

Paulius Skruibis

**PSICHOLOGINĖS PAGALBOS  
GAIRĖS KETINANTIEMS  
NUSIŽUDYTI,  
MĖGINUSIEMS NUSIŽUDYTI  
IR NUSIŽUDŽIUSIŲJŲ  
ARTIMIESIEMS**

*Metodinė  
medžiaga  
psichologijos  
studentams*



Apsvarstė ir rekomendavo išleisti  
Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto taryba  
(2016 m. balandžio 6 d., protokolas Nr. 4)

Recenzentai:

Prof. Nida Žemaitienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas)  
Prof. Danutė Gailienė (Vilniaus universitetas)

Leidiny s skiriamas visų pirma klinikinės psichologijos studentams, taip pat visiems psichikos sveikatos specialistams, dirbantiems su žmonėmis, kurie ketina nusižudyti, mėgino nusižudyti, arba su nusižudžiusiųjų artimaisiais. Gairėse aprašyti psichologinės pagalbos principai yra paremti pastaraisiais dviem dešimtmečiais publikuotais moksliniais tyrimais.

ISBN 978-609-459-682-7

© Paulius Skruibis, 2016

© Vilniaus universitetas, 2016

# TURINYS

PSICHOLOGINĖ PAGALBA KETINANTIEMS NUSIŽUDYTI / **4**

Savižudybės rizikos vertinimas / **4**

Pagrindiniai pagalbos principai / **8**

PSICHOLOGINĖ PAGALBA MĖGINUSIEMS NUSIŽUDYTI / **12**

PSICHOLOGINĖ PAGALBA NUSIŽUDŽIUSIŲJŲ ARTIMIESIEMS / **16**

Gedulas po artimojo savižudybės / **16**

Pagalbos nusizudžiusių artimiesiems principai / **17**

LITERATŪRA / **20**

# PSICHOLOGINĖ PAGALBA KETINANTIEMS NUSIŽUDYTI

**D**idelis savižudybių mastas Lietuvoje – gerai žinoma problema tiek profesionalams, tiek plačiai visuomenei. Vis dėlto „...savižudybių problemą ir toliau lydi slaptumas, stigma ir herojiška nuostata, kad savo sunkumus reikia išspręsti pačiam“ (Gailienė, 2015, p. 216). Viliuosi, kad ši metodinė medžiaga bent šiek tiek prisidės prie slaptumo ir stigmatos mažinimo, taip pat prie tinkamos psichologinės pagalbos teikimo į didžiausias gyvenimo krizes patekusiems žmonėms.

## SAVIŽUDYBĖS RIZIKOS VERTINIMAS

Pagalba savižudiškų ketinimų turinčiam žmogui turėtų prasidėti nuo savižudybės rizikos vertinimo. Visų pirma specialistai turėtų atkreipti dėmesį į savižudybės rizikos ženklus, kuriuos galima išskirti į dvi grupes (Rudd, et al., 2006):

- *didelės rizikos ženklai, kai reikia reaguoti neatidėliotinai:*
  - grasinimas nusižudyti arba žaloti save;
  - mėginimas įgyti savižudybės priemonių (pvz., vaistų, virvę ar pan.);
  - kalbėjimas ar rašymas apie mirtį arba savižudybę;

- *bendri rizikos ženklai:*
  - neviltis;
  - įniršis, pyktis, keršto siekimas;
  - neapgalvotas, beatodairiškai rizikingas elgesys;
  - jausmas, kad esi spąstuose, nematyti jokios išeities;
  - padidėjęs alkoholio ar narkotikų vartojimas;
  - atsitraukimas nuo draugų, šeimos narių ar kitų žmonių;
  - nerimas, stiprus susijaudinimas, negalėjimas užmigti arba priešingai – miegojimas didelę dalį dienos;
  - dramatiški nuotaikos pokyčiai;
  - atrodo, kad nėra priežasčių gyventi, nėra jokios gyvenimo prasmės.

Atkreipus dėmesį į šiuos rizikos ženklus pokalbio metu su savižudėjų ketinimų turinčiu žmogumi ir (ar) jo artimaisiais, galima surinkti daugiau informacijos ir išsamiau įvertinti savižudybės riziką. JAV Nacionalinės savižudybių prevencijos gyvybės linijos (*The National Suicide Prevention Lifeline*) gairės (Joiner, et al., 2007) yra geras šiuolaikiško, moksliniais tyrimais grįsto savižudybės rizikos vertinimo pavyzdys. Jose yra išskiriami keturi savižudybės rizikos komponentai:

1. **Noras nusizudyti** rodo, kad savižudybės rizika egzistuoja. Tačiau vien šio komponento nepakanka tam, kad būtų galima įvertinti rizikos laipsnį.
  - Mintys apie savižudybę ir (ar) kito žmogaus nužudymą.
  - Psichologinis skausmas.
  - Neviltis.
  - Bejėgiškumas.
  - Jautimasis našta kitiems.
  - Jausmas, kad esi spąstuose.
  - Nepakeliamos vienatvės jausmas.

**2. Gebėjimas nusižudyti** yra labai svarbus komponentas, nurodantis, ar žmogus yra pajėgus imtis savęs žalojimo. Remdamiesi empirinėmis studijoms šių gairių autoriai įvardija veiksnius, kurie rodo padidėjusį pajėgumą imtis savęs žalojimo.

- Ankstesni bandymai nusižudyti.
- Susidūrimas su kieno nors kito savižudybe.
- Prievarta prieš kitus žmones (anksčiau arba dabar).
- Savižudybės priemonių prieinamumas.
- Apsvaigimas nuo alkoholio ar kitų psichiką veikiančių medžiagų.
- Piktnaudžiavimas alkoholiu ar narkotikais.
- Ryškūs psichikos ligų simptomai, pavyzdžiui: dramatiški nuotaikos pokyčiai, kontakto su realybe praradimas.
- Itin didelis susijaudinimas / įniršis, pavyzdžiui: padidėjęs nerimas, nemiga.

**3. Ketinimas nusižudyti** rodo, kiek toli pažengęs savižudybės procesas.

- Šiuo metu vykstantis mėginimas nusižudyti (pvz., žmogus yra išgėręs vaistų).
- Savižudybės (žmogžudystės) planas, kai dėl būdo jau yra apsispręsta.
- Paruošiamieji veiksmai (pvz., savižudybės priemonių įsigijimas arba savo daiktų išdalijimas kitiems).
- Ketinimo nusižudyti išreiškimas.

**4. Apsauginiai veiksniai** mažina savižudybės riziką.

- Palaikančių žmonių buvimas šalia dabartiniu metu.
- Socialinė parama (pvz., artimųjų parama).

- Ateities planai.
- Nusiteikimas priimti pagalbą.
- Ambivalencija (prieštaringi jausmai gyvenimo ir mirties atžvilgiu).
- Vertybės ir tikėjimas.
- Prasmės jausmas.

### Didelė savižudybės rizika

Savižudybės rizika yra didelė, jeigu įvertiname, kad kartu su noru nusižudyti smarkiai išreikštas gebėjimas nusižudyti ir ketinimas nusižudyti (Joiner, et al., 2007). Tokiu atveju net ir apsauginiai veiksniai nemažina rizikos laipsnio. Esant didelei savižudybės rizikai reikėtų svarstyti hospitalizacijos variantą arba kitais būdais užtikrinti nuolatinį žmogaus stebėjimą ir pagalbos teikimą.

### Vidutinė savižudybės rizika

Jeigu kartu su noru nusižudyti pasireiškia kuris nors vienas komponentas – gebėjimas nusižudyti arba ketinimas nusižudyti, tuomet rizikos vertinimas priklauso nuo apsauginių veiksnių (Joiner, et al., 2007). Jeigu apsauginių veiksnių nėra arba yra vos vienas ar keli, savižudybės rizika išlieka didelė. Jeigu apsauginių veiksnių yra daugiau, savižudybės rizika gali būti įvertinta kaip vidutinė. Savižudybės rizika vertintina kaip vidutinė ir tokiu atveju, jeigu pasireiškia tik vienas kuris nors savižudybės rizikos komponentas (noras nusižudyti, gebėjimas nusižudyti arba ketinimas nusižudyti), tačiau nėra apsauginių veiksnių arba jų labai mažai.

### Maža savižudybės rizika

Savižudybės rizika yra maža, jeigu yra daugiau apsauginių veiksnių ir pasireiškia tik vienas kuris nors savižudybės rizikos komponentas:

noras nusižudyti, gebėjimas nusižudyti arba ketinimas nusižudyti (Joiner, et al., 2007).

Suprantama, bet koks savižudybės rizikos vertinimas, taip pat ir naudojant įvairias skales, yra sąlyginis. Savižudybė yra žmogaus sprendimas ir veiksmas, todėl visiškai tiksliai jo prognozuoti neįmanoma. Net ir įvertinus savižudybės riziką kaip mažą, ji vis tiek yra – todėl negalima prarasti budrumo. Tačiau rizikos vertinimas yra būtinas, kai reikia priimti, pavyzdžiui, tokius sprendimus: ar dirbti su šiuo klientu ambulatoriškai, ar saugesnė alternatyva būtų stacionaras. Taip pat svarbu turėti omenyje, kad savižudybės rizika nėra statiška ir ji gali pasikeisti netgi per kelias dienas, pavyzdžiui, sustiprėjus jausmui, kad esi našta savo artimiesiems (Joiner, 2005).

## PAGRINDINIAI PAGALBOS PRINCIPAI

Vienas iš geriausiai žinomų savižudybių intervencijos modelių yra ASIST (*Applied Suicide Prevention Skills Training*). Šio modelio efektyvumas vertintas ne vienoje mokslinėje studijoje. Pavyzdžiui, prieš keletą metų JAV atlikus tyrimą nustatyta, kad tiems krizių telefoninės linijos konsultantams, kurie buvo baigę ASIST mokymus, pavyko labiau sumažinti skambintojų suicidiškumą, depresiškumą, pasimetimą ir labiau paskatinti jų viltį, nei konsultantams, kurie baigę kitokius mokymus (Gould, Cross, Pisani, Munfakh, & Kleinman, 2013). ASIST savižudybių prevencijos modelį sudaro trys etapai (LivingWorks, 1999):

1. **Kontaktas** (*Connecting*). Šiame etape svarbu sukurti glaudų ryšį su žmogumi, atkreipti dėmesį į savižudybės rizikos ženklus ir pradėti tiesiai kalbėti apie savižudybę (pvz., „Ar būna taip, kad Jums kyla minčių apie savižudybę?“).



- 2. Supratimas** (*Understanding*). Užmezgus kontaktą svarbu išgirsti, kodėl žmogus nenori gyventi, kas labiausiai lemia jo psichologinį skausmą. Kalbant su supratingu klausytoju apie savo sunkumus, psichologinis skausmas paprastai bent šiek tiek sumažėja ir tuomet galima pereiti prie priešasčių gyventi tyrinėjimo (ambivalencija). Šiame etape svarbu įvertinti savižudybės riziką.
- 3. Pagalba** (*Assisting*). Pabaigoje sudaromas kiek galima konkretesnis veiksmų planas: kokių veiksmų imsis žmogus, kad sumažėtų jo psichologinis skausmas, kas dar jį gali palaikyti (tiek aplinkiniai, tiek specialistai), ką darys, jei noras nusižudyti suintensyvės, kaip atsikratys savižudybės priemonėmis ir pan.

Praktiniame darbe verta vadovautis ir šiais vieno žymiausių šiuolaikinių suicidologų Thomas Joiner (2005) nurodomais savižudybių intervencijos uždaviniais:

- Susitelkti ties dviem jausmais, kurie gali keistis: a) jausmu, kad esi našta kitiems; b) vienišumo jausmu. Būtent šiuos rizikos veiksnius realu paveikti per trumpą laiką. Psichologas galėtų kvestionuoti, kiek yra pagrįstas jausmas, kad žmogus yra našta kitiems: kokie įvykiai ar žodžiai tai rodo? Galbūt yra kokių nors situacijų ar pokalbių, kurie rodytų priešingai? Ką apie tai mąno artimieji? Taip pat verta aptarti artimiausius kliento santykius: prie ko jis labiausiai yra prisirišęs, kurie ryšiai yra svarbiausi.
- Kartu su klientu nustatyti, kurie iš jo patiriamų simptomų sukelia didžiausią kančią. Tuomet susitelkti į du tris didžiausią skausmą sukeliančius simptomus ir pabandyti atrasti būdą, kaip juos būtų galima sumažinti (pvz., miego higienos patarimai siekiant sumažinti nemigą). Šiuo atveju nesiekama išspręsti kliento problemos, greičiau – padėti jam atlaikyti dabartinę būseną.

- Sudaryti saugumo planą. Toks planas aptariamas kartu su klientu ir užrašomas ant popieriaus. Jame galima užrašyti, kas šiam žmogui anksčiau padėdavo atlaikyti sunkius jausmus ir pasijausiti geriau; kaip būtų galima reaguoti į sunkias situacijas ir savižudiškus impulsus; kam paskambinti kritiniu momentu (konkretus žmogus ir (ar) tarnyba nurodant telefono numerį); kokios išvalgos iš dabartinės psichoterapijos gali man padėti nepasiduoti neigiamoms mintimis ir jausmams, ir pan. Joiner (2005) teigia, kad saugumo planas yra geresnė alternatyva nei nesižudymo kontraktas dėl dviejų priežasčių: 1) nesižudymo kontraktas nurodo, ko nedaryti, tačiau nepasako, ką daryti; 2) nusižudymo kontraktai tiesiog neveikia. Emocinės paramos tarnyba „Jaunimo linija“ yra sukūrusi elektroninį saugumo (atsigavimo) plano variantą, laisvai prieinamą internetu: *jaunimolinija.lt*

Kalbant apie ilgalaikę perspektyvą, svarbu orientuotis į didžiausių, konkretaus žmogaus situacijoje aktualių savižudybės rizikos veiksnių poveikio mažinimą. Jeigu žmogus serga psichikos liga, ypač tokia, kuri susijusi su labai padidėjusia savižudybės rizika – depresija (Lönnqvist, 2000), bipoliniu sutrikimu (Lönnqvist, 2000), šizofrenija (De Hert & Peuskens, 2000), priklausomybe nuo alkoholio (Murphy, 2000) ribinės asmenybės sutrikimu (Linehan, Rizvi, Welch, & Page, 2000), – labai svarbu užtikrinti tinkamą šios ligos gydymą. Dažnai tam reikės komandinio specialistų (psichiatrų, psichologų, socialinių darbuotojų, slaugytojų) darbo ir stacionare, ir ambulatoriškai. Net jeigu gydymas daugiausia yra medikamentinis (pvz., bipolinio sutrikimo atveju), psichologinės ir psichosocialinės intervencijos yra labai svarbios padedant klientui spręsti įvairius gyvenimo sunkumus

ir tvarkantis su savižudiškais impulsais. Pasaulio sveikatos organizacija nurodo, kad pagalbos tęstinumo užtikrinimas (pvz., pacientą išrašius iš ligoninės) yra vienas iš pasiteisinusių būdų savižudybių skaičiui mažinti (World Health Organization, 2014).

Psichologinė pagalba gali būti nukreipta ir į kitų savižudybės rizikos veiksnių, kaip antai santykių problemos, darbo problemos, socialinių įgūdžių stoka ar pan., poveikio mažinimą. Taip pat svarbu skatinti įvairius apsauginius veiksnius, pavyzdžiui, identifikuojant vertybes, tyrinėjant gyvenimo prasmę ir pan.

## PSICHOLOGINĖ PAGALBA MĖGINUSIEMS NUSIŽUDYTI

A nkstesni mėginimai nusižudyti yra laikomi stipriausiu savižudybės rizikos veiksniu (World Health Organization, 2014). Dėl to būtina užtikrinti tinkamą pagalbą žmonėms, kurie mėgino nusižudyti.

Antanas Grižas (2014) parengė rekomendacijas, kaip psichologai ir kiti sveikatos apsaugos sistemoje dirbantys specialistai gali padėti žmonėms iškart po jų mėginimo nusižudyti:

- apie mėginimą nusižudyti reikėtų kalbėti dalykiškai, neutraliai, nesmerkiant ir nemoralizuojant;
- mėginusiam nusižudyti žmogui gali būti svarbu sužinoti daugiau apie patį įvykį ir savo būseną, ypač jei jis buvo be sąmonės;
- verta padėti pasiruošti pirmiesiems kontaktams su artimaisiais (ligoninėje ar jau grįžus namo), aptarti galimas jų reakcijas ir joms pasirengti;
- verta aptarti artimiausius ateities planus;
- svarbu pastebėti gėdos reakcijas, padėti įvardyti šį jausmą ir kalbėtis apie jo prasmę, tokiu būdu padedant atlaikyti „gėdingąją“ savo asmenybės dalį.

Hawton (2000) teigia, kad labiausiai pragmatiškas pagalbos būdas mėginusiems nusižudyti po to, kai jie išrašomi iš ligoninės, yra

trumpalaikė į problemų sprendimą orientuota psichoterapija. Taip yra dėl trijų priežasčių: 1) mėginusieji nusižudyti patiria labai įvairių problemų; 2) jų problemų sprendimų įgūdžiai neretai būna susilpnėję; 3) tokia psichoterapija yra priimtina daugeliui pacientų.

ASSIP (*Attempted Suicide Short Intervention Program*) yra struktūruotos trumpalaikės (viso labo 4 sesijų) psichoterapijos mėginusiems nusižudyti pavyzdys (Michel & Gysin-Maillart, 2015). Šiame modelyje akcentuojama, kad savižudybė yra veiksmas, o ne psichikos liga. Mėginusio nusižudyti žmogaus yra prašoma papasakoti savo istoriją, t. y. kas jį atvedė prie mėginimo nusižudyti. Autorių manymu, istorijos (o ne simptomų) tyrinėjimas yra priimtinesnis žmonėms ir padeda sukurti geresnį terapinį kontaktą, kuris yra laikomas labai svarbiu šios terapijos elementu. Žmogaus papasakota istorija, kurios vaizdo įrašas padaromas per pirmą sesiją, aptariama kartu su klientu per kitą sesiją. Toks bendras aptarimas padeda pačiam klientui geriau reflektuoti, kas vyksta jo gyvenime ir kaip jis galėtų tvarkytis su savo gyvenimo sunkumais. Terapijos pabaigoje netgi surepetuojama, kaip jis dabar sureaguotų į situaciją, tapusią jo mėginimo nusižudyti paleidžiamuoju mechanizmu. Šiame modelyje taip pat yra paaiškinimo etapas, taip pat sudaromas konkretus saugumo planas. Pasibaigus intervencijai terapeutas dvejus metus periodiškai siunčia pusiau standartizuotus laiškus klientui. Neseniai publikuoti klinikinio atsitiktinių imčių tyrimo rezultatai rodo, kad ASSIP gali labai sumažinti pakartotinių mėginimų nusižudyti tikimybę (Gysin-Maillart, Schwab, Soravia, Megert, & Michel, 2016). Net jeigu nėra galimybės taikyti šio metodo, galima panaudoti pagrindinius jo principus.

Dažni mėginimai nusižudyti gali reikalauti sudėtingesnių intervencijų. Pavyzdžiui, ribinės asmenybės sutrikimą turintys žmonės gali gana dažnai save žaloti ir (ar) mėginti nusižudyti. Vienas iš pasiteisinsiu ir tyrimais grįstų pagalbos metodų tokiais atvejais yra dialektinė

elgesio terapija (*dialectical behavior therapy* – DBT). DBT susideda iš individualios psichoterapijos, grupinių užsiėmimų įgūdžiams lavinti, telefoninės pagalbos ir terapeutų komandinio darbo (Linehan, 2015). Visas DBT ciklas gali trukti iki vienerių metų.

Nors esama konkrečių pagalbos metodų ar aiškiai suformuluotų pagalbos principų, pagalba mėginusiems nusižudyti yra gana sudėtinga užduotis. Vienas iš didžiausių iššūkių, su kuriuo susidūrėme atlikdami kokybinį mėginusiųjų nusižudyti patirčių tyrimą, yra vengimas (Skruibis, Dadašev, & Geležėlytė, 2015). Po mėginimo nusižudyti patę į bendrojo profilio (ne psichiatrijos) ligoninę žmonės sutikdavo dalyvauti tyrime, tačiau vėliau, kai bandyta su jais susiekti ir susitikti, dažnai vengdavo kontakto ir interviu neįvykdavo. Susidarė įspūdis, kad po mėginimo nusižudyti žmonės stengiasi kuo greičiau palikti ligoninę ir pamiršti apie buvusį įvykį. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad mėginusieji nusižudyti savižudišką elgesį patiria kaip stigmatizuojamą reiškinį. Neretai jie stengiasi nuslėpti nuo aplinkinių savo mėginimą nusižudyti, jaučia gėdą, bijo neigiamo vertinimo ar kaltinimo. Daliai tai nėra vien tik baimė – jiems jau yra tekę susidurti su smerkimu ir patyčiomis. Taip pat padarėme išvadą, kad mūsų tirti mėginusieji nusižudyti nepasitikėjo aplinkiniais ir manė, kad jie patys vieni privalo susitvarkyti su savo sunkumais ir turi išlaikyti stipraus žmogaus įspūdį. Deja, tokia laikysena trukdo pasinaudoti aplinkinių parama ir profesionalų pagalba.

Pagalbos vengimas nėra būdingas vien Lietuvai, todėl neretai akcentuojama, kad dirbant su mėginusiais nusižudyti žmonėmis reikia veikti proaktyviai. Pavyzdžiui, Hawton (2000) nurodo, kad įsitraukimą į gydymą gali pagerinti apsilankymai namuose, per kuriuos slaugytojai stengiasi paskatinti mėginusiųjų nusižudyti motyvaciją terapijai.

Pabaigoje dar viena rekomendacija, kilusi iš mūsų atlikto mėginusiųjų nusižudyti tyrimo. Turint omenyje mėginusiųjų nusižudyti gė-

dos jausmą ir poreikį išlaikyti stipraus žmogaus įvaizdį, labai svarbu, kad pagalbą teikiantys žmonės bendrautų lygiavertiškai, vengdami ne tik žeminančio (moralizuojančio, smerkiančio) požiūrio, bet ir globėjiškos pozicijos („aš tau, vargšeli, tuoj padėsiu“).

# PSICHOLOGINĖ PAGALBA NUSIŽUDŽIUSIŲJŲ ARTIMIESIEMS

## GEDULAS PO ARTIMOJO SAVIŽUDYBĖS

Artimojo netektis – beveik visuomet itin skaudi patirtis. Mirtis dėl savižudybės gali būti vienu iš gedėjamą komplikuojančių veiksnių, ypač jei mirtis buvo žiauri, artimasis matė savižudybės veiksmą, rado kūną, buvo priklausomas nuo nusižudžiusiojo ar buvo kitų gedėjamą potencialiai sunkinti galinčių veiksnių (Dyregrov & Dyregrov, 2008).

Artimojo savižudybė gali tapti svarbiu paties artimojo savižudybės rizikos veiksniu. Netekusiems savo šeimos narių dėl savižudybės gali būti būdinga kelis kartus didesnė savižudybės rizika (Qin, Agerbo, & Mortensen, 2003; Hedström, Liu, & Nordvik, 2008; Spiwak, et al., 2011). Tai yra dar vienas svarbus argumentas, kodėl svarbu pasiūlyti tinkamą pagalbą nusižudžiusiųjų artimiesiems.

Amerikiečių psichoterapeutas John Jordan (2015) išskiria tokius gedėjimo po savižudybės ypatumus:

- Klausimas, kodėl artimasis nusižudė, bendriau – prasmės klausimai.
- Atsakomybės klausimas: kaltės jausmas ir kaltinimai.



- Trauma ir bejėgiškumas – potrauminio streso sutrikimo rizika.
- Pyktis: jausmas, kad artimasis atstūmė.
- Palengvėjimas: tiek nusižudžiusiojo, tiek jo artimųjų kančios pabaiga.
- Gėda: su savižudiško elgesio stigmatizavimu susiję išgyvenimai.
- Socialiniai sunkumai: izoliacija ir ryšių su kitais trūkinėjimas.
- Padidėjusi savižudybės rizika: kam gyventi toliau?
- Sielvartas: liūdesys ir ilgesys.

Šių gedėjimo temų žinojimas gali praversti teikiant psichologinę pagalbą nusižudžiusiųjų artimiesiems. Suprantama, jų nereikėtų priimti, tačiau reikėtų jautriai pastebėti šių temų pasireiškimą ir tyrinėti jas kartu su klientais.

Neretai pasitaiko, kad susidūrę su tokiu sunkiu gyvenimo įvykiu žmonės stengiasi kuo mažiau galvoti apie tai, kad nutiko. Psichologai, priešingai, skatina kuo daugiau apie tai kalbėti. Vaiva Klimaitė (2015), atlikusi kokybinį nusižudžiusiųjų artimųjų patirčių tyrimą Lietuvoje, nustatė, kad optimalu, jei žmogus geba lanksčiai susitelkti į permąstymus ir nuo jų atsitraukti. Netekties permąstymas vyksta susitelkiant į save, į mirusįjį arba į netektį, o nuo permąstymų atsitraukiama nukreipiant mintis ir susitelkiant į žmones arba į veiklą.

## **PAGALBOS NUSIŽUDŽIUSIŲJŲ ARTIMIESIEMS PRINCIPAI**

Iškart po netekties psichologai gali padėti artimiesiems informuodami juos apie (Dyregrov & Dyregrov, 2008):

- įprastas emocijas, kognityvines ir elgesio reakcijas gedint;
- galimus šeimos narių reakcijų skirtumus, taip pat apie skirtumus dėl amžiaus ir lyties;

- vaikų reakcijas;
- tai, kaip tvarkytis su trauminės patirties proveržiais (*flashbacks*), nemiga ir pan.;
- gedėjimo kaitą per laiką, pavyzdžiui, pasirengimą įvairioms sukaktims;
- galimas aplinkinių reakcijas, pavyzdžiui, vengimą kalbėti apie nusižudžiusį ar savižudybę;
- pasirengimą ritualams, vizitui į ligoninę ar įvykio vietą;
- literatūrą, savipagalbos grupes ar kitas pagalbos galimybes – Lietuvoje šią informaciją galima rasti interneto svetainėje *artimiems.lt*: „Mūsų yra daug ir dėl to liūdna, bet mes patys nepasirinkome susitikti tokiomis aplinkybėmis. Norėdami padėti vieni kitiems, siekiame burti bendruomenę, kuri sujungtų nusižudžiusių artimuosius ir skatintų dalintis savo išgyvenimais. Artimojo savižudybei nepasiruoši, bet galime padėti ją išgyventi sau, šeimos nariams, kolegoms, draugams ir pažįstamiems.“

Klimaitė (2015) psichologams rekomenduoja neskubinti artimųjų kalbėti apie netektį, leisti priėti prie išgyvenimų savo tempu ir aptarti tuo metu labiausiai gedinčiamam rūpimas temas. Ji taip pat siūlo neskubinti artimųjų nutraukti ryšio su mirusiuoju – nieko neįprasto ir savaime žalingo, jei artimasis tokį ryšį stengiasi išlaikyti (pvz., kalbėdamas su juo). Galiausiai, jos nuomone, svarbu atsižvelgti į didesnį gedinčiojo jautrumą socialinėse situacijose ir padėti jam įveikti bendravimo su aplinkiniais sunkumus.

Jordan (2015) į gedėjimą žiūri iš prisirišimo teorijos (*attachment theory*) perspektyvos ir psichoterapeutą traktuoja kaip pereinamąją prisirišimo figūrą, kuri empatiškai palaiko gedintįjį ir padeda jam integruoti netektį. Anot jo, pagalbos tikslas turėtų būti ne netekties įveiki-

mas, o integracija. Jordan (2015) išskiria šiuos pagrindinius pagalbos gedinčiamam uždavinius:

- paaiškinti apie savižudybes, traumą, gedėjimą ir atsigavimą bei savipagalbą (psichoedukacija);
- taikyti traumų terapijos metodus, jeigu yra potrauminio streso sutrikimo požymių;
- padėti pergaltoti mirties naratyvą (pvz., įsijausti į nusižudžiusiojo perspektyvą, ir priešingai – atskirti save nuo mirusiojo);
- padėti realistiškiau įvertinti savo atsakomybės ribas, tačiau neskubėti įtikinti gedinčiojo, kad jis neturėtų jaustis kaltas;
- padėti prisirišimo prie mirusiojo transformacijai (pvz., padėti atitaisyti santykius, paskatinti pozityvius prisiminimus ir mirusiojo atminimo įamžinimą);
- padėti spręsti sunkumus, kylančius bendraujant su kitais šeimos nariais, draugais ir kitais aplinkiniais;
- paskatinti kontaktus su kitais nusižudžiusiųjų artimiesiems (per grupes, internetą, knygas);
- padėti prasmės paieškos procese (pvz., dvasinis augimas, pagalba kitiems artimiesiems);
- padėti atrasti naujus gyvenimo tikslus ir veiklas.

Nors artimojo netektis dėl savižudybės dažniausiai yra labai skaudi ir dėl to gali būti labai prasminga jautri bei tinkama psichologinė pagalba, verta turėti omenyje, kad dalis žmonių nepatiria didesnių sunkumų tokiose situacijose (Dyregrov & Dyregrov, 2008). Nereikėtų skubėti tokių reakcijų patologizuoti ir traktuoti jų kaip neigimo – žmonės reaguoja skirtingai. Apskritai tai vienas iš svarbiausių principų teikiant pagalbą po artimojo savižudybės – priimti gedinčiojo unikalumą ir nebandyti jo pritraukti prie kokio nors išankstinio žinojimo.

## LITERATŪRA

- De Hert, M., & Peuskens, J. (2000). Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Schizophrenia. In K. Hawton, & K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 121-134). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2008). *Effective Grief and Bereavement Support. The Role of Family, Friends, Colleagues, Schools and Support Professionals*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Gailienė, D. (2015). Savižudybės Lietuvoje. Sociokultūrinis kontekstas. In D. Gailienė (sud.), *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai* (pp. 198-216). Vilnius: Eugrimas.
- Gould, M. S., Cross, W., Pisani, A. R., Munfakh, J. L., & Kleinman, M. (2013). Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training on the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), 676-691.
- Grizas, A. (2014). Mėginusių nusižudyti žmonių patiriama gėda. *Magistro darbas*. Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016, March 1). *A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)*. Retrieved from PLOS Medicine: DOI:10.1371/journal.pmed.1001968

- Hawton, K. (2000). General Hospital Management of Suicide Attempters. In K. Hawton, & K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 519-537). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hedström, P., Liu, K.-Y., & Nordvik, M. K. (2008). Interaction Domains and Suicide: A Population-based Panel Study of Suicides in Stockholm, 1991-1999. *Social Forces*, 87(2), 713-740.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Joiner, T., Kalafat, J., Draper, J., Stokes, H., Knudson, M., Berman, A., & McKeon, R. (2007). Establishing Standards for the Assessment of Suicide Risk Among Callers to the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 353-365.
- Jordan, J. R. (2015, June 15). Suicide Bereavement Clinician Training Program. *28th World Congress of the International Association for Suicide Prevention (IASP). Pre-Congress Workshop*. Montreal, Canada.
- Klimaitė, V. (2015). Dėl savižudybės artimojo netekusių asmenų gedulo patyrimas. *Daktaro disertacija*. Vinius: Vilniaus universitetas.
- Lönqvist, J. K. (2000). Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Depression. In K. Hawton, & K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 107-120). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (Second ed.). New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Rizvi, S. L., Welch, S. S., & Page, B. (2000). Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Personality Disorders. In K. Hawton, & K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 147-178). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- LivingWorks. (1999). *Suicide Intervention Handbook* (3rd ed.). Calgary: LivingWorks Education.

- Michel, K., & Gysin-Maillart, A. (2015). *ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program*. Hogrefe Publishing.
- Murphy, G. E. (2000). Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Substance Abuse. In K. Hawton, & K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 135-146). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981–1997. *The American Journal of Psychiatry*, 160(4), 765-772.
- Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., . . . Witte, T. (2006). Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 255-262.
- Skruibis, P., Dadašev, S., & Geleželytė, O. (2015). Savižudiško elgesio stigma. In D. Gailienė (sud.), *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai* (pp. 217-233). Vilnius: Eugrimas.
- Spiwak, R., Pagura, J., Bolton, J. M., Elias, B., Beesdo-Baum, K., Lieb, R., & Sareen, J. (2011). Childhood Exposure to Caregiver Suicidal Behavior and Risk for Adult Suicide Attempts: Findings from a National Survey. *Archives of Suicide Research*, 15(4), 313-326.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. World Health Organization.

Paulius Skruibis

**PSICHOLOGINĖS PAGALBOS GAIRĖS  
KETINANTIEMS NUSIŽUDYTI,  
MĖGINUSIEMS NUSIŽUDYTI  
IR NUSIŽUDŽIUSIŲJŲ ARTIMIESIEMS**

*Metodinė medžiaga psichologijos studentams*

ISBN 978-609-459-682-7

Lietuvių kalbos redaktorė

*Jolanta Storpirstienė*

Maketavo

*Ilona Švedovaitė*

0,7 aut. l.

Išleido Vilniaus universitetas,

Vilniaus universiteto leidykla

Universiteto g. 3, LT-01513 Vilnius