO, 2014a; Stein et al., 2010). Vaikystėje patirta seksualinė prievarta bei fizinis smurtas padidina vėlesnių psichikos sutrikimų riziką (depresijos, nerimo sutrikimų, priklausomybių nuo psichoaktyvių medžiagų), taip pat didėja tikimybė atsirasti suicidinėms mintims bei mėginti nusižudyti (Fergusson, Boden, & Horwood, 2008).

Apibendrinant, manome, jog anksčiau patirti potencialiai traumuojuantys įvykiai gali didinti asmens pažeidžiamumą suicidiniam procesui. Sukrečianti ankstesnė patirtis gali prisidėti prie įvairių asmens funkcionavimą sutrikdančių psichinės sveikatos problemų, pavyzdžiui, komplikuoto gedulo ar potrauminio streso sutrikimo (Krysinska & Lester, 2010). Kita vertus, trauminė patirtis gali veikti ne per potrauminio streso sutrikimą ar kitus psichikos sutrikimus – pastebima, jog ryšys tarp trauminių įvykių ir savižudiškų minčių ar elgesio išlieka nepaisant to, ar pasireiškia PTSS bei kiti psichikos sutrikimai (Stein et al., 2010). Tad galime manyti, jog egzistuoja kiti mažiau žinomi aspektai, kuriais trauminė patirtis veikia asmens savižudybės riziką. Juos detaliau aptarsime 3.2.1. skyrelyje.

### 3. 1. 2. Asmeninės savybės

Dabartiniai tyrimo dalyvių sunkumai, kuriuos jie minėjo kaip paskatinusius mintis apie savižudybę, buvo išgyvenami tam tikrame kontekste, kuris apėmė mėginusiųjų nusižudyti įvardinamas asmenines savybes, susijusias su jų išgyvenamais sunkumais.

Kaip matome iš 5 lentelės, mūsų tyrimo dalyviams būdingas savęs nuvertinimas (pavyzdžiui, „*aš galvoju, kad aš susikūriau tokį dalyką, kad man gyvenimas yra našta. ir aš tokio gyvenimo jau kaip naštos nebepavežu ir todėl aš esu tokia nevykėlė. o jeigu aš nevykėlė aš negaliu būti reikalinga. taip man atrodo. nei draugam nei artimiesiems. ir kad nei vieni iš jų sakykim nesikankintų aš nutariau, galvoju kad man geriausia šitaip išspręst problemą*“, I19, M), aukšti lūkesčiai sau („*ne tai nu... būtent, jei... prieš, prieš tą patį žmogų nemalonu pavyzdžiui, dar va jum priž-, prižadėjau, o būčiau neatėjęs. aš negaliu taip. [T: mhm.] nu nebent būt buvus kažkokia labai rimta priežastis man. tai tada skambinčiau pasakytau gal ten, atidedam, ar, ar, [T: mhm.], ar kaip, o liaudiškai tariant išdurt, aš... ne man tai. [T: mhm.] nes aš toks gan žodžio žmogus. jeigu prižadėjau reiškiasi aš padarysiu. tą. [T: mhm, supratau.] tai įsi-, jeigu įsiparegojat, tai [D: taip. mhm.] stengiatės kiek įmanoma.*“, I20, V) bei polinkis sunkumus spręsti savarankiškai arba laikyti savyje („*tiesiog kaupėsi, o aš toks žmogus na aš, na aš nemoku nei verkt nei ką, taip aš ateinu į darbą [T: Mhm] ten pavyzdžiui tarp kolektyve ten niekas gyvenime net nepagalvotų kad man kažkokios problemos taip aš (skamba dalyvės telefonas), atsiprašau. Bet aš viską laikau viduj [T: Mhm], ir tas verda verda verda verda*“, I12, M).

Iš gautų rezultatų matyti, jog tam tikros mūsų tyrimo dalyvių asmeninės savybės galėjo prisidėti prie išgyvenamų sunkumų, paskatinusių mintis apie savižudybę. Dažniausiai mėginusieji nusižudyti išreiškė *savęs nuvertinimą*. Šioje temoje ryškiausia buvo *nesėkmingumo* potėmė (n = 8), vieno tyrimo dalyvio (I14, V) žodžiais, „*Toks jausmas kad atrodo ne, ką tu darai vis, ką*

*palieta pirštu viskas sugriūna [T:mhm.], ką palieta viskas sugriūna nu prasavim nepasitikėjimas [T:mhm.], pradėjo darytis atrodo kad nu, visiškai nieko nesugebi. [T:mhm.] Atrodo kur tik prisiliesi ten viskas, automatiškai sugriūna“.* Įdomu tai, kad kitame Lietuvoje atliktame koreliaciniame studentų tyrime buvo rasta, jog vienintelė iš šešiolikos kognityvinių schemų, atitinkančių mintis apie save ir savo santykius su kitais, nesėkmės schema, siejosi su mėginimu nusižudyti (Dadašev, 2010). Tokia mąstymo schema pasižymintis žmogus mano, kad jis yra prastesnis už kitus, tiki nesugebėjęs kažko pasiekti ir nemano, kad galės tai pakeisti ateityje (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Kita mūsų tyrimo dalyvių įvardinta asmeninė savybė – *aukšti lūkesčiai sau* – gali būti glaudžiai susijusi su *nesėkmingumo* poteme, nes aukštus lūkesčius išpildyti ne visada pavyksta, o tuomet didėja tikimybė menčiau save vertinti. Suicidiški asmenys dažnai patys save įstumia į neišsprendžiamas dilemas turėdami nerealistiškus tikslus ir perdėtus lūkesčius, taip sudarydami prielaidas nuolatiniam nesėkmingumo suvokimui (Orbach, 2001; O’Connor, 2011).

Taip pat didesnė save nuvertinusių mūsų tyrimo dalyvių dalis sunkiai priėmė suvoktą jautimąsi *našta kitiems*, galvojo, kad yra nereikalingi, apsunkinantys kitų jiems artimų žmonių gyvenimą (n = 4): „*Pas mane ėjo pamažiuku pamažiuku ir kol susikaupė iki tokio sprendimo priėmimo. kaip įsitikimas, kad aš tikrai teisingai apie save galvoju, kad aš nereikalingas žmogus. nėra ko nei savęs kankint, nei kitų“* (I19, M). Joiner (2005) tarpasmeninėje savižudybių teorijoje vienas iš dviejų esminių veiksnių, skatinančių norą nusižudyti yra būtent suvokimas, kad esi našta. Pasak Joiner (2005), suvokimą, kad esi našta kitiems, sukelia nepatenkintas saviefektyvumo arba kompetentingumo jausmo poreikis. Todėl gali būti, jog suvokimas, kad esi našta kitiems, atskleidžia, kodėl tyrimo dalyviai taip skausmingai reaguoja į savo „nesėkmingumo“ išgyvenimą. Ma su bendraautoriais (2016), atlikę empirinių tarpasmeninės savižudybių teorijos tyrimų metaanalizę, nustatė, jog neadaptyvus perfekcionizmas paaiškina ryšį tarp suvokimo, kad esi našta kitiems, ir suicidinių minčių ar veiksmų. Tai patvirtintų prielaidą, kad aukšti



asmens lūkesčiai sau prisideda prie to, kad didėja tikimybė jaustis našta kitiems.

*Polinkis sunkumus spręsti savarankiškai ir laikyti savyje* vyravo kaip kitas ryškus savęs apibūdinimas. Gali būti, jog mūsų tyrimo dalyviams būdingos tradicinė vyriškumo samprata apibūdinamos nuostatos - emocijų, ypač tokių, kurios siejamos su silpnumu, pažeidžiamumu (pavyzdžiui, pasimetimo, lūdesio, bejėgiškumo ir kt.), neigimas, slopinimas ir atvirksčiai, kontrolės, nepriklausomybės, nepažeidžiamumo vertinimas. Tokie stereotipai trukdo tiek pripažinti sunkumus, tiek kreiptis pagalbos, net jeigu pagalbos reikia ir ji yra prieinama (Möller-Leimkühler, 2002). Nors Möller-Leimkühler (2002), apžvelgusi empirinius vyrų pagalbos siekimo duomenis, daro išvadą, kad vyrų vengimas kreiptis pagalbos yra susijęs su šiomis tradicinėmis socialinėmis vyriškumo normomis, o moterys dažniau atsižvelgia į savo būseną ir kreipiasi pagalbos, taip efektyviau padėdamos sau, mūsų tyrime polinkį sunkumus spręsti savarankiškai ir savo problemomis nesidalinti su kitais girdime tiek vyrų, tiek moterų pasakojimuose (atitinkamai 43% ir 64% iš tyrimo dalyvavusių vyrų ir moterų). Mūsų tyrimo rezultatai rodo, jog toks herojiškas „stipraus žmogaus“ mitas turi didelę reikšmę suicidinio elgesio genezėje. Analizuodami socialinės paramos vengimo priežastis (3.3.2. skyrelyje), aptarsime, kodėl tokios nuostatos itin būdingos mūsų kultūrai ir joje vykstančiam savižudiškam elgesiui.

Neigiamas savęs vertinimas, negatyvūs įsitikinimai apie save minimi įvairiose suicidologinėse teorijose kaip skausmingų jausmų pirmtakai (Baumeister, 1990; Beck, 2005; Joiner, 2005; Orbach, 2001; O'Connor, 2011; Williams, 1997). Pasak Baumeister (1990), kai asmens įsitikinimai apie save tampa žymiai prastesni už lūkesčius savo atžvilgiu, atsiranda noras pabėgti nuo skausmingo savęs suvokimo ir su tuo susijusių nemalonių jausmų. Šiame savižudiško elgesio modelyje tokia situacija ima slėgti ir didina savižudybės riziką tik tuomet, jei žmogų ištikusios nesėkmės priežastys priskiriamos sau, o ne kitiems ar aplinkybėms. Neseniai atliktu eksperimentiniu tyrimu buvo patvirtinta, kad negatyvus savęs ir savo standartų palyginimo suvokimas

aktyvuoja su savižudišku elgesiu siejamą pabėgimo motyvaciją būtent tais atvejais, kuomet asmuo lūkesčių neatitikimą paaiškina savo nesėkme (Selimbegovič & Chatard, 2013). Kaip pastebėjo tyrimo dalyvė (I15, M), „*ir aš kadangi esu, toks žmogus, nežinau, nu man atrodo, kažkas negerai tai reiškė, kad aš kažką negerai darau [T: mhm.] ne kitas*“. Natūralu, kad tyrimo dalyvių polinkis spręsti sunkumus savarankiškai gali būti susijęs su tokiomis vidinėmis atribucijomis. Taip pat galima išvelgti paralelę su Williams (1997) suicidiniu modeliu, kuriame viena iš savižudybės prielaidų yra nuolatinis savęs ir kitų lyginimas, kuris, susiklosčius sunkioms asmens gyvenimo aplinkybėms, gali tapti neigiamas, dėl ko žmogus jaučiasi prastesnis už kitus, nemėgiamas, apleistas. Šias prielaidas patvirtina dažnai įvardinti mūsų tyrimo dalyvių pastebėjimai apie save: „*Čia gal, daugiau vat, asmeniniai kažkokie sunkumai, gal... kažkas, nu... šeimoj gal kažkas būna, ar... darbe, arba...kitų žmonių užgauliojimai kažkokie, gal čia, gal taip, tokie variantai... (4s) Pavyzdžiui, gal galvoji pastoviai, kad tu blogesnis už kitus, ir viskas, ir tas, tas prie to gal priveda...*“, (I8, V); „*nu... mane visą laiką lygina su sese, ir... va dabar grįžo sesė ir man vėl prasidėjo tas kad... aš blogesnė negu jinai ir aš pradėjau savikritiškai vėl žiūrėt į save ir prasidėjo ta- vat tas dalykas*“, (I9, M); „*tiesiog, pradėjau galvot, kad esu kažkuom blogesnė už kitus žmones*“ (I11, M).

Apibendrinant, tyrimo dalyvių išsakytos savybės gali būti tarpusavyje susijusios ir veikiančios jų patirtus sunkumus. Keliame prielaidą, kad iki savižudybės krizės dėl sunkių praeities patirčių ir/ar negalėjimo pateisinti savo (aukštų) lūkesčių, tyrimo dalyviai ėmė prastai save vertinti – laikyti save nesėkmingais, kitiems sunkumų keliančiais žmonėmis. Tuo tarpu polinkis perdėti savarankiškai spręsti sunkumus ir nesidalinti jais, tikėtina, kylantis iš suvokto pažeidžiamumo jausmo, nenoro parodyti kitiems sau nepriimtinius savivaizdžio aspektus, neleido tyrimo dalyviams pasinaudoti socialine parama. Gali būti, jog šios asmeninės savybės išryškėjo ir šiuo metu patiriant sunkumus, kuriuos tyrimo dalyviai įvardino kaip paskatinusius mintis apie savižudybę.

### 3. 1. 3. Sunkumų įveikos strategijos

Susidūrę su sunkumais tyrimo dalyviai bandė juos įveikti įvairiomis kognityvinėmis/intrapsichinėmis strategijomis bei tam tikrais veiksmais (5 lentelė; svarbu pridurti, jog 5 lentelėje pateikiamos sunkumų įveikos strategijos, nesusijusios su socialine parama, kurios yra pateiktos 15 lentelėje ir aptartos 3.3.2. skyrelyje).

Kaip matome, dažniausiai mėginusieji nusižudyti vartojo psichoaktyvias medžiagas kaip emocijų valdymo priemonę) („ne, aš niek... (6s) *Butelys geriausias draugas ir viskas, (tiktais va) alaus ten (3s), nu...*“, I8, V) arba vengė galvoti apie sunkumus, stengėsi užsimiršti („ne nu aš nu...*man kas nemalonu, tai aš ste- stengiuosi užmiršti, [T: mhm.] bent jau iškraut iš atminties*“, I20, V), tikėjosi, kad sunkumai nepasikartos arba išsispręs savaime („*maniau kad... viskas bus, susitvarkys savaime. o alkoholis nu, mane nuramins, ten viskas bus gerai, viskas susitvarkys... pasirodo, susitvarkė*“, I4, V). Taip pat dažnesnės buvo šios kognityvinės/intrapsichinės sunkumų įveikos strategijos: stengimasis nepasiduoti mintims apie savižudybę („*ir aš tiesiog verkdavau ir pati bandydavau sau įsikalbėt, kad čia yra nesąmonė ir aš iš tikrųjų nenoriu nusižudyti*“, I7, M) bei tam tikros elgesio strategijos: emocijų slopinimas dideliu užimtumu („*aš nesiekiau pagalbos visiškai [T: Mhm], visiškai. Aš tiesiog vat kaip, kaip robotas vat, atidirbau pamiegojau atsikėliau, atidirbau pamiegojau (nusijuokia) atsikėliau, na vienu žodžiu, taip vat kažkaip, bukai [T: Mhm. Buvo kažkokių dalykų kaip sau, bandei padėt?]* (4s) *nelabai, neturėjau tam laiko. Aš sau neturėjau laiko [T: Mhm], praktiškai*“, I12, M), emocinio skausmo keitimas į fizinį („*žinot aš tą dariau tiek daug kartų, kad, net nežinau, turbūt tą tokiam dalykui nėra paaiškinimo [T: mhm.] ta prasme, galbūt, tai yra kažkoks, kompensacija to, kai pastoviai jauti tuštumą savyje, [T: mhm.] tas fizinis skausmas, kad ir kaip tai siaubingai skambėtų bet tai yra kažkokia kompensacija, tai vis tiek yra kažkoks pojūtis [T: mhm.] nes tu paleisti emocijų nenori nes jos yra per skaudžios, tai vat, kažkaip instinktyviai pasirenki tokį būdą*“, I15, M), savarankiškas psichotropinių vaistų keitimas

arba atsisakymas gydytojų paskirtų vaistų („galbūt aš nevisiškai teisingai gydžiausi nuo depresijos aš taip galvoju. nuo depresijos reik gydytis taip kaip liepia psichiatrai - vartojant antidepresantus. ne pačiai nuspręst kada juos nutraukt. (tą daro) tik daktarai, o jie jau išaiškina ar jau galiu tą daryt ar ne. aš pati nusprendavau. ir apsigaudavau“, II9, M).

Sunkumų įveika, arba asmens pastangos, kurios gali būti tiek kognityvinės/intrapsichinės, tiek elgesio/į konkrečius veiksmus orientuotos, skirtos įveikti stresines situacijas, keliamas vidinių ar išorinių dirgiklių (Lazarus & Folkman, 1984). Tarp dažniausiai aptariamų įveikos būdų minimos „priartėjimo“ (pavyzdžiui, tiesioginių veiksmų ėmimasis ar emocinių atsakų į stresorių valdymas) arba „vengimo“ (pavyzdžiui, atsiribojimas ar neigimas) strategijos (Taylor & Stanton, 2007). Kaip nustatėme ankstesniame skyrelyje, tyrimo dalyviai vertino save neigiamai ir tai jiems kėlė vidinį skausmą. Matome, kad mėginusieji nusižudyti į tai ir kitus sunkumus reagavo rinkdamiesi vengiančius įveikos būdus – vengė galvoti apie sunkumus, bandė užsimiršti. Su tuo glaudžiai susijęs psichoaktyvių medžiagų vartojimas, taip pat ir didelis užimtumas, emocinio skausmo keitimas į fizinį, nes tai mėginusieji nusižudyti darė būtent siekdami išvengti skausmingų minčių ir emocijų.

Tokio pobūdžio minčių ir elgesio reakcijos aptartos Baumeister (1990) suicidinio elgesio modelyje, kuriame kiek plačiau kalbama apie tai, kaip į savižudišką elgesį linkę asmenys reaguoja į kylančius stiprius neigiamus jausmus. Teigiama, jog negalėdamas pakelti neigiamo savęs vertinimo asmuo stengiasi vengti minčių, keliančių šiuos jausmus. Tačiau toks būdas įveikti problemas nėra adaptyvus, stiprūs nemalonūs jausmai vis prasiveržia į sąmonę (Baumeister, 1990). Įdomu tai, jog pastaruoju metu atsiranda empirinių tyrimų, kuriuose itin didelis dėmesys pradedamas skirti polinkiui nuslopinti nemaloniais mintis [*angl.* thought suppression] – vengiančio pobūdžio sunkumų įveikos strategijai, pasireiškiančiai tyčinėmis pastangomis neįleisti į sąmonę minčių, sukeliančių skausmingus jausmus – kaip turinčiai svarbią reikšmę savižudiško elgesio atsiradimui (Najmi, Wegner, & Nock, 2007). Tokia

strategija paprastai nepasiteisina dėl kelių priežasčių: bandoma susikoncentruoti į daugiau nei vieną dirgiklį (Wegner, Schneider, Knutson, & McMahon, 1991) arba pasirenkamas žalingas išblaškantis veiksnys, kaip antai psichoaktyvios medžiagos, ir nemalonus mintys sugrįžta dar didesniu intensyvumu (Najmi et al., 2007). Atsižvelgdami į mūsų tyrimo duomenis, matome, jog mėginusieji nusižudyti dažniausiai rėmėsi būtent psichoaktyvių medžiagų (paprastai alkoholio) vartojimu. Tai dalies tyrimo dalyvių suicidiškumą veikė prisidedant prie psichosocialinių sunkumų, stiprinant neigiamas asmenines savybes bei paskatinant rizikingą elgesį (3.2.1. skyrelyje išsamiau analizuojamos mūsų tyrimo dalyvių psichoaktyvių medžiagų vartojimo pasekmės)

Kitose studijose, tyrinėjančiose ryšį tarp pasirenkamų įveikos strategijų ir savižudiško elgesio, randama, jog mėginę nusižudyti asmenys dažniau pasirenka vengimo (Blankstein, Lumley & Crawford, 2007), atsitraukimo, neigimo (Marty, Segal, & Coolidge, 2010) sunkumų įveikos būdus. Tad šie mėginusiųjų nusižudyti sunkumų įveikos dėsniumai gali būti kultūriškai universalūs. Tačiau mūsų tyrimo duomenys svarbūs tuo, kad leidžia kelti prielaidas ne tik apie tai, *kaip* tokia įveika daro asmenį labiau pažeidžiamą suicidiniam procesui, bet ir *kodėl* mėginusiųjų nusižudyti vengimo įveika gali būti tokia ryški. Panašu, kad neintegruoti į asmeninį patyrimą anksčiau patirti potencialiai traumuojantys įvykiai (tai detaliau aptarsime 3.2.1. skyrelyje) bei tam tikri Lietuvos kultūriniai veiksniai (apie juos plačiau – 3.3.2. skyrelyje) gali didinti tyrimo dalyvių polinkį vengti aktyvai spręsti savo sunkumus.

#### 3. 1. 4. Pažeidžiamumas suicidologinių teorijų kontekste

Iki šiol nėra vieningos nuomonės, kokie konstruktai gali lemti didesnę ar mažesnę pažeidžiamumą (Baumeister, 1990; O'Connor, 2011; Orbach, 2001; Rudd, 2006; Shneidman, 1996/2002; Williams, 1997). Aptarsime prielaidas, kurios gali tiktį mūsų kultūroje vykstančiam suicidiniam elgesiui, bei papildysime jas naujomis įžvalgomis.

Pirma, gausi potencialiai traumuojanti patirtis galėjo didinti tyrimo dalyvių pažeidžiamumą savižudybės procesui keliais būdais. Viena vertus, traumuojanti patirtis galėjo stiprinti į vengimą orientuotas sunkumų sprendimo strategijas. Kita vertus, sukrečiantys įvykiai gali didinti asmens gebėjimą nusižudyti. Artimojo savižudybė imama laikyti vienu iš veiksnių, galinčių palengvinti perėjimą nuo suicidinių minčių prie veiksmo: integruotame motyvaciniam-valios (IMV) suicidiniame modelyje artimojo ar kito asmens savižudybė įvardinama kaip viena iš valios tarpininkių, didinančių savižudiško veiksmo tikimybę (O'Connor, 2011); tarpasmeninėje savižudybių teorijoje šeimos nario savižudybė laikoma viena iš smurtinių baimę keliančių situacijų, didinančių galėjimą nusižudyti (Van Orden et al., 2010). Trečdalis mūsų tyrimo dalyvių patyrė artimojo savižudybę. Tyrimo dalyviai vengė dalintis šia patirtimi, tad sunku pagrįstai teigti, ar mūsų tyrimo imtyje artimojo netektis dėl savižudybės galėjo paskatinti suicidines mintis ar suicidinį veiksma. Tačiau tai, kad nemaža dalis mūsų tyrime dalyvavusių *mėginusiųjų nusižudyti* patyrė artimojo savižudybę leidžia kelti prielaidą, kad tai galėjo būti vienas iš svarbių veiksnių, palengvinusių perėjimą nuo suicidinių minčių prie savižudiško veiksmo. Smurto (fizinės, seksualinės prievartos) ir artimųjų smurtinių mirčių patirtis, ankstesni mėginimai nusižudyti taip pat atspindi sunkius gyvenimo įvykius, mažinančius natūralią baimę numirti ir didinančius fizinio skausmo toleranciją, siejamus su įgytu gebėjimu nusižudyti (Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015; O'Connor, 2011).

Antra, manome, kad mūsų tyrimo dalyvių įvardinamos asmeninės savybės - savęs nuvertinimas, aukšti lūkesčiai, polinkis laikyti sunkumus savyje - prisidėjo prie to, kad buvo išgyvenami sunkumai, kurie kėlė mintis apie savižudybę. Panašu, kad iki savižudybės krizės dėl sunkių praeities patirčių ir/ar negalėjimo išpildyti savo (aukštų) lūkesčių, tyrimo dalyviai ėmė neigiamai save vertinti, suvokti save kaip nesėkmingus, našta kitiems, o polinkis laikyti sunkumus savyje neleido pasinaudoti socialine parama ir realistiškiau save vertinti. Keliame prielaidą, kad pastarieji sunkumai savo ruožtu stiprino neigiamai vertinamų asmeninių savybių reikšmę ir didino

tyrimo dalyvių išgyvenamą emocinį skausmą, prisidėjusį prie suicidinių minčių atsiradimo. Kognityviniuose suicidinio elgesio modeliuose (Baumeister, 1990; Williams, 1997) teigiama, jog neatitikimas tarp asmeninių ar socialinių lūkesčių ir dabartinių aplinkybių, kylantis dėl arba per aukštų lūkesčių, arba per sunkių problemų, arba dėl abiejų veiksnių kartu, pradeda savižudybės procesą. Tačiau šios sąveikos didina savižudybės riziką, pasak Baumeister (1990), tik tuomet, kai žmogus nesėkmių priežastis priskiria sau. Galime svarstyti, jog ryškus mūsų tyrimo dalyvių savęs nuvertinimas skatina neigiamas vidines atribucijas; tai pamatėme iš šio tyrimo duomenų. O'Connor (2011) IMV modelyje aptardamas ikimotyvacinį laikotarpį mini kitų pažeidžiamumo veiksnių sąveikoje susiformuojančius tam tikrus asmenybės bruožus, galinčius prisidėti prie tolesnių savižudybės proceso etapų. Kaip matome, mūsų tyrimo duomenys leido konkrečiau įvardinti, kokios ir kaip mūsų tyrimo dalyvių įvardinamos asmeninės savybės veikia atskleidamos pažeidžiamumą savižudybės procesui.

Trečia, nustatėme, kokios sunkumų įveikos strategijos didino pažeidžiamumą savižudybės procesui mūsų kultūroje. Prastesni problemų sprendimo įgūdžiai įvardijami kaip vienas iš kognityvinių ar elgesio ypatumų, didinančių asmens pažeidžiamumą suicidinei būsenai (Rudd, 2006; O'Connor, 2001), tačiau nėra aišku, kokių būtent įgūdžių trūkumas padidina asmens pažeidžiamumą skirtingose visuomenėse. Šiame tyrime išryškėjo dalyvių polinkis remtis į vengimą orientuotomis sunkumų įveikos strategijomis, ypač psichoaktyvių medžiagų vartojimu. Keliame prielaidą, kad tokie sunkumų įveikos būdai gali būti susiję su potencialiai traumine mūsų tyrimo dalyvių patirtimi bei kultūrine Lietuvos istorija.

### 3. 2. Suicidinių minčių atsiradimas

Aptarėme veiksnius, kurie galėjo prisidėti prie mūsų tyrimo dalyvių minčių apie savižudybę netiesiogiai. Šiame skyrelyje aptarsime, su kuo tyrimo dalyviai tiesiogiai sieja savo mintis apie savižudybę.

Tyrimo dalyviai, kalbėdami apie mėginimą nusižudyti, jį siejo su tam tikrais sunkumais bei pablogėjusia emocine būseną. Šios temos ir jų smulkesnės potemės pateiktos 8 ir 9 lentelėse.

**8 lentelė.** Temos, apibūdinančios tyrimo dalyvių sunkumus iki mėginimo nusižudyti, ir jų dažnumas analizuotuose interviu (n = 21)

	n (%)
<b>Su pagrindine veikla (darbu, mokymuisi) susiję sunkumai</b>	<b>14 (66.7)</b>
• Didelis darbo krūvis	9 (42.9)
• Negalėjimas atlikti pagrindinės veiklos	8 (38.1)
• Didelė įtampa	5 (23.8)
• Užimtumo problemos	4 (19)
• Smurtas (psichologinis ar seksualinis)	4 (19)
• Darbo nepastovumas	3 (14.8)
<b>Konfliktiški santykiai</b>	<b>13 (61.9)</b>
• Konfliktiški dabartiniai santykiai	13 (61.9)
○ Nuolatiniai barniai ir priekaištai	13 (61.9)
○ Tarpusavio nesupratimas	4 (19)
○ Psichologinis smurtas	3 (14.3)
○ Fizinis smurtas	1 (4.8)
• Konfliktiški santykiai praeityje	6 (28.6)
○ Psichologinis smurtas	4 (19)
○ Fizinis smurtas	2 (9.5)
○ Seksualinis smurtas	1 (4.8)
<b>Netektys</b>	<b>12 (57.1)</b>
• Artimo santykio nutrūkimas	10 (47.6)
• Artimojo mirtis	3 (14.3)
• Darbo netektis	2 (9.5)
<b>Psichinės ar fizinės sveikatos problemos</b>	<b>12 (57.1)</b>
• Psichinės sveikatos problemos	12 (57.1)
○ Miego sutrikimai	8 (38.1)
○ Su psichoaktyvių medžiagų vartojimu susiję sunkumai	6 (28.6)
○ Depresija	4 (19)



○ Priklausomybė nuo alkoholio	2 (9.5)
○ Kitas psichikos sutrikimas	4 (19)
• Sunkios somatinės ligos	1 (4.8)
• Artimųjų psichinės ar fizinės sveikatos problemos	3 (14.3)
<b>Finansiniai sunkumai</b>	<b>9 (42.9)</b>
• Stiprus savo fiziologinių ar socialinių poreikių ribojimas	6 (28.6)
• Saugumo dėl ateities neturėjimas	5 (23.8)

**9 lentelė.** Temos, apibūdinančios tyrimo dalyvių emocinę būseną iki bandymo nusižudyti, ir jų dažnumas analizuotuose interviu (n = 21)

	<b>n (%)</b>
<b>Emocinė būseną iki bandymo nusižudyti</b>	<b>21 (100)</b>
• „Sunkumai susikaupė į vieną krūvą“	19 (90.5)
• Dėl sunkumų kylantys jausmai	21 (100)
○ Pyktis	8 (38.1)
○ Neviltis	7 (33.3)
○ Apatija	7 (33.3)
○ Nusivylimas	6 (28.6)
○ Bejėgiškumas	6 (28.6)
○ Nuoskauda	6 (28.6)
○ Vienatvė	6 (28.6)
○ Kaltė	5 (23.8)
○ Nerimas	5 (23.8)
○ Liūdesys	4 (19)
○ Kontrolės praradimas, nesivaldymas	4 (19)
○ Kiti jausmai	9 (42.9)

### 3. 2. 1. Dabartiniai sunkumai ir trauminės patirties reikšmė

Tyrimo dalyviai aiškiai pabrėžia dabartinių trumpalaikių ar ilgalaikių stresą keliančių įvykių reikšmę (8 lentelė). Matome, jog iki mėginimo nusižudyti tyrimo dalyviai patyrė įvairias psichosocialines problemas: su pagrindine veikla susijusius sunkumus („būdavau dažniausiai namuose po darbo nes būdavau pavargęs [T: Mhm.] ir jeigu po sporto tai išvis iškart namo, į dušą namo ir namo miegot atsikeliu vėl tas pats, vėl į darbą, vėl iš darbo į namus, iš namų vėl į kitą darbą, vėl“, I3, V), tarpasmeninius konfliktus,

(„jeigu taip šnekant, tai grynai dėl konfliktų galbūt. kad duotų teisę rinktis ir nebūtų kažkokio tai spaudimo. taip šnekant. daugiau net nežinau iš tikrųjų. [T: Mhm] nes būtent dėl to, dėl ko įvyko, ta prasme, dėl tų barnių tai įvyko. tai manau, reikėtų susieti su šitais barniais“, I6, M), netektis („tai vienas iš tų, dalykų tai yra palaidota motina. dvylikos metų paliko mane. tada atėjo šešiolika metų paliko tėtis. ir aš, iki aštuoniolikos metų praktiškai aš neturėjau jau nieko. nu tėvų, artimųjų, nes aš esu vienturtė, nei brolio, nei sesių. ir tas iš tikrųjų kai prisimeni yra labai skaudu, ir nu, ta prasme neišgyvenamas dalykas“, I15, M), finansines problemas („nu vienas dalykas, atlyginimai maži. [T: mhm.] dirbi per du darbus, tam kad, [T: mhm.] pragyvent reikia, aš nežinau, kiek vos ne, arklio sveikatos, turėt. [T: mhm.] mokesčiai dideli“, I17, M), bei psichinės ar fizinės sveikatos problemas („aš sakau aš net miegot negalėdavau, aš miegodavau per parą nu... keturias valandas maksimum, [T: Mhm] visą kitą (kartą) aš... nu... mažčiau. bet sumąstyti nieko negalėjau nes... alkoholis darė savo“, I4, V). Toliau išsamiau pristatysime šių sunkumų reikšmę mūsų tyrimo dalyvių savižudybės procese.

Didelis darbo krūvis, užimtumas ir su tuo susijusi įtampa buvo kertinis su pagrindine veikla susijęs sunkumas. Mėginusieji nusižudyti teigė, jog „krūvis didelis labai buvo kadangi trūko personalo ir tiesiog, ten, [T: Mhm] išėini (nusijuokia) praktiškai be išėiginių“ (I12, M), „praėjus kažkur dviem mėnesiam, man pradėjo darytis labai blogai ir aš ne-, kadangi aš dirbdavau be išėiginių [T: mhm.] septynias dienas per savaitę, man ir sveikata, pradėjo, blogėti, nu ir (...) galvos svaigimas, aš pavargdavau labai, greitai aš visiškai nenorėjau bendrauti su žmonėm, nu pradėjau vengti“ (I15, M). Taip pat dažnai dėl per didelio užimtumo ar kitų priežasčių (dėl sveikatos būklės negalint dirbti pilnu etatu, nesėkmingų darbo paieškų ir kt.) tyrimo dalyviams įtampą kėlė negalėjimas atlikti darbinės veiklos. Pavyzdžiui, „nežinau, nespėjau. kažko tai pa-, padaryt ar kaž-, kažką tai nors. tas vat vis kaupėsi, kaupėsi, tos dienos vad- vadinamos kažko tai nep-, ne- nepadaryto“ (I20, V).

Išgyvenama įtampa sekino tyrimo dalyvius tiek fiziškai, tiek emociškai.

Įdomu tai, kad šie mūsų duomenys skiriasi nuo suicidologinėje literatūroje išskiriamų su pagrindine veikla susijusių sunkumų – bedarbystės ar negalėjimo rasti darbo (Goldsmith et al., 2002; WHO, 2014a; Van Orden et al., 2010). Nors keturi tyrimo dalyviai minėjo darbo netektį ar sunkumus susirandant darbą kaip problemą, susijusią su suicidinėmis mintimis, tačiau trigubai ryškesnė mūsų tyrimo dalyvių problema buvo per didelis užimtumas ir tenkantis krūvis, siekiant finansinio saugumo. Tikėtina, jog visuomenės lūkesčių nepateisinanti Lietuvos ekonominė situacija gali būti specifiskas mūsų kultūrai suicidinės rizikos veiksnys, prisidedantis prie poreikio pernelyg dideliame užimtume. Plataus masto tyrime, apėmusiame 34 valstybes (iš kurių 27 - Europos Sąjungos šalis), pastebėta, jog Lietuvos gyventojai vieni prasčiausiai vertina visuomenės resursų paskirstymo teisingumą šalyje. Šį subjektyvų vertinimą papildė ir objektyvūs duomenys, išreikšiami Gini koeficientu, rodantys pajamų lygybės trūkumą visuomenėje (Dragolov et al., 2013).

Tad glaudžiai su pagrindinės veiklos problemomis susiję tyrimo dalyvių *finansiniai sunkumai*. Pinigų trūkumą tyrimo dalyviai išgyvena kaip negalėjimą patenkinti esminių fiziologinių ar psichosocialinių poreikių („su darbu tai...neturėjom tokio kaip ir pastovaus, bet bet... toks momentas. ten, kiek ten savaitę gal virš...aišku, reikia lėšų pragyvenimui, [T: mhm] o už prastovą niekas gi nemokės, neduos pinigėlio kaip sakoma. tas irgi, daeina. mašiną reikia išlaikyt nu...mašiną ten...pavalgyt...rūkyt galų gale [T: mhm], nusipirkt ten, neprašinėsi gi, pas kažką tais, nelįsi į skolas“, I20, V), savęs įspraudimą į sau sunkiai toleruojamas ribas („vistiek norisi, kai gauni kažkokius pinigūs, nu kažką skanesnio, kažkur palepint save. bet ne visada išeina. Na aš dar mėgėja va pakeliaut atrodo norėtusi ir ten nuvažiuoti ir ten, ir tas vat nesusitaupo irgi blogai vat [juokiasi] tai vat matot tokie vat reikalai, kažkur matyt iki tiek, kad be jokių prošvaisčių kaip nematai“, I2, M), arba saugumo praradimą netekus gerbūvio („kai užklup-... aš iš karto nuo pirmos dienos, kai aš praradau darbą, praradau butą, beveik praradau, sakykim taip kad, viskas. toliau nėra kur“, I4, V).

Finansiniai sunkumai kėlė įtampą, nes neleido tinkamai pasirūpinti savimi, varžė poreikius, didino nesaugumo jausmą. Tuo pačiu galime pastebėti, kad šie sunkumai mėginusiems nusižudyti asmenims atrodė kaip viena iš problemų, prisidėjusių prie noro nusižudyti, dėl nuostatos, jog jų esama padėtis neatitinka norimų lūkesčių ir ši padėtis ateityje nesikeis (pavyzdžiui, „*lygtai ir vat norėjosi kad va kažką ten randu ir kitą, papildomus darbus kad kažkur išsiversiu, vat čia kreditą susimokėsiu kažką taip sakom, į keliones kokias nuvažiuosim, ir vėl į tą bedugnę tokią vat ištisai. ir taip kaip sakoma suvedinėji čia suskaičiuoji pinigus, čia vos kažką gauni ir vėl lauki, ir vėl vat tos gavimo, ir net atidėjimo tokio vat kaip nėra... tai vat iki tiek kažkur vat, nu vat ir nusprendžiau kad ai .hhh, kam tas gyvenimas toksai, jei jis beprasmis“ (I2, M). Tokia nuostata gali prisidėti prie išgyvenimo, jog esi tarsi spąstuose, aklavietėje; ši patirtis gali kelti neviltį ir norą nusižudyti (Williams, 1997; O'Connor, 2011). Panašu, jog ne tokia, kokios tikėjosi finansinė padėtis mūsų tyrimo dalyviams buvo viena iš problemų, dėl kurių jie jautė ilgalaikę emocinę įtampą, paskatinusią suicidines mintis.*

Antra dažniausia priežastis, su kuria savo mėginimą nusižudyti siejo tyrimo dalyviai – tai *tarpasmeniniai konfliktai*. Tiek dabartiniai, tiek praeityje vykę nesutarimai. Konfliktiški dabartiniai santykiai pasižymėjo nuolatiniais barniais, priekaištais tyrimo dalyviams ir kaltinimais (apimančiais ir psichologinį smurtą), tarpusavio nesupratimu: „*dar tarpusavio nesupratimas, nu tiesiog, nu nebūdavo jokios kalbos, jokio jokio jokio susišnekėjimo. Tiesiog jinai nesuprastavo manęs, aš nesuprasdavau jos*“ (I3, V). Taip pat sunkumų kėlė praeityje patirtas psichologinis smurtas („*aš turėjau tam tikrų problemų mokykloj, su vaikais, tai yra dažnas atvejis kadangi, mano šeima yra šiek tiek kitokia <...>, vaikai nemėgsta kitokių, todėl aš kaip ir buvau atstumta. O vaikui yra svarbu būti tokiam koksai kokie ir kiti yra. Tai aš dėl to labai pergyvenau*“, I15, M), fizinis smurtas („*aš jį niekinau, nes pastoviai motiną mušdavo. [T: mhm.] aš toj aplinkoj užaugau. pakol mes nepaaugom patys, pakol mes jo pačio nesumušėm, tai tol ir jisai. jeigu mes nebūtume dar turbūt gal laiku ir užaugę, tai gal ir būt- būčiau [T: mhm.] užaugęs ir be mamos. nes*

*visada ir peiliai vaikščiodavo ir puodai krisdavo“*, I3, V) ar seksualinis smurtas („*tai buvo antras išprievartavimas nes, pirmą kartą išprievartavo kol kol aš dar, nekalta buvau, čia buvo antras kartas ir, dvi valandas, mane mušė per kepenis per inkstus bet taip kad neliktų mėlynių“*, I12, M).

Viena vertus, tvirtų artimų ryšių trūkumas ar praradimas gali didinti žmogaus savižudybės riziką, nes sumažėja galimybės sulaukti pagalbos, padedančios įveikti gyvenime patiriamus sunkumus (apie tai plačiau rašome skyrelyje 3.3.2.). Kita vertus, turėdami silpnesnius tarpasmeninius ryšius tyrimo dalyviai negalėjo išpildyti natūralaus poreikio priklausyti. Įvairiose suicidologinėse teorijose pabrėžiama sutrikusio ryšio su kitais reikšmė savižudiškam elgesiui: per silpna integracija tarp bendruomenės narių (Durkheim, 1897/2002; Gailienė, 2001), vienišumas ir abipusės socialinės paramos trūkumas (Joiner, 2005), poreikio palaikyti ryšius su kitais frustracija (Shneidman, 1996/2002), o empiriniuose tyrimuose minimi tarpasmeniniai konfliktai ir nedarnūs šeimyniniai santykiai, patirtos traumos ir prievarta, kaip susiję su savižudybės rizika (Goldsmith et al., 2002; WHO, 2014a; Van Orden et al., 2010). Taip pat pastebima, kad asmenims, vaikystėje patyrusiems įvairias smurto formas arba kitas potencialiai traumuojančias problemas (fizinį, psichologinį ar seksualinį smurtą, nepriežiūrą, tėvų tarpusavio agresiją), suicidinė rizika yra žymiai didesnė nei tokių patirčių neturintiems (Johnson et al., 2002). Mūsų tyrimo duomenys leidžia kelti prielaidą, kad šie psichosocialiniai sunkumai mūsų kultūroje prisideda prie suicidinių minčių atsiradimo.

Kalbėdami apie *netektis*, tyrimo dalyviai dažniausiai minėjo artimo santykio nutrūkimą: „*Ir kadangi buvau su keliais žmonėm susipykusi va tada. Po to barnio kažkaip ir neturėjau galbūt kam paskambint. Ir tiesiog taip įvyko“* (I6, M), „*[Gal galėtumėt pradžioj daugiau papasakot kas vyko jūsų gyvenime prieš bandymą nusizudyti?] Meilė. [T:mhm.] kaip čia jums pasakyt, nu neištikimybė. Daugiau, sunku čia kažką pasakyt tokio“* (I16, V). Taip pat tyrimo dalyviai minėjo artimųjų mirtis bei darbo netektis.

Mūsų tyrimo rezultatai rodo, jog netektys, artimo santykio nutrūkimas,

skyrybos gali būti kultūriškai universalus suicidinės rizikos veiksnys (Goldsmith et al., 2002; WHO, 2014a; Van Orden et al., 2010), ryškus ir Lietuvoje įvykstančio suicidinio elgesio kontekste. Svarbu pridurti, jog pastebėjome, kad visi tyrimo dalyviai, kalbėję apie artimųjų mirtis kaip sunkumą iki mėginimo nusižudyti, išgyveno komplikuotas netektis: neteko vieno iš tėvų ankstyvame amžiuje arba patyrė persileidimą. Tačiau nei vienas tyrimo dalyvis nepaminėjo artimojo savižudybės, nors tokių netekčių patirtis buvo mūsų imtyje žymiai gausesnė. Galime svarstyti, kad dėl anksčiau aptartos ryškios savižudybių stigmos Lietuvoje žmonės gali vengti kalbėti apie tokią patirtį ar reflektuoti galimą jos svarbą savo suicidiniame procese.

Taip pat dažnai tyrimo dalyviai minėjo įvairias *psichinės ir fizinės sveikatos problemas*. Trys tyrimo dalyviai kalbėjo apie sunkias savo ar artimųjų somatines ligas, pavyzdžiui: „*pas mane tas cukrinis diabetas, aš nuo insulino priklausau. Ir dabar vat nuo šito streso aš tą cukrų niekaip negaliu numušti vėl, va vis nu, tokia savijauta, vis vaikštau kaip nežinau kokia*“ (I1, M). Dvylika tyrimo dalyvių minėjo įvairius su psichikos sveikata susijusius sunkumus, iš kurių ryškiausios buvo problemos, susijusios su tyrimo dalyvio psichoaktyvių medžiagų vartojimu („*tau sunku, tu kovoji, tu kovoji po to kažkas, aišku tokie dalykai kaip, aaa, alkoholis [T: mhm.] tai aišku paveikia, smegenis ir tu darai dalykus tokių kokių nepadarytum blaivas*“, I15, M) bei miego sunkumai („*aš pastaruoju metu, aš slopinau visa tai tabletėm, raminančiais kadangi mie- miegas sutrikęs naktim aš dirbu dieną aš miegu. pareinu iš darbo pavargus bet užmigti negaliu ir, ir ten, pakeliui pasiimu ten kokio alaus ar vyno kad nuimt stresą, tai ne išeitis aš puikiai tai suprantu, bet po to dar išgeriu, tas ta baimė kad aš vėl neužmigsiu ir vėl aš išgeriu*“, I12, M; „*tie miegai netikri tokie, vargina, tuos košmarus sapnuoji kurių neatsimeni*“, I14, V). Taip pat dalis tyrimo dalyvių minėjo tam tikras psichikos ligas, kurios kėlė jiems sunkumų: depresiją („*aš niekam nesuteikiu džiaugsmo. kad mano ir (...) visa priklausomybė ir nuo alkoholio nesuteikia džiaugsmo. (2s) galbūt aš nevisiškai teisingai gydžiausi nuo depresijos aš taip galvoju*“, I19, M),

priklausomybę nuo alkoholio, panikos sutrikimą, nekonkretizuotą psichikos sutrikimą, įtariamą bipolinį sutrikimą, polinkį į azartinius lošimus.

Tyrimo dalyviai nurodo, jog dažniausiai jiems diagnozuoti sutrikimai – depresija bei priklausomybė nuo alkoholio. Šia prasme tyrime dalyvavusių asmenų patirtis apima universalius suicidinės rizikos kintamuosius, susijusius su psichine sveikata – nors prognozuojama savižudybės rizika kiekvienam psichikos sutrikimui skiriasi, tačiau dažniausiai su savižudybėmis yra siejami depresija ir su alkoholio vartojimu susiję sutrikimai (WHO, 2014a). Manoma, kad gyvenimo eigoje nusižudo apie 4% nuotaikos sutrikimais sergančių (Bostwick & Pankratz, 2000) bei apie 7% priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų asmenų (Schneider, 2009). Tačiau vien psichikos sutrikimo diagnozė suteikia mažai informacijos apie tai, kokią ji turi reikšmę suicidiniam elgesiui. Toliau pabandysime suprasti, remdamiesi kokybinio tyrimo duomenimis, kaip konkrečiai tyrimo dalyvių gyvenimuose atsispindėjo minėti psichikos sutrikimai ar jų simptomai.

Iš visų psichikos ir elgesio sutrikimų mūsų tyrimo dalyviams labiausiai būdingi su psichoaktyvių medžiagų (beveik išimtinai alkoholio) vartojimu bei miego sutrikimais susiję sunkumai. Tyrimo dalyviai minėjo, kad alkoholio vartojimas paskatino rizikingą ir impulsyvų elgesį: „*alkoholis nieko nepadedą jis tiktai tave daugiau erzina. Nes čia buvau bandęs ir...(3s) Čia buvau papuolęs į ligoninę... pasiklausiau ten pas pažįstamus narkomanus kaip, kaip būna, tai...(3s) išgėriau degtinės... ir man vienas draugas iš taboro atvežė du čekius heroino ir aš įsišoviau, man širdis sustojo...*“ (I8, V); lėmė padidėjusį dirglumą, jautrumą kitiems sunkumams, taip pat agresyvumą: „*aš daug ten negerdavau bet aš pasikeisdavau, aš išgerdavau tris keturias alaus ir aš jau būnu ne tas žmogus, nebūnu jau tas ramus, [T: Mhm.] būnu emociingas ir taip toliau, kartais net agresyvus pasidarau prieš kitus*“ (I3, V); paskatino tarpasmeninius konfliktus: „*man mama pradėjo ten jau, jau praktiškai jau kalbėjo kad aš vos ne alkoholikė, kad aš savo dienas baigsiu (nusijuokia) prie, prie ten, kažkokių konteinerių, čia jau bolnaja tema buvo*“ (I12, M) arba santykių netektį: „*su ta mergina tai pykстамės, tai vėl (3s) sueinam, tai vėl*

*susipynekam...(4s) Pagrinde vat kiek čia gulėjęs gal vien dėl to, tai išsiskiriam, tai ten bandau nusižudyt dar... <...> buvo ultimatumas „baik baik gert, ten viskas bus tvarkoj“ ir taip toliau. (4s). Iš pradžių buvo dar, darbo neturėjau, bet jau paskui susiradau darbą kažkaip, viskas gerai jau... (Ai ten.hhh) kas čia dabar pasidarė, sakau, net neatsimenu, nes...(3s) Darbe buvau išgėręs, po darbo pastoviai gėriau kiekvieną vakarą“ (I8, V); apsunkino kreipimąsi pagalbos į kitus: „girtas aš niekada jam neskambinsiu, nes tai... nenoriu aš žmogaus liūdinti, taip būtų neteisinga taip“ (I4, V); paskatino depresiją: „vat viena iš problemų ir galbūt stumiamoji jėga buvo į depresiją. [T: kas taip?] Alkoholizmas“ (I19, M), prisidėjo prie darbo netekties ir nemigos. Keli tyrimo dalyviai įvardino alkoholio vartojimą kaip tiesioginį suicidines mintis paskatinantį veiksnį: „nežinau, jeigu iš pradžių pradėdu gert pas mane visą laiką prasideda mintys, nu labai negeros, [T: Mhm.] norisi ir nusižudyt“ (I4, V). Pravartu prisiminti, jog susidūrę su sunkumais mūsų tyrimo dalyviai dažniausiai juos sprenddami renkasi būtent psichoaktyvių medžiagų vartojimą (5 lentelė).*

Tad kokybiniu interviu pavyko pastebėti, kokie su *alkoholio vartojimu* susiję ypatumai gali būti būdingi mūsų kultūroje vykstančiam suicidiniam elgesiui. Iš duomenų matyti, jog alkoholio vartojimas veikė tyrimo dalyvių suicidiškumą keliais pagrindiniais būdais – paskatindamas neigiamas asmenines savybes (dirglumą, agresyvumą), prisidedamas prie kitų psichosocialinių sunkumų (tarpasmeninių konfliktų, santykių ar darbo netekčių, psichikos sutrikimų (depresijos, nemigos)), skatinančių suicidines mintis, bei sukeldamas impulsyvų, rizikingą elgesį, prisidedantį prie gebėjimo nusižudyti. Panašu, kad mūsų tyrimo dalyviams būdingos kelios iš suicidologų (Hufford, 2001; Pompili et al., 2010) studijomis pastebėtų žalingo alkoholio vartojimo ir savižudiško elgesio sąsajų: 1) psichologinio distreso stiprėjimas (per padidėjusį jautrumą, dirglumą); 2) sutrikdytos konstruktyvios problemų sprendimo strategijos (per impulsyvumą, rizikingumą ir agresyvumą); 3) socialinės atskirties didėjimas (per alkoholio vartojimo iššauktus tarpasmeninius konfliktus, santykių nėtektis, finansinį nestabilumą); 4) kitų



psichikos sutrikimų ar jų simptomų sukėlimas, kurie tuo pačiu pastiprina žalingą alkoholio vartojimą.

*Miego sutrikimai* mūsų tyrimo imtyje taip pat buvo ryškūs. Įvairios su miegu susijusios problemos kitų šalių tyrimuose taip pat yra siejamos su padidėjusia savižudybės rizika: net 89% po mėginimo nusižudyti į bendrojo profilio ar psichiatrines ligonines patekusių tyrimo dalyvių išsakė įvairius su miegu susijusius sunkumus (Sjöström, Wærn, & Hetta, 2007); pastebima, kad kuo dažniau patiriamos su miegu susijusios problemos, tuo didesnė savižudybės rizika (Bjørngaard, Bjerkeset, Romunstad, & Gunnell, 2011). Tačiau kaip būtent šios problemos siejasi su suicidine rizika, nėra aišku (Bjørngaard et al., 2011). Ką atskleidė mūsų tyrimo rezultatai? Remdamiesi interviu duomenimis pastebėjome keletą priežasčių, kodėl iškilo miego sunkumai. Tyrimo dalyviai siejo negalėjimą užmigti su žalingu alkoholio vartojimu („*nes aš gi buvau jau gėriau septynias dienas, ar aštuonias, diena iš dienos, nuo ryto ligi nakties, ir... negalėjau sustot. Nes aš eidavau... net miegot negalėdavau naktim nes man būdavo bloga*“, I4, V) bei per dideliu užimtumu („*žinot, tai bėgi mieg-, miegi po dvi valandas, darai viską iš eilės*“, I15, M). Taip pat iš tyrimo dalyvių pasakojimų nustatėme, kaip su miegu susiję sunkumai siejosi su savižudybės rizika. Gavome, jog miego sunkumai buvo patiriami kaip miego trūkumas, kuris tyrimo dalyvius iki mėginimo nusižudyti padarė pažeidžiamesnius – išvargino, padarė jautresnius reaguojant į kitus sunkumus arba apsunkino galimybes rasti konstruktyvius problemų sprendimo būdus. Pavyzdžiui, „*galbūt man buvau nedamiegojus, trūko miego, nu žinot kai viskas, tiesiog žmogus silpsta. [T: mhm.] tai visi, viskas susikrauna. galbūt mažai miegu, pervargus, jautri pasidariau, ir viskas tiesiog nu susikrovė*“ (I17, M). Tad panašu, jog miego problemos paskatino kitus suicidinės rizikos veiksnius (nuovargį, padidėjusį dirglumą, prastesnius problemų sprendimo gebėjimus), kurie prisidėjo prie minčių apie savižudybę atsiradimo.

Kaip matome, tyrimo dalyviai įvardijo tam tikrus sunkumus, kurių sanakaupa paskatino mintis apie savižudybę. Tačiau paaiškėjo, jog su psichine

sveikata susijusios problemos (išskyrus žalingą alkoholio vartojimą ir nemigą) sudarė sąlyginai mažą tyrimo dalyvių išgyvenamų sunkumų dalį. Nors paprastai apie 90% savižudybių siejamos su psichikos sutrikimais ir/ar priklausomybe nuo alkoholio bei narkotikų (Bertolote et al., 2004), imama abejoti tiek priežastiniu ryšiu tarp jų, tiek tokiu dažnu psichikos sutrikimų pasireiškimu savižudiško elgesio atvejais. Panašu, jog universaliais laikomi savižudybių rizikos veiksniai skirtingose kultūrose vaidina kitokį vaidmenį (Colucci, 2012; Gailienė, 2015). Gaunami duomenys, jog Vakarų kultūrose aptariama psichikos sutrikimų reikšmė savižudybių atvejais yra žymiai mažiau būdinga kitose šalyse. Pavyzdžiui, Kinijoje atliktame nusižudžiusiųjų post mortem tyrime buvo gauta, kad tik apie 60% nusižudžiusiųjų galėjo turėti psichikos sutrikimų (Phillips et al., 2002). Panašūs duomenys nustatyti ir tiriant ketinančius ar mėginusius nusižudyti asmenis. Tyrime, kuriame dalyvavo asmenys iš 21 pasaulio šalies, paaiškėjo, jog tik apie pusė žmonių, ketinusių nusižudyti, turėjo psichikos sutrikimą; be to, 31-57% mėginimų nusižudyti nesisiejo su ankstesniu psichikos sutrikimu (Nock et al., 2009). Tad mūsų duomenys patvirtina ryškėjančią tendenciją, kad kultūriniai ir psichosocialiniai veiksniai gali būti svarbesni nei psichikos sutrikimai.

Ligšiol aptarėme pastarojo meto trumpalaikius ar ilgalaikius stresą keliančius įvykius, kuriuos tyrimo dalyviai tiesiogiai siejo su mintimis apie savižudybę. Svarbu prisiminti, jog potencialiai trauminių įvykių paplitimas mūsų imtyje yra labai didelis. Visgi dauguma tyrimo dalyvių neteikia šiems įvykiams jokios reikšmės savo gyvenime ar savižudybės procese, kaip pamatėme 3.1.1. skyrelyje. Manome, kad tokie duomenys greičiau atspindi vengimą reflektuoti ar kalbėti apie šių potencialiai sukrečiančių įvykių vaidmenį; tam pagrindo suteikia ir ryškios mūsų tyrimo dalyvių vengimo tendencijos, kurias pastebėjome analizuodami duomenis. Išties, mums pavyko latentinės teminės analizės būdu (Boyatzis, 1998) pastebėti tam tikras tendencijas arba galimus ryšius tarp praeityje įvykusių potencialiai

traumuojančių įvykių bei dabartinės dalies tyrimo dalyvių (n = 11) emocinės būsenos arba mėginimo nusižudyti. Atradome tris tokias tikėtinas asociacijas:

- Potencialiai trauminės situacijos ar jos bruožų atsikartojimas;
- Didesnis jautrumas dabartinei stresinei situacijai, kuri yra panaši į ankstesnę potencialiai trauminę įvykį;
- Įtampą keliančių minčių, jausmų ar išorinių stimulų, susijusių su ankstesniu potencialiai trauminiu įvykiu ar situacija, vengimas.

Šios asociacijos detaliau pristatytos 10, 11, ir 12 lentelėse.

**10 lentelė.** Didesnis jautrumas dabartinei stresinei situacijai, kuri yra panaši į ankstesnę potencialiai trauminę įvykį (n = 6)

Ankstesnė traumuojanti situacija	Dabartinis stresinis įvykis
<i>Staigi, netikėta mamos mirtis paauglystėje</i>	<i>Prarastos motinystės teisės į dukrą (I1, M)</i>
<i>Pasikartojanti fizinė ir emocinė prievarta, patirta iš tėvo vaikystėje</i>	<i>Sužadėtinės pranešta, kad tyrimo dalyvis nėra jų būsimo vaiko tėvas (I3, V)</i>
<i>Staigi, netikėta mamos mirtis paauglystėje</i>	<i>Tyrimo dalyvės atliktas nėštumo nutraukimas (I5, M)</i>
<i>Apleistumas ir smurtas, patirtas vaikystėje</i>	<i>Tėvų paramos trūkumas (I6, M)</i>
<i>Staigi, netikėta mylimo senelio netektis</i>	<i>Reikšmingo santykio su artimuoju nutrūkimas (I11, M)</i>
<i>Tėvo savižudybė</i>	<i>Tyrimo dalyvis laiko save blogu tėvu, kuris yra „našta“ šeimai (I14, V)</i>

**11 lentelė.** Potencialiai trauminės situacijos ar jos bruožų atsikartojimas (n = 3)

---

Tyrimo dalyvio baimė, kad jis perėmė tėvo agresiją, kurią patyrė vaikystėje, ir perduos ją savo vaikui (I3, V)
<i>„aš jį niekinau, nes pastoviai motiną mušdavo. [T: mhm.] aš toj aplinkoj užaugau. &lt;...&gt; jisai būdavo tokia asmenybė, tai turbūt tą va, visą visą tą blogą paveldėjau iš jo. aš taip galvoju. [T: mhm.] ir bijau dėl vaiko, kad tik vaikas nepaveldėtų tokios nesąmonės“</i>
Tyrimo dalyvio amžius, kuomet jis mėgino nusižudyti, sutampa su amžiumi artimojo, kuris nusižudė (I4, V)
Tyrimo dalyvis patyrė fizinį smurtą, o dabartiniu metu yra linkęs reaguoti į įtampą agresyviai (I16, V)

---

**12 lentelė.** Įtampą keliančių minčių, jausmų ar išorinių stimulų, susijusių su ankstesniu potencialiai trauminiu įvykiu ar situacija, vengimas (n = 5)

---

Pavyzdys	Citata
Atsiribojimas nuo šeimos, kurioje įvyko smurtinės mirtys (dėdė nusižudė, tėvas buvo nužudytas) (I4, V)	<i>„turiu čia Lietuvoj dvi seseris, brolių, viskas, bet aš sakau virš dvidešimt metų nebendrauju aš nežinau nei kaip, nei kas, nei kur. kas įdomiausia, aš ir nenoriu žinot. man tai nėra įdomu ir aktualu. jie man svetimi žmonės.“</i>
Traumuojančios patirties pasikartojimo baimė – pirmas tyrimo dalyvės vyras nusižudė, o šiuo metu ji negali užbaigti žalingų santykių su artimuoju (I1, M)	<i>„aš nesugebėjau jį palikti, ir dabar negaliu palikti. &lt;...&gt; čia antras žmogus mano gyvenime, kurį aš pamilau. pas mane pirmas nusižudė vyras. pasikorė. aš dvidešimt dviejų metų likau našlė“</i>
Vengimas su trauminiu įvykiu susijusių minčių ar jausmų (I8, V; I15,M; I21, M)	<i>„turbūt ir yra mano problema kad tiesiog užsiblokuoju save ir mano tėvas nusižudė [T: mhm.] prieš šešis turbūt metus dabar, neprisimenu tiksliai. ir, tiesiog kai aš nenoriu galvoti aš užsiblokuoju tas mintis ir [T: mhm.] visa tai lieka. ir, kaip akivaizdu ateina, tam tikra forma, [T: mhm.] išsilieja, viskas kas yra viduje“ (I15, M)</i>

---

Pasak vienos žymiausių traumų tyrinėtojų J. L. Herman (1992/2006), skausmingos patirtys įveikiamos integruojant jas į savo gyvenimo naratyvą per

jų prisiminimą ir pasakojimą. Kita vertus, nieko keista, kad mūsų tyrimo dalyviai, kaip ir kiti žmonės, patyrę prievartą ar kitus traumuojančius įvykius, apie tai tyli. Natūralu, kad į siaubą keliančius įvykius reaguojama norint juos išstumti iš savo sąmonės ribų ir vėl nepatirti skausmingų jausmų, susijusių su tokia patirtimi. Taip pat tylą gali sukelti gėda, dažnai patiriama po trauminio įvykio, savęs kaltinimas subjektyviai tikint, kad paties nukentėjusiojo veiksmai prisidėjo prie skausmingos patirties ar nebuvo pakankamai padaryta siekiant jos išvengti. Neretai prisideda ir visuomenėje vyraujančios nuostatos, neskatinančios žmogaus atsiverti - smerkiančios nukentėjusįjį, kaip galime pastebėti nusižudžiusiųjų artimųjų ar nukentėjusiųjų nuo seksualinės prievartos atveju. Be to, stengdamiesi išvengti pasekmių, smurtautojai dažnai imasi visko, kad jų veiksmai būtų kuo greičiau „užmiršti“. Seksualinę prievartą patyrusi tyrimo dalyvė pasakojo: *„aš grįžau grįžau ir aš tuo mom- aš aš net neverkiau nieko bet, tiesiog (4s) na ir taip ten dar prigąsdino, kad negalvok net išeit iš namų arba ten, kreiptis į policiją“* (I12, M). Tad galime suprasti, kodėl įvairius sukrečiančius įvykius patyrę tyrimo dalyviai gali nenorėti jų prisiminti ir apie juos kalbėti. Tačiau tinkamai neišgyventos sukrečiančios patirtys gali neigiamai veikti tolesnį žmogaus gyvenimą (Gailienė, 2008).

Iš tiesų, kaip matome iš tyrime gautų duomenų, galimi tam tikri keliai, kaip potencialiai trauminiai įvykiai galėjo paveikti mūsų tyrimo dalyvių vėlesnį gyvenimą. Panašu, kad mūsų pastebėtos tendencijos gali atspindėti pagrindinius potrauminio streso sutrikimo bruožus – padidėjusį dirglumą, invazijos simptomus bei sąmonės susiaurėjimą (Herman, 1992/2006).

Kaip matome iš tyrimo duomenų, dalis mūsų tyrimo dalyvių jautriau reagavo į dabartines stresines situacijas, tam tikrais aspektais panašias į praeityje vykusius potencialiai trauminius įvykius (10 lentelė). Be to, padidintas dirglumas gali vyrauti ir naktį, prisidedamas prie dažnai mūsų tyrime įvardintų miego sutrikimų: *„tie miegai netikri tokie, vargina, tuos košmarus sapnuoji kurių neatsimeni [T:mhm.] nu žinot – pašoka [T:mhm.] ir viskas, šiąnakt tiktai vat naktį man buvo skrandis skaudėjo, tai vaistų išgėriau*

*tai nuo trijų net iki aštuonių pamiegojau tai atrodo vat tas va buvo tikresnis miegas“ (I14, V).*

Invazijos simptomai apima įkyrių prisiminimų iš praeityje vykusios trauminės situacijos sugrįžimą į sąmonę. Tokius trauminius prisiminimus gali sužadinti tarytum nereikšmingi stimulai, užuominos, dėl to kyla intensyvūs jausmai. Tačiau yra žinoma, jog trauminiai prisiminimai nėra užkoduojami kaip įprasti atsiminimai - neretai traumas patyrę žmonės vėl išgyvena kokį nors trauminio įvykio situacijos aspektą užmaskuotu būdu, to net nesuvokiant (Herman, 1992/2006). Galime kelti prielaidą, kad ne veltui matome tam tikrą potencialiai trauminės situacijos ar jos bruožų pasikartojimą tyrimo dalyvių patirtyje (11 lentelė).

Norint apsaugoti save paprastai siekiama išvengti pakartotinio traumos prisiminimo ir su juo susijusių jausmų išgyvenimo (12 lentelė). Jausmų slopinimui pasitelkiami įvairūs sąmonės susiaurinimo būdai - vengiama ne tik minčių, susijusių su traumišku įvykiu, bet ir apskritai imama riboti savo gyvenimą, siekiant susikurti saugumo jausmą ir išvengti situacijų, galimai priminsiančių trauminę patirtį. Tad atsiranda emocinis blankumas ir atsietumas, pasyvumas, imama vengti santykių su kitais žmonėmis (Herman, 1992/2006). Neseniai Airijoje atliktame tyrime pastebėta, jog traumas patyrusių suaugusių asmenų imtyje kliniškai reikšmingi disociacijos požymiai teigiamai siejosi su tarpasmeninių santykių baime (Dorahy et al., 2013). Deja, bet ryškus vengimas atima galimybes įveikti savo situaciją, sušvelninti trauminės patirties pasekmes. Be to, traumas patyrę asmenys gali pradėti vartoti psichoaktyvias medžiagas kaip vieną iš sąmonės siaurinimo priemonių. Galbūt tai irgi gali bent iš dalies paaiškinti mūsų tyrimo imtyje būdingą vengimo įveiką ir alkoholio vartojimą.

Mūsų prielaidos apie galimą potencialiai trauminių įvykių reikšmę gali būti bent iš dalies pagrįstos remiantis TSQ klausimynu gautais rezultatais (13 lentelė). Kaip matyti šioje lentelėje, tikėtina, jog daugiau nei ketvirtadalis mėginusiųjų nusižudyti (26.7%) išgyvena potrauminio streso sutrikimą

lyginant su 6.67% tyrimo dalyvių iš bendrosios populiacijos. Gautas skirtumas nėra statistiškai reikšmingas, greičiausiai dėl mažo mėginusiųjų nusižudyti skaičiaus, tačiau tendencija, kaip matome iš duomenų, yra gana ryški.

Taip pat svarbu pridurti, jog mūsų tyrimo dalyviai 1 mėn. laikotarpyje iki tyrimo mėgino nusižudyti, kas irgi gali būti laikoma potencialiai traumuojančia patirtimi (Bill et al., 2012). Tad tai irgi galėjo padidinti tyrimo dalyvių potrauminio streso reakciją. Tačiau kiekybiniai duomenys apie gausią ankstesnę tyrimo dalyvių potencialiai traumuojančių įvykių patirtį (6 ir 7 lentelės) leidžia kelti prielaidą, jog ankstesnė patirtis turėjo ne mažesnę reikšmę.

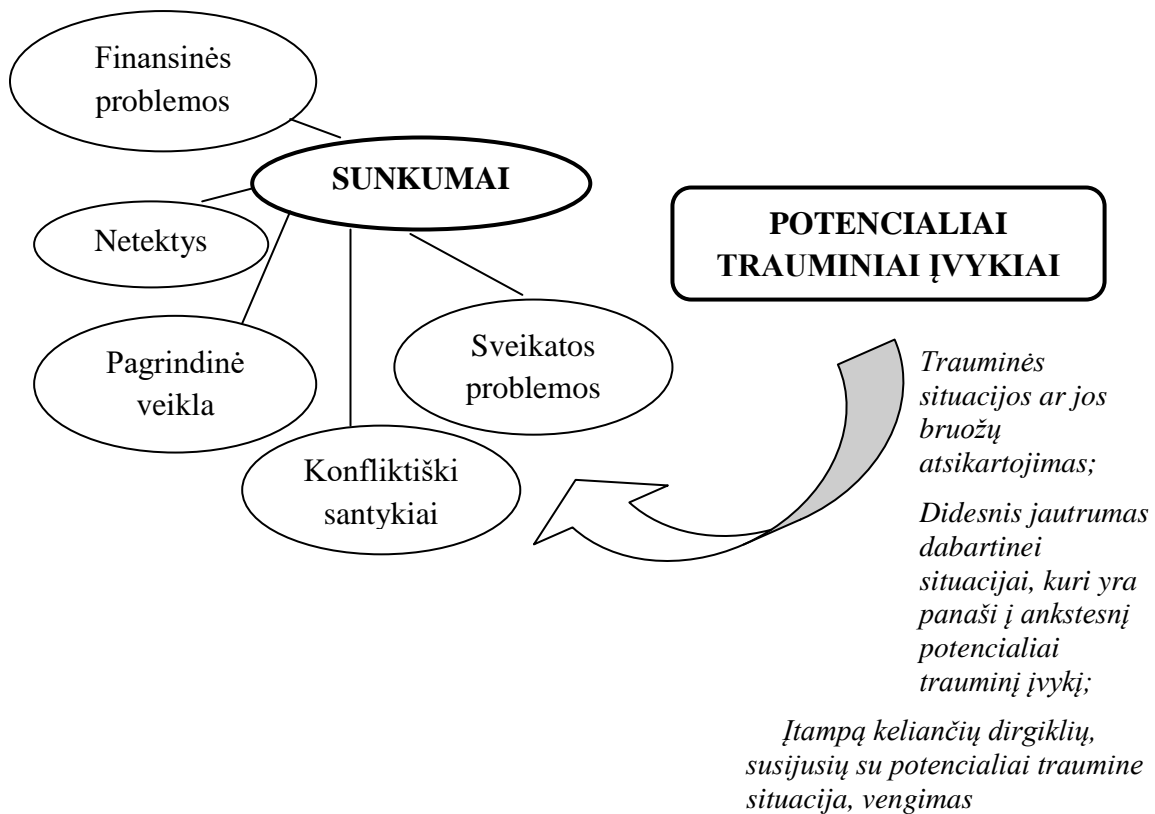
**13 lentelė.** Populiacinės imties ir mėginusiųjų nusižudyti trauminė patirtis

	Populiacinė imtis ( <i>n</i> = 600)	Mėginusieji nusižudyti ( <i>n</i> = 15*)
Trauminių įvykių skaičius (LEC) ( <i>M ir SD</i> )	3.80 (2.43)	4.67 (2.72)
Potrauminio streso simptomų intensyvumas (TSQ) ( <i>M, SD ir asmenų, patyrusių įtampą keliančius simptomus, skaičius</i> )	1.77 (2.49) ( <i>n</i> = 311)	3.01 (3.13) ( <i>n</i> = 15)
Tikėtinas PTSS (remiantis TSQ simptomų skaičiumi) ( <i>asmenų skaičius bei procentinė grupės dalis</i> )	<b>40</b> <b>(6.67%)</b>	<b>4</b> <b>(26.7%)</b>

\* 15 iš 21 mėginusiųjų nusižudyti užpildė LEC ir TSQ klausimynus.

Svarbu pabrėžti, jog tiesioginių sąsajų tarp ankstesnių potencialiai trauminių įvykių ir dabartinės savižudybės krizės tyrimo dalyviai nenurodo. Tad atrodo, kad mėginusieji nusižudyti nereflektuoja galimo praeities įvykių poveikio. Visgi, nors tyrimo dalyviai pamini juos labai trumpai (arba iš viso

nemini interviu metu), remdamiesi gautais kokybiniais ir kiekybiniais duomenimis galime kelti prielaidą, kad tyrimo dalyvių mėginimas nusižudyti gali būti susijęs su užsitęsusiu traumos integravimo į savo patyrimą procesu. Todėl manome, kad potencialiai trauminiai įvykiai veikia dabartinių sunkumų išgyvenimą – dėl patirtų ankstesnių įvykių tyrimo dalyviams dabartiniai stresiniai sunkumai turi didesnę reikšmę (2 paveikslėlis).



**2 pav.** Tyrimo dalyvių patirtų potencialiai trauminių įvykių sąsajos su dabartiniais stresiniais sunkumais

### 3. 2. 2. Emocinių išgyvenimų akumuliacija

Iš interviu žinome (9 lentelė), jog palaipsniui tyrimo dalyviai ėmė jausti įvairias intensyvias nemaloniais emocijas, kurias darėsi per sunku išgyventi: pyktį („Pavydumas toks gal ar, jis, sukėl, sukeldavo tą pyktį... Iš pradžių pavydas, o paskui jau tas... pyktis pareina...[T: Mhm... O pyktis ant ko?] Ir ant



jos, ir ant savęs, ir, aplamai... daugiau gal ant savęs...“, I8, V), neviltį („aš neįsivaizdavau, kas bus, toliau, tiesiog. Aš ne-... nemačiau ateities tiesiog. Vat viskas, mano gyvenimas žlugęs visas“, II, M), apatiją („neigiamus, labai neigiamus, labai pasidariau apatiška viskam. [T: mhm.] ir, tiesiog nežinau kaip su viskuo susitvarkyt“, III, M), nuoskaudą („jinai nei kiek neprižiūrėjo manęs nei vaikystėj nei domėjosi kaip aš. ta prasme aš ją du kartus gyvenime gal mačiau. [T:mhm.] tai yra skaudu, nes ji turi kitų anūkų, juos prižiūri“, I5, M), nerimą („tada grynai, v- didelis nerimas įtampa ir [T:mhm.], nes visą laiką žmona dar paduodavo ten, ksanakso ir dar ten to cipralekso jei nemaišau (atsikosėja), bet nepadedta tai, iš to pykčio kiek buvo tai visus sugėriau“, II4, V), liūdesį („o šiaip tai aišku tai skaudu, liūdna, nežinau, jautiesi vienišas“, II5, M), kaltę („kaltės jausmas kad tu vaikui negali skirt, daugiau dėmesio, bet vis tiek nu kažkur kažkaip ten išeit bet pabendraut tai reikia nes na aš, dar jauna nes aš gyvas žmogus, ir kaltės jausmas prieš mamą kad jinai jau pagyvenus ir kad ji, žiūri padeda žiūrėt vaiką ir kad jai sunku ir vat vat tas viskas viskas viskas susivėlė prisivėlė“, II2, M) ir kitus intensyvius jausmus.

Svarbu pridurti, jog beveik visi tyrimo dalyviai išsakė, jog iki mėginimo nusižudyti tebesitęsiant sunkumams tos emocijos palaipsniui kaupėsi, kol tapo nebepakeliamos ir prisidėjo prie minčių apie savižudybę. Ne kartą skirtingi tyrimo dalyviai, bandydami apibūdinti šį sunkumų susikaupimą, paminėjo tuos pačius ar labai panašios prasmės žodžius: „viskas susikaupė į vieną krūvą“ (pavyzdžiui, „nu sakau... išsisukdavau dar, vat prieš tą bandymą nu-... nežinau, nespėjau. kažko tai padaryt ar kažką tai nors. tas vat vis kaupėsi, kaupėsi, tos dienos vadinamos kažko tai nepadaryto. [T: mhm.] ten vis atėdinėjai, atėdinėjai, vat taip vat...ten tam prižadėjęs, kitam prižadėjęs tą, [T: mhm.], ten darbas, čia...šitos draugės palikimas...nu ir va taip va, sakau viskas į bendrą krūvą...“, I20, V; „nu dar ir su mama pyks-, pykauti dėl lošimų, dar vien su mama, šeimyninis gyvenimas. lytinis gyvenimas... nu ir va viskas taip susidėjo į vieną krūvą ir tiesiog... į kilpą norėjosi.“, II8, V).

Emocijų reikšmė, nors ir aptariama suicidinio elgesio teorijose

(Baumeister, 1990; Beck, 2005; Freud, 1920/1999; Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015; Kaslow et al., 1998; O'Connor, 2011; Orbach, 2001; Rudd, 2006; Shneidman, 1996/2002; Williams, 1997), empirinėse suicidologinėse studijose tyrinėjama retai. Pastebima, kad paprastai suicidiškų asmenų jausmai aptariami nebent nuotaikos sutrikimų kontekste (Yamokoski, Scheel, & Rogers, 2011). Tačiau remdamiesi gautais rezultatais galime teigti, kad galbūt svarbiau yra suprasti individo išgyvenamą būseną, o ne esamą (ar priskiriamą) psichikos ir elgesio sutrikimą. Tyrimo dalyvių pasakojimai atskleidė, jog esminis ypatumas, transformavęs jau kuris laikas patirtą sunkią emocinę būseną link suicidinių minčių, buvo ne tam tikros situacinės problemos, mintys ar nuotaikos, o būtent nepakeliamų emocijų kumuliacija - individo nebegalėjimas pakelti susikaupusių jausmų, kurie peržengė individo toleruojamą nemalonių emocijų slenkstį. Pavyko rasti Australijoje atliktą tyrimą, kuriame irgi pastebėta, kad iki savižudiško veiksmo palaipsniui kaupėsi emocinė įtampa, kurios lygio galiausiai tyrimo dalyviai neatlaikė (Player et al., 2015). Galbūt tai rodo, kad emocijų akumuliacija – kultūriškai universalus suicidinių minčių rizikos veiksnys, atitinkantis nepakeliamo psichologinio skausmo kategoriją (Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015; O'Connor, 2011; Orbach, 2001; Shneidman, 1996/2002).

Detaliau lemiamą emocijų vaidmenį suicidinėms mintims pristatančios suicidologinės teorijos leidžia giliau pažvelgti į gautus rezultatus. Įdomu, jog psichoanalitinės krypties suicidologų pabrėžiamas pyktis, į save nukreipta agresija (Kaslow et al., 1998) iš visų jausmų dažniausiai ir atsispindėjo tyrimo dalyvių pasakojimuose. Pyktis iš kitų jausmų išsiskiria tuo, kad savyje turi didelį energijos potencialą. Savižudiško elgesio įgyvendinimui reikia įveikti natūralią savisaugą ir kitus barjerus, tad galime svarstyti, jog pyktis šiuo atveju gali atlikti reikšmingą funkciją. Taip pat tyrimo dalyviai perteikė kitus jausmus, suicidologinėje literatūroje (Baumeister, 1990; Shneidman, 1996/2002; Williams, 1997) siejamus su savižudišku elgesiu: neviltį, nerimą, liūdesį, kaltę, bejėgiškumą, nuoskaudą, apatiją, vienišumą.

Tad iš gautų rezultatų matyti, kad vienas esminių ypatumų, vedusių tyrimo dalyvius link minčių apie savižudybę pradžios, buvo iki tam tikro kritinio taško susikaupusios emocijos, kurios tapo nebepakeliamos. Galime svarstyti, kad kiekvienas žmogus turi individualų „pakeliamos įtampos“ slenkstį, atspindintį gebėjimą atlaikyti tam tikrą sunkumų keliamą įtampą. Tai atitiktų Rudd (2006) nestabilumo-pažeidžiamumo teorijos prielaidas apie kiekvieno asmens individualų pažeidžiamumo savižudybės rizikai lygį - vienu žmonių bazinis pažeidžiamumo lygis yra didesnis, tad jiems suicidinė būseną gali rečiau aktyvuotis, tuo tarpu kitų suicidinę būseną gali paskatinti daugelis veiksnių. Kaip pamatėme analizuodami mūsų tyrimo dalyvių pažeidžiamumo savižudybės procesui ypatumus, gausi potencialiai traumuojanti praeitis, žalingos asmeninės savybės bei į vengimą orientuota sunkumų įveika galėjo mažinti mūsų tyrimo dalyvių bazinį pažeidžiamumo lygį.

### 3. 2. 3. Suicidinių minčių atsiradimas suicidologinių teorijų kontekste

Pagal mūsų duomenis, keliamo prielaidą, kad suicidiniam elgesiui mūsų kultūroje didelę reikšmę turi psichosocialiniai sunkumai. Pastebėjome šių dabartinių sunkumų tarpusavio ryšius bei galimas sąsajas su kitais savižudybės proceso kintamaisiais (asmeninėmis savybėmis, į vengimą orientuota sunkumų įveika, įgyto gebėjimo nusižudyti formavimusi) bei kėlėme prielaidą, jog būtent ankstesnė potencialiai traumuojanti tyrimo dalyvių patirtis sudarė sąlygas dabartiniams stresiniams sunkumams tapti reikšmingais suicidinių minčių atsiradimo veiksniais. Be to, atskleidėme, jog su išgyvenamais sunkumais susijusi nebepakeliamą emocijinę įtampą buvo paskutinis veiksnys, lėmęs suicidinių minčių pradžią. Kaip šios prielaidos papildė arba atsispindi suicidinio elgesio teorijų konstruktuose ir ryšiuose tarp jų?

Mūsų tyrimo rezultatai rodo, jog emocinių veiksnių vaidmuo yra itin svarbus savižudybės procese. Tai patvirtina tiek pagrindinių suicidologinių kognityvinių teorijų (Baumeister, 1990; Beck, 2005; Williams, 1997), kuriose minimas tam tikras intensyvių nemalonių jausmų vaidmuo didėjant suicidinei

rizikai, tiek suicidinio elgesio teorijų, pabrėžiančių esminį emocijų vaidmenį suicidiniame procese, išvalgas (Freud, 1920/1999; Kaslow et al., 1998; Shneidman, 1987; Shneidman, 1996/2002), taip pat ir šiuolaikinių suicidologų sutartinai įvardinamą nepakeliamo psichologinio skausmo reikšmę (Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015; O'Connor, 2011; Orbach, 2001). Panašu, kad Klonsky ir May (2015) teiginiai, jog net ne tiek svarbu, kokie sunkumai sukelia šį skausmą, bet svarbu, jog jis tampa nepakeliamas, atspindi suicidinį procesą mūsų kultūroje. Tačiau taip pat atskleidėme, kokie sunkumai ir kaip mūsų kultūroje didina suicidinių minčių riziką – sutrikdyti ryšiai su kitais (dėl tarpasmeninių konfliktų suvokta atstūmimo ir nereikalingumo patirtis, kartu su santykių netektimis), su pagrindine veikla susijusi didelė įtampa ir finansinis nesaugumas, psichinės ir fizinės sveikatos problemos, ypač žalingas alkoholio vartojimas ir miego sutrikimai. Be to, remdamiesi duomenimis iškėlėme prielaidą, kodėl šie dabartiniai sunkumai buvo tokie reikšmingi, paskatinantys suicidines mintis. Manome, jog, mūsų tyrimo duomenys gerokai praplečia šiuolaikinių suicidologinių teorijų prielaidas, kuriose paprastai galime pastebėti arba santykinai nedidelį savižudybės proceso konstrukto kiekį (Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015), arba išsamiau pateiktus savižudybės proceso etapus, tačiau pripažįstant, jog hipotetiniai ryšiai tarp svarstomų konstrukto dar nėra aiškūs (O'Connor, 2011; Orbach, 2001).

### 3. 3. Veiksniai, paskatinantys savižudišką veiksmą

Plačiau aptarėme veiksnius, kurie galėjo prisidėti prie mūsų tyrimo dalyvių minčių apie savižudybę tiek netiesioginiu, tiek tiesioginiu būdu. Šiame skyrelyje pristatysime, kokie mėginusiųjų nusižudyti patirties aspektai ir kaip galėjo paskatinti įgyvendinti suicidines mintis.

Tam tikros temos – nuostata savižudybės atžvilgiu ir savižudybei suteikiama prasmė, socialinės paramos, savižudybės planavimo ypatumai, suicidinio veiksmo metu vartojamas alkoholis ir pakitusi emocinė būseną bei paskutinė situacija iki mėginimo nusižudyti gali atspindėti veiksnius, susijusius

su perėjimu nuo suicidalinių minčių prie mėginimo nusižudyti. Šios temos ir jų smulkesnės potemės pateiktos 14, 15, 16, ir 17 lentelėse. Taip pat pateikiama iš kokybinio tyrimo duomenų išryškėjusi faktinė informacija apie suicidalinių minčių atsiradimo laiką, eigą bei suicidalinių minčių komunikaciją kitiems iki mėginimo nusižudyti.

**14 lentelė.** Temos, apibūdinančios tyrimo dalyvių nuostatą į savižudybę ir savižudybės tikslą, ir jų dažnumas analizuotuose interviu (n = 21)

	n (%)
<b>Nuostata savižudybės atžvilgiu</b>	<b>15 (71.4)</b>
• Teigiama nuostata	8 (38.1)
• Neigiama nuostata	6 (28.6)
• Emocinės būsenos paskatintas neigiamos nuostatos pokytis	3 (14.3)
<b>Suvoktas mėginimo nusižudyti tikslas</b>	<b>21 (100)</b>
• Į save nukreipti tikslai	21 (100)
○ Mirtis	21 (100)
○ Nusiramimas	5 (23.8)
• Neaiškūs tikslai	3 (14.3)
• Į kitus nukreipti tikslai	11 (52.4)
○ Supratimas	5 (23.8)
○ Noras sukelti sunkumų kitiems	4 (19)
○ Pagalba	2 (9.5)
○ Atleidimas	1 (4.8)

**15 lentelė.** Temos, apibūdinančios tyrimo dalyvių santykius su kitais žmonėmis iki mėginimo nusižudyti, ir jų dažnumas analizuotuose interviu (n = 21)

	n (%)
<b>Lūkesčiai pagalbai iš kitų žmonių</b>	<b>13 (61.9)</b>
• Emocinės paramos	12 (52.4)
• Konkrečios pagalbos	8 (38.1)
• Informacinės pagalbos	4 (19)
• Teigiamų socialinių interakcijų	2 (9.5)
• Nenorėta kitų pagalbos	<b>10 (47.6)</b>
<b>Pagalbos iš kitų žmonių siekimas</b>	<b>12 (57.1)</b>
• Tiesioginis verbalus pagalbos prašymas	11 (52.4)
○ Emocinės paramos	7 (33.3)
○ Konkrečios pagalbos	3 (14.3)
○ Informacinės pagalbos	3 (14.3)

• Netiesioginis verbalus pagalbos prašymas	4 (19)
• Vengta kreiptis pagalbos	<b>20 (95.2)</b>
○ Netikima kitų noru ar galimybėmis suteikti pagalbą	11 (52.4)
○ Norima savarankiškai išspręsti sunkumus	9 (42.9)
○ Nenoras atsiverti kitiems	9 (42.9)
○ Nenorima „apkrauti“ kitus	6 (28.6)
○ Manoma, kad tikrųjų jausmų parodymas yra silpnumo ženklas	6 (28.6)
○ Manoma, kad išsakius mintis apie savižudybę bus sulaukta neigiamų reakcijų	4 (19)
○ Nemanyta, kad pagalba buvo reikalinga	3 (14.3)
○ Nenorėta, kad kiti sutrukdytų bandymą nusižudyti	2 (9.5)
<b>Gauta pagalba iš kitų žmonių</b>	<b>16 (76.2)</b>
• Teigiamai vertinama	<b>10 (47.6)</b>
○ Emocinė parama	10 (47.6)
○ Informacinė pagalba	5 (23.8)
○ Konkreti pagalba	4 (19)
• Neigiamai vertinama	<b>10 (47.6)</b>
○ Rimtos reakcijos nebuvimas	9 (42.9)
○ Patarimai	3 (14.3)
○ Bandymai nuraminti psichoaktyviomis medžiagomis	2 (9.5)
• Pagalbos iš kitų nesulaukė	<b>2 (9.5)</b>
<b>Aplinkinių elgesys, trukdęs įveikti sunkumus</b>	<b>11 (52.4)</b>
• Tikrosios tyrimo dalyvio emocinės būsenos nepastebėjimas	4 (19)
• Neigiamos reakcijos į tyrimo dalyvį	<b>10 (47.6)</b>
○ Moralizavimas ir smerkimas	5 (23.8)
○ Nenoras padėti	3 (14.3)
○ Perdėta kontrolė	2 (9.5)
○ Patyčios	2 (9.5)
○ Rūpestis	1 (4.8)

**16 lentelė.** Temos, apibūdinančios tyrimo dalyvių savižudybės planavimo ypatumus, ir jų dažnumas analizuotuose interviu (n = 21)

	<b>n (%)</b>
<b>Savižudybės planavimas</b>	<b>15 (71.4)</b>
• Apsvarstoma savižudybės priemonė	15 (71.4)
○ Pagal priemonės prieinamumą	11 (52.4)
○ Pagal suvoktą priemonės tikslą	1 (4.8)
○ Pagal suvoktą mažesnę priemonės žiaurumą, skausmingumą	4 (19)

• Apsvarstoma savižudybės priemonė, vieta	4 (19)
• Apsvarstoma savižudybės priemonė, vieta, laikas	1 (4.8)

Iš kokybinio tyrimo taip pat išryškėjo tam tikri duomenys, susiję su **minčių apie savižudybę atsiradimo laiku ir eiga.**

Apskritai pirmąkart tyrimo dalyviai apie savižudybę pagalvojo įvairiais amžiaus tarpsniais: paauglystėje (n = 7), jaunystėje (n = 3), suaugusiame amžiuje (n = 6) bei senatvėje (n = 1). O pirmosios mintys apie savižudybę pastarojo meto suicidinėje krizėje atsirado likus keletui metų iki savižudiško veiksmo (n = 11), savaitės eigoje (n = 1), ar tą pačią dieną (n = 9). Tačiau net jei mintys nusižudyti atsirado savižudiško veiksmo atlikimo dieną, beveik visi tyrimo dalyviai išsakė, jog iki tol išgyveno intensyvias sunkiai pakeliamas emocijas, kurios palaipsniui kaupėsi (8 lentelė), tad mintys nusižudyti buvo galutinė nebepakeliamos emocinės būsenos pasekmė.

Taip pat nustatėme, kaip keitėsi tyrimo dalyvių mintys apie savižudybę iki suicidinio veiksmo. Didžiosios dalies (n = 12) mėginusiųjų nusižudyti mintys apie savižudybę buvo pastovios: jos arba palaipsniui stiprėjo (n = 4) („*kaip atsirado? [T:mhm.] po truputį, su, didėjant tai, tarkim tai pačiai psikusnesnei psichologinei būsenai [T:mhm.], (atsikrenkščia) pri- kaip pasakyti, ta kreivė pas mane kuo daugiau [T:mhm.] man kiekvieną sykį darėsi vis sunkiau kiekvieną dieną, [T:mhm.] su diena, pradėjo atsirast ta mintis*“, I14, V), arba kildavo reguliariai (n = 10), susidarius tam tikroms sąlygoms: vartojant alkoholį (n = 2), susikaupus intensyviems jausmams ar problemoms (n = 7) („*kai tik kažkas vat sumoka, dar kažkaip vis gauni tuos pinigėlius [T:Mhm], palengvėja. Kai sakoma nu, jau kitas rūpestis, ir viskas, tada ir gerai žinokit, tada jokių minčių nėra*“, I2, M), arba mintys apie savižudybę visuomet buvo daugiau ar mažiau intensyvios (n = 3) („*tas keitimasis yra toks kad tu galvoji kaip tai padaryti, ištisai mintis kaip tai padaryt, [T:mhm.] ir vieną kart bandai ir kitą kart, ir nesigauna, tai iš vis yra blogai. po kažkiek laiko tu atsigauni ir tau vis tiek ta mintis yra*“, I5, M).

Be to, išryškėjo duomenys, susiję su **suicidinių minčių komunikacijos kitiems iki mėginimo nusižudyti** ypatumais.

Iki savižudiško veiksmo dauguma tyrimo dalyvių (n = 17) neišsakė savo ketinimų nusižudyti kitiems: „*žinot, tai, nnn- netgi gal tu ten jeigu tu nori ten pasirodyti, nežinau gal kažkoks viduj ir yra, nu ten norėjimas pasakyti, žinai aš nueisiu ir nusižudysiu. [T: mhm.] bet kai jau pasakysi, nie- nieks į tave nereaguos. o aš nežinau, aš tikrai niekam nesakiau ir ne ne ne negrasinau, ir nekalbėjau jokių kitų dalykų*“ (I15, M). Tuo tarpu mažesnė dalis (n = 8) komunikavo apie savo suicidinę krizę kitiems: pastebėjome įvairius neverbalinius (n = 2) bei tiesioginius (n = 3) ar netiesioginius (n = 5) verbalinius būdus, kuriais tyrimo dalyviai davė suprasti aplinkiniams apie ketinimą nusižudyti. Pavyzdžiui, keletas tyrimo dalyvių tiesiogiai sakė aplinkiniams, kad ketina save sužaloti: „*ši kartą aš jau ir sakiau, kad aš pasidarysiu kažką... nuraminkit mane, aš pasidarysiu tikrai sau kažką ir darydarykit, raminkit mane, darykit ką nors...bet, niekas, manim netikėjo*“ (I9, M). Savo ketinimus išsakę tyrimo dalyviai minėjo tam tikrus lūkesčius aplinkiniams (n = 4), paprastai tikėdamiesi fizinio išgelbėjimo (n = 2) ar atkalbėjimo nuo savižudybės, už kurio galime pastebėti norą pamatyti rūpestį tyrimo dalyviu (n = 2): „*man tiesiog norėjosi, kad jis... gal... jis pasakytų apsiramink, ką tu sakai, aš tave myliu. va taip va, vot šito man norėjosi... kad viskas bus gerai, kad būtų kaip vis- anksčiau viskas. man tiesiog šito norėjosi...*“ (I1, M).

Tačiau dažniausiai aplinkiniai reagavo (n = 5) į tokius tyrimo dalyvių pranešimus abejingumu (n = 3), netikėjimu ketinimo nusižudyti rimtumu ir provokavimu nusižudyti (n = 3) (pavyzdžiui, „*ne, niekas nieko nesakė, nieks nieko nedarė. sakė nu „polnyj bried“.* [T: mhm] *nes mes bendraujame tenais rusų kalba. „polnyj bried“, nusišnekėjai sako*“, I4, V) ar draudimu kalbėti apie savižudybę, draudimu nusižudyti (n = 2). Nors pastaroji aplinkinių reakcija tyrimo dalyvių buvo priimta teigiamai, kaip parodanti jų svarbą kitiems, tačiau kitos anksčiau minėtos aplinkinių reakcijos turėjo neigiamą poveikį (n = 5), paprastai (n = 4) tik dar labiau paskatinusios nusižudyti: „*aš buvau, aš buvau*



*susitikus su psichiatrais ir aš kalbėjau su jais tą dieną apie tai, kaip man atrodo, kad mano gyvenimas jau yra baigtas. ir em jų atsakym- ir kad čia yra mano pasirinkimas ir kodėl jūs čia dabar lendat prie manęs ir jų atsakymas buvo na tai jei tai yra tavo sprendimas tai mes tau nieko nebegalime padėti. [T: mhm]. ir tai buvo lyg postūmis po mašinos ratais galima taip pavadinti. dėl to, kad na psichiatrai yra tie žmonės kurie turėtų tau padėti ir aš manau, kad joks psichiatras ir šiaip sveiko proto žmogus negalėtų tau paimt ir pasakyt kai tu rimtai-- gal čia buvo jų atvirkštinė psichologija ar dar kažkas, bet jinai nesuveikė akivaizdžiai, tai po to atsakymo aš pasijutau visiškai viena ir kad man tikrai niekas nebegali padėti ir taip ir įvyko viskas“ (I7, M).*

**17 lentelė.** Temos, apibūdinančios tyrimo dalyvių suicidinių veiksmą, ir jų dažnumas analizuotuose interviu (n = 21)

	<b>n (%)</b>
<b>Paskutinė situacija iki bandymo nusižudyti</b>	<b>17 (81)</b>
• Sunkių jausmų protrūkis	11 (52.4)
• Konfliktas su artimu asmeniu	8 (38.1)
• Atstūmimo santykiuose suvokimas	4 (19)
• Artimojo mirtis	1 (4.8)
<b>Alkoholio įtaka savižudiško veiksmo įgyvendinimui</b>	<b>9 (42.9)</b>
• Alkoholio vartojimas mėginimo nusižudyti metu	9 (42.9)
• Alkoholis įgalina ar palengvina suicidinio veiksmo atlikimą	2 (9.5)
<b>Emocinė būseną bandymo nusižudyti metu</b>	<b>9 (42.9)</b>
• Kontrolės praradimas, nesivaldymas	8 (38.1)
• Pyktis	4 (19)
• Apleistumas	2 (9.5)
• Ramybė	1 (9.5)

### 3. 3. 1. Savižudybės vertinimas

Iš 14 lentelės matyti, jog tyrimo dalyviai iki mėginimo nusižudyti laikėsi tiek teigiamų, tiek neigiamų *nuostatų savižudybės atžvilgiu*. Teigiamai vertinę savižudybę tyrimo dalyviai minėjo, kad savižudybė bendrai yra tinkamas problemų sprendimo būdas arba kiekvieno žmogaus teisė; kad per

dideli sunkumai gali pateisinti savižudybės pasirinkimą; bei išsakė nenorą būti našta kitiems kaip tinkamą savižudybės pasirinkimo pagrindimą (pavyzdžiui, „nežinau, ne- negaliu atsakyt net. Mano atveju tai aš, jokios žinutės čia, [T:mhm.] tikrai tai kad man taip atrodo, ir dar atrodo kad aš nu, tai lengviausia išeitis [T:mhm.] .hhh pagelbėt visiems kitiems [T:mhm.], šeimai ir taip toliau kad nebūt našta“, I14, V). Taip pat galime kelti prielaidą, kad buvo ir daugiau tyrimo dalyvių, kurie iki mėginimo nusižudyti vertino ar ėmė teigiamai vertinti savižudybę, nes galiausiai mėgino nusižudyti. Tuo tarpu neigiamai savižudybę vertinę tyrimo dalyviai minėjo, kad savižudybė nieko neišsprendžia, akcentavo neigiamas savižudybės pasekmes artimiesiems: „aš, aš negalvoju, kad man kils vat ta mintis [T: Mhm] apie savižudybę, ypač kai jau pati pagimdžiau ir jau tapau mama [T: Mhm], aš net, neįsivaizdavau kad aš, galiu tai padaryt [T: Mhm], ir palikt vaiką vieną, nu. Man kraupu pasidarydavo“, I12, M). Įdomu, kodėl galėjo keistis dalies tyrimo dalyvių neigiama nuostata savižudybės atžvilgiu, kad visgi buvo atliktas savižudiškas veiksmas. Kaip matome iš tyrimo duomenų, sunki emocinė būseną daliai jų paveikė ankstesnį neigiamą požiūrį į savižudybę (pavyzdžiui, „tai, kad aš priėjau iki to, kad buvo tas bandymas yra turbūt aš manau, kad tai yra išdava to kiek man tuo metu buvo blogai ir kaip aš tuo metu kaip aš tuo metu blogai tikrai jaučiausi [T: mhm] ir buvau paskendus visose negerose ir tamsiose mintyse“, I17, M).

Pasak Gailienės (2001), svarbų vaidmenį savižudybės procese atlieka pozityvios socialinės nuostatos savižudybių atžvilgiu. Tai patvirtina tarpkultūriniai 31 pasaulio šalių duomenys apie gyventojų nuostatas savižudybių atžvilgiu - gauta, kad aukšti valstybių savižudybių rodikliai yra susiję su jose gyvenančių žmonių palankiomis nuostatomis savižudybių atžvilgiu (Stack & Kposowa, cit. iš. Lester, 2012). Ankstesniuose empiriniuose tyrimuose nuostatos savižudybių atžvilgiu įvardinamos kaip vienas iš svarbių kintamųjų, padedančių suprasti asmens suicidinę riziką - didesnės suicidinės rizikos asmenys paprastai laiko savižudybę priimtinesne nei mažesnės rizikos (Lošakevičius, 2005; Skruibis et al., 2008). Tai parodė ir mūsų tyrime gauti

duomenys. Bet taip pat remdamiesi gautais rezultatais galime praplėsti supratimą apie nuostatų savižudybių atžvilgiu kaitą. Egzistuoja įvairios nuomonės, kodėl gali keistis nuostatos į įvairius reiškinius, tarp jų ir į savižudybę. Pažintinio disonanso teorijoje teigiama, jog asmens elgesys gali veikti esamas nuostatas – jeigu elgesys neatitinka požiūrio, kuriuo vadovaujasi žmogus, dėl tokio neatitikimo tarp elgesio ir nuostatų kyla įtampa, kurią mažindamas asmuo gali imti priderinti savo ankstesnę požiūrį prie elgesio (Festinger, 1962). Kiek mažiau nei pusė mūsų tyrimo dalyvių anksčiau yra mėginę nusižudyti, tad galime svarstyti, jog dalis jų galėjo vertinti savižudybę priimtinau. Kitame, Australijoje atliktame, mėginusiųjų nusižudyti tyrime pastebėta, kad dabartinėje suicidinėje krizėje esančiam žmogui, susiduriančiam su vis pasikartojančiomis mintimis apie savižudybę kaip galimą savo problemų sprendimo būdą, šios reguliarios mintys ima normalizuoti savižudybę kaip priimtina išeiť (Player et al., 2015), tad galime manyti, kad atsirandančios mintys apie savižudybę keičia ar sustiprina esamas pozityvias nuostatas savižudybių atžvilgiu. Tačiau tai tik prielaidos – remdamiesi interviu gauta informacija, tvirčiau galime teigti tik intensyvių emocijų vaidmenį. Dalis tyrimo dalyvių interviu metu įvardino, kad jų požiūris į savižudybę keitėsi iki savižudybę pateisinančio dėl to, kad jie nebegalėjo išverti sunkios emocinės būsenos. Galime manyti, jog panašiai nutiko ir kitiems anksčiau neigiamai vertinusiems savižudybę tyrimo dalyviams – juk, kaip pamatėme iš duomenų apie mėginusiųjų nusižudyti sunkumus iki savižudiško veiksmo (9 lentelė), beveik visi tyrime dalyvavę asmenys jautė intensyvias nemalonias emocijas, kurios palaiptu tapo nebepakeliamos.

Tyrimo dalyvių įvardinamas *mėginimo nusižudyti tikslas* svyravo nuo į save nukreiptų, tokių kaip mirtis (pavyzdžiui, „*tikėjaisi numirti*“ (I1, M); „*man gal buvo, tuo metu atrodė kad tai yra teisingiau pasitraukti iš gyvenimo, negu tęsti skausmą*“ (I11, M)) ar nusiramimas (pavyzdžiui, „*tai buvo toks mano mąstymas. gilus įsitikinimas, kad man viskas bus nutraukta, ir man palengvės. [T:mhm.] man palengvės, nebus rūpesčių, nebus bėdų*“, I5, M), iki į

kitus nukreiptų tikslų, siekiant parodyti kitiems sunkią savo būseną ir sulaukti supratimo, pagalbos, atleidimo ar sukelti sunkumų (pavyzdžiui, „žinau, kad jis tada supras, kada pamatys mane negyvą jis supras, ką jis padarė. [T:mhm.] kad... kad jis kaltas“, I1, M).

Pasak Lester (2012), individo suvokiama savižudiško elgesio prasmė tiksliausiai pamatoma per asmens išsakomus suicidinio elgesio motyvus. Mokslinėje literatūroje aptariant suicidinį elgesį dažniausiai kalbama apie norą mirti arba tokio noro stiprumą (De Leo et al., 2006). Remdamiesi noro mirti stiprumu tyrėjai kategorizuoja savižudišką elgesį, kur savižudybe bei mėginimu nusižudyti laikomas toks elgesys, kurio motyvacijoje pastebimas tam tikro lygio noras mirti (Silverman et al., 2007; McLaughlin, 2007; Nock, 2010). Iš mūsų duomenų matyti, kad visi tyrimo dalyviai susidūrė su tokia didele kančia savo gyvenime, kad norėjo ją nutraukti. Taip pat iš gautų duomenų matome, kad nors visi tyrimo dalyviai tiesiogiai arba netiesiogiai paminėjo norą mirti, tačiau šalia jo paminėjo ir kitus intrapsichinius ar interpersonalinius tokio elgesio tikslus. Tai, kad šalia noro mirti yra įvardinami ir kiti motyvai, nestebina, turint omenyje sudėtingą savižudiško elgesio motyvaciją. Jau pirmieji mirtimi nepasibaigusio suicidinio elgesio tyrėjai pastebėjo tokio elgesio tikslų įvairiapusiškumą (Kreitman, cit. iš Plužek, 1996), panašūs duomenys gaunami ir pastaruosiu metu (Hjelmeland et al., 2002). Pasak Knizek ir Hjelmeland (2007), savižudiško elgesio tikslas yra ne tik mirti, kaip paprastai manoma tradicinėse suicidinio elgesio teorijose, bet tuo pačiu egzistuoja ir komunikacinis tikslas – norima perduoti tam tikrą žinutę kitiems. Kiekvienam elgesiui būdinga tai, kad jis vyksta platesniame socialiniame ir sociokultūriniame kontekste, todėl natūralu, jog ir suicidinis elgesys neša savyje tam tikrą informaciją kitiems. Kaip teigia Fleisher (cit. iš Knizek & Hjelmeland, 2007), suicidinį elgesį galima laikyti normaliu komunikacijos būdu nenormaliomis sąlygomis – tada, kai įprasti komunikacijos būdai nebėra pakankami. Kodėl įvyksta tokia kraštutinė komunikacija, turėjome galimybę pastebėti gilindamiesi į tyrimo dalyvių socialinės paramos ypatumus.

### 3. 3. 2. Socialinės paramos ypatumai

Keliame prielaidą, jog tam tikri su tyrimo dalyvių socialine parama susiję ypatumai (pavyzdžiui, polinkis spręsti sunkumus vengiant socialinės paramos) prisidėjo prie bendro pažeidžiamumo savižudybės procesui, tačiau, remdamiesi tyrimo duomenimis, galime manyti, jog socialinės paramos ypatumai išryškėja jau esant dabartiniams sunkumams, tiesiogiai prisidėjusiems prie suicidinių minčių atsiradimo.

Kaip matome iš 15 lentelės, egzistuoja ryški tyrimo dalyvių ambivalencija aplinkinių pagalbos atžvilgiu. Beveik visi tyrimo dalyviai vengė dalintis savo sunkumais su kitais dėl įvairių priežasčių, iš kurių dažniausios: netikima kitų noru ar galimybėmis suteikti pagalbą (pavyzdžiui, „*nu kas čia tau ką padės, kiekvienas gyvena savo gyvenimą, kas čia tau padės*“, I17, M), norima savarankiškai išspręsti sunkumus („*o kokios pagalbos susidūręs su savo sunkumais norėjote gauti iš kitų? D: visiškai jokios [T:mhm.], visiškai jokios [T:mhm.], aš turiu pats susitvarkyt. Kaip ir viskas visą laik [T:mhm.] aš pats viską turiu. Iš tikrųjų jokios nenorėjau*“, I14, V), nenorima atsiverti kitiems („*kadangi aš nemėgstu dalintis nei savo jausmais [T: mhm.] nei kažkokiais potyriais nei dar kažkuo, aš niekada su niekuo nesikalbėjau, niekam nieko nesakiau, tai, ir priėjau iki tokio dalyko*“, I15, M). Kita vertus, kiek daugiau nei pusė tyrimo dalyvių minėjo, kad tam tikru metu iki mėginimo nusižudyti yra tiesiogiai siekę pagalbos iš kitų. Dažniausiai buvo siekta emocinės paramos: „*Tai vat aš tuo ir bandžiau, aš sakiau aš žmogiškai sakiau [T: Aha.] sakau, žodžiais aš sakiau, kad sakau supraskit mane man reikia to*“ (I5, M), trys iš emocinės paramos besikreipusiųjų išsakė savo mintis apie savižudybę: „*nu, šį kartą aš jau ir sakiau, kad aš pasidarysiu kažką... nuraminkit mane, aš pasidarysiu tikrai sau kažką ir dary- darykit, raminkit mane, darykit ką nors...bet, niekas, manim netikėjo*“ (I9, M). Rečiau tyrimo dalyviai kreipėsi pagalbos į aplinkinius netiesiogiai: „*nu aš tada bandau kalbėt kažką tais. nes mama pastebi kad prieš... bent jau kaip man mama sako, prieš kiekvieną mano bandymą... aš darausi lipšni, ir aš bandau kalbėt kažką, kažką*

*sėdėt prie jos... [T: mhm.] kažką... nors aš to nepastebiu pavyzdžiui...kad aš su ja kalbuosi, e... ban- bandau save raminti kažkaip, ra- ramiais pokalbiais tokiais [T: mhm.], kad jin man kažką papasakotų, kažkas tokio“ (I9, M).*

Besigilinant į tyrimo dalyvių lūkesčius pagalbai iki mėginimo nusižudyti supratome, kad nors beveik pusė dalyvių minėjo, kad nenorėjo kitų pagalbos, didžioji dauguma išreiškė įvairius lūkesčius aplinkinių pagalbai - daugiausiai iki bandymo nusižudyti jie norėjo sulaukti emocinės paramos: realistiško padrąsinimo, įgalinančio veikti pagal suvokiamas galimybes ir nedidinančio bejėgiškumo (*„man gal daugiau norėjosi išgirsti, kad man sakyty, tu bandyk kovoti, kad viskas būtų gerai. nepalikinėk jo, rūpinkis juo. o man visi atvirksčiai sake“*, I1, M); išgyvenimų supratimo ir priėmimo (*„skirt daugiau dėmesio kai kada išklausti, nes nelabai, visąlaik nelabai turėdavau su kuo pasišnekėt, išsiliet taip jausmams, tai dažniausiai taip savyje laikydavau, arba sau išsikalbėdavau. tai gal tiesiog supratingumo arba tiesiog, išsiklaustyt“*, I11, M); pagalbos reguliuojant emocijas, nuraminimo. Daugiau nei trečdalis tyrimo dalyvių tikėjosi konkrečių veiksmų iš aplinkinių: aktyvių kito žmogaus veiksmų sprendžiant problemas (*„tikėjau norėjau, kad padėtų, kad ateitų paklaustų gal padėt ką reikia, niekuomet visą laiką turi prašyt“*, I21, M); darbų pasidalijimo; medikamentinės pagalbos (*„norėjau paprašyt vaistų, bet man jų niekas nedavė“*, I9, M). Taip pat tyrimo dalyviai ieškojo informacinės paramos: patarimų, galinčių padėti spręsti esamas problemas (*„jo, aš atėjau, kai aš atėjau, pasakiau, kad man reikalinga psichologas, kažkoks žmogus ta prasme su žinantis savo darbą ir žinantis kaip patarti, [T: mhm.] nes man, aš pati ir pati sau galiu kartais pasitarti bet matot ne iki galo (juokiasi)“*, I15, M); konstruktyvaus atsiliepimo apie savo mintis ar elgesį (*„pasakiau, kad gal noriu taip padaryti. bet po to jis sakė, kad nedaryčiau taip. <...> [T: ir kokios tikėjaisi draugo reakcijos?] nu kad jis tai ir pasakys, kad nieko nedaryčiau“*, I10, M).

Svarbu paminėti, kad didesnė dalis (n = 6) tyrimo dalyvių, neišreiškusių poreikio kitų pagalbai, visgi jos sulaukė prieš ar po bandymo nusižudyti, ir tai pozityviai keitė ankstesnius neigiamus lūkesčius kitų atžvilgiu (pavyzdžiui,

„aš netikėjau nenorėjau aš nieko nenorėjau važiuot [T:mhm.]. čia iš tikrųjų nu atvežė mane, aš pats būčiau net ne-, net man minties nekilo važiuot ir aš pas tą psichoterapeutę vis atidėdinėjau paskambinsiu rytoj rytoj, rytoj rytoj [T:mhm.] nu privertė jau, žmona tai, taip ir nuvažiavau. Būčiau nenuvažiavęs tai turbūt jau, po žeme būčiau“, I14, V).

Taip pat matome, jog tyrimo dalyviai iki mėginimo nusižudyti siekdami pagalbos sulaukė įvairių aplinkinių reakcijų, kurias vertina teigiamai ar neigiamai. Beveik pusė tyrimo dalyvių susilaukė jiems padėjusių kitų žmonių reakcijų, iš kurių labiausiai vertino emocinę aplinkinių paramą: supratimą, skatinimą nenusižudyti, rūpesčio parodymą, palaikymą, leidimą išsikalbėti, ar tiesiog domėjimąsi jų sunkumais. Pavyzdžiui: „*būdavo kažkoks tai pokalbis, kada tu gali išsipasakoti. Ir tau tiesiog pasidaro geriau*“ (I6, M). Kita vertus, beveik pusė tyrimo dalyvių patyrė aplinkinių reakcijas, kurias vertino kaip jiems nepadėjusias; dažniausiai kenkė rimtos reakcijos nebuvimas išsakius sunkumus - nepriėmimas rimtai ar skatinimas nesureikšminti sunkumų, nesigilinimas į išsakomus sunkumus: „*nu aš... sakiau gydytojai kad man tai yra sunku man sunkūs tie jausmai [T: mhm.], ir kad aš bandysiu nusižudyti aš sakiau gydytojai, [T: mhm.] bet ir... bet nieks manęs rimtai nepaklausė. ir... dėl to man buvo labai sunku ant širdies*“ (I9, M).

Tyrimo dalyviai taip pat kalbėjo apie jų socialinius santykius atspindintį aplinkinių elgesį iki tyrimo dalyvių mėginimo nusižudyti, trukdžiusį jiems įveikti išgyvenamus sunkumus; šis kitų žmonių elgesys tyrimo dalyvių buvo minimas bendrai aptariant jų socialinių santykių ypatumus, tai nebuvo aplinkinių reakcijos į tyrimo dalyvių pagalbos siekimo būdus (jas sugrupavome į temą „Gauta pagalba iš kitų žmonių“). Iš gautų duomenų matyti, jog aplinkiniai galbūt galėjo padėti sunkumų turėjusiems ar apie savižudybę galvojusiems tyrimo dalyviams, tačiau dalis jų tiesiog galėjo nežinoti, ką tyrimo dalyvis išgyvena; tai galime sieti su tyrimo dalyvių vengimu siekti pagalbos ir parodyti tikruosius savo jausmus: „*na šiaip tai sakau niekas praktiškai nežinojo, kad man sunku, nu jeigu ten paskambindavo draugės ar ten ar pažįstami ten jau, ar darbe ten su su kolektyvu viskas tvarkoj viskas*

*gerai, [T: Mhm] aš šypsausi, aš visada, stengiuos visada, gerai atrodyt kad niekas nieko nepagalvotų na kam, kam to reikia“ (I12, M). Taip pat dažnai tyrimo dalyviai patyrė aplinkinių kritiką, moralizavimą, smerkimą: „sako, ateities neturėsi, nieko nepasieksi gyvenime, ubagas būsi, nu tai... ir, galvoji, tai kam man gyventi tada“ (I18, V). Galima teigti, kad jų priėmimą atspindinčias kitų reakcijas (reikalingumo ir svarbos patvirtinimą, rūpesčio parodymą, proaktyvią pagalbą) mėginusieji nusižudyti vertina teigiamai; tuo tarpu įvairias su atstūmimu sietinas reakcijas (neatsižvelgimą į emocinę būseną, patyčias, moralizavimą, kritiką, kaltinimus) tyrimo dalyviai vertina neigiamai.*

Aptardami mėginusiųjų nusižudyti socialinį kontekstą daugiau dėmesio skirsime *socialinės paramos vengimo* priežastims, nes empirinių duomenų šia tema beveik nėra. Nors pastebima, jog apie savižudybę galvojančios arba mėginę nusižudyti asmenys linkę vengti pagalbos iš kitų (Deane et al., 2001; Barnes et al., 2001; Wen et al., 2013), tačiau apie pagalbos vengimo priežastis beveik nežinoma – dauguma tyrimų šia tema yra epidemiologiniai, besiremiantys mokinių ar studentų imtimis, todėl žinios apie mėginusiųosius nusižudyti yra itin menkos (Michelmores & Hindley, 2012). Išskyrus du kokybinius tyrimus, kuriuose analizuotos pagalbos vengimo priežastys galvojusiųjų apie savižudybę arba mėginusiųjų nusižudyti suaugusiųjų imtyse JAV (Freedenthal & Stiffman, 2007) ir Naujojoje Zelandijoje (Nada-Raja, Morrison, & Skegg, 2003), daugiau tyrimų šia tema nepavyko rasti. Be to, asmens kultūrinė aplinka apibrėžia įvairias socialines normas, tarp jų ir nuostatas į pagalbos siekimą (Kim et al., 2008), todėl norint geriau suprasti suicidinę elgesį Lietuvoje, svarbu geriau pažinti mėginusiųjų nusižudyti pagalbos vengimo priežastis mūsų imtyje.

Mūsų tyrimo dalyviai išreiškė itin stiprų vengimą ieškoti pagalbos iki mėginimo nusižudyti. Dauguma minėjo situacijas, kuriose nesikalbėjo apie savo sunkumus su potencialiais socialinės paramos šaltiniais, o maždaug pusė tyrimo dalyvių apskritai nesikreipė jokios pagalbos iš aplinkinių. Tokie rezultatai yra panašūs į kitų tyrėjų iš JAV (Barnes et al., 2001) ir Kinijos (Wen



et al., 2001) gautus duomenis, rodančius, jog suicidiški asmenys yra linkę vengti pagalbos iš kitų asmenų. Panašu, jog vengimas dalintis savo sunkumais su aplinkiniais yra vienas iš reikšmingų, kultūriškai universalių veiksnių, gilinančių savižudybės krizę.

Priežastys, dėl kurių mėginusieji nusižudyti nesiekė kitų pagalbos, atspindi nepasitikėjimą kitais bei perdėtą savarankiškumą. Dažniausiai tyrimo dalyviai galvojo, jog *kiti žmonės nenori arba negali jiems padėti*, arba jog *kitais apskritai negalima pasitikėti*. Tokie įsitikinimai rodo neigiamus lūkesčius aplinkinių atžvilgiu. Panašios priežastys, susijusios su netikėjimu kitų galimybėmis padėti, pastebimos ir kituose tyrimuose; visgi toks stiprus nepasitikėjimas nėra taip ryškiai išreikštas, kaip matome mūsų tyrimo imtyje – paprastai mažiau nei 20% tyrimo dalyvių vengia pagalbos dėl nepasitikėjimo kitais (Freedenthal & Stiffman, 2007; Nada-Raja et al., 2003). Tačiau svarbu pridurti, jog reiškinių, jų įvertinimo būdų bei imčių ypatumų skirtumai gali turėti įtaką tokiam tyrimų rezultatų skirtumui. Gali būti, jog tokie įsitikinimai apie kitus yra susiję su ankstesnėmis negatyviomis patirtimis, pavyzdžiui, netinkamomis kitų reakcijomis į tyrimo dalyvių bandymą išreikšti sunkumus: „*Iš pradžių stengdavausi, bendrauti, išsikalbėt bandydavau, bet kaip nu, pastebėdavau kad tiesiog kitiems nerūpi, nelabai klausia, nelabai gilinasi į tai, tai tiesiog, apleidau rankas, nustojau tai daryt*“ (I11, M). Kita vertus, kiti veiksniai taip pat galėjo prisidėti prie ryškaus nepasitikėjimo kitais. Socialinis sutelktumas Lietuvoje yra žemas; jam gali daryti įtaką tokie dabartinės situacijos šalyje veiksniai, kaip pajamų lygybės trūkumas (Dragolov et al., 2013). Tuo pačiu, tarpusavio nepasitikėjimą galėjo lemti ir su mūsų tautos istorija susiję veiksniai – ilgalaikė baimė ir nesaugumas, vyravę sovietmečiu (Aarelaid-Tart, 2006; Gailienė, 2008). Be to, svarbu paminėti, jog dalis tyrimo dalyvių nekalbėjo su aplinkiniais būtent apie savižudiškas mintis, nes tikėjosi neigiamų reakcijų – smerkimo, kaltinimų: „*[T: o kokių būtumėt reakcijų tikėjus jeigu būtumėt pasakius, kaip būtų sureagavę?] D: nu būtų išvadinę durne ir beprote nu. [T: mhm.] ar net taip va pasijuokę*“ (I17, M). Tai atspindi savižudybių stigmą visuomenėje. Kiti tyrėjai taip pat pastebi pagalbos vengimo

priežastis, susijusias su savižudiško elgesio stigma (Freedenthal & Stiffman, 2007; Nada-Raja et al., 2003). Šalyse, kuriose yra aukštesni savižudybių rodikliai, pastebimi dažnesni internalizuoti stigmatizuojantys vertinimai bei gėda, susijusi su savižudišku elgesiu, taip pat labiau vyraujantys neigiami įsitikinimai, susiję su pagalbos siekimu (Reynders et al., 2014). Žinome, jog savižudybių paplitimas Lietuvoje yra vienas didžiausių pasaulyje. Žalingas psichiatrijos vaidmuo ir psichikos sutrikimų bei savižudybių stigmatizavimas, vyravę sovietmečiu, taip pat greičiausiai prisidėjo prie smerkiančio apie savižudybę galvojančių žmonių požiūrio.

Reikšminga tyrimo dalyvių dalis manė, jog kiekvienas su savo sunkumais *privalo susitvarkyti savarankiškai*, be kitų pagalbos, bei išsakė *nesantys linkę kalbėti apie savo sunkumus su kitais*. Panašios pagalbos vengimo priežastys pastebimos ir kituose tyrimuose – perdėtas savarankiškumas kaip kliūtis siekti paramos tiek iš formalių (15.3%), tiek iš neformalių (10.8%) pagalbos šaltinių nustatytas JAV tyrimo dalyvių imtyje (Freedenthal & Stiffman, 2007). Įvairios nuostatos, kliudančios siekti pagalbos (39%), tarp jų ir įsitikinimas, kad kiekvienas turėtų būti pakankamai stiprus savarankiškai išspręsti savo asmenines problemas, buvo minėtos Naujojoje Zelandijoje atliktame tyrime (Nada-Raja et al., 2003), nors ir ne taip ryškiai, kaip mūsų imtyje. Matome, kad šie perdėti lūkesčiai sau yra sutinkami įvairiose kultūrose ir gali vaidinti svarbų vaidmenį savižudybės procese.

Dalis mėginusiųjų nusižudyti išsakė *nenorą sukelti sunkumų kitiems* kaip priežastį nesikreipti pagalbos į kitus. Tyrimo dalyviai vengė būti „našta“ kitiems, nenorėjo sukelti nemalonių emocijų: *„Aš tiesiog, aš nemėgstu kaip, apkraut kažko savo ten, problemom, nes visos turi savo gyvenimus savo šeimas, [T: Mhm] viena mano geriausia vaikystės draugė [UŽSIENIO ŠALYJE], ir jinai, mes su ja taip susiskambinam pastoviai bet jinai buvo nėsčia jinai vat, pagimdė neseniai nu ką nu [T: Mhm], mes labiau apie ją (nusijuokia) kalbėdavomės žinoma aš ten (5s) nes nenorėjau aš žinojau kad jinai pergyvens dėl manęs nes esam labai artimos“* (I12, M). Šie rezultatai atitinka pagrindines tarpasmeninės savižudybių teorijos prielaidas – savęs kaip sunkumo kitiems

suvokimas yra vienas iš esminių veiksnių, paskatinančių norą nusižudyti (Joiner, 2005). Nors Joiner savižudybių teorija kilo remiantis JAV mokslininkų idėjomis ir nuostatomis savižudybių atžvilgiu, matome, kad šios prielaidos gali tikti ir Lietuvoje savižudybės krizėje esantiems žmonėms.

Kai kurie mėginusieji nusižudyti manė, jog savo *sunkumų išsakymas* ar tikrų, bet nemalonių jausmų parodymas kitiems yra *silpnumo ženklas*, todėl jie stengėsi atrodyti stipriais ir slėpti savo sunkumus: „*nu aš toks žmogus, man nemalonu, [T: mhm.] prisipažinti, kad aš esu silpna ir aš apskritai pastebėjau tokį dalyką, kuo žmogus išoriškai yra linksmesnis, ir stipresnis atrodo, [T: mhm.] tuo viduje jis labiau sulaužytas yra ir mes su tokia panele [MERGINOS VARDAS] susibendravom, ir jinai tikrai atrodo labai stiprus [T: mhm.] žmogus ir, man taip primena mane iš tikrųjų*“ (I15, M). Panašu, jog šie tyrimo dalyviai neigiamai vertino tam tikras emocijas ar situacijas, ir tuo pačiu tikėjosi neigiamų kitų žmonių reakcijų: „*Nežinau, kažkokia baimė, nu...kad...kad iškils į viešumą, išeis į viešumą kažkas tai. nes...žinot gi, visokių žmonių yra. [T: tarsi gali pakenkt kažkas?] D: jo. gali būt ir toks atvejis*“ (I20, V). Šie duomenys gali būti bent iš dalies susiję su negebėjimu tinkamai pasirūpinti savimi, emocinės kompetencijos įgūdžių trūkumu. Tyrimo dalyviai turėjo sunkumų tinkamai priimti ir reaguoti į savo emocinę būseną bei poreikius, negebėjo konstruktyviai sau padėti. Paradoksalu, bet tie asmenys, kurie yra mažiau kompetentingi valdydami savo emocijas, yra labiau linkę nesiekti pagalbos iš kitų žmonių (Ciarrochi & Deane, 2001).

Panašu, jog anksčiau minėtos pagalbos vengimo priežastys atspindi tam tikrą giluminę prielaidą apie „stiprų žmogų“. Galime manyti, kad perdėtas savarankiškumas, nenoras išreikšti tikrųjų savo jausmų ar sukelti sunkumų artimiesiems, o taip pat ir 3.1.3. skyrelyje aptartos į vengimą orientuotos sunkumų įveikos strategijos gali būti bent iš dalies susiję su sunkia mūsų šalies istorine praeitimi. Penkis dešimtmečius Lietuvos visuomenė gyveno totalitarinio režimo sąlygomis – traumuojantys išgyvenimai buvo slepiami šeimoje, ar netgi tiesiog savyje, nes jų išreiškimas kitiems galėjo sukelti pavojų (Gailienė, 2008). Svarbu pastebėti, jog ne tik mėginusieji nusižudyti, bet

apskritai bendroji populiacija Lietuvoje esant įvairiems sunkumams yra linkusi pasikliauti tik savimi, nesikreipiant pagalbos į kitus (Skerytė-Kazlauskienė, Mažulytė ir Eimontas, 2015). Lietuvos visuomenė, kaip ir kitos posovietinės valstybės, po Nepriklausomybės atkūrimo nuolat keičiasi ir perima individualistinės Vakarų kultūros bruožus. Galime kelti prielaidą, kad individualistinių visuomenių, patyrusių ilgalaikį traumavimą, nariai gali būti linkę išlaikyti tokį socialinį įvaizdį, kuris atitiktų stipraus, nepriklausomo, savarankiško žmogaus įspūdį. Kreipimasis pagalbos į kitus gali reikšti potencialiai pažeidžiamų vietų atskleidimą, tad to vengiama, net jei toks elgesys nepadeda išspręsti esamų problemų ar jas gilina.

Keletas mėginusiųjų nusižudyti teigė, jog jie nesikalbėjo apie savo sunkumus su kitais, nes *manė, kad jiems nereikėjo kitų žmonių pagalbos*: „*aš nesiekiau, čia mano draugai siekė, kad aš išsigydychiau, o aš sakiau, kad aš nesergu*“ (I10, M) arba *nenorėjo, kad kiti sutrukdytų nusižudyti*: „*kam to reikia? (3s) juo labiau, kada jau, tvirtai apsisprendęs kaip pavyzdžiui, „viskas išeinu“, reiškiasi...kam ten kažkam skambyt, kažkam papasakyt, kad aš...aš vat tuoj gersiu ar...ar...vat ten kažką tai darysiu. čia nu...(3s) kam to reikia. [T: m.] manau... kad ir daugelis...kurie tą padarė, išeina tyliai ramiai*“ (I20, V). Kita vertus, manymas, jog sunkumai nėra tokie dideli arba jie išsispręs savaime, yra viena iš dažniausių pagalbos vengimo priežasčių kituose šia tema atliktuose tyrimuose (Freedenthal & Stiffman, 2007; Nada-Raja et al., 2003). Tokie kitų tyrėjų duomenys gali būti paaiškinti tuo, kad dauguma šių studijų dalyvių neketino nusižudyti, todėl tyrimo metu galėjo galvoti, kad jų sunkumai išties išsisprendė. Nepaisant to, tiek kitų tyrimų, tiek mūsų tyrimo rezultatai gali rodyti nekonstruktyvų psichinės sveikatos sunkumų supratimą ir reagavimą į juos, tikėtina, kylantį iš tam tikrų klaidingų įsitikinimų apie emocinę sveikatą bei savižudišką elgesį.

Be socialinės paramos vengimo priežasčių, taip pat aktuali yra ir *lūkesčių kitiems* tema. Lūkesčių arba poreikių pagalbai supratimas – vienas iš esminių aspektų, kuriuos svarbu pažinti, norint teikti efektyvią pagalbą

(Hupcey, 1998; Fisher et al., 2014). Iš gautų rezultatų matome, kad mėginusieji nusižudyti įvardina mokslinėje literatūroje (Fisher et al., 2005; Taylor, 2007) paprastai išskiriamas pagrindines socialinės paramos rūšis: emocinę, instrumentinę, informacinę pagalbą, tačiau dažniausiai tikisi būtent emocinės paramos. Galime svarstyti, jog mūsų tyrimo dalyvių lūkesčiai yra būdingi stresinėse, krizinėse situacijose atsidūrusių žmonių poreikiams, kuomet labiausiai trokštama emocinės paramos (Jacobson, 1986). Adekvatus palaikymas, supratimas ir priėmimas, pagalba reguliuojant emocijas išlieka kaip labiausiai vertinama pagalba savižudiškų ketinimų turinčiam žmogui.

Tad iš gautų duomenų apie tyrimo dalyvių lūkesčius aplinkinių pagalbai svarbu įvardinti, jog, nepaisant to, kad mėginusieji nusižudyti vengia pagalbos iš kitų žmonių iki mėginimo nusižudyti, tai dar nereiškia, kad jokios pagalbos iš kitų jie nenori. Pastebėjome tyrimo dalyvių ambivalenciją pagalbos atžvilgiu – jie gali norėti tam tikros pagalbos, bet nesiekti jos dėl įvairių priežasčių ar net nepripažinti poreikio jai; tačiau sulaukę kitų paramos, net ir jos nenorėję ar nesitikėję, paprastai kitų pagalbą vertina teigiamai. Kokybinė šio tyrimo metodologija leido suprasti šiuos aspektus - manome, jog tai gali būti itin svarbu organizuojant suicidinio elgesio prevenciją.

Remdamiesi duomenimis apie tyrimo dalyvių pagalbos siekimą iš kitų žmonių, matome, kad mažesnė dalis turėjusiųjų įvairius lūkesčius aplinkiniams *siekė pagalbos*, kurios norėjo. Iš rezultatų apie pagalbos vengimo priežastis, panašu, kad įvairūs įsitikinimai daliai jų sukliudė kreiptis į kitus. Nuo to, ar žmonės siekia pagalbos, labai priklauso ar socialinės paramos resursai gali būti panaudoti (Williams et al., 2005). Mūsų imtyje matyti, jog dalis tyrimo dalyvių patys užkirto kelią galimai pagalbai. Taip pat svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad daugiausia buvo kreiptasi į neformalius pagalbos šaltinius – artimuosius, draugus, kai į psichikos sveikatos specialistus iki mėginimo nusižudyti kreipėsi tik du tyrimo dalyviai, o mintis apie savižudybę iki savižudiško veiksmo atlikimo kitiems išsakė tik trys tyrimo dalyviai. Viena vertus, natūralu, kad pirma kreipiamasi ne į psichikos sveikatos specialistus, bet į artimuosius. Šiuo

atžvilgiu mūsų rezultatai atitinka kitų tyrėjų duomenis, rodančius, kad asmenys, atlikę vos mirtimi nepasibaigusius mėginimus nusižudyti, taip pat iki savižudiško veiksmo dažniau siekė pagalbos iš neformalių paramos šaltinių (Barnes et al., 2001); tai parodo svarbų šeimos narių ir draugų vaidmenį intervencijoje. Tačiau mūsų tyrime dalyvavę mėginusieji nusižudyti *ypač retai* tiesiogiai išsakė mintis apie savižudybę ar kreipėsi į psichikos sveikatos specialistus. JAV atliktame tyrime iki savižudiško veiksmo į psichiatrą ar kitą sveikatos specialistą kreipėsi beveik trečdalis mėginusiųjų nusižudyti, o maždaug du trečdaliai iš besikreipusiųjų tiesiogiai išsakė savo mintis apie savižudybę, dažniausiai iš formalių pagalbos šaltinių rinkdamiesi psichiatrus (Barnes et al., 2001). Tokie gaunamų duomenų skirtumai vėlgi gali rodyti didesnę psichikos sveikatos problemų bei savižudybių stigmatizacijos lygį mūsų kultūroje, kuriam įtaką galėjo daryti tiek savižudybių temos stigmatizavimas (Gailienė, 2015), neigiamos psichikos sveikatos sistemos praktikos sovietmečiu, skatinusios nepasitikėjimą specialistais (Pebenito & Germanavičius, 2011; Van Voren, 2013), tiek dabartiniai iššūkiai, su kuriais sunkiai tvarkosi psichikos sveikatos apsaugos sistema (Šumskienė & Pūras, 2014).

Tai, kad iš kitų žmonių gautą emocinę paramą tyrimo dalyviai dažniausiai įvardino kaip *padėjusią išbūti su išgyvenamais sunkumais*, atspindi jų išsakytus lūkesčius, kuriuose paprastai išryškėjo noras kitų supratimo, rūpesčio, šilumos, palaikymo. Pastebima, jog palaikančios, priimančios kitų žmonių reakcijos padeda prisitaikyti prie sunkių gyvenimo įvykių, tuo tarpu kritiškos, atstumiančios reakcijos didina išgyvenamą įtampą (Lepore, 2001). Galime manyti, jog aplinkinių kritika, abejingumas, rimtos reakcijos į išsakomus sunkumus nebuvimas tyrimo dalyvių buvo patirti kaip jų ir jų išgyvenimų atstūmimas, todėl tokios aplinkinių reakcijos buvo vertinamos neigiamai.

Nepakankama, nesanti ar ne tokia, kokios reikia sunkumus išgyvenantiems žmonėms, socialinė parama gali didinti išgyvenamą socialinę

izoliaciją ir taip prisidėti prie suicidinės rizikos (Goldsmith et al., 2002; Joiner, 2005; Maris et al., 2000; WHO, 2014a). Taip pat pastebima, kad paprastai socialinės izoliacijos jausmas labiau išgyvenamas tuomet, kai žmogus susiduria su įvairiais negatyviais gyvenimo įvykiais (WHO, 2014a), ką randame ir mūsų tyrimo rezultatuose. Kaip matome iš šio tyrimo duomenų (8 lentelė), dauguma mėginusiųjų nusižudyti patyrė tarpasmeninius konfliktus, kuriuose vyravo nuolatiniai barniai, priekaištai, tarpusavio nesupratimas. Taip pat detaliau analizuodami socialinį tyrime dalyvavusių mėginusiųjų nusižudyti kontekstą (15 lentelė) matome, kad didelė jų dalis vengė kreiptis pagalbos, tad savo elgesiu irgi reikšmingai prisidėjo prie savo socialinės izoliacijos. Kadangi suvokiama socialinė parama siejasi su mažesne bandymo nusižudyti tikimybe (Kleiman & Liu, 2013), galime kelti prielaidą, kad mūsų tyrimo dalyviai sulaukė nepakankamai socialinės paramos iš aplinkinių. Vienas iš JAV eksperimentinio tyrimo rezultatų parodė, kad tie tyrimo dalyviai, kurie eksperimentinėmis sąlygomis patyrė socialinį atstūmimą, dažniau sutiko su teiginiu, kad gyvenimas yra beprasmis (Twenge, Catanese, & Baumeister, 2003). Tad jeigu viena eksperimentinė situacija prisideda prie to, kad atstumti žmonės mato mažiau prasmės gyvenime, kokią įtaką gali padaryti ilgalaikė socialinė izoliacija?

### 3. 3. 3. Suicidinių minčių komunikacija kitiems

Iš mūsų duomenų apie tyrimo dalyvių ketinimo nusižudyti komunikaciją prieš mėginimą nusižudyti ir jo metu, matome, kad dauguma bandžiusiųjų nusižudyti mano, jog kitų žmonių neinformavo apie savo ketinimą nusižudyti. Tačiau pastebėjome, kad didelė dalis tyrimo dalyvių aplinkiniams apie savo ketinimus leido suprasti neverbaliniu būdu; visgi kur kas mažesnė jų dalis informavo kitus verbaliai, o tiesiogiai apie savo ketinimus nusižudyti pranešė tik penki tyrimo dalyviai – du iš jų tai padarė tik mėginimo nusižudyti metu. Štai Rudestam (1971) gavo, jog apie 60% nusižudžiusiųjų iki savižudybės tiesiogiai išsako savo ketinimus. Mėginusiųjų nusižudyti tyrime

(Barnes et al., 2001) taip pat nustatyta didesnė tiesiogiai mintis apie savižudybę iki suicidinio veiksmo išsakiusiųjų dalis. Lyginant mūsų tyrime pastebėtas tendencijas su kitų autorių darbais galime pastebėti, kad mūsų tyrimo dalyviai kur kas *rečiau tiesiogiai išsako* savo ketinimus. Svarbu pridurti, kad imčių charakteristikos, įvertinimo būdai bei kiti metodologiniai skirtumai gali turėti įtakos tokiam gautų rezultatų skirtumui. Visgi, kodėl mūsų imtyje tokia reta tiesioginė komunikacija apie ketinimą nusižudyti? Tai iš dalies gali paaiškinti kiti mūsų duomenys, iš kurių matyti, kad kiek daugiau nei pusė tyrimo dalyvių apsisprendė nusižudyti tą pačią dieną, kada ir mėgino nusižudyti, tad laiko verbalinei komunikacijai su kitais galėjo būti mažiau lyginant su atvejais, kuomet suicidinis procesas yra ilgesnės trukmės, tačiau tokią prielaidą reikėtų vertinti atsargiai, nes laikas, reikalingas išsakyti kitam asmeniui savo ketinimą nusižudyti gali būti vertinamas labai subjektyviai. Antra, tai, kaip žmogus išsako savo ketinimus, gali priklausyti nuo įvairių santykio ypatumų tarp žinutės siuntėjo ir gavėjo (Hjelmeland & Knizek, 2007). Kaip pamatėme iš šiame tyrime gautų duomenų apie tyrimo dalyvių socialinės paramos ypatumus, mūsų tyrimo dalyviai patys turėjo įvairių įsitikinimų, užkirtusių jiems kelią kreiptis pagalbos į kitus; be to, jų nepasitikėjimą kitų noru ar galimybėmis padėti kėlė ir netinkamos aplinkinių reakcijos į iki savižudiško veiksmo išsakytus pagalbos dėl įvairių sunkumų prašymus. Šie su socialine parama susiję neigiami ypatumai galėjo trukdyti vėlesnei komunikacijai apie ketinimą nusižudyti. Trečia, kadangi matome retą savo ketinimų nusižudyti išsakymą tiesiogiai, tai gali dar kartą patvirtinti savižudybių stigmą visuomenėje. Panašu, kad lietuviai pasižymi ne tik vengimu kalbėti apie savo sunkumus, bet dar didesniu vengimu kalbėti savižudybės tema.

Matome, kad iki savižudiško veiksmo išsakę savo ketinimus mėginusieji nusižudyti tikėjosi aktyvių, palaikančių kitų žmonių reakcijų. Deja, aplinkiniai į tyrimo dalyvių ketinimų išsakymą paprastai reagavo kitokiomis reakcijomis – abejingumu, netikėjimu, pagalbos veiksnių nesiėmimu. Tokiame reakcijų kontekste aplinkinių draudimas kalbėti apie savižudybę ir griežtas



perspėjimas nesižudyti tyrimo dalyvių nebuvo priimami neigiamai – galbūt dėl to, kad tai buvo vienintelės aplinkinių reakcijos, parodžiusios nenorą, kad tyrimo dalyvis nusižudytų, rūpestį juo. Tačiau akivaizdu, kad tiek bendrajai Lietuvos populiacijai, tiek psichikos sveikatos specialistams trūksta informacijos apie tai, kaip būtų galima tinkamiau reaguoti į ketinimų nusižudyti išsakymą. Minėtos aplinkinių reakcijos tyrimo dalyvių buvo vertinamos kaip dar labiau skatinančios nusižudyti. Tiesiogiai kreipęsi į kitus dėl savo minčių apie savižudybę jie lieka įskaudinti, vieniši su savo sunkumais, ima dar mažiau tikėtis kitų pagalbos ir teigiamo savo situacijos pokyčio.

### 3. 3. 4. Savižudybės planavimas

Remdamiesi gautais duomenimis, susijusiais su minčių apie savižudybę atsiradimo laiku ir eiga, pastebėjome penkis būdus, kuriais tyrimo dalyvių mintys apie savižudybę transformavosi iki galutinio nusprendimo nusižudyti:

1) minčių apie savižudybę nebuvo, o suicidinis veiksmas atliktas spontaniškai (n = 1): „*Ne, niekada. [T: Mhm.] Niekada, niekada, aš džiaugiuos gyvenimu, turiu daug draugų, daug draugių [T: Mhm.] daug daug katinų turiu ir aš linkęs, gyventi, kaip sakoma, čia aš nesuprantu net pats kaip taip. Čia turbūt vaistukai daugiau suveikė, su alkoholiu sumaišius protas pavažiavo kaip sakoma [T: Mhm.], stogas nuvažiavo“ (I3, V)*

2) mintys apie savižudybę kilo ir suicidinis veiksmas atliktas spontaniškai (n = 10): „*sakau dievuli, aš tik egzistuoju šiam pasauly. Bet kažkaip tai vat nebuvo kad, reikia nusižudyti, bet vat man vienu momentu va čia vat į galvą užėjo... reikia, viskas, va atėjo tas momentas kad reikia man dabar, aš tiesiog ramiai... tuo momentu dar atsimenu kaip aš ramiai, stoviu, paimu tabletę klonazepamo...“ (I1, M);*

3) savižudybė buvo svarstoma kaip galimybė esant tam tikroms aplinkybėms iš anksčiau, bet pats suicidinis veiksmas atliktas spontaniškai (n = 4): „*Nu aš galvojau, kad jeigu bus labai jau sunku, kad niekaip kaip sakoma. Arba į senatvę netgi tokius atvejus, kad pavyzdžiui mama [T: Mhm] nuo insulto*

*mirė, reikėjo porą mėnesių ją prižiūrėti. Aš žinau, kad manęs pavyzdžiui nebus kam prižiūrėti, kažkam lankyt kažką žiūrėt, nu nebent vyras, nu galbūt bet tai tas žodis gal [garsiai įkvepia] [T: Mhm] niekam nereikalingas ligotas žmogus, suprantat. Sūnus matau kad vis tiek nelankytų nežiūrėtų, nes ne dukra o sūnus [šypsosi]. Tai vat maždaug kad jeigu pasijusčiau, kad vat arba po kažkokios ligos, ar kažką kad aš vat nu neigali. [T: Mhm] Tai tada jau tiksliai vat, kaip sakoma išeičiau iš gyvenimo, kad nebūti niekam naštos“ (I2, M);*

4) vyravo asmens nuostata, kad nusižudys, bet pats suicidinis veiksmas atliktas spontaniškai (n = 4): *„mano akimis pats veiksmas vyksta spontaniškai. (3s) gal priėjimas prie tos minties, prie to sprendimo sakykim. jis gali formuotis pamažu ir mintyse gal nevieną kartą rutuliojama - aš padarysiu taip, aš padarysiu taip, aš padarysiu taip. ir staiga šauna, aš pagal save sprendžiu, mintis, vot šį kartą aš galutinai padarysiu. niekas man netrukdo. ir bus viskas išspręsta, viskas viskas. tuom. taip atrodo“ (I19, M);*

5) vyravo asmens nuostata, kad nusižudys, o pats suicidinis veiksmas iš anksto suplanuotas (n = 2): *„[T: o ar planavote laiką ar vietą?] D: planavau. [T: Mhm, gal galėtumėte daugiau papasakoti apie tą planavimą?] D: (7s) nu kad tamsu būtų, kad niekas nepastebėtų niekas, neištrauktų [T:mhm.] (5s) bet išėjo sesers vyras ir pamatė. Nu o ką [T:mhm.], ir atvežė čia (6s) [T: Mhm, o gal pamenat nu vat kaip pats tas planavimas vyko, na, kaip rinkotės būdą na ar tą laiką? Kiek laiko tas jūsų svarstymas vyko?] D: tai visą dieną aš galvojau apie tai, [T:mhm.] visą dieną. laukiau sutemos, (4s) kad nieks nerastų“ (I21, M).*

Tyrimo dalyviai, planuodami savižudybę (16 lentelė), paprastai apgalvodavo tik savižudybės priemonę. Ją mėginusieji nusižudyti rinkosi pagal priemonės prieinamumą, dažniausiai pasirinkdami turėtus vaistus („nieko aš neplanavau, aš nieko neplanavau [T:mhm.] kai sužinojau kad pas mane yra raminančių kurių aš nenaudojau [T:mhm.], ten kaip jisai neatsimenu kaip, bro- bromazepamas [T:mhm.], nu kad man vis tiek kad, kad raminančių, aš jų pri- pri- pririjau gana daug, su valerijonu sumaišius“, I13, M ); suvoktą mažesnę priemonės skausmingumą: „aš bijau save sužaloti kažkaip tai man

*baisu. O čia aš tiesiog žinojau, kad aš tiesiog užmigsiu ir vsio“ (I1, M), arba siejo skirtingą elgesio tikslą su skirtingomis priemonėmis: „nu mano daugiausiai bandymai nusižudyti būdavo kai aš prisivalgydavau tablečių, tai čia gal buvo keturis kartus. o tada aš norėjau tikrai nusižudyti. o kai aš pjaustausi, aš labiau noriu perkelti galbūt savo... e... emocinį skausmą į fizinį“ (I9, M). Keletas tyrimo dalyvių apsvarstė ne tik savižudybės priemonę, bet ir vietą arba vietą ir laiką.*

Reprezentatyvių epidemiologinių duomenų apie suicidinio proceso kintamuosius, tokius kaip suicidinės mintys, planai, mėginimai nusižudyti, trūksta. Šiame tyrime pastebėtas tendencijas galime palyginti su Nock ir kolegomis (2008) surinktais epidemiologiniais duomenimis iš 84850 asmenų, gyvenusių 17 pasaulio valstybių. Tyrėjai gavo, jog perėjimo nuo suicidinių minčių prie savižudybės plano bei mėginimų nusižudyti rizika yra tuo didesnė, kuo anksčiau tiriamiesiems yra kilę pirmosios mintys apie savižudybę. Taip pat visose valstybėse pastebėta, kad tikimybė pirmąkart galvoti apie savižudybę yra didžiausia paauglystėje ir jaunystėje. Iš mūsų gautų duomenų matyti, kad pirmosios mintys apie savižudybę didesnei daliai tyrimo dalyvių taip pat kilo paauglystėje. Perėjimo nuo suicidinių minčių prie ketinimų nusižudyti ir nuo ketinimų nusižudyti prie savižudybės plano ar mėginimo nusižudyti trukmė gali būti įvairi, trunkanti tiek porą savaitių, tiek kelerius metus (Gailienė, 2001). Tarpkultūriniai epidemiologiniai rezultatai patvirtina, kad didžiausia rizika mėginti nusižudyti išlieka būtent pirmais metais po suicidinių minčių atsiradimo; vėliau rizika labai sumažėja (Nock et al., 2008). Šiame tyrime gavome, kad iš visų tyrimo dalyvių tik du minėjo, kad pirmosios mintys apie savižudybę iki šio bandymo nusižudyti kilo daugiau nei prieš vienerius metus – visiems kitiems mintys apie savižudybę atsirado likus ne daugiau nei metams iki savižudiško veiksmo.

Tai, kad didžiąją dalį tyrimo dalyvių dar iki suicidinio veiksmo vis kildavo minčių apie savižudybę, arba suicidinis veiksmas buvo atliktas tą pačią dieną, kada ir kilo mintys apie savižudybę (o sunki emocinė būsena kaupėsi

ilgesnį laiką), pagrindžia suicidinio proceso modelį (Gailienė, 2011), bet kartu ir parodo, jog suicidinės mintys išties yra esminis ir būtinas savižudybės rizikos ženklas, tačiau ketinimų ar planavimo nusižudyti etapai yra ne tokie vienareikšmiški. Tarpkultūrinių tyrimų duomenys rodo, kad nebūtinai savižudybės krizėje esantys žmonės nuo minčių apie savižudybę pereina prie savižudybės plano, o suplanavę savižudybę pereina prie savižudiško veiksmo įgyvendinimo - paprastai mažesnė dalis apie savižudybę galvojančiųjų, apie 35%, sukuria savižudybės planą, iš kurių apie 56% mėgina nusižudyti. Tuo tarpu iš 65% asmenų, galvousių apie savižudybę, bet neturėjusių savižudybės plano, apie 15% taip pat mėgina nusižudyti (Nock et al., 2008). Tad panašu, kad savižudybės plano turėjimas labai padidina mėginimo nusižudyti riziką - tikimybė įvykdyti savižudybę didėja savižudybės proceso eigoje (Gailienė, 2001; Nock et al., 2008), tačiau bendra dalis atliekančių neplanuotą mėginimą nusižudyti per pirmuosius metus nuo minčių apie savižudybę atsiradimo yra tokia pat didelė kaip ir atliekančiųjų planuotą mėginimą nusižudyti (Nock et al., 2008), todėl savižudybės plano neturėjimą kaip mažesnės suicidinės rizikos ženklą reikėtų vertinti atsargiai.

Mūsų gauti duomenys taip pat rodo, kad maždaug pusė tyrimo dalyvių suicidinių veiksmą atliko spontaniškai, ilgiau apie jį negalvodami, bet kita pusė jau kurį laiką nuolat arba reguliariai pagalvodavo apie savižudybę ir galiausiai nutarė nusižudyti dienos eigoje iki savižudiško veiksmo. Santykinai trumpas galutinis nusprendimas nusižudyti gali būti kultūriškai universali tendencija. Tiek Vakarų, tiek Rytų kultūrose atliktų tyrimų duomenys rodo, kad didelė dalis bandymų nusižudyti apima gana trumpą svarstymo laiko intervalą ir mažai pasiruošimo veiksmų. Austrijoje atliktoje studijoje beveik pusė mėginusiųjų nusižudyti teigė, jog nuo pirmosios minties apie savižudybę iki savižudiško veiksmo praėjo ne ilgiau nei 10 min. (Deisenhammer, 2009); Indijoje atliktame tyrime taip pat pastebimas santykinai trumpas suicidinio proceso laikas: mėginusiųjų nusižudyti tyrimo dalyvių (n = 319) savižudybės proceso laiko mediana – 30 min, ir tik 23.5% asmenų svarstė nusižudyti ilgiau

nei 2 valandas (Kattimani, Sarkar, Menon, Muthuramalingam, & Nancy, 2016).

Šiuolaikinėse suicidinio elgesio teorijose, aptariant asmens gebėjimą nusižudyti, kalbama apie praktinį gebėjimą nusižudyti, siejamą su žiniomis apie mirtinas priemones ir jų prieinamumą (Klonsky & May, 2015; O'Connor, 2011; Orbach, 2001), planavimo nusižudyti aspektais (kur, kada, kaip tai padaryti) (O'Connor, 2011). Kaip matyti iš šio tyrimo duomenų apie savižudybės planavimą, panašu, jog suicidiniui elgesiui Lietuvoje ryškesnį poveikį turi būtent priemonių nusižudyti prieinamumas; jo lemiamą reikšmę atskleidžia tai, kad nors suicidinė krizė tęsiasi ilgesnį laiką, bet paprastai pats galutinis apsisprendimas nusižudyti trunka santykinai trumpą laiką.

Šiame tyrime sąmoningai siekėme nekategorizuoti tyrimo dalyvių suicidinio proceso eigos į mokslinėje literatūroje dažnai skiriamus „planuotus“ ir „neplanuotus“/„impulsyvius“ mėginimus nusižudyti, nes norėjome kuo tiksliau atspindėti tyrimo dalyvių patirtį. Nors keliami prielaida, kad planuojantys savižudybę reikšmingai skiriasi nuo impulsyvius mėginimus nusižudyti atliekančių tiek savo charakteristikomis, tiek savižudybės rizika (Joiner et al., 2003), bet suicidologijoje sutarimo, ką laikyti planuotu ar neplanuotu mėginimu nusižudyti, nėra. Taip pat egzistuoja ryškūs metodologiniai tyrimų šia tema skirtumai, tad sunku teigti, jog žinios apie kurio nors tipo mėginimus nusižudyti yra validžios (Rimkevičienė, O'Gorman, & De Leo, 2015).

### 3. 3. 5. Suicidinis veiksmas: paskutinė situacija, alkoholio vartojimas ir kontrolės praradimas

Svarbu tai, kad paskutinė situacija iki mėginimo nusižudyti (17 lentelė) paprastai yra susijusi su sunkių jausmų protrūkiu ir nebegalėjimu jų atlaikyti (pavyzdžiui, *„kaip paaiškint, tas vat visas kas susikaupė yra, [T:mhm.] kaip pasakyt jau nebegaliu pakelt jau, ant tiek sunku nu fiziškai [T:mhm.], psichologiškai kad, tiktai tas noras vienintelis atsiranda [T:mhm.] kad, pačiam*

žiauriai sunku iš tikrųjų n- nebepakeliama yra [T:mhm.], tas nes- nu sunku pasakyt iš tikrųjų perteikt tuos jausmus“, I14, V) arba konfliktine situacija su artimu asmeniu. Taip pat tyrimo dalyviai pasijautė esą nereikalingi, atstumti kitų, pavyzdžiui, „tą dieną pas mane buvo draugė. jiniai tam pačiam rajone gyvena. mes daug ką kalbėjom. ir jos išėjimas mane kažkodėl labai sukretė, man pasirodė toks vaizdas, kad ji iš manęs bėgte išbėgo. ir aš pagalvojau, va tai dar patvirtinimas vienas, kad aš nevykėlė. vo aš jau prisirinkau dėl to aš ten tokia, dėl to tokia, dėl to tokia, dėl to tokia ir čia dar vienas iš gyvų pavyzdžių. kad aš lygtai įstūmiau tą savo draugę. ir tada kaip ji išėjo, a man kažkaip va kilo tokia mintis. va dabar reikia tą padaryt. dabar pats tinkamiausias laikas“, I19, M); dalis tyrimo dalyvių konfliktinės situacijos metu buvo neblaivūs: „penkis, šešis litrus alaus paimu ir geriu vienas (6s) kažkas jau atsitiko, gal, susi... sunku net pasakyt, dėl ko, ir kaip. Blaivam gal (...) gal ir prisimintum, o kaip girtas buvai... Tik tai prisimenu, kad pradėjau susirašinėti esamesais su buvusią mergi, mergina ir viskas. <...> Tai gali būt nu kad, gali būt, ten, pa parašiau, parašiau, gal susitikti, gal atsisakė kažką, ir viskas, gal taip...“ (I8, V).

Dalis tyrimo dalyvių paminėjo *paskutinę situaciją*, po kurios jie mėgino nusižudyti - beveik pusė jų tiesiog nebeatlaikė susikaupusių jausmų, dalis - po konfliktinės situacijos su artimu žmogumi (pusė jų buvo neblaivūs), kuomet pasijuto nereikalingi, atstumti. Žinoma, paskutinė situacija iki suicidinio veiksmo nėra esminė savižudybės priežastis, tad bandymas suprasti paskutinio įvykio iki mėginimo nusižudyti reikšmę nesulaukia didelio dėmesio ir nėra plačiau tyrinėjamas (Lester, 2012). Tačiau paskutinė situacija nuskambėjo interviu pasakojimuose, todėl pasigilinsime, ar jos supratimas gali prisidėti prie geresnio savižudiško veiksmo supratimo.

Tai, kad tyrimo dalyviai galiausiai tiesiog nebeatlaiko emocinės įtampos, pavyko rasti keliuose kituose mėginusiųjų nusižudyti tyrimuose - prieš pat savižudišką veiksmą jie įvardina jaučiantys intensyvias nemalonias emocijas, kurių nebegali ištvirti (Chapman & Dixon-Gordon, 2007; Schnyder,

Valach, Bichsel, & Michel, 1999). Tai galime susieti su anksčiau aptartu emocijų akumuliacijos vaidmeniu mūsų tyrimo dalyvių savižudybės procese. Taip pat pastebėjome konfliktinių situacijų reikšmę. Panašu, kad dar viena konfliktinė situacija tyrimo dalyvių gyvenime buvo priimta kaip dar vienas patvirtinimas, kad jie santykiuose su kitais žmonėmis nėra tokie svarbūs, kokie norėtų būti, nėra teigiamai priimami kitų ar reikalingi aplinkiniams. Šie rezultatai atitiktų tarpasmeninės savižudybių teorijos prielaidas – ryšio su kitais sunkumai (abipusės socialinės paramos trūkumas, vienišumas) bei suvokimas, kad esi našta, laikomi esminiais veiksniais, prisidedančiais prie noro nusižudyti (Joiner, 2005). Tačiau mūsų tyrimo duomenys rodo, jog šie veiksniai mūsų imtyje veikia ir kaip paskatinantis savižudybę veiksnys. Tai galima sieti su tuo, kad tarpasmeninės savižudybių teorijos konstrukto ryšiai dar nėra tvirtai pagrįsti empiriškai – nemažai studijų gauta, jog ryšio su kitais sunkumai bei naštos kitiems jausmas siejosi būtent su gebėjimu nusižudyti, o ne su mintimis apie savižudybę (Ma et al., 2016). Galime manyti, kad ilgą laiką kaupusiems intensyviems nemaloniems jausmams mūsų tyrimo dalyviams tokios paskutinės situacijos suveikė kaip „paskutinis lašas“, tačiau kitokiame emociniame fone šie įvykiai galėtų neturėti tokios reikšmės. Antai mėginusiųjų nusižudyti vyrų tyrime, kuriame buvo domėtasi suicidinio proceso aspektais iki savižudiško veiksmo tiek iš bandžiusiųjų nusižudyti, tiek iš jų artimųjų perspektyvos, buvo vieningai sutarta, kad bet koks stresorius, prasmingas ar ne, turėjo potencialą jau kuris laikas nuolatinę įtampą patiriantį žmogų paskatinti pagalvoti apie savižudybę arba atlikti savižudišką veiksmą. Mėginusieji nusižudyti dažnai teigė, kad suicidinį elgesį paskatinusi situacija nebuvo kuo nors labai svarbi asmeniškai; greičiau susidėjo daugybė įtampą kėlusią situacijų, dėl ko ir paskutinioji situacija tapo reikšminga (Player et al., 2015).

Svarbu paminėti, kad *alkoholio* vaidmuo pastebimas ne tik didinant tyrimo dalyvių pažeidžiamumą ar sukeltant mintis apie savižudybę, bet ir tolesnėje suicidinio proceso iki mėginimo nusižudyti eigoje (17 lentelė). Alkoholio vartojimas tiesiogiai prisidėjo prie to, kad buvo įgyvendintas

suicidinis veiksmas – beveik pusė tyrimo dalyvių mėginimo nusižudyti metu vartojo alkoholį, o keletas įvardino, kad be alkoholio įtakos nebūtų galėję nusižudyti: „*aš tiesiog pamenu tada vot, išgėriau, daug alkoholio, ir... blaivi negalėjau šito padaryti kažkaip tai*“ (I1, M).

Mūsų tyrime 42% mėginusiųjų nusižudyti vartojo alkoholį bandymo nusižudyti metu, o beveik ketvirtadalis jų įvardina, jog be alkoholio įtakos nebūtų galėję nusižudyti. Kitame Lietuvoje atliktame mėginusiųjų nusižudyti tyrime rastos panašios tendencijos - apie 57% iš 148 po mėginimo nusižudyti hospitalizuotų asmenų savižudiško veiksmo metu vartojo alkoholį (Adomaitienė et al., 2016). 1991-2001 metais atliktų tyrimų metaanalizėje nustatyta, kad 10-69% (mediana – 37%) savižudybių bei 10-73% (mediana – 40%) mėginimų nusižudyti atlikta alkoholio vartojimo metu (Cherpitel, Borges, Wilcox, 2004). Net ir šalyse, kuriose alkoholio vartojimas yra uždraustas, taip pat pastebima ryški sąsaja tarp alkoholio vartojimo ir mėginimų nusižudyti. Gauta, jog maždaug trečdalis į Irano reanimacijos palatas po savižudiško veiksmo patekusiųjų likus 6 valandoms ar mažiau iki mėginimo nusižudyti vartojo alkoholį (Ghanbari, Malakouti, Nojomi, De Leo, & Saeed, 2015). Tad atsižvelgdami ir į tarpkultūrinius duomenis, galime kelti prielaidą, kad savižudiškas elgesys vartojant alkoholį Lietuvoje yra gana dažnas reiškinys. Tai nestebina žinant bendras alkoholio vartojimo tendencijas – Lietuvos gyventojų alkoholio suvartojimas yra vienas didžiausių Europoje (Popova et al., 2007).

Kaip būtent alkoholio vartojimas paskatino mėginimą nusižudyti? Dalis tyrimo dalyvių alkoholį panaudojo kaip priemonę, sumažinančią mirties ar fizinio skausmo baimę, kylančią atliekant savižudišką veiksmą. Tad panašu, jog alkoholis pašalina savisaugos barjerus, kliudančius nusižudyti ir taip padidina asmens gebėjimą nusižudyti. Nors alkoholio vaidmuo nėra minimas kaip vienas iš svarbių veiksnių, didinančių gebėjimą nusižudyti (Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015; O'Connor, 2011; Orbach, 2001), tai gali būti vienas iš svarbių kintamųjų mūsų kultūroje. Taip pat 3.2.1. skyrelyje pastebėjome, jog alkoholio vartojimas skatino tyrimo dalyvių impulsyvų, rizikingą elgesį. Tad



manome, kad viena iš įvardijamų neigiamų alkoholio vartojimo pasekmių, greitesnis reagavimas mažiau ar visai negalvojant apie pasekmes (Pompili et al., 2007), yra kitas ypatumas, kodėl alkoholio vartojimas yra suicidinio veiksmo rizikos veiksnys.

Mėginimo nusižudyti metu tyrimo dalyviai jautė pakitusią emocinę būseną (17 lentelė) - praradę kontrolę, nebegebantys suvaldyti išgyvenamų jausmų: „*vienu žodžiu man prasidėjo isterika nu tiesiog jau nu tiesiog nervnyj sryv, aš jau kitaip, jau afektas buvo aš jau jau ne ne ne, nekon- nebuvo, nekontrolirovala sebia*“ (I12, M), dažnai minėjo pyktį: „*nu tiesiog atėjau namo, visas piktas... paėmiau diržą... ir pasidariau*“ (I18, V). Tyrimo dalyviai įvardino, kad sunkumų susikaupė tiek daug, kad jų būseną pakito: „*aš broliui pasakiau kas įvyko, jis pažinojo tą žmogų, ir, ir aš jau nu su tokia kaip, apatija ne apatija nu kaip, būseną sunku turbūt apibūdinti, aprašyti, bet aš jau žinojau kad su tuo aš nu, po tokio pažeminimo ir po, po, nu po tokio tiesiog tiesiog negalėsiu gyvent*“ (I12, M).

Neviltis ir bejėgiškumas suicidologijoje tradiciškai laikomi vieni labiausiai atspindinčių savižudiško asmens emocinę būseną (Shneidman, 1996/2002), o šiame tyrime pamatėme dažną kontrolės praradimo jausmą savižudiško veiksmo metu. Įdomūs pastebėjimai gauti tyrime, kuriame buvo lyginamas mėginusiųjų nusižudyti bei jiems po savižudiško veiksmo pagalbą teikusių specialistų vertinimas apie mėginusiųjų nusižudyti emocinę būseną prieš pat suicidinį bandymą. Rasta, kad pacientai pabrėžė jautę intensyvią nerimą, paniką ar kontrolės praradimo jausmą, taip pat tuštumą, o juos gydę specialistai manė, kad mėginusieji nusižudyti dažniausiai jautė neviltį ir bejėgiškumą (Schnyder et al., 1999). Galbūt suicidologai yra linkę matyti suicidiškų asmenų išgyvenimus per vyraujančias nuostatas savižudybių atžvilgiu (pavyzdžiui, sureikšmindami neviltį) ir tai gali sukliudyti pastebėti tikruosius mėginusiųjų nusižudyti išgyvenimus. Pavyko rasti keletą mėginusiųjų nusižudyti tyrimų, kuriuose ryškus pykčio (Chapman & Dixon-Gordon, 2007) ar didelio sujaudinimo, emocijų kontrolės praradimo (Player et

al., 2015; Schnyder et al., 1999) vaidmuo iškart prieš ar savižudiško veiksmo metu. Shneidman (1987) „kubo“ savižudybių modelyje minima viena iš trijų svarbių ypatybių – emocinio prilėgtumo ir sujaudinimo būseną, kuri įgalina, suteikia energijos asmeniui atlikti suicidinį veiksma, atrodo, gali padėti geriau suprasti mėginusiųjų nusižudyti emocinę būseną prieš pat savižudišką veiksma.

Tyrimo dalyvių minima pakitusi emocinė būseną mėginimo nusižudyti metu gali būti siejama ir su disociacija, potencialiai trauminės mėginusiųjų nusižudyti patirties pasekme. Patyrus sukrečiančius įvykius dažnai stengiamasi apsaugoti nuo skausmingų jausmų pasitelkiant įvairius sąmonės siauravimo būdus (Herman, 1992/2006), kurie atitiktų Baumeister (1990) aptariamą kognityvinę dekonstrukciją, pasižyminčią subjektyviu poslinkiu link žemesnių įsisąmoninimo, mąstymo lygių, ir Orbach (2001) pabrėžiamą disociaciją, kuriai būdingas sąmoningo patyrimo nutrūkimas, atsiribojimas nuo patirties, apatija. Panašu, jog disociacija palengvino mūsų tyrimo dalyvių gebėjimą atlikti savižudišką veiksma.

### 3. 3. 6. Veiksniai, paskatinantys savižudišką veiksma, suicidologinių teorijų kontekste

Šiuolaikinių suicidologinių teorijų autoriai įvardina keletą potencialių konstrukty, paskatinančių mėginimą nusižudyti: įgytą (Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015; O'Connor, 2011) ar įgimtą gebėjimą nusižudyti (Klonsky & May, 2015), priemonių savižudybei prieinamumą (O'Connor, 2011; Orbach, 2001; Klonsky & May, 2015) ir žinias apie jas (Klonsky & May, 2015), savižudišką elgesį pateisinančias kultūrinės normas, netinkamą savižudybių pateikimą žiniasklaidoje, disociaciją (Orbach, 2001), savižudybių modeliavimą, planavimą (O'Connor, 2011). Manome, kad remiantis mūsų tyrimo duomenimis keltos prielaidos gali reikšmingai papildyti diskusiją dėl veiksmų, paskatinančių suicidinių minčių stiprėjimą link mėginimo nusižudyti.

Manome, jog sunki emocinė būseną ne tik paskatino mintis apie savižudybę, bet taip pat galėjo lemti teigiamą savižudybės vertinimą bei

sudaryti tokį emocinį foną, kuriame įvairios paskutinės situacijos iki mėginimo nusižudyti – konfliktai, emocijų protrūkis - suveikė kaip „paskutinis lašas“. Taip pat pastebėjome pakitusią emocinę būseną mėginimo nusižudyti metu, kurią galime sieti su disociacija, pradedama laikyti vienu iš gebėjimų nusižudyti didinančių kintamųjų (Orbach, 2001; Shelef et al., 2014). Pristatydami asmens pažeidžiamumą savižudybės procesui, aptarėme gausią tyrimo dalyvių potencialiai traumuojančią patirtį. Kėlėme prielaidą, jog tokie įvykiai kaip artimojo savižudybė, smurto patirtis, ankstesni mėginimai nusižudyti galėjo mažinti natūralią mirties baimę ir didinti fizinio skausmo toleranciją, taip prisidedami prie įgyto gebėjimo nusižudyti (Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015; O'Connor, 2011). Manome, jog šalia šių kintamųjų svarbus ir disociacijos vaidmuo.

Pastebėjome, kad socialinės paramos ribotumas ne tik paskatina suicidines mintis, kaip samprotaujama tarpasmeninėje savižudybių teorijoje (Joiner, 2005) ar IMV modelyje (O'Connor, 2001), bet taip pat prisideda prie suicidinių minčių stiprinimo, kaip teigiama kituose modeliuose (Klonsky & May, 2015; Orbach, 2001). Atskleidėme ryškų tyrimo dalyvių vengimą siekti socialinės paramos ir tiesiogiai iškomunikuoti ketinimus nusižudyti, bei įvardinome to priežastis. Svarbu pridurti, kad nors šiame tyrime ir nepastebėjome kultūrinių normų ar žiniasklaidos poveikio (Orbach, 2001), tačiau šių konstrukto svarbos atmesti negalime; jų poveikį tiksliau tyrinėti galima pasitelkiant eksperimentinius tyrimus (WHO, 2014a).

Nustatėme, kad iš savižudybės planavimo kintamųjų būtent savižudybės priemonių prieinamumas labiausiai didino suicidinių minčių turinčių asmenų mėginimo nusižudyti riziką. Dažnai užtenka santykinai trumpo laiko galutinai nuspręsti atlikti suicidinį veiksma. Taip pat matome, kad alkoholio vaidmuo ryškus visuose lig šiol aptartuose savižudybės proceso etapuose - ne tik didinant tyrimo dalyvių pažeidžiamumą ar sukeliant mintis apie savižudybę, bet ir paskatinant suicidinį veiksma. Alkoholio vartojimas pašalina savisaugos barjerus, kliudančius nusižudyti, o taip pat skatino tyrimo dalyvių impulsyvų, rizikingą elgesį ir taip prisidėjo prie gebėjimo nusižudyti.

### 3. 4. Patyrimas po mėginimo nusižudyti

Kadangi apie asmens išgyvenimus po mėginimo nusižudyti, kaip pamatėme analizuodami teorinę ir empirinę literatūrą, duomenų beveik nėra, toliau didesnę dėmesį skirsime mėginusiųjų nusižudyti patirčiai po savižudiško veiksmo.

Temos, apibūdinančios mėginusiųjų nusižudyti savižudybės procesą po savižudiško veiksmo, apima gyvybę išsaugojusius veiksnius, mėginimo nusižudyti suvokimą po savižudiško veiksmo, gėdos patyrimą ir ambivalenciją kalbėjimo apie savižudybę atžvilgiu, buvimo ligoninėje patyrimą, sunkumus ir jų įveiką, bei santykius su kitais po mėginimo nusižudyti. Šios temos ir jų smulkesnės potėmės pateiktos 18, 19, 20, 21, 22 ir 23 lentelėse. Taip pat pateikiama interviu metu gauta faktinė informacija apie komunikaciją jau po mėginimo nusižudyti.

Iš kokybinių tyrimo duomenų išryškėjo **komunikacijos kitiems apie savižudišką veiksma** mėginimo nusižudyti metu ar iškart po jo ypatumai.

Suicidinio veiksmo metu jau didesnė nei prieš veiksma dalis tyrimo dalyvių siuntė aplinkiniams ženklus apie vykstantį savižudišką veiksma (n = 14): kai kurie (n = 5) verbaliai, tiesiogiai (n = 2) ar netiesiogiai (n = 3) išsakė, kas vyksta, tačiau didžioji dalis tyrimo dalyvių siuntė neverbalinius ženklus, pranešančius apie savižudybės grėsmę (n = 11). Tuo pačiu svarbu pridurti, kad dauguma tyrimo dalyvių (n = 15) manė, kad kitiems jokių ženklų apie savižudišką poelgį nesiuntė. Iš komunikavusiųjų su aplinkiniais suicidinio veiksmo metu dalis tyrimo dalyvių (n = 4) minėjo galvoję apie lūkesčius kitiems, tačiau dažniau (n = 3) nebeturėjo ar nežinojo lūkesčių aplinkinių pagalbai.

Aplinkiniai į suicidinio veiksmo metu ar po jo perduodamas verbalines ar neverbalines užuominas reagavo aktyviomis, gelbėjimo reakcijomis (n = 9): atvyko į žudymosi vietą (n = 4), organizavo tyrimo dalyvio gyvybės išsaugojimą per atstumą (n = 3), kvietė greitąją (n = 3). Pavyzdžiui: „*man tai*

*atrodo vis dar man yra labai sunku suvokti ir man vis dar atrodo, kad tai buvo tas pats vakaras [T: mhm]. bet kad buvo milžiniška gėda turint minty, kad am, mano mama atsirado iš Lietuvos labai greitai. [nusijuokia] man tuo metu atrodė labai greitai“ (I15, M). Tyrimo dalyviai paprastai šias aplinkinių reakcijas vertino teigiamai (n = 3): „Kad draugė tikrai, ta prasme, atvažiavo. Jau vienas yra dalykas reikšminga: kad atvažiavo. Kad ji skubėjo.“ (I6, M).*

**18 lentelė.** Temos, apibūdinančios tyrimo dalyvių gyvybę išsaugojusius veiksnius, ir jų dažnumas analizuotuose interviu (n = 21)

	n (%)
<b>Veiksniai, padėję išgyventi</b>	<b>14 (66.7)</b>
• Mėginimo nusižudyti metu ar iškart po jo informuoti kiti žmonės	8 (38.1)
• Prieinama kitų žmonių intervencijai mėginimo nusižudyti vieta	6 (28.6)
• Letaliai nesuveikė pasirinktos priemonės	6 (28.6)

**19 lentelė.** Temos, apibūdinančios tyrimo dalyvių mėginimo nusižudyti suvokimą po mėginimo nusižudyti, ir jų dažnumas analizuotuose interviu (n = 21)

	n (%)
<b>Pirmi išgyvenimai po mėginimo nusižudyti</b>	<b>16 (76.2)</b>
• Emocinė būseną	13 (61.9)
○ Kontrolės praradimas	5 (23.8)
○ Pasimetimas	4 (19)
○ Ramybė	3 (14.3)
○ Kaltė	2 (9.5)
○ Išgąstis	2 (9.5)
• Mintys	12 (57.1)
○ Sunkumai prisimenant bandymo nusižudyti procesą	6 (28.6)
○ Suvokimas, kad mėgino nusižudyti	5 (23.8)
○ Galimų savižudybės pasekmių artimiesiems suvokimas	3 (14.3)
○ Apmaudas, kad nemirė	3 (14.3)
○ Noras nuslėpti mėginimą nusižudyti	1 (4.8)
<b>Nuostata į mėginimą nusižudyti</b>	<b>21 (100)</b>
• Neigiama	16 (76.2)
• Teigiama	9 (42.9)
• Gautos kitų paramos paskatintas teigiamos nuostatos pokytis	6 (28.6)

**20 lentelė.** Temos, apibūdinančios tyrimo dalyvių gėdos patyrimą ir ambivalenciją kalbėjimo apie savižudybę atžvilgiu, ir jų dažnumas analizuotuose interviu (n = 21)

	<b>n (%)</b>
<b>Gėdos išgyvenimas</b>	<b>21 (100)</b>
• Gėda nejaučiama	11 (52.4)
○ Nedetalizuojama	6 (28.6)
○ Suicidinis veiksmas – nulemtas pažeidžiamos emocinės būsenos	5 (23.8)
○ Suicidinis veiksmas – laisvas pasirinkimas	2 (9.5)
• Gėda jaučiama	10 (47.6)
○ Dėl aplinkinių žinojimo ar kalbėjimo apie suicidinį veiksmą	6 (28.6)
○ Dėl neigiamo kitų vertinimo lūkesčio	4 (14.3)
○ Bendras gėdos jausmas	2 (9.5)
○ Gėda ir kaltė	1 (4.8)
<b>Ambivalencija kalbėjimo apie savižudybę atžvilgiu</b>	<b>18 (85.7)</b>
• Noras kalbėti apie mėginimą nusižudyti	9 (42.9)
• Vengimas galvoti ir kalbėti apie mėginimą nusižudyti	9 (42.9)

**21 lentelė.** Temos, apibūdinančios tyrimo dalyvių buvimo ligoninėje patyrimą po mėginimo nusižudyti, ir jų dažnumas analizuotuose interviu (n = 21)

	<b>n (%)</b>
<b>Veiksniai, apsunkinatys buvimą ligoninėje</b>	<b>14 (66.7)</b>
• Susiję su darbuotojų bendravimu	9 (42.9)
○ Bendravimo stoka	5 (23.8)
○ Abejingumas	4 (19)
○ Priekaištai dėl mėginimo nusižudyti	2 (9.5)
• Susiję su tyrimo dalyviu	3 (14.3)
○ Ligoninė suvokiama kaip priverstinis suvaržymas	3 (14.3)
○ Psichikos sutrikimo stigmos baimė	1 (4.8)
• Susiję su ligoninės ypatumais	11 (52.4)
○ Apribojimai	4 (19)
○ Užimtumo stoka	3 (14.3)
○ Jausmų slopinimas medikamentais	2 (9.5)
○ Fizinės būklės stabilizavimo procedūros	2 (9.5)
○ Higieninės sąlygos	2 (9.5)
<b>Veiksniai, palengvinantys buvimą ligoninėje</b>	<b>13 (61.9)</b>
• Susiję su darbuotojų bendravimu	8 (38.1)
○ Rūpestingas bendravimas	5 (23.8)
○ Informacijos suteikimas	2 (9.5)
○ Neutralus kalbėjimas savižudybės tema	2 (9.5)

• Susiję su artimaisiais	3 (14.3)
○ Dažnas lankymasis	3 (14.3)
• Susiję su tyrimo dalyviu	2 (9.5)
○ Ligoninė suvokiama kaip galimybė sustiprėti	2 (9.5)
• Susiję su ligoninės ypatumais	4 (19)
○ Įtampos slopinimas medikamentais	2 (9.5)
○ Menki apribojimai	1 (4.8)
○ Užimtumas	1 (4.8)

**22 lentelė.** Temos, apibūdinančios tyrimo dalyvių sunkumus ir jų įveiką po mėginimo nusižudyti, bei jų dažnumas analizuotuose interviu (n = 21)

	n (%)
<b>Sunkumai, susiję su tyrimo dalyviu</b>	<b>14 (66.7)</b>
• Neigiamų kitų žmonių reakcijų ar atstūmimo baimė	9 (42.9)
• Minčių apie savižudybę baimė kartojantis sunkumams	5 (23.8)
• Sunkumai atsiveriant kitiems	3 (14.3)
• Negalėjimas pagerinti savo emocinės būsenos	2 (9.5)
• Kitų rūpestis suvokiamas kaip naštos kitiems įrodymas	1 (4.8)
<b>Sunkumai, susiję su aplinkiniais</b>	<b>9 (42.9)</b>
• Aplinkinių priekaištai	9 (42.9)
• Mėginimo nusižudyti temos vengimas	1 (4.8)
• Patyčios	1 (4.8)
• Santykių netektis	1 (4.8)
<b>Sunkumų įveikos strategijos</b>	<b>17 (81)</b>
• Kitoks savo ankstesnės situacijos pamatymas	<b>12 (57.1)</b>
○ Neigiamo savižudybės poveikio aplinkiniams apmąstymas	9 (42.9)
○ Reikalingumo kitiems supratimas	6 (28.6)
○ Pagalbos siekimo svarbos supratimas	6 (28.6)
○ Kitoks ankstesnių problemų vertinimas	6 (28.6)
• Noras spręsti sunkumus	<b>16 (76.2)</b>
○ Noras spręsti mintis apie savižudybę paskatinusius sunkumus	9 (42.9)
○ Noras siekti artimųjų ar specialistų paramos	6 (28.6)
○ Noras įveikti mintis apie savižudybę	5 (23.8)
• Veiksmai sprendžiant sunkumus	<b>7 (33.3)</b>
○ Mintis apie savižudybę paskatinusių sunkumų sprendimas	4 (19)
○ Aplinkinių paramos siekimas	3 (14.3)

**23 lentelė.** Temos, apibūdinančios tyrimo dalyvių santykius su kitais po mėginimo nusižudyti, ir jų dažnumas analizuotuose interviu (n = 21)

	n (%)
<b>Santykių pokyčiai</b>	<b>10 (47.6)</b>
• Aplinkiniai rodo didesnę rūpestį	8 (33.3)
• Aplinkiniai rodo iniciatyvą siekiant bendravimo	4 (14.3)
<b>Teigiamai vertinama kitų gauta parama</b>	<b>16 (76.2)</b>
• Emocinė parama	15 (71.4)
• Konkreti pagalba	3 (14.3)
• Informacinė parama	1 (4.8)

### 3. 4. 1. Komunikacija apie mėginimą nusižudyti ir gyvybę išsaugoję veiksniai

Pastebėjome, jog mėginimo nusižudyti metu ar iškart po jo daugiau tyrimo dalyvių siuntė neverbalines *žinutes kitiems apie savižudišką veiksmą* nei iki mėginimo nusižudyti, nors verbalinių pranešimų dalis kitiems išliko panašiai nedidelė. Tačiau patys tyrimo dalyviai paprastai mano, kad, kaip ir iki suicidinio veiksmo, jie nieko neinformavo apie vykstantį bandymą nusižudyti. Panašu, kad tyrimo dalyviai mėginimo nusižudyti metu save mato kaip atsiskyrusius nuo kitų žmonių, vienišus, kitų apleistus ir neturinčius ryšio su aplinkiniais. Tai patvirtina ir mūsų gauti duomenys, rodantys, kad bandymo nusižudyti metu lūkesčiai kitiems yra sumažėję, palyginus su ankstesniais lūkesčiais, išsakius ketinimą nusižudyti dar iki mėginimo nusižudyti, kuomet tyrimo dalyviai tikėjosi aktyvių, palaikančių kitų žmonių reakcijų. Šįkart beveik visi jau nieko iš kitų nebesitikėjo. Tokios tendencijos atitiktų Knizek ir Hjelmeland (2007) mintis apie tai, kad žmonės savižudiškam veiksmui apsisprendžia ankstesnių įvykių ar dialogų su kitais pagrindu – mūsų atveju panašu, kad mažiau grėsmingos komunikavimo priemonės nėra priimanamos pakankamai rimtai, todėl dalis tyrimo dalyvių galėjo pasirinkti mėginimą nusižudyti kaip ryškesnį savo skausmo atspindį kitiems arba galėjo nusivilti savo socialine aplinka ir galutinai apsispręsti nusižudyti.

Visgi aplinkiniai, supratę neverbalinių ar verbalinių užuominų rimtumą, šįkart aktyviai reagavo į savižudybės grėsmę, rūpinosi pagalbos organizavimu,



skubėjo padėti mėginantiems nusižudyti tyrimo dalyviams, ką pastarieji vertino teigiamai. Pavyko rasti kitą tyrimą, kuriame gauta, jog mėginusieji nusižudyti teigiamai reaguoja į laikiną aktyvų aplinkinių vaidmenį (kreipimą į ligoninę ir pan.) sumažinant galimybes numirti jau atlikus suicidinį veiksmą (Player, 2015). Gera suprasti, kad mūsų tyrimo dalyviams pasisekė ir jie galiausiai buvo išgirsti arba sėkmingai iškomunikavo apie esamą pavojingą situaciją, tačiau tuo pačiu galime numanyti, kad tikrai ne visi mėginimai nusižudyti nesibaigia mirtimi.

Taip pat matome (18 lentelė), kad *veiksniai, padėję tyrimo dalyviams nenumirti*, yra glaudžiai susiję su neverbaliu ar verbaliu savižudiško veiksmo komunikacija, taip sudarant prielaidas kitų asmenų galėjimui įsikišti ir suteikti pagalbą: tyrimo dalyviai mėginimo nusižudyti metu ar iškart po jo informavo kitus žmones apie savižudišką veiksmą, keletas jų įvardino atsiradusį baimės numirti jausmą, kaip paskatinusį kreiptis pagalbos: „*o po to suveikė matyt baimės faktorius, kad aš už kokio pusvalandžio išsikviečiau greitąją, pasisakiau ką aš pasidariau su savim*“ (I19, M) arba pasirinko prieinamą kitų žmonių įsikišimui bandymo nusižudyti vietą. Kita vertus, dalis tyrimo dalyvių išgyveno po mėginimo nusižudyti tik dėl to, kad letaliai nesuveikė pasirinkta savižudybės priemonė.

Du trečdaliai tyrimo dalyvių - verbaliai ar neverbaliai - bet buvo tarpasmeniniame kontakte su kitais asmenimis mėginimo nusižudyti metu. Tai juos ir apsaugojo nuo mirties. Kiek daugiau nei ketvirtadalį tyrimo dalyvių išgelbėjo mirtinai nesuveikusios savižudybės priemonės. Panašu, kad kitų žmonių intervencijos galimybė yra svarbiausias universalus veiksnys, apsaugantis nuo mirtinos suicidinio elgesio pasekmės (Player, 2015). Nors dauguma mėginusiųjų nusižudyti savižudiško veiksmo metu buvo vieni, tačiau 76.8% (n = 63) tuo metu taip pat turėjo kokį nors tarpasmeninį kontaktą su artimaisiais ar draugais (Deisenhammer, 2009). Tad ūmios suicidinės rizikos metu kitų asmuo vaidmuo yra gyvybiškai svarbus. Kuomet savižudybės pavojus yra didžiausias, intervencijos laikas, kaip pamatėme analizuodami

savižudybės planavimo ypatumus iki mėginimo nusižudyti, yra sąlyginai trumpas, tad ryškėja ypatinga neformalių pagalbos šaltinių, artimųjų ir draugų, reikšmė.

### 3. 4. 2. Mėginimo nusižudyti suvokimas

Savižudybės procesas nesibaigia mėginimu nusižudyti, kaip matome iš 19 lentelės. Mėginimą nusižudyti išgyvenę žmonės pirmiausia suvokia, kad jie bandė nusižudyti, tačiau nemirė ir ima reflektuoti paskutinius įvykius iki savižudiško veiksmo bei palaipsniui susiduria su bandymo nusižudyti pasekmėmis jų gyvenime. Pirmieji ryškūs tyrimo dalyvių išgyvenimai apima tam tikras mintis ir jausmus. Dažniausiai mėginusieji nusižudyti jaučiasi sutrikę ir praradę kontrolę, pasimetę: „*ir prabudau, šitam jau... reanimacijos palatoj, laiko sąvokos jokios, išvis nei nei nei...rytas nei...nei diena nieko než-, nežinau. ir...sesutės veidas taip, pakelia ranką, sako sveikas sugrįžęs*“ (I20, V), kai kurie išgyvena palengvėjimą, ramybę, lyg katarsį po intensyvių emocijų, kaltę ar išgastį. Nemaža dalis tyrimo dalyvių prabudę ligoninėje patį bandymo nusižudyti procesą matė tarsi pro miglą, tarsi iš naujo suvokė, kad jie iš tiesų mėgino nusižudyti ir išsigandę pagalvojo apie savo artimuosius, kurie galėjo būti apsunkinti tokio jų poelgio: „*kaltės jausmas, pirmiausiai. [T: mhm, gal gali truputį daugiau papasakoti apie kaltės jausmą.] D: vat kad, kas būtų buvę, [T: Mhm] jeigu, jeigu manęs nebūtų. Na vat, nebebūtų, apie vaiką iškart pirmiausiai*“ (I12, M), o kai kurie jautė apmaudą, kad nusižudyti nepavyko.

Galutinai suvokę, kas įvyko, tyrimo dalyviai bandymą nusižudyti vertino įvairiai. Didžioji dauguma tyrimo dalyvių savižudišką veiksma vertino neigiamai, paprastai išsakę neigiamą savęs vertinimą dėl šio veiksmo ar teigiamai vertinę kitų intervenciją. Beveik dvigubai mažesnė dalis teigiamai vertino mėginimą nusižudyti, dažniausiai pateisindami savižudybę kaip priimtina veiksma esant tam tikroms problemoms ar situacijoms, bet didelė jų dalis sulaukę kitų pagalbos pakeitė savo nuomonę ir ėmė teigiamai vertinti tai, kad išgyveno: „*kai manęs negalėjo pasiekti jokiais kitais metodais tai jie rado*

*būdą kaip iškviesti pagalbą ten kur aš buvau. tai aš pradžioj labai dėl to pykau ir galvojau, kad nereikėjo, nes dabar bus žymiai daugiau problemų su visu šituo, o paskui visa tai pradėjo keistis ir pats požiūris pradėjo keistis į tai, kad (3s.) tiesiog (2s.) aš pamačiau tuo metu nes iš karto po to ir mano draugai, ir mano šeima ir artimieji pradėjo visai kitaip į viską žiūrėti ir aš iš jų sulaukiau labai daug dėmesio [T: hmm] ko-kas man iš pradžių atrodė kad aš esu tiktai nereikalingas bagažas, pavadinkim taip“ (I7, M).*

Taigi, kaip matome iš duomenų apie savižudybės procesą po mėginimo nusižudyti, pirmieji žmonių išgyvenimai ligoninėje atspindi tolesnę krizės eigą. Kaip ir iki savižudiško veiksmo, taip ir po jo tyrimo dalyviai jaučia intensyvias nemalonus emocijas, dažniau minimas kontrolės praradimas, pasimetimas, kaltė prieš artimuosius ir baimė suvokus, kad įvyko mėginimas nusižudyti, o taip pat ir apmaudas, kad nepavyko numirti. Keletas tyrimo dalyvių jautė palengvėjimą, tarsi po staigaus emocijų išsiveržimo, kurį sukėlė savižudiško veiksmo procesas. Radome Kanadoje atliktą mėginusiųjų nusižudyti savijautos prieš ir po savižudiško veiksmo tyrimą, kuriame nustatyta, kad nemalonus emocijos vyrauja tiek prieš, tiek po mėginimo nusižudyti, po kurio tyrimo dalyviai daugiausia išgyveno kaltę, pyktį, liūdesį, o nedidelė dalis jautė malonus emocijas - palengvėjimą, ramybę (Chapman & Dixon-Gordon, 2007). Tad panašu, jog kriziniai išgyvenimai po savižudiško veiksmo tęsiasi; nors maža dalis mirtimi nepasibaigusį suicidinį veiksma atlikusiųjų gali išgyventi laikino palengvėjimo būseną, tačiau paprastai vyrauja sunki emocinė savijauta, tyrimo dalyviams trūksta informacijos apie tai, kas nutiko, imama svarstyti, kaip mėginimas nusižudyti paveiks jų gyvenimą.

Kita vertus, iš gautų duomenų ilgainiui matome mėginusiųjų nusižudyti palengvėjimą dėl to, kad jie išgyveno. Didžioji dauguma neigiamai vertino tai, kad siekė nusižudyti, o didelė dalis iš karto teigiamai vertinusių mėginimą nusižudyti, savo nuomonę keitė sulaukę kitų emocinės paramos. Jeigu, kaip pamatėme anksčiau, iki mėginimo nusižudyti vyraujančios intensyvios nemalonus emocijos gali nusverti asmens nuostatą savižudybės atžvilgiu imant ją laikyti priimtiniu būdu spręsti sunkumus, tai kitų socialinė parama gali

padėti pamatyti, kad savižudybė nėra išeitis. Gilindamiesi į tyrimo dalyvių patirtį tiek iki, tiek po mėginimo nusižudyti taip pat pastebėjome, jog visi tyrimo dalyviai, neigiamai savižudybę vertinę iki mėginimo nusižudyti, neigiamai ją vertino ir po mėginimo nusižudyti. Panašios tendencijos išryškėjo ir iš interviu su tyrimo dalyviais, teigiamai vertinusiems savižudybę iki mėginimo nusižudyti – didelė dalis jų (6 iš 8 tyrimo dalyvių) po mėginimo nusižudyti taip pat teigiamai vertino mėginimą nusižudyti kaip būdą spręsti savo sunkumus. Rudd (2006) nestabilumo-pažeidžiamumo teorijoje teigiama, kad kiekvienas žmogus pasižymi skirtingu baziniu suicidinės rizikos lygiu, kuris priklauso nuo asmens pažeidžiamumo suicidinei būsenai; pasibaigus ūmios suicidinės rizikos epizodui asmuo grįžta į savo pažeidžiamumo savižudybei lygį. Galime svarstyti, jog tyrimo dalyvių savižudybės vertinimo pastovumas pagrindžia šias prielaidas. Tačiau svarbu pridurti, jog didesnė dalis tų tyrimo dalyvių (4 iš 6), kurie tiek iki, tiek po mėginimo nusižudyti teigiamai vertino savižudybę, po mėginimo nusižudyti sulaukę aplinkinių socialinės paramos ėmė kitaip vertinti savižudybę ir ėmė spręsti savo sunkumus ne savidestruktyviais būdais. Mėginusiųjų nusižudyti reakcija į mirtimi nepasibaigusį savižudišką veiksma yra kliniškai svarbus veiksnys, galintis numatyti tolesnės savižudybės riziką: mėginusiems nusižudyti, neigiamai vertinusiems tai, kad išgyveno, tikimybė nusižudyti 5-10 metų eigoje buvo 2.5 karto didesnė nei mėginusiems nusižudyti, kurie ambivalentiškai ar teigiamai vertino tai, kad nemirė (Henriques, Wenzel, Brown, & Beck, 2005). Mūsų duomenys svarbūs savižudybių prevencijoje, nes leidžia pamatyti, kokie aspektai veikia savižudiško veiksmo vertinimą mėginusiųjų nusižudyti imtyje.

### 3. 4. 3. Buvimo ligoninėje patirtis

Visi tyrimo dalyviai po mėginimo nusižudyti atsidūrė *ligoninėje*. Pastebėjome tam tikrus veiksnius, apsunkinusius arba palengvinusius tyrimo dalyvio patirtį joje (21 lentelė). Labiausiai mėginusius nusižudyti slėgė ligoninės darbuotojų bendravimo su jais trūkumas: „*nieks, nieks čia su jumis*

nešneka, vaistų prifaršiuoja, ir viskas. kai man buvo isterijoj nu toks biški isterijos priepuolis... [T: aha] mane tiesiog, užlaužė dvi rankas ir nunešė iki... iki uždaros palatos, pririšo prie lovos ir, ukolus, ukolais šėrė visą savaitę kurios aš... aš savaitę visą visiškai pramiegojau net dieną, ir vakare... prifaršiuotas vaistų visiškai. o psichologai vieną kartą buvo, testą padaryti, ir daugiau čia psichologai nešneka su jumis“ (I18, V), abejingumas, įvairūs laisvės apribojimai, užimtumo stoka, priekaištai dėl mėginimo nusižudyti, perdėtas jausmų slopinimas vaistais: „ten tabletėm apkrauna, vis tiek organizmas, [T: mhm.] yra organinis dalykas ir, kas iš to kad tu chemiją suvarai, [T: mhm.] nuo to tu geriau nepasijausi, tu, tau širdies neišgydys. o kažkokią psichologo ar psichoterapeuto, aš per visą savaitę negavau iš tikrųjų. [T: mhm.] tai va.“ (I15, M). Tuo tarpu labiausiai tyrimo dalyviams padėjo rūpestingas darbuotojų bendravimas, dažnas artimųjų lankymasis, informacijos apie būseną ir gydymą suteikimas, neutralus kalbėjimas savižudybės tema: „o čionais aš irgi neturėjau jokių sunkumų dėl to, kad tikrai nebuvo ko aš ir tikėjaisi kad gali būt kažkoksai tai pasmerkimas ar dar kažką. bet to tikrai nebuvo ir apie tai nebuvo irgi, nebuvo kad tik apie tai buvo šnekama, bet jei apie tai buvo šnekama tai nebuvo šnekama kaip apie kažkokį tai labai blogą dalyką, nebuvo irgi bandoma per daug švelniai arba per daug griežtai šnekėti taip kad nei vienos, nei kitos ligoninės personalui aš tikrai negaliu pasakyt, kad kažkas buvo blogai“ (I11, M), išgyvenamos įtampos mažinimas vaistais: „mane labai sėkmingai pastatė ant vaistų. man nutaikė vaistus. nuėmė vieną iš stumoklių sakykim į krizę tai nemigą. man nuėmė tą nemigą vaistais. aš dabar gerai miegu“ (I19, M).

Nerimą kelia ne visada tinkamos reakcijos į mėginusius nusižudyti žmones jiems patekus į ligoninę po savižudiško veiksmo. Kitu Lietuvoje atliktu tyrimu nustatyta, kad trečdaliui ligoninės personalo, susiduriančiam su suicidiškais pacientais, būdingi klaidingi įsitikinimai apie savižudybes, be to, dirbantieji specialistai jautėsi mažiau pasiruošę padėti savižudybės krizėje esantiems žmonėms nei būsimieji specialistai (Lošakevičius, 2005). Tai rodo esant tinkamų žinių ir įgūdžių, reikalingų padėti po savižudybės bandymo į

ligoninę patekusiems asmenims, poreikį. Taip pat pastebėjome, kad mėginusieji nusižudyti įvairiai vertina psichotropinių vaistų teikiamą naudą ar žalą po mėginimo nusižudyti. Subjektyvia tyrimo dalyvių nuomone, pernelyg slopinantys bandžiusiųjų nusižudyti išgyvenimus vaistai kenkia, nes trukdo reflektuoti savo patirtį ir priimti savarankiškus sprendimus, prisitaikyti prie naujos situacijos. Tuo tarpu sunkumų, kuriuos patys mėginusieji nusižudyti įvardina kaip keliančių pernelyg didelę įtampą (pavyzdžiui, ilgalaikę nemigą), simptominis gydymas vaistais, tyrimo dalyvių vertinimu gali suteikti daugiau atsparumo po savižudiško veiksmo. Panašu, jog tokie tyrimo duomenys atitiktų vieną iš suicidologų rekomedacijų kartu su klientu išsiaiškinti, kokie iš jo patiriamų simptomų labiausiai prisideda prie išgyvenamos kančios ir rasti būdą (psichoterapinį ar medikamentinį) kaip juos sumažinti (Joiner, 2005). Remdamiesi mėginusiųjų nusižudyti patirtimi, galime svarstyti, jog suicidinę krizę po mėginimo nusižudyti ligoninėje taip pat padeda mažinti bendravimas, leidžiantis pasijusti priimtu ir nevertinamu neigiamai, suteiktos galimybės dažnai matyti artimuosius, užimtumas.

Po mėginimo nusižudyti tyrimo dalyviai ligoninėje jautriai vertina aplinkinių reakcijas į juos ir į jų mėginimą nusižudyti, kurias galima apibendrintai įvardinti kaip priėmimą arba atstūmimą parodančias reakcijas. Mėginusiems nusižudyti žmonėms sunkumų kėlė jų suvoktas aplinkinių vengimas bendrauti su jais ar apskritai bendravimo trūkumas, ligoninės darbuotojų priekaištai ir moralizavimas dėl savižudiško veiksmo, abejingumas, neatsižvelgimas į jų poreikius, tyrimo dalyviai taip pat jautriai reagavo į jų manymu, pakeltą ar grubų balso toną. Tuo tarpu priešingos aplinkinių reakcijos – dažnesnis laiko skyrimas jiems, reikiamos informacijos suteikimas ir parodytas rūpestis, neutralus ir nevertinantis kalbėjimas apie mėginimą nusižudyti, ramus balso tonas bendraujant padėjo tyrimo dalyviams mažinti krizinius išgyvenimus. Tad pirmosios dienos ligoninėje yra itin svarbus laikotarpis tolesnei savižudybės krizės eigai; kaip toliau matysime iš mūsų gautų rezultatų, mėginusiųjų nusižudyti jautrumą aplinkinių reakcijoms gali lemti gėdos jausmas bei su juo galimai susiję neigiamų reakcijų lūkesčiai ir

kitų atstūmimo baimė. Čia svarbu atkreipti dėmesį į išryškėjusį mūsų tyrimo dalyvių norą kuo skubiau palikti ligoninę ir paskatinti greitesnį išrašymą iš jos: „čia ligoninėje, psichiatrė taip sakė dar yra noras žudy, žudy, žudytis. Man, aš sakau ne, man tik kad greičiau buvo iš ten pabėgti“ (I1, M). Tuo tarpu Didžiojoje Britanijoje atliktame tyrime mėginusiems nusižudyti ligoninėje, atvirkščiai, daugiau sunkumų sukėlė jų noras likti ilgiau ligoninėje ir apsunkintos galimybės tai įgyvendinti (Owens-Smith et al., 2014). Spėjame, kad mūsų tyrimo dalyvių galimas savižudybės rizikos minimizavimas bendraujant su specialistais ir noras greičiau palikti ligoninę gali būti susijęs su gėdos patyrimu, kurios galimą vaidmenį savižudybės procese po mėginimo nusižudyti aptarsime toliau.

#### 3. 4. 4. Gėdos patyrimas ir ambivalencija kalbėjimo apie savižudybę atžvilgiu

Svarbus išgyvenimas po mėginimo nusižudyti yra *gėdos jausmas* (20 lentelė); nors nemažai tyrimo dalyvių teigė gėdos nejautę paprastai dėl to, kad pripažino, jog jų emocinė būseną buvo pažeidžiama, o to nereikia gėdytis, bet gėdą po mėginimo nusižudyti išgyveno beveik pusė tyrimo dalyvių, dažniausiai dėl aplinkinių žinojimo ar kalbėjimo apie suicidinį veiksma, bei dėl neigiamo kitų vertinimo lūkesčio: „nu kaip, kaip pasakyt, kada atvažiuodavo pats būtent aplankyti...būtent artimi žmonės, aš turiu omeny, ne draugai, bet... [T: mhm.] bet jau iš šeimos narių. kažkaip toks jausmas būdavo lyg lyg nu...lygtai gėda taip. kažkaip tiek į akis žmogui tam pažiūrėt...bet aišku kada pradedi bendraut, tas gėdos jausmas dingsta toks“ (I20, V). Taip pat išryškėjo ambivalencija kalbėjimo apie mėginimą nusižudyti su kitais atžvilgiu – nors nemaža dalis kalbėjosi su kitais norėdami paaiškinti savižudiško veiksmo priežastis ar nuraminti aplinkinius, tačiau kalbėjimas šia tema nebuvo lengvas, dalis tyrimo dalyvių vengė mąstyti apie tai ir kalbėti su kitais: „tai irgi galbūt yra viena iš priežasčių dėl ko aš noriu ištrinti tą įvykį, dėl to, kad jeigu aš pagalvoju apie tai, tai man tikrai pasidaro labai gėda“ (I7, M).

Tokie mėginusiųjų nusižudyti gėdos išgyvenimai gali būti glaudžiai susiję su tuo, kad savižudiškas elgesys visuomenėje yra smarkiai stigmatizuojamas (WHO, 2014a; Gailienė, 2015). Išties, gauti rezultatai parodė, jog beveik visi tyrimo dalyviai, jautę gėdą po mėginimo nusižudyti (8 iš 10 tyrimo dalyvių), neigiamai vertino savo mėginimą nusižudyti. Australijoje atliktame tyrime rasta, jog mėginusieji nusižudyti tiek patys perima visuomenėje vyraujančius stigmatizuojančius vertinimus, tiek susilaukia realių stigmatizacijos apraiškų (pavyzdžiui, vengimo bendrauti su jais) įvairiose savo gyvenimo srityse, netgi ir sulaukdami profesionalios specialistų pagalbos. Taip pat pastebėta, kad mėginusieji nusižudyti jautriai reaguoja į tokius stigmatizuojančius vertinimus, ir tai apsunkina tiek jų tarpasmeninius santykius, tiek trukdo gauti ir priimti specialistų teikiamą pagalbą (Rimkevičienė, Hawgood, O’Gorman, & De Leo, 2015). Tad galime kelti prielaidą, kad kol visuomenėse vyraus savižudiško elgesio stigma, tol šie, panašų, universalūs įvairiose kultūrose išgyvenimai taip pat vyraus po mėginimo nusižudyti. Šio tyrimo pobūdis neleidžia palyginti savižudiško elgesio stigmos Lietuvoje ir kitose šalyse. Vis dėlto gauti rezultatai rodo, kad ši stigma yra ryški. Svarbu prisiminti, kad beveik pusė potencialių tyrimo dalyvių atsisakė dalyvauti tyrime, o dar didesnė dalis, tikėtina, nesutiko dalyvauti sulaukę pirmojo kvietimo. Šis vengimas gali atspindėti, kaip stipriai yra stigmatizuojamos savižudybės ir savižudiškas elgesys. Žinoma, negalime neatsižvelgti ir į tai, kad apskritai pasidalinti sunkiais išgyvenimais gali būti sunku, o tai taip pat gali lemti atsisakymą dalyvauti tyrime.

Manoma, jog viena iš pagrindinių gėdos patyrimo funkcijų yra susijusi su socialinių santykių reguliacija – gėda padeda kontroliuoti artumą ir atstumą santykiuose (Zbarauskaitė, 2008). Galime svarstyti, kad gėdos jausmas didina jautrumą aplinkinių reakcijoms, atspindinčioms priėmimą arba atstūmimą, nes gėda kyla pažeidus tam tikras suvoktas visuomenės normas, dėl ko baiminamasi kitų žmonių atstūmimo. Išties, žvelgdami į šio tyrimo rezultatus, matome, kad kalbėdami apie sunkumus po mėginimo nusižudyti tyrimo dalyviai dažniausiai įvardina neigiamų kitų žmonių reakcijų ar atstūmimo



baimę. Gėdos vaidmenį patvirtintų tai, kad didesnė dalis būtent jautusiųjų gėdą po mėginimo nusižudyti (6 iš 10 tyrimo dalyvių) taip pat išgyveno ir neigiamų reakcijų baimę, kai tik 3 iš 11 gėdos neišgyvenusių tyrimo dalyvių baiminosi neigiamų kitų žmonių reakcijų.

Iš jautusiųjų gėdą, dalis (4 iš 10 tyrimo dalyvių) *kalbėjo su kitais apie mėginimą nusižudyti* norėdami paaiškinti savižudiško veiksmo priežastis ar nuraminti aplinkinius, tačiau kiti (5 iš 10) vengė apie tai kalbėti. Pastebėjome, jog beveik visi tyrimo dalyviai (8 iš 9), po suicidinio veiksmo nevengė kalbėti su kitais apie mėginimą nusižudyti, sulaukė teigiamos aplinkinių paramos. Tuo tarpu mažesnė dalis (5 iš 9) vengusiųjų kalbėti su kitais apie mėginimą nusižudyti sulaukė teigiamos paramos iš kitų. Tačiau svarbu pridurti, jog mūsų tyrimo metodologija neleidžia statistiškai reikšmingai palyginti šio skirtumo. Visgi galime kelti prielaidą, kad išdrįsimas kalbėti apie mėginimą nusižudyti gali paskatinti ir aplinkinių teigiamą paramą. Tačiau gėda dažnai gali prisidėti prie noro slėptis ir apskritai atriboti savo išgyvenimus nuo situacijos, pavyzdžiui, pasitraukiant iš santykio, ir užsislendžiant savyje (Zbarauskaitė, 2008). Visgi toks polinkis reaguoti į gėdą užsislendžiant ir atsiribojant nuo gėdą sukėlusios situacijos bei kitų žmonių yra susijęs su didesne psichologine įtampa ir žemesniu savęs vertinimu (Elison, Pulos, & Lennon, 2006), tokia gėdos patyrimo įveika gali didinti socialinę izoliaciją ir apsinkinti tarpasmeninius santykius.

Suicidinio elgesio teorijose (Durkheim, 1897/2002; Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015; O'Connor, 2011; Orbach, 2001; Rudd, 2006; Shneidman, 1996/2002; Williams, 1997) pabrėžiamos tarpasmeninės savižudybių prielaidos, negalėjimas palaikyti ryšio su kitais, tad reagavimas į gėdą atsiribojant nuo šios patirties ir nuo aplinkinių gali būti potencialus suicidinės krizės didėjimo po mėginimo nusižudyti veiksnys. Manome, kad toks reagavimas į gėdą gali būti susijęs su disociacija, kurios vaidmenį pastebėjome ir iki savižudiško veiksmo. Randama, jog tie traumas patyrę suaugę asmenys, kurie turi kliniškai reikšmingų disociacijos požymių, pasižymi tiek ryškesniu gėdos patyrimu, tiek stipresnėmis vengimo ir

atsiribojimo nuo gėdos išgyvenimo tendencijomis (Dorahy et al., 2013). Galime svarstyti, jog disociacija, apimančią atsiribojimą nuo patirties, atsietumą nuo jausmų (Orbach, 2001), po mėginimo nusižudyti gali sustiprinti gėdos išgyvenimas.

Visgi gėdos išgyvenimas gali ne tik prisidėti prie socialinės izoliacijos, bet, kita vertus, gėda gali padėti integruoti patirtį ir didinti asmens susietumą su savimi ir su aplinkiniais (Zbarauskaitė, 2008). Nors dalis (5 iš 10 tyrimo dalyvių) jautusių gėdą vengė mąstyti apie mėginimą nusižudyti ir kalbėti apie tai su kitais, kita dalis nevengė šios temos, pavyzdžiui, norėdami paaiškinti savižudiško veiksmo priežastis ar nuraminti aplinkinius. Pastebėjome, jog tyrimo dalyviai, jautę gėdos jausmą ir nevengę kalbėti apie mėginimą nusižudyti su kitais, įvardino mažėjantį gėdos intensyvumą: „*kada atvažiuodavo pas būtent aplankyt...būtent artimi žmonės, aš turiu omeny, ne draugai, bet... [T: mhm.] bet jau iš šeimos narių. kažkap toks jausmas būdavo lyg lyg nu...lygtai gėda taip. kažkaip tiek į akis žmogui tam pažiūrėt...bet aišku kada pradedi bendraut, tas gėdos jausmas dingsta toks*“ (I20, V), taip pat didesnę atvirumą sau, paskatinant svarstyti mėginimo nusižudyti priežastis, ir tuo pačiu kitiems: „*man visą savaitę gėda buvo [T: aha.], man kai draugai skambindavo man man, iki šiol gėda, nežinau dar kiek laiko bus gėda. aš... eisiu pas... kai pagimdys vaiką, aš eisiu pas tėvus. ir tėvai žino, ir mama. tas, tas gėdos jausmas turbūt ilgas laikas turbūt, [T: mhm.] kol nepraeis. aš pats nesuvokiu, savo tų poelgių. dėl ko aš taip padariau*“ (I3, V). Gėdos patyrimas gali paskatinti geresnę savęs supratimą, nes vieši tampa tie savęs aspektai, kurie buvo nuslopinti. Jei asmuo geba atlaikyti gėdos jausmą, tai sudaro prielaidas išlikti ryšyje su kitu ir patirti, kad nepaisant padarytų klaidų ar netinkamų sprendimų, gali būti priimamas kito. Ir iš kitos pusės, aplinkinių priėmimas padeda lengviau atlaikyti patiriamą gėdos jausmą (Zbarauskaitė, 2008). Viena tyrimo dalyvė minėjo: „*prieš save kad vat nu, kad kaip nu, kad gėda prieš save kad aš bandžiau išeiti į tą pasaulį, nes man gyvent reikia. [T: Mhm] aš turiu gyvent, ir aš turiu dėl ko gyvent. <...> ir tas dėl kurio aš gal tą gėdą jaučiu dabar sėdi manęs ten laukia (nusijuokia) atvažiavo jie jau*“ (I12, M). Tad

panašu, jog gėdos jausmo patirtis ją neigiant arba pripažįstant ir vengiant atvirumo, gali lemti didesnę socialinę izoliaciją po mėginimo nusižudyti, tuo tarpu gėdos jausmo priėmimas išliekant atviru ryšyje su kitais, leidžia geriau save suprasti ir vertinti bei padeda atkurti pusiausvyrą santykiuose ar juos sustiprinti.

Tačiau taip pat svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad, kaip pamatėme iš mūsų tyrime gautų rezultatų, tiek ilgą laiką iki mėginimo nusižudyti, tiek po mėginimo nusižudyti tyrimo dalyviai yra sunkioje emocinėje būsenoje, todėl galime svarstyti, jog tokiam emociniam fone gali būti sunkiau konstruktyviai atlaikyti gėdos jausmą. Gėda, subjektyviai skausmingas išgyvenimas, iki mėginimo nusižudyti neišryškėjo, tačiau po mėginimo nusižudyti ją jautė jau apie pusę tyrimo dalyvių. Gėdos patirtis gali svyruoti nuo lengvo diskomforto iki itin stipraus, ekstremalaus gėdos ir gilaus pažeminimo suvokimo, kuomet sutrikdoma asmens savivertė ir gali būti pažeistas suvoktas gebėjimas toliau įveikti gyvenimo sunkumus - itin stipriai išgyvenamos gėdos atveju asmuo susieja patiriamą gėdą su savo asmenybe, o ne su įvykusiais netinkamais veiksmais; taip sustiprinama nuostata, kad dabartinės situacijos neįmanoma pakeisti (Wheeler, 1997). Neigiamas savęs vertinimas, kylantis dėl neatitikimo tarp lūkesčių (asmens ar socialinių) ir dabartinės situacijos bei dėl to kylantys intensyvūs nemalonūs jausmai suicidinio elgesio teorijose (Baumeister, 1990; Beck, 2005; Orbach, 2001; O'Connor, 2011; Williams, 1997) yra įvardinami kaip viena pagrindinių savižudiško elgesio prielaidų. Tad galime manyti, jog pernelyg intensyvus gėdos patyrimas po mėginimo nusižudyti gali būti reikšmingas suicidinės rizikos veiksnys.

Deja, pastebėjome, kad didesnė dalis jautusių gėdą po mėginimo nusižudyti (6 iš 10 tyrimo dalyvių), patyrė juos skaudinčius aplinkinių priekaištus. Kita vertus, nestebina, jog didesnė dalis gėdos nejautusiųjų (9 iš 11 tyrimo dalyvių) nepatyrė aplinkinių priekaištų. Tad galime kelti prielaidą, jog aplinkinių priekaištai gali paskatinti arba sustiprinti išgyvenamą gėdos jausmą. Keletas tyrimo dalyvių įvardino, kad po mėginimo nusižudyti itin jautriai reagavo į kitų atstūmimą: „*Matot, va būtent pats pirmas žmogaus...žmogaus po*

to bandymo nusižudyti sutikimas pradedant pokalbį [T: mhm] ir panašiai, kada, kada ateini į kabinetą, a- atsisėdi, ir tau režia vos ne isteriją, į akis, nu...čia jau...atleiskit. <...> manau kad jeigu silpnesnių nervų žmogus, tai...nežinau nu.“ (I20, V). Pasak Rudd (2006) nestabilumo-pažeidžiamumo savižudybės proceso teorijos, padidėjusios suicidinės rizikos epizodai, kurių metu gali įvykti mėginimas nusižudyti, gali pasikartoti pasirodžius ankstesnėms vidinėms ar išorinėms įtampoms, iš kurių būdinga vėl suaktyvinta suicidinė įsitikinimų sistema, apimanti kognityvinę atstūmimo temą, dažnai pastebimą apie savižudybę galvojantiems asmenims. Svarbu, jog tyrimo dalyviai sulaukė ne tik priekaištų, kuriuos laikė atstūmimu, bet ir, jų vertinimu, teigiamos aplinkinių paramos. Galbūt tai, kad beveik visi tyrimo dalyviai, patyrę gėdą ir sulaukę priekaištų po mėginimo nusižudyti, taip pat sulaukė ir emocinės paramos (5 iš 6 tyrimo dalyvių), padėjo mažinti potencialiai žalingos gėdos patirties galimybę. Švedijoje atlikto mėginusiųjų nusižudyti tyrimo duomenys patvirtintų šias prielaidas (Wiklander et al., 2003). Nustatyta, jog nuo aplinkinių reakcijų didele dalimi priklausė tyrimo dalyvių savęs ir mėginimo nusižudyti vertinimas: dalis mėginusiųjų nusižudyti matydami aplinkinius kaip geranoriškus, pagarbius ir nevertinančius, nebejautė gėdos ar jautė jos mažiau. Ir atvirkščiai, patirdami kitų neigiamas nuostatas savo atžvilgiu, dalis tyrimo dalyvių išgyveno dar intensyvesnę gėdą, skatinusią atsiriboti nuo aplinkinių (Wiklander et al., 2003).

#### 3. 4. 5. Sunkumai po mėginimo nusižudyti, jų įveika ir santykių pokyčiai

Po mėginimo nusižudyti tyrimo dalyviai susidūrė su naujais sunkumais savo gyvenime (22 lentelė). Kai kurie sunkumai buvo labiau individualūs, susiję su pačiais tyrimo dalyviais, iš kurių ryškiausia buvo neigiamų kitų žmonių reakcijų ar atstūmimo baimė: „aš taip, aš taip ir galvojau kad jie jau pasakys kad man jau (7s) kad jau grubiai sakant stogas nuvažiavo“ (I12, M) bei dvejonės, jog mintys apie savižudybę vėl gali kilti kartojantis ar tebesitęsiant sunkumams, kurie paskatino mėginimą nusižudyti. Taip pat kilo

įvairūs sunkumai, susiję su kitų žmonių elgesiu, iš kurių labiausiai išsiskyrė aplinkinių priekaištai: „*jinai čia, išgėrusi mane susitiko, pasakė, vienu žodžiu, nu tipo, moki nuodytis tiktai. eik dar tablečių išgerk. aš pažiūrėjau į ją, su šypsena, taip ramiai, nuėjau toliau. aš nesureagavau, bet man viduj labai nemalonu taip pasidarė. labai.*“ (I1, M).

Visgi sulaukę kitų priėmimo, palaikymo, daugiau nei pusė tyrimo dalyvių ėmė kitaip matyti savo ankstesnę situaciją: apmąstė potencialiai neigiamą vos neįvykusios savižudybės poveikį aplinkiniams, suprato, kad yra reikalingi kitiems, taip pat suprato pagalbos siekimo svarbą bei ėmė kitaip vertinti savo ankstesnes problemas, matydami jas kaip galimas išspręsti: „*man pagalba yra tiesiama. ir draugė ta, kuri pergyveno kai aš pasisakiau kas čia tokio įvyko. ir sūnus pats artimiausias žmogus. na ir sesuo aišku išgyveno. vienu žodžiu. visi tie aplinkos žmonės rodo, kad jie būtų man tiesę ranką. reiškia jie rodo, tik reikėjo man atsivert. gal aš kaip įsitikinus ne vieno nusižudžiusio žmogaus klaida yra per užsidarymą viską spręst.*“ (I19, M). Tad didelė dalis tyrimo dalyvių išreiškė norą spręsti savo sunkumus, paprastai minėdami norą spręsti mėginimą nusižudyti paskatinusias problemas ar siekti artimųjų ar specialistų pagalbos: „*ta pagalba yra labai sunkiai prieinama žmonėm ir kitas dalykas pas mus yra požiūris suformuotas, kad psichologo, ar psichiatro, ar psichoterapeuto pagalba tai yra kažkas jau, ten tau kukū kukū. [T: mhm.] tai nežinau tai vat vienąkart pagalvojau, nieko neįvyko, o po to, aš nežinau, tai va, va dabar ir nusprendžiau, kad reikalinga kažkokia pagalba*“ (I15, M). Dalis jau ir ėmėsi konkrečių veiksmų: pradėjo spręsti mintis apie savižudybę paskatinusius sunkumus ar ėmė siekti aplinkinių paramos.

Po mėginimo nusižudyti keitėsi tyrimo dalyvių santykiai su aplinkiniais (23 lentelė); ryškiausiai pastebimas didesnis aplinkinių rūpesčio parodymas ar iniciatyva bendrauti su tyrimo dalyviu: „*šiaip jokių sunkumų apskritai nekyla netgi iki šiol. kaip ir gal netgi artimiau bendraujame, ar labiau pasipasakojame, atviresni. net labiau bendraujam. [T:mhm.] tiesiog gal stengiamės labiau suprasti, vieni kitus*“ (I11, M). Nors, kaip pamatėme anksčiau, tyrimo dalyviai susidūrė su aplinkinių priekaištais dėl įvykdyto

savižudiško veiksmo, bet taip pat aplinkiniai suteikė daug pagalbos, kurią tyrimo dalyviai vertino teigiamai. Mėginusieji nusižudyti sulaukė emocinės paramos, rūpesčio parodymo, reikalingumo patvirtinimo: „šito nežinau kaip jie reagavo [T:mhm.], žinau tikrai vieną – vyras, greitąją iškvietė. Jisai nepsichavo, ramiai, sureagavo sulaukė greitąją, nuvažiavom į greitąją atvažiavom namo jisai irgi, stengėsi neklausinėti manęs viskas ramiai viskas tvarkoj. Ir tėvai kai čia atvažiavo, be ašarų be nieko viskas gerai buvo. [T:mhm.] stengėsi parodyti kad, viskas tvarkoj, nes aš pui- jie puikiai žino – jeigu jie pradės verk- pradės verkti tai ir aš pradėsiu verkti. Stengėsi taip ramiai kad, nu neįžeist mane ir kad, aš puikiai suprantu kad ir jiems sunku, kad aš čia ir jie, žinau kad jie pergyvena [T:mhm.], tai va ir jie stengiasi dėl manęs, žinau kad, aš kažkam reikalinga“ (I13, M), ramaus ir priimančio bendravimo: „tas pats pokalbis, bendravimas...nu nu, toks gan šiltas, jaukus, neatstumiantis. [T: mhm] tas vat kaip žmogaus, band-...bandžiusiu nusižudyti, nu kaip, jauti tą artumą, norą bendrauti su tavim. [T: kad nenuvertina?] D: būtent jo, kad nenuvertina, ir nepastūmėtu dar, [T: mhm] vienam žingsniui“ (I20, V), neutralaus mėginimo nusižudyti aptarimo, supratingumo. Taip pat daliai tyrimo dalyvių padėjo psichikos sveikatos specialistų paskirti vaistai.

Kaip matyti iš gautų duomenų, tyrimo dalyviams grįžus į savo įprastą aplinką arba bendraujant su artimaisiais, tęsiasi ligoninės aplinkoje išryškėjusi psichosocialinė dinamika. Po mėginimo nusižudyti vyrauja tarpasmeninių santykių *sunkumai* – tyrimo dalyviai tikisi neigiamų reakcijų ir atstūmimo iš aplinkinių, jiems yra sunku atsiverti kitiems. Viena vertus, beveik pusė tyrimo dalyvių savo artimoje aplinkoje išties sulaukė priekaištų ir kritikos, laikino ar ilgalaikio atstūmimo, skatinusio atsiriboti ir patvirtinusio anksčiau turėtą savęs kaip nereikalingo, savęs kaip „naštos“ suvokimą. Priekaištai po mėginimo nusižudyti yra gana įprastas elgesys, su kuriuo susiduria savižudiškus veiksmus atlikę asmenys (Rimkevičienė et al., 2015). Kita vertus, po savižudiško veiksmo matyti ir *teigiami santykių pokyčiai*, pasižymintys didesniu jų priėmimu: aplinkinių elgesys pasižymėjo aktyvesniu rūpesčiu ir bendravimu su

mėginusiais nusižudyti asmenimis, parodymu, kad tyrimo dalyviai yra reikalingi kitiems.

Galime numanyti, kad artimojo mėginimas nusižudyti yra taip pat skausminga patirtis. Nors tyrimų apie mėginusiųjų nusižudyti patirtį labai trūksta, ne ką daugiau žinome apie jų artimųjų išgyvenimus. Visgi pavyko surasti keletą tokių tyrimų, vienas jų neseniai atliktas Lietuvoje (Vainoraitė, 2016). Pastebėta, kad linkę padėti artimieji taip pat išgyveno intensyvius jausmus: jie jautėsi emociškai įsitraukę į bandžiusiojo nusižudyti situaciją, nerimavo dėl pakartotinio mėginimo nusižudyti ir stokojo žinių, kaip galėtų padėti. Taivane atliktame tyrime, kuriame siekta suprasti iš ligoninės grįžusių bandžiusių nusižudyti artimųjų patirtį, taip pat rastas tiek fizinis, tiek emocinis artimųjų išsekimas siekiant įveikti krizę, kuri palietė ir šeimos narius (Sun & Long, 2008). Gauta, jog artimieji turi ištis didelę reikšmę po suicidinio bandymo; tos šeimos, kurios sugebėjo parodyti, kad bandęs nusižudyti žmogus yra jiems svarbus, kad artimiesiems rūpi, kaip toliau klostysis jo gyvenimas, padėjo bandžusiajam nusižudyti įveikti savo sunkumus ir žadino viltį. Tad galime teigti, jog mirtimi nepasibaigęs savižudiškas veiksmas taip pat stipriai emociškai paliečia ir artimuosius, kurių reakcijos šiuo metu tampa itin svarbios ir mėginusiam nusižudyti žmogui. Matome, jog priimančios aplinkinių reakcijos mažina ryšio su kitais sunkumus bei padeda jaustis svarbiu, reikalingu - tai, pasak kai kurių autorių (Joiner, 2005), labiausiai apsaugo nuo suicidinių minčių atsiradimo. Ištis, aplinkinių priimantis elgesys daliai mūsų tyrimo dalyvių padėjo kitaip pamatyti iki savižudiško elgesio buvusias problemas ir pasijusti reikalingiems, paskatino kreiptis arba priimti kitų siūlomą pagalbą ir suteikė vilties žvelgiant į ateitį.

Svarbu pridurti, jog kaltinimo iš kitų nebuvimas kaip tik sukelia konstruktyvų kaltės jausmą, kurį išgyvenant norima ieškoti būdų, kaip gyventi nekartojant savižudiško veiksmo: „*atsirado kaltės jausmas. jis manyje (3s) nežinau iš kur jis atsirado, bet... aš pradėjau save statyti į artimųjų vietą, į sūnaus vietą. į sesers vietą. aš turiu dar seserį. ir aš kaip lygtais jų akimis pažiūrėjau į save. su jais teko bendrauti. Nei vieni man neužmetė, neapkaltino*

*manęs*“ (I19, M). Panašu, kad aplinkinių priekaištai ir kritika po savižudiško veiksmo, net jei sakomi siekiant paskatinti nebekartoti suicidinio elgesio, sulaukia priešingo tikslo – mėginusiųjų nusižudyti savęs kaip nereikalingo suvokimą. Tuo tarpu kaltinimų nebuvimas parodo, kad mėginęs nusižudyti rūpi kitiems, o tai mažina tolesnės savižudybės riziką. Kaltė motyvuoja klaidų atitaisymą, siekį nekartoti netinkamo elgesio (Tangney, cit iš. Wiklander et al., 2003). Tad remdamiesi mūsų tyrimo duomenimis, galime manyti, kad mėginusiųjų nusižudyti kaltinimai, priekaištai prisideda prie atsiribojimo tendencijų stiprinimo, o priimantis aplinkinių elgesys, atvirkščiai, gali paskatinti konstruktyvų kaltės jausmą.

Taip pat svarbu paminėti, jog rūpesčio parodymas gali ir apsunkinti mėginusiojo nusižudyti būseną, jei tai priimama kaip dar vienas parodymas negebėjimo būti reikalingu kitam, pačiam paremti kitus: „*vaikai atvažiuoja savaitgalį, nu, tai jau čia nuo būsenos priklauso kokia bus jinais pas mane [T:mhm.] būna taip. Tarkim pradžioj tai, pirmą savaitgalį kai atvažiavo tai buvo ypač sunku [T:mhm.] po to kai išvažiavo kad aš čia guliu negaliu jiems padėt nu*“ (I14, V). Atrodo, jog pravartu ne tik parodyti geranorišką mėginusiojo nusižudyti priėmimą, bet ir padaryti tai atsižvelgiant į galimą herojišką stipraus žmogaus nuostatą, kuri, kaip pastebėjome analizuodami socialinės paramos vengimo priežastis ir polinkį spręsti sunkumus savarankiškai, prisidėjo prie suicidinių minčių atsiradimo ir mėginimo nusižudyti. Todėl svarbu teikti pagalbą taip, kad asmuo nebūtų stumiamas į „silpnėsiojo“ poziciją, išlaikant pagarbą asmens autonomijai, sudarant sąlygas žmogui išlaikyti atsakomybės už save jausmą, padedant priimti pagalbą kaip gebėjimo pasirūpinti savimi dalį.

Tad kaip matyti iš šio tyrimo duomenų, po mėginimo nusižudyti pastebimi ryškūs pokyčiai psichosocialiniame mėginusiųjų nusižudyti kontekste. Iš vienos pusės, išlieka iki mėginimo nusižudyti tyrimo dalyvių minėti sunkumai (pavyzdžiui, nesikeičia skausminga emocinė būsena), asmeninės savybės (pavyzdžiui, sunkumai atsiveriant kitiems) ar pasireiškia



baimė vėl susidurti su mintimis apie savižudybę kartojančios anksčiau buvusiems sunkumams. Kita vertus, galime kelti prielaidą, kad po mėginimo nusižudyti padidėjusi aplinkinių parama ir teigiami santykių pokyčiai mažino mėginusiųjų nusižudyti krizę keliais būdais. Pirma, tyrimo dalyviai ėmė kitaip vertinti savo ankstesnius sunkumus – didėjo viltis, kad sunkumus galima įveikti. Antra, socialinė parama po mėginimo nusižudyti stiprino tyrimo dalyvių ryšį su aplinkiniais bei mažino neigiamą savęs vertinimą, taip silpnindama minčių apie savižudybę riziką. Gilindamiesi į savižudybės procesą iki mėginimo nusižudyti atskleidėme, jog psichosocialiniai sunkumai turi didelę reikšmę suicidinių minčių atsiradimui, o tam prielaidas sudaro savęs nuvertinimas. Trečia, sulaukę aplinkinių paramos tyrimo dalyviai ėmė pozityviau vertinti (ir naudoti) aktyvias, į sunkumų sprendimą orientuotas strategijas (pavyzdžiui, socialinės paramos siekimą), ir mažiau kliautis su vengimu susijusiomis strategijomis, kurios buvo itin ryškios iki mėginimo nusižudyti.

Suicidinio elgesio teorijose (Baumeister, 1990; Beck, 2005; Durkheim, 1897/2002; Freud, 1920/1999; Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015; O'Connor, 2011; Orbach, 2001; Shneidman, 1987; Shneidman, 1996/2002; Williams, 1997) nekeliamos prielaidos apie tai, kokie veiksniai ir kaip veikia savižudybės procesą po mėginimo nusižudyti. Mūsų tyrimo duomenys leidžia svarstyti apie potencialius ryšius tarp įvairių psichosocialinių kintamųjų po mėginimo nusižudyti. Taip pat, savo duomenimis galime iš dalies patvirtinti ir papildyti Rudd (2006) nestabilumo-pažeidžiamumo teorijos prielaidas. Panašu, jog tam tikri veiksniai, didinantys asmens suicidinę riziką išlieka ir po savižudiško veiksmo, nepasibaigusio mirtimi, tačiau tuo pačiu patyrimas po mėginimo nusižudyti gali gana reikšmingai keisti asmens bazinį suicidinės rizikos lygį. Žinoma, svarbu pridurti, jog šiame tyrime analizavome tyrimo dalyvių patirtį nepraėjus daugiau nei 1 mėn. nuo savižudiško veiksmo, todėl apie ilgalaikius tyrimo dalyvių psichosocialinio konteksto pokyčius turime svarstyti atsargiai.

### 3. 5. Tyrimo ribotumai, duomenų generalizavimo ribos ir gairės kitiems tyrimams

Atlikdami šį tyrimą neišvengėme tam tikrų ribotumų. Pirma, svarbu paminėti mažą tyrime dalyvavusiųjų rodiklį kaip vieną iš tyrimo ribotumų. Tyrime sutikusių dalyvauti asmenų procentinė dalis (43.8%) yra iš dalies jau nuo preliminariai sutikusiųjų dalyvauti, o ne nuo visų po mėginimo nusižudyti patekusių į ligonines. Kaip minėjome pristatydami šio tyrimo metodologinę dalį, psichiatrinėje ligoninėje buvo pasiektas gana aukštas sutikimo dalyvauti tyrime rodiklis – iš 18 asmenų, kuriems buvo pristatyta galimybė dalyvauti tyrime, dalyvauti sutiko 15 (83.3%). Tuo tarpu kiek tiksliai žmonių buvo supažindinti su galimybe dalyvauti tyrime *bendrojo profilio ligoninėse*, bet atsisakė tai daryti, mes nežinome – žinome, kad sutiko dalyvauti 30 asmenų, o iš jų galiausiai sutiko dalyvauti 6 (20%). Tačiau realus bendrojo profilio ligoninėse sutikusiųjų dalyvauti mastas, o tuo pačiu ir bendroji procentinė dalis (43.8%), galime numanyti, yra dar mažesni. Svarbu pridurti, jog žemas sutikusiųjų dalyvauti rodiklis yra panašios tematikos tyrimuose būdinga problema – jei psichiatrinėse ligoninėse pavyksta pasiekti apie 60-80% (Rimkevičienė, 2016; Sjöström et al., 2007), tai bandant pasiekti po mėginimo nusižudyti iš ligoninių išleistus asmenis susiduriama su ženkliai mažesniu sutikusiųjų skaičiumi, siekiančiu 20-30% kviestųjų asmenų (Rimkevičienė, 2016, Owen-Smith et al., 2014). Manome, jog maža tyrime sutikusiųjų dalyvavauti dalis gali būti bent iš dalies paašškinta šio tyrimo rezultatais, rodančiais vengimą kreiptis pagalbos mėginusiųjų nusižudyti imtyje dėl nepasitikėjimo kitais, noro savarankiškai spręsti sunkumus ir kitų priežasčių, taip pat susijusių ir su savižudiško elgesio stigma visuomenėje – universaliu įvairiose kultūrose reiškiniu (Freedenthal & Stiffman, 2007; Nada-Raja et al., 2003).

Antras ribotumas susijęs su tyrimo dalyvių pasirinkimu. Šalia kitų temų gilindamiesi į socialinį mėginusiųjų nusižudyti kontekstą, duomenis rinkome tik iš mėginusiųjų nusižudyti, į tyrimą neįtraukdami jų artimųjų ar kitų

socialinės paramos šaltinių. Aplinkinių patirtis galėtų prisidėti prie išsamesnio ir tikslesnio supratimo apie mėginusiųjų nusižudyti suicidinių procesą.

Trečias tyrimo ribotumas susijęs su duomenų rinkimo strategija. Plati penkių sričių interviu aprėptis, viena vertus, leidžia susidaryti visybišką tyrimo dalyvių patirties vaizdą. Kita vertus, interviu klausimų gausa neleido pernelyg išsiplėsti gilinantis į kiekvieną temą. Tad kituose tyrimuose būtų svarbu siaurinti tyrimo objektą ir toliau gilintis į vieną ar kelis reiškinius.

Ketvirta, nors laikėmės Boyatzis (1998) duomenų analizės gairių, galėjome tinkamiau apgalvoti duomenų analizės trukmės efektyvumo aspektą. Viena vertus, itin ilgą duomenų analizės etapą lėmė interviu klausimų gausa. Kita vertus, Boyatzis (1998) įvardina daugiau nei vieno tyrėjų dalyvavimą duomenų analizėje siekiant užtikrinti analizės patikimumą, tad siekėme užtikrinti šią sąlygą ir temų sąrašo kūrime pasitelkėme keturis/penkis tyrėjus, tačiau patyrėme, kad paprastai užtenka 2-3 tyrėjų šiam tikslui pasiekti. Tad manome, jog kituose tyrimuose būtų svarbu tiksliau įsivardinti, kuriuose duomenų analizės etapuose koks tyrėjų skaičius yra reikalingas siekiant kontroliuoti subjektyvumo įtaką duomenų analizei.

Penkta, pagrindinius tyrimo duomenis surinkome ir juos analizavome remdamiesi kokybinių tyrimų metodologija, tad svarbu apsibrėžti šio tyrimo rezultatų generalizavimo ribas. Nepaisant to, kad šiame tyrime sistematiškai remtasi kokybinės analizės principais, gautus rezultatus nėra paprasta pritaikyti kitiems mėginusiems nusižudyti, nes šiame tyrime, kaip ir kituose giluminiuose tyrimuose, analizavome nedidelės nereprezentatyvios imties patirtį. Tačiau svarbu pridurti, jog šiame tyrime ir nesiekėme surinkti populiaciją reprezentuojančios imties - kokybiniais tyrimams nėra tinkamas kiekybine tyrimų metodologija grįstuose tyrimuose pabrėžiamas statistinis rezultatų generalizavimas (Hjelmeland ir Knizek (2010)). Vietoje jo, siūloma remtis kitais duomenų generalizavimo būdais: teoriniu generalizavimu, kai ieškoma ryšio tarp tyrime gautų rezultatų ir literatūros ar skaitytojo patirties, arba analitiniu generalizavimu, kai bandoma suprasti, kiek gauti rezultatai gali būti aktualūs kaip numatantys tam tikrus dėsningumus kitoje situacijoje

(Kvale, 1996). Tad tai, kiek šiame tyrime gauti rezultatai yra pritaikomi kitai patirčiai, priklauso nuo su mūsų rezultatais susipažinusio asmens sprendimo. Galime kelti prielaidą, kad mūsų gauti duomenys gali būti pritaikomi panašios sociokultūrinės aplinkos žmonėms, mėginusiems nusižudyti. Tačiau čia taip pat svarbu paminėti galimą žemo sutikusiųjų dalyvauti rodiklio reikšmę. Tikėtina, jog sutikusiųjų dalyvauti mūsų tyrime patirtis gali skirtis nuo patirties tų, kurie visgi nesutiko dalyvauti. Kita vertus, remdamiesi gautais rezultatais galime svarstyti, jog atsisakiusiųjų dalyvauti patirtis pasižymi panašiomis tendencijomis, skatinančiomis vengti atsivėrimo kitiems asmenims, tačiau galbūt dar ryškesnėmis: dar gausesne traumine patirtimi, vengimu kreiptis pagalbos į kitus, pasikliovimu tik savimi ir nepasitikėjimu kitais, savižudiško elgesio stigma ir kt.

Remdamiesi šio tyrimo organizavimo patirtimi ir gautomis prielaidomis apie savižudybės procesą manome, jog kituose tyrimuose taip pat būtų svarbu:

- įtraukti kontrolinę - asmenų, šiuo metu turinčių minčių apie savižudybę, tačiau neatlikusių suicidinio veiksmo - grupę. Tai galėtų reikšmingai prisidėti prie atsakymo į vieną svarbiausių šiuo metu suicidologijoje keliamų klausimų apie tai, kas paskatina pereiti nuo suicidinių minčių prie mėginimo nusižudyti (Klonsky & May, 2014);
- įtraukti longitudinalius (pavyzdžiui, dienoraščių) metodus tiriant ilgesnį suicidinės krizės eigos po mėginimo nusižudyti laikotarpį – tai papildytų žinių trūkumą apie tai, kokie veiksniai ir kaip mažina arba didina pakartotinio suicidinio veiksmo tikimybę (Rudd, 2006);
- kiekybiniais tyrimo metodais validizuoti šiame tyrime gautas prielaidas apie savižudybės procesą. Be didesnių tyrimo imčių ir kiekybinių tyrimo metodų negalime pakankamai pagrįstai teigti, kokie savižudybės proceso kintamieji koku būdu veikė vieni kitus;
- kartu naudoti kokybinius ir kiekybinius tyrimo metodus. Mūsų naudota pusiau struktūruoto interviu ir kiekybinės duomenų anketos tyrimo strategija pasiteisino – interviu duomenys leido gauti išsamią informaciją ir kelti prielaidas apie mėginusiųjų nusižudyti savižudybės

procesa, o didesnio apibrėžtumo rašytiniai klausimai kiekybinėje anketoje tikslino mėginusiųjų nusižudyti patirtį, ypač temose, kuriomis tyrimo dalyviams galėjo būti sunku kalbėti (pavyzdžiui, renkant duomenis apie tyrimo dalyvių potencialiai trauminę patirtį).

## REZULTATŲ APIBENDRINIMAS

Pateiksime svarbiausias prielaidas, gautas analizuojant mėginusiųjų nusižudyti savižudybės proceso patirtį prieš ir po suicidinio veiksmo. Manome, jog mūsų tyrimo duomenys praplečia ir papildo šiuolaikinių suicidologinių teorijų prielaidas bei empirinių tyrimų duomenis. Atsižvelgdami ir gilindamiesi į skirtingus veiksnius, paskatinančius mintis apie savižudybę ir gebėjimą nusižudyti, galėsime lengviau atsakyti į suicidologijoje keliamą sudėtingą klausimą, kodėl tam tikri sunkumai tam tikriems asmenims tam tikrose gyvenimo aplinkybėse prisideda prie suicidinio elgesio (Hjelmeland & Knizek, 2010)

Pirma, pastebėjome tam tikrus tyrimo dalyvių pažeidžiamumo savižudybės procesui aspektus. Panašu, jog gausi potencialiai traumuojanti patirtis galėjo didinti tyrimo dalyvių pažeidžiamumą savižudybės procesui stiprindama į vengimą orientuotas sunkumų sprendimo strategijas bei mažinti natūralią baimę numirti, didinti fizinio skausmo toleranciją, taip stiprindama tyrimo dalyvių gebėjimą nusižudyti. Taip pat asmeninės savybės (savęs nuvertinimas, patiriant save kaip nesėkmingą, nevertingą, nereikalingą, apsunkinantį kitus žmones, bei aukšti lūkesčiai ir polinkis laikyti sunkumus savyje) galėjo prisidėti prie to, kad buvo išgyvenami sunkumai, kurie kėlė tyrimo dalyvių mintis apie savižudybę. Kita vertus, šis ryšys, panašu, yra abipusis - pastarojo meto sunkumai stiprina tyrimo dalyvių asmeninių savybių reikšmę ir didina išgyvenamą emocinį skausmą. Galiausiai, išryškėjo į vengimą orientuotos sunkumų įveikos strategijos, didinančios asmens pažeidžiamumą savižudybės procesui: vengimas galvoti apie sunkumus, skausmingų minčių slopinimas dideliu užimtumu ir ypač psichoaktyvių medžiagų vartojimu.

Antra, išryškėjo tiesiogiai prie suicidinių minčių atsiradimo prisidėję ilgalaikiai ar trumpalaikiai stresoriai bei nepakeliamas emocinis skausmas.

Keliame prielaidą, kad suicidiniam elgesiui Lietuvoje didelę reikšmę gali turėti psychosocialiniai sunkumai: sutrikdyti ryšiai su kitais (dėl tarpasmeninių konfliktų suvokta atstūmimo ir nereikalingumo patirtis, kartu su santykių netektimis, ypač komplikuotomis), pernelyg didelis užimtumas ir tenkantis krūvis, susiję su pagrindine veikla, bei finansinis nesaugumas, psichinės ir fizinės sveikatos problemos, ypač žalingas alkoholio vartojimas ir miego sutrikimai. Manome, jog ankstesnė potencialiai traumuojanči tyrimo dalyvių patirtis sudarė sąlygas dabartiniams stresiniams sunkumams tapti reikšmingais suicidinių minčių atsiradimo veiksniais keliais būdais: per potencialiai trauminės situacijos ar jos bruožų atsikartojimą, didesnę jautrumą dabartinei stresinei situacijai ar įtampą keliančių minčių, jausmų ar išorinių stimulų, susijusių su ankstesniu potencialiai traumuojančiu įvykiu, vengimą. Taip pat šiame tyrime pamatėme, kad sunkumų išgyvenimas tam tikrame psychosociokultūriniame kontekste transformavosi link suicidinės krizės dėl intensyvių nemalonių jausmų akumuliacijos – kaip dažnai minėjo mūsų tyrimo dalyviai, „viskas susikaupė į vieną krūvą“. Galime kelti prielaidą, kad kiekvienam asmeniui būdingas tam tikras gebėjimo išbūti su emociniais sunkumais vidinis slenkstis, kurį viršijus kyla mintys apie savižudybę. Emocijų akumuliacijos vaidmenį patvirtintų ir tai, kad beveik pusė tyrimo dalyvių mėgino nusižudyti iškart po situacijos, kurioje nebeatlaikė susikaupusių jausmų.

Trečia, pastebėjome, kokie veiksniai ir kaip gali paskatinti suicidinių minčių įgyvendinimą. Panašu, jog sunki emocinė būseną ne tik paskatino mintis apie savižudybę, bet galėjo lemti ir teigiamą savižudybės vertinimą. Sunkioje emocinėje būsenoje paskutinė konfliktinė situacija, suvokta kaip patvirtinanti tyrimo dalyvio atstūmimą ar nereikalingumą, bei emocijų protrūkis suveikė kaip „paskutinis lašas“. Išryškėjo ir pakitusi emocinė būseną, kurią galime sieti su disociacija, palengvinusia suicidinio veiksmo atlikimą. Taip pat, socialinės paramos ribotumas prisidėjo prie suicidinių minčių stiprinimo. Atskleidėme ryškią tyrimo dalyvių ambivalenciją socialinės

paramos atžvilgiu, vengimą siekti socialinės paramos ir tiesiogiai iškomunikuoti ketinimus nusižudyti bei to priežastis. Savižudybės priemonių prieinamumas buvo kitas veiksnys, įgalinęs mūsų tyrimo dalyvius atlikti suicidinį veiksma. Galiausiai, pastebėjome ryškų alkoholio vaidmenį visuose savižudybės proceso etapuose iki mėginimo nusižudyti - ne tik didinant tyrimo dalyvių pažeidžiamumą ar sukeltiant mintis apie savižudybę, bet ir paskatinant suicidinį veiksma. Alkoholio vartojimas pašalino savisaugos barjerus, kliudančius nusižudyti, o taip pat skatino tyrimo dalyvių impulsyvų, rizikingą elgesį ir taip prisidėjo prie gebėjimo nusižudyti.

Ketvirta, išsamiau tyrinėjome mėginusiųjų nusižudyti savižudybės procesą po savižudiško veiksmo. Atskleidėme keletą svarbių mėginusiųjų nusižudyti patirties aspektų, prisidedančių prie tolesnės suicidinės krizės arba ją mažinančių. Pastebėjome tam tikrų tyrimo dalyvių gyvybę išsaugojusių veiksnių, mėginimo nusižudyti suvokimo po savižudiško veiksmo, gėdos patyrimo ir ambivalencijos kalbėjimo apie savižudybę atžvilgiu, buvimo ligoninėje patyrimo, sunkumų ir jų įveikos, bei santykių su kitais po mėginimo nusižudyti svarbą ir tarpusavio ryšius. Ypač išryškėjo gėdos patyrimas, apjungiantis daugelį kitų po mėginimo nusižudyti tyrimo dalyviams svarbių patirties aspektų, bei kitų psichosocialinių veiksnių, tokių kaip padidėjusios socialinės paramos, reikšmė. Panašu, kad suicidinės krizės eiga labai priklauso nuo aplinkinių reakcijų į mėginusiųjų nusižudyti. Aplinkinių priekaištai ir kritika po mėginimo nusižudyti didina mėginusiųjų nusižudyti suicidinę riziką, atsiribojimą nuo savo patyrimo bei aplinkinių. Ir atvirkščiai, vengiantis elgesys, gėdos išgyvenimai, nenoras gyventi didele dalimi kinta sulaukus kitų žmonių priėmimo ir rūpesčio parodymo, o kartais tiesiog neutralaus, neatstumiančio bendravimo. Jei, kaip pamatėme, intensyvios neigiamos emocijos gali nusverti ketinančio nusižudyti neigiamą nuostatą savižudybės atžvilgiu, tai tinkama kitų žmonių pagalba po mėginimo nusižudyti gali pakeisti apmaudą, kad nusižudyti nepavyko, ir paskatinti norą gyventi.



## IŠVADOS

1. Tyrimo dalyvių *pažeidžiamumą savižudybės procesui* didina gausi potencialiai traumuojanti patirtis, stiprinanti gebėjimą nusižudyti. Taip pat ankstesnė potencialiai traumuojanti patirtis gali apsunkinti dabartinių stresinių įvykių išgyvenimą ar sudaryti jiems prielaidas dėl: a) padidėjusio jautrumo dabartinei stresinei situacijai; b) potencialiai trauminės situacijos ar jos bruožų atsikartojimo; c) vengimo įtampą keliančių minčių, jausmų ar išorinių stimulų, susijusių su ankstesniu potencialiai trauminiu įvykiu. Antra, mėginusiųjų nusižudyti asmeninės savybės (savęs nuvertinimas, aukšti lūkesčiai, polinkis laikyti sunkumus savyje) prisideda prie pastarojo meto sunkumų, kurie savo ruožtu stiprina asmeninių savybių reikšmę ir taip didina emocinį skausmą. Trečia, tyrimo dalyvių *pažeidžiamumą suicidiniam procesui* didina į vengimą orientuotos sunkumų įveikos strategijos, ypač psichoaktyvių medžiagų vartojimas.

2. Prie *suicidinių minčių* atsiradimo tiesiogiai prisideda ilgalaikiai ar trumpalaikiai stresoriai - su pagrindine veikla susiję sunkumai, tarpasmeniniai konfliktai, psichinės ir fizinės sveikatos problemos, ypač žalingas alkoholio vartojimas ir miego sutrikimai, netektys, finansiniai sunkumai. Pastarojo meto sunkumai kelia intensyvius jausmus, kurie palaiapsniui kaupiasi, kol jų visumos keliamos įtampos nebeatlaikoma ir imama galvoti apie savižudybę. Nepakeliama emocinė būseną gali paskatinti mintis apie savižudybę net ir tiems žmonėms, kurie anksčiau turėjo neigiamą nuostatą savižudybės atžvilgiu.

3. *Savižudišką veiksmą* paskatina teigiama nuostata į savižudybę, savižudybės įprasminimas, ribota socialinė parama kartu su tinkamo reagavimo į suicidinę komunikaciją trūkumu, savižudybės priemonių prieinamumas, alkoholio vartojimas suicidinio veiksmo metu, paskutinė konfliktinė situacija, tyrimo dalyvio suvokta kaip patvirtinanti jo atstūmimą ar nereikalingumą, pakitusi emocinė būseną, pasižyminti kontrolės praradimu. Disociacijos svarba

suicidinių minčių stiprėjimui link suicidinio veiksmo gali būti ryški sukreciančią patirtį turintiems asmenims.

4. *Po mėginimo nusižudyti* savižudybės procese atsispindi didelė psichosocialinių veiksnių svarba tolesnei suicidinės krizės eigai. Buvimas tarpasmeniniame kontakte labiausiai prisideda prie gyvybės išsaugojimo įvykus mėginimui nusižudyti. Kriziniai išgyvenimai po suicidinio veiksmo tęsiasi; palaiptiui suvokus savižudiško veiksmo faktą, didesnė dalis mėginusiųjų nusižudyti neigiamai vertina suicidinį veiksmą. Pastebėtas socialinės paramos vaidmuo paskatinant mėginusįjį nusižudyti atmesti savižudybę kaip galimą išeitį. Į ligoninę patekę mėginusieji nusižudyti jautriai vertina aplinkinių reakcijas į save ir į įvykusį savižudišką veiksmą; gėdos patyrimas, ambivalencija kalbėjimo apie savižudybę atžvilgiu išryškėja tiek ligoninėje, tiek grįžus į įprastą aplinką. Viena vertus, vyrauja tarpasmeniniai sunkumai, susiję su neigiamų kitų žmonių reakcijų ar atstūmimo baime, aplinkinių priekaištais. Kita vertus, po mėginimo nusižudyti rasti ir teigiami tarpasmeninių santykių pokyčiai, pasižymintys aktyvesniu rūpesčiu, mėginusiųjų nusižudyti reikalingumo parodymu. Psichosocialiniai veiksniai, ypač mėginusiojo nusižudyti priėmimas arba atstūmimas, itin veikia savižudybės procesą po mėginimo nusižudyti: gauta socialinė parama skatina norą gyventi, pozityvų gėdos ir kitų patirčių potencialą, o socialinio atstūmimo aspektai skatina suicidinės krizės gilėjimą bei su vengimu susijusias tendencijas, ryškias ir iki mėginimo nusižudyti.

## PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Šiame skyriuje, atsižvelgdami į gautas išvadas, pristatysime suicidinio elgesio prevencijos gaires.

Psichikos ir elgesio sutrikimų sąsajų su suicidiniu elgesiu nereikia nuvertinti, tačiau svarbu skirti didesnę dėmesį psichosocialinių sunkumų įveikai. Pagrindinės veiklos kontekste svarbu sudaryti sąlygas adekvačiam darbo krūviui, konstruktyviai išreikšti įtampą ir skatinti tarpasmeninę pagarbą. Tarpasmeninių santykių kontekste svarbios iniciatyvos, didinančios socialinę integraciją bei konstruktyvaus konfliktinių situacijų sprendimo ugdymą. Taip pat gali būti svarbi psichikos sveikatos specialistų pagalba komplikuo, užsitęsusių gedulo situacijose. Psichikos sutrikimų kontekste ypač pravartu skirti dėmesį žalingo alkoholio vartojimo ir miego sutrikimų prevencijai. Taip pat įdomu, kad iš visų klinikinių simptomų dažniausiai išskilo būtent miego sutrikimai, neigiamai veikę tyrimo dalyvių sunkumų įveikos gebėjimus. Šie duomenys gali būti svarbūs bendrosios praktikos gydytojams ir kitiems specialistams ar neformaliems paramos šaltiniams kaip vieni iš galimų savižudybės pavojaus ženklų.

Nors suprantama, kad apie potencialiai traumuojančius išgyvenimus dažnai nesinori kalbėti ar juos prisiminti, svarbu skausmingas, sukrečiančias praeities patirtis integruoti į gyvenimą per jų prisiminimą ir pasakojimą. (Gailienė, 2008; Herman, 1992/2006). Todėl psichikos sveikatos specialistams svarbu pastebėti potencialią besikreipiančiųjų trauminę patirtį ir galimą jos poveikį, bei sudaryti sąlygas integruoti trauminę istoriją į asmens patyrimą.

Pamatėme, jog suicidinėje krizėje esančio žmogaus aplinkiniams gali būti išties nelengva pastebėti tikruosius sunkumus, nes suicidiški asmenys, nors paprastai nori pagalbos iš kitų žmonių, tačiau tuo pačiu yra linkę vengti išsakyti savo sunkumus kitiems. Net ir pačios efektyviausios savižudybių prevencijos strategijos nebus naudingos, jei žmonės jomis nesinaudos. Todėl svarbu ne tik kurti pagalbos galimybes, bet ir ieškoti būdų, kaip tinkamai skatinti kreiptis pagalbos esant sunkumams. Pagalbos vengimo priežasčių

žinojimas gali padėti suprasti, kaip paskatinti žmones kreiptis ir priimti pagalbą. Galime patvirtinti psichikos sunkumų bei savižudybių stigmatizavimo mažinimo, visuomenės sutelktumo didinimo svarbą. Savižudiško elgesio destigmatizacija nesiekama tokio elgesio normalizacijos, kuri kaip tik galėtų prisidėti prie suicidinio elgesio paskatinimo; savižudybių destigmatizacija siekiama sustabdyti neigiamą suicidiškų asmenų vertinimą ir atskirtį. Taip pat matome, kad informuojant apie psichinę sveikatą, pagalbos galimybes būtų svarbu, jog asmenys jaustųsi atsakingi už savo sunkumų sprendimą, išlaikytų savigarbą ir nebūtų stumiami į „silpniesniojo“ poziciją. Panašu, kad svarbu keisti dažnai trukdančią kreiptis pagalbos „stipraus žmogaus“ sampratą. Remiantis šiomis gairėmis kartu su tyrėja Jolanta Latakiene paruoštos visuomenei platinamos rekomendacijos, pateiktos 9 priede.

Svarbu padėti mažinti į vengimą orientuotų įveikos strategijų paplitimą, kuris yra itin ryškus, ir skatinti aktyvius, į sunkumų sprendimą bei į konstruktyvią jausmų raiškų orientuotus sunkumų įveikos būdus. Nerimą kelia dažnas psichoaktyvių medžiagų, ypač alkoholio, vartojimas. Svarbu ne tik formuoti tinkamas nuostatas savižudybių atžvilgiu, bet ir nepamiršti emocinių veiksnių svarbos, stiprinti visuomenės emocines kompetencijas, gebėjimą išbūti su intensyviais jausmais.

Panašu, kad mūsų visuomenei, tiek bendrajai populiacijai, tiek psichikos sveikatos specialistams trūksta informacijos apie tinkamą reagavimą į ketinimų nusižudyti išsakymą. Kaip matome, kiti žmonės dažniausiai yra svarbiausias veiksnys, padedantis apsaugoti žmogų nuo savižudybės. Remdamiesi didelės mėginusiųjų nusižudyti dalies santykinai trumpu apsisprendimo nusižudyti laiku, matome, kad intervencijos laikas ūmioje suicidinėje rizikoje esančiam asmeniui taip pat dažnai yra gana trumpas. Tad visuomenės švietimas ir pagalba pastebint savižudybės rizikos ženklus ir į juos reaguojant yra viena esminių psichikos sveikatos specialistų, dirbančių savižudybių prevencijoje, užduočių.

Suicidinio elgesio stigmatos vaidmuo matyti ir po savižudiško veiksmo, pastebimas informacijos, kaip tinkamai reaguoti po savižudiško veiksmo,

trūkumas. Aplinkiniams gali kilti noras priekaištauti, kritikuoti ar moralizuoti, taip siekiant parodyti, kad mėginimas nusižudyti yra netinkamas elgesys. Tačiau tokios reakcijos dažniau yra priimamoms kaip dar vienas patvirtinimas, kad mėginęs nusižudyti žmogus yra nereikalingas, nesėkmingas, ir sustiprina suicidines mintis ar polinkį vengti atvirai dalintis savo sunkumais. Tuo tarpu mėginusiojo nusižudyti priėmimas, kaltinimo nebuvimas sumažina mėginusiojo nusižudyti polinkį atsiriboti, sukelia konstruktyvų kaltės jausmą ir perteikia žinutę, kad mėginęs nusižudyti žmogus yra reikalingas, rūpintis kitiems. Tačiau svarbu atkreipti dėmesį į stiprų polinkį spręsti sunkumus savarankiškai ir parodyti geranorišką mėginusiojo nusižudyti priėmimą nenuvertinant asmens atsakomybės už save, kad pagalba mėginusiajam nusižudyti nebūtų priimama kaip nesėkmingumo, kitų „apkrovimo“ įrodymas.

Asmeniui, po mėginimo nusižudyti patekusiam į ligoninę, gali būti svarbus reikiamos informacijos suteikimas ir parodytas rūpestis, neutralus ir nevertinantis kalbėjimas apie mėginimą nusižudyti, ramus balso tonas, atspindintys mėginusiojo nusižudyti priėmimą. Svarbu atkreipti dėmesį į galimą norą kuo skubiau palikti ligoninę ne dėl suicidinės krizės sumažėjimo, bet dėl neigiamų aplinkinių reakcijų baimės, gėdos išgyvenimo. Taip pat, ligoninėse, į kurias patenka mėginusieji nusižudyti, dirbantiems specialistams skiriant medikamentinį gydymą svarbu atsižvelgti į tai, ar vaistai pernelyg neužslopins bandžiusiųjų nusižudyti išgyvenimų – tai, pasak tyrimo dalyvių, trukdo reflektuoti savo patyrimą ir prisitaikyti prie gyvenimo pokyčių. Tuo tarpu simptominiis labiausiai prie suicidiško asmens kančios prisidedančių sunkumų (pavyzdžiui, ilgalaikės nemigos) gydymas gali suteikti daugiau atsparumo mėginusiajam nusižudyti.

## LITERATŪRA

- Aarelaid-Tart, A. (2006). *Cultural Trauma and Life Stories*. Helsinki: Kikumora Publications.
- Adomaitienė, V., Dambrauskienė, K., Zalinkevičius, R., Vilkas, V., Jarienė, G., & Dundarienė, L. (2016). Characteristics of suicide attempts preceded by acute use of alcohol. Paimta iš: <http://www.esssb16.org/programme/posterIndex.php?area=Clinical+and+neurocognitive+studies+of+suicidal+behavior/>
- Aldrich, R., Cerel, J. (2009). The Development of Effective Message Content for Suicide Intervention: Theory of Planned Behavior. *Crisis*, 30 (4), 174-179.
- Barnes, L. S., Ikeda, R. M., & Kresnow, M. (2001). Help seeking behavior prior to nearly lethal suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 68–75.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97 (1), 90-113.
- Beck, A. T. (2005). *Kognityvinė terapija ir emociniai sutrikimai*. Vilnius: VIA RECTA.
- Beck, A. T., Schuyler, D., & Herman, I. (1974). Development of suicidal intent scales. In A. T. Beck, H. L. P. Resnik, & D. J. Lettieri (Eds.), *The Prediction of Suicide* (pp. 45-56). Philadelphia: Charles Press.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (2), 343-352.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., Leo, D. D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the Evidence. *Crisis*, 25, 147-155.
- Bille-Brahe, U., Schmidtke, A., Kerkhof, A. J. F. M., De Leo, D., Lönnqvist, J., Platt, S., & Faria, J. S. (1995). Background and Introduction to the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Crisis*, 16, 72-84.

- Bill, B., Ipsch, L., Lucae, S., Pfister, H., Maragkos, M., Ising, M., & Bronisch, T. (2012). Attempted Suicide Related Posttraumatic Stress Disorder in Depression – An Exploratory Study. *Suicidology Online*, 3, 138-144.
- Bjørngaard, H., Bjerkeset, O., Romunstad, P., & Gunnell, D. (2011). Sleeping Problems and Suicide in 75,000 Norwegian Adults: A 20 Year Follow-up of the HUNT I Study. *Sleep*, 34(9), 1155-1159.
- Blankstein, K. R., Lumley, C. H., & Crawford, A. (2007). Perfectionism, Hopelessness, and Suicide Ideation: Revisios to Diathesis-Stress and Specific Vulnerability Models. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25(4), 279-319.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. London: Sage Publications Inc.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), p. 77–101.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., ... Foa, E. B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181, 158–162.
- Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 1925–32.
- Bunford., N., & Bergner, R. M. (2012). Suicide and Impossible Worlds: An Empirical Investigation of Worlds Theory. *Crisis*, 33(6), 335-343.
- Cerel, J., Jordan, J. R., & Duberstein, P. R. (2008). The Impact of Suicide on the Family. *Crisis*, 29(1), 38-44.
- Chapman, A. L., & Dixon-Gordon, K. L. (2007). Emotional Antecedents and Consequences of Deliberate Self-Harm and Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 543-552.

- Cherpitel, C. J., Borges, G. L. G., Wilcox, H. C. (2004). Acute Alcohol Use and Suicidal Behavior: A Review of the Literature. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(5), 18-28.
- Ciarrochi, J. V., & Deane, F. P. (2001). Emotional competence and willingness to seek help from professional and nonprofessional sources. *British Journal of Guidance & Counselling*, 29 (2), 233-246.
- Clark, S. E., & Goldney, R. D. (2000). The Impact of Suicide on Relatives and Friends. In K. Hawton, & K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 467-484). Chichester: John Wiley & Sons.
- Colucci, E. (2012). Culture, Cultural Meaning(s), and Suicide. In E. Colucci & D. Lester (Eds.), *Suicide and Culture: Understanding the Context* (pp. 25-46). Hogrefe Publishing.
- Crighton, D. A., & Towl, G. J. (2008). *Psychology in prisons*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Dadašev, S. (2010). *Neadaptyviųjų kognityvinių schemų ir suicidinės rizikos ryšys* (Bakaluro darbas). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Dadašev, S. (2012). *Suicidinio elgesio laisvės atėmimo vietose rizikos veiksniai* (Magistro darbas). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Darves-Bornoz, J. M., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J.-M., Kovess-Masfety, V. ... Gasquet, I. (2008). Main Traumatic Events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21(5), 455–462.
- Davison, A. T. (2002). Depression, Hopelessness and Suicide Intent in Attempted Suicide. In D. De Leo, A. Schmidtke, & R.F.W. Diekstra (Eds.). *Suicide Prevention: A Holistic Approach* (pp. 27-36). New York: Kluwer Academic Publishers.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J. F. M., Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of Suicidal Behavior: Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, 27, 4-15.



- Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2001). Suicidal ideation and help negation: not just hopelessness or prior help. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 1–14.
- Deisenhammer, E. A., Ing, C. M., Strauss, R., Kemmler, G., Hinterhuber, H., Weiss, E. M. (2009). The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *Journal of Clinical Psychiatry, 70*(1), 19-24.
- Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., Webb, K., McDermott, B., Ryan, M., & Dyer, K. F. W. (2013). Complex trauma and intimate relationships: The impact of shame, guilt and dissociation. *Journal of Affective Disorders, 147*, 72–79.
- Dragolov, G., Ignácz, Z., Lorenz, J., Delhey, J., & Boehnke, K. (2013). Social Cohesion Radar: Measuring Common Ground. An International Comparison of Social Cohesion. Paimta iš: <http://allofusfirst.org/commonweal/assets/File/social-cohesion.pdf>
- Durkheim E. (1897/2002). *Savižudybė: sociologinis etiudas*. Vilnius: Pradai.
- 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.
- Ellison, J., Pulos, S., & Lennon, R. (2006). Shame-Focused Coping: an Empirical Study of the Compass of Shame. *Social Behavior and Personality, 34*(2), 161-168.
- Europos statistikos departamentas. 2014. Paimta iš: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00122>
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to Childhood Sexual and Physical Abuse and Adjustment in Early Adulthood. *Child Abuse and Neglect, 32*, 607-619.
- Festinger, L. (1962). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford: Stanford University Press.

- Fingfeld-Connett, D. (2005). Clarification of Social Support. *Journal of Nursing Scholarship*, 37 (1), 4-9.
- Fisher, E. B., Coufal, M. M., Parada, H., Robinette, J. B., Tang, P. Y, Urlaub, D. M., ... Xu, C. (2014). Peer Support in Health Care and Prevention: Cultural, Organizational, and Dissemination Issues. *Annual Review of Public Health*, 35, 363-383.
- Freedenthal, S., & Stiffman, A. R. (2007). "They might think I was crazy": Young American Indians' reasons for not seeking help when suicidal. *Journal of Adolescent Research*, 22(1), 58–77.
- Freud, S. (1920/1999). *Anapus malonumo principio*. Vilnius: Vyturys.
- Gailienė, D. (1998). *Jie neturėjo mirti: Savižudybės Lietuvoje*. Vilnius: Tyto alba.
- Gailienė, D. (2001). Savižudybių prevencijos Lietuvoje gairės. D. Gailienė (Sud.), *Savižudybių prevencijos idėjos* (pp. 9-30). Vilnius: Tyto Alba.
- Gailienė, D. (2005). Užburtame rate: Savižudybių paplitimas Lietuvoje po nepriklausomybės atkūrimo. *Psichologija*, 31, 7-15.
- Gailienė, D. (2008). *Ką jie mums padarė: Lietuvos gyvenimas traumų psichologijos žvilgsniu*. Vilnius: Tyto Alba.
- Gailienė, D. (2015). Savižudybės Lietuvoje. Sociokultūrinis kontekstas. D. Gailienė (Sud.), *Gyvenimas po lūžio: Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai* (pp. 198-216). Vilnius: Eugrimas.
- Ghanbari, B., Malakouti, S. K., Nojomi, M., De Leo, D., & Saeed, K. (2015). Alcohol Abuse and Suicide Attempt in Iran: A Case-Crossover Study. *Global Journal of Health Science*, 8(7), 58-67.
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., Lombardo, T. W. (2004). The psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment*, 11(4), 330-341.
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., & Bunney, W. E. (2002). *Reducing suicide: a national imperative*. Washington: The National Academies Press.

- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006) Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress, 19* (3), 327-328.
- Haw, C., Hawton, K., Niedzwiedz, C., & Platt, S. (2013). Suicide Clusters: A Review of Risk Factors and Mechanisms. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43*(1), 97-108.
- Henriques, G., Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2005). Suicide Attempters' Reaction to Survival as a Risk Factor for Eventual Suicide. *The American Journal of Psychiatry, 162*(11), 2180-2182.
- Herman, J. L. (1992/2006). *Trauma ir išgijimas: prievartos pasekmės – nuo buitinio smurto iki politinio teroro*. Vilnius: VAGA.
- Higienos instituto Sveikatos informacijos centras (2017). *Mirusių asmenų skaičius pagal diagnozių grupes*. Paimta iš: [http://stat.hi.lt/default.aspx?report\\_id=244](http://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=244)
- Hjelmeland, H. (2011). Cultural context is crucial in suicide research and prevention. *Crisis, 32*(2), 61–64.
- Hjelmeland, H. (2016). A Critical Look at the Current Suicide Research. In J. White, I. Marsh, M. J. Kral, & J. Morris (Eds.), *Critical Suicidology: Transforming Suicide Research and Prevention for the 21<sup>st</sup> Century* (pp. 31-55). Toronto: UBC Press.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B. L., & Leenaars, A. A. (2012). Psychological Autopsy Studies as Diagnostic Tools: Are They Methodologically Flawed? *Death Studies, 36*(7), 605–626.
- Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Fekete, S. ... Wasserman, D. (2012). Why People Engage in Parasuicide: A Cross-Cultural Study of Intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*, 381-391.
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 40*(1), 74–80.
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology, 14*, 293-318.

- Hufford, M. (2001). Alcohol and Suicidal Behavior. *Clinical Psychology Review, 21*(5), 797-811.
- Hupcey, J. E. (1998). Clarifying the Social Support Theory-Research Linkage. *Journal of Advanced Nursing, 27*, 1231-1241.
- Jarmolovičiūtė, J. (2012). *Bandžiusių nusizudyti merginų išgyvenimai: interpretacinė fenomenologinė analizė* (Bakalauro darbas). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and Timing of Social Support. *Journal of Health and Social Behavior, 27*(3), 250-264.
- Jenkins, G. R., Hale, R., Papanastassiou, M., Crawford, M. J., & Tyrer, P. (2002). Suicide rate 22 years after parasuicide: cohort study. *British Medical Journal, 325*, 1155.
- Joiner, T. E. Jr. (2005). *Why people die by suicide*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Steer, R. A., Brown, J., Beck, A. T., Pettit, J. W., & Rudd, M. D. (2003). Worst-point suicidal plans: a dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 1469–1480.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry, 59*(8), 741–749.
- Yamokoski, C. A., Scheel, K. R., & Rogers, J. R. (2011). The Role of Affect in Suicidal Thoughts and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 41*(2), 160-170.
- Yates, M. T. (2004). The Developmental Psychopathology of self-injurious behaviour: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review, 24*, 35-74.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

- Kattimani, S., Sarkar, S., Menon, V., Muthuramalingam, A., & Nancy, P. (2016). Duration of suicide process among suicide attempters and characteristics of those providing window of opportunity for intervention. *Journal of Neurosciences in Rural Practise*, 7(4), 566-570.
- Kaslow, N. J., Reviere, S. L., Chance, S. E., Rogers, J. H., Hatcher, C. A., Wasserman, F., ... Seelig, B. (1998). An Empirical Study of the Psychodynamics of Suicide. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 46, 777-796.
- Kerkhof, A. J. F. M. (2000). Attempted Suicide: Patterns and Trends. In K. Hawton, & K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 49-64). Chichester: John Wiley & Sons.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM- 5 Criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537–547.
- Kim, H. S., Sherman, D. K., & Taylor, S. E. (2008). Culture and Social Support. *American Psychologist*, 63(6), 518-526.
- Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders*, 150, 540-545.
- Kleiman, E. M., & Riskind, J. H. (2013). Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation: a test of a multiple mediator model. *Crisis*, 34 (1), 42-49.
- Kleiman, E. M., Riskind, J. H., Schaefer, K. E., & Weingarden, H. (2012). The moderating role of social support on the relationship between impulsivity and suicide risk. *Crisis*, 33(5), 273-279.
- Klimaitė, V. (2015). *Dėl savijudybės artimojo netekusių asmenų gedulo patyrimas* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas.

- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2014). Differentiating Suicide Attempters from Suicide Ideators: A Critical Frontier for Suicidology Research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1), 1–5.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129.
- Kotler, M., Iancu, I., Efroni, R., & Amir, M (2001). Anger, impulsivity, social support, and suicide risk in patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(3), 162-167.
- Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2007). A Theoretical Model for Interpreting Suicidal Behaviour as Communication. *Theory & Psychology* 17(5), 697–720.
- Krysinka, K., & Lester, D. (2010). Post-Traumatic Stress Disorder and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 14(1), 1-23.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage.
- Latham, A. E., & Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and Bereavement: Complicated Grief As Psychiatric Disorder Presenting Greatest Risk For Suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 34(4), 350-362.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leenaars, A. A., Gailienė, D., Wenckstern, S., Leenaars, L., Trofimova, J., Petravičiūtė, I., & Ben Park, B. C. (2014). Extreme Traumatization and Suicide Notes from Lithuania: A Thematic Analysis. *Suicidology Online*, 5, 33-46.
- Lepore, S. J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In A. Baum & B. L. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 99–116). Washington, DC: American Psychological Association.

- Lester, D. (2012). The Cultural Meaning of Suicide: What Does This Mean? In E. Colucci & D. Lester (Eds.), *Suicide and Culture: Understanding the Context* (pp. 47-58). Hogrefe Publishing.
- Letvak, S. (2002). The importance of social support for rural mental health. *Issues in Mental Health Nursing, 23*(3), 249-261.
- Lošakevičius, A. (2005). *Mėginusių nusižudyti pacientų, medicinos studentų ir Vilniaus greitosios pagalbos ligoninės personalo nuostatos savižudybių atžvilgiu* (Magistro darbas). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Ma, J., Batterham, P. J., Calear, A. L., & Han, J. (2016). A systematic review of the predictions of the Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior. *Clinical Psychology Review, 46*, 34–45.
- Maris, R. W., Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2000). Social relations of suicides. In R. W. Maris, A. L. Berman, & M. M. Silverman (Eds.), *Comprehensive textbook of suicidology* (pp. 26–61). New York: Guilford Press.
- Marty, M. A., Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2010). Relationships among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults. *Aging and Mental Health, 14*(8), 1015-1023.
- Mažulytė, E., Skerytė-Kazlauskienė, M., Eimontas, J., Gailienė, D., Grigutytė, N. ir Kazlauskas, E. (2014). Trijų kartų Lietuvos gyventojų trauminės patirties sąsajos su psichologiniu atsparumu ir optimizmu. *Psichologija, 49*, 20-33.
- McLaughlin, C. (2007). *Suicide related behaviour: Understanding, caring and therapeutic responses*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Meadows, L. A., Kaslow, N. J., Thompson, M. P., & Jurkovic, G. J. (2005). Protective factors against suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology, 36*(1), 109–121.
- Michel, K., & Valach, L. (1997). Suicide as goal-directed action. *Archives of Suicide Research, 3*, 213-221.

- Michelmore, L., & Hindley, P. (2012). Help-Seeking for suicidal thoughts and self-harm in young people: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(5), 507-524.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 1-9.
- Nada-Raja, S., Morrison, D., & Skegg, K. (2003). A population-based study of help seeking for self-harm in young adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37 (5), 600–605.
- Najmi, S., Wegner, D. M., & Nock, M. K. (2007). Thought Suppression and Self-Injurious Thoughts and Behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1957-1965.
- Nock, M.K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, ... Williams D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 98-105.
- Nock, M. K, Hwang, I., Sampson, N. A, Kessler, R. C, Angermeyer, M., Beautrais, A., ... Williams, D. R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 6(8), 1-17.
- O'Brien, K. H. M., Becker, S. J., Spirito, A., Simon, V., & Prinstein, M. (2014). Differentiating adolescent suicide attempters from ideators: Examining the interaction between depression severity and alcohol use. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1), 23-33.
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an Integrated Motivational–Volitional Model of Suicidal Behaviour. In R. C. O'Connor, S. Platt, & J. Gordon (Eds.). *International Handbook of Suicide Prevention* (pp. 181–198). Chichester: John Wiley & Sons.



- Orbach, I. (2001). Therapeutic empathy with the suicidal wish: Principles of therapy with suicidal individuals. *American Journal of Psychotherapy*, 55(2), 166–184.
- Orbach, I., Mikulinger, M., Gilboa-Schechtman, E., & Sirota, P. (2003). Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 1-11.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- 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), 154-160.
- Pebenito, R. J. Jr., & Germanavičius, A. (2011). Policy study on prevention of suicide in Lithuania. *Mental Health Reforms*, 1, 18-21.
- Phillips, M. R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H., & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*, 360, 1728–1736.
- Polukordienė, K. O. (2008). *Netekčių psichologija*. Panevėžys: Panevėžio spaustuvė.
- Pompili, M., Lester, D., Innamorati, M., De Pisa, E., Iliceto, P., Puccinno, M., ... Girardi, P. (2008). Suicide risk and exposure to mobbing. *Work*, 31(2), 237-243.
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Dominici, G., Ferracuti, S., Kotzalidis, G. D., ... Lester, D. (2010). Suicidal Behavior and Alcohol Abuse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7, 1392-1431.
- Popova, S., Rehm, J., Patra, J., & Zatorskij, W. (2007). Comparing alcohol consumption in central and eastern Europe to other European countries. *Alcohol & Alcoholism*, 42(5), 465-473.

- Player, M. J., Proudfoot, J., Fogarty, A., Whittle, E., Spurrier, M., Shand, F., ... Wilhelm, K. (2015). What interrupts suicide attempts in men: a qualitative study. *PloS one*, *10*(6), 1-13.
- Plužek, Z. (1996). *Pastoracinė psichologija*. Vilnius: Amžius.
- Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2014). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *49*(2), 231-239.
- Rimkevičienė, J. (2016). *Impulsive suicide attempts: definitions, risk factors and pathways* (Doctoral thesis). Queensland: Griffith University.
- Rimkevičienė, J., Hawgood, J., O’Gorman, J., & De Leo, D. (2015). Personal stigma in suicide attempters. *Death Studies*, *39*(10), 592-599.
- Rimkevičienė, J. ir Gailienė, D. (2012). Vartojančiųjų psichoaktyvias medžiagas mėginimų nusizudyti tipai. *Psichologija*, *45*, 55-69.
- Rimkevičienė, J., O’Gorman, J., De Leo, D. (2015). Impulsive suicide attempts: A systematic literature review of definitions, characteristics and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, *171*, 93-104.
- Rogers, J. R., Lester, D., & Drilling, K. (2010). Studies of Social Relationships. In J. R. Rogers, & D. Lester (Eds.), *Understanding Suicide: Why We Don’t and How We Might*. (pp. 147-156). Hogrefe Publishing.
- Rudd, M. D. (2006). Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: theory, research and therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 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.
- Sakinofsky, I. (2000). Repetition of suicidal behavior. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 385-405). Chichester: John Wiley & Sons.

- Selimbegovič, L., & Chatard, A. (2013). The mirror effect: Self-awareness alone increases suicide thought accessibility. *Consciousness and Cognition, 22*, 756–764.
- Schmidtke, A., Lohr, C., & De Leo, D. (2004). Imitation of suicidal behavior. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof, & A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal behavior: Theories and research findings* (pp. 209–218). Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Schneider, B. (2009). Substance use disorders and risk for completed suicide. *Archives of Suicide Research, 13*(4), 303–316.
- Shelef, L., Levi-Belz, Y., & Fruchter, E. (2014). Dissociation and acquired capability as facilitators of suicide ideation among soldiers. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 35*(6), 388–397.
- Shneidman, E. S. (1987). A psychological approach to suicide. In G. R. Vander Bos & B. K. Bryant (Eds.), *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action* (pp. 147-183). Washington: American Psychological Association.
- Shneidman, E. S. (1996/2002). *Savižudžio sąmonė*. Vilnius: VIA RECTA.
- Schnyder, U., Valach, L., Bichsel, K., & Michel, K. (1999). Attempted suicide: Do we understand the patients' reasons? *General Hospital Psychiatry, 21*(1), 62-69.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner T. E. Jr. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communication, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*, 264-277.
- Sjöström, N., Wærn, M., & Hetta, J. (2007). Nightmares and Sleep Disturbances in Relation to Suicidality in Suicide Attempters. *Sleep, 30*(1), 91-95.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet, 366*, 1471-1483.
- Skerytė-Kazlauskienė, M., Mažulytė, E., ir Eimontas, J. (2015). Psichologinės savijautos, trauminės patirties ir įveikos įverčiai visose tyrimo dalyvių

- grupėse. D. Gailienė (Sud.), *Gyvenimas po lūžio: Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai* (pp. 36-46). Vilnius: Eugrimas.
- Skruibis, P., Kazlauskas, E. ir Gailienė, D. (2008). Nevilties lygis, nuostatos savižudybių atžvilgiu ir suicidinė rizika. *Psichologija*, 37, 44-56.
- Stein, D. J., Chiu, W. T., Hwang, I., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonso, J., ... Nock, M. K. (2010). Cross-National Analysis of the Associations between Traumatic Events and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PloS One*, 5(5), 1-13.
- Sun, F-K., & Long, A. (2008). A theory to guide families and carers of people who are at risk of suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1939–1948.
- Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A., & Lönnqvist, J. (2004). Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. *BMS Psychiatry*, 4, 1-7.
- Šumskienė, E. ir Pūras, D. (2014). „Eikit pažiūrėt, kaip neturi būt“: psichikos sveikatos politikos raida ir jos rezultatai. *Socialinis darbas. Patirtis ir metodai*, 13(1), 75-90.
- Taylor, S. E. (2007). Social Support. In H. S. Friedman & R. C. Silver (Eds.), *Foundations of Health Psychology* (pp. 145-171). New York: Oxford University Press.
- Taylor, S. E. & Stanton, A. L. (2007). Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health. *Annual Reviews of Clinical Psychology*, 3, 377-401.
- Tidemalm, D., Långström, N., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *British Medical Journal*, 1-6.
- Twenge, J. M., Catanese, K. R., & Baumeister, R. F. (2003). Social Exclusion and the Deconstructed State: Time Perception, Meaninglessness, Lethargy, Lack of Emotion, and Self-Awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(3), 409–442.

- Vainoraitė, I. (2016). *Įveikos procesas po mėginimo nusižudyti: mėginusiųjų nusižudyti ir jų artimųjų patyrimas* (Magistro darbas). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Vaiseta, T. (2012). *Nuobodulio visuomenė: Vėlyvojo Sovietmečio Lietuva (1964-1984)* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. Jr. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review, 117*, 575-600.
- Van Voren, R. (2013). *Psychiatry as a tool for coercion in Post-Soviet countries*. Belgium: European Parliament Directorate-General for External Policies of the Union Policy Department.
- Zbarauskaitė, A. (2008). Globojamų paauglių mergaičių gėdos jausmo išgyvenimas psichoterapinėje grupėje. G. Gudaitė (Sud.), *Santykis ir pokytis: tarpasmeninių ryšių gelminės prielaidos ir psichoterapija*. (pp. 156-182). Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Knutson, B., & McMahon, S. R. (1991). Polluting the Stream of Consciousness: The Effect of Thought Suppression on the Mind's Environment. *Cognitive Therapy and Research, 15*, 141-152.
- Wen, C., Wang, W. Q., Ding, L. J., Feng, L., Wong, J. C., & Kua, E. H. (2013). Suicidal and help-seeking behavior in Xiamen, south China. *Asia-Pacific Psychiatry, 5*(3), 168-174.
- Wheeler, G. Self and Shame: A Gestalt Approach. *Gestalt Review, 1*(3), 221-244.
- Wiklander, M., Samuelsson, M., & Åsberg, M. (2003). Shame reactions after suicide attempt. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17*(3), 293-300.
- Williams, M. (1997). *Cry of pain: Understanding suicide and self-harm*. London: Penguin Books.

- Williams, P., Barclay, L., & Schmied, V. (2005). Defining social support in context: a necessary step in improving research, intervention, and practice. *Qualitative Health Research, 14*, 942-960.
- World Health Organization. (2014a). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014b). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014c). *WHO mortality database* [Data set].  
Paimta iš: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/>

## PRIEDAI

### 1 priedas. Riboto duomenų panaudojimo sutartis

#### RIBOTO DUOMENŲ PANAUDOJIMO SUTARTIS

2013 m. \_\_\_\_\_ mėn. \_\_\_ d.  
Vilnius

#### I. Sutarties objektas

Ši sutartis apibrėžia 2012 – 2015 m. Vilniaus universiteto mokslininkų grupės įgyvendinamo Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę finansuojamo mokslinių tyrimų projekto „SUNKIŲ TRAUMŲ IR SOCIALINIŲ TRANSFORMACIJŲ PSICHOLOGINIAI PADARINIAI IR JŲ ĮVEIKA“ (sut. nr. VP1–3.1–ŠMM–07–K–02–023) (toliau **Dotacijos projektas**) riboto tyrimo duomenų panaudojimo sąlygas, sutarties galiojimą ir atsakomybę už šios sutarties sąlygų pažeidimą.

#### II. Sutarties šalys

Sutartis sudaroma tarp Dotacijos projekto vadovės Vilniaus universiteto Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedros profesorės habil. dr. Danutės Gailienės (toliau **Projekto vadovas**) ir Vilniaus universiteto studento *Vardenio Pavardenio* (toliau **Studentas**).

#### III. Sutarties sąlygos

1. Studento surinkti priminiai duomenys (užpildytos anketos, interviu garso įrašai, transkripcijos) privalo būti pateikti ir priklausyti Dotacijos projektui.
2. Projekto vadovas suteikia ribotą teisę Studentui naudoti Dotacijos projekto duomenis tik rengiant *magistro* darbą „*Pavadinimas*“ (toliau **Rašto darbas**). Studentui nesuteikiama teisė gautų duomenų naudoti jokiais kitais tikslais, įskaitant pranešimus konferencijose, straipsnius ir visus kitus panaudojimo būdus.
3. Sudarant šią sutartį Projekto vadovas suteikia teisę Studentui Rašto darbe naudoti tik šioje sutartyje nurodytus šiuos Dotacijos projekto duomenis: *1) Mėginusių nusižudyti žmonių kokybinių interviu duomenys; 2) Mėginusių nusižudyti žmonių užpildytų anketų dalys: a) trauminiai išgyvenimai ir jų poveikis; b) trauminių išgyvenimų įveika; c) demografiniai duomenys* (toliau – **Duomenys**).
4. Studentas Rašto darbe privalo nurodyti Duomenų šaltinį – Dotacijos projektą, nurodydamas pilną projekto pavadinimą, projekto vadovą, sutarties numerį ir projekto finansuotoją.
5. Studentas privalo užtikrinti gautų Duomenų saugumą ir užtikrinti, kad duomenys nebus perduoti ar nepateks kitiems fiziniams ar juridiniams asmenims.
6. Parengęs Rašto darbą Studentas privalo gautus Duomenis elektroninėje ir/arba spausdintoje formoje sunaikinti, išskyrus pateiktus Rašto darbe apibendrintus Duomenis.

#### **IV. Sutarties galiojimas**

1. Sutartis įsigalioja nuo jos pasirašymo datos.
2. Projekto vadovas pateikia Studentui šioje sutartyje nurodytus Duomenis ne vėliau kaip iki 2014 m. balandžio 1 d.
3. Studentui suteikiama teisė naudoti duomenis Rašto darbo rengimui iki 2014 m. liepos 1 d. Laiku neparengus Rašto darbo studentui suteikta ribota duomenų panaudojimo teisė nustoja galioti ir Studentas privalo gautus Duomenis elektroninėje ir/arba spausdintoje formoje sunaikinti.
4. Projekto vadovas turi teisę, pranešdamas Studentui šioje sutartyje nurodytu el. paštu, vienašališkai nutraukti šią sutartį jei Studentas nutraukia studijas, nevykdo šios sutarties sąlygų, pažeidžia akademinę etiką ar tyrimų etiką. Sutarties nutraukimo atveju Studentas privalo gautus Duomenis elektroninėje ir/arba spausdintoje formoje sunaikinti.

#### **V. Atsakomybė**

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

*Projekto vadovas*

Prof. habil. dr. Danutė Gailienė  
VU Klinikinės ir organizacinės  
psichologijos katedra  
Universiteto g. 9/1–202  
Vilnius LT–01513  
El.paštas: [danute.gailiene@fsf.vu.lt](mailto:danute.gailiene@fsf.vu.lt)  
Tel. +370 5 266 7605

*Studentas*

Vardenis Pavardenis  
*Adresas:*  
*El.paštas:*  
*Telefonas:*



## 2 priedas. Kvietimas dalyvauti tyrime

### Kvietimas

Vilniaus universiteto psichologų komanda siekia geriau suprasti, ką išgyvena bandę nusižudyti žmonės. Šiuo tikslu atliekame mokslinį tyrimą ir kviečiame dalyvauti tuos, kurie pateko į ligoninę po bandymo nusižudyti. Jūsų dalyvavimas šiame tyrime būtų labai svarbus, nes padėtų ieškoti galimybių, kaip tobulinti pagalbos būdus savižudybės krizėje esantiems žmonėms.

Jeigu Jus domintų dalyvavimas tyrime, prašome žemiau nurodyti kontaktus, kuriais galėtume su Jumis susisiekti:

Vardas, pavardė: \_\_\_\_\_

Tel. nr: \_\_\_\_\_

Vilniaus universiteto psichologų komanda



### 3 priedas. Informuotas sutikimas



#### Informuotas sutikimas

Vilniaus universiteto mokslininkų grupė, vadovaujama profesorės Danutės Gailienės, atlieka tyrimą „SUNKIŲ TRAUMŲ IR SOCIALINIŲ TRANSFORMACIJŲ PSICHOLOGINIAI PADARINIAI IR JŲ ĮVEIKA“\*, kuriuo siekiama išsiaiškinti, su kokia patirtimi yra susidūrę įvairaus amžiaus ir skirtingų grupių Lietuvos gyventojai. Vienas iš šio tyrimo tikslų – geriau suprasti, ką išgyvena bandę nusižudyti žmonės.

Tyrimo metu prašoma atsakyti į tyrėjo užduodamus klausimus, pokalbį įrašant į garso laikmeną. Tyrime laikomasi konfidencialumo, sutikusiems dalyvauti tyrime nereikia nurodyti savo vardo ir pavardės, o tyrimo duomenys laikomi saugiai. Gauti duomenys bus analizuojami ir pristatomi mokslo darbuose apibendrintai, nesiejant su konkrečiu asmeniu atsakymais.

Prašome savo parašu patvirtinti sutikimą dalyvauti mūsų tyrime. Atminkite, kad bet kuriuo metu galite nutraukti tyrimą arba galite neatsakyti į Jums nemalonius klausimus.

Dalyvauti tyrime sutinku (*parašas*) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

*\* Mokslinis tyrimas finansuojamas Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę*

Vilniaus universitetas, Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra, Universiteto g. 9/1, Vilnius 01513, Tel.: (8-5) 268 7099; 8 619 94499.

#### 4 priedas. Informacinis lapelis – priminimas apie tyrimą



Ačiū, kad sutikote dalyvauti Vilniaus universiteto psichologų tyrime\*. Šiuo tyrimu siekiame geriau suprasti, ką išgyvena mėginęs nusižudyti žmogus. Artimiausiu metu su Jumis susisieks vienas iš mūsų tyrėjų ir sutarsite laiką susitikimui bei pokalbiui. Tikime, kad pokalbis gali būti naudingas ir Jums. Po pokalbio informuosime apie įvairias pagalbos ir konsultavimosi galimybes.

Jei turite klausimų, kviečiame kreiptis į projekto tyrėjus:

Dovilė Grigienė tel.: 8 659 74737, el. paštas: [dovile.grigiene@fsf.vu.lt](mailto:dovile.grigiene@fsf.vu.lt)

Said Dadašev tel.: 8 622 68195, el. paštas: [said.dadasev@fsf.vu.lt](mailto:said.dadasev@fsf.vu.lt)

*\* Mokslinis tyrimas „Sunkių traumų ir socialinių transformacijų psichologiniai padariniai ir jų įveika“ finansuojamas Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę*

Vilniaus universitetas, Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra, Universiteto g. 9/1, Vilnius 01513, Tel.: (8-5) 268 7099; 8 619 94499.

## 5 priedas. Pagalbos galimybių sąrašas

### Informacija apie įvairias pagalbos galimybes Vilniuje

*Pablogėjus savijautai, kylant mintims apie savižudybę, kreipkitės:*

#### **Krizių įveikimo centras**

Teikia skubią nemokamą specialisto psichologinę pagalbą. Jūs galite ateiti konsultacijai, skambinti budinčiam specialistui telefonu, susisiekti per skaiptą arba parašyti laišką el. paštu.

Adresas: Tiltu g. 3-6

Telefonas: 8 640 51555

El.paštas: [info@krizesiveikimas.lt](mailto:info@krizesiveikimas.lt)

Darbo laikas: pirmadieniais, trečiadieniais ir penktadieniais nuo 16 iki 20 val. (*pastaba*: paskambinus į Krizių įveikimo centrą įprastu darbo laiku, galima susitarti konsultacijai ir kitomis dienomis – antradienį, ketvirtadienį ar šeštadienį.)

#### **VŠĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro Krizių intervencijos skyrius**

Teikia suaugusiųjų krizių intervencijos stacionarinę ir dienos stacionaro psichiatrinę pagalbą bei neatidėliotinas konsultacijas priėmimo skyriuje.

Adresas: Vasaros g. 5, 10 korpusas

Telefonas: (8 5) 215 4403

Darbo laikas: darbo dienomis nuo 8 iki 20 val. (*pastaba*: prieš atvykstant būtina paskambinti nurodytu telefonu ir susitarti – arba dėl planinės pagalbos (įsirašyti į eilę) arba dėl atvykimo į Priėmimo skyrių)

*Skambinkite arba rašykite į emocinės paramos tarnybas:*

*(pokalbiai šiais numeriais nemokami)*

**„Jaunimo linija“ - 8 800 28888**, <http://www.jaunimolinija.lt/laiskai>

Darbo laikas: **visą parą**, į laiškus atsakoma per 2 dienas.

Emocinę paramą teikia: savanoriai

**„Vilties linija“ - 116 123**, <http://paklausk.kpsc.lt/contact.php>,

[vilties.linija@gmail.com](mailto:vilties.linija@gmail.com)

Darbo laikas: **visą parą**, į laiškus atsakoma per 3 darbo dienas.

Pagalbą teikia: savanoriai ir psichikos sveikatos profesionalai

**„Pagalbos moterims linija“ - 8 800 66366**, [pagalba@moteriai.lt](mailto:pagalba@moteriai.lt)

Darbo laikas: **10.00-21.00 kasdien**, į laiškus atsakoma per 3 dienas.

Pagalbą teikia: savanoriai ir psichikos sveikatos profesionalai

**„Linija doverija“ - 8 800 77277**

Darbo laikas: **16.00-20.00 darbo dienomis**

Emocinę paramą teikia: savanoriai-moksleiviai

Parama teikiama **rusų kalba**. Linija skirta paaugliams ir jaunimui.

*Galite kreiptis į privačia praktika užsiimančius psichologus ar psichoterapeutus.*

*Taip pat turite galimybę gauti iki 10 nemokamų konsultacijų per metus pas psichikos sveikatos specialistą savo psichikos sveikatos centre – dažniausiai jis būna poliklinikoje.*

*Prireikus informacijos apie įvairias organizacijas, teikiančias socialines-psichologines paslaugas ir pagalbą Lietuvoje:*

**Socialinės informacijos bankas.** Duomenų bazė, kurioje galite peržiūrėti informaciją apie įvairias organizacijas, teikiančias socialines-psichologines paslaugas ir pagalbą Lietuvoje:

<http://www.jppc.lt/index.php?p=194>

## 6 priedas. Transkribavimo sutartiniai ženklai

### Transkripcijose naudoti ženklai

(supaprastinta naudojantis Silverman ir Wengraf (2004))

Simbolis	Pavyzdys	Paiškinimas
[ ]	[ VARDAS]; [MIESTAS]	Laužtiniuose skliaustuose rašomi tikriniai vardai ar pavadinimai pakeisti į bendrinius, vietoj Tomas VARDAS ir t.t
(3)	Dalyvis: Taip. (3s.) Nežinau, ką daugiau pridurti.	Skliausteliuose pažymėtas skaičius nurodo sekundėmis pokalbyje trunkančią pauzę.
_____	Dalyvis: tada labia nuliūdau ir pamąščiau kad tik galėčiau jiems <u>įrodyti</u>	Pabraukimas reiškia, kad vienas žodis ar jo dalis yra labai akcentuojama ar netikėtai pakeliamas balsas.
ŽODIS	Dalyvis: tada nutariau DAGIAU NIEKADA TAIP NEBEBUS	Didžiosiomis raidėmis rašoma frazė ar daugiau nei vienas žodis, kuri itin pabrėžiama ar net išsukama.
.hhh	Aš tai jaučiu .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.

**7 priedas.** Temos apibūdinimas remiantis Boyatzis (1998) teminės analizės principais

**Pavadinimas:** „Potencialiai trauminiai įvykiai“

**Apibrėžimas:** Įvairūs potencialiai traumuojantys tiriamojo minėti įvykiai ar aplinkybės, kurių vaidmens savo gyvenime tiriamasis nesureikšmina

**Požymiai:** Tiriamasis mini potencialiai traumuojančius įvykius ar aplinkybes, tačiau daro tai neišsiplėsdamas (tiesiog pamini kaip faktą), nesureikšmindamas jų vaidmens savo gyvenime, arba pamini tokius įvykius ar aplinkybes pildydamas kiekybines anketas, tačiau jų interviu metu nemini kaip galėjusių prisidėti prie buvusių sunkumų ir mėginimo nusižudyti.

**Specialios sąlygos:** Kodas netaikomas, jei tiriamasis parodo potencialiai traumuojančių įvykių ar aplinkybių reikšmę savo gyvenimui

**Pavyzdys:** *„iš mūsų giminės turbūt aš vienintelis dar normalus. kaip normalus, dar gyvas.[T:mhm]. nes vienas dėdė nusižudė, tėvą nužudė, apie trečia dėdę nieko nežinau, nes mes ten dar dvidešimt metų jokių kontaktų nepalaikom, tai va“*

**8 priedas.** Kokybinio tyrimo temos bei ją sudarančių potemių pasireiškimo skirtinguose interviu išsklotinės pavyzdys

**24 lentelė.** Pagalbos iš kitų vengimo temos potemių dažnumas analizuotuose interviu

Interviu Potemė	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Potemės dažnumas
	Netikima kitų noru ar galimybėmis suteikti pagalbą		X		X			X	X	X		X			X	X		X		X	X	
Norima savarankiškai išspręsti sunkumus							X	X			X	X		X	X		X		X	X		9 (42.9%)
Nelinkęs atsiverti kitiems					X		X	X			X	X	X			X		X				9 (42.9%)
Nenorima „apkrauti“ kitus		X		X							X	X			X				X			6 (28.6%)
Manoma, kad tikrųjų jausmų parodymas yra silpnumo ženklas	X	X									X	X			X			X				6 (28.6%)
Manoma, kad išsakius mintis apie savižudybę susilauks neigiamų reakcijų		X													X		X		X			4 (19%)
Nemanyta, kad pagalba buvo reikalinga							X			X										X		3 (14.3%)
Nenorėta, kad kiti sutrukdytų bandymą nusižudyti		X																		X		2 (9.5%)

## 9 priedas. Rekomendacijos „Pagalba ketinantiems nusižudyti“

### PAGALBA KETINANTIEMS NUSIŽUDYTI

Parengė psichologai Said Dadašev ([said.dadasev@fsf.vu.lt](mailto:said.dadasev@fsf.vu.lt))  
ir Jolanta Latakiene ([latakiene.jolanta@gmail.com](mailto:latakiene.jolanta@gmail.com))

Kiekvienam žmogui yra svarbi aplinkinių parama, o ypač esančiam krizėje ar galvojančiam apie savižudybę. Deja, žmonės yra linkę vengti siekti pagalbos iš kitų žmonių iki bandymo nusižudyti. Ketinantys nusižudyti asmenys, ypač žudymosi metu, save mato kaip uždarus, atskirtus nuo kitų žmonių, išskirtinai vienišus. Be to, nemažai ketinančių nusižudyti parodo ar išsako savo ketinimus netiesiogiai (pavyzdžiui, sakant „galiu neatlaikyti sunkumų“, juokaujant apie savižudybę ar itin neįprastu jiem elgesiu).

**Kreiptis pagalbos į kitus gali trukdyti** tokios priežastys:

- Perdėtas savarankiškumas (įsitikinimai apie save kaip turintį savarankiškai išspręsti sunkumus, negalintį parodyti savo silpnumo kitiems ar ką nors apkrauti savo rūpesčiais, turintį išlaikyti stipraus žmogaus įvaizdį);
- Netikėjimas aplinkinių noru ar galėjimu padėti;
- Neigiamas visuomenės nusistatymas žmonių, turinčių minčių apie savižudybę ar bandžiusių nusižudyti atžvilgiu;
- Neatkreipimas dėmesio į savo sunkumus, jų nesureikšminimas ar teigiama nuostata savižudybių atžvilgiu;

Pagalbos vengimo priežasčių žinojimas gali padėti suprasti, **kaip paskatinti žmones kreiptis ir priimti pagalbą**. Svarbu informuoti apie galimą pagalbą taip, kad žmonės išlaikytų savigarbos, savarankiškumo ir atsakomybės už save jausmą, priimtų tai kaip gebėjimo pasirūpinti savimi dalį ir nebūtų stumiami į „silpnesniojo“ poziciją. Bendraujant galima perteikti, kad:

- Visi kartais atsiduria situacijose, kur būtina kitų pagalba;
- Supratimas, kada kreiptis į kitus – stipraus žmogaus bruožas;
- Įvertinti drąsą priimant savo pažeidžiamumą;
- Parodyti, kad pasidalinimas sunkumais gali ne padidinti, bet sumažinti aplinkinių našta;

Svarbu tinkamai reaguoti į išsakytus lūkesčius pagalbai ar ketinimus nusižudyti – taip didinamas pasitikėjimas aplinkiniais, parodant, kad pagalba yra įmanoma. Tuo pačiu galima aptarti nuoskaudas dėl kitų žmonių reakcijų ar nereagavimo, nes tai gali būti prielaida tolesniam mėginimui nusižudyti, ypač kai žmogui atrodo, jog žodžiu išsakant savo sunkumus aplinkiniai jo nesupranta, neišgiršta.

Vertinga skatinti labiau atsižvelgti ir tinkamai priimti savo emocinę būseną, nenuneigti esamų sunkumų ir konstruktyviai sau padėti:

- Perteikti žinias apie savižudybės reiškinį (pavyzdžiui, kad mintys apie savižudybę, ketinimai nusižudyti nerodo, kad pats žmogus yra ydingas,



problematiškas; problema, kurią galima spręsti, yra būtent tie ketinimai nusižudyti, rodantys, kad žmogus kenčia ir neranda išeičių iš savo situacijos)

- Ieškoti būdų, ugdyti įgūdžius kaip nežalojant savęs:
  - išreikšti savo poreikius ir jausmus santykiuose – pyktį, nuoskaudą, nepasitenkinimą tuo, jog nekreipiamas dėmesys į išsakomus sunkumus;
  - reguliuoti emocijas, kai jos atrodo nevaldomos, neaprepiamos;

Kita vertus, tai, kad žmonės **vengia** kreiptis pagalbos **neriškia**, kad **jokios pagalbos nesinori**. Šalia nenoro dalintis sunkumais **egzistuoja ir tikėjimasis tam tikros pagalbos**:

- emocinės paramos (realistiško padrąsinimo, išgyvenimų supratimo ir priėmimo, pagalbos reguliuojant emocijas, nuraminimo),
- padedančios informacijos suteikimo (patarimų, galinčių padėti spręsti esamas problemas, konstruktyvaus atsiliepimo apie jų mintis ar elgesį),
- konkrečios pagalbos (pasidalinti darbų altikimą, aktyvių veiksmų organizuojant specialistų pagalbą ir kt.),
- teigiamo ir malonaus tarpusavio bendravimo.

Šie poreikiai nėra kažkuo besiskiriantys nuo to, ko paprastai žmonėms norisi atsidūrus krizinėje situacijoje. Tačiau siekiantiems padėti yra itin svarbu suprasti savižudybės krizėje esančių žmonių ambivalenciją pagalbos atžvilgiu – jie gali nesiekti kitų pagalbos ar net nepripažinti poreikio pagalbai, **todėl rekomenduojama laikytis aktyvesnio požiūrio į pagalbos teikimą**. Didesnis aplinkinių aktyvumas patvirtinant, kad žmogus rūpi kitiems, kad gali pasidalinti savo problemoms, direktyvūs veiksmai (pvz., suorganizavimas susitikimo su psichikos sveikatos specialistu) ir kt. gali keisti neigiamas nuostatas į pagalbos siekimą ir padėti lengviau priimti pagalbą. Aktyviau sureaguoti svarbu dar ir dėl to, kad išsakę savo ketinimus nusižudyti žmonės aplinkinių abejingumą, netikėjimą ketinimo rimtumu, pašaipas, pagalbos veiksmų nesiėmimą ar provokavimą savižudybei laiko skatinančiais nusižudyti, tačiau aktyvius aplinkinių reakcijas į išsakytą pranešimą apie ketinimą nusižudyti neįvardina kaip skatinančias nusižudyti.

*Rekomendacijos ruoštos remiantis dalimi tyrimo „Sunkių traumų ir socialinių transformacijų psichologiniai padariniai ir jų įveika“ duomenų. Tyrimas finansuotas Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę (Nr. VPI-3.1-ŠMM-07-K-02-023).*