

„Neprisibelsi ir nepasišnekėsi apie tai“: psichikos sveikatos specialistų sunkumai teikiant pagalbą asmenims, kurie vėliau nusižudė

Jurgita Rimkevičienė

Vilniaus universitetas, Psichologijos institutas, Suicidologijos tyrimų centras
jurgita.rimkeviciene@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-4091-8214>

Dovilė Grigienė

Vilniaus universitetas, Psichologijos institutas, Suicidologijos tyrimų centras
dovile.grigiene@fsf.vu.lt
<https://orcid.org/0000-0002-3300-5890>

Odeta Geleželytė

Vilniaus universitetas, Psichologijos institutas, Psichotraumatologijos centras
odeta.gelezelyte@fsf.vu.lt
<https://orcid.org/0000-0001-8501-3502>

Eglė Mažulytė-Rašytinė

Vilniaus universitetas, Psichologijos institutas, Suicidologijos tyrimų centras
egle.mazulyte@fsf.vu.lt
<https://orcid.org/0000-0002-8770-4945>

Santrauka. Prieinamos ir efektyvios psichikos sveikatos specialistų paslaugos savižudybės grėsmę patiriantiems asmenims yra viena iš svarbiausių savižudybių prevencijos dalių. Visgi kai kurie žmonės nusižudo net ir suteikus ar teikiant tokią pagalbą, tad svarbu suprasti to priežastis. Nesant tiesioginio būdo atskleisti paslaugas gavusių ir vėliau nusižudžusių asmenų patirtis, jiems teikę pagalbą specialistai yra svarbus informacijos apie pagalbos teikimo procesą tokiais atvejais šaltinis. Pagrindinis šio tyrimo tikslas buvo atskleisti didžiausius sunkumus, kurių specialistai patyrė teikdami pagalbą asmenims, kurie vėliau nusižudė. Tyrime dalyvavo 15 psichikos sveikatos specialistų (7 gydytojai psichiatrai, 6 medicinos psichologai ir 2 socialiniai darbuotojai), patyrusių paciento savižudybę. Tyrimo duomenys surinkti naudojant pusiau struktūruotus interviu, analizė atlikta remiantis teminės analizės metodu. Tyrimo dalyvių pasakojimuose apie darbą su pacientais, kurie vėliau nusižudė, išsiskyrė šios temos: paciento nebendradarbiavimas, paciento sunkumai, su kuriais buvo sunku dirbti, gydymo ribotumai, savižudybės rizikos vertinimo sunkumai, specialisto reakcijos dirbant su pacientu ir paciento artimųjų vaidmuo. Tad šio tyrimo rezultatai kalba apie sunkumus išbūti su savižudybės krizę patiriančiu pacientu, kuris pats sunkiai linkęs priimti pagalbą, kartu atsiremiant į savo galimybių ir sistemos ribotumus, kas kelia intensyvius bejėgiškumo, pykčio išgyvenimus.

Pagrindiniai žodžiai: savižudybių prevencija, psichikos sveikatos specialistai, gydymo sunkumai, rizikos vertinimo problemos, paciento nebendradarbiavimas.

Received: 16/12/2022. **Accepted:** 20/04/2023.

Copyright © 2023 Jurgita Rimkevičienė, Dovilė Grigienė, Odeta Geleželytė, Eglė Mažulytė-Rašytinė. Published by Vilnius University Press. This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution Licence \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

„You Won’t Break the Ice and Won’t Talk about It“: Mental Health Professionals’ Difficulties in Providing Assistance to Individuals who Later Suicide

Summary. Accessible and effective mental health services for people at risk of suicide are one of the cornerstones of suicide prevention. However, some people suicide while receiving such help, and it is important to understand the reasons for this. In the absence of a direct way to reveal the experiences of people who have received services and subsequently suicided, the professionals providing mental health services are an important source of information on this process. The main aim of this study was to describe the main difficulties experienced by professionals supporting people who later suicided. The sample included 15 mental health professionals (7 psychiatrists, 6 medical psychologists, and 2 social workers) who experienced patient suicide. The data were collected using semi-structured interviews, which were then analysed using thematic analysis. The following themes were identified in the stories of the participants: lack of collaboration from the patient, specific topics that were challenging to work with, treatment limitations, difficulties in assessing suicide risk, reactions experienced when working with the suicidal patient, and the role of the patient’s relatives. Therefore, the results of this study speak about the challenge of being with a patient in a suicidal crisis, who is not inclined to accept help, while bearing the limitations of the system and oneself as a specialist. This causes intense experiences of helplessness and anger.

Keywords: suicide prevention, mental health professionals, treatment challenges, risk assessment difficulties, patient non-cooperation.

Lietuvos savižudybių rodiklis, nors laipsniškai mažėja (Higienos institutas, 2022), jau daugelį metų yra didžiausias Europoje (Eurostat, 2021). Įprastai, kuriant savižudybių prevencijos sistemą, vienas iš pirmų tikslų yra pasiekti, kad savižudybės krizę išgyvenantys asmenys patektų pas psichikos sveikatos specialistą (Pasaulio sveikatos organizacija, 2018). Tačiau taip pat svarbu suprasti, kas vyksta žmogui jau gaunant konsultacijas, kad ta pagalba būtų pakankama siekiant užkirsti kelią savižudybei. Nusižudžiusių asmenų prieš mirtį turėtų kontaktų su sveikatos priežiūros sistema analizė Lietuvoje rodo, kad maždaug 80–90 % nusižudžiusių per metus iki mirties gauna kokias nors sveikatos priežiūros paslaugas (Skruibis ir kiti, 2021). Tyrime atsiskleidė, kad dažniausiai nusižudę asmenys prieš mirtį lankėsi pas šeimos gydytoją, o iki 30 % (apie 200 atvejų kasmet) bent kartą apsilankė pas psichikos sveikatos specialistą (dažniausiai – gydytoją psichiatrą, rečiau – psichologą ar socialinį darbuotoją). Apie 10 % visų nusižudžiusių kontaktą su psichikos sveikatos specialistu turėjo mėnuo iki mirties, o tai sudaro apie 80 atvejų per metus. Šie skaičiai rodo, kad daliai savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichikos sveikatos sistemoje gauta pagalba nebuvo pakankamai efektyvi. Norint sumažinti savižudybių rodiklius šalyje yra itin svarbu suprasti to priežastis. Pagalbos efektyvumo vertinimo ir patyrimo tyrimai dažniausiai įtraukia mėginančius nusižudyti asmenis (pavyzdžiui, Latakiene et al., 2019), tačiau nusižudžiusieji dažnai yra kiek kitokia grupė nei mėginusieji nusižudyti ar galvojęntys apie savižudybę asmenys (DeJong et al., 2010), tad svarbu suprasti specifinius sunkumus, kylančius teikiant pagalbą būtent šiai grupei. Nesant tiesioginio būdo įvertinti nusižudžiusių patirtį, specialistai, patyrę paciento savižudybę, yra unikalus ir svarbus informacijos šaltinis, nes gali pasidalinti savo profesiniu žvilgsniu į pagalbos teikimo procesą ir taip padėti suprasti jame kylančius sunkumus.

Literatūroje nurodoma, kad dalis sunkumų teikiant pagalbą asmeniui, patiriančiam savižudybės krizę, susiję su paties specialisto kompetencija ir taikomais metodais, taip

pat savižudybių prevencijos sistema. Pavyzdžiui, Hendin ir kiti (2006) analizavo 36 nusižudžiusių pacientų psichoterapinio bei medikamentinio gydymo istoriją ir identifikavo šešias pagrindines problemas: bendradarbiavimo tarp profesionalų trūkumas, nepakankama gydymo eigos kontrolė, terapeuto nerimas, sunkumai atpažįstant pagrindinius pacientų sunkumus, negydomi ar nepakankamai gydomi psichikos ligų simptomai ir su seksualumu susijusių problemų vengimas. Jobses ir kiti (2018) pabrėžia, kad viena svarbiausių darbo su suicidiškais pacientais problemų yra ta, kad specialistams trūksta šiuolaikinės klinikinės suicidologijos kompetencijų. Akcentuojama, kad savižudybės rizikos vertinimas dažnai būna nepakankamas, o jis turėtų būti visapusiškas, platus ir daugialypis. Vis dėlto tai gali būti ne tiek atskiro specialisto kompetencijos, kiek visos prevencijos sistemos trūkumas. Sprendžiant savižudybių problemą visuomenės lygmeniu dažnai vadovaujamosi vien biologiniu požiūriu, kai akcentuojamas medikamentinis gydymas, o socialinė ir psichologinė pagalba, besiremiančios santykiu, yra nuvertinamos ir dėl to nepakankamai įtraukiamos į savižudybių prevenciją (Ekeberg & Hem, 2019). Psychosocialinės pagalbos stoka minima ir kaip viena iš sisteminių savižudybių prevencijos problemų Lietuvoje (Lietuvos Respublikos [LR] valstybės kontrolė, 2017). Sisteminiai, administraciniai sunkumai buvo įvardyti kaip vieni didžiausių ir Lietuvoje dirbančių šeimos gydytojų, teikiančių pagalbą savižudybės krizę patiriantiems asmenims (Mozūraitytė, 2020). Tad svarbu suprasti, su kokiais sistemos ribotumais susiduria psichikos sveikatos specialistai savo tiesioginiame darbe su pacientais, kurie vėliau nusižudė.

Vis dėlto svarbu pabrėžti, kad siekėme matyti ne tik sunkumus, kylančius iš specialisto ar sistemos pusės, bet ir suprasti sunkumus, kylančius konkrečiame santykiyje su pacientu. Dalis iniciatyvų, siekiančių pagerinti tiek klinicistų darbą, tiek pačių sveikatos priežiūros sistemą (pavyzdžiui, *Zero Suicide Framework*; Covington et al., 2011), kaip aspiracinį tikslą numato išvengti visų savižudybių sveikatos priežiūros sistemoje. Visgi toks lūkestis nerealistiškas, nes nėra surasta modelių, galinčių tiksliai prognozuoti savižudybės riziką, ir mažai tikėtina, kad kada nors jų atsiras, tad nėra būdo tiesiog užkirsti kelią savižudybei (Paris, 2021). Tad darbas su suicidiškais pacientais tokia neapibrėžtume patiems specialistams neretai kelia intensyviais emocijas (Awenat et al., 2017). Be to, kyla klausimų, ar toks nerealistiškas lūkestis matyti visas savižudybes kaip išvengiamas nepastiprina klinicistų kaltinimo kultūros (Mokkenstorm et al., 2018). Kartais specialistas gali būti matomas ar matyti pats save kaip „visagali“ – galintį sustabdyti ir išgelbėti savižudišką pacientą nuo jo paties bet kokia kaina, dėl to paciento savižudybė priimama kaip specialisto klaida ar nekompetencija (James, 2004). Lietuvoje atliktas atvejų vadybininkų, dirbančių savižudybių prevencijos sistemoje, tyrimas taip pat rodo jų patiriamus sunkumus balansuojant suvokiamą atsakomybę, jos ribas ir pakankamos psichologinės distancijos nuo darbo sunkumų išlaikymą (Radauskaitė, 2022). Tad svarbu atsakomybės už įvykius, kai pacientas nusižudo teikiant ar baigus teikti pagalbą, nepriskirti vien nepakankamam ar netinkamam gydymui, bet ir suprasti, kokiems sunkumams esant pacientui gali būti sudėtinga padėti.

Tyrimai rodo, kad po mėginimo nusižudyti pacientus ypač sunku įtraukti į gydymą, nes didelė jų dalis atsisako priimti pagalbą arba nutraukia jau prasidėjusias specialistų

konsultacijas (Lizardi & Stanley, 2010). Toks vengimas kalbėti apie savo suicidines mintis ar ketinimus nusižudyti ypač reikšmingas lietuviškame kontekste dėl stiprios stigmos (Skruibis ir kiti, 2015). Po mėginimo nusižudyti lietuviai vengia kreiptis pagalbos, nepasitiki kitais, mano, kad su problemomis turi susitvarkyti patys, ir mato emocijų rodyką kaip silpnumo ženklą (Dadašev et al., 2016). Lietuvoje atliktas šeimos gydytojų tyrimas rodo, kad tokios pačių pacientų ir jų artimųjų baimės, grįstos neigiamomis jų nuostatomis, stipriai trukdo teikiant pagalbą (Mozūraitytė, 2020). Kita vertus, teikiant pagalbą savižudybės krizę išgyvenantiems asmenims terapeuto ir paciento bendradarbiaujantis santykis veikia kaip apsauginis suicidinio elgesio veiksnys (Huggett et al., 2022). Tad sunkumų, kylančių kuriant šį santykį, analizė yra itin reikšminga.

Svarbiausias šio tyrimo tikslas buvo aprašyti pagrindinius sunkumus, kurių psichikos sveikatos specialistai patyrė teikdami pagalbą asmenims, kurie vėliau nusižudė, taip, kaip jie matomi iš pačių specialistų perspektyvos. Aprašydami šio straipsnio rezultatus pasirinkome vartoti terminą „pacientas“, o ne „klientas“, nes interviu metu visi dalyvavę specialistai dalinosi savižudybių atvejais, su kuriais susidūrė sveikatos priežiūros sistemoje, ir patys vartojo būtent šį terminą.

Metodika

Tyrimo dalyviai ir jų atranka. Šiame tyrime naudoti duomenys iš didesnio mokslinių tyrimų projekto, kuriame dalyvavo psichikos sveikatos specialistai, patyrę paciento ar kliento savižudybę. Projekto tikslai buvo išsiaiškinti specialistų patirtis susidūrus su savižudybe: su kokiais sunkumais susiduria specialistai, dirbdami su turinčiu minčių apie savižudybę pacientu, taip pat kokie yra specialisto išgyvenimai bei poreikiai pacientui nusižudžius, kaip specialistas vertina sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimą savižudybės krizės atveju. Šiame straipsnyje pristatomi tik duomenys, susiję su tyrimo klausimu, – kokių pagrindinių sunkumų patyrė specialistai, dirbdami su pacientais, kurie vėliau nusižudė.

Buvo taikoma tikslinė kriterinė tyrimo dalyvių atranka (Palinkas et al., 2015) – dalyvauti tyrime kviečiami psichikos sveikatos specialistai, kurių darbinėje praktikoje yra nusižudęs bent vienas pacientas ar klientas. Tyrime kviešti dalyvauti psichikos specialistai, kurie sveikatos priežiūros sistemoje dažniausiai turi kontaktą su asmenimis, kurie vėliau nusižudė, t. y. gydytojai psichiatrai, psichologai ir socialiniai darbuotojai (Skruibis ir kiti, 2021). Kvietimai dalyvauti interviu buvo skleidžiami psichikos sveikatos specialistų konferencijose, socialiniuose tinkluose, kreipiantis į psichikos sveikatos įstaigas, ankstesnių savižudybių prevencijos konferencijų dalyvius, kurie yra davę sutikimą gauti kvietimus dalyvauti tyrimuose. Tad tyrimo imtį sudaro psichikos sveikatos specialistai, dirbantys sveikatos priežiūros įstaigose, kurie žinojo apie savo paciento ar pacientų savižudybę ir jautėsi to paliesti, norintys pasidalinti savo patirtimi.

Tyrimo dalyvavo 15 psichikos sveikatos specialistų, iš jų – 7 gydytojai psichiatrai, 6 medicinos psichologai ir 2 socialiniai darbuotojai, dirbantys įstaigose, kuriose turėjo ilgalaikį, dažną kontaktą su pacientu, kuris vėliau nusižudė. 12 (80 %) tyrimo dalyvių buvo moterys, 3 – vyrai. Dalyvių amžius buvo nuo 28 iki 55 metų ($M = 39,67$; $SD = 9,85$).

Informacija apie tyrimo dalyvius ir jų patirtis pateikta 1-oje lentelėje. Tyrimo dalyviai buvo homogeniški tuo aspektu, kad visi buvo patyrę paciento savižudybę ir dirbo sveikatos priežiūros įstaigose. Tačiau taip pat išlaikytas heterogeniškumas lyties, konkrečios darbo vietos, nusižudžiusių pacientų skaičiaus ir darbo patirties atžvilgiu siekiant maksimaliai suprasti tiriamą fenomeną ir atskleisti jo reikšmių platumą (Braun & Clarke, 2022).

Įvertinimo būdai. Tyrimo duomenys buvo renkami 2019 m. kovo–lapkričio mėn. atliekant pusiau struktūruotus interviu. Formuluojam interviu remtasi kokybinių tyrimų strategijos, vadinamos kritinio įvykio technika (Flanagan, 1954; Butterfield et al., 2005), principais. Naudojant šią interviu techniką bandoma suprasti konkretaus atvejo patirtį. Pirmiausia buvo užduodami klausimai, orientuoti į nuodugną paties įvykio supratimą iš tyrimo dalyvio perspektyvos, paskui užduodama patikslinančių klausimų apie tyrimo dalyvio patirtį šiame procese, nes tai atskleidžia konkretesnes ir detalesnes tyrimo dalyvių įžvalgas (Woosley, 1986). Tyrimo dalyvio buvo prašoma prisiminti patirtą paciento ar kliento savižudybę, o jei jų yra patyręs keletą – pradžioje pasirinkti papasakoti apie tą,

1 lentelė

Informacija apie tyrimo dalyvius ir jų patirtis

Pseudonimas	Darbo vieta	Pareigos	Darbo vietos pobūdis	Darbo stažas	Kelių pacientų savižudybę yra patyręs?
Marija	Didmiestis	Psichologas	Dienos stacionaras	3–5 metai	1
Ona	Didmiestis	Psichologas	Dienos stacionaras	5–10 metų	5
Birutė	Didmiestis	Soc. darbuotojas	Bendruomeninės pagalbos įstaiga	10–20 metų	10
Liucija	Rajono centras	Psichologas	Ambulatorinės konsultacijos	5–10 metų	1
Olga	Didmiestis	Psichiatras	Ambulatorinės konsultacijos	> 20 metų	2
Laima	Rajono centras	Soc. darbuotojas	Ambulatorinės konsultacijos	> 20 metų	> 10
Daiva	Didmiestis	Psichiatras	Dienos stacionaras	> 20 metų	2
Roma	Didmiestis	Psichologas	Ambulatorinės konsultacijos	3–5 metai	1
Virgis	Didmiestis	Psichiatras	Stacionaras	5–10 metų	2
Vitalija	Didmiestis	Psichiatras	Dienos stacionaras	5–10 metų	1
Nijolė	Didmiestis	Psichiatras	Dienos stacionaras	10–20 metų	2
Lidija	Didmiestis	Psichiatras	Ambulatorinės konsultacijos	> 20 metų	2
Diana	Didmiestis	Psichologas	Stacionaras	10–20 metų	2
Jonas	Didmiestis	Psichologas	Stacionaras	5–10 metų	2
Jokūbas	Didmiestis	Psichiatras	Dienos stacionaras	5–10 metų	1

kuri labiausiai įsiminė. Įprastai interviu buvo pradedamas taip: „Papasakokite, prašau, kiek žinote, kokios buvo paciento mirties aplinkybės?“ (*Jeį reikia – patikslinant*) „Kas atsitiko?“ Paskui būdavo užduodama papildomų su tyrimo tikslais susijusių klausimų apie specialisto reakcijas, paties paciento situaciją ir savižudybių prevencijos sistemos veikimą. Šiame tyrime remtasi tiek pačiu tyrimo dalyvio pasakojimu apie tai, kas įvyko, tiek atsakymais į klausimus apie pacientą – jo sunkumus (pavyzdžiui, „Dėl kokių problemų pacientas pas Jus lankėsi?“ „Su kokiomis problemomis buvo susijusios paciento mintys apie savižudybę?“), teiktą pagalbą („Kokią pagalbą sveikatos apsaugos sistemoje pacientas gavo?“ „Pas kokius specialistus pacientas lankėsi?“), specialisto patirtį dirbant su pacientu („Ar savižudybė buvo netikėta?“ „Kaip jūs jautėtės dirbdamas su pacientu?“ „Kas buvo sunkiausia sprendžiant savižudybės krizę?“). Jei tyrimo dalyvis buvo patyręs keleto pacientų savižudybes, taip pat buvo klausama, kuo buvo panašios ir kuo skyrėsi šios patirtys.

Tyrimo eiga. Prieš interviu tyrimo dalyviai buvo supažindinti su tyrimo tikslu, informuoti apie konfidencialumo užtikrinimą, duomenų apsaugą, galimybę bet kuriuo metu pasitraukti iš tyrimo ir susipažinti su tyrimo rezultatais. Gavus dalyvių sutikimą, interviu buvo įrašomi į diktofoną. Interviu trukmė buvo nuo 26 min. iki 70 min. ($M = 41,48$; $SD = 14,27$). Interviu atlikusios tyrėjos (OG, DG ir EMR) yra klinikinės psichologės, kurių mokslinių interesų sritis yra suicidologija. Interviu buvo atliekami tyrimo dalyvių pasirinktoje vietoje: jų darbovietėje arba Vilniaus universiteto patalpose. Tyrimo vykdymui buvo gautas Vilniaus universiteto Psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimas (2018 10 22; Nr. 19). Tyrimas buvo atliktas ir pristatomas remiantis Bendraisiais kokybinių tyrimų pristatymo kriterijais (Tong et al., 2007).

Duomenų analizė. Interviu buvo analizuojami teminės analizės būdu (Braun & Clarke, 2006). Šis metodas skirtas atpažinti, analizuoti ir apibendrinti teksto temas. Pasirinktas indukcinis duomenų analizės būdas: temos buvo išskiriamos remiantis duomenimis, o ne iš anksto pasirinkta teorija (Braun & Clarke, 2006). Visi interviu buvo transkribuoti pažodžiui ir analizuoti identifikuojant prasminius vienetus ir juos grupuojant į pradines temas. Analizėje vadovautasi Braun ir Clarke (2006) pateiktais šešiais žingsniais: 1) susipažinimas su duomenimis; 2) pradinių kodų generavimas; 3) temų paieška; 4) temų peržiūrėjimas; 5) gautų temų apibrėžimas ir pavadinimas; 6) analizės ataskaitos rašymas. Pradinį kodavimą atliko ir kodų knygą kūrė dvi tyrėjos (OG, DG), dalyvavusios atliekant interviu ir dėl to artimai susipažinusios su pirminiais duomenimis. Iš pradžių OG sukodavo pusę interviu (8), kodavimas buvo peržiūrėtas antrosios tyrėjos (DG), tada tyrėjos aptarė kodus, dėl kurių jų nuomonės išsiskyrė. Tada antroji tyrėja sukodavo likusius interviu (7), kur reikia papildydama ir patikslindama kodų knygą. OG išsamiai peržiūrėjo šį sukodavimą, tyrėjos irgi aptarė kodus, dėl kurių jų nuomonės išsiskyrė. Aptarimai buvo skirti suprasti, kur ir kodėl prasminiai vienetai buvo priskirti skirtingiems ar skirtingai įvardytiems kodams, buvo diskutuojama dėl tinkamo kodo pavadinimo ir kodų jungimo ar išskyrimo, siekiant įvardyti skirtingą kiekvienos tyrėjos požiūrį į tuos pačius duomenis ir rasti būdą, kuriuo šiuos požiūrius atspindėtų kodų išskyrimas ir jų pavadinimai. Šiuos pirminius kodus peržiūrėjo trečia tyrėja (JR), turinti teminės analizės mokymosi ir atlikimo patirties ir nedalyvavusi atliekant interviu, todėl turinti labiau nuo pirminių duomenų atitolusią pri-

eigą prie jų. Ji pasiūlė galimus kodų sujungimo į temas ir potemes būdus, jie buvo aptarti grupinių diskusijų metu visų tyrėjų, siekiant, kad galutinis temų medis apimtų skirtingas perspektyvas, kaip galima suprasti tyrimo dalyvių pasisakymus. Visos šios grupinės diskusijos buvo skirtos ir reflektuoti, kaip tyrėjų ankstesnės suicidologijos žinios veikia tyrimo dalyvių pasisakymų supratimą, siekiant šį išankstinį žinojimą suskliausti. Tokia skirtingų tyrėjų požiūrių trianguliacija duomenų analizės metu siekta padidinti rezultatų validumą (Krefting, 1991). Parengus galutinį kodų ir juos apimančių potemių bei temų sąrašą, jie buvo aprašyti išskiriant geriausiai temą iliustruojančius tyrimo dalyvių pasisakymus. Norint užtikrinti analizės tikslumą remtasi geros teminės analizės kriterijų peržvalga (Braun & Clarke, 2013) ir siekta, kad atliekama analizė ir jos aprašymas atitiktų šiuos kriterijus. Duomenų analizei buvo naudojama *Atlas.ti 7.5.13* kompiuterinė programa.

Rezultatai

Tyrimo dalyvių pasakojimuose apie darbą su vėliau nusižudžiusiais pacientais išsiskyrė šios temos: paciento nebendradarbiavimas, paciento sunkumai, su kuriais buvo sunku dirbti, gydymo ribotumai, savižudybės rizikos vertinimo sunkumai, specialisto reakcijos dirbant su pacientu ir paciento artimųjų vaidmuo. Visas kodų medis – temos ir potemės – pateikti 2-oje lentelėje, kartu nurodant, keliuose interviu kiekviena tema ir potemė atsispindėjo. Joje taip pat pažymėta, ar konkreti potemė išryškėjo interviu su gydytojais psichiatrais, psichologais ir socialiniais darbuotojais. Toliau aprašytos visos temos ir potemės su ištraukomis iš tyrimo dalyvių interviu, prie kiekvienos interviu ištraukos nurodomas tyrimo dalyvio pseudonimas iš 1-os lentelės.

2 lentelė

Tyrimo duomenyse išryškėjusių temų ir potemių medis (skliausteliuose nurodyta, keliuose interviu išskirta kiekviena tema / potemė)

Tema	Potemės	Potemės išryškėjo interviu su:		
		Gyd. psichiatrais	Psichologais	Soc. darbuotojais
Nebendradarbiaujantis pacientas (8)	Paslaugų atsisakymas ar nutraukimas (6)	x	x	x
	Pacientas nebuvo atviras konsultacijų metu (4)	x	x	
	Motyvacijos stoka (4)	x	x	x
	Veiksniai, trukdantys įsitraukti į gydymąsi (4)	x	x	x
Pacientas turėjo sunkumų, su kuriais specialistui buvo sunku dirbti (8)	Intensyvios emocijos (6)	x	x	
	Asmeninės savybės (4)	x	x	
	Specifiniai sunkumai (3)	x	x	x

Gydymo ribotumai (7)	Medikamentinio gydymo ribotumai (3)	x		
	Ribotas darbo su pacientu laikas (3)	x	x	
	Komandinio darbo sunkumai (3)	x	x	x
Sunkumai vertinant savižudybės riziką (6)	Neatskleidžia savižudiškumo (4)	x	x	
	Rizikos ženklų neaiškumas (3)	x	x	
	Besikeičianti rizika (2)	x	x	
Specialisto reakcijos dirbant su pacientu (5)	Bejėgiškumas (3)	x	x	x
	Pyktis (2)	x	x	
	Noras globoti (1)		x	
Paciento artimųjų vaidmuo gydymo procese (8)	Artimųjų įsitraukimas svarbus (7)	x	x	x
	Artimieji trukdė / neturi artimųjų, kurie padėtų (4)		x	

Nebendradarbiaujantis pacientas. Dauguma specialistų kalbėjo, kad jiems kėlė sunkumų tai, jog pacientas nebendradarbiavo. Dažniausiai tai pasireiškė kaip paslaugų atsisakymas ar nutraukimas: pavyzdžiui, pacientas atsisakydavo psichologo konsultacijų, vaistų, stacionaraus gydymo, specializuoto priklausomybių gydymo. Pacientai taip pat praleisdavo konsultacijas ar dažnai keisdavo specialistus.

Ir jinai taip nesugebėjo su niekuo to kontakto taip normaliai užmegzti. Jinai tai pas vieną specialistą, tai pas kitą, tai nebeapatinka, tai eina dar kitur. Čia, ligoninėj, ji vos ne su visais specialistais spėjo pasikonsultuoti ir su psichiatrais, ir su psichologais. Labai taip neužsikabina ir labai taip atrodo savo laikosi, kad vis tiek man reikia mirti. (Ona)

Specialistai kalbėjo, kad net jei pacientai ir atvykdavo, neįsitraukdavo į gydymą. Jie nebuvo atviri konsultacijos metu, slėpė ar vengė kalbėti apie problemas ar išgyvenimus, o tai keldavo daug sunkumų suprantant jų situaciją. Taip pat dalis specialistų kalbėjo apie šių pacientų motyvacijos stoką: jie tarsi ateidavo į konsultacijas, tačiau nenorėdavo stengtis keisti savo gyvenimo situaciją, ateidavo labiau tik artimųjų verčiami.

Tai čia tas ir blogiausia. Toksai, galiu sakyti, nebendradarbiaujantis pacientas. Tai vat, nors, atrodo, slaugytoja turėtų suprasti viską, ar ne. Nu bet vat žmogui kažkas ten buvo tikrai blogai. Tik tiek nu vat labai, aišku, gaila, kad jinai nebuvo atvira, jinai galėjo išsakyti, kas yra, ir gal būtume išsprendę problemas. Tai va, tai čia labai taip gaila. (Olga)

Matai, kad žmogus kažkaip ne... ne... neateina, ne taip kad į kontaktą, bet į gydymą neat-eina, kažkaip į norą, kad būtų kažkaip kitaip. (Vitalija)

Kalbėdami apie veiksnius, prisidėjusius prie neįsitraukimo į gydymosi procesą, specialistai dažniausiai minėdavo nusivylimą gydymusi. Pacientai iš pradžių ateidavo su itin dideliais lūkesčiais, kurie net keldavo įtampą pačiam specialistui. Vėliau tie dideli lūkesčiai virsdavo dideliu nusivylimu, su kuriuo vėlgi būdavo sunku išbūti.

Jis [pauzė] iš pradžių labai buvo patikėjęs ir suidealizavęs, kad jam čia tikrai padės. Tokioj... stebuklingo efekto. Labai prisimenu tą pirmą konsultaciją, sako: „Bet aš tikiu, kad tu [vardas] man tikrai padėsi“, nu man toks: „Ne, palauk.“ Ir paskui jis, matyt, jau galėjo ir nusivilti, kad jis čia kaip ir negavo tokio išrišimo visų savo problemų, nors irgi norėjos, nu va tokio kažkokio. (Marija)

Taip pat buvo minėtos specifinės pacientų nuostatos dėl savęs ir savo problemų, kurios trukdė aktyviau įsitraukti į gydymosi procesą. Viena iš jų buvo tikėjimas, kad žmogus turi susitvarkyti pats. Kita nuostata pasireiškė problemos sunkumo nuvertinimu. Žmogus klaidingai tikėjosi, kad užtenka trumpo, greito gydymosi, nedidelių pokyčių savižudybės grėsmei atitolinti.

Nu jinai jautėsi stipri, kad aš pati galiu tvarkytis. (Diana)

Nu tas įsivaizdavimas, kad biški čia apsitvarkysiu ir toliau kaip, ir nu toliau, nu bet jis nesuvokė tos ligos masto. Nebesuvokė. Bet čia irgi jokios prievartos, negali per prievartą žmogų... (Birutė)

Paciento sunkumai, su kuriais specialistui buvo sunku dirbti. Specialistai taip pat minėjo specifinius paciento sunkumus, su kuriais buvo sunku dirbti ir kuriuos buvo sunku keisti, paveikti ar rasti būdų, kaip pacientui padėti su jais išgyventi. Dažniausiai minėtos intensyvios emocijos – vienišumas ir neviltis. Specialistai suprasedavo, kad dalis pacientų patys atsitolindavo nuo kitų žmonių, tačiau vėliau jausdavosi nereikalingi. Beprasmiškumo, beviltiškumo išgyvenimas taip pat būdavo stiprus ir visa apimantis. Toks emocijų intensyvumas patiems specialistams atrodė gana sunkiai atlaikomas.

Nu mano nėra superdidelė konsultavimo patirtis, bet nu neteko girdėt tiek daug beviltiškumo ir tokio beprasmiškumo, tokio stipraus, tokio stipraus, stiprų jausmą turinčio žmogaus, kuris dar yra pakankamai, nu, atrodo, nežinau, ir jaunas, bet tas beprasmiškumo jausmas, atrodo, jį visą gyvenimą lydėjo. (Roma)

Iš asmens savybių, kurioms esant sudėtinga padėti, minėti impulsyvumas ir kognityviniai sutrikimai. Impulsyvumas buvo apibūdinamas kaip sunkumai valdyti emocijas, jie galėdavo nepastebėti, kas su jais vyksta, jausmui sukilus greitai ir neapgalvoję griebtis veiksmų. Iš kognityvinių sunkumų buvo minėtas intelekto deficitas, refleksijos stoka ir iškreiptas mąstymas. Tokie pacientai galėjo vadovautis nerealistiškais nuostatomis ar įsitikinimais ir sunku būdavo juos pakeisti. Apskritai šiems sunkumams buvo būdinga, kad pacientams buvo sunku suvokti, kaip tai, kaip jie jaučiasi, siejasi su aplinkos įvykiais ar jų pačių elgesiu.

O šiaip nerimu daugiausia skundėsi ir nemiga, ir net nesiejo nakties su dienos įvykiais. Kiek ten vat, pavyzdžiui, aš nerimo jaučiu, kiek aš blogai jaučiuosi, konfliktai ir taip toliau. Tai vat šitas, praktiškai žmogui reikia parodyti, ar ne, apie ką tai yra kalba. Taip kaip stokotų emocinės brandos, stokotų savo emocijų atpažinimo. (Lidija)

Tarp specifinių sudėtingų problemų minėta senatvė ir priklausomybės. Senatvė lydima fizinių sutrikimų ir ligų, kartu su pagalbos iš aplinkos stoka, vienišumu atrodė kelianti

labai suprantamą nevilgtį ir kančią, kurios nebuvo kaip įveikti. O priklausomybės gydymas atrodė sudėtingas dėl pačiai ligai būdingos stiprios ambivalencijos, nepastovaus noro gydytis. Bendrai visi šie sunkumai buvo susiję su specialisto bejėgiškumo jausmu, kad įprasti metodai – ar tai būtų kalbėjimasis, refleksijos skatinimas, vaistų skyrimas – nėra veiksmingi.

Tai tas gal, ir jis labai įsitikinęs buvo, kad narkotikai jam gali padėti, tai su tuo sunku buvo rasti būdų nesiginčijant, bet kažkaip tai konfrontuoti, tai tame kažkaip aš atsimenu kažkaip tai, labai sunku. (Marija)

Gydymo ribotumai. Didelė dalis specialistų minėjo susidūrę su gydymo ribotumais. Tyrime dalyvavę gydytojai psichiatrai specifiškai kalbėjo apie medikamentinio gydymo skyrimo sunkumus. Specialistams, mėginantiems parinkti vaistus, nepavykdavo rasti tokio derinio, kuris pakankamai paveiktų simptomus. Kai kuriais atvejais specialistai abejojo, ar medikamentai buvo tinkamiausias būdas sumažinti paciento sunkumus, pavyzdžiui, vienišumo jausmą. Taip pat dalis pacientų jautriai reagavo į šalutinį vaistų poveikį, dėl to atsisakydavo juos gerti. Taip pat veidavo ir medikamentinio gydymo reglamentavimo pokyčiai.

Tik vėlgi sakau, nežinau, kiek tai gali, bet aš tuo metu tikrai, tai buvo labai pikta. Nes su vienu vaistu, kurio nesvarbu koks pavadinimas, ar ne, turbūt yra originalo, buvo tobulas vaistas. Tobulas vaistas. O kai teko keisti dėl politikos, kur nesinori sakyti, nes įrašinėjama, bet tikrai tai jau būtų necenzūriniai žodžiai. Tai tada prasideda vargas, ir kai pasakoja absoliučiai dideles nesąmones, kad tai nesiskiria. Taip, didžiąja dalimi nesiskiria. Bet skiriasi. (Lidija)

Specialistai taip pat apgailėstavo, kad su pacientu galėjo dirbti tik ribotą laiką. Stacionare specialistai jausdavo, kad gali dirbti tik itin trumpai, geriausiu atveju keletą savaitių. Tas laikas ypač sutrumpėdavo, jei konsultuojantis specialistas turėdavo išeiti atostogų ar kurį laiką nedirbti dėl ligos. Ambulatorinėje grandyje specialistai kalbėjo matantys žmogų retai ir tik labai ribotą laiką, tad neturintys galimybių nuosekliai stebėti jo būseną ir kaip ji keičiasi.

Man tai, bet kai baigėsi tas dienos stacionaras, tas kažkoks jausmas buvo, kad ahhh tai mes jau užbaigėm darbą, ar ne? Nu toks toks neužbaigtumo, toks jausmas, kad tikrai labai mažai man to laiko su juo buvo. (Marija)

Tyrimo dalyviai minėjo komandinio darbo sunkumus, kylančius, kai pagalbą teikdavo keli specialistai. Specialistams atrodė naudinga, kad, esant savižudybės rizikai, jie gali bendradarbiauti ir pasitarti, labiau ją pastebėti. Vis dėlto kartais specialistai neturėjo galimybių, laiko ar noro kartu aptarti pagalbą pacientui ir gydymo strategijas. Kita vertus, net ir jas aptarus išsiskirdavo požiūriai, kiek rimtai buvo vertinami paciento sunkumai, skirdavosi siūlomos pagalbos strategijos, informacija, kuri būdavo pateikiama pacientui, ir bendradarbiavimas ne visada būdavo veiksmingas. Tyrimo dalyviai minėjo, kad būtų padėjęs koks nors aiškesnis algoritmas, skatinantis bendradarbiauti.

Aš galvoju, kad kažkokia ta tvarka yra ne iki galo aiški ir atsakomybių pasidalijimas. Mm (pauzė). Jo. Nes nu dabar, kaip tos tvarkos laikomasi, priklauso nuo individualių gydytojų. Jeigu jeigu jie nori bendradarbiavimo, tada jo – tai taip intensyviau. Jeigu ne, tai tada kažkaip nelabai ir žiūri, kad čia veiktų ta tvarka tokia kaip numatyta, kad vyktų tas bendradarbiavimas. Nėra tokio skatinimo. (Jonas)

Sunkumai vertinant savižudybės riziką. Kiek daugiau nei trečdalis specialistų kalbėjo apie sunkumus vertinant savižudybės riziką. Kaip sudėtingiausios minėtos situacijos, kai pacientas neatskleidžia suicidiškumo. Tokie pacientai vengė kalbėti apie suicidines mintis, jas slėpė ar atvirai neigė. Specialistams kildavo nuojauta, kad pacientai ne viską pasako ar neatsiskleidžia, bet vis tiek būdavo sunku juos prakalbinti ar tiksliau suprasti, kiek grėsminga yra situacija.

Bet kaip iš praktikos ir būna, aišku, po kurio laiko jie tada užsiima tam tikru žaidimu (šyp-teli), kada tave nuramina, ir artimuosius nuramina, bet turbūt sprendimą jau turi. (Lidija)

Dalyje situacijų rizikos ženklai atrodė neaiškūs. Kai tiesioginių ženklų (minčių, savižudybės planų) tarsi nebuvo, o buvo tik netiesioginių (pavyzdžiui, ilgalaikis vienišumas), juos specialistui tuo metu buvo sunku įvertinti. Kitais atvejais pacientų komunikaciją apie jų būseną būdavo sunku suprasti, nes jie kalbėdavo netiesiogiai, užuominomis. Specialistams taip pat kildavo neaiškumų, kaip vertinti riziką esant psichozei, nes pacientas sunkiai pats galėdavo nusakyti savo ketinimus. Kai savižudybės ženklai buvo neaiškūs, likdavo neaišku, kiek ši tema reikalauja tiesioginio dėmesio konsultacijoje.

Tokia situacija buvo, kad nuo pat pradžių nu buvo kalba apie jo nenorą gyvent, bet jinai buvo, nu jisai pats tą labai pristatė tokį kaip labai lėtinį pamąstymą. Tikrai nu pildžiau va tas visas skales, bandžiau sužiūrėt, kiek čia ūmūs dalykai, bet tikrai nu tada prашlysta turbūt, nes kreipiasi tai labai daug pacientų, kurie nu su kažkokiais panašiais dalykais. (Vitalija)

Galiausiai, specialistai pripažino, kad gali įvertinti tik momentinę savižudybės riziką, t. y. tą situaciją, kurią jie tą akimirką mato.

Čia labiau buvo apie tai yra, nes mes išleidome su pagerėjusia būkle. [pauzė] Nu čia turbūt... sakom [juokiasi] čia juodas humoras, bet sakom, jeigu su širdim dirbantys gydytojai skaičiuotų kiek tenai paskui, po to ten po pusmečio, po metų mirė nuo širdies ligų, ar ne. Nu tai tas skaičius, nežinau, jis turbūt labai didelis. Bet jeigu žiūrint tą momentą, kaip tu tą momentą pagydai, tai taip atrodo gerai, fainai čia viskas kaip ir įvyko. Iš kitos pusės, čia tokie ypatumai mūsų darbo, kad nu mes tik taip ir galim. Tam momente padėti. (Diana)

Specialisto reakcijos dirbant su pacientu. Kalbėdami apie sunkumus dirbant su pacientu, trečdalis specialistų minėjo savo išgyvenimus. Negerėjanti paciento būseną ypač stiprino pačių specialistų bejėgiškumą, beviltiškumą, kildavo abejonių dėl savo pačių kompetencijos ir galimybių ribų.

Tai aš nusprendžiau, aš pati pradėjau jausti, kad pagal savo kompetenciją nebegaliu kažkaip jai padėt. Kažkaip kiek bandau, kokiais būdais dirbti, na, atrodo, niekas neveikia. Tokia pati pradėjau labai didelį beviltiškumą jausti. (Roma)

Bendradarbiavimo sunkumai keldavo pyktį: būdavo sunku būti su paciento ambivalencija, nes, viena vertus, tarsi pacientai prašydavo pagalbos, kita vertus, tarsi ją atmesdavo, atstumdavo paties specialisto bandymą palaikyti kontaktą. Buvo sudėtinga rasti būdą būti su šiuo pacientų prieštaravimu.

Tai labai daug nu tokio ir pykčio kėlė, ir nu visą laiką šiaip apie jį buvo tas toks, nu kad, atrodo, reikia nu va taip prisitraukt jį ir jisai taip nu slapstosi šiek tiek, pasilieka, užsidingia, nepasidalina iki galo ir tas visą laiką tokį nu dirgulį, erzulį kėlė ne man vienai ten – pasidalinom po to, daugeliui iš komandos. (Vitalija)

Galiausiai buvo minėtas perdėtas noras globoti pacientą. Iš vienos pusės, tai buvo šilti jausmai, noras švelniai prieiti arčiau, tačiau kartu jaustas ir noras išspręsti paciento sunkumus už jį. Tad minėtas ir poreikis stabdyti šią tendenciją, kad pacientas nesijaustų užgožtas, nebūtų sumenkinti realūs jo gebėjimai.

Visą laik save drausminau, kad nepereičiau į kokį globojimą labai su ja, nes ji keldavo norą tokį globoti. Nu vat kažkaip taip švelniai paglobojančiai, turėdavau vis sau priminti, nu klausyk, nėra jinai toks nepajėgus vaikas. Nu toks simpatijos daug kėlė, faina ir ji atrodė prisirišusi, toks toksai kontaktas kažkoks. (Ona)

Paciento artimųjų vaidmuo gydymosi procese. Dalis specialistų, ypač gydytojų psichiatrų, pabrėžė artimųjų dalyvavimo, palaikymo pagalbos procese svarbą ir sunkumus. Šios temos rečiau išryškėjo interviu su psichologais ir nebuvo minėtos socialinių darbuotojų interviu. Specialistai minėjo, kad artimieji gali suteikti daugiau informacijos apie paciento problemas, netgi tas, kurių pats pacientas neįvardija. Tai leidžia tiksliau įvertinti savižudybės riziką ir organizuoti efektyvesnę pagalbą, stiprinti motyvaciją. Dalis gydytojų psichiatrų minėjo konkrečius atvejus, kai artimieji buvo aktyvūs ir bendradarbiaujantys dalyviai pagalbos teikimo procese.

Jinai gali susimaišyti išgerti vaistus, ir jinai buvo susimaišius. Ne dramatiškai, bet nu, pavyzdžiui, vietoje to, kad gerti [gerty] naktį, ji gėrė ryte ir taip toliau. Tai va tada mes su dukra ir skambindavomės ir kalbėdavom, mes ir ir kaip tai yra kontroliuojama ir panašiai. (Lidija)

Keletas specialistų minėjo kad būtent artimų žmonių, kurie galėtų padėti, neturėjimas apsunkindavo pagalbą. Tačiau taip pat minėta, kad dalis artimųjų trukdė mėginant pacientui padėti: nuteikdavo prieš gydymąsi, ypač vaistus, net ir bendrose konsultacijose slėpė ar vengė sakyti apie reikšmingas paciento gyvenimo problemas.

Jisai atsisakė kategoriškai vaistų, mama irgi sakė, kad tau nereikia jų, jam sugadino žarnyną, o jisai turėjo klausos haliucinacijas. Jisai lankėsi keletą dienų tada dienos stacionare ir na kaip ir buvo du pacientai viename, formaliai buvo jisai, bet jie visur eidavo su mama. Ir dar kažkaip ir sutiko jisai susileisti vaistų likus keletui dienų, tik sako: nesakykit mamai, bet sako: man jų reikia. (Virgis)

Rezultatų aptarimas

Šiuo tyrimu siekta atskleisti psichikos sveikatos specialistų (psichiatrų, psichologų, socialinių darbuotojų), dirbusių su pacientais, kurie vėliau nusižudė, patirtis ir jiems kilusius sunkumus. Tyrimo rezultatai rodo, kad visų specialybių tyrimo dalyviai kaip pagrindinį sunkumą įvardija būtent bendradarbiavimą su suicidiškais pacientais: jie atsisakydavo paslaugų, nutraukdavo gydymąsi ar neatvykdavo į konsultacijas, neišitraukdavo į patį gydymosi procesą. Taip pat buvo įvardyti paties gydymo ribotumai, susiję su galimybėmis su pacientu dirbti tik ribotą laiką ar sunkumai komandiniame darbe. Gydytojai psichiatrai specifiskai minėjo sunkumus, susijusius su medikamentinio gydymo parinkimu. Išsiskyrė specifiniai sunkumai, kuriems esant buvo sunkiau padėti: paciento intensyvios emocijos, tokios kaip neviltsis ir vienišumas, impulsyvumas ir kognityviniai sutrikimai, taip pat senatvė ir priklausomybės problemos. Tik kiek daugiau nei trečdalis tyrimo dalyvių išskyrė sunkumus vertinant savižudybės riziką kaip sunkumą teikiant pagalbą. Tai daugiausia siejosi su atvejais, kai buvo sunku prakalbinti žmogų, atskleisti su suicidiškumu susijusius išgyvenimus ar juos suprasti. Svarbu paminėti, kad dirbdami su šiais pacientais dar iki savižudybės specialistai išgyveno intensyvias reakcijas, tokias kaip beviltiškumas, pyktis, abejojimas savo kompetencija. Galiausiai, sunkumų kėlė bendradarbiavimas su paciento artimaisiais teikiant pagalbą, kuris gali būti tiek išteklius, tiek rimtas trikdys. Tyrimo dalyvių gydytojų psichiatrų ir psichologų interviu išskirtos temos atsiskleidė panašiai, o štai socialinių darbuotojų interviu atsiskleidė ne visos šiuose rezultatuose išskirtos temos. Jie labiau kalbėjo apie bendradarbiavimo sunkumus, kylantį bejėgiškumo jausmą, darbo komandoje ir su artimaisiais sunkumus, tačiau nekalbėjo apie kitus gydymo ribotumus ar sunkumus vertinant savižudybės riziką. Tad šie duomenys daugiausia atspindi būtent gydytojų psichiatrų ir psichologų ir tik iš dalies – socialinių darbuotojų, turinčių ilgalaikį santykį su pacientais teikiant pagalbą, perspektyvą.

Svarbu tai, kad psichologų ir psichiatrų interviu buvo įvardytos daugmaž tos pačios temos, išskyrus medikamentinio gydymo temas, būdingas tik interviu su psichiatrais. Nors santykis, kurį mezza gydytojas psichiatras, psichologas ir socialinis darbuotojas, yra skirtingas, skirtingi pagalbos tikslai ir akcentai, visų trijų profesijų atstovai kalbėjo apie bendradarbiavimo sunkumus. Darbo su savižudiškais pacientais gairėse (pavyzdžiui, Amerikos psichiatrų asociacija, 2003) paprastai daugiausia dėmesio skiriama savižudybės rizikos vertinimui, rizikos ir apsauginiams veiksniams ir sprendimų priėmimui atsižvelgiant į juos. Tačiau šis tyrimas rodo, kad specialistams sunkiausia buvo ne pats savižudybės rizikos vertinimas, o santykio su savižudišku asmeniu mezzimas ir jo išlaikymas: bandymas padėti pacientui atsiskleisti, motyvavimas pradėti ir tęsti gydymą. Galiausiai net ir dalis minėtų sunkumų vertinant savižudybės riziką susiję su santykiu – kad pacientas neatsiskleidžia ar tuos rizikos ženklus sunku suprasti. Vis dažniau suicidologai atkreipia dėmesį į tai, kad savižudybių prevencija remiasi ne rizikos prognozavimu, o vertinimu siekiant sukurti pagalbos planą (Hawton et al., 2022), ir pirmiausia vyksta užmezgant santykį, nes nuasmenintas savižudybės rizikos vertinimas yra neveiksmingas (Espeland et al., 2021). Moksliniai tyrimai rodo, kad bendradarbiaujančiu santykiu grįstas savižu-

dybės rizikos vertinimas yra daug tikslesnis už kitus vertinimo būdus (Harrison et al., 2018), tačiau specialistai dažnai nurodo besijaučiantys nepakankamai pasirengę megzti tokį terapinį santykį su savižudybės grėsmę patiriančiais asmenimis (Awentan et al., 2017). Tad šio tyrimo rezultatai rodo, kad esminis sėkmingos savižudybių prevencijos veiksnys – bendradarbiavimas su pacientu – kartu gali būti ir keliantis rimtų iššūkių tais atvejais, kai pacientas vėliau nusižudo.

Bendradarbiaujantis santykis ir jo stiprumas psichoterapijoje yra vienas pagrindinių terapijos sėkmę prognozuojančių veiksnių (Martin et al., 2000), tad nieko stebėtino, kad jo reikšmė iškylla ir savižudybių prevencijoje. Vis dėlto mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad dėl stiprios pacientų ambivalencijos, sunkumų atsiverti ir kartu ne visada realistiškų lūkesčių dėl pagalbos nelengva kurti tokį bendradarbiavimą. Panašius sunkumus bendradarbiaujant su savižudybės grėsmę patiriančiais asmenimis įvardija ir Lietuvoje dirbantys šeimos gydytojai (Mozūraitytė, 2020). Gali būti, kad metodai, suteikiantys specialistui daugiau struktūruotų įrankių, specifiskai skirtų kurti bendradarbiavimo santykį, pavyzdžiui, bendradarbiavimu grįstas savižudybės rizikos vertinimas ir valdymas (angl. *CAMS*; Jobes, 2019), dėl to ir yra tinkamesni, nes palengvina šį sudėtingą uždavinį. Kadangi bendradarbiavimo su suicidiškais pacientais sunkumai buvo įvardyti visų šiame tyrime dalyvavusių specialistų, tai rodo, kad tokie sunkumai galėtų būti vertinami ne kaip individuali konkretaus asmens ar pagalbos proceso problema, bet kaip darbo su suicidiškais asmenimis ypatumas. Taigi tikėtina, kad tokie bendradarbiavimo sunkumai iškilis teikiant pagalbą suicidiškiems asmenims, ir specialistas turėtų būti jiems iš anksto pasiruošęs. Paciento įsitraukimą į gydymą daugiausia lemia tai, kiek pacientas supranta to gydymo naudingumą (Lizardi & Stanley, 2010), tad, tikėtina, nemaža dalis pradinių konsultacijų turi būti skirta bendram gydymo plano, kuris atlieptų paciento poreikius, kūrimui.

Šio tyrimo rezultatai rodo, kad artimųjų dalyvavimas irgi gali stipriai paveikti gydymosi procesą. Svarbu, kad gydytojai psichiatrai daugiau ir konkrečiau nei psichologai kalbėjo apie bendradarbiavimo su artimaisiais sunkumus. Darytina prielaida, kad tai gali atspindėti pagalbos teikimo Lietuvos psichikos sveikatos sistemoje ypatumus, kai pagrindinis bendradarbiavimo su artimaisiais krūvis kliūva ne psichologui, o būtent gydytojui psichiatrai. Tyrimai ir savižudybių prevencijos rekomendacijos nurodo, kad gydymo plano aptarimas ne tik su pačiu pacientu, bet ir su artimaisiais padeda įgalinti juos efektyviau padėti savižudybės krizę išgyvenančiam asmeniui (Grant et al., 2015). Keliami hipotezė, kad įtraukus daugiau specialistų, kurie turėtų sąlygas bendradarbiauti su artimaisiais, tai galėtų palengvinti šios užduoties krūvį gydytojams psichiatriams.

Kaip vieną iš sudėtingumų dirbant su pacientais, kurie vėliau nusižudė, specialistai įvardijo intensyvias savo emocines reakcijas. Tokie pacientai dažnai išgyvena intensyvias emocijas, kuriomis gali tarsi „užkrėsti“ specialistą. Darbo su savižudiškais pacientais emocinį intensyvumą mini dauguma savižudybių prevencijos specialistų (Awenat et al., 2017; Mozūraitytė, 2020; Wayland et al., 2020). Maža to, Michaud ir bendraautorius (2021) metaanalizė parodė, kad itin intensyvios, ypač greitai kylančios reakcijos dirbant su savižudišku pacientu gali turėti ir terapinę reikšmę, nes gali būti susijusios su ypač didele savižudybės rizika. Tad specialistams svarbu ne tik mokėti išbūti su tokiais savo

reakcijomis, mokėti pasirūpinti savo gerove (Scupham & Goss, 2020), bet ir atpažinti jas bei išmokti panaudoti priimančias sprendimus dėl paciento gydymo. Tai siejasi su nuolatinės profesinės priežiūros ir supervizijų svarba asmenims, dirbantiems su savižudiškais pacientais (Rudd et al., 2008).

Šiame tyrime kaip sudėtingiausias specialistai išskyrė sunkumus, kurie neturi sprendimo (pavyzdžiui, senatvė) arba yra labai sunkiai keičiami (pavyzdžiui, vienatvė, priklausomybės). Tai sunkumai, kurie reikalauja susitaikyti su tuo, kas nepakeičiama, ir ieškoti, kaip su jais gyventi. Tyrimai rodo, kad tiek psichologai, tiek gydytojai psichiatrai, savo praktikoje dirbdami su suicidiškais pacientais, suicidinį elgesį aiškina ne tik kaip psichopatologijos pasekmę, bet ir kaip psichologinio skausmo, nepalankių gyvenimo įvykių ir kitų neigiamų išgyvenimų paveiktą elgesį (Rothes & Henriques, 2017). Tai atitinka biopsichosocialinę sampratą, kuri yra pripažinta šiuolaikiškai suprantant psichikos sveikatą kuriant ir taikant intervencijas. Vis dėlto Lietuvoje pagalbos sistemoje vyrauja medicininės, biologinės intervencijos, pavyzdžiui, vaistai (LR valstybės kontrolė, 2017). Tad gali būti, jog specialistas pradeda abejoti pagalbos veiksmingumu kai pradeda trūkti kitų paslaugų, kurios atitiktų specifinius, psichosocialinius, paciento poreikius.

Pažymėtina keletas šio tyrimo ribotumų. Tyrimo rezultatai daugiausia atspindi psichologų ir psichiatrų patirtis ir mažiau – socialinių darbuotojų dėl mažo jų skaičiaus tyrimo imtyje. Tyrime dalyvavusios socialinės darbuotojos buvo patyrusios kur kas daugiau netekčių dėl savižudybės, palyginti su kitais tyrimo dalyviais, o tai, tikėtina, galėjo jas paskatinti dalyvauti šiame tyrime. Siekiant praplėsti socialinių darbuotojų patirčių suvokimą tyrimo metu nepavyko į tyrimą prikviešti daugiau norinčių pasidalinti savo patirtimi. Vis dėlto tų, kurie susisieki su tyrimo grupe ir dalyvavo interviu, nuspręsta nepašalinti iš analizės, nes socialinių darbuotojų vaidmuo ir taip dažnai lieka neatspindėtas psichikos sveikatos sistemos pagalbos tiekėjų tyrimuose (Maple et al., 2017), pripažįstant, kad jų patirtys ir šiame tyrime lieka atspindėtos tik iš dalies. Dalis nusizudymo atvejų, aptartų šiame tyrime, yra įvykę anksčiau, prieš keletą metų, ir gali būti, kad pagalbos sistema jau šiek tiek patobulėjusi, gali būti, kad dabar sunkumai būtų vertinami kiek kitaip. Be to, pats sunkumų vertinimas šiame tyrime buvo iš paties pagalbos teikėjo perspektyvos ir specialistai galėjo nežinoti svarbių asmens gyvenimo aplinkybių ar kitų veiksmų, dariusių įtaką savijautai. Tačiau derėtų pažymėti, kad įvykusi savižudybė paveikia viso gydymo proceso prisiminimą, ir, ypač prabėgus keletui metų, kai prisiminimai mažiau tikslūs, gali paskatinti su tam tikru beviltišku vertinti paties paciento ir gydymo proceso sunkumus, taip pat sustiprinti jausmą, kad pacientas nebendradarbiavo. Taip pat pažymėtina, kad tyrimo duomenys labiausiai atspindi pagalbos teikimo esant savižudybės krizei sunkumus; įtraukti tyrimo klausimai ir analizė buvo orientuoti į specialistų patiriamus sunkumus konkrečiai santykiyje su pacientu, mažiau atspindint sunkumus, susijusius su savižudybių prevencijos sistema, kuri, neišvengiamai, irgi veikia specialistų darbą. Be to, nepaisant pastangų susklausyti išankstinį žinojimą grupinių diskusijų metu, nepriklausomų ekspertų nebuvimas analizės metu galėjo lemti, kad tyrėjų komandos žinios ir patirtis savižudybių prevencijos ir suicidologijos tyrimų srityje turėjo įtakos analizės rezultatams ir lėmė didesnę dalyvių polinkį pasisakymuose susitelkti būtent į tai, kaip jie reagavo paciento savižu-

dybės krizės metu. Tolesniuose tyrimuose būtų naudinga pamėginti suprasti sunkumus, kylančius teikiant pagalbą savižudybės krizę išgyvenantiems asmenims, iš pačių pacientų pusės, įtraukti juos ir į duomenų analizę. Taip pat patyrinėti šiuos sunkumus kiekybiniu požiūriu – kokie konkrečiai veiksniai (sistemos, terapinio darbo, paciento ypatumai) daugiausia prisideda prie sunkumų mezgant bendradarbiaujančią santykį psichikos sveikatos sistemoje Lietuvoje, kad būtų galima juos identifikuoti ir bandyti paveikti.

Vis dėlto šio tyrimo rezultatai, atspindintys sunkumus, kylančius dirbant su pacientais, patiriančiais savižudybės grėsmę, nurodo, jog visų specialybių atstovams, nepaisant skirtingo santykio tikslo, buvo sudėtinga pasiekti bendradarbiavimą su savižudišku pacientu, tai kėlė intensyvius jausmus – beviltiškumą, pyktį, norą globoti. Panašūs bendradarbiavimo sunkumai buvo minėti ir darbe su artimaisiais. Sudėtingumai vertinant savižudybės riziką taip pat iš dalies buvo susiję su santykiu – kiek suprantami yra rizikos ženklai, kiek pats asmuo juos parodo. Specialistai pasakojo, kad iššūkių kelia sunkumai, asmens ribotumai ir intensyvios emocijos, kuriuos sunku pakeisti, su kuriais tenka išbūti. Galiausiai sistemoje egzistuojantys gydymo ribotumai irgi buvo susiję su dalykais, kurių specialistai jautėsi negalintys pakeisti – vaistų poveikio stoka ar atsisakymas juos vartoti, kitų specialistų darbas, sistemoje esančių galimybių pasiūlyti daugiau ar intensyvesnės pagalbos ribotumas. Tad šio tyrimo rezultatai kalba apie sunkumą išbūti su savižudybės krizę patiriančiu pacientu, kuris pats sunkiai linkęs priimti pagalbą, kartu atsiremiant į savo galimybių ir sistemos ribotumus, kas kelia intensyvius bejėgiškumo, pykčio išgyvenimus.

Literatūra

Amerikos psichiatrų asociacija. (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf

Awenat, Y., Peters, S., Shaw-Nunez, E., Gooding, P., Pratt, D., & Haddock, G. (2017). Staff experiences and perceptions of working with in-patients who are suicidal: Qualitative analysis. *British Journal of Psychiatry*, 211(2), 103–108. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.191817>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.

Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. SAGE.

Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3–26. <https://doi.org/10.1037/qap0000196>

Butterfield, L. D., Borgen, W. A., Amundson, N. E., & Maglio, A.-S. T. (2005). Fifty years of the critical incident technique: 1954–2004 and beyond. *Qualitative Research*, 5(4), 475–497. <https://doi.org/10.1177/1468794105056924>

Covington, D., Hogan, M., Abreu, J., Berman, A., Breux, P., Coffey, E., et al. (2011). *Suicide care in systems framework – national action alliance: Clinical care & intervention task force*. National Action Alliance for Suicide Prevention.

Dadašev, S., Skruibis, P., Gailienė, D., Latakienė, J., & Grižas, A. (2016). Too strong? Barriers from getting support before a suicide attempt in Lithuania. *Death Studies*, 40(8), 507–512. <https://doi.org/10.1080/7481187.2016.1184725>

DeJong, T. M., Overholser, J. C., & Stockmeier, C. A. (2010). Apples to oranges?: A direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *Journal of Affective Disorders*, 124(1–2), 90–97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.020>

- Ekeberg, Ø., & Hem, E. (2019). Hvorfor går ikke selvmordsraten ned i Norge? *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0943>
- Espeland, K., Hjelmeland, H., & Loa Knizek, B. (2021). A call for change from impersonal risk assessment to a relational approach: Professionals' reflections on the national guidelines for suicide prevention in mental health care in Norway. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 16(1), Article 1868737. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1868737>
- Eurostat. (2021). *Causes of death – standardised death rate by NUTS 2 region of residence*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_CD_ASDR2__custom_15337/default/table?lang=en
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327–358. <https://doi.org/10.1037/h0061470>
- Grant, C., Ballard, E. D., & Olson-Madden, J. H. (2015). An empowerment approach to family caregiver involvement in suicide prevention: Implications for practice. *The Family Journal*, 23(3), 295–304. <https://doi.org/10.1177/1066480715572962>
- Harrison, D. P., Stritzke, W. G. K., Fay, N., & Hudaib, A.-R. (2018). Suicide risk assessment: Trust an implicit probe or listen to the patient? *Psychological Assessment*, 30(10), 1317–1329. <https://doi.org/10.1037/pas0000577>
- Hawton, K., Lascelles, K., Pitman, A., Gilbert, S., & Silverman, M. (2022). Assessment of suicide risk in mental health practice: Shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *The Lancet Psychiatry*, 9(11), 922–928. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00232-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00232-2)
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltsberger, J. T., Koestner, B., & Szanto, K. (2006). Problems in psychotherapy with suicidal patients. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 67–72. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.67>
- Higienos institutas. (2022). *Statistinių duomenų apie mirties priežastis paieškos priemonė* (2022 m. rugpjūčio 4 atnaujinimas, 2021 m. duomenys) [Duomenų rinkinys]. https://hi.lt/lt/paieskos_priemone.html
- Huggett, C., Gooding, P., Haddock, G., Quigley, J., & Pratt, D. (2022). The relationship between the therapeutic alliance in psychotherapy and suicidal experiences: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(4), 1203–1235. <https://doi.org/10.1002/cpp.2726>
- James, D. M. (2004). Surpassing the quota: Multiple suicides in a psychotherapy practice. *Women & Therapy*, 28(1), 9–24. https://doi.org/10.1300/J015v28n01_02
- Jobs, D. A., Gregorian, M. J., & Colborn, V. A. (2018). A stepped care approach to clinical suicide prevention. *Psychological Services*, 15(3), 243–250. <https://doi.org/10.1037/ser0000229>
- Jobs, D. A. (2019). *CAMS sistema: savižudybių rizikos vertinimas bendradarbiaujant*. Vilniaus universiteto leidykla.
- Krefting, L. (1991). Rigor in qualitative research: The assessment of trustworthiness. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(3), 214–222. <https://doi.org/10.5014/ajot.45.3.214>
- Latakienė, J., Mastauskaitė, G., Geleželytė, O., Mažulytė-Rašytinė, E., Rimkevičienė, J., Skruibis, P., Michel, K., & Gysin-Maillart, A. (2019). “I Didn’t Feel Treated as Mental Weirdo”: Primary findings on helpful relationship characteristics in suicide attempt health care in Lithuania. *Illness, Crisis & Loss*, 105413731985465. <https://doi.org/10.1177/1054137319854656>
- Lietuvos Respublikos (LR) valstybės kontrolė. (2017). *Savižudybių prevencija ir pagalba asmenims, susijusiems su savižudybės rizika*. Valstybinio audito ataskaita. <https://www.valstybeskontrolė.lt/LT/Product/23684/savizudybiu-prevencija-ir-pagalba-asmenims-susijusiems-su-savizudybes-rizika>
- Lizardi, D., & Stanley, B. (2010). Treatment engagement: A neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatric Services*, 61(12), 1183–1191. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.12.1183>
- Maple, M., Pearce, T., Sanford, R. L., & Cerel, J. (2017). The role of social work in suicide prevention, intervention, and postvention: A scoping review. *Australian Social Work*, 70(3), 289–301. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2016.1213871>
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>

Michaud, L., Greenway, K. T., Corbeil, S., Bourquin, C., & Richard-Devantoy, S. (2021). Countertransference towards suicidal patients: A systematic review. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01424-0>

Mokkenstorm, J. K., Kerkhof, A. J. F. M., Smit, J. H., & Beekman, A. T. F. (2018). Is it rational to pursue zero suicides among patients in health care? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(6), 745–754. <https://doi.org/10.1111/sltb.12396>

Mozūraitytė, K. (2020). Šeimos gydytojų patirtis teikiant pirmąją psichologinę pagalbą savižudiškų ketinimų turintiems asmenims. Magistro darbas. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. <https://lsmuni.lt/cris/bitstream/20.500.12512/107675/1/MS%20Mozūraitytė%2C%202020.pdf>

Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 533–544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>

Paris, J. (2021). Can we predict or prevent suicide?: An update. *Preventive Medicine*, 152, Article 106353. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106353>

Pasaulio sveikatos organizacija. (2018). *National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf>

Radauskaitė, J. (2022). Proaktyvios pagalbos teikimas savižudybės grėsmės situacijoje: didmiesčio atvejo vadybininkų patirtys. Magistro darbas. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. https://lsmu.lt/cris/bitstream/20.500.12512/115097/1/Baigiamasis%20darbas_Radauskaitė.pdf

Rothes, I. A., & Henriques, M. R. (2017). Health professionals' explanations of suicidal behaviour: Effects of professional group, theoretical intervention model, and patient suicide experience. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 76(2), 141–168. <https://doi.org/10.1177/0030222817693530>

Rudd, M. D., Cukrowicz, K. C., & Bryan, C. J. (2008). Core competencies in suicide risk assessment and management: Implications for supervision. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(4), 219–228. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.2.4.219>

Scupham, S., & Goss, S. P. (2020). Working with suicidal clients: Psychotherapists and allied professionals speak about their experiences. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(3), 525–534. <https://doi.org/10.1002/capr.12288>

Skruibis, P., Geleželytė, O. ir Dadašev, S. (2015). Savižudiško elgesio stigma. In D. Gailienė (red.), *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų padariniai* (p. 217–233). Eugrimas.

Skruibis, P., Rimkevičienė, J., Dadašev, D., Grigienė, D., Marcinkevičiūtė, M. ir Čepulienė, A. A. (2021). *Savižudybių prevencijos sistemos veiksmingumo tyrimas savivaldybėse (2019–2021)*. Vilniaus universitetas. https://www.fsf.vu.lt/dokumentai/katedros/klinijkines-ir-organizacines/Suicidologijos_tyrimu_grupe/Savižudybiu_prevencija_savivaldybese.pdf

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Wayland, S., McKay, K., & Maple, M. (2020). How is participating in suicide prevention activities experienced by those with lived and living experiences of suicide in Australia? A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), Article 4635. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134635>

Woolsey, L. K. (1986). The critical incident technique: An innovative qualitative method of research. *Canadian Journal of Counselling*, 20(4), 242–254.