

SAVIŽUDYBĖS VILNIAUS MIESTE:

atvejų analizė

Danutė Gailienė
Said Dadašev
Dovilė Grigienė
Austėja Agnietė Čepulienė
Laima Dagilė
Evelina Dirmotaitė



Filosofijos
fakultetas



VILNIAUS UNIVERSITETO LEIDYKLA



Filosofijos
fakultetas

Psichologijos institutas
Suicidologijos tyrimų centras

Vaikų ir suaugusiųjų savižudybių, įvykusių 2019 m. lapkričio–2020 m. spalio mėnesiais Vilniaus mieste, analizė

Tyrimą finansavo

Vilniaus miesto savivaldybė pagal Vilniaus miesto savižudybių prevencijos
2020–2024 metų strategijos įgyvendinimo priemonių planą

Tyrimo vadovė

prof. habil. dr. **Danutė Gailienė**

Tyrimo vykdytojai – tyrėjai:

dr. **Said Dadašev**, **Dovilė Grigienė**, **Austėja Agnietė Čepulienė**,
Evelina Dirmotaitė, **Laima Dagilė**



VILNIAUS
UNIVERSITETO
LEIDYKLA

2021

Leidiny parengtas Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto
leidybos fondo ir Psichologijos instituto lėšomis.

Leidinio bibliografinė informacija pateikiama Lietuvos nacionalinės Martyno Mažvydo
bibliotekos Nacionalinės bibliografijos duomenų banke (NBDB)

ISBN 978-609-07-0646-6 (skaitmeninis PDF)

© Vilniaus universitetas, 2021

Turinys

IVADAS / 4

MOKSLINIO TYRIMO EIGA / 6

Tyrimo metodologijos atnaujinimas / 6

Tyrimo atlikimas / 7

Surinktų duomenų analizavimas / 12

Apibendrintų tyrimo rezultatų, išvadų ir rekomendacijų parengimas / 12

TYRIMO REZULTATAI / 13

Tyrimo dalyviai / 13

Artimųjų išskirtos savižudybės priežastys / 15

Savižudybės rizikos ženklai / 22

Ankstesni mėginimai nusižudyti / 26

Sveikatos būklė ir sutrikimai / 27

Gautos sveikatos priežiūros paslaugos / 29

Susidūrimas su teisėsauga ir socialinė pagalba / 31

Pagalba ketinantiems nusižudyti: tyrimo dalyvių siūlymai / 32

Policijos ir kitų tarnybų darbas reaguojant į savižudybės atvejį / 35

Pagalba nusižudžius artimajam / 38

TYRIMO IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS / 41

Rezultatų apibendrinimas ir pagrindinės išvados / 41

Rekomendacijos, kaip tobulinti savižudybių prevencijos sistemą / 51

LITERATŪRA / 54

IVADAS

Pastaraisiais metais Lietuvoje vis labiau rūpinamasi savižudybių prevencija, randasi daugiau tinkamos pagalbos išgyvenantiesiems savižudybės krizę. Bet kaip tai atrodo savižudybių paliestiems žmonėms? Ką pasakoja nusižudžiusiųjų artimieji apie žmogaus kelią iki tos tragedijos? Ar tikrai patiriant sunkumų yra kur kreiptis pagalbos? Ar tikrai pagalba pasiekia žmones tada, kai jos reikia? Kaip veikia sveikatos sistema, ką patiria žmonės, susidūrę su teisėsauga ir iškilus socialinės pagalbos poreikiui? Pagaliau – kaip jaučiasi patys artimojo savižudybės paliesti žmonės? Ar jie nori pagalbos? Kokios? Ar esama jų lūkesčius tenkinančių pagalbos ir paramos vietų? Ir bendrai – kaip reikėtų gerinti visą savižudybių prevencijos sistemą? Tai klausimai, į kuriuos siekėme atsakyti tęstiniu tyrimu, kurį nuo 2016 m. Vilniaus universiteto Suicidologijos tyrimų centras atlieka Vilniaus mieste.

Projektas finansuojamas Vilniaus miesto savivaldybės lėšomis. Mokslinis tyrimas „Vaikų ir suaugusiųjų savižudybių atvejų analizė“ yra įtrauktas į Vilniaus miesto savižudybių prevencijos 2020–2024 m. strategijos įgyvendinimo priemonių planą (patvirtintas Vilniaus miesto savivaldybės tarybos sprendimu Nr. 1-464). Savižudybių atvejų analizės Vilniaus mieste atliekamos kiekvienais metais nuo 2016 m.

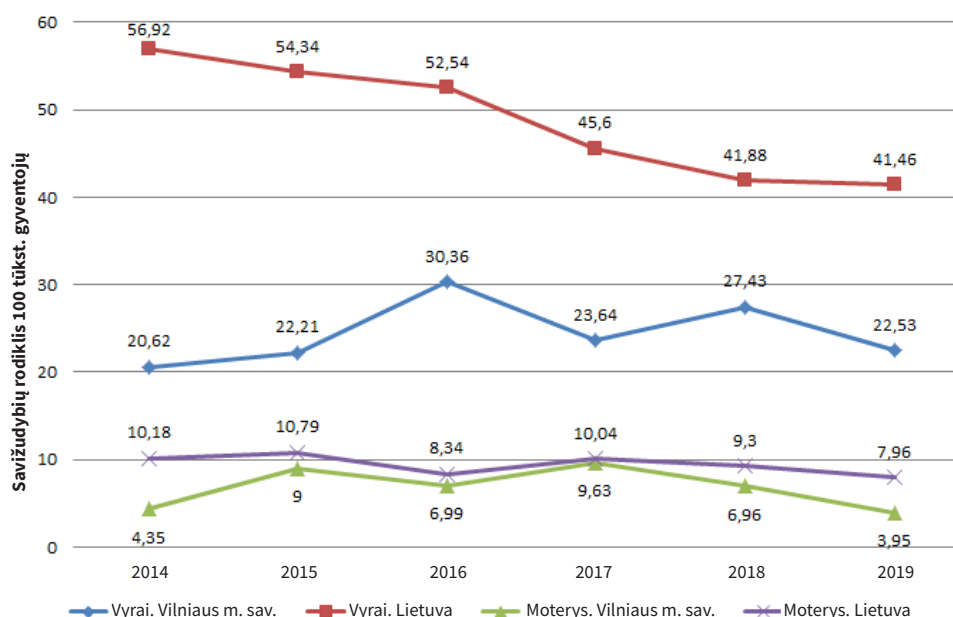
Šiame tekste pateikiami 2020 m. atlikto tyrimo rezultatai, kurie apima Vilniaus mieste nuo 2019 m. lapkričio iki 2020 m. spalio įvykusių savižudybių analizę. Mokslinio tyrimo tikslas buvo apklausti nusižudžiusiųjų artimuosius ir nustatyti, ar buvo gauta reikalinga sisteminė pagalba, įvertinti savižudybių prevencijos sistemos funkcionavimą ir pateikti rekomendacijas bei išvadas, kaip tobulinti savižudybių prevencijos sistemą.

Ankstesnių metų tyrimų rezultatai pateikiami kitose ataskaitose, skelbiamose Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto tinklalapyje.

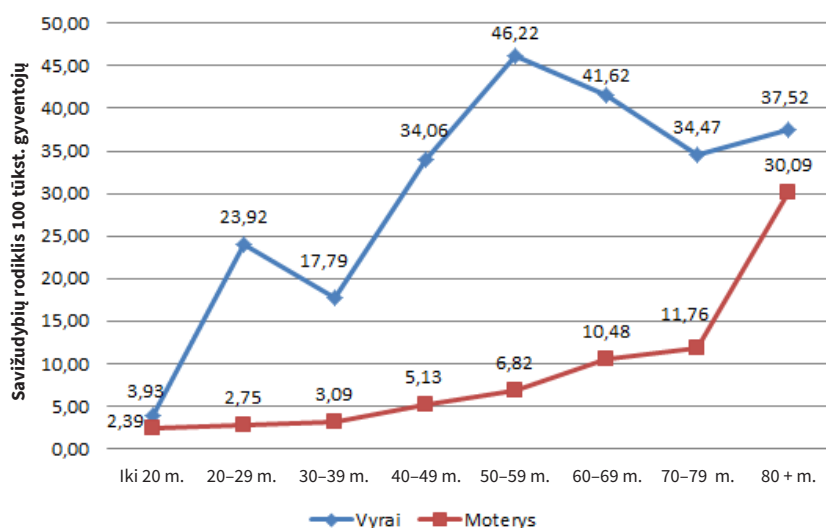
Žiūrint į savižudybių rodiklių tendencijas matyti, kad pastaraisiais metais moterų savižudybių rodikliai Lietuvoje nėra ryškiai pakitę, o vyrų savižudybių rodikliai pasižymi mažėjimo tendencija (žr. 1 pav.). Kita vertus, 2019 m. vyrų savižudybių rodikliai yra tokie patys kaip 2018 m., taigi vyrų savižudybių nebemažėja. Vilniaus miesto savivaldybėje įvykusių tiek vyrų, tiek moterų savižudybių rodiklis yra mažesnis, palyginti su visos Lietuvos rodikliu. Tačiau Vilniaus miesto savivaldybėje vyrų savižudybių rodiklis pastaraisiais metais yra labiau svyruojantis, o ne mažėjantis. Ir priešingai – moterų grupėje matyti savižudybių rodiklio mažėjimo tendencija (žr. 1 pav.).

Analizuojant skirtingo amžiaus grupėms priklausančių asmenų savižudybių rodiklius Vilniaus miesto savivaldybėje, išryškėja vyresnių žmonių savižudybių problema (2 pav.). 2 pav. pateiktas trejų pastarųjų metų (2017–2019) Vilniaus miesto savivaldybėje įvykusių savižudybių rodiklių vidurkis siekiant išvengti atsitiktinio svyravimo poveikio tendencijos išryškinimui. Didžiausi vyrų savižudybių rodikliai yra 50–59 metų amžiuje, nors bendrai vyrų savižudybių yra kur kas daugiau nei moterų savižudybių visose amžiaus grupėse, išskyrus labai jaunų žmonių (iki 20 m.) grupę. Moterų grupėje ypač ryški

senų žmonių savižudybių problema. Vyresnių nei 80 metų moterų savižudybių rodiklis yra kur kas didesnis nei kitų amžiaus grupių. Taip pat yra mažesnis šios amžiaus grupės vyrų ir moterų rodiklių atotrūkis – vyresnių negu 80 metų moterų savižudybių rodiklis gerokai priartėja prie vyresnių negu 80 metų vyrų savižudybių rodiklio ir prašoka jaunesnių vyrų (iki 40 m.) savižudybių rodiklį.



1 pav. Savižudybių rodiklių kaita 2014–2019 m. Lietuvoje ir Vilniaus miesto savivaldybėje*



2 pav. Skirtingų amžiaus grupių vyrų ir moterų savižudybių rodikliai Vilniaus miesto savivaldybėje. Trejų metų (2017–2019) savižudybių rodiklių vidurkis*

* Higienos instituto duomenys. Mirusiųjų skaičius pagal regionus (ilgasis diagnozių sąrašas): https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=205. 1 pav. pateikti duomenys, kai mirties priežasčių kodai yra X60–X84 (tyčiniai susižalojimai).

MOKSLINIO TYRIMO EIGA

Mokslinis tyrimas buvo atliekamas 2020 m. rugsėjo–gruodžio mėnesiais šiais etapais:

1. Tyrimo metodologijos atnaujinimas.
2. Tyrimo atlikimas.
3. Surinktų duomenų analizavimas.
4. Apibendrintų tyrimo rezultatų, išvadų ir rekomendacijų parengimas.

Tyrimo metodologijos atnaujinimas

Šiame etape, atsižvelgiant į 2016 m., 2017 m., 2018 m. ir 2019 m. atliekant mokslinius tyrimus sukaupią patirtį, buvo atnaujintos tyrimo atlikimo procedūros ir tyrimo metodologija. Specialiai paruoštame pusiau struktūruotame interviu buvo numatytos šios pagrindinės klausimų grupės: mirties aplinkybės, tyrimo dalyvių numanomos mirties priežastys, ankstesni mėginimai nusižudyti, sveikatos problemos ir kiti galimi sunkumai (alkoholio vartojimas, susidūrimas su teisėsauga ir kt.), iki savižudybės gauta medicininė, psichologinė, socialinė pagalba ir jos kokybė, pagalbos trūkumas, policijos pareigūnų darbas fiksuojant mirtį ir tiriant mirties aplinkybes, pagalba artimiesiems ir jos kokybė, pagalbos artimiesiems trūkumas, demografiniai klausimai apie nusižudžiusiuosius ir jų artimuosius. Atsižvelgiant į ankstesnių metų patirtį buvo pakoreguota tyrimo anketa: a) išplėsti su savižudybės netikėtumu susiję klausimai (siekiant išsamiau suprasti, kokius artimojo savižudybės rizikos ženklus iki savižudybės tyrimo dalyviai pastebi, kaip šie ženklai juos veikia, kokių sunkumų tyrimo dalyviams kyla ir kokie jų poreikiai ryškėja); b) atsisakyta kelių klausimų, susijusių su iki savižudybės gauta medicinine, psichologine bei socialine pagalba (paaiškęjus, kad tyrimo dalyviai į kelis atskirus klausimus paprastai pateikia tuos pačius ar labai panašius atsakymus arba neturi tokios informacijos); c) išplėsti klausimai, susiję su specialistų suteikta pagalba savižudybės vietoje. Kaip ir ankstesniais metais, buvo nuspręsta, jei galima, atlikti interviu su keliais iš nusižudžiusiųjų artimųjų.

Tyrimo metu taikytos šios procedūros:

1. Pirminis šio mokslinio tyrimo grupės tyrėjos policijos darbuotojos Laimos Dagilės kontaktas su nusižudžiusiųjų artimaisiais. Pirminio pokalbio telefonu metu buvo trumpai pristatomas atliekamas tyrimas ir jo tikslas, pasiteiraujama, ar artimieji sutiktų dalyvauti tyrime ir ar jų kontaktiniai telefono numeriai gali būti perduodami kitiems šio mokslinio tyrimo grupės tyrėjams. Visi nuasmeninti tyrimo dalyvių duomenys apie sutikimą arba atsisakymą dalyvauti tyrime fiksuojami duomenų bazėje. Tik sutikusių dalyvauti tyrime asmenų kontaktai užfiksuojami ir perduodami kitiems tyrėjams.

2. Antrinis kontaktas su nusižudžiusiųjų artimaisiais vykdomas kitų šio mokslinio tyrimo tyrėjų. Susisiekus su sutikusiais dalyvauti tyrime asmenimis telefonu dar kartą pristatomas atliekamas tyrimas, atsakoma į tyrimo dalyviams iškilančius klausimus ir suderinamas interviu laikas.
3. Nepavykus susisiekti su tyrimo dalyviais telefonu, išsiunčiamos trumposios SMS žinutės su pagrindine informacija apie atliekamą tyrimą ir prašoma tyrimo dalyvių susisiekti, jei jie vis dar sutiktų dalyvauti tyrime.
4. Interviu atliekamas telefonu arba, tyrimo dalyvių pageidavimu, susitikus gyvai Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto patalpose.
5. Prieš atliekant interviu, dar kartą pristatomas tyrimo tikslas ir paaiškinamos duomenų konfidencialumo sąlygos: duomenys laikomi konfidencialiais ir yra priemonėmis tik šio mokslinio tyrimo grupės tyrėjams, analizės metu duomenys yra nuasmeninami ir apibendrinami taip, kad asmeninių istorijų nebūtų įmanoma tiesiogiai atpažinti. Atsižvelgiant į bendrojo duomenų apsaugos reglamento (BDAR) taisykles, informuotas tyrimo dalyvio sutikimas dalyvauti tyrime prieš interviu yra įrašomas į elektroninę laikmeną.
6. Tyrimas atliekamas pusiau struktūruoto interviu principu, pagal iš anksto numatytus tyrimo klausimus, naudojant specialiai šiam tyrimui parengtą tyrimo protokolą (anketą).
7. Interviu pradedamas pirmuoju atviru klausimu („*Prašytume papasakoti, kokios buvo mirties aplinkybės? Kas atsitiko?*“). Tyrimo dalyviui atsakant pildomi visi tyrimo anketos klausimai, į kuriuos jis ar ji atsako. Toliau užduodami tik tie klausimai, į kuriuos tyrimo dalyvis neatsakė. Klausimų tvarka pritaikoma pagal pokalbio eigą. Jei reikia, užduodama papildomų klausimų patikslinti įvykių detalės, aplinkybės.

Tyrimo atlikimas

Šiame etape buvo kontaktuojama su 2019 m. lapkričio–2020 m. spalio mėnesiais Vilniaus mieste nusižudžiusių asmenų artimaisiais, gavus jų sutikimą dalyvauti tyrime, buvo atliekamas pusiau struktūruotas interviu – renkami tyrimo duomenys.

Visų pirma buvo renkami duomenys apie 2019 m. lapkričio–2020 m. spalio mėnesiais Vilniuje įvykusias savižudybes. Buvo peržiūrėti Policijos registruojamų įvykių registro (PRĮR) duomenys. Šiame registre yra kaupiami duomenys apie policijos įstaigų bet kokia forma gautą informaciją apie nusikalstamas veikas, kitus teisės pažeidimus ir įvykius, kuriuos tirti įstatymais pavesta policijai, jų tyrimo procesą bei rezultatus, taip pat duomenys apie atsisakymą pradėti ikiteisminius tyrimus (Lietuvos policijos generalinio komisaro 2005 m. lapkričio 30 d. įsakymu Nr. 5-V-766 patvirtinti „Policijos registruojamų įvykių registro nuostatai“). PRĮR registruojami ir žmogaus mirties atvejai, kurie registre išskiriami į kategoriją „lavonas“, kai namuose arba viešojoje vietoje randamas

mirusio žmogaus kūnas. PRĮR kategorija „savižudybė“ atskirai nėra išskiriama, todėl jame registruotų įvykių paieška buvo atliekama atsirenkant įvykius pagal požymį „lavinimas“ ir apibrėžiant teritoriją, kurioje buvo įvykis – Vilniaus miesto 1-ojo, 2-ojo, 3-iojo, 4-ojo, 5-ojo, 6-ojo policijos komisariatų, taip pat Vilniaus apskrities vyriausiojo policijos komisariato teritorijose. Verta atkreipti dėmesį, kad 2020 m. vasario mėnesį PRĮR buvo padaryti pakeitimai – keitėsi registruojamų įvykių kategorijos, dėl to 2019 m. lapkričio–gruodžio ir 2020 m. sausio mėnesio įvykių paieška buvo vykdoma pagal raktinius žodžius („mirė“, „rastas negyvas“, „pasikorė“, „nusižudė“ ir pan.).

Iš viso nuo 2019 m. lapkričio iki 2020 m. spalio mėnesio PRĮR užfiksuoti 2 283 atvejai, kai rasti mirę žmonės. Iš jų buvo atrinkti 48 atvejai, kai asmuo galbūt nusižudė. Palyginimui – atliekant 2019 m. analizę, atrinktas 71 atvejis, 2018 m. analizę – 77 atvejai, 2017 m. analizę – 107 atvejai, o 2016 m. analizę – 103 atvejai. Svarbu pridurti, kad ankstesnėse atvejų analizėse į šį skaičių patekdavo ne tik Vilniaus mieste, bet ir rajone rasti mirę asmenys. Atsižvelgiant į tai, šiais metais atvejų paieška buvo atlikta pagal tai, kurioje teritorijoje įvykis įvyko, o ne kurioje teritorijoje jis buvo registruotas.

Susumavus visus surinktus PRĮR atvejus, kai Vilniaus mieste rastas galbūt nusižudęs žmogus, ir palyginus su oficialia Higienos instituto (HI) pateikiama statistika, rasta keletas neatitikimų. Oficialios statistikos ir PRĮR užregistruotų atvejų suvestinė pateikiama 1 lentelėje. Lyginant tyrimui atrinktus atvejus su oficialiai skelbiama savižudybių statistika svarbu aptarti atvejų išskyrimo principų skirtumus. Oficialiame mirties priežasčių registre, kuriojamame Higienos instituto, atvejai įvardijami kaip savižudybė remiantis teismo medicinos eksperto išvada mirties liudijime. Vis dėlto mirties liudijime pateikiamos informacijos nepakanka norint surasti nusižudžiusių asmenų artimųjų kontaktus, jame dažnai nurodomas laidojimo namų darbuotojo telefono numeris. PRĮR, kurio duomenys naudoti identifikuoti savižudybių atvejus šiame tyrime, nepateikiama mirties liudijime esanti informacija ir atskirai neišskiriama savižudybės kategorija, tačiau identifikuoti mirtį kaip savižudybę galima pagal aprašomas jos aplinkybes, naudojant raktinius žodžius – „pasikorė“, „nusišovė“, „iššoko“, „tyčia prigėrė vaistų / nuodų“ ir pan. Tarp atvejų, identifikuotų naudojantis PRĮR ir mirties priežasčių registru, gali būti nesutapimų. PRĮR pateikiama pirminė informacija. Atlikus tyrimą, savižudybės versija gali būti nepatvirtinta, jei nepakanka duomenų, kad žmogus tikrai pats nusižudė (iššoko ar pasikorė).

Apibendrinant – galimi keli paaiškinimai, kodėl neatitinka PRĮR surinktų atvejų ir HI oficialioji statistika.

1. Informacijos nesutapimai – PRĮR surasti ne visi atvejai, kai fiksuojamos savižudybės (visais mėnesiais, išskyrus kovą ir balandį, oficialiai daugiau savižudybių, nei buvo rasta policijos registre), pirminėje apžiuroje gali būti neužfiksuoti savižudybės požymiai, savižudybės požymiai užfiksuoti tik vėlesniame tyrimo etape. Arba priešingai – remiantis pirmine informacija iš policijos registro, keliama prielaida, kad asmuo galėjo nusižudyti, tačiau ta prielaida atmetama vėlesniame tyrimo etape, todėl gali būti surasta daugiau savižudybės atvejų, nei jų pateko į oficialią

mirties priežasčių suvestinę, ar viešose erdvėse (pvz., ligoninėse, areštinėse, viešbučiuose) rastas nusižudęs žmogus iš kito miesto ir nepatekęs į oficialią Vilniaus miesto mirčių priežasčių suvestinę.

2. Netikslūs aprašymai registruojant įvykį – atvejais, kai mirties priežastis nėra aiški, PRJR gali būti pateikiama tik bendrinė informacija, nenurodant galimos mirties priežasties. Arba, kadangi įvykiai yra filmuojami „bodycam“, daromos įvykio nuotraukos ir vaizdinė medžiaga yra pridedama prie ikiteisminio tyrimo medžiagos, gali būti, kad PRJR pateikiama mažiau informacijos, leidžiančios numanyti galimą savižudybę.

1 lentelė. Oficialios statistikos (HI) ir PRJR surinktų atvejų palyginimas

2019–2020 m.	Vilniaus mieste nusižudžiusios moterys		Vilniaus mieste nusižudę vyrai		Vilniaus mieste nusižudę asmenys	
	HI	PRJR	HI	PRJR	HI	PRJR
2019 m. lapkritis	4	3	1	1	5	4
2019 m. gruodis	0	0	2	0	2	0
2020 m. sausis	0	0	5	4	5	4
2020 m. vasaris	3	1	4	2	7	3
2020 m. kovas	1	1	1	2	2	3
2020 m. balandis	0	1	2	4	2	5
2020 m. gegužė	4	2	4	5	8	7
2020 m. birželis	2	2	7	6	9	8
2020 m. liepa	2	1	2	1	4	2
2020 m. rugpjūtis	2	0	7	3	9	4*
2020 m. rugsėjis	3	2	4	3	7	5
2020 m. spalio	1	1	4	2	5	3
IŠ VISO	22	14	43	33	65	48
Tik 2020	18	11	40	32	58	42

Pastaba. * Vieno žmogaus lytis PRJR nenurodyta, asmenybė nenustatyta.

Šių klaidų visų pirma atsiranda, kaip minėta, dėl to, kad buvo naudota skirtinga informacija: į savo tyrimą atvejį traukėme remdamiesi pirminiu įvykio aprašymu, kuris gali iš esmės skirtis nuo vėliau ikiteisminio tyrimo metu nustatytų objektyvių aplinkybių. Taigi čia kyla daug savižudybės, kaip mirties priežasties pripažinimo, metodologinių neaiškumų. Nėra visai aišku, kaip tą pirminę informaciją apdoroja ikiteisminio tyrimo tyrėjai, teismo ekspertizės specialistai ir kokie yra būtini kriterijai, kad mirties priežastimi būtų nurodyta savižudybė.

Lyginant 2020 m. oficialiosios statistikos (HI) duomenis su praėjusių atitinkamų laikotarpių (sausio–spalio mėn.) duomenimis, priešingai negu pernai, matyti bendras 7,4 % savižudybių skaičiaus padidėjimas, nors bendras savižudybių skaičius mažesnis nei 2016–2018 m.: 6,5 %, palyginti su 2018 m., 16 %, palyginti su 2017 m., ir 26,6 %, palyginti su 2016 m. (2 lentelė). Tačiau lyginant šių ir praėjusių metų vyrų ir moterų savižudybių skaičių matyti būtent moterų savižudybių skaičiaus padidėjimas (net 2,25 karto, palyginti su 2019 m.), o vyrų nusižudymo atvejų kiekis sumažėjo, nors tebėra itin didelis.

2 lentelė. Vilniaus mieste 2016–2020 m. įvykusių savižudybių statistika

	<i>Moterys</i>	<i>Vyrai</i>	<i>Visi</i>
2016 (sausio–spalio mėn.)	18	60	78
2017 (sausio–spalio mėn.)	25	44	69
2018 (sausio–spalio mėn.)	16	46	62
2019 (sausio–spalio mėn.)	8	46	54
2020 (sausio–spalio mėn.)	18	40	58

3 lentelė. PRĮR užregistruotų mirčių, galimų savižudybių atvejų ir gautų sutikimų dalyvauti tyrime pasiskirstymas pagal mėnesius

<i>Mėnuo</i>	<i>Užfiksuoti mirčių atvejai</i>	<i>Galbūt savižudybės</i>	<i>Rasti kontaktai</i>	<i>Sutiko dalyvauti tyrime</i>	<i>Nesutiko dalyvauti tyrime</i>	<i>Nepavyko susisiekti</i>
2019 m. lapkritis	170	4	2	1	0	1
2019 m. gruodis	150	0	0	0	0	0
2020 m. sausis	168	4	2	2	0	0
2020 m. vasaris	167	3	3	2	1	0
2020 m. kovas	194	3	2	1	1	0
2020 m. balandis	252	5	4	3	1	0
2020 m. gegužė	225	7	3	2	1	0
2020 m. birželis	184	8	3	3	0	0
2020 m. liepa	183	2	0	0	0	0
2020 m. rugpjūtis	201	4	2	0	2	0
2020 m. rugsėjis	183	5	3	2	1	0
2020 m. spalio	206	3	2	1	1	0
IŠ VISO	2 283	48	26 (54,2 %)	17 (65,4 %)	8 (30,8 %)	1 (3,8 %)

Peržiūrėjus PRĮR atrinktus Vilniaus gyventojų galimų savižudybių atvejus, buvo rasti 26 (54,2 % PRĮR užfiksuotų galbūt savižudybės atvejų) asmenų artimųjų telefono numeriai. (Palyginimui – atliekant praėjusių metų analizę buvo rasti 35 (49,3 %) telefono

numeriai.) Iš jų tyrime dalyvauti sutiko 17 (65,4 %) nusižudžiusių asmenų artimųjų, jų kontaktai buvo perduoti tyrėjų grupei, 8 (30,8 %) artimieji nesutiko ir 1 (3,8 %) artimajam nepavyko prisiskambinti. Suvestinė pateikiama 3 lentelėje.

Renkant nusižudžiusių asmenų artimųjų kontaktus susidurta su tuo pačiu sunkumu, kaip ir atliekant ankstesnes analizes – PRIR registruojama pirminė informacija apie įvykį, ir dalis informacijos, kartu ir nusižudžiusių asmenų artimųjų kontaktai, ne visada būna prieinami tuo metu, kai yra pildomas įvykio registras. Tokiu atveju kontaktų reikia ieškoti įvykio tyrimo byloje, kur asmeniniai žmonių kontaktai taip pat ne visada yra prieinami. Taip atsitinka dėl dviejų priežasčių:

1. Bylos patenka į archyvą tik baigus tyrimą, įprastai per kelis mėnesius. Naujesni įvykiai dar būna neužbaigti tirti arba bylos dar nesuarchyvuotos – dėl to, norint gauti priėjimą prie duomenų, reikia tartis su kiekvieną bylą tiriančiu tyrėju individualiai.
2. Dėl žmogaus asmeninės informacijos saugumo bylose informacija apie artimųjų kontaktus yra susegama taip, kad būtų neprieinama (pvz., užklijuojama voke). Dėl to reikia gauti papildomus leidimus susipažinti su tokia informacija.

Norint pasiekti nusižudžiusių asmenų artimuosius, būtina sudaryti sąlygas artimiesiems sutikus perduoti specialistams artimųjų kontaktus tais atvejais, kai nėra abejonių, kad įvykusi savižudybė. Kadangi ši informacija pirmiausia yra prieinama ikiteisminio tyrimo tyrėjams, sužinoję apie įvykusį savižudybės faktą, jie galėtų artimųjų kontaktus perduoti psichikos sveikatos specialistams.

4 lentelė. Atliktų interviu pasiskirstymas pagal mėnesius

<i>Mėnuo</i>	<i>Sutiko dalyvauti tyrime</i>	<i>Atliko interviu</i>	<i>Neatliko interviu</i>	<i>Pastabos</i>
2019 m. lapkritis	1	0	1	1 atsisakė dalyvauti vėliau
2019 m. gruodis	0	0	0	
2020 m. sausis	2	2	0	
2020 m. vasaris	2	2	0	
2020 m. kovas	1	1	0	
2020 m. balandis	3	2	1	1 atsisakė dalyvauti vėliau
2020 m. gegužė	2	2	0	
2020 m. birželis	3	3	0	
2020 m. liepa	0	0	0	
2020 m. rugpjūtis	0	0	0	
2020 m. rugsėjis	0	0	0	
2020 m. spalio	1	1	0	
IŠ VISO	17	15 (88,2 %)	2 (11,8 %)	

Iš viso buvo gauti 17 asmenų sutikimai dalyvauti tyrime: su davusiais pirminį sutikimą dalyvauti tyrime buvo atlikta 15 interviu, du atsisakė susisiekti vėliau. Iš viso tyrime dalyvavo 57,7 % artimųjų, kurių kontaktai buvo identifikuoti. Toks atsako dažnis yra panašus į 2016 m. ir 2017 m., kai atitinkamai dalyvavo 56 % ir 55 % artimųjų, kurių kontaktai buvo identifikuoti, bet didesnis nei 2018 m., kai dalyvavo 37 % artimųjų.

Šių metų analizės atsako dažnis, atsižvelgiant į pirminį sutikimą dalyvauti tyrime (88,2 %), buvo didžiausias, palyginti su ankstesniais tyrimais (83 % 2016 m., 79 % 2017 m., 71 % 2018 ir 2019 m.). Interviu atlikimo pasiskirstymas pagal mėnesius pateikiamas 4 lentelėje. Interviu trukmė buvo nuo 30 min. iki 1 val. 45 min., vidutiniškai 53 min.

Surinktų duomenų analizavimas

Šiame etape surinkti tyrimo duomenys buvo analizuojami ir apibendrinami, siekiant įvertinti savižudybių prevencijos sistemos funkcionavimą. Surinkti duomenys mokslinio tyrimo grupės tyrėjų buvo koduojami ir suvedami į specialiai tam sukurtą duomenų bazę, leidžiančią lengviau palyginti ir apibendrinti informaciją. Surinkti duomenys pradžioje tyrėjų buvo analizuojami individualiai pasiskirsčius atskiras analizės dalis, o paskui visų tyrėjų kartu, bendrų susitikimų metu. Duomenų tvarkymui ir analizei naudota kompiuterinė kokybinių duomenų apdorojimo programa „Atlas.ti“ Vilniaus universiteto Filosofijos fakultete ir „Microsoft Office“ programų paketas.

Apibendrintų tyrimo rezultatų, išvadų ir rekomendacijų parengimas

Šio mokslinio tyrimo ataskaitoje pateikiami apibendrinti 2019 m. lapkričio–2020 m. spalio mėnesiais Vilniaus mieste įvykusių savižudybių, gautos ar negautos, bet buvusios reikalingos sisteminės pagalbos nusižudžiusiems asmenims bei jų artimiesiems tyrimo rezultatai, pateikiamos išvados apie savižudybių prevencijos sistemos funkcionavimą ir rekomendacijos, kaip tobulinti sistemą.

TYRIMO REZULTATAI

Tyrimo dalyviai

Nusižudžiusių asmenų demografiniai rodikliai

Iš viso tyrimo imtį sudarė 15-os asmenų, 10-ies vyrų (66,67 %) ir 5-ių moterų (33,33 %), savižudybės. Tai atitinka oficialią statistiką, nes panašia proporcija pagal nusižudžiusiojo lytį pasiskirstė visos Vilniaus mieste įvykusios savižudybės – didesnė dalis nusižudžiusių atitinkamu laikotarpiu buvo vyrai (43 atvejai, 66,15 %), mažesnė – moterys (22 atvejai, 33,85 %) (HI duomenimis, plačiau – 1 lentelėje). Tyrimo imties nusižudžiusių asmenų amžius svyravo nuo 18 iki 92 metų (amžiaus vidurkis 55,27; standartinis nuokrypis 25,64). Tikslinė tyrimo imtis buvo nusižudę Vilniaus miesto gyventojai. Tyrimo imties nusižudžiusių gyvenamoji situacija, šeiminė padėtis, išsilavinimas ir užimtumas pateikiami 5–8 lentelėse.

5 lentelė. Nusižudžiusių gyvenamoji situacija

Gyvenamoji situacija	N	%
Gyveno vienas (-a)	6	40
Gyveno su sutuoktiniu (-e) ar partneriu (-e) (taip pat vaikais)	3	20
Gyveno su vaikais	1	7
Gyveno su tėvais	2	13
Gyveno su kitais artimaisiais	2	13
Gyveno su draugais	1	7

6 lentelė. Nusižudžiusių šeiminė padėtis

Šeiminė padėtis	N	%
Našlys (-ė)	4	27
Vedęs ar ištekęjusi	4	27
Nevedęs ar netekėjusi	6	40
Išsiskyręs (-usi)	1	7

7 lentelė. Nusižudžiusių išsilavinimas

Išsilavinimas	N	%
Pradinis	1	7
Pagrindinis	1	7
Vidurinis ir nebaigtas vidurinis	5	33
Aukštesnysis ar profesinis	4	27
Aukštasis	3	20
Neaišku	1	7

8 lentelė. Nusižudžiusių užimtumas prieš mirtį

Užimtumas	N	%
Pensijoje	5	33
Buvo bedarbis (-ė)	2	13
Dirbo	2	40
Turėjo neįgalumą	1	7
Buvo moksleivis	1	7

Nusižudžiusių asmenų artimųjų demografiniai rodikliai

Iš tyrimo metu apklaustų 15 nusižudžiusių asmenų artimųjų 9 (60 %) buvo moterys ir 6 (40 %) vyrai. Apklaustųjų amžius svyravo nuo 20 iki 62 metų, vidurkis 44,3 metų (standartinis nuokrypis 14,13). Šeši (40 %) interviu dalyviai nurodė prieš mirtį gyvenę kartu su nusižudžiusiuoju. Platesnė informacija apie interviu dalyvių santykį su mirusiuoju pateikiama 9–12 lentelėse.

9 lentelė. Tyrimo dalyvių ryšys su nusižudžiusiu asmeniu

<i>Ryšys su mirusiuoju (tyrimo dalyvis yra)</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Duktė ar sūnus	5	33
Sutuoktinis (-ė) ar partneris (-ė)	1	7
Buvęs sutuoktinis (-ė) ar partneris (-ė)	1	7
Mama ar tėtis	3	20
Anūkas (-ė)	1	7
Kita	4	27

11 lentelė. Tyrimo dalyvių bendravimo su nusižudžiusiu asmeniu iki mirties dažnumas

<i>Bendravimo dažnumas</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Kasdien ar beveik kasdien	10	67
Keletą kartų per savaitę	3	20
Keletą kartų per mėnesį	2	13

10 lentelė. Tyrimo dalyvių paskutinio bendravimo prieš savižudybę laikas

<i>Paskutinio bendravimo prieš mirtį laikas</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Prieš kelias valandas iki mirties ar tą pačią dieną	6	40
Dieną prieš	4	27
Prieš 2–7 dienas	4	27
Daugiau nei prieš savaitę	1	7

12 lentelė. Tyrimo dalyvių santykio su nusižudžiusiuoju artumas

<i>Santykio artumas</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Labai artimas	8	53
Artimas	2	13
Iš dalies artimas	2	13
Nelabai artimas	3	20

Savižudybės aplinkybės

Savižudybės būdas. 12 asmenų pasikorė, vienas asmuo nusišovė, vienas – išsoko pro langą, vienas – apsinuodijo.

Savižudybės vieta. Visi 15 nusižudžiusių tai padarė namuose.

Savižudybių atvejų pasiskirstymas per metus, lyginant su Higienos instituto duomenimis, pateikiamas 13 lentelėje.

13 lentelė. Tyrimo imties ir oficialios HI statistikos palyginimas

2018–2019 m.	Tyrimo imties savižudybių atvejų kiekis	%	Savižudybės Vilniaus mieste Higienos instituto duomenimis	%
2019 m. lapkritis	0	0	5	7,7
2019 m. gruodis	0	0	2	3,1
2020 m. sausis	2	13,3	5	7,7
2020 m. vasaris	2	13,3	7	10,8
2020 m. kovas	1	6,7	2	3,1
2020 m. balandis	2	13,3	2	3,1
2020 m. gegužė	2	13,3	8	12,3
2020 m. birželis	3	20	9	13,8
2020 m. liepa	0	0	4	6,2
2020 m. rugpjūtis	0	0	9	13,8
2020 m. rugsėjis	2	13,3	7	10,8
2020 m. spalio	1	6,7	5	7,7
Iš viso	15	100	65	100

Artimųjų išskirtos savižudybės priežastys

Ši rezultatų dalis atspindi nusižudžiusiųjų artimųjų nuomonę apie įvykusios savižudybės priežastis. Suprantama, kad tai yra subjektyvi artimųjų perspektyva, kurią veikia jų asmeninė patirtis, supratimas ir jausmai (pvz., dėl jaučiamo kaltės jausmo gali būti nutylimos vienos aplinkybės, o dėl pykčio išryškinamos kitos). Taip pat svarbu pažymėti, kad suicidologijoje savižudybės yra suprantamos kaip daugelio veiksnių nulemtas reiškinys. Kitaip tariant, nėra vienos savižudybės priežasties, visada yra unikalūs skirtingų veiksnių derinys.

Toliau pateikiamos dažniausios tyrimo dalyvių nurodytos jų artimųjų savižudybių priežastys kartu su *pavyzdžiais* – trumpomis ištraukomis iš tyrimo protokolų (tyrėjų perfrazuoti tyrimo dalyvių pasakojimai). Tyrimo rezultatai pateikiami skiriant tyrimo dalyvius į tris grupes: jaunesnius (nuo 18 iki 39 m.), vidutinio amžiaus (nuo 50 iki 79 m.) ir vyresnio amžiaus (nuo 80 m.). Visais atvejais buvo nurodomos kelios savižudybės priežastys, todėl prie priežasčių nurodytų atvejų suma yra didesnė nei bendras nagrinėtų atvejų skaičius amžiaus grupėje (pvz., mirusysis išgyveno ir depresiją, ir nerimo sutrikimą).

18–39 metų grupė

Tyrimo metu buvo atliktos penkios (33 % visų atvejų) 18–39 metų nusižudžiusiųjų asmenų atvejų analizės. Artimieji nurodė šias savižudybės priežastis:

- Psichikos sutrikimai (5 atvejai):
 - Šizofrenija (diagnozuota) (2 atvejai).
 - Nuotaikos sutrikimai (depresija) (2 atvejai). Vienu atveju depresija buvo diagnozuota ir vienu atveju numanoma, kai artimieji matė depresijos požymių, tačiau mirusysis nebuvo pas gydytoją psichiatrą, kuris galėtų ją diagnozuoti). „*Momentais sakė, gerai jautėsi, bet po to ateidavo apatija, niekas nedžiugino.*“
 - Nerimo sutrikimai (1 atvejis). „*Jis išgyveno labai stiprią depresiją, labai stiprų nerimą ir paniką, gėdą, kiek pasakojo, būdavo, jog išvis bijojo išeiti į gatvę. Jis kartais išvis neturėjo energijos net iš lovos išlipti.*“
 - Priklausomybės nuo narkotikų sukelti psichikos sutrikimai (1 atvejis). „*Bandydavo kažką, pykčio protrūkiai buvo, kad skeldavo ranką, jie dažni buvo, negalėdavo miegoti, nes jam vaidendavosi, kažkokie balsai girdėdavosi ir panašiai, naktį rėkdavo, draskėsi, daužėsi, tai kokius du metus kartojosi.*“
- Sunkumai santykiuose šeimoje (5 atvejai):
 - Sunkumai santykiuose šeimoje, kurie kilo dėl priklausomybės nuo narkotikų ir (ar) alkoholio sukeltų problemų. (2 atvejai). „*Prašydavo pinigų, bet aš negalėjau duoti, klausdavo, ar juo nepasitikiu, sakydavau, nu ne, visai pasitikiu*“; „*Buvo alkoholikas ir narkomanas, būdavo agresyvus, kviesdavome policiją*“.
 - Įtempti ar konfliktiški santykiai su šeimos nariu (2 atvejai). „*Jei apie traumas ir kančias, tai buvo santykis su tėvu. <...> Gimdžiau jį viena, jis tikro tėvo nematė, bandė jį susitikti, bet nepavyko. Augo su patėviu. Patėvis irgi buvo despotiškas žmogus, o [vardas] buvo labai empatiškas, jautrus. Nuoskaudų gal, emocinio pažeminimo buvo.*“
 - Tėvų skyrybos (1 atvejis). „*Pas mus šeimoje to švelnumo buvo mažai. Jis labai išgyveno dėl skyrybų.*“
 - Gyvenimas visai be šeimos (1 atvejis). „*Jis neturėjo artimųjų, buvo iš vaikų namų, nors turėjo globėjus, bet kai 18 metų iš jų išsikraustė, nebebendravo. Turėjo tetą, bet su ja tik formaliai dėl kažko susiskambinęs buvo (dėl kažkokio dokumento).*“
- Neigiamos patirtys ir (ar) nuostatos dėl psichologinės / psichiatrinės pagalbos (4 atvejai):
 - Pagalbos priklausomybės nuo narkotinių medžiagų atveju trūkumas (1 atvejis). „*Nuvežam iš [ligoninės], ten pabūnam valandą, jo nepriima, vėl vežam atgal su greitąja, su policija. Galvojau, išbus ten porą mėnesių. Į mokyklą, sakom, tiek to, svarbu, kad jo sveikata gerėtų. Ten blogai buvo, ten žiauri gydymo įstaiga, jie visi kartu ten su negalia psichinę turinčiais. Kritiniais atvejais kreipdavau į polikliniką, į [gatvės pavadinimas], paauglių ten gydytoja nebloga buvo.*“
 - Artimasis atsisakė priimti pagalbą (priklausomybės nuo narkotikų atveju) (1 atvejis). „*Mes nueinam, jis pasišneka, dvi savaites viskas tvarkoj, o po to sekančio vizito nenori, sako, eik pats.*“

- Žinojo apie pagalbos galimybes, tačiau nesikreipė, nes netikėjo, kad tai padės (1 atvejis). „Mano sūnus buvo empatiškas, brandus jaunuolis, per empatiškas, ir visą pagalbą, kokią galėjo gauti, jis žinojo, kaip ją gauti, bet gal ta draugė buvo toks pavyzdys, patvirtinimas, kad ji tiek metų tame ir neišsikapsto ir jai dar blogiau nei jam, ir netikėjimas, kad tai gali padėti.“
- Nors ir lankėsi pas specialistus, bet pagalba nebuvo veiksminga (2 atvejai). „Pirmą kartą jis galvojo žudyti išėjęs iš to dienos stacionaro. Manau, tenai nebuvo visiškai atsižvelgta, įvertinta. Ir ta veikla buvo jam netinkama. Jis buvo toks akademinis žmogus, tie medžio darbai jam ten visiškai netiko.“
- Neefektyvi pagalba šizofrenijos atveju (1 atvejis). „Problema, kad jis niekada nebuvo gavęs profesionalios pagalbos. Buvo gulėjęs [ligoninėje] porą kartų, bet jis turėjo blogą patirtį ten, todėl nesikreipė ten daugiau pagalbos. Todėl tvarkėsi pats“; „Nebuvo jokios tęstinės pagalbos. Buvo paliktas su tuo vaistų receptu savo. Jis nepripažino savo ligos, mes jam sakydavom, kad turi būti receptas, kad jis turi gerti vaistus. Bet jis sakė – nėra jokio recepto“.
- Darbinės veiklos problemos (4 atvejai):
 - Nerimas dėl darbo praradimo prasidėjus karantinui (mirusysis dirbo aptarnavimo sferoje) (1 atvejis).
 - Sunkumai ieškantis darbo dėl narkotinių medžiagų poveikio emocinei būklei (1 atvejis). „Ieškojo darbo, gal jį būtų priėmę, bet po to pratrūko, o kodėl aš turiu ieškot darbo, aš nieko nenoriu, aš žlugęs žmogus.“
 - Sunkumai darbe dėl psichikos ligos (šizofrenijos), pavyzdžiui: sunkumai atlikti darbinės funkcijas, išėjimai iš darbo dėl psichikos ligos sukeltų emocinių išgyvenimų (2 atvejai). „Jis išėjo iš darbo, bet pats išėjo. Jam ten jau buvo įspėjimai, nes keistai elgėsi, bet jis pats išėjo. Dažnai keitė darbus. Arba jį išmesdavo, arba pats išeidavo.“
 - Darbo netekimas dėl sveikatos problemų (1 atvejis). „Kai tie skausmai pasidarė labai stiprūs, jis turėjo išeiti iš darbo, nes nebegalėjo knygų nešioti.“
 - Finansinės problemos dėl sunkumų išlaikyti darbą (2 atvejai).
- Sunkumai santykiuose su draugais (4 atvejai):
 - Nutrūkė ar atitolę artimi santykiai (2 atvejai). „Aišku, po to jis vardino, kad neturi draugų, kad klasiškai nuo darželio laikų, jis su jais nebendrauja, sakiau jam, kad tu pats pasirinkai“; „<...> po to prieš pat savižudybę mes išsikraustėme į savo butą. Bet jis liko su kitu draugu gyventi, mano vaikino broliu. Tačiau su tuo broliu jis neturėjo labai artimo ryšio, nebeturėjo žmogaus, su kuriuo galėtų pasikalbėti, kad prablaškytų jį“.
 - Neigiama draugų įtaka (1 atvejis). „Po gimnazijos nuėjo į [mokyklos pavadinimas] vidurinę, sakė, ten draugai visi narkomanai. Ašėjau žiūrėti į tą mokyklą, buvau apstulbęs, per pertraukas ne cigaretės rūko, o žolę.“

- Patyčios (1 atvejis). „Sakė, kad iš jo tyčiojasi mokykloje ir jisai tada sėdėdavo namuose.“
- Konfliktinės situacijos su draugais (1 atvejis). „Draugai pasakojo, kad kažkas su draugais naktį įvyko, sužinojo, kad jį apgavo. Jis rašė draugams, kvietė susitikti, jie pasakė, kad negali, po to sužinojo, kad jie visi linksminosi kartu. Tai buvo triggeriai kažkokie.“
- Sunkumai užmegzti artimus santykius (1 atvejis). „Manau, tas jo uždarumas, vienišumas. Jis buvo labai uždaras, niekam nesipasakojo, draugų beveik neturėjo. Manau, jam labai trūko santykio ir švelnumo, bet jis nemokėjo to santykio užmegzti.“
- Priklausomybė nuo narkotinių medžiagų arba žalingas jų vartojimas (3 atvejai). „Anksčiau labai daug rūkydavo žolės, bet čia anksčiau, paskutiniu metu lyg nerūkydavo, nors mes gal nežinojom“; „Jis paskutiniu metu pergyveno dėl to, kad tapo priklausomas. Neįvardindavo, bet kartais pratrūkdavo, kad sugadino sau gyvenimą, aš narkomanas“.
- Priklausomybė nuo alkoholio arba žalingas jo vartojimas (1 atvejis). „Jis jau labai seniai problemų su alkoholiu turėjo. Kada tik gaudavo pinigų už invalidumą, tai taip ir prageria.“
- Problemos su teisėsauga, t. y. nusižudęs asmuo buvo dalyvavęs nusikalstamose veiklose (2 atvejai). „Nežinau už ką, bet jo ieškojo policija. Buvo atvažiavę į namus, klausė, ar jis yra, davė tetai pasirašyti ir davė šaukimą į teismą. Nu kažką, matyt, jau buvo pridaręs. Būdavo, kad ir naktimis negrįždavo, nežinom, ką jis ten darydavo. Gal ir dėl to susinervavęs buvo.“
- Sunkumai studijose, moksluose (2 atvejai).
- Vienišumas (2 atvejai). „Jisai buvo vienišas, niekur nedirbo, nežinau, kur dienas leisdavo, būdavo, išeina dieną ir grįžta tiktai vakare.“
- Žalingas alkoholio vartojimas artimoje aplinkoje (1 atvejis). „Aš tada kviesdavau policiją dėl žmonos girtos virš 20 kartų. Buvo ir uždaryta į areštinę, išvežta į [skyrių ligoninėje]. Ir į [ligoninę] po ūmių psichozų, tą matydavo sūnus.“
- Sveikatos problemos (1 atvejis).

50–79 metų amžiaus grupė

Tyrimo metu buvo atliktos penkios (33 % visų atvejų) 50–79 metų nusižudžiusių asmenų atvejų analizės. Artimieji nurodė šias savižudybės priežastis:

- Sveikatos problemos (5 atvejai): fizinės traumos, kepenų funkcijos sutrikimai, onkologinė liga, regėjimo sutrikimai, stuburo problemos, kraujagyslių ir širdies ligos, skausmas. „Jai ir su kepenimis buvo blogai, po skrodimo sakė, kad visiškai geltonos. Išivaizduojat, kokią ji ten skausmą jautė.“

- Psichikos sutrikimai (2 atvejai):
 - Diagnozuota depresija (1 atvejis). *„Pusę metų reabilitacija vyrui, pas gydytojus, užrašiau pas psichiatrą, depresija, bet gydytoja reagavo šaltai, tik medikamentų išrašė, su manimi nenorėjo bendrauti.“*
 - Numanoma depresija (1 atvejis). *„Mamai galbūt buvo ilgalaikė depresijos forma kažkokia tikrai, nes liūdnės mintys buvo, pamąstymai liūdnėsni, nors apie savižudybę nekalbėjo, pradėjo slogesnius eilėraščius rašyti.“*
 - Sutrikęs miegas (1 atvejis). *„Nemiegodavo nuo tų vaistų naktį visiškai, jai niekas nesakė, galų gale pasakė kažkas, kad gali ryte gerti. Bet tos baimės atsirado dienos metu, kai ji miegot negalėjo.“*
- Buvimo našta jausmas (3 atvejai). *„Aš skaitau [manau], kad jis nenorėjo būti našta mums, kaip yra jei žmogus ligotas būna, ar kažkaip galvoja, kad kitiems gali būti sunku.“*
- Artimojo netektis (2 atvejai). *„<...> jis sakė, kad vienas nepragyvensiu, jis buvo priklausomas nuo mamos, tiek nuo jos elgesio, tiek nuo šiaip visko. Palaidojom mamą, po poros dienų – jis nusižudė.“*
- Priklausomybė nuo alkoholio arba žalingas jo vartojimas (1 atvejis). *„Tas specialistas, kur skrodimą darė, kažkaip komentavo, kad jinai ilgai marinavo savo kepenis, kad visos geltonos, supuvę jau tos kepenys buvo. Sako, kad nuo alkoholio. Jisai sakė, kad jinai turėjo stipriai gerti. Nu mes matydavom ją pavartojusią, bet jinai kontroliuodavo situaciją. Niekada nesu matęs jos labai girtos.“*
- Žalingas alkoholio vartojimas šeimoje (1 atvejis). *„Žinot, namie nesaldu. Vyras toks, kur iš jo išvis jokios naudos, tik geria ir geria, nei pasikalbėsi, nei ką.“*
- Sunkus ligos gydymas (1 atvejis). *„Amžinas važinėjimas į procedūras, mamai buvo nenuotaika, svoris ėmė kristi. Kulminacija buvo savižudybė.“*
- Patyrę grasinimus susidoroti (1 atvejis). *„Ketvirtą dieną perkėlė jį į palatą, atvažiavo pas jį trys žmonės iš to darbo. Sakė jam: „Jeigu tu išsižiosi, pasakysi, kad nelaimingas atsitikimas darbe, tau bus... Sakyk, kad namie.“ Trys vyrukai atėjo.“*

80+ metų amžiaus grupė

Tyrimo metu buvo atliktos penkios (33 % visų atvejų) vyresnių negu 80 metų nusižudžiusių asmenų atvejų analizės. Artimieji nurodė šias savižudybės priežastis:

- Sveikatos problemos: prostatos sutrikimai, judėjimo sunkumai, skausmas, regėjimo sutrikimai (5 atvejai).
- Artimojo netektis (3 atvejai). *„Priežastys, ko gero, giliau – po netekties [vyras mirė spalio mėn., maždaug pusę metų iki savižudybės], tėvą prižiūrėjo, depresija, labai sunkiai tą netektį išgyveno.“*

- Vienišumas (3 atvejai). „Taip pat galbūt vieniša jautėsi, aš užsienyje, mama tokia. Jeigu būtų buvę kitų žmonių, kurie padeda, būtų buvę lengviau. Kažkada gyvenau pas ją du mėnesius, tai linksmiau jai buvo“; „Sakyčiau, kad mūsų giminaitė buvo vieniša. Ji jau ilgus metus gyveno viena, vyras buvo miręs“.
- Psichikos sutrikimai (3 atvejai):
 - Diagnozuota depresija (3 atvejai). „Depresija – po tėvo [vyro] mirties ligoninėje... Namie negalėjo būti, atrodė visiškoje neviltyje, užeidavo toks kaip rūkas, tarsi viskas blanku darosi, nereaguodavo.“
 - Nerimo sutrikimas (2 atvejai). „Neaišku, gal kokią ligą išsigalvojo, gal pati to nesuprato, ką tuo metu jautė. Grįžom, mama buvo nerimastinga, bet nuėjo miegoti, ir išsiskirstė“; „Čia turbūt dėl depresijos, liga visgi. Na ir tas nerimas, ji nežinodavo, kaip su tuo nerimu tvarkytis. Buvo labai nerimastinga, nerimavo dėl tarytum tokių paprastų dalykų. Atrodydavo, kai pakalbėdavom, suprasdavo, kad nėra ko nerimauti, bet paskui vėl iš naujo“.
 - Sutrikęs miegas (1 atvejis). „Nemiga, jautri miegui buvo, nepailsėdavo, gal ir dėl streso nemiegojo.“
- Nesuteikta specialistų pagalba ir (ar) gydymas (3 atvejai):
 - Kreipėsi į gydymo įstaigą, tačiau pagalba nebuvo suteikta (1 atvejis). „Paskambinom greitajai, nusiuntė nuodugnesniam tyrimui. Be reikalo važiuom – tikėjomės, kad suteiks pagalbą, paguldys į ligoninę, mama sakė, kad jai reikia pagulėt, pasigydyt. Neaišku, gal kokią ligą išsigalvojo, gal pati to nesuprato, ką tuo metu jautė.“
 - Kreipėsi į gydymo įstaigą, bet pagalba nebuvo kokybiška (1 atvejis). „Ji užėjo pas gydytoją, sakė, pabuvo kokias 5 minutes, gydytoja išrašė tik vaistų. Ji grįžo labai nusivylus.“
 - Asmuo atsisakė kreiptis į gydytoją (1 atvejis). „Ten pas kokius gydytojus, nu nepriversi, per prievartą nenutempsi.“
- Buvimo našta jausmas (2 atvejai). „Dar sveikata, senatvė. Prostata, ten šlapimo nelaikymas. Bet bendrai suvokimas, kad esi per senas ir nebereikalingas. Jeigu būtų užsiėmimas, kažkas užsiimtų su juo, kažkokia veikla. Taip ir turėjo turbūt baigtis.“
- Atsisakė artimųjų pagalbos (1 atvejis). „Kadangi pas mus atsirado vietos mirus mamai, kviečiau ją kraustyti pas mus, kad nebūtų tokia viena, bet ji atsisakė, iš savo buto kraustyti nenorėjo.“
- Priklausomybė nuo alkoholio arba žalingas jo vartojimas (1 atvejis). „Pirmoj eilėj – alkoholis. Jis skaitė, kad jau per senas, jau nereikalingas. Alkoholis paskatino. Nervai pašlijo ir viskas. Jis nuo seno nervuotas žmogus buvo.“
- Sunkumai santykiuose šeimoje (1 atvejis). „Bet viskas perėjo į pykčius, barnius. Tėvui buvo reabilitacija, bet jis labai greitai atsistatė iš tikrųjų. Dar prisimenu, mano

žmona sakė – nedaryk klaidos, neapsigyvenkim su tėvais. Žodžiu, santykiai tik blogėjo, tai paskutiniu metu išvis nebebendravome visai su juo.“

- Sunkumai turint neįgalų vaiką (1 atvejis). *„Jos kartu negyveno, bet nu tiesiog, kažkas atsitinka gatvėje, mama daro nesąmones gatvėje. Tada kas nors skambina močiutei, sako, tavo dukra taip daro. Arba policija po visokių vagysčių parduotuvėse atvažiuoja, kaltina, kaip savo dukrą išauklėjai. O ji senas žmogus, viską dvigubai stipriau priima.“*
- Sunkus ligos gydymas (1 atvejis). *„Ir tada išleido ją iš ligoninės, turėjo eiti krūvas tyrimų visokių, ir, matyt, nusprendė, kad nereikia. Labiausiai su sveikata siečiau. Kai tu turi kas valandą į tualetą eiti, dar svetimoj aplinkoj, sunku, kai buvo paskutinį kartą ligoninėj, prašėsi greičiau grįžti namo, pamenu, klausė, kodėl daktarai negali tiesiog išpjauti tos prostatos.“*
- Užimtumo trūkumas (1 atvejis). *„Negali dirbti, nereikalingumo jausmas. Visą gyvenimą darbininkas. Jis iš miško tempdavo malkas, kad tik dirbti.“*

COVID-19 pandemijos ir karantino sukelti sunkumai

2020 m. prasidėjusi COVID-19 pandemija paveikė daugelio žmonių gyvenimus, tai rodė ir šio tyrimo rezultatai. Artimieji minėjo sunkumus, susijusius su pandemija ir karantino režimu šalyje, kurie galėjo turėti poveikio įvykusiai savižudybei (iš viso paminėta 7 atvejais, t. y. 47 % visų atvejų):

- Vienatvė (2 atvejais, 13 %). *„Nu vienas dalykas, kad per tą karantiną, man atrodo, ji truputį užsisėdėjo, gal nuo to buvimo namuose jos depresija sustiprėjo. Ji jautėsi vieniša, manau, labai išgyveno dėl sesers paralyžiaus.“*
- Atidėtas gydymas (1 atvejis, 7 %). *„Prasidėjo stiprus karantinas Lietuvoje, o mamai prasidėjo procedūros, nebuvo chemoterapijos, porą kart per savaitę nuvažiuoti pasidaryti kažkokias kitas procedūras. Kadangi karantinas vis stiprėjo, tai buvo daromos didelės pauzės tarp procedūrų, būdavo visą savaitę atšaukia procedūras.“*
- Dažnas COVID-19 testavimas (1 atvejis, 7 %). *„<...> mamą nuolat tirdavo dėl covid, nes vis koks atvejis būdavo.“*
- Sunkumai pakliūti pas gydytoją (1 atvejis, 7 %). *„Kažko labai rimto nebuvo, gal sveikata, sakydavo, čia tas karantinas, nedarbas, pykdavo, sakydavo: „kas čia per nesąmonė, negalima pakliūt“, pas gydytojus negalėdavo.“*
- Nekokybiška socialinė pagalba (1 atvejis, 7 %). *„Man atrodo, trūksta rūpesčio, nes šiaip daug kas susiduria su panašiom problemom, pinigų trūkumas, dabar gal daug kas sako, kad pirmoj vietoj korona, tai nieko kito nedaro, nepadeda, tai nepatenkin-tas esu, kaip turbūt ir daug žmonių.“*
- Nuotolinės psichologo konsultacijos (1 atvejis, 7 %). *„Mamai buvo priskirtas psichologas, nes ji sirgo onkologine liga. Bet tai buvo online, iš namų, nematė jos gyvai, mes tuos pokalbius girdėt galėjom, ji nebuvo atvira nei sau, nei psichologam.“*

- Nekokybiškos paslaugos gydymo įstaigoje (1 atvejis, 7 %). „Pasiūliau jai nueiti pas gydytoją. Galvojau, gal paskirs kokį gydymą, gal paguldys į ligoninę. Ji nuėjo viena, sakė, kad dėl pandemijos jai liepė laukti lauke prie poliklinikos, dar priekaištavo, kodėl ji čia per pandemiją vaikšto. Ji užėjo pas gydytoją, sakė, pabuvo kokias 5 minutes, gydytoja išrašė tik vaistų. Ji grįžo labai nusivylus.“
- Nerimas dėl galimo susirgimo COVID-19 (1 atvejis, 7 %). „Iš vakaro prieš tą nelaimingą atsitikimą mama pasijautė negerai – gal nerimas, gal informacijos iš radijo, TV dėl koronaviruso pandemijos. Mano sesuo mamą rado... Mama sakė, kad jai blogai, gal korona, ji blogai psichologiškai jautėsi tuo metu.“
- Nerimas dėl darbo praradimo (1 atvejis, 7 %). „Ketinimais nesidalino, bet porą dienų buvo įsitempęs dėl karantino, dirbo [specialybę], bijojo, kad darbą uždaro, kad reikės sėdėti namuose.“
- Nerimas, kad bus apribotos galimybės išeiti iš namų (1 atvejis, 7 %).

Tyrimo dalyviai visais atvejais nurodydavo bent po kelias savižudybės priežastis. Šios priežastys paprastai būdavo susipynusios. Dažniausiai (pusė ar daugiau visų atvejų) paminėtos savižudybės priežastys buvo: sveikatos problemos (11 atvejų, 73 %); psichikos sutrikimai (diagnozuoti ir numanomi) (10 atvejų, 67 %); neigiamos patirtys, susijusios su specialistų pagalba, ar nuostatos dėl jos (7 atvejai, 47 %); su COVID-19 pandemija susiję sunkumai (7 atvejai, 47 %); sunkumai santykiuose šeimoje (6 atvejai, 40 %). Trečdalis tyrimo dalyvių (5 atvejai, 33 %) paminėjo priklausomybę nuo alkoholio ir (ar) narkotinių medžiagų arba žalingą jų vartojimą, vienišumą, buvimo našta jausmą, artimojo netektį kaip sunkumus, susijusius su įvykusia savižudybe.

Savižudybės rizikos ženklai

Paklausti, ar buvo kokių nors ženklų, rodžiusių, kad savižudybė gali įvykti, 7 (47 %) tyrimo dalyviai atsakė neigiamai. Tad kiek daugiau nei pusė, aštuoni (53 %) tyrimo dalyviai iki savižudybės pastebėjo tam tikrus savižudybės rizikos ženklus. Svarbu pridurti, kad atliekamo tyrimo metu, jau įvykus savižudybei, keturi iš septynių artimųjų, iki savižudybės nepastebėjusių jos ženklų, svarstė, kad, žvelgiant atgal, buvo galima matyti tam tikrų ženklų, rodžiusių buvusią savižudybės riziką. Tad iš viso įvairius savižudybės rizikos ženklus nurodė 12 (80 %) tyrimo dalyvių.

Tyrimo dalyviai nurodė šiuos savižudybės rizikos ženklus, susijusius su artimųjų išsakytais žodžiais, emocijomis, būsenomis ar elgesiu:

- penkis (33 %) jau ilgą laiką buvo apėmusi savižudybės krizė. Pavyzdžiui: „Sakydavo jis daug ir seniai, bet kokią savaitę iki savižudybės mažiausiai ženklų turbūt buvo. Jis nuolat kartojo, kad pasikars“; „Nežinau, kaip įvardinti, ilgą priešistorę, užsitęgsi“;

- aštuoni (53 %) tiesiogiai kalbėjo apie savižudybę: „Paskutiniu metu jis atvirai sakydavo, kad vis tiek nusižudys. Atsimenu, kad vieną žiemą sakė, jog to nedarys prieš šventes, nes mums paskui bus liūdna, nenorėjo gadinti švenčių“;
- keturi (27 %) netiesiogiai kalbėjo apie savižudybę: „Buvo žodžiai man niekas nemielas, gyvenimas nemielas“;
- keturi (27 %), kaip buvo matyti, išgyveno emocinę įtampą: „Labai stengėmės jos nepalikti vienos, aš šnekindavau, nuramindavau, ji nerimaudavo ir pergyvendavo dėl visokių gal, atrodytų, nereikšmingų dalykų. Mes pasikalbėdavom, ji sakydavo, jog palengvėdavo. Bet po to kitą dieną vėl tas pats, vėl kalbėdavo, kad jai labai blogai, jog nenori gyventi“;
- trijų (20 %) savižudybės riziką buvo galima pastebėti iš tam tikro elgesio – agresijos, sustiprėjusio alkoholio vartojimo ar keisto, nebūdingo artimajam elgesio: „Jis porą mėnesių grįžęs iš to [ligoninės] stipriai vartojo alkoholį. Manau, tai buvo pagalbos prašymas. Tame laiške, kurį radau, jis rašė, jog gėrė tam, kad atkreiptų aplinkinių dėmesį. Tai tęsėsi apie porą mėnesių. Tada jis nustojo“;
- trys (20 %) praeityje buvo mėginę nusižudyti: „Prieš [X] metų ištraukiau jį iš šulinio, pasikabino akmenį ant kaklo ir išoko. Bet laiku pamatėme. Tai [X] metų jis ir šnekėjo apie pasidarymą sau galą.“ Nors iš visų šio tyrimo atvejų penkiais (33 %) buvo bandyta nusižudyti anksčiau, iš jų dviem atvejais (13 %) tyrimo dalyviai nenurodė to kaip padidėjusios savižudybės rizikos ženklo, nes mėginimas nusižudyti įvyko arba gana seniai, prieš daugiau nei 10 metų, arba ilgai užsitęsusi savižudybės krizė skatino dvejoti artimojo ketinimų rimtumu: „Mes negalvojom, kad kažką jis tikrai padarys. Jau daug metų čia tas tęsėsi.“

Trys (20 %) tyrimo dalyviai teigė, jog jiems nekilo jokio įtarimo, kad artimasis galėtų nusižudyti. Jie pasakojo, kad artimasis visiškai nebuvo užsiminęs apie savižudybę ar nebuvo jokių ženklų, kurie galėjo rodyti, kad gali įvykti savižudybė: „Šiuo metu net nebuvo atėję į galvą, kad taip gali būti. Nebuvo ženklų.“ Vienu iš šių atvejų tyrimo dalyvio artimasis buvo mėginęs nusižudyti praeityje, tačiau šis mėginimas įvyko daugiau nei prieš 25 metus. Kitu atveju tyrimo dalyvis nebuvo tikras, ar savižudybė nebuvo atsitiktinumas, tad ženklų nebuvimą siejo su savižudybės spontaniškumu: „Visokias priežastis galvojau po to, bet priėjau išvados, kad tikrai negalima pasakyti, čia 50 ant 50, ar žinojo, ką daro, ar ne, ar planavo ir iš anksto ruošėsi, ar čia daugiau atsitiktinumas buvo, iš neat-sargumo.“ Svarbu pridurti, kad, nepaisant ženklų nebuvimo, vienas tyrimo dalyvis jautė padidėjusį nerimą, nors ir tuo metu to nesiejo su artimojo savižudybės rizika: „Ne. Jo ženklų nebuvo. Bet aš mėnesį iki savižudybės jaučiau nerimą. Nežinojau, kodėl. Galvojau, kad čia su manim susiję, kad pervargau, gal darbe. Bet dėl ko, aš nežinojau.“

Keturi (27 %) tyrimo dalyviai jau įvykus savižudybei svarstė, kad buvo galima pastebėti tam tikrus ženklus, rodžiusius buvus savižudybės riziką, tačiau jų tuo metu nepastebėjo dėl tam tikrų priežasčių. Keturi (27 %) savižudybės rizikos ženklus pastebėjo

tyrimo dalyviai taip pat nurodė panašias priežastis, kodėl nebuvo lengva priimti esamus ženklus:

- penki (33 %) pastebėjo ženklus, bylojančius apie norą gyventi: „*Nors vis tiek kabinosi, ieškojo ir psichologinės pagalbos, ir vaistus gėrė. Kai dabar pagalvoju, jis perveždė pinigus už <...> kursus. Dabar suprantu, kad tai buvo tam tikras ženklas, tačiau tada galvojau, kad galbūt jisai tvarkosi, kad čia į gerą*“;
- penkiems (33 %) buvo sunku patikėti, kad savižudybė gali įvykti (arba iki šiol sunku tai priimti): „*Jinai vis viskuo atrodė tokia užsiėmus, tikrai negalvojom, kad taip padarys. Dar ir dabar aš galvoju, kad nu čia ne savižudybė buvo*“; „*Bet niekada netiki, kad žmogus padarys. Ir, atrodo, pati esu praėjusi tas patirtis, <...> bet vis tiek neatrodė, kad taip gali atsitikti. Matėsi, kad jam sunku, bet negalvoji, kad taip padarys*“;
- keturi (27 %) pastebėjo pablogėjusią emocinę būseną, kurią siejo ne su savižudybės rizika, bet su kitais sunkumais: „*Gal tada atrodė liūdnėsnė, bet žinot, pagalvoju, jog nu metinės artėja, nu normalu, kad gal daugiau prisimena, pergyvena*“;
- du (13 %) tiesioginio ar netiesioginio kalbėjimo apie savižudybę tuo metu nesureikšmino: „*Kartą ar du per metus pasakydavo, kad nusižudys, tai man atrodė realistiška, kad tiesiog iš supykimo pasako*“;
- du (13 %) keisto, nebūdingo artimajam elgesio tuo metu nesiejo su savižudybės rizika: „*Dabar, kai pagalvoju, ji labai skubėjo vyro kapą tvarkyti. Jis jau seniai miręs. Ji norėjo ten paminklą ir visa kita aptvarkyti. <...> Kai baigė tvarkyti, ji sakė, kad jai palengvėjo. Galvojom tiesiog, kad palengvėjo, nes šitas reikalas sutvarkytas. Tikrai netikėjom, kad ji taip padarys.*“

Paklausti, kaip juos asmeniškai veikė pastebėti savižudybės rizikos ženklai, 11 (73 %) tyrimo dalyvių pasidalijo savo patirtimi. Paprastai susidūrę su tokia situacija tyrimo dalyviai (10, 67 %) stengėsi savarankiškai ar kartu su kitais artimaisiais padėti: bendrauti, nepalikti asmens vieno, kalbėtis, palaikyti, patarti, paskatinti į savo situaciją pasižiūrėti pozityviau arba neigiamai atsiliepti apie savižudybę: „*Ji kalbėjo apie mirtį, apie tai, kad nebenori gyventi. Mes bandydavom su ja kalbėtis, nepalikti vienos*“; „*Nežinau, tiesiog ilgai bendrauti stengdavausi, bet jis vis verkdamas... Šnekėdavau ilgai, valandomis kalbėdavomės*“; „*Kalbėjo, kad nori pasitraukti iš gyvenimo. Būtų galima iššokti, būtų galima iš karto užsimušti. Bet sakydavau jai – nesąmonės kalbi, gi negalima taip daryti*“; „*Mes bandėm su tėčiu motyvuoti, nukreipti tas kalbas, kad taip nėra, kad tai liga ir mes turim visi kaip šeima vienas kitam padėti*“. Į psichikos sveikatos ar kitus specialistus kreipėsi du (13 %) tyrimo dalyviai: „*Mes jau jautėmės išnaudoję visas savo galimybes. Pasiūliau jai nueiti pas gydytoją. Galvojau, gal paskirs kokią gydymą, gal paguldys į ligoninę*.“

Beveik visi savižudybės rizikos ženklus pastebėję tyrimo dalyviai (10; 67 %) vardijo įvairius sunkumus, su kuriais jie susidūrė. Penki (33 %) tyrimo dalyviai paminėjo kilusį bejėgiškumo jausmą, pyktį ar nerimą: „*Na, būdavo toks bejėgystės jausmas. Kad kalbi su ja kasdien, kiekvieną savaitgalį lankydavom. Kaip ji sakydavo, jai palengvėdavo, bet pas-*

kui vėl tas pats iš naujo. Jautėmės išsėmę visus savo resursus“; „Įtampą jausdavau nuolat. Manau, ir sesuo, su kuria gyveno, ją jautė“. Šeši (33 %) tyrimo dalyviai sakė, kad situaciją apsunkino artimojo nenoras priimti jų teikiamą ar siūlomą pagalbą: *„Viską sunkino tai, kad jis buvo toks uždaras“; „Bandėm kalbint pagalbą, bet jis nieko, jam nieko nereikėjo, jam žemė iš po kojų išslydo ir nieko kito nematė“; „Jam psichologai ir gydytojai nepadės, nes neitų pas tokius“.* Keturi (27 %) tyrimo dalyviai minėjo, kad konfliktiškas artimojo elgesys mažino norą ar galimybes padėti, du (13 %) iš jų nurodė konfliktišką sergančio priklausomybe nuo alkoholio ar narkotinių medžiagų artimojo elgesį: *„Per eilę metų, tos agresijos iš jo pusės, nu nusibodę yra. Visa šeima išmoko nebekreipti dėmesio į tai. Kai tik prisigeria – trankymas, daužymas. Jei negauna daugiau gerti – tai eisiu pasikarti. Kai jau pasikorė, tai gaila, bet kaip mes reagavom, kai sakydavo – niekaip.“* Trys (20 %) tyrimo dalyviai paminėjo, kad ilgai besitęsianti artimojo savižudybės krizė mažino jų reakcijos stiprumą, ilgainiui darėsi sunku nuolat stengtis padėti: *„Siūlydavom pagalbą, bet jis atsisakydavo. Mes nebuvom su juo tiek, kiek reikėjo, nes turėjome savo gyvenimus. Kalbėdavom su juo, bet jam vis daugiau reikėdavo ir daugiau to dėmesio.“* Pasak trijų (20 %) tyrimo dalyvių, situaciją apsunkino dabartinė ar ankstesnė neefektyvi psichikos sveikatos specialistų pagalba: *„Na, kaip sakiau, daug tikėjomės iš gydytojos, galvojom, kad ji nueis, turės galimybę išsikalbėti, gydytojas ją išklausys, gal paguldys į ligoninę. Labai nuvylė, kad ji nuėjo ir taip atgal parsiužta buvo“; „Jam būtų padėjusi psichoterapija, vaistai. Būtų padėjusi profesionali pagalba. Turėjo blogą patirtį [psichiatrinėje ligoninėje], todėl jis nebesikreipė ten. Ten žmonės vaistais paveikia ir jie nebesijaučia savimi“.* Du (13 %) tyrimo dalyviai minėjo asmeninius sunkumus (rūpinimąsi kitais šeimos nariais ar kt.), dėl kurių buvo sunku reaguoti į artimojo ilgalaikę savižudybės krizę: *„Tuo metu mano [kitas artimasis] irgi patyrė stiprius panikos priepuolius, reikėjo juo rūpintis. [Kitam artimajam] prasidėjo [neurologinė liga]. <...> Ir vis tiek reikėjo dirbti, išlaikyti šeimą. Tai gal ir nebeturėjau nei laiko, nei jėgų reaguoti.“*

Tyrimo dalyviai, paklausti apie gautą pagalbą susidūrus su sunkumais, deja, kalbėjo nedaug. Dviem (13 %) tyrimo dalyviams lengviau priimti situaciją padėjo ankstesnė asmeninė patirtis ar savo atsakomybės ribų supratimas: *„Man tai lengva, aš daug visko matęs, tai suprantu, kad kiekvienas renkasi savo gyvenimą, kažkaip priimu tai“; „Aš pati jaunystėje galvojau apie savižudybę, jei sunku sunku, tai kaip išeitis atrodė, kad gali nekontroliuoti. Manęs ta būsena taip nestebino dėl to“.* Vienam (7 %) tyrimo dalyviui padėjo matytas teigiamas jo pastangų poveikis artimajam: *„Gal kai sunku būdavo, padėdavau jam priimti sprendimus, kad nėra baisu iš darbo išeiti, palaikymą rodžiau, jis darė sunkių sprendimų, įkalbėtas manęs, kad viskas bus gerai ir viskas buvo gerai.“* Vienam (7 %) tyrimo dalyviui padėjo kitų žmonių – artimųjų palaikymas: *„Man padeda močiutė, jos palaikymas, jos žodžiai.“*

Kokie yra tyrimo dalyvių poreikiai, galime kelti prielaidas remdamiesi jų anksčiau minėtais sunkumais, tačiau patys tyrimo dalyviai juos retai nurodė. Du (13 %) paminėjo, jog tuo metu neatrodė, kad jiems reikia pagalbos: *„Tuo metu nesikreipiau pagalbos, galvojau, kad man jos nereikia. Nors žinojau, kur kreiptis“; „Gal reikėjo ne mums kalbėt,*

o kreiptis į instancijas, psichiatras čia turbūt, na, mes bandėm patys įkalbėti, bet nepadėjo“. Vienas (7 %) tyrimo dalyvis paminėjo edukacinės informacijos apie psichikos sveikatą ir savižudybės riziką svarbą: „Net šiuo klausimu, savižudybių, trūksta švietimo, žinių visiems reikia. Supratimo, atkreipimo dėmesio į problemą. Aš negaliu suprasti, kaip žmogus mąsto, kai galvoja apie savižudybę, tai nežinojau ir nieko, nei kaip pastebėti, nei kaip padėti.“

Ankstesni mėginimai nusižudyti

Penkiais atvejais (33 %) artimieji žinojo apie ankstesnius artimojo mėginimus nusižudyti. Pavyzdžiui: „Kiek žinau, išėjęs iš [ligoninės] tą pačią dieną jis ketino nusižudyti, bet, kaip jis rašė laiške, kurį radau jo pašte, jam tiesiog pritrūko jėgų“; „Šiais metais [mėnuo], man atrodo, jis bandė ant laiptų pasikart. Mes jį sustabdėm. Jam ten buvo pablogėjimas. Ištraukėm iš kilpos. Iškvietėm greitąją“; „Vienąkart jis buvo įvardijęs, kad bandė, išėjo iš namų keliom dienom, po to iš [ligoninės] skambina, buvo su draugais, padaugino. Prisirijo visokių vaistų, įvardino“.

Didžioji dalis mėginusiųjų nusižudyti (keturi, 80 %) – vyrai. Tarp anksčiau mėginusiųjų nusižudyti yra panaši dalis vyrų kaip ir visoje tyrimo imtyje (dešimt vyrų (67 %) ir penkios moterys). Kadangi mėginimų nusižudyti patirtis dažnai slepiama, galima kelti prielaidą, kad ne visais atvejais artimieji žinojo šį faktą ir kai kurie atvejai tyrimo metu nebuvo išaiškinti.

Visi mėginusieji nusižudyti iki savižudybės atliko vieną bandymą nusižudyti. Per pastaruosius metus ar prieš metus mėgino nusižudyti du asmenys. Abiem šiais atvejais savižudybės metodas buvo tas pats, kaip ir ankstesnio mėginimo nusižudyti metu; vienu atveju artimieji minėjo, kad asmuo pasitikrino savižudybės metodą, kuriuo vėliau nusižudė. Prieš trejus ir daugiau metų mėgino nusižudyti trys asmenys, du iš jų – prieš 10 ir daugiau metų. Vienu iš šių atvejų savižudybės metodas buvo tas pats, kaip ir ankstesnio mėginimo nusižudyti metu, dviem atvejais bandyta nusižudyti kitu metodu nei savižudybės metu.

Iš penkių mėginusiųjų nusižudyti trims (60 %) buvo diagnozuoti psichikos sutrikimai: dviem buvo diagnozuota depresija, vienam – šizofrenija, apie kitų dviejų nusižudusiųjų psichikos sutrikimo diagnozę tyrimo dalyviai neturėjo tikslesnės informacijos, tačiau minėjo apie galimą priklausomybę nuo alkoholio ar narkotinių medžiagų.

Didesnė dalis (trys, 60 %) mėginusiųjų nusižudyti gavo pagalbą po įvykio. Vienu atveju asmuo po mėginimo nusižudyti pagalbos negavo, nes tuo metu niekas nesužinojo apie savižudišką artimojo veiksmą, kitu atveju artimasis pagalbos nesulaukė, nes vengė ją priimti: „Nebuvo, nieko nebuvo, jokių gydytojų, nieko. Nepriversi jo pas gydytoją eiti.“

Prie gautos pagalbos po vieną kartą minėta tik įvykio vietoje suteikta medicinos pagalba (nes kitos siūlytos pagalbos – vykimo į stacionariąją psichiatrinę ligoninę – atsisakė mėginęs nusižudyti artimasis), ambulatorinė psichologinė / psichiatrinė konsultacija

arba stacionarinė pagalba psichiatrinėje ligoninėje. Tęstinių psichologo ar gydytojo psichiatro konsultacijų nebuvo gavęs nė vienas mėginęs nusižudyti asmuo.

Dviem atvejais artimieji sakė buvę patenkinti suteiktos pagalbos kokybe: kaip to priežastis artimieji minėjo tai, kad po gydymo ligoninėje ilginiui asmens emocinė būseną pagerėjo, ir tai, kad specialistai pasiūlė reikiamą pagalbą, tačiau jos atsisakė pats mėginęs nusižudyti asmuo.

Pavyzdžiui: „*Tiesiog grįžo į gyvenimą, ta tema tarsi išsityrė. Po to tas negerumas praėjo, lyg atgimė*“; „*Nu jie padarė, ką galėjo, nu gi negali žmogaus per jėgą paimti*“.

Vienu atveju artimieji sakė buvę nepatenkinti suteiktos pagalbos kokybe: kaip to priežastis jie minėjo specialistų kompetencijos, glaudesnio bendradarbiavimo su asmens artimaisiais trūkumą: „*Gydytoja net sakė, koks jis gudrus, su juo visą valandą kalbėjo psichologė, kuri išėjo, sako, ko jūs norite, taigi viskas tvarkoj. Ji nieko nesuprato*“.

Sveikatos būklė ir sutrikimai

Ši rezultatų dalis pristato nusižudžiusiojo artimųjų pateiktą informaciją apie nusižudžiusio asmens paskutiniu metu buvusią sveikatos būklę, fizinės ir psichikos sveikatos sutrikimus ir alkoholio vartojimą. Dalyje atvejų tyrimo dalyviai asmens sveikatos būklę tiesiogiai nurodė kaip savižudybės priežastį; kitais atvejais tiesioginės sąsajos tarp fizinės, psichikos sveikatos sunkumų ir savižudybės artimieji nematė, tad šioje dalyje pristatoma informacija nevisiškai susikloja su pristatyta aptariant savižudybės priežastis.

Fizinė sveikata

Vienas ar keli fizinės sveikatos sutrikdymai (t. y. ligos, traumos, neįgalumas) prieš mirtį buvo minėti 12-a atvejų (80 % visų atvejų). Šešiais atvejais (40 % visų atvejų) buvo paminėtos patirtos fizinės traumos, judėjimo sistemos ar judėjimo sunkumai. Penkis kartus (33 % visų atvejų) minėtos onkologinės, skrandžio ir virškinimo sistemos ligos. Keturis kartus (27 % visų dalyvių) tyrimo dalyviai akcentavo, kad mirusysis paskutiniu metu išgyveno fizinį skausmą. Tris kartus (20 % atvejų) tyrimo dalyviai pasakojo apie nusižudžiusiojo širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimus, du kartus (13 % atvejų) apie neaiškius, nenustatytus fizinės sveikatos sutrikimus, kuriuos patyrė mirusysis. Du kartus (13 % atvejų) buvo paminėtos prostatos ligos, du kartus (13 % atvejų) – akių ligos, po vieną kartą minėtos endokrininės sistemos ligos ir kvėpavimo sistemos ligos.

Psichikos sveikata

Informacija apie diagnozuotus psichikos sutrikimus, kurią turi artimieji, dažnai gali būti netiksli (pvz., artimasis pasakoja, kad nusižudžiusysis lankėsi pas šeimos gydytoją, kuris jam išrašė antidepresantų: „*Jis paskutiniu metu lankėsi pas šeimos gydytoją čia, savo gimtajame mieste, išsirašydavo antidepresantų*“). Tokia informacija gali būti apie

esamą diagnozuotą psichikos sutrikimą, maišatį tarp gydytojų, pas kuriuos lankėsi nusižudžiusysis, ar nežinojimą, kokios grupės vaistai buvo išrašomi mirusiajam. Arba artimasis žino, kad kažkas buvo diagnozuota, bet netvirtai: „Tiksliai nežinau, ką diagnozavo, bet turbūt depresiją. Depresuoti mėgdavo praeityje, galėdavo ilgai nekalbėti, mėnesiais, dėl to sunku buvo kartu su juo gyventi, nieko nenorėdavo.“ Taigi negalime tvirtai teigti, kad artimasis turėjo diagnozuotą depresiją, tačiau tyrimo dalyvis gali papasakoti, jog matydavo panašių kaip sergant depresija išgyvenimų. Todėl čia pateikiama tyrimo dalyvių turima informacija apie konkrečius psichikos sutrikimus nėra galutinai tiksli, tačiau yra svarbi supratimui, kokio spektro psichikos sveikatos sunkumų patyrė nusižudžiusieji ir kokie pavadinimai ar kokios reikšmės gali būti suteikiami jų patirtiems sunkumams.

Septyni (47 %) tyrimo dalyviai gana tvirtai žinojo, kad nusižudęs artimasis turėjo kokį nors psichikos sutrikimą. Dažniausiai artimieji minėjo depresiją (keturi atvejai, 27 %), dviem atvejais (13 %) – šizofreniją, dar vienu atveju (7 % visų tyrimo dalyvių) taip pat paminėta, kad su depresija buvo ir nerimas (tačiau neaišku, kokia tiksliai buvo diagnozė).

Dar keliais atvejais liko neaišku, ar psichikos liga buvo diagnozuota. Pavyzdžiui, vienu atveju buvo pasakojama apie nusižudžiusiojo diagnozę vaikystėje (aktyvumo ir dėmesio sutrikimas), tačiau nebuvo aišku, ar diagnozė buvo tiksli. Kitu atveju artimasis manė, kad diagnozė tikrai turėjo būti susijusi su pykčiu, agresija ar alkoholio vartojimu, tačiau nusižudžiusysis nesikreipė pagalbos. Taip pat keturiais atvejais (27 %) buvo paminėti miego sunkumai, nemiga (kartais dėl streso, įtampos, nerimo, kartais dėl šalutinio vaistų poveikio) ir trimis (20 %) – į depresiją panašūs sunkumai, kuriuos patyrė nusižudžiusieji. Taip pat trimis (20 %) atvejais buvo minėta, kad nusižudžiusysis turėjo problemų dėl alkoholio vartojimo ir tris kartus (20 % atvejų) buvo paminėtas narkotinių medžiagų vartojimas.

Alkoholio vartojimas

Iš 15 atliktų interviu aštuoniais atvejais (53 %) artimieji teigė pastebėję, kad nusižudžiusysis turėjo sunkumų dėl alkoholio (6 atvejai, 40 %) ar kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo (3 atvejai, 20 %). Penkiais atvejais (33 %) (2 atvejais alkoholio, 1 atveju kitų psichoaktyviųjų medžiagų, 1 atveju alkoholio ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų) šios vartojimo problemos buvo ilgalaikės ir įsisenėjusios („Labai daug vartojo, iki žemės griebimo, iki nukritimo, daugiadienės“; „Jis buvo, kaip pasakyti, maratonininkas – gali metus negerti, o po to keturias dienas, dvi savaites geria“; „Jis jau labai seniai problemų su alkoholiu turėjo. Kada tik gaudavo pinigų už invalidumą, tai taip ir prageria. Ir narkotikus naudojo“).

Keturiais atvejais (27 %) pastebėti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo įpročių pasikeitimai prieš savižudybę, trimis atvejais (20 %) vartojimas sustiprėjo arba padažnėjo („Prieš savaitę pradėjo alkoholio daugiau nei įprasta gerti, čia man buvo kabliukas. <...> Trečiadienį atsinešė po darbo alkoholio, grįžo, sako, „man norisi šiandien“; „Gal paskuti-

niu metu ją dažniau išgėrusią pamatydavau, bet jūs tik nepagalvokit. Ji viską visada susitvarkydavo, į darbą išeidavo“), vienu atveju sumažėjo („Jo poelgis, nebuvo apsvaigęs, gal savaitę nevartojęs buvo visiškai, gal abstinencija“), vienu atveju tyrimo dalyvis tiesiogiai pasakė, jog vartodamas alkoholį artimasis siekė atkreipti dėmesį į turimus sunkumus („Jis porą mėnesių grįžęs iš to dienos stacionaro stipriai vartojo alkoholį. Manau, tai buvo pagalbos prašymas. Tame laiške, kurį radau, jis rašė, jog gėrė tam, kad atkreiptų aplinkinių dėmesį. Tai tęsėsi apie porą mėnesių“).

Trimis (20 %) atvejais alkoholio vartojimą artimieji siejo su sustiprėjusia nusižudžiusiojo agresija savo ir kitų atžvilgiu („Yra buvę paleidęs kirvį į mane, yra į anūką, mano sūnų. Nu, laimei, nepataikė. <...> dar kai alkoholio užpila, tai pyktis, agresija“; „Eidamas gėlę kokią parversdavo, sudaužydavo, vienąkart namo ateinu, iš keptuvės padarytas susuktinis“; „Prigėręs būdavo išvis neadekvatus, agresyvus prieš mus būdavo, reikėdavo policiją kviesti“) arba aktyviau išsakomomis mintimis apie savižudybę („Kai išgeria paūmėja – eisiu pasikarsiu“). Dviem atvejais (13 %) nusižudžiusieji buvo apsvaigę savižudybės metu („Tą vakarą matėm, kad jam blogai, klausėm, ar kviesti greitąją. Jis sutiko, iškvietėm. Jį pasiėmė, bet gal po valandos grįžo, su degtinės buteliu ir ėmė gerti“).

Pažymėtina, kad nedidelė dalis nusižudžiusiųjų siekė gydymo nuo priklausomybės arba jį gavo. Iš šio tyrimo metu atliktų interviu tik vienu atveju artimasis galėjo suteikti aiškos informacijos, kad nusižudęs asmuo buvo gydomas nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo. Žinoma, svarbu turėti galvoje, jog sunkumai dėl priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų dažnai buvo užslėpta problema, apie kurią artimieji ne visada žinojo („Tas specialistas, kur skrodimą darė, kažkaip komentavo, kad [kepenys] visos geltonos <...> buvo. Sako, kad nuo alkoholio greičiausiai. Jisai sakė, kad jinais turėjo stipriai gerti“). Dėl su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu susijusios stigmos artimieji gali neatkreipti dėmesio į šiuos sunkumus, būti linkę šiuos sunkumus normalizuoti, sumažinti.

Gautos sveikatos priežiūros paslaugos

Šioje dalyje pristatoma artimųjų pateikta informacija apie paskutiniu metu gautą pagalbą sveikatos priežiūros sistemoje: tiek dėl fizinės, tiek dėl psichikos sveikatos sutrikimų. Pažymėtina, kad šie duomenys atspindi artimųjų turimą informaciją ir situacijos vertinimą. Tyrimo dalyviai ne visada žinojo, pas kokius specialistus asmuo lankėsi, galėjo painioti psichikos sveikatos specialistus (psichiatras, psichologas, psichoterapeutas). Vis dėlto dauguma interviu dalyvių pateikė detalius suteiktos pagalbos apibūdinimus, kurie leidžia įžvelgti tam tikras tendencijas.

Keturiolika tyrimo dalyvių (93 % visų tyrimo dalyvių) minėjo, kad jų artimasis prieš savo mirtį apsilankė pas kokį nors sveikatos priežiūros specialistą. Aštuoni tyrimo dalyviai (53 %) sakė, kad jų artimasis paskutiniu metu lankėsi pas vieną kokį nors gydytoją, penki tyrimo dalyviai (33 %) pasakojo, kad nusižudžiusysis prieš savo mirtį lankėsi pas kelis įvairių sričių gydytojus.

Konsultavę gydytojai:

- šeimos gydytojas (6 interviu – 40 %);
- gydytojas psichiatras (4 interviu – 27 %);
- kiti, ne psichikos sveikatos, gydytojai (7 interviu – 47 %) – kardiologo, onkologo ir kitų specialistų konsultacijos.

Dar vienas tyrimo dalyvis (7 %) paminėjo, kad artimasis lankėsi pas kažkurį psichikos sveikatos specialistą, bet nežinojo, kurį. Du tyrimo dalyviai (13 %) pasakojo, kad jų artimasis paskutiniu metu prieš mirtį lankėsi pas psichologą.

Septyni tyrimo dalyviai (100 % atvejų, kai buvo pasakojama apie mirusiojo psichikos sutrikimą) minėjo, kad jų artimasis buvo gydomas dėl psichikos sutrikimo. Iš jų trys tyrimo dalyviai (43 %) sakė, kad jų artimasis dėl psichikos sutrikimo buvo gydomas ambulatoriškai tik vaistais. Du tyrimo dalyviai (29 %) pasakojo, kad jų artimasis dėl psichikos sutrikimo buvo gydomas stacionare arba dienos stacionare, bet nežinojo, ar ten buvo gydoma tik skiriant vaistus, ar ir psichoterapija, psichologiniu konsultavimu. Vienas tyrimo dalyvis (14 %) minėjo, kad jo artimasis buvo gydomas stacionare vaistais ir psichoterapija ir (ar) psichologiniu konsultavimu ir dar vienas tyrimo dalyvis (14 %) minėjo, kad nusižudžiusiajam buvo suteikta ambulatorinė psichiatrinė ir (ar) psichologinė pagalba (neaišku, kokia tiksliai).

Net septyni tyrimo dalyviai (47 % visų tyrimo dalyvių) pasakojo, kad jų artimasis dažnai atsisakydavo pagalbos, kai ji būdavo siūloma, arba būtų atsisakęs, jeigu jie būtų jam pasiūlę. Tai atskleidžia pagalbos siekimo proceso sudėtingumą ir iš dalies paaiškina, kodėl kai kurie tyrimo dalyvių artimieji galėjo negauti pagalbos dėl savo sunkumų arba, net gavę pagalbą, nesilaikė gydymo rekomendacijų, neturėjo tęstinės pagalbos.

Tik du tyrimo dalyviai (29 % tų tyrimo dalyvių, kurie pasakojo apie mirusiojo psichikos sutrikimą) pažymėjo, kad gydymas nuo psichikos ligos padėjo („*Geriau jautėsi, nevisiškai gerai, bet...*“). Trys tyrimo dalyviai (43 %) nepastebėjo, kad gydymas būtų turėjęs kokį nors poveikį jų artimajam („*Nesuteikė pagalbos, tik vaistus išrašė, raminau, jokio gydymo ar poveikio nebuvo, naudojo vaistus ir tiek, po to nebenorėjo tęsti tokios pagalbos, ir kilpa gavosi*“). Penki tyrimo dalyviai (71 %) buvo nepatenkinti gydymo kokybe dėl to, kad buvo skiriamas gydymas tik vaistais („*Užrašiau pas psichiatrą, depresija, bet gydytoja reagavo šaltai, tik medikamentų išrašė*“; „*Buvo paliktas su tuo vaistų receptu savo. Jis nepripažino savo ligos, mes jam sakydavom, kad turi būti receptas, kad jis turi gerti vaistus. Bet jis sakė – nėra jokio recepto*“). Du tyrimo dalyviai (29 %) pasakojo, kad gydymas vaistais nuo psichikos ligos turėjo šalutinių poveikių („*Jis po psichiatrinės ateidavo toks visas storas, matyt, nuo tablečių, nemačiau kažkokio didelio pagerėjimo, gal net jam po biškį blogėjo*“). Du tyrimo dalyviai (29 %) minėjo, kad gydymo poveikio nebuvo dėl to, kad nusižudę jų artimieji nesilaikydavo gydymo režimo (nevertodavo vaistų ir pan.). Panašu, kad gydymas nuo psichikos ligos, kaip matyti iš tyrimo dalyvių pasakojimų, dažnai apsiribodavo medikamentiniu gydymu ir stokojo psichologinio konsultavimo, galinčio padėti motyvuoti gydytis ir įveikti ne tik simptomus, bet ir psichikos sunkumų priežastis.

Penki tyrimo dalyviai teigė (71 % tų tyrimo dalyvių, kurių artimasis sirgo psichikos liga), kad gydant jų artimuosius nuo psichikos ligos pritrūko individualaus dėmesio ir rūpesčio pacientais. Du tyrimo dalyviai (29 %) manė, kad jų artimasis patyrė netinkamą požiūrį į jį kaip į pacientą („Kažkaip aplaidžiai gydytojas žiūrėjo. Nu vis tiek, kai žmogus ateina dėl psichikos problemų, tai vis tiek, man atrodo, reikia tokį žmogų išklausti, įvertinti būseną. Man atrodo, labai nerimtai pasižiūrėjo, nes senas asmuo. Kad ji tiesiog skundžiasi“). Taip pat vienas tyrimo dalyvis (14 %) pasakojo, kad jo artimajam, kai gydėsi stacionare, buvo netinkamos sąlygos („Problema, kad jis niekada nebuvo gavęs profesionalios pagalbos. Buvo gulėjęs Vasaros ligoninėje porą kartų, bet jis turėjo blogą patirtį ten, todėl nesikreipė ten daugiau pagalbos. Todėl tvarkėsi pats“), kitas – kad gydantis stacionare nebuvo tinkamai įvertinta savižudybės rizika („Jei jis iškart išėjęs bandė nusižudyti, atrodo, jog ten iki galo neįvertino rizikos“). Taigi, remiantis tyrimo dalyvių nuomonėmis, galima pabrėžti, kad, siekiant suteikti kokybiškesnę pagalbą, specialistams vertėtų daugiau dėmesio skirti paciento skundų iš klausymui, įsigilinimui į jo poreikius, dažniau siūlyti ne tik vaistus, bet ir pokalbį, psichologo konsultacijas. Taip pat dar atidžiau stebėti savižudybės rizikos ženklus.

Keturi tyrimo dalyviai (57 % tų, kurių artimasis turėjo psichikos sutrikimų) buvo nepatenkinti, kad gydymas stokojo tęstinumo ir nuoseklumo („Jis gydėsi Vasaros ligoninėje prieš maždaug pusmetį iki savižudybės, tai buvo antras kartas jo ligoninėje. Tada išėjo iš ten ir viskas, vaistų toliau negėrė“; „Kai ieškojom tų siuntimų, jam išrašydavo kažkokius vaistus psichiatrė, vienokius, kitokius, šeimos gydytoja dar kitus vaistus. Po to kažkas pasakė, kad nuo jų priklausomybė irgi formuojasi, nebevartojo. Po to kažkokius vaistus prarado, kai į policiją pakliuvo. Recepto jau nebuvo, nutarėm, kad nereikia tų vaistų“; „Toje pagalbos sistemoje nėra jokio tęstinumo. Truputį pas vieną specialistą pasikonsultuoji, paskui pas kitą, tada pas trečią, bet viskas tokiais fragmentais. Žmogus tarytum ir dingsta sistemoje“; „Galbūt reikėtų, kad gautų tokią tęstinę pagalbą, kad kas nors pasidomėtų, kaip sekasi“). Galima pažymėti, kad gydymo tęstinumas ir nuoseklumas yra susiję ne tik su gydymo priemonių parinkimu, bet ir paaiškinimu, kaip vartoti vaistus ir kaip nutraukti jų vartojimą, bendradarbiavimu su pacientu ir jo artimaisiais (jei tai įmanoma), kontakto su pacientu užmezgimu ir palaikymu, skirtingų gydymo įstaigų ir institucijų bendradarbiavimu, reikiamos informacijos tarp jų apie pacientą perdavimu.

Susidūrimas su teisėsauga ir socialinė pagalba

Šių metų duomenimis, du (13 %) nusižudžiusieji prieš mirtį turėjo kontaktą su socialiniu darbuotoju: vienu atveju (7 %) dėl darbo ir užimtumo klausimų esant daliniam darbingumui, kitu – dėl nepilnamečio asmens psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo. Abiem atvejais socialinės pagalbos kokybę artimieji vertino neigiamai, pabrėždami socialinio darbuotojo neaktyvumą ir pagalbos neefektyvumą („<...> buvo paskirta atvejo vadybininkė, ji taip neikart ir nesusitiko su juo, jis pabėgdavo, nebūdavo namuose, jis

tiesiog dingdavo, kai ji atvažiuodavo lankyti. <...> aš inicijavau antrą posėdį, nei mama, nei sūnus neatėjo, jie prisakė, kad nėra problemų, tai aš antrą sukviečiau. Liko jam iki pilnametystės pusė metų ar daugiau. Jau viskas, iš ten niekas nesidomėjo jau, pasikeitė atsakingas žmogus, pagalvojo, jau tuoj pilnametis, jau užtenka maždaug“; „Man atrodo, trūksta rūpesčio, nes šiaip daug kas susiduria su panašiom problemom, pinigų trūkumas, dabar gal daug kas sako, kad pirmoj vietoj korona, tai nieko kito nedaro, nepadedo, tai nepatenkintas esu“).

Trimis atvejais (20 %) nusižudžiusieji prieš mirtį buvo susidūrę su teisėsauga. Vienu atveju šie susidūrimai buvo daugkartiniai (narkotikų vartojimas, muštynės, vagystės). Šio interviu metu artimasis neigiamai vertino policijos pareigų atlikimą ir pareigūnų bendravimą („*Ėjau į komisariatą, tariausi. <...> gavėj kriminalinėj policijoj buvau. Niekam nebuvo įdomu. Net faktus bandžiau įrodyti, bet labai sunku perdavimo faktą. <...> Pagalbos visiškai nebuvo iš tikrųjų. Mane nustebino kriminalistai, kurie įtarinėjo mane, kad tiek daug žinau apie tuos platintojus, kai bandydavau kreiptis. <...> nuoseklios pagalbos kažkaip nebuvo visiškai. Daiktų net nesurasdavo, kuriuos išnešdavo“). Dviem atvejais (13 %) apie artimojo susidūrimą su policija tyrimo dalyviai sužinojo tik jau įvykus savižudybei ir apie policijos darbą negalėjo plačiau pakomentuoti („*<...> po jo mirties radom dokumentą, kad buvo pavogęs kažką“; „Jei būtų gyvas, tai dabar turbūt sėdėtų. Nežinau už ką, bet jo ieškojo policija. Buvo atvažiavę į namus, klausė, ar jis yra, davė tetai pasirašyti ir davė šaukimą į teismą. Nu kažką, matyt, jau buvo pridaręs. Būdavo, kad ir naktimis negrįždavo, nežinom, ką jis ten darydavo“). Abiem šiais atvejais nusižudžiusieji turėjo ilgalaikių psichikos sveikatos problemų (mirusiesiems buvo diagnozuota šizofrenija), vienu iš jų į policijos pareigūnų akiratį mirusysis jau anksčiau buvo patekęs ir dėl psichikos sveikatos problemų (šeimos nariai kvietė policiją dėl didelio artimojo agresyvumo).**

Pagalba ketinantiems nusižudyti: tyrimo dalyvių siūlymai

Prašant tyrimo dalyvių pasvarstyti, kas galėjo padėti nusižudžiusiajam, šiais metais jie pateikė įvairių pasvarstymų, susijusių ir su jų pačių indėliu į artimojo gerovę, ir su gydymo paslaugų kokybe, ir su visuomeniniais, socialiniais klausimais besisiejančiais aspektais.

Penkiuose interviu (33 %) artimieji svarstė, kad galbūt patys galėjo padėti nusižudžiusiajam bendraudami su juo, padėdami įveikti vienišumą („*Vienišumas gal. Nors bendravom su sesėm, pabūdavam kažkiek laiko, bet gal to neužteko. Jeigu būtų buvę kitų žmonių, kurie padeda, būtų buvę lengviau“; „Per daug buvom užsidarę, jai gal reikėjo, kad daugiau artimųjų palaikytų“). Kai kurie svarstė, kad jie būtų galėję ištraukti į gydymo nuo psichikos ligos procesą („Gal reikėjo būti atkaklesnei, galvojau, kad gydytojas su manim susisieks, suteiks informaciją, kaip jis. Bet niekas su manimi nesusisiekė“; „Užrašiau pas psichiatrą, depresija, bet gydytoja reagavo šaltai, tik medikamentų išrašė, su manimi*

*nenorėjo bendrauti“; „Aš skambinau gydytojais, norėjau sužinoti apie pagalbą, bet man telefonu tik pasakė „aš jokios informacijos negaliu suteikti“, tai aš ir pasakiau, kad tokiu gydymu ir prarandat klientus, jis nebenorėjo eiti“). Panašu, kad bent keli tyrimo dalyviai būtų norėję dalyvauti gydymo procese ir taip padėti artimajam, bet jiems nepavyko susitarti su gydytojais („Manau, turi būti didesnis bendradarbiavimas su šeimos nariais, kad specialistai pasikviestų artimuosius, paaiškintų, kaip elgtis, kaip prieiti prie to sergančio žmogaus. Tiesą pasakius, net kai vaikus gydo tėvai, nelabai daug informacijos gauna“). Taigi šiame labiau nei ankstesniais metais išryškėjo, kad kai kurie artimieji patys būtų norėję padėti nusižudžiusiesiems, įsitraukti į gydymo procesą ar suteikti daugiau palai-
kymo, dėmesio.*

Artimieji taip pat svarstė apie tai, kad būtų buvęs svarbus atidesnis psichikos sveikatos specialistų gilinimasis į artimojo būseną prieš suteikiant leidimą turėti ginklą („Išsi-
laikė teisę turėti legaliai ginklą, viską praėjo, psichiatrų patikrą. Aš buvau prieš, bet jeigu tau įdomu, jam buvo hobis, labai domėjosi“), atidesnis rūpinimasis pacientu ir tęstinė, nuosekli pagalba, kai artimasis gydėsi dėl psichikos ligos (apie tai daugiau rašyta sky-
relyje „Psichikos sveikata“) arba kai gydėsi nuo kitų ligų („Dar jai nebuvo paaiškinama aiškiai, kas vyksta, kaip vyksta procesas, kokie gali būti pokyčiai, tiesiog ateikite į procedū-
rą, informacijos nulis apie ligą, progresą, vėžį. Nebuvo informuota iš medikų pusės, apie žingsnius, kas toliau, nepasakojo. Laiko juostos sudėliotos nebuvo. Pvz. Nemiegodavo nuo
tų vaistų naktį visiškai, jai niekas nesakė, galų gale pasakė kažkas, kad gali ryte gerti. Bet
tos baimės atsirado dienos metu, kai ji miegot negalėjo. Neaiškumas, miglotumas apie ligą,
vaistus, procedūras. Net nepaaiškino, kam tie vaistai skirti, kokie šalutiniai poveikiai, ko-
dėl penkis metus“) ar dalyvavo reabilitacijos programoje („Manau, ir toje reabilitacijoje
pagalba turėjo būti labiau pritaikyta prie jo poreikių ir gebėjimų. Nes tie rankų darbai jam
visiškai netiko“). Artimieji pasakojo ir apie atvejį, kai norinčio gydytis asmens nepriėmė
į ligoninę („Sudėtinga pasakyti, dieną prieš ji man pasakė: „Manęs nepriėmė į ligoninę, o
aš norėjau.“ Bet nežinau, kokią pagalbą būtų suteikę psichologai... Ko ji norėtų, klausiau,
bet ji nieko nesakė, ko jai reikėtų, nieko neprašė. Ji neminėjo jokios, net ir pati nebesiekė
po to, kai ligoninė nepriėmė. Gal jai tiesiog reikėjo ligoninės pabūt. Gal ji kažkuriuo metu
būtent tuo momentu buvo toj sunkioj būsenoj“) arba kai, tyrimo dalyvio manymu, į arti-
majį buvo žiūrima neatidžiai dėl jo senyvo amžiaus („Manau, vyresniems žmonėms irgi
svarbus atidesnis požiūris iš gydytojų“). Šiuose pasvarstymuose atsiskleidžia, kad iki sa-
vižudybės kai kurie asmenys turi įvairių susidūrimų su sveikatos priežiūros specialistais
ir sistema. Atidesnis rūpinimasis pacientais, jų fizine ir psichine būsena, anot tyrimo
dalyvių, galėtų prisidėti prie kokybiškesnės pagalbos esant savižudybės rizikai.

Buvo ir tyrimo dalyvių, tiesiog svarsčiusių, kad būtų padėjusi psichiatrinė ar psicho-
loginė pagalba, dėl kurios artimasis nesikreipė arba ji nebuvo suteikta laiku („Gal reikėjo
ne mums kalbėt, o kreiptis į instancijas, psichiatras čia turbūt“), fizinės negalios, skausmo
palengvinimas („Ne tai, čia tiesiog klausimas apie tai, ar įmanoma fizinę negalią paleng-
vinti, jei ne, tai ne, jei taip, tai taip, tada galima“), vaistų dėl somatinių ligų derinimas.
Kalbant apie psichologinę pagalbą, viename interviu buvo pasakojama, kad pagalbos

kokybė nukentėjo dėl karantino apribojimų, kai psichologinė pagalba vyko nuotoliniu būdu („Mamai buvo priskirtas psichologas, nes ji sirgo onkologine liga. Bet tai buvo online, iš namų, nematė jos gyvai, mes tuos pokalbius girdėt galėjom, ji nebuvo atvira nei sau, nei psichologam. Psichologam atrodė, kad ji gerai laikosi, kad stipri, blaiviai mąsto, juda į priekį, nieko blogo nesimatė, viskas pozityvu buvo. Bet tikrai būtų reikėję gyvos pagalbos. Nekaltinu psichologų, taigi ne burtininkai, neskaito minčių, žmogiškas faktorius yra. Nелеmtas karantinas. Šitas tikrai sužaidė. Pagalba nebuvo tokia, kokios gal reikėjo“). Taigi su sveikata susijusios pagalbos ketinantiesiems nusižudyti aspektai apima atidų pacientų įvertinimą, savižudybės rizikos pastebėjimą, kokybiškos, tęstinės pagalbos suteikimą, edukaciją apie gydymą (ir dėl psichikos sunkumų, ir dėl fizinių ligų).

Dviejuose interviu (13 %) atsiskleidė, kad būtų buvęs svarbus tarpinstitucinis bendradarbiavimas, įstaigų keitimasis reikalinga informacija („Buvo posėdžiai SOS kaime, ten vienąkart nenuėjau, pamačiau, kad iškreiptai nupasakota mamos, kad susitvarkys patys, aš inicijavau antrą posėdį, nei mama, nei sūnus neatėjo, jie prisakė, kad nėra problemų, tai aš antrą sukviečiau. Liko jam iki pilnametystės pusė metų ar daugiau. Jau viskas, iš ten niekas nesidomėjo jau, pasikeitė atsakingas žmogus, pagalvojo, jau tuoj pilnametis, jau užtenka maždaug“). Būtų padėjęs geresnis savižudybės rizikos atpažinimas psichikos sveikatos sistemoje ir visuomenėje („Mokymo apie psichologinę sveikatą reikėtų, mes daug informacijos girdime apie fizinę sveikatą, bet nėra tokio dėmesio į psichologinę sveikatą ir būvį, tikrai ilgą laiką buvo nurašoma į nuotaikų svyravimus. Aš neturėjau jokios informacijos apart ką užtikdavau internete, socialinėse medijose“), stigmos, susijusios su psichikos sveikata, mažinimas („Būdavo, kad močiutė ją nuveždavo į ligoninę, tai ten mamą pavadina kokia psiche, o močiutei sakydavo – valdykite savo dukrą. O ji nieko negali padaryti. Būdavo, tie greitųjų vairuotojai komentuodavo“). Viena interviu buvo pasakojama apie nepakankamą darbuotojų apsaugą, kaip galėjusią prisidėti prie jos artimojo savižudybės rizikos („Ir tie žmonės, kurie priima į darbą nelegaliai. Baisu. Ten visi nelegaliai dirba, atsiveža žmones iš kitų šalių, Baltarusijos, Ukrainos, ir nevertina žmogaus, žmogus nereikalingas. To darbo darbininkai po traumos ne greitąją kvietė, bet pirma atvežė jį namo, perrengė iš darbo rūbų treningais, ir tik po to kvietė greitąją“). Kitame sakoma, kad būtų padėjęs didesnis valstybės, socialinės sistemos rūpestis, parama („Man atrodo, trūksta rūpesčio, nes šiaip daug kas susiduria su panašiom problemom, pinigų trūkumas“). Galime matyti, kad nusižudžiusiųjų artimieji pasakoja, jog prieš savižudybę kartais susiduriama su įvairiais apsunkinimais, o šie gali būti susiję su sveikatos sistema, tarpinstituciniu bendradarbiavimu, darbuotojų apsauga. Palankesnė, patogesnė, labiau į kiekvieną individą sutelkta sistema galbūt padėtų sėkmingiau atpažinti savižudybės riziką, apsaugoti asmenis nuo žalojančių ir traumuojančių patirčių, suteikti išteklių įveikiant vienišumą, ligas.

Kai buvo nusižudyta ginklu, tyrimo dalyvė svarstė, kad galbūt ginklo nebuvimas būtų užkirtęs kelią savižudybei („Jei nebūtų jo hobis tie ginklai ir tas domėjimasis, tai nebūtų įvykę. Daugiau nieko“). Jauno artimojo netekę tyrimo dalyviai svarstė, kad artimajam būtų padėję dvasinė pagalba ar autoriteto turėjimas („Jam gal autoritetas būtų

padėjęs, žmogus. Kad būtų atsiradęs gyvenime su veikla kažkoks žmogus, kuriuo jis žavėtųsi, įkvėptų, daugiau link to“). Pasakodami apie senyvo amžiaus artimuosius tyrimo dalyviai minėjo, kad jiems būtų pagelbėjusios veiklos, padedančios sumažinti vienišumo jausmą, didinančios galimybes bendrauti, būti su kitais žmonėmis („Nu senam žmogui gal reikėtų, kad kas nors ateitų, pabendrautų, kad nebūtų vieni“; „Veiklos jam reikėjo, bendraminčių, draugelių“; „Bet bendrai suvokimas, kad esi per senas ir nebereikalingas. Jeigu būtų užsiėmimas, kažkas užsiimtų su juo, kažkokia veikla“). Šie keli pastebėjimai atskleidžia, kad kiekvieno ketinančio nusižudyti asmens situacija unikali ir sunku neįsigilinant į kiekvieną kenčiantį žmogų suteikti būtent jam reikiamą pagalbą, pasiūlyti priemones įveikai, padėti ieškoti išteklų.

Septyniuose interviu (47 %) tyrimo dalyviai pasakojo, kad buvo sunku pasiūlyti pagalbą nusižudžiusiajam – jis jos atsisakydavo arba nebūtų priėmęs dėl savo ankstesnių patirčių ar įsitikinimų („Turėjo blogą patirtį Vasaros ligoninėje, todėl jis nebesikreipė ten“; „Tavo gyvenimas yra tavo, mano – mano. Man nekišk, sakydavo, savo dalykų. Jei neprašydavo, negalėdavau kišti. Pajusdavo, kad valių laisvą jo pažeidi, jei eini sakyti, kad vaistus gertų“; „Bandėm kalbinti pagalbą, bet jis nieko, jam nieko nereikėjo, jam žemė iš po kojų išslydo ir nieko kito nematė“; „Kąkada esu siūlęs, gal geriau jam gyventi su bendraminčiais senelių prieglaudoje, ten užimtumas, bet be šansų“; „Jis viską savyje laikė, niekuo nepasitikėjo, nebuvo kaip prie jo prieiti. Aš bandžiau, bet niekaip neišeidavo“). Galbūt tai galima sieti su nevilties, netikėjimo, kad gali būti geriau, išgyvenimais, kuriuos patiria asmenys, ketinantys nusižudyti. Motyvuoti, skatinti siekti pagalbos ir formuoti nuostatas, kad pagalba kartais reikalinga ir gali būti veiksminga, – itin svarbu kiekvieno kenčiančio žmogaus atveju.

Policijos ir kitų tarnybų darbas reaguojant į savižudybės atvejį

Policijos pareigūnų darbo vertinimas

Kaip ir ankstesniais metais (2018, 2017, 2016), didžioji dalis tyrimo dalyvių policijos pareigūnų darbą tiek mirties fakto fiksavimo, tiek ikiteisminio tyrimo metu vertino teigiamai (13 atvejų, 87 %). Tik vienu atveju (7 %) tyrimo dalyviai išreiškė išimtinai neigiamą nuomonę apie policijos pareigūnų darbą. Šiuo atveju buvo pasakyta pastabų apie pareigūnų bendravimą, kai šeimos nariai jautėsi kaltinami dėl artimojo mirties („Policija tai atvažiavo, pradėjo klausinėti, gal čia mes jį pakorėme. Ten viską surašė. Nebuvo nei užuojautos jokios. Nelabai gerai vertinu. Nu labiausiai tai tas, kad mus kaltino, kad jį pakorėm“).

Pažymėtina, kad artimieji daugiausia dėmesio atkreipė ne į specifinius pareigūnų veiksmus, įvykio fiksavimo arba tyrimo procedūras, bet į pagarbaus, mandagaus, rūpestingo bendravimo, kai atsižvelgiama į artimojo būseną, poreikį. Aštuoniais atvejais (53 %) tyrimo dalyviai sakė, jog būtent jautrus, empatiškas pareigūnų bendravimas la-

biausiai padėjo fiksuojant ir tiriant artimojo mirtį („Labai teigiamai vertinu, jis emociškai labai palaikė, buvo supratingas. Rinko sau informaciją, bet ne šaltai. Negaliu pasakyti, ką jis ten konkrečiai sakė ar darė, nes nelabai prisimenu, bet bendrai labai gerai vertinu“; „Buvo [valstybinė šventė], supratimas ir atjauta iš akių buvo matyti. Kūno kalba gal parodė, užjautė“; „viskas buvo užjaučiančiai, suprantančiai, savo patirtim pasidalino, matėsi, kad turi tos psichologinės patirties su užjautimu, bandymo ramiai prie situacijos prieiti. Iki dabar tas toks didelis įspūdis yra malonus. Žiauri situacija, bet saugiai jaučiausi“; „Ten viskas turėjo užtrukti kokias 5 minutes, reikėjo pasirašyti, jog jokių įsilaužimo žymių nėra ir pan. Bet mes prakalbėjom gal dvi valandas. Jis labai žmogiškai, labai nuoširdžiai reagavo. Pareiškė užuojautą <...>“), net tais atvejais, kai tyrimo procedūra buvo varginanti arba nemaloni („Normaliai, žmogiškai klausė, nebuvo jokio piktumo, įtarinėjimo, stengėsi suformuluoti sakinius, kad taktiškai. Tas užtruko, gal tris valandas, gal taip ir turi būti“; „Jauni, malonūs vyrai, man jų gaila net buvo, nes jie nejaukiai jautėsi, nepatogiai jautėsi, suprato, kad aš šoke. Ir dar tais popieriais apkraut kad turi manęs“).

Nors bendras policijos pareigūnų darbo vertinimas daugiausia buvo teigiamas, tyrimo dalyviai išsakė tam tikrų pastabų ar lūkesčių dėl pareigūnų darbo. Galima išskirti tokius pastebėjimus:

- savižudybės fiksavimo metu artimiesiems pritrūko emocinės paramos arba psichologinės pagalbos (3 atvejai, 20 %). Tyrimo dalyviai pabrėžė, kad susiduriant su artimojo savižudybės faktu yra svarbi emocinė parama, kurios suteikti policija ar kitos reaguojančios tarnybos neturi įgūdžių arba laiko. Tiriamieji iškėlė mintį, jog fiksuojant artimojo savižudybę būtų svarbus asmens, pavyzdžiui, psichikos sveikatos specialisto, kurio pagrindinė funkcija būtų pasirūpinti artimojo emocine gerove, dalyvavimas įvykio vietoje („atvažiuoja greitoji, tyrėjai, policija, bet man atrodo, kad dar turėtų atvažiuoti ir psichologas. Nes čia didelis sukrėtimas, reikia psichologinės pagalbos, o dabar jos nelabai yra tokiu atveju, tau pasako: „užuojautą“, bet psichologinės pagalbos nėra. Sutvarko reikalus, kokie yra, ir išvažiuoja“; „Bet gal turėtų būti kažkas kitas... Gal psichiatras, nežinau... Suprantu, kad negalės visur važiuoti, nes daug tokių atvejų, bet gal kažko dar reiktų. Nes dabar labai paprastai, viskas, priėjo, va lapukas, išvados bus tokios, viskas“);
- policijos pareigūnai ar kitų reagavusių tarnybų darbuotojai nusižudžiusiojo artimąjį paliko vieną, nepaskatino susisiekti su kitais šeimos nariais, nepalaukė, kol atvyks kiti artimieji arba tarnybos, taip nepasirūpindami šoką patiriančių asmenų saugumu ir gerove (3 atvejai, 20 %) („Tyrėjai ir kiti išvažiavo po trijų valandų. Likau viena su sūnumi. O po savižudybės... kraujas, viskas, ir tu lieki su tuo. <...> Čia kitąkart gali žmogus ir neatlaikyti, o tiesiog šalia atsigulti“; „Policininkai man sakė neiti į tą kambarį, kur buvo sūnus, sakė laukti kitame kambaryje. Patys nuėjo laukti į mašiną. <...> Gal turėjo nepalikti manęs vienos, palaukti su manimi“; „Man atrodo, kad medikai turėjo likti, kol policija atvažiuos, turėtų sulaukti, o man davė lapuką ir išvažiavo“);

- informacijos apie ikiteisminio tyrimo rezultatus trūkumas (6 atvejai, 40 %). Įvykus artimojo savižudybei, kitiems šeimos nariams lieka neatsakytų klausimų, neaiškumų apie artimojo mirties aplinkybes, kartais net abejonė, ar artimojo mirtis tikrai buvo savižudybė („Užėjo ten pareigūnas į namus, mes taip pasikalbėjom, jis taip labai taip žmogiškai. Jis irgi kažkaip sakė, kad jam čia įtartina, kad čia gal ne savižudybė. Jinai pasikorė ant tokio vinuko, nu visiškai ten tas vinukas buvo aprūdijęs, negalėjo jis tenai išlaikyti žmogaus. Nu nors pareigūnas sakė, kad nebesvaikit, kad niekas ten nesikaria taip, kad atsistoja ant kėdės, pasikabina, kad ten ir ant rankenų ir ant bet kur pasikart galima. Nežinau“), o tai gali turėti įtakos gedulo procesui. Tyrimo metu išryškėjo, kad artimiesiems svarbus išsamus supažindinimas su ikiteisminio tyrimo rezultatais („Iš tyrėjo norėjosi pilnos analizės, bet atsakymų iki šiol negavau. Norėjau žinoti, ar tuo metu buvo prigėrusi vaistų ir pan. Bet jis nepaaiškino aplinkybių“; „Dabar jau pusė metų praėjo nuo savižudybės, o aš iš tyrėjų nesu gavusi informacijos, nei kaip baigėsi tyrimas, nei ar byla nutraukta, nei kaip su ginklu yra. Turiu tik mirties liudijimą“), taip pat kad toks supažindinimas gali suteikti artimiesiems daugiau aiškumo ir ramybės („Po to į elektroninį paštą atėjo, kad sprendžia nutraukti ikiteisminį tyrimą. Išvada. Nusiraminimas buvo, kad mirė be kankinimosi, nemąstė, akimirksniu numirė“; „Žinojom priežastį, kad čia ta depresija. Tai tas visai padeda“).

Greitosios medicinos pagalbos ir kitų tarnybų darbo vertinimas

Devyni (60 %) tyrimo dalyviai greitosios medicinos pagalbos (GMP) specialistų darbą vertino teigiamai („Gerai vertinu, kad sėdėjo dėl motinos, matavo spaudimą ilgai, davė instrukcijas, kaip toliau matuoti. Tai tikrai kokybiškai dirbo“; „Buvo medikai iš <...>, tai nu maladec, jie ten susišnekėjo su uošviu, nes tas ten neadekvatus lakstė visas girtas. Jie ten su juo dviem sakiniais sušnekėjo, kad jis važiuotų blaivintis“) arba neutraliai („Gerai vertinu, formaliai viską užfiksavo, bet viskas gerai buvo“; „Greitoji tik priežastį nustatė, neturiu pretenzijų. Buvau šoke, nereikėjo pagalbos tada“). Kalbėdami apie susidūrimą su GMP, tyrimo dalyviai daugiausia išskyrė medikų dėmesį artimųjų savijautai ir suteiktą medicininę pagalbą (6 atvejai, 40 %) („Greitoji priėjo, paklausė, ar viskas gerai, atsakiau, kad negerai, bet taip yra, paklausė, ar nieko nereikia, sakiau reikia, suleiskit raminančių, nes kitaip bus isterija, suleido, daugiau nepamenu“; „Greitosios darbuotoja davė man lankstinuką su pagalbos numeriais, suleido vaistų“; „Greitoji ilgai sėdėjo, nes motinai isterija buvo. Vis tiek, koks tas vyras bebuvo, vis tiek šokas. Sukilo spaudimas, gydytojai ilgai sėdėjo, prižiūrėjo“). Trimis (20 %) atvejais artimieji nesusidūrė su GMP, trys (20 %) dalyviai išsakė pastabų GMP darbui. Vienu atveju sakė, jog GMP reikėjo ilgai laukti („greitosios ilgai laukti reikėjo, ne vieną valandą gal. Kol jį paėmė išvežti, kokias 4 valandas užtruko“), dviem atvejais artimieji sakė, kad trūko žmogiškos šilumos ir empatiško reagavimo („Šaltesni tokie buvo, gal dažnai susiduria su kūnu jie. Tiesiog atliko darbą“; „Tą akimirką sunku labai pagalvoti, kaip prieiti prie žmogaus. Labai sunku prieiti, aš tai

suprantu. Bet gal turėtų būti kažkas kitas... Gal psichiatras, nežinau... Nes dabar labai paprastai, viskas, priėjo, va lapukas, išvados bus tokios, viskas“).

Interviu metu keletas tyrimo dalyvių pasakė pastabų apie kitų tarnybų, dalyvavusių tiriant savižudybę, darbą, trimis atvejais teigė, kad ilgai teko laukti, kol buvo leista atsiimti kūną po medicininės ekspertizės („*Ir kūną dar dėl COVID turėjo tikrinti, viskas kiek užsitęsė“*; „*Gal tik mažas priekaištas, kad ją paėmė kūną ekspertizei, tai laikė penkias dienas ir paskui grąžino nieko daugiau nepasakę, tik kad savižudybė. Tai kam ten tiek tą kūną laikyti“*). Vienu atveju buvo pasakyta pastabų dėl tarnybų, gabenusių artimojo kūną, nepagarbaus elgesio su juo („*Jie išneša kaip mėsos gabalą... Arba jie turėtų liepti pasitraukti apskritai, arba atsakingiau dirbti. Aš taip žiūriu, suprantu, kad mirė žmogus, bet... Nes gali labai paveikti žmogų. Į tą liftą pakėlė, galvą numetė... Vos laikiausi“*).

Pažymėtina, kad dešimčia (67 %) atvejų artimieji negavo informacijos iš įvykį reaguojančių tarnybų apie pagalbos po artimojo savižudybės galimybes. Trimis atvejais (20 %) artimieji sakė, jog dėl patirto šoko buvo sunku prisiminti, ką tarnybų darbuotojai jiems sakė ir ar tokią informaciją teikė. Atsižvelgiant į tai, manytina, kad išsami rašytinė informacija apie pagalbos galimybes ir (ar) arba proaktyvus susisiektis praėjus kuriam laikui nuo įvykio, informuojant artimuosius apie pagalbos galimybes ir suteikiant emocinę paramą, galėtų padėti plačiau paskleisti žinią apie pagalbos po artimojo savižudybės galimybes ir galbūt paskatinti artimuosius jos kreiptis.

Pagalba nusizudžius artimajam

Šiame kokios nors pagalbos kreipėsi keturi iš 15 tyrimo dalyvių (tai yra 27 %). Iš visų tyrimo dalyvių trys jų (20 %) po netekties kreipėsi į psichologą privačiai ir vienas (7 %) – per asociaciją „Artimieji“. Vienas tyrimo dalyvis (7 %) lankėsi savitarpio pagalbos grupėje. Dar vienas dalyvis (7 %) planavo eiti pas psichologą, o kitas (7 %) svarstė lankytis savitarpio pagalbos grupę („*Grupėse gal geriau būtų, nėra, kad specialistai pasakytų taip ar taip. Grupėse gal išgirsčiau ką nors, ką kiti tą patį išgyveno, kaip jie darė, tai gal padėtų“*). Trys tyrimo dalyviai (20 %) informaciją apie pagalbą ir gedėjimą po artimojo savižudybės susirado savarankiškai. Penki tyrimo dalyviai (33 %) minėjo, kad gavo informaciją apie pagalbos kontaktus iš pažįstamų arba patys jau seniau žinojo apie pagalbos galimybes („*Tai man teismo advokatė, kuriai papasakojau, atsiuntė psichologės ar psichiatrės telefoną, kur galėčiau pabendrauti“*).

Tyrimo dalyviai pasakė ir kodėl nesikreipė pagalbos. Devyni asmenys (60 %) sakė, kad jie nejautė poreikio kreiptis pagalbos į specialistus. Aštuoni tyrimo dalyviai (53 %) teigė, kad jiems su netektimi susitaikyti padeda artimieji, tai viena iš priežasčių, kodėl jie nesikreipė į specialistą („*Mes šeimoje pasišnekam, išsikalbam, suprantame, kad padarėme viską, ką galėjom“*). Septyni tyrimo dalyviai (47 %) sakė, kad jiems specialisto pagalbos nereikia, nes gali susitvarkyti patys („*Gerai, kad aš dar save laiku stipria, kažkaip susitvarkiau, bet čia yra baisu“*), kartais pasimatydavo ir skeptiškų nuostatų dėl tam tikros

pagalbos („Manau, kad žmogus turi susitvarkyti pats. Pagalba visad dvelkia valdiškumu, o man to nereikia. Kad tiesiog paukščiuką užsidėtų, kažkokios išmoktos frazės... valdiškos pagalbos nenorėčiau“). Du tyrimo dalyviai (13 %) sakė nenorintys kalbėtis, atsiverti. Dar du asmenys (13 %) pasakojo, kad neturėjo laiko kreiptis pagalbos („Netgi labai galvojom apie tai. Reikia dirbti, reikia toliau gyventi“).

Kas tyrimo dalyviams padeda įveikti su netektimi susijusius sunkumus? Vieniems padėjo tai, kad jie jau buvo turėję panašių patirčių seniau („Man tai lengva, aš daug visko matęs, tai suprantu, kad kiekvienas renkasi savo gyvenimą, kažkaip priimu tai“). Kai kuriems tyrimo dalyviams padeda tikėjimas („Aš tikiu, kad ne vienkąrt siela gyvena, čia jo patirtis, o kitka apie mane, kaip aš išgyvenu tai“), susitaikymas, situacijos priėmimas („Aš priimu tai kaip gyvenimo dalyką, susitvarkau“), leidimas sau išjausti įvairius jausmus, kylančius dėl netekties („Aš leidau sau verkti, kada ateina skausmas, šitie jausmai, kuriuos jauti, tikėjau, kad nurims su laiku. Kad leidžiu sau gyventi toliau savo gyvenimą, pagrindas nesubyrėjo, nepraradau noro gyventi, bet yra netekties skausmo, bet kai ateina, leidžiu būti, bet neinu į jį specialiai. Man baisu buvo, kad užsikabinsiu už to skausmo kaip vienintelio prisiminimo apie sūnų“), aplinkinių, kurie taip pat patyrė netektį, palaikymas. Kai kuriems asmenims padeda atsiribojimas, susikoncentravimas į darbinę ar kitą veiklą („Reikia dirbti, vaikus auginti, toliau gyventi. Tai tas padeda užsimiršti. Būdavo, kad pradžioje dar pasapnuodavau jį, bet dabar jau normaliai“; „O aš nesikreipiau niekur, nutylėjau. Niekam nesakiau. Susikaupiau, atėjau į darbą, nors viduj viskas dreba. Man darbe lengviau. Nedejavau, nieko niekam nesakiau, kad man sunku. Ir viskas. Tik ne namie sėdėti. Man tai padėjo“).

Tyrimo dalyviai, svarstydami apie pagalbą nusižudžiusiųjų artimiesiems, minėjo, kad reikia daugiau ir kokybiškesnio švietimo apie psichikos sveikatą, specialistus, pagalbos galimybes („Ir dar reikia bendrai šviesti visus apie psichologinę pagalbą, nes kiti žmonės, pavyzdžiui, mano mama, net nežinojo, kad apskritai yra psichologai“); išryškėjo, jog labai svarbu, kad artimiesiems teikiama pagalba būtų specializuota – taigi specialistai būtų gerai pasiruošę teikti pagalbą žmogui, netekusiame artimojo dėl savižudybės („Galbūt reiktų specializuotų psichologų ar psichiatrų savižudybės klausimui. Nes būna tiesiog priskiria psichologą, bet ar jis praėjęs mokymus tuo klausimu, ar patirties turi tame, ar jie specializuojasi, ar studijuoja apie tai. Pvz., tas centras krizių įveikimas jau specializuotas, ten jau psichologai specializuojasi. Tokio aiškumo gal reiktų, kur dirba specializuoti žmonės. Jausmas, kad tave siunčia taikytai, o ne bendrai. Tokio patvirtinimo kažkokio“). Kai kurie tyrimo dalyviai pažymėjo, kad reikalinga informacija apie pagalbos galimybes („Galbūt to ir trūko, kad medikai ar policija visgi suteiktų informacijos, lankstinuką duotų su adresais, telefonais“). Vienas tyrimo dalyvis sakė, kad reiktų didesnės savitarpio pagalbos grupių įvairovės („Grupėje toj artimiems porą kartų buvau, po to neidavau, nes daug energijos prarasdavau ten. Gerai, kad būtų kas nors suburtų grupę, kur džiaugtųsi žmonės, kad buvo tie žmonės gyvenime, o ne į liūdėsį koncentruotųsi, o kad prisimintų, koks gėris buvo tas žmogus gyvenime. Iš kitos pusės, man norėtųsi priėjimo prie šito. Nes tai paneigia to vaiko egzistavimo prasmę, jei viską suveda į kančią. Nes nusivarai depresiją ir kaifuoji ten“).

Vienu atveju buvo sakyta, kad gali būti reikalingos valymo paslaugos, kai savižudybė įvyksta namuose ir lieka kraujas ar kitų dalykų, kuriuos reikia sutvarkyti, o tai daryti ką tik netekus artimojo gali būti stipriai traumuojanti patirtis („O po savižudybės... kraujas, viskas, ir tu lieki su tuo. Skambinau valymo paslaugoms, o jie sako, kad jau per vėlu, jie nebevažiuoja. Aišku, tai dar ir daug kainuoja. Tai kartu su sūnumi po visko valėm butą. Ar jūs įsivaizduojat, kaip tai yra? Manau, kad turėtų būti kažkoks susitarimas tarnybų su valymo paslaugom, kad tokiu atveju šeimai būtų pasiūlyta nemokama skubi galimybė gauti tas valymo paslaugas. Nes dabar atvyksta, išvyksta, pasako: „užuojauta“, ir lieka žmonės vieni tvarkyti viską. Neturėtų taip būti. Čia kitąkart gali žmogus ir neatlaikyti, o tiesiog šalia atsigulti“).

Penki tyrimo dalyviai (33 %) minėjo, jog mano, kad nusižudžiusiųjų artimiesiems yra reikalinga psichologinė pagalba („Mums kažkaip nelabai tos pagalbos reikia, bet įsivaizduoju, kad gal žmonėms, kurie liko po artimojo mirties vieni, reikėtų, kad kas nors po to susisiektų, pasišnekėti“; „Galėtų būti viena privaloma konsultacija su psichologu, kad įvertintų, ar reikia daugiau tos pagalbos, ar nereikia“), dar penki tyrimo dalyviai (33 %) sakė, kad pagalba nusižudžiusiųjų artimiesiems turėtų būti proaktyvi („Bet gal čia irgi sistemos trūksta, institucijos sutvarko visus reikalus, visus popierius, pasikalba su artimaisiais, o paskui mus užmiršta, išnyksta sistemoje. Galbūt reikėtų, kad kas nors po to paskambintų, pasiteirautų, kaip laikosi artimieji, pasiūlytų pagalbą. Manau, ypač vienišiams tas būtų svarbu“). Vienas tyrimo dalyvis svarstė, kaip palengvinti mirties fakto registravimo metu tvyrančią įtampą („Gal galėtų būti taip: medikai rado žmogų, palaukia, kol policija atvažiuos, parodytų rūpestį, pakviečia kitų artimųjų, kad nebūtų tas žmogus vienas, paklaustų, kaip toliau darysi, gal ko reikia. Nes kitas gali būti ir silpnesnių nervų“).

TYRIMO IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

Tyrimo rezultatai dar kartą parodo savižudybės reiškinio kompleksiskumą, nes nebuvo galima išskirti vienos priežasties, paaiškinančios visus savižudybės atvejus ar bent didžiąją jų dalį ir nebuvo įmanoma išskirti vienos pagalbos sistemos, kuri būtų galėjusi padėti visais šiais atvejais. Nepaisant to, tyrimas atskleidė svarbių dėsningumų asmenų gyvenime iki savižudybės ir savižudybių prevencijos sistemos spragas.

Rezultatų apibendrinimas ir pagrindinės išvados

1. Sunkumai ne tik pastebinti, bet ir reaguojant į savižudybės rizikos ženklus, pagalbos apie savižudybę galvojančių asmenų artimiesiems trūkumas.

Šiųmetinėje atvejų analizėje keitėme ir praplėtėme tyrimo anketos dalį, susijusią su savižudybės netikėtumu, tad patikimai palyginti šių ir ankstesnių metų duomenis yra sudėtinga. Pavyzdžiui, 2019 m. tyrime dalyviai minėjo, kad maždaug pusė (47 %) nusižudžiusių iki savižudybės tiesiogiai ar netiesiogiai kalbėjo apie savižudybę, o šių metų tyrime tai teigė net 80 % jo dalyvių. Tačiau šį pokytį bent iš dalies galima sieti su pasikeitusia tyrimo metodologija, kai išsamiau klausėme apie savižudybės rizikos ženklus. Visgi galime matyti bendrą tiek 2020 m., tiek ankstesnėms atvejų analizėms tendenciją – pastebėti artimojo savižudybės riziką ir į ją reaguoti yra sunku. Nors paprastai didesnė dalis tyrimo dalyvių pastebi tam tikrus savižudybės rizikos ženklus, susijusius su artimojo emocine būseną – sakomais žodžiais ar pasikeitusiu elgesiu (80 % 2020 m., 60 % 2019 m., 83 % 2018 m.), iš kurių dažniausiai nurodo kalbėjimą tiesiogiai apie savižudybę (53 % 2020 m., 27 % 2019 m., 44 % 2018 m.), tačiau reaguoti į šiuos ženklus yra nelengva dėl įvairių priežasčių. Viena jų – be savižudybės rizikos ženklų, buvo pastebimi ir tam tikri požymiai, rodantys artimojo norą gyventi (33 % 2020 m., 40 % 2019 m.), dėl to tyrimo dalyviams yra sunkiau suprasti artimojo ketinimus, kyla dvejonų. Praplėtę su savižudybės rizikos ženklais susijusią tyrimo dalį, šiais metais turėjome galimybę išsamiau suprasti, kaip jautėsi tyrimo dalyviai, pastebėję savižudybės rizikos ženklus, kokių sunkumų tuo metu patyrė, kokios pagalbos sulaukė, tad toliau apibendrinsime šiuos duomenis ir pateiksime rekomendacijas.

Pirma, išgirdome papildomų argumentų, dėl ko tyrimo dalyviams buvo sunku priimti esamus savižudybės rizikos ženklus: 1) kadangi artimojo suicidinė krizė tęsėsi ilgesnį laiką, tiesioginis ar netiesioginis kalbėjimas apie savižudybę kartojo, savižudybės tikimybė ėmė atrodyti mažiau reali; 2) nepaisant rodomų ženklų, buvo sunku patikėti, kad savižudybė gali įvykti – emociškai sunku priimti situaciją, kad tai gali nutikti tavo paties šeimoje; 3) artimojo emocinės būsenos pokyčiai, pasikeitęs elgesys siejami ne su savižu-

dybės rizika, bet su kitomis priežastimis. Galime svarstyti, kad dalis sunkumų atspindi tam tikrą tyrimo dalyvių nuostatą dėl to, koks yra savižudybės riziką patiriantis žmogus – pasiryžęs nusižudyti, neturintis dvejonų tai padaryti. Toks savižudiško asmens paveikslas yra gana paplitęs visame pasaulyje (Pasaulio sveikatos organizacija [WHO], 2014). Todėl nuolatinis artimųjų kalbėjimas apie savižudybę, ilgalaikė savižudybės krizė, požymiai, rodantys artimojo norą gyventi, galbūt galėjo atrodyti kaip prieštaraujantys, neatitinkantys suicidiško asmens stereotipo. Kita vertus, iš šio tyrimo duomenų matome, kad suvokimas, jog artimasis gali patirti savižudybės riziką, kelia emocinių sunkumų. Galime numanyti, kad savižudybės tikimybė artimoje aplinkoje kiekvienam keltų nerimą, tad natūralu turėti sunkumų priimant tokią mintį. Be to, žinome, kad suprasti kito asmens savižudybės riziką yra sunki užduotis ne tik apskritai visuomenei, bet ir psichikos sveikatos specialistams (Granello, 2010). Todėl atrodo svarbu ieškoti prieinamų emocinės ir informacinės paramos galimybių savižudybės krizę patiriančių asmenų artimiesiems. Pagalbos teikėjams reikia suprasti, kokioje emociškai sudėtingoje situacijoje gali atsidurti suicidiško asmens artimieji, kad nėra paprasta pastebėti savižudybės rizikos ženklus ir į juos reaguoti. Svarbu vengti pernelyg supaprastinančio požiūrio į šiuos ženklus („arba juos matai, arba ne“), kiekvieno artimojo situacija ir gebėjimas atliepti savo ar kito asmens poreikius tam tikru laikotarpiu gali skirtis – pagalbos teikėjai turėtų tai įvertinti ir pasiūlyti tuo metu reikalingiausią pagalbą.

Antra, matomi artimojo savižudybės rizikos ženklai paprastai smarkiai veikia pačius tyrimo dalyvius. Dažniausiai kildavo noras padėti, tyrimo dalyviai stengėsi savarankiškai ar kartu su kitais artimaisiais tai padaryti patys ir daug rečiau – kreiptis pagalbos į psichikos sveikatos specialistus, nebent pajutę, kad jų pačių teikiama pagalba neduoda teigiamo rezultato. Matoma artimojo savižudybės rizika keldavo ne tik norą padėti, bet ir nemalonius jausmus, emocinę įtampą. Be to, tyrimo dalyvių bandymus padėti sunkindavo paties artimojo nenoras priimti jų teikiamą ar siūlomą pagalbą, konfliktiškas artimojo (ypač sergančio priklausomybe nuo alkoholio ar narkotinių medžiagų) elgesys, dabartinė ar ankstesnė neefektyvi psichikos sveikatos specialistų pagalba, taip pat – kiti asmeniniai tyrimo dalyvių sunkumai. Svarbu ieškoti būdų motyvuoti savižudybės krizę patiriančių asmenų artimuosius kreiptis pagalbos – kol kas matome, kad didesnė dalis artimųjų stengiasi padėti savarankiškai, net ir susidūrę su sunkumais. Labai svarbi yra kompleksinė ir tęstinė pagalba šeimai, atvejo vadyba, ypač situacijose, kai suicidinę riziką patiriantys šeimos nariai stokoja motyvacijos priimti pagalbą, turi ilgalaikių psichikos sveikatos ar kitų sunkumų.

Trečia, tyrimo dalyviai, reaguodami į artimojo savižudybės riziką susidūrę su sunkumais, pagalbos beveik nesulaukė – daugiausia rėmėsi savimi, ieškojo savarankiškų būdų, kaip sau padėti. Taigi pirmiausia pagalbos jie nesulaukė dėl to, kad jos nesikreipė. Nors galime kelti prielaidas, kokie yra tyrimo dalyvių poreikiai, remdamiesi jų anksčiau nurodytais sunkumais, tačiau patys tyrimo dalyviai juos retai įvardijo, paminėdavo tik šviečiamosios informacijos apie psichikos sveikatą ir savižudybės riziką svarbą. Galime svarstyti, kad tyrimo dalyviai, susidūrę su sunkumais bandydami padėti artimajam,

nepakankamai dėmesio atkreipia į savo pačių poreikius ir sunkumus: „*Tuo metu nesikreipiau pagalbos, galvojau, kad man jos nereikia. Nors žinojau, kur kreiptis.*“ Tad, be švietimo apie psichikos sveikatą ir savižudybių prevenciją, svarbu, kad į apie savižudybę galvojančių artimųjų poreikius būtų atsižvelgiama tiek savivaldybės, tiek nacionaliniu lygmeniu. Suicidiškų asmenų artimieji yra svarbus išteklius siekiant mažinti asmens savižudybės riziką, tačiau nereikėtų pamiršti ir jų pačių poreikių.

2. Artimųjų nurodomos savižudybės priežastys: sveikatos problemos, psichikos sutrikimai, neigiamos patirtys, susijusios su specialistų pagalba, neigiamos nuostatos dėl šios pagalbos, su COVID-19 pandemija susiję sunkumai, sunkumai santykiuose šeimoje.

Šių metų tyrime ypač išryškėjo sveikatos problemų poveikis savižudybės rizikai. Tai gali būti susiję ir su tuo, kad du trečdaliai nagrinėtų atvejų buvo vyresnio amžiaus žmonių – vyresnių negu 50 metų – savižudybės. Tik trečdalis nusižudžiusių asmenų buvo jaunesnio amžiaus – iki 40 metų. Pagal šių metų tyrimo rezultatus, sveikatos problemos labiau kamavo vyresnius asmenis. Tačiau savižudybės priežastis visada yra daugelio veiksnių derinys, todėl, be sveikatos sunkumų, artimieji nurodydavo ir kitas nusižudžiusio asmens problemas, dažniausiai – artimojo netektis ir psichikos sutrikimus (diagnozuotus arba numanomas, kai artimieji matė tam tikrus požymius, pavyzdžiui, prislėgtą nuotaiką, apatiją, stiprų nerimą ir kt.). Be sveikatos sunkumų, dažnai buvo minimas buvimo našta jausmas. Artimieji pasakojo, kad nusižudęs šeimos narys jautėsi našta savo šeimai, nenorėjo apsunkinti kitų žmonių gyvenimų savo sunkumais. Taigi, remiantis šio tyrimo rezultatais galima kelti prielaidą, kad sveikatos sutrikdymai yra svarbus savižudybės rizikos veiksnys tada, kai žmogus pradeda jaustis našta kitiems. Todėl savižudybių prevencinės priemonės, orientuotos į sveikatos sunkumų poveikio savižudybės rizikai mažinimą, gali būti sutelktos į įvairiapusišką pagalbą sergantiems asmenims, kad jie jaustųsi visaverčiai ir mažiau priklausomi nuo kitų.

Šiame tyrime trečdalis nagrinėtų savižudybių atvejų buvo senjorų, t. y. asmenų, vyresnių nei 80 metų, savižudybės. Kaip minėta įvadinėje dalyje, vyresnių žmonių savižudybės yra opi problema, šių asmenų savižudybių rodikliai 100 tūkst. gyventojų yra vieni didžiausių. Šio tyrimo duomenimis, senjorų savižudybės gali būti susijusios su dažnesniu netekčių išgyvenimu vyresniame amžiuje, vienišumu bei psichikos sutrikimais, kurie gali būti neatpažinti ar nuvertinami. Atliktose atvejų analizėse ypač ryškėjo nesuteikta arba suteikta nepakankama pagalba senjorams, nors jie ir kreipėsi į gydymo įstaigą.

Nusižudžiusių jaunų žmonių (nuo 18 iki 40 m.) artimieji dažniausiai minėjo šias galimas savižudybės priežastis: psichikos sutrikimus, darbinės veiklos problemas, sunkumus santykiuose su draugais ir šeimoje. Psichikos sutrikimai (diagnozuoti arba numanomi) buvo paminėti visais jaunų žmonių savižudybių atvejais. Šizofrenija buvo diagnozuota dviem nusižudžiusiems asmenims, abiem atvejais artimieji apibūdino šią

ligą kaip stiprų išgyvenimą, galėjusį būti savižudybės priežastimi. Ši liga gali itin stipriai paveikti visas žmogaus gyvenimo sritis. Todėl būtina visapusiška pagalba – psichiatrinė, psichologinė ir socialinė – kad ligos poveikis žmogaus gerovei būtų kuo mažesnis. Abiem minėtais atvejais, kai žmogus sirgo šizofrenija, buvo skirtas tik medikamentinis gydymas, vienu atveju žmogus buvo vienišas ir nevartojo skirtų medikamentų. Jam nebuvo suteikta jokia socialinė pagalba, kaip artimieji sakė – „tvarkėsi pats“. Siekiant tobulinti savižudybių prevencijos sistemą, būtina užtikrinti efektyvią, modernią, visapusišką pagalbą šizofrenija sergantiems asmenims.

Kaip ir galima tikėtis, jaunų žmonių aktualijos, išryškėjusios šiame tyrime, yra susijusios su santykiais (su draugais ir šeima). Ryšys su draugais yra svarbus veiksnys jaunų žmonių psichikos sveikatai: skaudžiau priimami konfliktai, išsiskyrimai, susiduriama su patyčių problema, taip pat draugai turi stipresnį poveikį priimant sprendimus, pavyzdžiui, esant priklausomybių problemai. Santykiai su tėvais jaunesniame amžiuje vis dar yra aktualūs ir veikiantys emocinę būseną. Prevencinės priemonės, susijusios su jaunų žmonių socialinės aplinkos gerinimu, gali vykti jau ankstesniuose amžiaus tarpsniuose (vaikystėje, paauglystėje), kai teikiama parama vaikams ir paaugliams iš socialinės rizikos šeimų, tėvų skyrybų atvejais, taip pat sprendžiant patyčių problemą, skatinant pozityvias socialines patirtis tarp bendraamžių bei tėvų ir vaikų santykiuose. Kaip nurodo Pasaulio sveikatos organizacija (2018), viena iš jaunų žmonių savižudybių prevencijos krypčių yra emocinio brandumo ir gyvenimo įgūdžių tobulinimas dar švietimo sistemoje.

Šiame tyrime nusižudžiusių jaunų žmonių artimieji minėjo su darbu susijusias problemas, kurios kilo dėl gana specifinių aplinkybių: sunkumai susirasti darbą dėl priklausomybės nuo narkotinių medžiagų; sunkumai darbe dėl šizofreninio spektro sutrikimų; negalėjimas dirbti dėl sveikatos (stuburo) problemų; nerimas dėl darbo praradimo prasidėjus COVID-19 pandemijai. Galime matyti pažeidžiamas grupes darbo rinkoje, kurioms svarbu suteikti papildomą dėmesį: didinti priklausomų asmenų integraciją darbo rinkoje; suteikti visapusišką pagalbą šizofrenija sergantiems asmenims, kad jie galėtų kuo efektyviau išnaudoti savo galimybes darbo rinkoje; plėsti pagalbą jauniems žmonėms ieškantis darbo, planuojant karjerą; teikti paramą mažinant nedarbo pasekmes dėl COVID-19 pandemijos.

Pasakodami apie galimas savižudybės priežastis, nusižudžiusių jaunų asmenų ir senjorų artimieji minėjo problemas, susijusias su pagalbos sistema, apimančias nuostatas dėl specialistų pagalbos (kai pats nusižudęs asmuo atsisakė pagalbos, netikėjo pagalbos veiksmingumu), ir neigiamas patirtis susidūrus su pagalbos sistema. Labiausiai pagalbos sistema buvo kritikuojama priklausomybės nuo narkotinių medžiagų atveju ir šizofrenijos atveju. Taip pat didžiausios sistemos spragos matomos senjorų savižudybių atvejais, kai suteikiamas tik medikamentinis ambulatorinis gydymas, o vienu atveju iš viso nebuvo suteiktas joks gydymas, nors savižudybės rizika jau buvo labai didelė. Tai gali būti susiję su specialistų polinkiu nuvertinti vyresnių žmonių savižudybės riziką ar psichologines problemas.

Tyrimo metu išryškėjo su COVID-19 pandemija susijusios problemos, kurios galbūt turėjo poveikio įvykusiai savižudybei. Artimieji minėjo socialinę izoliaciją, kuri galėjo turėti poveikio emocinei būklei, arba tai, kad, padidėjus savižudybės rizikai, žmogus buvo vienas, neturėjo galimybės atsitiktinai sutikti kitų žmonių, nebūtinai su konkrečiu tikslu kalbėti apie savo problemas. Dažniausiai paminėtas COVID-19 pandemijos poveikis buvo susijęs su sveikatos priežiūros sistemos neprieinamumu, trūkumais: atidėtas onkologinės ligos gydymas, sunkumai pakliūti pas gydytoją, nekokybiškos paslaugos (labai trumpos gydytojo konsultacijos arba išvis nesuteiktas joks gydymas), nuotolinės psichologo konsultacijos. Taip pat buvo minimas dažnas COVID-19 testavimas ir baimė susirgti COVID-19 infekcija kaip papildomi stresoriai. Tačiau visais atvejais artimieji pasakojo, kad šie su COVID-19 pandemija susiję veiksniai buvo jau kaip papildomi stresoriai šalia kitų sudėtingų žmogaus išgyvenimų.

3. Pagalba suicidinę riziką keliančių sunkumų atvejais išlieka nepakankama ir vienspusiška.

Iš šių metų, kaip ir ankstesnių metų atvejų analizės matyti, kad trečdalis nusižudžiusių praaišiję buvo mėginę nusižudyti. Visgi 2019 m. ataskaitoje rašoma, kad dauguma mėginusiųjų nusižudyti atliko savižudišką veiksma per pastaruosius metus, o šiais metais matome, kad ankstesni mėginimai nusižudyti buvo dažnesni prieš trejus ir daugiau metų (pvz., prieš 10 ar 30 metų). Kaip ir 2019 m., didesnei daliai (60 %) bandžiusiųjų nusižudyti buvo diagnozuoti psichikos sutrikimai, tad daugiau nei pusė mėginusiųjų nusižudyti gavo sveikatos apsaugos sistemos specialistų pagalbą. Viena vertus, galime kelti prielaidą, kad per pastaruosius metus įvykę bandymai nusižudyti buvo potenciali galimybė suteikti specialistų pagalbą ir mažinti suicidinę riziką. Kita vertus, atsižvelgdami į kur kas anksčiau įvykusius mėginimus nusižudyti galime patvirtinti, kad yra svarbu atkreipti į tai dėmesį, pasistengti suprasti, ar rizika yra išlikusi, ar esama tam tikrų veiksnų, kuriems iškilus savižudybės rizika gali pasikartoti, nes ankstesnis mėginimas nusižudyti yra vienas svarbiausių didelės suicidinės rizikos rodiklių (Kerkhof, 2000; Van Orden ir kt., 2010).

Kaip ir ankstesniais metais, didesnė dalis mėginusiųjų nusižudyti gavo pagalbą iškart po įvykio (60 % 2020 m., 80 % 2019 m.). Pagalbos negavimo priežastimi, kaip ir ankstesnių metų tyrimuose, nurodomas paties asmens nenoras priimti pagalbą. Kaip dažniausiai suteikta pagalba tokiais atvejais išlieka įvykio vietoje suteikta medicinos pagalba, stacionarinis gydymas psichiatrinėje ligoninėje ar ambulatorinė psichologinė ir (ar) psichiatrinė konsultacija. Deja, lig šiol nepašalintas tęstinės pagalbos trūkumas, tokių konsultacijų negavo nė vienas mėginęs nusižudyti asmuo. Teigiamai gautą pagalbą įvertinę tyrimo dalyviai, kaip ir ankstesniais metais, minėjo teigiamą poveikį turėjusį gydymą ligoninės stacionare. Visgi svarbu pridurti, kad matome tendenciją teigiamai vertinti sveikatos apsaugos sistemos specialistų suteiktą pagalbą ne dėl to, kad buvo pasiektas teigiamas rezultatas, bet dėl to, kad, pasak tyrimo dalyvių, specialistai toje situacijoje

neturėjo galimybės suteikti pagalbą artimajam jos atsisakius: „*Nu jie padarė, ką galėjo, nu gi negali žmogaus per jėgą paimti.*“ Neigiamai gautą pagalbą vertinęs tyrimo dalyvis minėjo specialistų kompetencijos trūkumą, glaudesnio bendradarbiavimo su asmens artimaisiais nebuvimą, t. y. tas pačias priežastis, kurios buvo minėtos ir ankstesnių metų atvejų analizėse.

Atsižvelgiant į duomenis apie mėginusiųjų nusižudyti pagalbos ypatumus, atrodo svarbu: 1) didinti motyvaciją kreiptis pagalbos po mėginimo nusižudyti, atsižvelgti į individualias pagalbos atsisakymo priežastis ir rasti būdų pasiūlyti tinkamą pagalbą arba plėtoti jos galimybes (galime kelti prielaidą, kad jeigu asmuo turėtų daugiau pasirinkimų, o ne tik vykti į stacionariąją psichiatrinę ligoninę, mėginusieji nusižudyti lengviau ją priimtų); 2) užtikrinti tęstinę pagalbą po mėginimo nusižudyti; 3) stiprinti bendradarbiavimą su suicidiškų asmenų artimaisiais, kurie kreipiasi pagalbos dėl artimojo (didinti emocinės ir informacinės pagalbos galimybes, atsižvelgti į artimųjų nuogąstavimus).

Lyginant su 2019 m. ataskaitoje pateiktais duomenimis matyti, kad šiemet panašus procentas tyrimo dalyvių minėjo su psichikos sveikata susijusius sutrikimus (2019 m. – 53 %, šiemet – 47 %), panašiai ir 2016 m. (46 %), kiek daugiau nei 2018 m. (38 %) ir mažiau nei 2017 m. (74 %). Kaip ir seniau, vyrauja nuotaikos sutrikimai, minimi psichozinio spektro sutrikimai. Tyrimo dalyviai keturis kartus pasakojo apie nusižudžiusiojo miego problemas – nemigą dėl nerimo ar distreso, dėl šalutinio vaistų poveikio. Šiuos sunkumus jie vertino kaip kankinančius jų artimąjį, išbalansuojančius jo savijautą. Taip pat buvo minimas piktnaudžiavimas alkoholiu bei narkotinėmis medžiagomis. Taigi, nors šiemet pasimatė, kad dažnai tyrimo dalyvių nupasakojami psichikos sutrikimai ar gydymosi būdai nėra iki galo aiškūs, vis dėlto galime apibendrinti, kad nemaža dalis nusižudžiusių asmenų patyrė įvairių sunkumų, kurių dalis yra susijusi su psichikos sveikatos sunkumais, kartais diagnozuotais, o kartais ne.

Lyginant su ankstesnių metų duomenimis, šiemet dar daugiau tyrimo dalyvių (14 interviu iš 15-os, taigi 93 %, 2019 m. – 53 %, 2016 m. – 76 %, 2017 m. – 89 %, 2018 m. – 69 %) pasakojo apie tai, kad jų artimieji paskutiniu metu prieš savo mirtį lankėsi pas kokį nors sveikatos priežiūros specialistą. Šiemet dažniau nei ankstesniais metais konsultuotasi su šeimos gydytojais (40 %, palyginti su 36 % 2016 m., 32 % 2017 m., 38 % 2018 m., 27 % 2019 m.). Šiemet taip pat išryškėjo, kad beveik pusėje atvejų buvo minima, jog paskutiniu metu nusižudžiusieji konsultavosi su kokiu nors ne psichikos sveikatos specialistu, o kitų sričių, ne šeimos, gydytoju. Septyni tyrimo dalyviai (47 %) minėjo, kad jų artimasis prieš mirtį paskutiniu metu konsultavosi su kokiu nors psichikos sveikatos specialistu (psichiatru arba psichologu). Visiems tyrimo dalyvių artimiesiems, kuriems buvo diagnozuota psichikos liga, buvo pasiūlytas koks nors gydymas.

Šio tyrimo metu surinkti duomenys apie tai, kaip buvo gydomi psichikos sutrikimai, yra panašūs į ankstesnių metų duomenis. Ir šiemet iškilo tokios temos ir problemos, kad dalis tyrimo dalyvių apie gydymą atsiliepia neigiamai. Jie nepastebėjo pagerėjimo, neretai matė, kad jų artimieji gydomi tik vaistais, jiems nesuteikiama psichologinė pagalba, kuri galbūt padėtų paskatinti besigydančiojo motyvaciją gydytis, viltį, kad pagerės ar

bent jau padėtų stebėti, kiek asmuo laikosi gydymosi režimo ir rekomendacijų. Tyrimo dalyviai ir vėl svarstė, kad artimiesiems pritrūko individualaus dėmesio ir rūpinimosi jais kaip pacientais, įsigilinto į unikalią situaciją ir bandymo padėti kompleksiškai. Kita svarbi problema, kodėl psichikos ligos gydymas gali būti nesėkmingas ar visai neįvykti – paties sergančiojo nenoras gydytis, netikėjimas, kad kas nors jam gali padėti arba nesutikimas kreiptis pagalbos dėl kitų priežasčių. Tai gali būti susiję ir su informacijos neturėjimu, ir su prastomis patirtimis, kurios susijusios su gydymu seniau, ir su nuostatomis dėl psichikos sutrikimų, psichikos sveikatos.

Tyrimo dalyviai taip pat teigia, kad jiems pritrūko gydymo nuo psichikos ir kitų ligų kokybės, kompleksiskumo, kai kurie norėjo įsitraukti į gydymą, bet tam nebuvo sudarytos sąlygos. Tyrimo dalyviai, kaip ir praeitais metais, užsiminė apie atidesnį savižudybės rizikos vertinimą. Šiemet išryškėjo kiekvieno nusižudžiusio asmens būtent jo išgyventi sunkumai ir poreikiai, kurie nebūtinai turi būti panašūs į kitų. Poreikiai gali priklausyti nuo asmens amžiaus, gyvenimo situacijos ir daugelio individualių aplinkybių. Kad juos būtų galima diferencijuoti ir patenkinti, labai svarbus individualizuotas specialistų ar įstaigų darbuotojų, kurie tiesiogiai susiduria su žmogumi, dėmesys. Pagalba turi būti pritaikyta, tinkama, o pacientas – kviečiamas bendradarbiauti.

Remiantis tuo, kad diduma nusižudžiusių prieš savo mirtį lankosi pas kokį nors, nebūtinai su psichikos sveikata susijusį sveikatos priežiūros specialistą, labai svarbu gerinti „vartininkų“* gebėjimus atpažinti savižudybės riziką. Pastarajame tyrime atsiskleidė, kad ne tik šeimos gydytojai, bet ir kitų sričių gydytojai specialistai gali būti vieni paskutinių sveikatos priežiūros kontaktų su nusižudyti ketinančiu asmeniu. Todėl ir įvairių sričių gydytojų gebėjimas atpažinti savižudybės riziką gali būti svarbus siekiant užkirsti kelią galutiniam savižudybės veiksmui ir laiku suteikti ar pasiūlyti reikiamą pagalbą.

Iš šių duomenų atsiskleidžia, kad labai svarbu įsigilinti į kiekvieno paciento problemą vengiant susitelkti tik į vieną – somatinę ar psichologinę – individo būseną, bet susiejant šias dvi glaudžiai susijusias sritis. Svarbu nepamiršti ir socialinės dimensijos – rūpintis, ar asmuo turi kur gauti palaikymą ir pan. Tam reikalinga plati specialistų kompetencija, gebėjimas megzti kontaktą, pastebėti savižudybės riziką, išsiaiškinti paciento poreikius, reakciją į ligą ir vaistus, vaistų šalutinių poveikių pasireiškimą. Čia taip pat svarbu, kiek laiko specialistas gali skirti kiekvienam pacientui, jo įvertinimui. Svarbu ne tik kompleksinio gydymo (vaistai ir psichologinis konsultavimas, kartais socialinis konsultavimas, profesinė reabilitacija ir pan.) galimybės egzistavimas, bet ir pačių specialistų nuostata dėl kompleksinio gydymo, gebėjimas atrinkti, kuriems pacientams tai galėtų tikti ir padėti, mokėjimas pristatyti gydymosi ir pagalbos galimybes pacientui, pagrįsti jų naudingumą, motyvuoti pacientą.

* „Vartininkai“ (angl. *gatekeepers*) – specialistai, galintys susidurti su savižudybės grėsme patiriančiais asmenimis.

4. Išlieka psichologinės pagalbos pasiūlymo ir prieinamumo gydant somatinius sutrikimus problema.

Šių metų tyrime daugiausia iš visų atliktų tyrimų nusižudžiusieji turėjo fizinės sveikatos sutrikdymų (80 %, palyginti su 67 % 2016 m., 52,3 % 2017 m., 75 % 2018 m., 40 % 2019 m.), kurie artimųjų nurodomi kaip galėję prisidėti prie savižudybės priežasčių. Dažniausiai tai buvo fizinės traumos, judėjimo sistemos ir judėjimo sunkumai, taip pat onkologinės, skrandžio ir virškinimo sistemos ligos, širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimai, prostatos ligos, endokrininės sistemos, kvėpavimo sistemos ligos. Keturis kartus, kalbant apie fizines ligas, buvo minima, kad mirusysis patirdavo didelį fizinį skausmą.

Nors remdamiesi duomenimis negalime apibendrinti išvadų apie fizinės sveikatos sunkumus ir jų ryšį su savižudybės rizika, vis dėlto galime pažymėti, kad fizinės sveikatos problemų nustatymas, gydymas, somatinėms ligoms gydyti tinkamų vaistų skyrimas, fizinio skausmo medicininėmis ir kitomis priemonėmis mažinimas yra svarbus siekiant geresnės fizinės ir psichologinės savijautos. Todėl skiriant fizinės sveikatos gydymą, labai svarbu atsižvelgti ir į paciento emocinius išgyvenimus dėl savo ligos, subjektyvaus skausmo išgyvenimo stiprumą, paciento turimus išteklius atsakingai gydytis pagal paskirtą programą (pvz., vartoti vaistus, lankyti procedūras ir pan.); suteikti pakankamai informacijos apie paciento ligą, jos eigą, gydymo būdus ir kitką, apie ką besigydančiam žmogui svarbu žinoti; nukreipti psichologo ar psichiatro konsultacijoms; jeigu tokių yra, supažindinti su paramos, savitarpio pagalbos grupėmis, buriančiomis panašius fizinius sunkumus patiriančius asmenis.

Psichikos sveikatos specialistams reikia pasidomėti fizine paciento sveikata, jo išgyvenimais, susijusiais su jo fizine būseną, atitinkamai suteikti pagalbą, paaiškinimą ar informaciją, galinčią pagelbėti konkrečiam asmeniui jo situacijoje.

Sveikatos ir pagalbos sistemos formuotojams svarbu kreipti dėmesį į biopsichosocialinį požiūrį į pacientus ir gydymą, organizuoti mokymus, skleisti informaciją, padedančią geriau suprasti kūno ir psichikos ryšius, remtis naujausiais moksliniais fizinės ir psichinės sveikatos ryšio tyrimais ir pagal tai parinkti pagalbos būdus.

5. Išlieka motyvacijos kreiptis pagalbos skatinimo poreikis, glaudžiai susijęs su visuomeninėmis nuostatomis dėl psichikos sutrikimų, savižudybių.

Šiomet, kaip ir 2018 m. bei 2019 m. tyrimuose, išryškėjo nepakankama artimojo motyvacija sau padėti, sunkumai prikalbinti artimąjį kreiptis pagalbos. Kai kuriais atvejais pagalbos vengimas arba netikėjimas, neturėjimas vilties, kad išvis kas nors galėtų padėti, nurodomi ir kaip svarbi savižudybės priežastis. Nusižudžiusiųjų artimieji neretai sako, kad tinkama, kompleksiška pagalba galbūt būtų padėjusi jų artimajam. Tačiau kartais, nors galimybių ją gauti ir buvo, nepavykdavo prikalbinti, nukreipti paties kenčiančio žmogaus.

Šie sunkumai, nors susiję ir su kiekvieno individo asmenybės ypatumais bei įsitikinimais, bent iš dalies yra susiję ir su visuomenėje įsišaknijusiomis nuostatomis dėl psichi-

kos sveikatos, sutrikimų, savižudybės temos. Psichoedukacija apie psichikos sunkumus ir jų priežastis, pagalbos būdus, paplitimą, stigmos psichikos sutrikimų, savižudybės tematikos atžvilgiu mažinimas, tinkamų nuostatų formavimas jau ugdymo procesuose gali būti labai svarbi savižudybių prevencijos dalis. Esminiai visuomenės nuostatų pokyčiai prisidėtų prie didesnio pasitikėjimo psichikos sveikatos specialistais, žinojimo, kur kreiptis, ir motyvacijos siekti pagalbos ir ją priimti.

6. Artimieji dažniausiai teigiamai vertino policijos ir kitų tarnybų darbą fiksuojant mirties aplinkybes, tačiau jiems pritrūko informacijos apie ikiteisminį tyrimą ir jo rezultatus, artimieji negavo informacijos, kur kreiptis psichologinės pagalbos.

Didžioji dalis tyrimo dalyvių policijos pareigūnų darbą tiek mirties fakto fiksavimo, tiek ikiteisminio tyrimo metu vertino teigiamai. Pažymėtina, kad artimieji daugiausia dėmesio atkreipė ne į specifinius pareigūnų veiksmus, įvykio fiksavimo arba tyrimo procedūras, tačiau į pagarbaus, mandagaus, rūpestingo, jautraus, kai atsižvelgiama į artimojo būseną, bendravimo poreikį. 53 % tyrimo dalyvių nurodė, jog būtent jautrus, empatiškas pareigūnų bendravimas labiausiai padėjo fiksuojant ir tiriant artimojo mirtį. 7 % atvejų tyrimo dalyviai išreiškė išimtinai neigiamą nuomonę apie policijos pareigūnų darbą (pareigūnų bendravimą įvykio vietoje). Tarp išsakytų pastebėjimų policijos darbui artimieji dažniausiai minėjo informacijos apie ikiteisminio tyrimo rezultatus trūkumą, tyrimo dalyvio palikimą vieno, nepasirūpinimą jo saugumu, išreiškė didesnę emocinės paramos arba psichologinės pagalbos poreikį savižudybės fiksavimo metu.

Palyginti su ankstesnių metų tyrimų rezultatais, šiemet mažesnė dalis artimųjų skundėsi pareigūnų bendravimu fiksuojant arba tiriant mirties aplinkybes negu 2019 m., kai policijos pareigūnų bendravimą neigiamai įvertino 47 % tyrimo dalyvių. Panašiai policijos darbas buvo vertinamas 2016–2018 m. (2018 m. 6 %, 2017 m. 5 %, 2016 m. 6 %). Šiemet artimieji taip pat nepasakė pastabų, susijusių su nemalonia ikiteisminio tyrimo procedūra, labiau akcentavo emocinės paramos ir pasirūpinimo jų poreikiais įvykio vietoje svarbą ir informacijos apie ikiteisminio tyrimo rezultatus trūkumą.

Didžioji dalis tyrimo dalyvių teigiamai arba neutraliai vertino GMP darbą įvykio vietoje. Kalbėdami apie susidūrimą su GMP, tyrimo dalyviai daugiausia išskyrė medikų dėmesį artimųjų savijautai ir suteiktą medicinos pagalbą. Tik nedidelė dalis tyrimo dalyvių pasakė pastabų apie GMP darbą (teko ilgai laukti atvykstant, trūko empatiško GMP darbuotojų reagavimo). Pažymėtina, kad didelė dalis (67 %) artimųjų negavo informacijos iš į įvykį reagavusių tarnybų apie pagalbos po artimojo savižudybės galimybes.

Atsižvelgdami į šių metų duomenis, rekomenduojame ir toliau stiprinti policijos pareigūnų ir kitų tarnybų specialistų, susiduriančių su nusižudžiusiųjų artimaisiais, kompetencijas, kaip tinkamai reaguoti į savižudybės atvejus, ypač pabrėžiant pagarbaus ir empatiško bendravimo su artimaisiais svarbą. Ikteisminį tyrimą vykdančioms įstaigoms taip pat svarbu paskatinti pareigūnus suteikti artimiesiems išsamesnę informaciją apie ikiteisminį tyrimą ir jo rezultatus, neapsiribojant vien laiško išsiuntimu.

7. Nusižudžiusiųjų artimiesiems reikalinga aktyviai siūloma, pritaikyta konkrečiam atvejui ir praktinė, ir psichologinė pagalba. Pasigendama ir bendros informacijos apie pagalbą nusižudžius artimajam.

Kaip ir ankstesniais metais, tyrimo dalyviai akcentuoja, kad gedint po artimojo savižudybės svarbu gauti informaciją apie pagalbos galimybes. Dešimčia atvejų (67 %) artimieji negavo informacijos iš įvykį reagavusių tarnybų apie pagalbos nusižudžius artimajam galimybes. Trimis atvejais artimieji sakė, jog dėl patirto šoko buvo sunku prisiminti, ką tarnybų darbuotojai jiems sakė ir ar teikė tokią informaciją. Atsižvelgiant į tai, manytina, kad išsami rašytinė informacija apie pagalbos galimybes ir (arba) proaktyvus susisiektis praėjus kuriam laikui nuo įvykio, informuojant artimuosius apie pagalbos galimybes ir suteikiant emocinę paramą, galėtų padėti plačiau paskleisti žinią apie pagalbos galimybes ir galbūt paskatinti artimuosius jos kreiptis.

Palyginti su ankstesniais metais, šiemet gana panašus tyrimo dalyvių procentas po netekties kreipėsi pagalbos į psichologą arba savitarpio pagalbos grupę (šiemet 27 %, 2019 m. – 33 %, 2018 m. – 28 %). Nesikreipimo priežastys panašios kaip ir ankstesniais metais: vieni tyrimo dalyviai pasikalbėti, palaikymo sulaukti galėjo iš artimųjų, kiti tiesiog manė, kad gali susitvarkyti patys ir poreikio pagalbai nebuvo, keletas turėjo skeptiškų nuostatų dėl pagalbos, neturėjo laiko kreiptis pagalbos arba rado kitokių įveikos būdų – atsiribojimą, dėmesio nukreipimą į veiklas.

Svarbu paminėti, kokie šiemet buvo tyrimo dalyvių pasiūlymai kalbant apie pagalbą gedintiesiems po artimojo savižudybės. Ir vėl, kaip ir praeitais metais, dalis tyrimo dalyvių sakė, kad reikalinga psichologinės pagalbos (kokybiškos, specializuotos) galimybė, tik svarbu, kad ji būtų pasiūloma proaktyviai (taigi gedinčiam nereikėtų pačiam ieškoti informacijos, skambinti, bet kad jam būtų suteikiama informacija, paskambinama, pasiteiraujama, kaip jis laikosi). Tyrimo dalyviai kalbėjo ir apie visuomenės švietimo svarbą: svarbu ugdyti visuomenės žinojimą apie psichikos sveikatą, savižudijų problematiką, psichikos sveikatos specialistus, pagalbos galimybes. Artimiesiems tai padėtų drąsiau kreiptis pagalbos, kalbėti apie savo netektį. Vienu atveju išryškėjo, jog kartais svarbu būtų valymo paslaugų galimybė, kad artimiesiems nereikėtų patiems tvarkyti vietos, kurioje įvyko savižudybė (jeigu tvarkyti reikia).

Taigi nusižudžiusiųjų artimiesiems būtų svarbu pasiūlyti pagalbą. Kai kuriais atvejais reikalinga praktinė pagalba (valymo paslaugų, laidotuvių organizavimo ir pan.), kitais – emocinė parama, psichologinė pagalba. Kad tokia pagalba būtų suteikta, reikalingas informacijos suteikimas ir atvejo vadyba, kai su artimuoju yra kontaktuojama ir tiesiogiai klausiama, kokios pagalbos jam reikėtų. Taip pat svarbu turėti omenyje, kad vienas nusižudžiusysis gali turėti bent kelis artimuosius, kurie netektį ir gedulo procesą išgyvens nevienodai. Atvejo vadybos metu reikia identifikuoti visus nusižudžiusiųjų artimuosius, kuriems gali reikėti pagalbos, ir ją pasiūlyti.

Rekomendacijos, kaip tobulinti savižudybių prevencijos sistemą

1. Rekomendacijos, susijusios su pagalba savižudybės riziką patiriantiems asmenims

- Asmenims, patiriantiems savižudybės riziką, bandžiusiems nusižudyti arba turintiems sudėtingesnių psichikos sutrikimų, kurie stipriai blogina jų gyvenimo kokybę, prisitaikymą socialinėje ir darbinėje sferose, turi būti priskiriamas atvejo vadybininkas. Atvejo vadybininkas turėtų reguliariai susisiekti su konkrečiu asmeniu, siūlyti pagalbos galimybes pagal konkretaus asmens poreikius, motyvuoti asmenį kreiptis pagalbos. Jis taip pat turėtų siekti į pagalbos ir gydymo procesą įtraukti besigydančiojo artimuosius (atsižvelgiant į situaciją ir artimųjų galėjimą įsitraukti). Bendradarbiaujant su artimaisiais, aktyviai siūlant pagalbos būdus sergančiam arba patiriančiam savižudybės riziką asmeniui, būtų suteikiama kokybiškesnė, visavertiškesnė, kompleksiškesnė ir labiau kiekvieno asmens poreikius atitinkanti pagalba. Ten, kur atvejo vadyba jau vykdoma, svarbu skatinti jos plėtoją, aktyvumą koordinuojant atvejus, specialistų, dirbančių atvejo vadybininkais, kompetencijos didinimą.
- Plėsti, tobulinti ir viešinti pagalbą specifinių sutrikimų: šizofrenijos, priklausomybių nuo narkotinių medžiagų (ypač paaugliams) ar alkoholio vartojimo atvejais. Svarbu ieškoti tinkamų galimybių paskatinti gydytis tokių sunkumų turinčius savižudybės riziką patiriančius asmenis ar išlaikyti jų motyvaciją tai daryti (pvz., aktyviai bendradarbiauti su anonimišką pagalbą teikiančiais priklausomybių konsultantais ir kitais proaktyvią pagalbą teikiančiais specialistais).
- Teikti kompleksinę, tęstinę pagalbą po mėginimo nusižudyti. Gydymo įstaigose svarbu pasiūlyti specializuotą psichologinę ir, jei reikia, psichiatrinę pagalbą po mėginimo nusižudyti. Specialistams svarbu atkreipti dėmesį ir į praeityje įvykusius mėginimus nusižudyti siekiant suprasti, ar yra išlikusi savižudybės grėsmės rizika. Tačiau kadangi dalis mėginusiųjų nusižudyti nepatenka arba atsisako kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigas, svarbu ieškoti būdų, kaip didinti mėginusių nusižudyti asmenų motyvaciją kreiptis pagalbos. Svarbu nuolat stiprinti specialistų, atvykstančių į su savižudybės rizika susijusio įvykio vietą, kompetencijas. Tačiau taip pat svarbu, atsižvelgiant į besikreipiančių asmenų sunkumų ir poreikių įvairovę, plėtoti pagalbos asmenims, mėginusiems nusižudyti, galimybes (pvz., plėsti specializuotas ambulatorines paslaugas).
- Siekiant geresnio savižudybės rizikos atpažinimo, organizuoti mokymus galimiems „vartininkams“, kaip atpažinti savižudybės riziką.
- Rengti mokymus medicinos įstaigų darbuotojams, susijusius su biopsichosocialiniu požiūriu į pacientą, kūno ir psichikos ryšį, savižudybės rizikos atpažinimą, emocines reakcijas į fizinių ligų diagnozes ir gydymą.
- Psichikos sveikatos specialistams rengti mokymus apie fizinės žmogaus sveikatos ryšius su psichikos sveikata, pagalbos galimybes.

2. Rekomendacijos, susijusios su pagalba savižudybės riziką patiriančių asmenų artimiesiems

- Svarbu teikti paramą savižudybės krizę patiriančių asmenų artimiesiems – individualiai įvertinti artimųjų poreikius ir pasiūlyti tinkamą pagalbą. Informacinė pagalba turėtų būti teikiama kartu su emocine parama, rodomas supratingumas.
- Rekomenduojame įvertinti dabartines pagalbos savižudybės krizę patiriančių asmenų artimiesiems galimybes ir svarstyti tokios pagalbos plėtojimą bei viešinimą visuomenėje. Kadangi artimieji, net ir patirdami sunkumų, rečiau kreipiasi pagalbos dėl savęs pačių, reikalingos ne tik prieinamos galimybės (pvz., paramos grupės suicidiškų asmenų artimiesiems), bet ir švietimo kampanijos, padėsiančios validizuoti artimųjų poreikius, perduosiančios žinutę, kad normalu kreiptis pagalbos tokioje situacijoje.

3. Rekomendacijos, susijusios su pagalba gedintiems nusižudžius artimajam

- Suorganizuoti atvejo vadybos gedinčiųjų po artimojo savižudybės asmenų sistemą. Kiekvienu nusižudymo atveju nusižudžiusiojo artimiesiems turėtų būti paskirtas atvejo vadybininkas (tam paruoštas darbuotojas, galbūt iš Visuomenės sveikatos biuro ar kitos įstaigos). Atvejo vadybininkas turėtų proaktyviai susisiekti su nusižudžiusiojo artimaisiais; identifikuoti, kuriems asmenims gali reikėti pagalbos; pasiūlyti praktinę, psichologinę ar kitą pagalbą, suteikti informaciją, supažindinti su galimomis pagalbos formomis atsižvelgdamas į konkrečius poreikius.
- Sudaryti sąlygas, jei reikia, parūpinti valymo paslaugas, skirtas sutvarkyti įvykio vietą. Galbūt padėti išsikviesti valymo tarnybas ar suteikti informaciją apie jas galėtų į įvykio vietą atvykę policijos pareigūnai.

4. Rekomendacijos, susijusios su pirminio lygio savižudybių prevencija

- Siekiant nuostatų dėl psichikos sveikatos ir savižudybių destigmatizavimo, ugdymo įstaigose diegti edukacines programas, supažindinančias mokinius su psichikos sveikatos temomis. Peržiūrėti jau įdiegtas programas – koku mastu ir ar kokybiškai jos taikomos, ar specialistai pasirengę jas taikyti, kiek laiko ir išteklių skiriama tokių programų taikymui.
- Tęsti švietimą apie psichikos sveikatą, savižudybės rizikos ženklų atpažinimą. „Vartininų“ mokymuose ar pateikiamoje informacinėje literatūroje svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad gali būti sunku ne tik atpažinti savižudybės rizikos ženklus, bet ir jais patikėti. Svarbu normalizuoti galimus aplinkinių emocinius sunkumus ir pasiūlyti tinkamus sprendimus, galinčius padėti artimoje aplinkoje esantiems žmonėms pastebėti savižudybės rizikos ženklus ir į juos reaguoti.
- Analizuoti senjorų poreikius ir juos tenkinti teikiant įvairiapusišką pagalbą. Mažinti senjorų izoliaciją, plėsti jų kasdienę socialinę patirtį. Įvertinti ir (ar) išanali-

zuoti galimus pagalbos senjorams būdus ir didinti jų prieinamumą. Teikti proaktyvią paramą senjorams ir jų artimiesiems.

5. Rekomendacijos dėl policijos ir kitų į savižudybės atvejį reaguojančių tarnybų darbo

- Būtina toliau stiprinti policijos pareigūnų ir kitų tarnybų specialistų, susiduriančių su nusižudžiusiųjų artimaisiais, kompetencijas, kaip tinkamai reaguoti į savižudybės atvejus, ypač pabrėžiant pagarbaus ir empatiško bendravimo su artimaisiais svarbą.
- Ikiteisminį tyrimą atliekančioms įstaigoms svarbu paskatinti pareigūnus suteikti artimiesiems išsamesnę informaciją apie ikiteisminį tyrimą ir jo rezultatus, neapsiribojant vien laiško išsiuntimu.
- Atsižvelgiant į tai, kad policijos ir kitų į savižudybės atvejus reaguojančių tarnybų specialistai įvykio vietoje turi specifines užduotis, kurias privalo atlikti tam, kad savižudybės faktas būtų tinkamai užfiksuotas, jiems ne visada pakanka laiko, o neretai ir igūdžių pasirūpinti artimųjų emocine savijauta ir kitais poreikiais (suprantama kalba suteikti informaciją apie tolesnius tarnybų veiksmus, paskatinti ir padėti susisiekti su kitais šeimos nariais ir (ar) draugais, palaukti su artimuoju, kol šie atvyks, kt.), todėl būtų svarbus asmens, pavyzdžiui, specialiai paruošto pareigūno ar psichikos sveikatos specialisto, kurio pagrindinė funkcija būtų pasirūpinti artimuoju, dalyvavimas įvykio vietoje.

LITERATŪRA

- 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.
- 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.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva: World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=F317128E1124C098076D66C729CDB461?sequence=1
- World Health Organization. (2018). *National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf?ua=1>

Viršelio dailininkas Mindaugas Jakas
Kalbos redaktorė Gražina Indrišiūnienė
Maketuotoja Vida Vaidakavičienė

Vilniaus universiteto leidykla, Saulėtekio al. 9, LT-10222 Vilnius
info@leidykla.vu.lt, www.leidykla.vu.lt
Knygos internete *knygnas.vu.lt*
Mokslo periodikos žurnalai *zurnalai.vu.lt*
3,5 aut. l.