

<https://doi.org/10.15388/vu.thesis.893>

<https://orcid.org/0000-0003-2489-8241>

VILNIAUS UNIVERSITETAS

Miglė Marcinkevičiūtė

Priešsuicidinės kančios patirtis:
mėginusių nusižudyti žmonių
perspektyva

DAKTARO DISERTACIJA

Socialiniai mokslai,
Psichologija (S 006)

VILNIUS 2026

Disertacija rengta 2020–2025 metais Vilniaus universitete.

Mokslinė vadovė – prof. habil. dr. Danutė Gailienė (Vilniaus universitetas, socialiniai mokslai, psichologija – S 006).

Gynimo taryba:

Pirmininkė – prof. dr. Nida Žemaitienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata – M 004).

Nariai:

doc. dr. Jonas Eimontas (Vilniaus universitetas, socialiniai mokslai, psichologija – S 006);

prof. dr. Neringa Grigutytė (Vilniaus universitetas, socialiniai mokslai, psichologija – S 006);

prof. dr. Gražina Gudaitė (Vilniaus universitetas, socialiniai mokslai, psichologija – S 006);

prof. dr. Heidi Hjelmeland (Norvegijos mokslų ir technologijos universitetas, socialiniai mokslai, psichologija – S 006).

Disertacija ginama viešame Gynimo tarybos posėdyje 2026 m. vasario mėn. 27 d. 15 val. Vilniaus universiteto, Filosofijos fakulteto 201 auditorijoje. Adresas: Universiteto gatvė 9/1, Vilnius, Lietuva, tel. + 370 5 266 7616; el. paštas info@fsf.vu.lt

Disertaciją galima peržiūrėti Vilniaus universiteto bibliotekoje ir VU interneto svetainėje adresu: <https://www.vu.lt/naujienos/ivykiu-kalendorius>

<https://doi.org/10.15388/vu.thesis.893>

<https://orcid.org/0000-0003-2489-8241>

VILNIUS UNIVERSITY

Miglė Marcinkevičiūtė

The Experience of Pre-Suicidal Suffering: The Perspective of People Who Have Attempted Suicide

DOCTORAL DISSERTATION

Social sciences,
Psychology (S 006)

VILNIUS 2026

The dissertation was prepared between 2020 and 2025 at Vilnius University.

Academic Supervisor – Prof. Habil. Dr. Danutė Gailienė (Vilnius University, Social Sciences, Psychology – S 006).

This doctoral dissertation will be defended in a public meeting of the Dissertation Defence Panel:

Chairman – Prof. Dr. Nida Žemaitienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medicine and Health Sciences, Public Health – M 004).

Members:

Assoc. prof. dr. Jonas Eimontas (Vilnius University, Social Sciences, Psychology – S 006);

Prof. Dr. Neringa Grigutytė (Vilnius University, Social Sciences, Psychology – S 006);

Prof. Dr. Gražina Gudaitė (Vilnius University, Social Sciences, Psychology – S 006);

Prof. Dr. Heidi Hjelmeland (Norwegian University of Science and Technology, Social Sciences, Psychology – S 006).

The dissertation shall be defended at a public meeting of the Dissertation Defence Panel at 3 pm on 27th of February 2026 in Room 201 of the Faculty of Philosophy, Vilnius university. Address: Universiteto Street 9/1, Vilnius, Lithuania. Tel. +370 5 266761; e-mail: info@fsf.vu.lt

The text of this dissertation can be accessed at the library of Vilnius University, as well as on the website of Vilnius University:

www.vu.lt/lt/naujienos/ivykiu-kalendorius

TURINYS

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS	9
PRATARMĖ	10
1. ĮVADAS.....	12
1.1. Savižudybės proceso, suicidiškumo ir savižudybės krizės samprata	12
1.2. Pirmos kartos suicidiškumo teorijos	17
1.2.1. Émile Durkheim ir socialinis kontekstas	17
1.2.2. Edwin S. Shneidman ir psichologinis skausmas	19
1.2.3. Israel Orbach ir savižudiškas kūnas	21
1.2.4. Roy F. Baumeister ir Savižudybės kaip pabėgimo nuo savęs teorija.....	22
1.3. Antros kartos suicidiškumo teorijos.....	24
1.3.1. Thomas Joiner ir Tarpasmeninė psichologinė savižudybių teorija	25
1.3.2. Rory O'Connor ir Integruotas motyvacinis-valios savižudiško elgesio modelis	26
1.3.3. Michael D. Rudd ir Nestabilumo-pažeidžiamumo teorinis modelis	28
1.4. Savižudybės rizikos vertinimo problema.....	30
1.5. Kokybinių tyrimų vertė suicidologijos moksle	32
1.6. Šiuolaikiniai priešsuicidinės kančios patirties tyrimai	35
1.6.1. Priešsuicidinio etapo apibrėžimas	35
1.6.2. Kančios patirtis priešsuicidiniame etape	36
1.6.3. Priešsuicidinės kančios moksliniai tyrimai	37
1.7. Tyrimo naujumas, tikslas ir uždaviniai	41
2. METODIKA	42
2.1. Tyrimo strategijos pasirinkimas.....	42
2.2. Tyrimo dalyviai.....	43
2.3. Tyrimo eiga ir priemonės.....	44

2.4. Duomenų analizės metodas.....	45
2.5. Etiniai tyrimo aspektai	46
2.6. Tyrimo kokybės kriterijai.....	49
2.7. Tyrėjos refleksija.....	53
3. REZULTATAI.....	56
3.1. Suformuotų grupės patirtinių temų kiekybinė struktūra	56
3.2. Suformuotų grupės patirtinių temų vidinė struktūra	59
3.3. Suformuotų grupės patirtinių temų apibendrinimas.....	86
3.1.1. Priešsuicidinės kančios patirties ir prielaidų suicidiškumui iškilti formavimosi modelis	86
3.1.2. Priešsuicidinės kančios ir išskylančio suicidiškumo įveikos būdai	89
4. REZULTATŲ APTARIMAS	91
4.1. Priešsuicidinės kančios patirtis ir suicidiškumo iškilimas	92
4.1.1. Kumuliacinio efekto patirtis.....	93
4.1.2. Pasikartojančių trauminių įvykių sukeltų didelio trūkumo jausmų patirtis.....	95
4.1.3. Kompensacinio mechanizmo patirtis	98
4.1.4. Afektyvių būsenų patirtis	101
4.1.4.1. Pagrindinio trigerinančio įvykio patirtis.....	104
4.1.4.2. Disociacijos esant afektyvės būsenos patirtis.....	106
4.1.4.3. Minčių apie savižudybę iškilimo patirtis.....	108
4.2. Įveikos būdai priešsuicidinės kančios ir suicidiškumo iškilimo etapuose.....	110
TYRIMO RIBOTUMAI.....	113
REZULTATŲ PRITAIKYMO GALIMYBĖS	114
IŠVADOS.....	116
LITERATŪRA	118
PRIEDAI	136
1 priedas. Vyrų ir moterų savižudybių rodiklių kaita Lietuvoje	136

2 priedas. Tyrimo dalyvių demografiniai duomenys	137
3 priedas. Informuoto sutikimo pavyzdys.....	140
4 priedas. Interviu atlikimo protokolo fragmentas	141
5 priedas. Duomenų analizės fragmentas.....	142
6 priedas. Patirtinių temų, nepriskirtų nei vienai GPT, sąrašas su ilustruojančiomis citatomis	150
SANTRAUKA	155
SUMMARY	156
1. INTRODUCTION	156
2. MATERIALS & METHODS	160
2.1. Selection of the Research Strategy	160
2.2. Sample	160
2.3. Procedures and Measures	161
2.4. Data Analysis Method	162
2.5. Research Team and Reflexivity.....	163
3. RESULTS	165
3.1. Quantitative Structure of the Group Experiential Themes	165
3.2. Internal Structure of the Group Experiential Themes	169
3.3. A Pattern of the Formation of Pre-Suicidal Suffering and the Emergence of Suicidality.....	194
3.4. A Structure of the Needs of a Person Experiencing Pre-Suicidal Suffering and Emerging Suicidality	197
4.1. The Experience of Pre-Suicidal Suffering and the Emergence of Suicidality	199
4.1.1. Experience of the Cumulative Effect	199
4.1.2. Experience of Feelings of Profound Lacking Caused by Complex Traumatic Events	201
4.1.3. Experience of the Compensatory Mechanism.....	204
4.1.4. Experience of Affective States	207
4.1.4.1. Experience of the Main Triggering Event	209

4.1.4.2. Experience of Dissociation During an Affective State..	210
4.1.4.3. Experience of the Emergence of Suicidal Thoughts	211
4.2. Needs of a Person Experiencing Pre-Suicidal Suffering and Emerging Suicidality	213
LIMITATIONS.....	217
PRACTICAL IMPLICATIONS	218
CONCLUSIONS.....	220
REFERENCES	222
PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS	231
MOKSLINĖSE KONFERENCIJOSE SKAITYTI PRANEŠIMAI.....	232
GYVENIMO IR MOKSLINĖS VEIKLOS APRAŠYMAS	234
PADĖKA.....	237

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

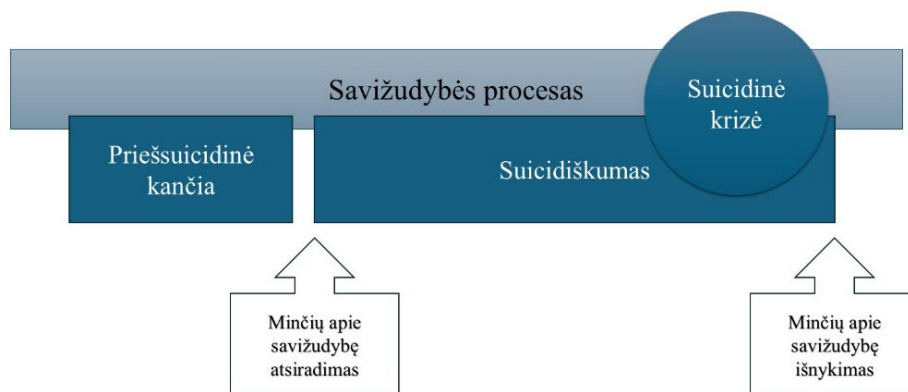
Savižudybės procesas – šiame darbe savižudybės proceso sąvoka bus naudojama visam procesui atspindėti – nuo pirmųjų su suicidiškumu susijusių neigiamų išgyvenimų, priešsuicidinės kančios formavimosi patirties, išskylančio suicidiškumo ir suicidinio elgesio, iki suicidiškumo išnykimo ir jį patyrusio žmogaus bei aplinkinių prisitaikymo prie šios patirties.

Suicidiškumas – psichologinė būseną, atspindinti žmogaus sunkumus susidoroti su gyvenime kilusiais iššūkiais, kurią lydi asmeniška ir kompleksiška žmogaus istorija. Jai būdingos kylančios suicidinės mintys, stiprėjantis ketinimas, planavimas ir suicidinis elgesys (Michel & Valach, 2011). Šiame darbe suicidiškumo sąvoka bus naudojama atspindėti savižudybės proceso dalį nuo minčių apie savižudybę iškilimo iki jų išnykimo.

Suicidinė krizė – šiame darbe suicidinės krizės sąvoka bus naudojama suicidiškumui būdingos psichologinės būsenos paūmėjimui atspindėti.

Priešsuicidinė kančia – tai rečiau naudojamas terminas, kurio nusistovėjusią reikšmę rasti sunku. Šiame darbe priešsuicidinės kančios sąvoka bus naudojama nusakyti nepakeliamo besitęsiančio psichologinio skausmo būsenai, būdingai prieš išskylančią suicidiškumui.

Gyvenimiškos savižudybių patirties turintis žmogus (angl. *Lived Experience of Suicide*) – žmogus, išgyvenantis arba išgyvenęs savižudybės procesą.



1 pav. Schema iliustruojanti svarbiausių darbe naudojamų sąvokų tarpusavio santykį

PRATARMĖ

Per metus pasaulyje nusižudo 726 000 žmonių (World Health Organization, 2024a). Tai 74 000 atvejų (10,19 %) mažiau nei Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) skelbė prieš 10 metų. Lietuvoje per tą patį laikotarpį metinis savižudybių skaičius sumažėjo 36,83 % (nuo 896 iki 566 savižudybių per metus arba nuo 30,8 iki 18,5 savižudybių 100 tūkst. gyventojų) (žr. 1 priedą). Vis dėlto, Europos Sąjungos šalyse savižudybių rodiklių vidurkis siekia 12,4 atvejus 100 tūkst. gyventojų, o mažiausias rodiklis, priklausantis Turkijai ir esantis kiekvienos šalies savižudybių prevencijos tikslu, tesiekia 2,3 savižudybes 100 tūkst. gyventojų (Higienos institutas, 2025; Valstybės duomenų agentūra, 2025; World Health Organization, 2024b). Taigi, Lietuvos savižudybių rodikliai, nors sparčiai mažėjantys, yra didesni už Europos Sąjungos vidurkį ir ženkliai didesni už mažiausius Europos regiono rodiklius.

Lietuvoje dažniau nusižudo vyrai (31 savižudybė 100 tūkst. gyventojų) nei moterys (6,7 savižudybės 100 tūkst. gyventojų), tai yra 4,63 karto dažniau. Kaip ir daugeliui pasaulio šalių, Lietuvai taip pat būdingas lyčių paradoksas. Tai reiškia, kad dažniau nusižudo vyrai, tačiau bando nusižudyti dažniau moterys (Canetto & Sakinofsky, 2010). Taigi, apskritai savižudybės procese dažniau atsiduria moterys nei vyrai, taip pat jos dažniau patiria ir priešsuicidinę kančią.

Pagal amžių, dažniausiai nusižudo vyresnio darbingo amžiaus žmonės nuo 50 iki 64 metų (šiai grupei tenka 30 % visų įvykstančių savižudybių), kiek rečiau žmonės nuo 35 iki 49 metų (25,49 % visų savižudybių) ir vyresni nei 65 metų žmonės (24,03 % visų savižudybių), dar rečiau 21 – 34 amžiaus grupei priklausantys žmonės (16,64 % visų savižudybių) ir, atitinkamai, mažiausiai 9 – 20 metų vaikai ir jaunuoliai (3,84 % visų savižudybių) (Higienos institutas, 2025; Rimkevičienė ir Marcinkevičiūtė, 2024). Taigi, daugiausiai savižudybių Lietuvoje įvyksta vyresnio darbingo amžiaus žmonių grupėje ir tarp pensijinio amžiaus sulaukusių žmonių.

Nors Lietuvos savižudybių rodikliai tebėra dideli, jie krenta 3,6 karto greičiau nei mažėja pasauliniai savižudybių rodikliai. Iš šio kritimo galime daryti išvadą, jog Lietuvos savižudybių rodiklius veikia ne tik globalaus konteksto kitimas, bet ir pokyčiai vykstantys tik Lietuvoje. Kita vertus, tyrimų vertinančių labiausiai prie rodiklių kritimo prisidedančius veiksnius Lietuvoje mažai, todėl nėra gerai žinomos tokio kritimo priežastys.

Taip pat, vertinant suicidiškumo paplitimo mastą šalyje galima atkreipti dėmesį ir į tai, kiek apskritai Lietuvos gyventojų tarpe suicidiškumas yra

paplitęs. Remiantis suikidologinėmis teorijomis, suikidiškumui būdingi etapai, tokie kaip kylančios mintys apie savižudybę, pasiruošimas savižudybei ir plano rengimas, ketinimo nusižudyti formavimasis, pasibaigiantis mirtimi arba bandymu nusižudyti (Baumeister, 1990; Gailienė, 1998; Shneidman, 1993). Taigi, galima skaičiuoti, kiek žmonių per metus atsiduria kiekviename iš išvardintų etapų. Toks rodiklis geriau nei tik savižudybių rodiklių stebėjimas atspindėtų nepakeliamos psichologinės kančios paplitimą šalyje ir visuomenės psichologinę gerovę (Gailienė, 2022, p. 300).

Lietuvoje tokie rodikliai nėra renkami, tačiau pritaikius kitų šalių modelius, pavyzdžiui 2021 m. JAV Sveikatos kontrolės ir ligų prevencijos centro skelbiamus santykinius rodiklius, galima išskaičiuoti, jog suikidiškumas Lietuvos gyventojams 2024 m. buvo būdingas maždaug 206,79 tūkst. kartų (Centers for Disease Control and Prevention, 2022; Higienos institutas, 2025; Valstybės duomenų agentūra, 2025). Maždaug tiek kartų per metus Lietuvos gyventojai patyrė tokią nepakeliamą kančią, kad jų psichologinėje būsenoje ėmė iškilti suikidiškumui būdingi ypatumai. Gailienės ir kitų (2022) atliktame tyrime vertintas Lietuvos gyventojų suikidiškumas – mintys apie savižudybę, bandymai nusižudyti ir savižudybių rodikliai. Autoriai nustatė, jog jų surinktos Lietuvos gyventojų ne klinikinės imties suikidiškumo mastas yra toks, koks būdingas klinicinei imčiai kai kuriose kitose šalyse. Šie rezultatai papildė kitus duomenis ir patvirtina, kad Lietuvoje suikidiškumas, nors ir mažėja, tebėra dažnas reiškinys.

Atsižvelgus į savižudybių rodiklius ir žmonių patiriamo suikidiškumo dažnį vertinant kaip besitęsiančios kančios patirtį, galime teigti, kad Lietuvos gyventojai patiria daugiau kančios, palyginti su kitų Europos Sąjungos šalių gyventojais. Kita vertus, tyrimų vertinančių kaip patiriama priešsuikidinė kančia išauganti į suikidiškumą tiek Lietuvoje, tiek globaliai yra nedaug (jie bus aptariami vėliau, Įvado dalyje). Todėl šiuo darbu bus siekiama geriau suprasti priešsuikidinės kančios ir išskylančio suikidiškumo patyrimą.

1. ĮVADAS

1.1. Savižudybės proceso, suicidiškumo ir savižudybės krizės samprata

Michel ir Valach (2011, p. 63) teigia, kad daugelį psichologinių sunkumų lydi asmeniška ir kompleksiška žmogaus istorija. Tai būdinga ir **suicidiškumo** iškilimui, atspindinčiam žmogaus sunkumus susidoroti su gyvenime kilusiais iššūkiais. Autorių nuomone, aplinkiniai žmonės gali interpretuoti suicidiškumui būdingas patirtis ar elgesį, tačiau jie nesugebės suprasti individualaus konteksto slypinčio už žmogaus suicidiškumo be aktyvios jo pagalbos. Todėl gyvenimiškos savižudybių patirties turinčių žmonių liudijimai tampa svarbiu instrumentu savižudybės procesui suprasti.

Laikoma, kad **savižudybės proceso** raida vyksta laipsniškai ir apima daugelį psichologinių būsenų ar etapų, tokių kaip susiklosčiusių gyvenimo sunkumų ir patiriamo distreso kumuliacija, besitęsiančio nepakeliamo psichologinio skausmo patirtis, noro ištrūkti iš esamos savo gyvenimo situacijos stiprėjimas. Šios patirtys geriausiai atspindi tai, kas vyksta su žmogumi prieš iškylant suicidiškumui. Vėliau, formuojantis suicidiškumui, ima kilti ir dažnėti mintys apie savižudybę, imama ruoštis savižudybei ir rengti planą, formuojasi ketinimas nusižudyti, pasibaigiantis mirtimi arba bandymu nusižudyti. Suicidiškumas gali tęstis, o ūmios suicidinės krizės gali imti kartotis arba suicidiškumo pabaigą gali žymėti nunykančios mintys apie savižudybę. Net suicidiškumui pasibaigus, savižudybės procesas tęsiasi, suicidinės patirtys paliečia, neretai ir sukrečia, tiek jį išgyvenusį žmogų, tiek aplinkinius, todėl ir vieni, ir kiti turi prie jų prisitaikyti (Baumeister, 1990; Durkheim, 2005; Gailienė, 1998; O'Connor & Kirtley, 2018; Orbach, 2006; Shneidman, 1993; Van Orden, 2014). Skirtingose teorijose išskiriami ir akcentuojami kiek kitokie savižudybės proceso etapai (detaliau teorijos bus aptariamos 1.2. ir 1.3. skyriuose), tačiau susiklosčiusių gyvenimo sunkumų kumuliacijos keliančios kančią vystymasis į suicidines mintis, t.y. iškylantį suicidiškumą, o vėliau į suicidinį elgesį, bendras daugeliui teorijų. Todėl šiame darbe susiklosčiusių gyvenimo sunkumų ir jų keliamos kančios patirtis bus laikoma vienu esminių priešsuicidinio savižudybės proceso etapo aspektų.

Kita vertus, kai kurie mokslininkai pabrėžia, kad savižudybės proceso raida nėra visada nuosekli, pereinanti nuo vieno etapo prie kito (Fartacek et al., 2016; O'Connor & Kirtley, 2018). Žmogus, patiriantis stiprų distresą, gali imti rimtai galvoti apie savižudybę, tačiau į kitus etapus šis svarstymas nebūtinai išsivysto. Kitu atveju, savižudybės rizika gali augti stiprėjant

mintims ir ketinimui, pasikeitus gyvenimo aplinkybėms gali vėl sumažėti ir po kurio laiko dar kartą išaugti. Kitaip tariant, santykių su susiklosčiusių gyvenimo sunkumų patirtimi, suicidiškumas gali kisti – atsirasti, jo stiprumas gali banguoti, nunykti ir vėl sugrįžti. Tokiais atvejais suicidiškumas gali tapti ištįsęs per didelę gyvenimo dalį ar net įgauti chroniško suicidiškumo formą. Į tai svarbu atsižvelgti ir planuojant mokslinius tyrimus. Metodologija turėtų apimti galimybę užfiksuoti įvairios dinamikos savižudybės procesus. To bus siekiama ir šiame darbe.

Negana to, kad suicidiškumo intensyvumas yra kintantis, iš šalies ne visada paprasta atpažinti, ar žmogus yra savižudybės procese ir kuriame jo etape. Moksliniai tyrimai rodo, kad komunikacija apie savo būseną prieš bandymą nusižudyti yra būdinga maždaug pusei žmonių, o skirtinguose tyrimuose šis skaičius svyruoja nuo 13% iki 100%, priklausomai nuo to, kaip autoriai tyrime apibrėžia suicidinę komunikaciją (Pompili et al., 2016). Metaanalizės autorių nuomone, suicidinė komunikacija turėtų apimti tiek procese esančio žmogaus intenciją savo būseną pasidalinti, tiek žinutės potencialą būti išgirsta. Pompili ir kiti (2016) teigia, jog griežčiau vertinant patį apibrėžimą, suicidinės komunikacijos dažnis galėtų būti mažesnis už pusę visų atvejų. Owen ir kiti (2012) atliko kokybinį tyrimą, kuriame buvo vertinama, kaip artimieji patiria suicidinės komunikacijos situacijas. Tyrime dalyvavę žmonės dalinosi patiriantys jas kaip žeminančias savižudybės procese esantį žmogų ir skatinančias naudoti orumą saugančias strategijas, tokias kaip netiesioginė, ambivalentiška, su humoru ar eufemistiška komunikacija. Šios strategijos dar labiau apsunkina susikalbėjimą tarp suicidiškumą patiriančio žmogaus ir aplinkinių, nes net kai žmonės yra linkę komunikuoti apie savo būseną, aplinkiniams gali būti sunku iš tiesų suprasti situacijos rimtumą.

Moksliniai tyrimai rodo, kad žmogų esant savižudybės procese galima atpažinti ne tik iš žinučių verbalinėje komunikacijoje, bet ir pasikeitusių jausmų ar elgesio, pavyzdžiui nujaučiant, kad tikrieji jausmai yra slepiami, matant žmogaus patiriamą didelį nusivylimą, neviltį, nebetikėjamą tolimesniu gydymu, arba priešingai – stebint staigų bendrą būsenos pagerėjimą, daiktų išdalinimą atsiveikinant, kita (Rytterström et al., 2019). Tik šie atpažinimo įgūdžiai nėra intuityvūs, jų išmokstama. Mokslininkai pastebi, kad per ilgesnį laiką specialistai, dažniau susiduriantys su suicidiškumą išgyvenančiais pacientais, ima suicidinės komunikacijos žinutes atpažinti gan greitai, tačiau šiam įgūdžiui susiformuoti reikia žinių ir laiko (Rytterström et al., 2019). Kad susikalbėjimas tarp suicidiško žmogaus ir aplinkinių vyktų sklandžiai,

reikalingi ir tinkamo sureagavimo įgūdžiai, tokie kaip bendradarbiaujančio ryšio su krizėje esančiu žmogumi kūrimas, aktyvus ir neteisiantis klausymasis, gebėjimas užtikrinti saugumą, momentinių intervencijų pritaikymas, tokių kaip gebėjimas pastebėti priežastis gyventi ir parodyti jas krizėje esančiam žmogui, ar perspektyvos keitimas iš praeities įvykių ruminacijos į ateitį, saugumo plano sudarymas, asistavimas pasiekiant specializuotą pagalbą, kita (Elston, 2018; Rudd et al., 2008). Šiems įgūdžiams suformuoti taip pat reikia laiko ir praktikos. Taigi, daugelis mokslinių tyrimų autorių, pripažindami suicidinės komunikacijos atpažinimo ir tinkamo reagavimo įgūdžių svarbą savižudybių prevencijai, rekomenduoja stiprinti šiuos visuomenės narių įgūdžius (Elston, 2018; Owen et al., 2012; Rytterström et al., 2019). Šiame darbe bus naudojama kokybinė tyrimo prieiga ir interviu metodas, leisiantis sumažinti sudėtingos komunikacijos apie savižudybės proceso patirtis poveikį tyrimo duomenims.

Suicidologijoje nuo seno žinoma ir vis dar sprendžiama dilema susijusi su suicidiškumo trukme. Viena vertus, suicidiškumas gali trukti ilgai, būti sąmoningas, kai savižudybė gerai apgalvojama ir planuojama. Tačiau kartais savižudybė įvykdoma apsisprendžiant paskubomis, kai planavimui laiko praktiškai neskiriama arba skiriama labai mažai (Simon et al., 2001). Deisenhammer ir kiti (2009) atliko suicidiškumo trukmės tyrimą, kuriuo siekė įvertinti, kiek laiko aplinkiniai turi savižudybės krizės intervencijai. Tyrime vertintos 82-iejų bandžusių nusižudyti ne daugiau nei prieš tris dienas žmonių patirtys. Nustatyta, kad 47,6 % atvejų, nuo pirmos suicidinės minties iki bandymo nusižudyti, tepraėjo 10 minučių, būta labai nedaug atvejų kai šis etapas truko nuo 11 minučių iki paros laiko, o 40 % atvejų šis etapas truko parą arba daugiau. Dar kitoks rezultatas minėtame tyrime gautas vertinant ne trukmę nuo pirmos suicidinės minties iki veiksmo, o nuo sprendimo nusižudyti iki veiksmo. 74,4 % tyrimo dalyvių teigė nuo sprendimo nusižudyti iki savižudybės nepaėjus nei 10 minučių. Taigi, daugeliu atvejų savižudybės intervencijai laiko yra nedaug – iki 10 min. Deisenhammer ir kiti (2009) tame pačiame tyrime vertino ir tai, kaip skirtinga savižudybės rizikos trukmė buvo susijusi su savižudybės rizikos veiksniais. Nustatyta, kad didesnė savižudybės rizika buvo susijusi tik su ilgu suicidiškumu, trunkančiu daugiau nei parą. Tuo tarpu didesnė savižudybės rizika nebuvo reikšmingai susijusi su trumpesniu suicidiškumu (trunkančiu 10 min arba iki paros). Tai reiškia, kad išankstinis savižudybės rizikos vertinimas gali nepadėti numatyti pakankamai didelio skaičiaus suicidiškumo atvejų. Kiti moksliniai tyrimai patvirtina savižudybės rizikos vertinimo ribotumus prognozuojant savižudybę (Large, 2018; Large et

al., 2016). Tai reiškia, kad svarbu ieškoti kitų būdų pastebėti beiškylantį suicidiškumą.

Trumpi savižudybių procesai mokslinėje literatūroje kartais yra siejami su impulsyvumu (Bruno et al., 2023). Įdomu tai, kad anksčiau aprašytame Deisenhammer ir kitų (2009) tyrime impulsyvumo ir trumpesnio savižudybės proceso ryšys nebuvo patvirtintas. Anestis ir kiti (2014) kviečia permąstyti suicidiškumo ir impulsyvumo ryšį, nes savižudybė yra per daug gąsdinantis ir fiziškai distresą keliantis elgesys, kad galėtų įvykti be jokio planavimo, vos kilus impulsui. Autoriai atliko metaanalizę, kurioje patvirtino, kad suicidiškumo ir impulsyvumo ryšys yra pakankamai silpnas, o mokslininkai stokoja epizodinio savižudybės planavimo vertinimo instrumentų. Mokslinėje literatūroje impulsyvumo terminas kritikuojamas dėl to, kad nėra pakankamai tikslus apibūdinti tam, kas vyksta ūmiausio suicidiškumo patirties momentu. Nors savižudybė gali įvykti labai greitai, jos procesiškumą, skirtingus etapus ir dinamiką atpažinti, taip pat kaip ir ilgesniuose procesuose, galima (Anestis et al., 2014; Rimkevičienė et al., 2016). Mokslininkų teigimu, impulsyvios savižudybės arba impulsyvaus bandymo nusižudyti terminas yra stigmatizuojantis – siūlantis, jog bandymas nusižudyti įvyksta dėl žmogaus charakterio savybių. Toks susiejimas trukdo suicidiškumą patiriančiam žmogui ir specialistui kurti bendradarbiaujančią santykį, orientuotą į savižudybės proceso užbaigimą. Taigi, rekomenduojama impulsyvumo termino vengti. Tiksliau naudoti ūmios arba staiga įvykstančios savižudybės terminą (Rimkevičienė et al., 2016).

Pastaruoju metu mokslininkai skiria nemažai dėmesio ūmių būsenų susijusių su savižudybės procesu, tyrimams, siekiant kuo geriau jas suprasti, aprašyti ir pavadinti (Bagge et al., 2013; Deisenhammer et al., 2009; Rogers & Joiner, 2017). Diagnostiniuose vadovuose (Psichikos sutrikimų diagnostinis ir statistinis vadovas, 5-asis leidimas ir Tarptautinė ligų klasifikacija, 11-oji redakcija) suicidinės mintys ir elgesys klasifikuojami kaip simptomai kitų sindromų ir sutrikimų sudėtyje, bet ne kaip atskiri sutrikimai ar būsenos, nors abiejuose diagnostiniuose vadovuose suicidiškumas pripažįstamas rimtu psichikos sveikatos sunkumu. Vis dėlto, dėl tokios klasifikavimo sistemos dalis suicidinių minčių ir elgesio, būdingų žmonėms neturintiems psichikos sveikatos sutrikimų, gali likti nepastebėti ir negydomi (Rogers et al., 2017). Atitinkamai, mokslinėje diskusijoje į diagnostinius vadovus siūloma įtraukti naują sindromą, siekiant didesnio suicidinių būsenų atpažinimo bei gydymo. Siūlomi du kiek skirtingi variantai.

Pirmasis, ūmus suikidinis afektinis sutrikdymas (angl. *Acute Suicidal Affective disturbance*), apimantis keturis diagnostinius kriterijus: staigus suikidinio ketinimo padidėjimas per kelias valandas ar dienas, o ne per savaites ar mėnesius; ryški socialinė izoliacija ir (arba) savęs atstūmimas; suvokimas, kad suikidiniai ketinimai ir socialinė izoliacija ar savęs atstūmimas nepasikeis ir neišsispręs; du ar daugiau pernelyg didelio susijaudinimo epizodai (Stanley et al., 2016; Tucker et al., 2016). Antrasis, siūlomas suikidinės krizės sindromas (angl. *Suicide Crisis Syndrome*), apimantis penkis pagrindinius komponentus: branduolinis sindromo komponentas yra išpėstumo jausmas su išgyvenamu poreikiu iš esamos situacijos ištrūkti; taip pat afektyvumas; kognityvinės kontrolės praradimas; perdėtas įsijautrinimas (pvz. hiperbudrumas, dirglumas, nemiga); socialinis atsiribojimas (Galynker et al., 2017; Schuck et al., 2019). Abu terminai apima ūmius, staiga stiprėjančiam suikidiškumui būdingus simptomus, pasireiškiančius prieš atsirandant suikidiniam elgesiui. Be to, abiem sindromams būdingi kai kurie tie patys simptomai, tokie kaip per didelio susijaudinimo epizodai, neviltis ir socialinė izoliacija. Tačiau yra ir tam tikrų skirtumų. Ūmus suikidinis afektinis sutrikdymas pasižymi didėjančiu, sąmoningu suikidiškumu, kurio pagrindinis bruožas yra drastiškai didėjantis ketinimas nusižudyti bei kartu pasireiškiantys socialinės izoliacijos, nevilties ir pernelyg didelio susijaudinimo simptomai. Kita vertus, Savižudybės krizės sindromo pagrindinis simptomas yra įstrigimo jausmas. Jis nėra siejamas su sąmoningai suvoktu suikidiniu ketinimu. Be to, ūmus suikidinis afektinis sutrikdymas pasižymi staigiu, nuosekliu pagrindinių simptomų padidėjimu, o savižudybės krizės sindromas labiau apima tarpusavyje susijusius afektinius, kognityvinius ir sužadavimo simptomus, kurie gali didėti palaipsniui, greitai arba su svyravimais. Šiame moksliniame darbe suikidiškumo paūmėjimui bus naudojamas **suikidinės krizės** terminas, atitinkantis suikidinės krizės sindromo apibrėžimą. Jis leidžia lanksčiau žiūrėti į ūmią būseną, vertinti afektyvumą kaip galintį didėti palaipsniui, greitai arba su svyravimais.

Apibendrinant, savižudybės proceso reikšmė yra platesnė, apimanti tiek žmogaus patiriamos kančios šaknis, prielaidų suikidiškumui iškilti formavimąsi, suikidiškumo patirtį, prisitaikymo prie jo patirtį ir paliestų žmonių patirtis. Suikidiškumo terminas yra siauresnis, susijęs su intencijos mirti išgyvenimu ir labiau atspindintis etapą nuo suikidinių minčių iškilimo, jų dinamikos iki tokių minčių išnykimo. Tuo tarpu suikidinė krizė yra dar siauresnis terminas apibūdinantis stipraus susijaudinimo būseną kai suikidiškumas ūmiai sustiprėja (žr. 1 paveikslą). Norint tirti savižudybės

procesą, vertinga atsižvelgti į tai, kad proceso dinamika gali būti labai įvairi, todėl kiekvieno žmogaus patirtis gali reikšmingai skirtis. Taip pat, komunikacija apie suicidiškumą yra specifiška – pareikalaujanti pastangų tiek iš kalbančiojo, tiek iš klausančiojo, todėl duomenų apie savižudybės procesą rinkimui reikalingas laikas ir abipusis bendradarbiavimas.

1.2. Pirmos kartos suicidiškumo teorijos

XIX a. prasidėjus intensyvesnei psichiatrijos ir psichologijos mokslo raidai, psichikos sveikatos sutrikimų simptomu savižudybė buvo laikoma gana ilgą laiką (Nock, 2014). Įdomu tai, kad klinikinė diskusija apie suicidiškumo sindromo kaip atskiro konstrukto įtraukimą į diagnostinius ligų klasifikavimo vadovus tebevyksta šiandien, nors mokslinių argumentų, jog tai atskiras konstruktas pakanka jau gana ilgą laiką (Durkheim, 2005; Shneidman, 2002; Rudd, 2006).

Anuomet tai, kad savižudybė buvo suprantama kaip kitų sutrikimų simptomas, reiškė, kad suicidiškumo konstrukto nebuvo, todėl šios srities tyrimai susilaukdavo pakankamai mažai tyrėjų dėmesio. Atitinkamai, savižudybei pradėti formuoti aprašomojo pobūdžio apibrėžimai, kurie praktikams turėjo padėti identifikuoti, ar žmogus nusižudys ar ne. Keičiantis laikmečiui, suicidiškumas pradėtas tyrinėti kiek plačiau. Imta į jį žiūrėti kaip į atskirą konstruklą, kuriam būdinga savita struktūra ir dinamika, atsižvelgta ir į priežastinius suicidiškumo veiksnius, todėl pradėta tyrinėti ne tik asmeninė žmogaus perspektyva, bet ir aplinka, kurioje žmogus gyvena ir suicidiškumas formuojasi. Savižudybė pradėta suvokti kaip procesas kai žmogaus viduje vyksta pokyčiai skatinantys suicidiškumo iškilimą ir raidą (Nock, 2014; Rasmussen, 2013). Kiekviena suformuota suicidologinė teorija, nuo XIX a. pabaigos, išryškino savitus šio proceso ypatumus ir reikšmingai prisidėjo prie geresnio savižudybės proceso supratimo. Toliau apžvelgiamos kelios, šiam disertacijos tyrimui svarbiausios, pirmos kartos suicidiškumo teorijos suformuotos iki XX a. pabaigos.

1.2.1. Émile Durkheim ir socialinis kontekstas

Viena svarbesnių figūrų formavusių suicidologijos mokslo raidą yra sociologo É. Durkheim darbai (Nock, 2014, p. 207). Durkheim buvo itin svarbu paneigti prielaidą, kad beprotybė (angl. *insanity*) yra tikroji savižudybės priežastis ir ji paaiškina, kodėl kartais žmogus nori atimti sau gyvybę. Taigi, būtent

sociologinio konteksto perspektyvos pritaikymas XIX a. pabaigoje vyravusiam psichiatriniam požiūriui suteikė impulsą suicidiškumą tirti kaip atskirą konstrukta.

1897 išleidžiama viena pirmųjų to meto studijų savižudybės tema „Savižudybė: sociologinis etiudas“ (pranc. *Le Suicide: Étude de sociologie*), į anglų kalbą išversta tik po daugiau nei penkiasdešimt metų.

Durkheim (2005) tikėjo, kad žmogus yra socialinė būtybė, kuriai būtina patirti socialinius ryšius, o sutrūkinę socialiniai ryšiai gali vesti link savižudybės. Jis suformavo ir vieną pirmųjų savižudybės apibrėžimų – „Savižudybe tinkama vadinti visus atvejus kai mirtis yra tiesioginis arba netiesioginis teigiamo arba neigiamo pačios aukos veiksmo rezultatas, kai yra žinoma, kuo šis veiksmas užsibaigs“ (Durkheim, 2005, p. xlii). Autoriaus teigimu, yra bent du socialiniai kintamieji netiesiogiai, bet reikšmingai veikiantys žmogaus suicidiškumą. Pirma, šalia psichologinės būsenos, gali egzistuoti kultūrinis polinkis, normalus ar patologiškas, besiskiriantis intensyvumu kiekvienoje šalyje, skatinantis žmones nusižudyti. Antra, išorinis fizinis kontekstas (pvz. klimatas, temperatūra, etc.) taip pat gali veikti žmogaus suicidinius ketinimus. É. Durkheim neneigė psichologinių veiksmų reikšmės savižudybės procesui, tačiau patys savaime jie autoriaus nedomino. Jis buvo linkęs savižudybes stebėti kaip sutrikusių visuomeninių ryšių simptomą ir teigė – nors savižudybės procesus veikia socialiniai kintamieji, jų manifestaciją galima stebėti tiriant individualius atvejus. Taigi, individualių atvejų tyrimus jis naudojo visuomenės socialinių ryšių tyrinėjimui (Mueller et al., 2021).

Durkheim (2005) teorija remiasi dviem esminiais principais – savižudybių rodikliai yra tiesioginis visuomenės ar grupės struktūros ir socialinių santykių atspindys; bei socialiniai santykiai visuomenėje ar grupėje gali skirtis integracijos ir (moralinės) reguliacijos lygiu. Autoriaus nuomone visi savižudybės procesai nėra vienodi, tačiau nėra ir visiškai skirtingi. Kai kuriuos polinkius nusižudyti sieja panašios charakteristikos. Taigi, Durkheim (2005) socialinėje teorijoje išskiriami keturi savižudybių tipai. Pirmajam, egoistinei savižudybei (angl. *egoistic suicide*), būdingas žmonių įtraukimo į visuomenę trūkumas. Kuo labiau visuomenėje irsta asmeniniai ryšiai, žmogus pasijunta nebeprisiklausęs bendruomenei, tuo labiau jį apima prislėgta apatiška būsena, nulemta perdėtos individualizacijos, tuo savižudybių rodikliai tokioje visuomenėje yra didesni. Egoistinės savižudybės būdingos ir visuomenėms, kurioms būdingas žemas žmonių susietumas su šeimos nariais. Antrasis tipas, altruistinė savižudybė (angl. *altruistic suicide*), nulemta per stiprios socialinės

integracijos, kuriai būdingas per didelis žmonių ir visuomenės susietumas, kai santykis su reikšmingais kitais priklauso nuo socialinio patvirtinimo, pripažinimo. Tokios savižudybės būdingos pavyzdžiui kariuomenei, kurioje konservatyvūs santykių modeliai ir paklusnumas yra plačiai paplitę ir išsilaikę. Trečiasis tipas, anominė savižudybė (angl. *anomic suicide*), yra nulemta susilpnėjusios socialinės reguliacijos. Kai visuomenę ar socialinę grupę ištinka krizė, dezorganizacija, kai griūna nusistovėjusi normų hierarchija, atsiranda prielaidos anominei savižudybei. Ketvirtasis, fatalistinė savižudybė (angl. *fatalistic suicide*) retesnė, apie ją É. Durkheim rašė mažiausiai. Ji būdinga kai reguliacija yra perdėta, kai žmogaus gyvenimas per daug reglamentuojamas normų, represijų, žmogus nebeturi pasirinkimo laisvės, kaip antai būdavo vergų situacijoje senaisiais laikais (Durkheim, 2005). Taigi, keturis tipus galima atskirti pagal integracijos į visuomenę ir visuomenės reguliacijos kintamuosius. Apskritai, autorius teigia, kad savižudybės yra dezorganizacijos, žmonių socialinės integracijos bei socialinio solidarumo trūkumo rezultatas.

É. Durkheim socialinio konteksto teorija paskatino požiūrio į suicidiškumą lūžį ir padiktavo tolimesnės suicidologijos mokslo raidos kryptį. Taip pat, É. Durkheim teorija leidžia geriau suprasti konteksto, kuriame formuojasi suicidiškumas, svarbą, pabrėžiant, kad tiek per didelę, tiek per mažą integraciją ir reguliaciją gali kelti įtampą visuomenės nariams ir skatinti norą norą iš jos pasitraukti nusižudant. Negana to, socialinio konteksto teorija leidžia vertinti kritiškai asmeninius ryšius ir perdėtai traktuoti juos kaip rizikos arba apsauginius veiksnius, kai kultūriniai polinkio į savižudybę veiksniai gali turėti pakankamai didelį poveikį. Antai kai kurių istorines traumas patyrusių šalių savižudybių rodiklių svyravimai gali būti aiškinami būtent sociologinės paradigmos dėsniniais (Gailienė, 2022).

1.2.2. Edwin S. Shneidman ir psichologinis skausmas

Shneidman (2002) vertino É. Durkheim darbus ir rėmėsi jais, taip pat kritikuodamas savo laikmečio, XX a. pabaigos, savižudybės sampratą. Jo teigimu psichologijos mokslas liko per ilgai atsiribojęs nuo savižudybių prevencijos ir rėmėsi psichiatrijoje vyravusiu medicininiu požiūriu. Neatmesdamas socialinių veiksmų svarbos, Shneidman (1998) labiausiai domėjosi psichologiniais savižudybės proceso komponentais, kuriuos vadino savižudybės kamieniu (angl. *trunk of suicide*). Atitinkamai, kiti komponentai jo buvo laikomi šakomis, pūvančiais vaisiais ir lapais, tokie kaip savižudybės

metodas, atsisveikinimo žinutės turinys ar poveikis likusiems žmonėms (Leenaars, 2010).

Shneidman (2002, p. 17) teigė: „...beveik kiekvienos savižudybės priežastis yra skausmas, tam tikra jo atmaina, kurią aš vadinu **psichologiniu skausmu** (angl. *psychache*)“. Psichologinį skausmą autorius laikė pagrindiniu psichologiniu komponentu veikiančiu savižudybės procesą. Naudojant E. S. Shneidman aprašytą medžio metaforą, psichologinis skausmas atitiktų medžio kamieno šerdies vaizdinį. Autoriaus nuomone, jeigu nėra psichologinio skausmo, negali būti ir savižudybės. Pasiūlytas psichologinio skausmo terminas iki šių dienų yra plačiai naudojamas suicidologijoje, žmogaus esančio savižudybės procese nepakeliamam skausmui apibūdinti (Leenaars, 2010).

Autoriaus teigimu, skausmas tampa nepakeliamu kai psichologiniai žmogaus poreikiai yra iškreipiami arba blokuojami. Visos emocinės būsenos, tokios kaip depresyvumas, priešiškus, pyktis, apatija, kaltė, gėda, bejėgiškumas, kita, yra susijusios su suicidiškumu būtent todėl, kad ilgalaikę jų patirtis kelia neištvėrimą psichologinį skausmą (Leenaars, 1999).

Remdamasis tyrimais ir atvejų analize, Shneidman (2015) išskyrė ir suklasifikavo savižudybėms būdingus bruožus. Knygoje „Savižudybės apibrėžimas“ (angl. *Definition of Suicide*) išskiriama dešimt tokių bruožų. Autoriaus teigimu, patys savaime šie bruožai nėra pavojingi, tačiau jų deriniai didina savižudybės riziką. Pirma, savižudybės tikslas yra sprendimo paieška. Mirtis žmogui yra sprendimas neištvėrimos izoliacijos ir diskomforto akivaizdoje. Antra, savižudybės tikslas yra sąmonės pašalinimas. Patirdamas nepakeliamą psichologinį skausmą, žmogus nori nutraukti sąmoningą gyvenimą, todėl siekia mirties. Trečia, savižudybės stimulus yra nepakeliamas psichologinis skausmas, į kurį žmogus sutelkia visą savo dėmesį, todėl nuolat išgyvena neigiamas emocijas ir pradeda ieškoti būdo nuo savo išgyvenimų pabėgti. Ketvirta, savižudybės procese stresas kyla dėl užblokuotų psichologinių poreikių, tokių kaip saugumas, pasitikėjimas, draugystė, sėkmė, kita. Blokuojami poreikiai sukelia psichologinę įtampą ir skatina suicidiškumą. Penkta, savižudybės procesui būdingas bejėgiškumo ir nevilties jausmų išgyvenimas. Savižudybės proceso metu žmogus būna sugniuždytas: jaučiasi atstumtas, nesėkmingas, beviltiškas, beprarandantis kontrolę. Žmogus, neturintis vilties, kad situacija pasikeis, mieliau renkasi mirti, nei prarasti kontrolę. Šešta, savižudybės procesui būdinga sąmonės būseną yra dilema, tokia kaip noro gyventi ir noras mirti, patyrimas savęs kaip verto ir kaip neverta, ir pan. Žmogus nuodija save intensyviomis emocijomis ir prieštaringu mąstymu bei suvokimu. Atsiranda ambivalentiškai jausmai ir

žmogus vienu metu žudo save, tačiau tuo pačiu siekia pagalbos. Septinta, savižudybės procesui būdingas spąstų jausmas. Žmogus, draskomas prieštarinių jausmų, norų, elgsenų, įstringa tarp gyvenimo ir mirties. Todėl, galimų sprendimų pasirinkimas sumažėja iki šio klausimo sprendimo. Aštunta, savižudybės procesui būdingas veiksmas yra pasitraukimas. Žmogui norisi pasitraukti iš akiračio, išeiti, išnykti. Devinta, savižudybės procesui būdingas tarpasmeninis aktas – ketinimo išreiškimas. Žmogaus komunikacija įgauna pasąmoninių atspalvių, todėl artimieji gali žmogaus ketinimus nuspėti. Dešimta, savižudybė gali tapti nuosekliu ilgamečiu įveikimo mechanizmu kai žmogus ima demonstruoti įvairius elgesio modelius, trumpinančius jo arba jos gyvenimą. Savižudybė yra įvairiapusis atsiskyrimas nuo gyvenimo.

Apibendrinant, E. S. Shneidman teorija svarbi tuo, kad skatina stebėti skirtingus suicidiškumo sluoksnius ir ieškoti jo branduolio, t. y. psichologinio skausmo, šaltinio. Taip pat, autorius aprašo dinامينius savižudybės proceso aspektus. Šiam disertacijos tyrimui ypač svarbus kumuliacinis susiklosčiusių sunkumų efektas, kurį E. S. Shneidman vertino kaip blokuojamų psichologinių poreikių tąsą ir rezultatą. Savo stebėjimais autorius aprašė dešimt svarbių savižudybės proceso bruožų, kurie bus lengvai atpažįstami kitų autorių darbuose.

1.2.3. Israel Orbach ir savižudiškas kūnas

I. Orbach plėtojo E. S. Shneidman teoriją. Jis taip pat matė savižudybę kaip nepakeliamo psichologinio skausmo rezultatą, tačiau daugiau dėmesio skyrė skausmo kumuliacijos aplinkybėms tirti, ypač domėdamasis kūniškomis suicidiškumo patirtimis. Autorius savo laiku pastebėjo, kad kelių dešimtmečių teoriniai, klinikiniai ir empiriniai duomenys rodo, kad beveik kiekvienas stresorius, tiek ūmus, tiek nedidelis, ir bet kuri patologija gali būti reikšmingai susieti priežastiniais ryšiais su suicidiškumu. Todėl skatino kelti klausimą ne kokios yra savižudybės priežastys, bet kokioms aplinkybėms susiklosčius savižudybė tampa įmanoma (Orbach, 2006).

Kaip minėta, Orbach (2003) sutiko, kad neišstveriamas psichologinis skausmas pastūmėja žmogų nusižudyti. Tačiau jo prieiga buvo kiek kitokia. Anot autoriaus, psichologinis skausmas kyla dėl tarpusavyje susijusių, viena kitą pastiprinančių, sąveikų tarp biologinių veiksnių (biocheminio disbalanso), įtampą keliančių gyvenimo patirčių (pvz., atstūmimo, socialinės izoliacijos) ir asmenybės veiksnių (pvz., neefektyvios emocijų reguliacijos). Tai reiškia, kad skirtingų sričių veiksniai turi būti išsidėstę tam tikra tvarka ir

turi būti susiję specifiniais ryšiais, kad patirtis galėtų kumuliuotis ir paskatinti žmogų priimti sprendimą nusižudyti.

Orbach (2003) manė, jog nepakeliamo psichologinio skausmo nepakanka, kad žmogus nusižudytų. Vienaip ar kitaip jis turi turėti tam tikrų nuostatų, kad gebėtų priimti faktą, jog nebeegzistuos, ir gebėtų save sunaikinti. Orbach ir kiti (1990) pristatė **savižudiško kūno** koncepciją (angl. *suicidal body*). Autoriai teigia, kad savižudybė pirmiausia yra kūno sunaikinimas, todėl žmogus turi patirti specifinę kūnišką būseną. Jo vykdyti tyrimai patvirtina, kad savižudybės procese žmonės linkę būti labiau nepatenkintais savo kūnu, mažiau reaguoti į patiriamus įspėjamuosius grėsmės ženklus, todėl linkę mažiau saugoti savo kūną ir dažniau patirti kūno disociaciją (Orbach et al., 2001). Taigi, neigiamos nuostatos ir mažesnis savo kūno pajautimas buvo vertinamos kaip prielaidos savižudybei įvykti. Orbach (2003) teigė, kad pakankamai neigiamas santykis su savo kūnu yra komplikuočių ankstyvųjų raidos etapų ir trauminių patirčių padarinys.

Savižudiško kūno koncepcija šiam darbui svarbi tuo, jog apjungia socialinius, biologinius ir psichologinius veiksnius į visumą ir suicidiškumą pristato kaip iškylantį šioje visumoje. I. Orbach skatina stebėti ne paskirų veiksmų poveikį suicidiškumui, o jų sinergijos svarbą. Taip pat, suicidiškumo teorijas jis papildė suicidiško kūno koncepcija atkreipdamas dėmesį į tai, kad ne kiekvienas žmogus turi gebėjimą save sunaikinti.

1.2.4. Roy F. Baumeister ir Savižudybės kaip pabėgimo nuo savęs teorija

R. F. Baumeister į suicidiškumą žvelgė iš kognityvinės teorinės paradigmos pusės. Jis domėjosi mąstymo dinamika savižudybės procese ir matė savižudybę kaip būdą išspręsti problemą, todėl jo teorijoje savižudybės procesas pristatomas kaip gan racionalus.

Tęsdamas anksčiau aprašytą ir kitų kolegų darbus (Baechler, 1980; Bandura, 1976), Baumeister (1990) išplėtojo **Savižudybės kaip pabėgimo nuo savęs teorinį modelį** (angl. *Suicide as Escape from Self*). Savo darbuose jis skyrė nemažai dėmesio vyrų savižudybės proceso tyrimams, todėl šis modelis neretai naudojamas aptariant ir suprantant vyrų suicidiškumo ypatumus (Baumeister, 1990; Coleman et al., 2011).

Baumeister (1990) savižudybę laikė pabėgimu nuo nepakeliamo savęs ir pasaulio suvokimo kai nusižudymas yra paskutinis žingsnis turintis palengvinti nepakeliamą būtį. Remiantis teorija, link savižudybės veda šeši etapai. Pirmasis, kai žmogui nepavyksta atitikti nerealistiškų lūkesčių, kilusių

iš savęs paties ar reikšmingų kitų žmonių. Pavyzdžiui, susidūrus su įvykiais, kurių rezultatas nepriklauso nuo pačio žmogaus, arba susidūrus su nesėkme, tačiau vertinant ją kaip savo negebėjimą. Antrasis etapas prasideda kai žmogus patiria kaltę dėl žlugimo ir nesėkmės, o kaltės išgyvenimas tampa kasdienine savivertę mažinančia patirtimi. Trečiasis etapas, kai kaltės jausmas įsivyroja ir save žmogus pradeda matyti kaip negalintį atitikti standartų, negalintį būti patraukliu kitiems, ir kaltą. Pradeda formuotis neigiamas savęs suvokimas kontrastuojantis su pozityviais aplinkinių žmonių įvaizdžiais. Tai nerealistiškas, šališkas ir kritiškas savęs patyrimas, galintis baigtis sąlyginai stabilių bruožų manifestacija, tokių kaip depresiškumas, nerimas ar pyktis, kurie yra būdingi ketvirtajam etapui. Penktame etape, negatyvios nuostatos nukreiptos į save ilgainiui lemia „tunelinį matymą“, t. y. mąstymo susiaurėjimą. Tai būdas vengti negatyvių minčių ir pabėgti nuo savęs vertinimo bei suvokimo. Taip pat, susiaurėja ir laiko perspektyva, kai žmogus pradeda rūpintis tik kasdieniniais poreikiais, dabartimi, vengia galvoti apie ateitį. Mąstymo susiaurėjimas – tai pasekmė vis didėjančio troškimo pašalinti bauginančias mintis apie save ir pasaulį. Šeštame etape, troškimas suvaldyti mintis vis didėja, tačiau, tos pačios mintys, kurias norisi suvaldyti, ima kilti vis dažniau. Todėl, žmogus privalo imtis vis griežtesnių priemonių. Šiame etape būdingas neapgalvotas elgesys, atsiribojimas nuo emocijų, nerealistiškas mąstymas. Kontrolė perauga į siekį apskritai dekonstruoti savo kognityvinį gebėjimą, jį sunaikinti, tad neretai pradedamas žalingas alkoholio ar narkotinių medžiagų vartojimas, savižala, rizikingas elgesys, socialinis atsiribojimas. Šalia šių priemonių, savižudybės idėja tampa mažiau gąsdinanti ir noras pabėgti nuo savo vaizdo ilgainiui gali baigtis mirtimi nuo savižudybės (Baumeister, 1990).

Vohs ir Baumeister (2002) pastebėjo suicidiškumo iškilimui svarbų žmogaus, siekiančio apsisaugoti nuo nepakeliamo savęs suvokimo, mechanizmą. Teigiama, kad savižudybės procese susiformuoja neigiamas savęs suvokimas dėl neigiamų jausmų ir savęs kaltinimo patirties, kylančios iš pasikartojančio savęs lyginimo su aplinkiniais. Kaip minėta anksčiau, žmonės įvairiomis priemonėmis siekia sumažinti šį neigiamą savęs suvokimą. Tačiau, savęs suvokimo sumažinimo pasekmė yra ir barjerų, paprastai slopinančių savižalą ir suicidinį elgesį, pašalinimas. Tai reiškia, kad siekiant sumažinti suicidiškumą didinančias patirtis, tokias kaip neigiamas savęs ir pasaulio suvokimas, kartu žmogus gali atsitiktinai sumažinti ir apsauginių veiksmų poveikį, pavyzdžiui ryšio su artimaisiais patirtį. Taigi, sekant šiuo

mechanizmu, savižudybės bandymai gali būti eskaluojami pastangų sumažinti nepakeliamą savęs suvokimą dėka.

Nors daugelis R. F. Baumeister teorinio modelio teiginių atitinka anksčiau aprašytų autorių mintis (ypač daug paralelių galima rasti su E. S. Shneidman darbais), šiam disertacijos tyrimui modelis svarbus, nes pabrėžia suicidiškumo formavimosi procesiškumą ir aprašo nuoseklią patirčių ir psichikos dinamiką kaip kylanti įtampa intenciją ištrūkti. Taip pat, modelyje aprašyta laipsniška emocinių išgyvenimų ir nuostatų raida per „tunelinį matymą“ link įstrigimo patirties, keliančios troškimą kuo greičiau iš šios būsenos ištrūkti. Tokia proceso iliustracija leidžia iš arčiau pamatyti prieš savižudybę vykstančių procesų gausą ir intensyvumą. R. F. Baumeister pabrėžia turimų nerealistinių lūkesčių savo atžvilgiu ir neigiamo savęs suvokimo svarbą suicidiškumo iškilimui ir raidai. Ir atkreipia dėmesį į tai, kaip pastanga sumažinti savo skausmo patirtį gali žmogų priartinti prie savižudybės.

1.3. Antros kartos suicidiškumo teorijos

Ankstesniame skyriuje aprašytose pirmos kartos suicidiškumo teorijose buvo suformuoti svarbiausi terminai suicidologijos moksle, naudojami ir iki šių dienų. Taigi, iki XX a. pabaigos buvo klojamas pagrindas šiuolaikiniams suicidologiniams tyrimams, keliamos svarbiausios prielaidos apie suicidinį elgesį ir didinamas susidomėjimas savižudybės procesu (Yöyen & Keleş, 2024).

Pirmos kartos teorijų autoriai gausiai rėmėsi savo bendra klinike patirtimi, ekspertiniu vertinimu ir požiūriu į žmogaus elgesį, taikė savo įžvalgas kuriant teorijas. Bet tokia prieiga stokojo mokslinio pagrįstumo. Taigi, bendras moksliniame lauke formuojamas savižudybės proceso poveikslas stokojo gylio ir kompleksiškumo. Teorijoms trūko argumentų ir paaiškinimų, vertingų praktikoje, pavyzdžiui argumentų diferencijuoti suicidines mintis nuo suicidinio elgesio (Nock, 2014; Yöyen & Keleş, 2024).

Siekiant užpildyti šias spragas ir plečiantis mokslininkų galimybėms, prasidėjus XXI a., gausiai pradėti vykdyti empiriniai suicidologiniai tyrimai. Gausėjo skirtingų teorinių prieigų, prognostinių veiksnių, suicidiškumo raidos trajektorijų tipologijos tyrimų. Prasidėjo naujų teorijų apie judėjimą nuo minties prie veiksmo kūrimas. Taigi, su naujuoju tūkstantmečiu atsiradusios suicidiškumo teorijos pavadintos antros kartos psichologinėmis suicidinio

elgesio teorijomis (Yöyen & Keleş, 2024). Kelios iš jų svarbesnės šiam tyrimui aprašytos 1.3.1.-1.3.3. poskyriuose.

1.3.1. Thomas Joiner ir Tarpasmeninė psichologinė savižudybių teorija

Viena iš plačiausiai šiuolaikinės suicidologijos moksle naudojamų teorijų yra pirmą kartą aprašyta Joiner (2005) ir vėliau plėtota Van Orden (2014), **Tarpasmeninė psichologinė savižudybių teorija** (angl. *The Interpersonal Psychological Theory of Suicide*), kurioje siekta empiriškai pagrįsti suicidiškumo formavimąsi ir atskirti noro nusižudyti bei gebėjimo nusižudyti fenomenus.

Tarpasmeninės psichologinės savižudybių teorijos modelis remiasi keturiomis hipotezėmis. Anot Joiner (2005), noro nusižudyti psichologinį skausmą geriausiai apibūdina slopinamo noro priklausyti (angl. *thwarted belongingness*) ir suvoktos naštos kitiems jausmo (angl. *perceived burdensomeness*) patirtis. Šios dvi hipotezės formuoja žmogaus norą nusižudyti. Tačiau savižudybei įvykti vien šio noro nepakanka. Tam, kad savižudybė galėtų būti įgyvendinta, būtinas ne tik žmogaus noras nusižudyti, bet ir gebėjimas imtis tokio gąsdinančio ir skausmą keliančio veiksmo kaip nusižudymas, todėl autorius suformuoja **įgyto gebėjimo nusižudyti** (angl. *capability for suicide*) terminą (Joiner, 2005). Atitinkamai, įgytą gebėjimą nusižudyti geriausiai apibūdina nebijojimo mirti patirtis (angl. *fearlessness about death*) ir fizinio skausmo tolerancija (angl. *physical pain tolerance*) (Joiner, 2005; Van Orden, 2014).

Žmogaus noro priklausyti stoka atsiranda kai nepatenkinamas vienas svarbiausių žmogaus poreikių – priklausyti, ir pažeidžiamas socialinio prisirišimo (angl. *attachment*) poreikis, pavyzdžiui atsiribojimo nuo kitų ar partnerio netekties atveju. Kai poreikis priklausyti yra nepatenkintas, gali imti vystytis noras nusižudyti, dar vadinamas pasyviomis suicidinėmis mintimis. Poreikio priklausyti stoka gali pasireikšti dviem patirčių dimensijomis. Pirma, išgyvenant vienišumą per kolektyvinės patirties trūkumą. Antra, stokojant tarpusavio rūpinimosi – tiek patirties būti rūpimu, tiek rūpinimosi kitu patyrimo (Van Orden et al., 2010).

Suvoktas naštos kitiems jausmas apibrėžiamas kaip jausmas, kad esi našta šeimai, draugams ar kitiems artimiems žmonėms. Tokia patirtis gali reikštis dviem skirtingomis dimensijomis. Pirma, patiriant save kaip sugedusį, pavyzdžiui negalint atlikti įprastų darbų ar negebant rasti prasmės. Antra, patiriant save kaip našta, pavyzdžiui negebant savęs išlaikyti arba turint

negalią. Suvoktos naštos kitiems jausmas gali kelti neapykantą sau ir stiprinti norą nusižudyti (Van Orden et al., 2010). Nevilties, kad situacija pasikeis išgyvenimas, šį norą stiprina (Van Orden, 2014).

Besivystant žmogaus suicidiniam norui, tam, kad savižudybė galėtų įvykti, baimė mirti turi smarkiai sumažėti. Van Orden (2014) teigimu, gebėjimas nusižudyti yra įgyjamas per gyvenimą, pakartotinai susiduriant su fiziniu skausmu arba baimės patirtimis, tokiomis kaip prievarta vaikystėje, savanoriškas badavimas būdingas anoreksijai, nesuicidinė savižala, kita. Tokios patirtys gali lemti pripratimą prie fizinio skausmo ir baimės, todėl išauga skausmo toleravimo slenkstis ir sumažėja mirties baimė (Van Orden, 2014). Ankstesni suicidiniai bandymai taip pat gali didinti žmogaus toleranciją skausmui (Joiner, 2005). Susiformavus įgytam gebėjimui nusižudyti savižudybė tampa labiau įmanoma.

Tarpasmeninė psichologinė savižudybių teorija siūlo labai panašią savižudybės proceso struktūrą kaip ir jos pirmtakai (Baumeister, 1990; Shneidman, 1996), ypač daug panašumų galima rasti su Orbach (2003) savižudiško kūno koncepcija. Vis dėlto, antros kartos suicidiškumo teorijose atsispindi tendencija apjungti turimą mokslinį žinojimą, pagrįsti jį empiriškai ir plėtoti kompleksiškesnius modelius. Tai atsispindi Joiner (2005) ir Van Orden (2014) teorijoje, kurios didžiausias privalumas – išskirtinis dėmesys įgyto gebėjimo nusižudyti tyrimams ir plėtojimui. Autoriai dar kartą atkreipia dėmesį į tai, kad savižudybei įvykti būtina specifinė kūniška būseną. Taip pat, jie formuoja instrumentus padėsiančius diferencijuoti suicidines mintis ir suicidinį elgesį, tiria kaip pereinama nuo vieno prie kito, svarsto, kodėl kai kurie žmonės ima galvoti apie savižudybę ir nepereina prie suicidinio elgesio, o kitiems būdingos ir suicidinės mintys, ir elgesys. Autoriai aprašo, kaip įgytas gebėjimas nusižudyti gali formotis nuo ankstyvųjų patirčių, t. y. priešsuicidiniu laikotarpiu. Šiam tyrimui ši teorija svarbi, nes padeda geriau išryškinti suicidiškumo iškilimo etapą, kai randasi pirmosios mintys apie savižudybę bei atkreipti dėmesį į abiejų fenomenų formavimąsi – tiek noro nusižudyti, tiek gebėjimo nusižudyti.

1.3.2. Rory O'Connor ir Integruotas motyvacinis-valios savižudiško elgesio modelis

Kita, bene plačiausiai naudojama, šiuolaikinė suicidologinė teorija yra **Integruotas motyvacinis-valios savižudiško elgesio modelis** (angl. *The Integrated Motivational-Volitional model of Suicidal Behaviour*), pristatytas

profesinei bendruomenei O'Connor (2011) ir atnaujintas O'Connor ir Kirtley (2018), kuriame aprašoma kaip formuojasi mintys apie savižudybę ir pereinama prie suicidinio elgesio (O'Connor & Kirtley, 2018). Trijų fazių modelyje aprašomas 1) biopsichosocialinis kontekstas, kuriame suicidinės mintys turi potencialą iškilti (priešmotyvacinė fazė), 2) veiksniai skatinantys minčių iškilimą ir stiprėjimą (motyvacinė fazė) bei 3) veiksniai pastūmėjantys perėjimą prie suicidinio elgesio (valios fazė). Taigi, anot autorių, savižudybei įvykti būtinas tam palankus kontekstas, motyvacijos stiprinimas ir valia nusižudyti.

Remiantis modeliu, priešmotyvacinė fazė susideda iš diatezės (polinkio į tam tikras ligas arba neįprastas reakcijas į tam tikrus dirgiklius), aplinkos veiksnių (tokių kaip kultūra, socioekonominis kontekstas ar klimatas) ir gyvenimo įvykių, nutinkančių žmogui. Pažeidžiamumo veiksniai kartu su aplinkos sąlygomis ir žmogui nutinkančiais gyvenimo sunkumais (įskaitant ankstyvąsias gyvenimo patirtis) kumuliuojasi ir formuoja suicidinėms mintims iškilti palankų biopsichosocialinį kontekstą. Autoriai prideda, kad susidaręs kontekstas turi padidinti galimybę žmogui patirti žlugimo ir pažeminimo jausmus (angl. *defeat & humiliation*), t. y. padidina jautrumą situacijoms, kurios gali būti susietos su žlugimo ir pažeminimo patirtimis. Motyvacijos fazėje žlugimo, pažeminimo ir spąstų (angl. *entrapment*) patirtys yra esminiai veiksniai didinantys suicidinių minčių iškilimo galimybę, kai spąstų jausmas yra didžiausia motyvuojanti jėga. Kitoje, valios nusižudyti formavimosi fazėje, tam tikri veiksniai, tokie kaip prieinamumas prie priemonių, susidūrimai su savižudybėmis aplinkoje, impulsyvumas, mažesnis jautrumas fiziniam skausmui, bebaimiškumas mirties atžvilgiu, fantazavimas, ankstesnis suicidinis elgesys, kita, didina perėjimo nuo minčių ar ketinimų prie savižudiško elgesio galimybę (O'Connor & Kirtley, 2018).

Integruotas motyvacinis-valios savižudiško elgesio modelis apima daugelį ankstesnių teorijų autorių idėjų, tokių kaip socialinio konteksto svarba suicidiškumui (Durkheim, 2005), sunkumų kumuliacijos ir psichologinio skausmo svarba (Shneidman, 2002), savižudiško kūno (Orbach, 2006), spąstų jausmų ir savižudybės kaip siekio pabėgti nuo skausmo koncepciją (Baumeister, 1990) bei kitų kolegų darbus (Bandura, 1976; Liu et al., 2015; May & Klonsky, 2013; Van Orden, 2014), tačiau suteikia kompleksiškesnį savižudybės proceso vaizdą. Kita vertus, modelis remiasi kategorizavimo principais ir stokoja savižudybės procesui būdingų psichikos dinamikos elementų. Šiam tyrimui modelis svarbus tuo, kad jame kiek plačiau nei kituose aprašomas priešsuicidinis etapas. Čia pabrėžiama biopsichosocialinio

konteksto svarba ir kumuliacinė patirtis. Teigiama, kad priešsuicidiniame etape žmogus tampa jautresnis žlugimo ir pažeminimo patirtims. Taigi, remiantis aptartu modeliu, galima kelti klausimą, kaip priešsuicidiniame etape žmogus tampa pažeidžiamesnis žlugimo ir pažeminimo patirtims, kuris bus tiriamas ir šiame darbe.

1.3.3. Michael D. Rudd ir Nestabilumo-pažeidžiamumo teorinis modelis

Dar viena, rečiau minima, antros kartos suicidiškumo teorija yra kognityvinės paradigmos autoriaus M. D. Rudd (2006, 2014) **Nestabilumo-pažeidžiamumo teorinis modelis** (angl. *Fluid Vulnerability Theory*). Autorius teigia, jog savižudybės rizikos vertinimas yra daugiausiai iššūkių kliniciams keliantis uždavinys, todėl savo darbuose jis siekė plėtoti savižudybės rizikos vertinimo procesą (Rudd, 2006, 2014).

Teigiama, kad savižudybės rizikos vertinimas labiausiai susijęs su chronišku suicidiškumu, kuris yra pakankamai stabilus, lėtai kintantis bėgant laikui. Tačiau ūmioms suicidinėms krizėms būdingas daug didesnis priklausomumas nuo aplinkos veiksnių ir reaktyvumas, taigi didesnė ir rizikos kaita. Teorijos autorius teigia, kad kiekvienas žmogus turi **polinkį** į suicidiškumą, kuris yra pastovus ir kurį galima kiekybiškai įvertinti, tačiau šis polinkis yra susijęs su chronišku suicidiškumu. Taip pat, kiekvienas žmogus turi **suicidinę būseną** (angl. *suicidal mode*), kurios aktyvavimas ir palaikymas lemia ūmias suicidines krizes, o jos įvertinimas daug sudėtingesnis (Rudd, 2006).

Rudd (2006) savo darbe siekė diferencijuoti ūmų suicidiškumą nuo chroniško, todėl suicidinė būseną tapo centrine Nestabilumo-pažeidžiamumo teorinio modelio idėja. Suicidinė būseną – tai kognityvinės sistemos (įsitikinimų apie suicidiškumą), emocinės sistemos (afektinės), fiziologinės sistemos ir motyvacinės sistemos (elgesio) gausaus skaičiaus komponentų rinkinys, kurie tarpusavyje susiję tinkliniais ryšiais. Tai reiškia, jog vieno komponento aktyvavimas vienoje iš sistemų aktyvuoja komponentus esančius toje pačioje arba gretimose sistemose. Taigi, nedidelis pokytis aplinkoje, patiriamas kaip trigerinantis įvykis, gali aktyvuoti visą suicidinę būseną.

Suicidinės būsenos branduolį sudaro kognityvinė schema – tai klaidingi, su suicidiškumu susiję, įsitikinimai apie save, aplinką ir ateitį. Anot Rudd (2006), nuo jų dažniausiai prasideda suicidinės būsenos aktyvacija. Išskiriami keturi pagrindiniai kognityvinės schemos komponentai arba nuostatos. Pirmasis komponentas, nemylimumas (angl. *unlovability*), kurio išraiška

žodžiais galėtų skambėti taip – „*Aš bevertis*“. Antrasis komponentas, bejėgiškumas (angl. *helplessness*), kurį iliustruoja žodinė išraiška „*Aš nepajėgsiu išspręsti šios problemos*“. Trečiasis, žema distreso tolerancija (angl. *poor distress tolerance*), kurio žodinės išraiškos pavyzdys yra „*Geriau jau mirsiu nei taip jausiuosi*“. Ketvirtasis, savęs kaip naštos suvokimas (angl. *percieved burdensomness*), kurio žodinė išraiška galėtų skambėti taip – „*Visiems bus geriau, jeigu aš mirsiu*“. Stimulai žmogaus gyvenime (pvz. fantazijos, patirtys, netektys), turintys trigerinantį poveikį, gali įjautrinti kai kuriuos suicidinės būsenos komponentus ir padaryti žmogų pažeidžiamesniu aplinkos poveikiams. Kuo daugiau suicidinės būsenos sistemose pažeistų komponentų, tuo greičiau ji aktyvuojama. Kuo intensyviau patiriami stimulai, tuo kyla intensyvesnė suicidinė būseną ir suicidinė reakcija (Rudd, 2006).

Remiantis Nestabilumo-pažeidžiamumo modeliu, suicidinės būsenos aktyvacijai reikalinga pakankamai intensyvi stimuliacijos ir aplinkos veiksnių konsteliacija, kuri nėra tokia dažna. Todėl ūmių krizių suicidiškumas dažnai kinta – auga, mažėja, banguoja, pulsuoja ir pan. Tai reiškia, jog ūmių krizių suicidiškumo raidos trajektorijos yra pakankamai įvairios. Taip pat tai reiškia, kad jos yra ribotos laike ir visada pasibaigia (Rudd, 2006; Rudd et al., 2008).

Aprašytas teorinis modelis leidžia diferencijuoti ūmų suicidiškumą nuo chroniško, geriau suprasti kaip vienas įvykis gali paskatinti žmogų atsidurti ūmioje suicidinėje krizėje ir reikšmingai prisidėti prie nusižudymo. Taip pat, teorija pabrėžiamas suicidiškumo universalumas, kai suicidinė būseną gali būti aktyvuota kiekvieno žmogaus gyvenime, atitinkamai susiklosčius vidiniams ir išoriniams veiksniams. Ši teorija svarbi, nes leidžia į priešsuicidinį etapą pažvelgti iš daug arčiau, kelti klausimą kaip kai kurie nuostatų komponentai tampa įjautrinami, o suicidinės būsenos sistemos laikui bėgant vis pažeidžiamesnės. M. D. Rudd domisi ir giluminiais dinaminiais aspektais, modeliu iliustruoja suicidiškumo nestabilumą, kai daugelis kitų autorių suicidiškumą pateikia kaip pakankamai stabilų konstrukta.

Taigi, apibendrinant visus aptartus teorinius modelius, matyti, kad suicidiškumo šerdį sudaro psichologinis skausmas, ilgainiui peraugantis į kančios patirtį kai žmogus įvairiomis priemonėmis siekia nuo neišvengiama skausmo pabėgti. Gilinantis į tai, kodėl psichologinis skausmas pasidaro neišvengiamas ir kaip tokio skausmo patirtis formuojasi, susiduriama su mokslinių prielaidų trūkumu. Iš aptartų teorinių modelių matyti, kad specifinė biopsichosocialiniame kontekste vykstančių įvykių konsteliacija gali padaryti žmogų pažeidžiamesniu specifinėms patirtims ir distresui. Ilgainiui šios patirtys ima kumuliuotis – kelti distresą, psichologinį skausmą, o tada kančią,

kol pasidaro nebeįstveriamos ir gali paskatinti suicidiškumą. Tačiau kaip kai kurie patirčių komponentai tampa pažeidžiamesni, kaip išgyvenami specifiniai įvykiai ar jų kombinacijos sukelia kumuliacinio efekto patirtį arba kodėl nepakeliamo skausmo akivaizdoje žmogus imasi suicidiškumo nėra aišku. O'Connor ir Kirtley (2018), aptardami ateities tyrimų perspektyvas, pabrėžia, kad perėjimas nuo priešsuicidinio etapo prie suicidiškumo iškilimo yra vienas mažiausiai tiriamų savižudybės proceso žingsnių. Taigi, šiame tyrime bus tiriamas priešsuicidinės kančios patirties etapas, siekiant geriau suprasti kaip formuojasi pagrindas suicidiškumui iškilti.

1.4. Savižudybės rizikos vertinimo problema

Kartu su suicidiškumo teorijų raida suicidologijos moksle buvo nuolat vykdomi moksliniai tyrimai. Nuo XX a. pabaigos (Franklin et al., 2017), siekiant geriau suprasti suicidiškumo formavimosi prielaidas ir raidą, mokslininkai išskirtinį dėmesį skyrė rizikos veiksnių tyrimams.

Po ilgus metus trukusių tyrimų galima išskirti nemažai veiksnių, susijusių su savižudybės rizika, tokių kaip psichikos ir fizinės sveikatos sunkumai, santykių problemos su romantiniu partneriu, artimaisiais ar draugais, gedėjimas po netekties, sunkumai susiję su akademiniiais pasiekimais arba užimtumu, finansinės problemos, sunkumai su teisėsauga, įvairios nepalankios aplinkos sąlygos, bendruomeniniai ryšiai (Carrasco-Barrios et al., 2020; Fergusson et al., 2000; Milner et al., 2017; Mueller et al., 2021; Serafini et al., 2015). Pažvelgus įdėmiau į išvardintas rizikos veiksnių grupes, galima pastebėti, kad nebelieka gyvenimo srities, kurioje vykstantys įvykiai negalėtų tapti rizikos veiksnium. Todėl, galima daryti išvadą, jog savižudybės rizikos veiksnių spektras yra itin platus.

Moksliniai tyrimai rodo, kad kartais tas pats veiksnys gali būti suicidiškumo rizikos veiksnium, o kitais atvejais apsaugantis nuo suicidiškumo veiksnys, pavyzdžiui tradicinis požiūris į vyriškumą (Grigienė, 2023). Taip pat, tie patys veiksniai, kurie moksliniuose tyrimuose vertinami kaip suicidiškumo rizikos veiksniai, kituose moksliniuose darbuose siejami su kitomis psichologinėmis ir fizinėmis būklėmis, tokiomis kaip psichikos sveikatos sutrikimai, ūmaus psichologinio distreso patirtis, širdies ir kraujagyslių ligos, vėžys, atsparumas, psichologinis augimas, kita (Kelly-Irving et al., 2013; Schneider et al., 2021; Su et al., 2015; Tiet et al., 1998, 2001; Vollhardt, 2009). Tokie tyrimų rezultatai komplikuoja specialistų savižudybės rizikos vertinimo procesą, nes kviečia stebėti veiksnius, kurie

kartais gali stiprinti suicidiškumą, o kartais nuo jo saugo, kartais yra susiję su suicidiškumo iškilimu, o kartais manifestuoja kitomis būsenomis ar sutrikimais.

Franklin ir kiti (2017) atliko 50 metų vykdytų rizikos veiksnių tyrimų metaanalizę, kurioje buvo vertinamas rizikos veiksnių ir suicidinių minčių bei elgesio ryšys. Autoriai priėjo išvados, kad nauji rizikos veiksnių tyrimai vykdyti penkis dešimtmečius nebeatnešė naujų rezultatų ir nepadeda suicidinio elgesio numatyti geriau nei prieš 50 metų. Tai reiškia, tyrimai šioje srityje ėmė kartotis, todėl mokslinė bendruomenė skatinama ieškoti naujos tyrimų krypties.

Kitose metaanalizėse, kurių tikslas buvo įvertinti, kiek savižudybės rizikos vertinimo instrumentai gali padėti prognozuoti savižudybes, nustatyta, kad prognostinė instrumentų galia yra ribota (McHugh et al., 2019; Runeson et al., 2017). Toks savižudybės rizikos vertinimas padeda nuspėti tik vieną iš penkių savižudybių (Runeson et al., 2017). Large (2018), taip pat kritiškai vertinęs savižudybės rizikos matavimo instrumentus, dirbant su savižudybės procese esančiais pacientais, rekomenduoja specialistams orientotis ne į rizikos vertinimą, bet į žmogaus būseną ir poreikius duotuoju metu. Taigi, skatinama nebe siekti sumažinti savižudybės riziką, bet rūpintis žmogaus poreikiais ir mažinti patiriamą kančią. Šiuos rezultatus papildė Michel, Gysin-Maillart ir kitų (2021) atliktas atsitiktinių imčių kontroliuojamas tyrimas, kuriuo nustatyta, kad tarp farmakologinio gydymo ir suicidiškumo sumažėjimo ryšio nėra, tačiau terapinis metodas, orientuotas į terapeuto-paciento ryšį (ASSIP) suderintas su medikamentiniu gydymu, buvo reikšmingai susijęs su mažesniu pakartotinių bandymų nusizudyti skaičiumi. Michel, Shand ir kiti (2021) teigia, kad vyraujantys suicidiškumo teoriniai modeliai ir darbas su pacientais klinikinėje aplinkoje gali būti susijęs mažiau nei tikimasi, nes teoriniai modeliai daugiausiai remiasi rizikos veiksnių tyrimais. Tačiau, dėl savo prigimties jie negali atspindėti žmogaus psichologinės suicidiškumo patirties. Rizikos veiksniais paremti modeliai negali tapti efektyviais klinikiniais suicidiškumo intervenciniais modeliais, nes suicidiškumas yra labai asmeniška ir kintanti patirtis, ji susijusi tiek su individualiais pažeidžiamumais, tiek su konkreto žmogaus išgyvenamais įvykiais, sukeliančiais suicidines mintis ir elgesį. Moksliniai tyrimai rodo, kad efektyviausiai veikia terapijos principais paremtos intervencijos (Michel, Gysin-Maillart, et al., 2021; Michel, Shand, et al., 2021), besiremiančios bendradarbiaujančiu santykiu, paciento minčių ir jausmų pripažinimu, aktyviu įsitraukimu į gydymą ir prasmingu savižudybės krizės supratimu. Sveikatos

priežiūros sistemoje tokio įsitraukimo tikėtis sunku. Michel, Shand ir kiti (2021) teigia, kad klinicinei aplinkai pritaikytos veiksmingos terapijos turi būti trumpos ir efektyvios, o būsimi tyrimai turi orientuotis į geresnį suicidiškumą patiriančio žmogaus supratimą ir veiksnius, lemiančius efektyvią terapinę patirtį. Todėl šiame disertacijos darbe tiriant priešsuicidinę patirtį bus analizuojami ne rizikos veiksniai, o žmonių patyrimas.

1.5. Kokybinių tyrimų vertė suicidologijos moksle

XX. a. pabaigoje vis dažniau pradėti taikyti kokybinių tyrimų metodai suicidologijoje. Vyraavę kiekybiniai tyrimai pradėti kritikuoti dėl mechanistinio požiūrio į žmogų ir jame vykstančius psichologinius procesus, pozityvistinio siekio suicidiškumo iškilimą žmogaus gyvenime paaiškinti priežasties ir pasekmės terminais bei dėl redukcionizmu persmelktų savižudybės procesą aiškinančių modelių (Espeland et al., 2020; Hjelmeland & Knizek, 2010; Kral & White, 2017).

Kritiškai vertinusios nusistovėjusią tradiciją suicidologijoje ir vystydamos Kritinės suicidologijos (angl. *Critical Suicidology*) mokslo kryptį mokslininkės Hjelmeland ir Knizek (2010) savo darbe pasiūlė nevertinti tyrimų pagal metodologiją, tačiau atskirti tyrimus siekiančius **paaiškinti suicidiškumą** ir tyrimus siekiančius **suprasti žmogų** išgyvenantį suicidiškumą. Tyrimai, kuriais siekiamas paaiškinti suicidiškumas, dažniausiai remiasi deducine hipotezių kėlimo ir eksperimentine metodologija. Remiamasi linijiniu priežasties-pasekmės požiūriu ir siekiama surasti universalūs dėsnius, kurie atskleistų visiems savižudybės procesams bendrus modelius. Toks požiūris dažniau būdingas kiekybiniams tyrimams, tačiau neretai pasitaiko ir kokybiniuose tyrimuose. Kita grupė tyrimų remiasi bandymo suprasti ideologija ir yra dažniau būdinga kokybiniams tyrimams, tačiau sutinkama ir kiekybiniuose tyrimuose. Tokių mokslininkų dėmesio centre yra žmogus ir jo patirtis, siekis suprasti, kokią reikšmę suicidiškumas turi jį patiriančiam žmogui ir kaip žmogus, galvojantis apie savižudybę, patiria save, savo veiksmus ir aplinką, kurioje gyvena. Tai žmogaus subjektyvios tikrovės tyrinėjimas (Hjelmeland & Knizek, 2010; J. A. Smith et al., 2022).

Abi perspektyvos, tiek siekis paaiškinti suicidiškumą, tiek siekis suprasti suicidiškumą išgyvenantį žmogų, yra tarpusavyje glaudžiai susijusios. Suicidinių minčių ir elgesio paaiškinimas yra pradžia žmogaus patirčiai suprasti. Tačiau, teigiama, daugelis mokslininkų užstringa siekyje paaiškinti suicidiškumą kurdami teorinius modelius ir nebesidomi, kaip jų rezultatai gali padėti žmogui. Taip moksliniai tyrimai ima kartotis ir nebeskatina

suicidologijos mokslo raidos (Hjelmeland & Knizek, 2010). Šią prielaidą patvirtina anksčiau aprašytas Franklin et al. (2017) tyrimas atskleidęs, kad nauji rizikos veiksnių įvardinimai nebepadeda geriau nei prieš penkis dešimtmečius prognozuoti suicidinio elgesio ir savižudybės. Mokslininkės skatina tyrėjus daugiau dėmesio skirti žmogaus suicidiškumo patirties supratimui ir didinti kokybinių tyrimų naudojimą suicidologijoje (Hjelmeland & Knizek, 2010, p. 75).

Kita vertus, norint geriau įvardinti, kaip kokybiniai tyrimai gali padėti suprasti žmogų esantį savižudybės procese, verta aptarti, ką iš tiesų kokybiniai tyrimai gali atskleisti ir kaip jų rezultatus reikėtų interpretuoti. Dažnai kokybiniai tyrimai kritikuojami dėl metodologinio lankstumo. Teigiama, kad vieno žmogaus pasakojimas skirtingomis aplinkybėmis skirtis, taigi surinkti duomenys bus skirtingi, o tyrimo nebus įmanoma pakartoti. Taip pat, duomenų analizė gali baigtis bent keliomis skirtingomis interpretacijomis (B. Smith, 2017; White et al., 2015). Prielaida, kad tyrimu galima surasti vieną tiesą yra pasiskolinta iš gamtos mokslų (Anderson, 1995) ir iš esmės prieštarauja žmogaus psichikos raidos principams, tokiems kaip vienfinališkumas – daug skirtingų veiksnių bei jų sąveikų gali sukelti to paties pobūdžio būseną ar rezultatą; ir daugiafinališkumas – panašių pasireiškiančių veiksnių visuma gali lemti skirtingoms būsenoms būdingų simptomų pasireiškimą ar skirtingą rezultatą (Richters, 1997). Hjelmeland ir Knizek (2010, p. 77) teigimu „*Žmonės nėra tik mechaninės mašinos reaguojančios į dirgiklius; mes gebame apmąstyti pasaulį ir savo veiksmus. Taigi, hermeneutinės perspektyvos požiūriu kiekvienam asmeniui gali egzistuoti sava tiesa, kadangi tai, kas suvokiama kaip tiesa, priklauso nuo perspektyvos, iš kurios žiūrima į reiškinį*“. Siejant mintį su suicidiškumu, ji reikštų, kad patiriantis pasaulį ir jį reflektuojantis žmogus, kalbėdamas apie savo suicidiškumo patirtį yra prisiėmęs tam tikrą perspektyvą. Pasikeitus perspektyvai, gali pasikeisti ir požiūris bei patirtis. Tai yra žmogaus gyvenimo ir jo fenomenologinio lauko realybė, todėl moksliniais tyrimais būtent ji, tokia lanksti, ir turėtų būti tiriama, nesiekiant jos suredukuoti iki stabilių kategorijų struktūros. Taigi, ko gero, tyrimo metodologija, kuria tiriama žmogaus patirtis, turi būti pakankamai lanksti, kad gebėtų apimti itin dinamišką ir kintančią psichologinės patirties prigimtį.

Neretai keliamas klausimas, kiek kokybinių tyrimų duomenis galima apibendrinti (generalizuoti). Patys kokybinių tyrimų autoriai dažnai prie tyrimo ribotumų linkę nurodyti, kad duomenų negalima apibendrinti. B. Smith (2017) nuomone, toks požiūris yra neteisingas. Kokybinių tyrimų negalima apibendrinti remiantis kiekybiniais tyrimams taikomais kriterijais. Tai yra

kokybinių tyrimų rezultatais negalima grįsti statistinės tikimybės įvykiui įvykti. Tačiau galima naudoti kitus apibendrinimo tipus, kurių autorius išskiria net penkis. Vienas jų, natūralistinis apibendrinimas (angl. *naturalistic generalizability*) kai tyrimo rezultatai gali tapti tapatinimosi modeliu ir padėti žmogui esančiam savižudybės procese save suprasti arba specialistui geriau suprasti žmogų identifikuojantis su tyrime aprašytomis patirtimis. Kitas apibendrinimo tipas yra perkeliamumas (angl. *transferability*), besiremiantis idėja, kad daugelis aplinkų yra vienaip ar kitaip panašios. Čia keliamas klausimas ne ar kontekstas A ir B yra tapatūs, bet kiek jie yra tapatūs ir kokią dalį mažos imties tyrime gautų rezultatų galima pritaikyti į jį panašiam kontekstui, t. y. kiek pavyzdžiui šio tyrimo konteksto rezultatai gali būti pritaikyti kitam kontekstui. Trečiasis yra analitinis apibendrinimas (angl. *analytical generalization*), kai mažos imties tyrimo rezultatai naudojami įvertinti, kiek platesnė teorija ar sukurtas modelis gali būti generalizuojami. Taip patikrinama, praplečiama ar paaiškinama jau esama teorija. Ketvirtas, sankirtinis apibendrinimas (angl. *intersectional generalizability*). Teigiama, kad kokybiniais tyrimais galima prisikasti iki reikšmingų įvykių, epochų, kultūrų sankirtos ir fiksuoti visuomenių, bendruomenių, šeimų ir atskirų žmonių judėjimą per skirtingus kontekstus fiksuojant jų pokytį ir raidą. Kitoms metodologijoms žmogaus patirtis keičiantis kontekstui yra sunkiau prieinama. Pavyzdžiui šiame darbe bus tirama žmogaus patirtis pereinant iš priešsuicidinio etapo į suicidinį. Penktasis, provokuojantis apibendrinimas (angl. *provocative generalizability*). Kartais mažesnės imties tyrimais siekiama pastūmėti mokslinio lauko raidą į priekį arba skatinti tyrėjus mąstyti, reflektuoti įprastų tendencijų neatitinkančius mokslinių tyrimų rezultatus. Toks tyrimo duomenų naudojimas vadinamas provokuojančiu.

Taigi, kokybiniai tyrimai apie suicidiškumą tiria momentinę žmogaus savęs, pasaulio ir suicidiškumo patirtį. Kokybinių tyrimų rezultatai neturėtų būti interpretuojami kaip prognostiniai savižudybės veiksniai, tačiau gali suteikti žmonėms ir specialistams tapatinimosi modelį ar informacijos apie suicidiškumo patirtį, kuri gali būti fragmentiškai panaudota įvairiuose kontekstuose, adekvačiai įvertinant kontekstų panašumus ir skirtumus, bei gali atskleisti sunkiau moksliniams tyrimams pasiekiamas judėjimo per skirtingus suicidiškumo etapus ar gyvenimo kontekstus patirtis. Taip pat kokybiniai suicidiškumo tyrimai gali padėti suprasti teorinių modelių efektyvumą realiaame gyvenime, juos pakoreguoti ar praplėsti, iškelti prielaidų suicidologijos mokslo sričiai permąstyti.

1.6. Šiuolaikiniai priešsuicidinės kančios patirties tyrimai

1.6.1. Priešsuicidinio etapo apibrėžimas

Mokslinėje literatūroje terminas „priešsuicidinis“ (angl. *prie-suicidal* arba *presuicidal*) dažniausiai siejamas su priešsuicidiniu sindromu, naudojamu klinikiniame kontekste. Tačiau šiame tyrime bus naudojama kiek kitokia termino reikšmė.

Klinikoje priešsuicidinis sindromas apibrėžia specifinę žmogaus psichikos būseną, leidžiančią kelti prielaidą, kad žmogus gali nusižudyti. Jis apima tris komponentus: mąstymo ir elgesio susiaurėjimą, nuslopintą agresiją nukreiptą prieš save ir suicidines fantazijas (Mouseler, 2005; Ringel, 1976; Ringel & Mouseler, 2005). Priešsuicidinio sindromo autoriai teigia, kad sindromas turėtų būti įtrauktas į sisteminius ligų sąrašus ir diagnostinius vadovus (Ringel, 1976). Tokio paties požiūrio laikosi ir 1.1. skyriuje aprašytų ūmaus suicidinio afektinio sutrikdymo (Tucker et al., 2016) ir suicidinės krizės sindromo (Schuck et al., 2019) autoriai, visi vienodai siekiantys kuo anksčiau identifikuoti specifinę būseną prieš įvykstant savižudybei.

Vis dėlto svarbu aptarti, kurią būseną prieš įvykstančią savižudybę suformuotu sindromu bandoma užfiksuoti. Į priešsuicidinio sindromo ir ūmaus suicidinio afektinio sutrikdymo sandarą įtraukti tokie simptomai kaip fantazijos apie savižudybę, suicidinės mintys, padidėjęs ketinimas nusižudyti. Tačiau tai suicidiškumo etapui būdingos patirtys, t. y. žmogui, kuris jau pasistūmėjęs savižudybės procese, svarsto savižudybės galimybę arba turi besiformuojantį ketinimą nusižudyti. Taigi, terminas „priešsuicidinis“ čia labiau atspindi etapą prieš įvykstant savižudybei.

Suicidinės krizės sindromo diagnozei sąmoningas suicidiškumo suvokimas ar ruminacija nėra būtini. Jis labiau atspindi krizinę žmogaus būseną kai stiprus sužadėjimas pastūmėja žmogų nusižudyti ir gali būti būdingas kai suicidiškumas dar nėra prasidėjęs, žymint suicidiškumo pradžią, arba kai suicidiškumas yra prasidėjęs, žymint jo paūmėjimą. Taigi, šiuo atveju terminas „priešsuicidinis“ apima laikotarpį tiek prieš iškylant suicidiškumui, tiek jam iškilus ir iš esmės reiškia tą patį kaip ir pirmuoju aprašytu atveju – prieš įvykstant savižudybei.

Šiame tyrime terminas „**priešsuicidinis**“ bus naudojamas pakankamai tiesiogiai pagal jo reikšmę, terminu nurodant laikotarpį prieš iškylant suicidiškumui, t. y. kai dar nėra iškilusių minčių apie savižudybę ar suicidinio elgesio. Taip pat, šiame darbe juo pabrėžiamas savižudybės proceso

laikotarpis, o ne specifinė būseną. Vizuali priešsuicidinio etapo pozicijos savižudybės procese iliustracija pateikta Svarbiausių sąvokų dalyje 1 paveiksle.

1.6.2. Kančios patirtis priešsuicidiniame etape

Iš aptartų pirmos ir antros kartos suicidiškumo teorijų žinoma, kad prieš išskylant suicidiškumui žmonės patiria psichologinį skausmą, kuriam būdingas didelis intensyvumas ir ilga trukmė, o tos patirties kontekste išskyla suicidiškumas. Šiame tyrime psichologinis skausmas išsitiesęs laike bus vadinamas **kančia**.

Ringel (1976), siekdamas geriau suprasti kaip ir kodėl formuojasi suicidiškumas, nagrinėjo psichopatologinio funkcionavimo mechanizmus. Jis rėmėsi prielaida, kad psichopatologija sutrikdo žmogaus gebėjimą patirti savo egzistencinę situaciją, patologiniams mechanizms įsiterpiančią į sklandų patirties procesą ir ją iškraipant. Tačiau, neradęs pagrindo šiai prielaidai patvirtinti, autorius priėjo išvados, kad suicidiškumo formavimuisi daug svarbiau ne objektyvūs faktai, o tai, kaip žmogus suvokia ir išgyvena patiriamus ir nagrinėjamus įvykius. Tai reiškia, kad susiklosčius tam tikrai gyvenimo situacijai du žmonės gali patirti labai panašią įvykių konsteliaciją ir sąmoningai suprasti, kad šiuos įvykius patiria. Ar ims formuotis kančia ir suicidiškumas, turėtų lemti tai, kokią reikšmę žmogus vykstantiems įvykiams priskirs, kaip įvykius išgyvens ir nagrinės. Taigi, priešsuicidiniame etape išgyvenamos kančios prielaida tampa subjektyvios įvykių patirties ir interpretavimo ypatumais.

Sivertsev (2020), remdamasis egzistencinės filosofijos tezėmis, teigia, kad *mirtis* yra būtina sąlyga, jog asmuo galėtų patirti *pasirinkimą*, o pasirinkimas – būtina sąlyga *laisvės* patirčiai atsirasti. Specifinė priešsuicidinės kančios etapui būdinga būseną formuojasi tada, kai mirtis išbraukiama iš šios triados ir yra pakeičiama tam tikrų, nemalonesnių, gyvenimo aplinkybių išgyvenimu. Tai reiškia, kad mirties baimę pakeičia susiklosčiusių gyvenimo sunkumų baimė. Taigi tokio žmogaus patirtyje jo gyvenimo situacija gali tapti tragiškiausiu įmanomu gyvenimo scenarijumi, per kurį formuojasi pasirinkimo ir laisvės patirtys. Žmogaus, kuris mirties baimę pakeitė susiklosčiusių gyvenimo sunkumų baime, keičiasi ir požiūris į pačią mirtį. Vietoje tragiškiausio įvykio ji tampa vienu iš pasirinkimo variantų, kartais geidžiamiausiu išeitimi. Autorius teigia, kad veikiamo priešsuicidinės būsenos žmogaus sąvokų supratimas nebeformuojamas per

mirties, kaip galutinės ir tragiškiausios galimybės, laukimą, bet per tam tikrų gyvenimo aplinkybių, kurios jau vyksta, keliamą siaubą. Tai reiškia, kad priešsuicidiniame etape žmogus gali išgyventi baisiausią savo egzistencijos scenarijų, kuris išsitęsęs laike kelia kančios patirtį.

Egzistencinės terapijos praktikas Spinelli (2015), domėdamasis žmogaus būtimi pasaulyje kelia prielaidą, kad suicidiškumas yra ne būdas nutraukti savo būtį, bet ją pratęsti. Anot autoriaus, suicidiškumas yra destruktivus ir reikalingas per rigidiškam pasaulio vaizdui arba per daug neapibrėžtai būčiai destabilizuoti, kad ji galėtų būti perkurta. Tokie savižudybės procese esančių žmonių teiginiai kaip „Nebegaliu daugiau *taip* tęsti“, „*Mano* gyvenimo neverta gyventi“ ar „Nebegaliu daugiau pakelti *šito* skausmo“, jeigu nepatvirtina, tai bent siūlo, kad su suicidiškumu yra susijusios specifinės žmogaus gyvenimo aplinkybės liečiančios gyvenimo tąsos klausimą, kurios kelia kančią ir veikia kaip troškimo nusižudyti pagrindas. Spinelli (2015) teigia, kad žmogaus patirtyje poreikis perkurti savo gyvenimo situaciją kartais gali būti svarbesnis už gyvybės išsaugojimą. Moksliniais tyrimais patvirtinama, kad savižudybe žmogus siekia ne mirti, o nori nebegyventi tokio gyvenimo, kurį gyvena (Baumeister, 1990; Niveau et al., 2019; Shneidman, 2002). Spinelli (2015) teorija nukreipia svarstyti ne tik apie susiklosčiusią gyvenimo situaciją, kaip žmonės ją patiria ir kodėl ji kelia kančią, bet ir atkreipti dėmesį į tai, kaip ji susijusi su asmenine žmogaus gyvenimo istorija ir kokią žmogaus būties dalį suicidiškumas gali padėti perkurti.

1.6.3. Priešsuicidinės kančios moksliniai tyrimai

Mokslinių tyrimų apie priešsuicidinės kančios etapą yra labai nedaug, todėl galima susidaryti tik pakankamai fragmentuotą vaizdą apie tai, ką žmonės patiria prieš iškylant suicidiškumui. Jeigu vis dėlto tokie tyrimai atliekami, priešsuicidinis etapas tiriamas tik latentiskai ir retai kada tampa pagrindiniu tyrimo objektu. Toliau apžvelgiami su priešsuicidinės kančios patirtimi susiję moksliniai tyrimai, kuriais remiantis buvo kuriama šio disertacinio tyrimo metodika.

Tyrėjai Kira ir kiti (2019) savo darbe svarsto kodėl taip sunku prognozuoti suicidiškumą ir pabrėžia proceso kompleksiskumą kaip vieną svarbiausių priežasčių. Autoriai iškelia prielaidą, kad gyvenimo sunkumų (patiriamų priešsuicidiniame etape) ir suicidiškumo ryšys yra ne linijinis, o kumuliacinis ir patikrina tokią prielaidą moksliniame tyrime. Buvo patvirtinta, kad kompleksiški, kumuliacinio efekto poveikį apimantys prognostiniai

modeliai, yra žymiai efektyvesni ($R^2 = 0,762$) už linijinius modelius ($R^2 = 0,045$). Taigi, Kira ir kitų (2019) atliktu tyrimu siūloma, siekiant geriau suprasti suicidiškumo iškilimą, stebėti ne linijiniu principu susijusius veiksnus, o kompleksiškus jų ryšius. Todėl šiame darbe, tiriant priešsuicidinės kančios patirtį ir suicidiškumo iškilimą, bus analizuojama ne susiklosčiusių gyvenimo sunkumų patirtis atskirai, bet jų visumos patirtis.

Moksliniuose tyrimuose suicidiškumo iškilimas kartais siejamas su prastesniais problemų sprendimo įgūdžiais (Heapy et al., 2024). Tai gali reikšti, kad priešsuicidiniame etape sunkumai kumuliuojasi dėl to, kad žmonės jaučiasi negalintys jų išspręsti, jiems trūksta įgūdžių ar motyvacijos sunkumus įveikti. Taigi, tiriant susiklosčiusių gyvenimo sunkumų patirtį vertinga stebėti, kokius įvykius žmogus mato kaip neišsprendžiamus ir kodėl jie yra neišsprendžiami. Grover ir kiti (2009) atliko tyrimą, kuriame nustatė, kad gyvenimo sunkumų sukeltas distresas reikšmingai susijęs su suicidinių minčių ir bandymo nusižudyti patirtimi, tačiau prastesni problemų sprendimo įgūdžiai susiję tik su suicidinėmis mintimis. Tai reiškia, kad negalėjimo išspręsti sunkumų patirtis labiau būdinga suicidiškumo iškilimui, tačiau nebūtinai yra susijusi su jo raida. Šis tyrimas skatina ieškoti kaip formuojasi neišsprendžiamumo patirtis priešsuicidinės kančios kontekste.

Mcmanama O'Brien ir kiti (2019) atliko kokybinį tyrimą paauglių imtyje siekdami geriau suprasti savižudybės proceso raidos nuo suicidinių minčių atsiradimo iki perėjimo prie veiksmų patirtį. Autoriai išskyrė aštuoniolika patirtinių temų ir priėjo išvados, kad perėjimui nuo suicidinių minčių prie suicidinio elgesio paaiškinti žmogaus istorijos, sociokultūrinio konteksto ir tarpasmeninių santykių problemų nepakanka. Iš tyrimo duomenų matyti, jog vidiniai veiksniai, sąveikaudami su išoriniais, iškraipė tyrimo dalyvių kognicijas ir suintensyvino patiriamų emocijų išgyvenimą. Šis tyrimas leidžia kelti prielaidą, kad kognicijų iškraipymas ir emocinis intensyvumas gali būti būdingi ir priešsuicidiniame etape, besiformuojant kančios patirčiai. Tokiu atveju Mcmanama O'Brien ir kitų (2019) tyrimo rezultatai reikštų, kad besiformuojant ir vystantis suicidiškumui žmogaus gebėjimas spręsti gyvenimo sunkumus sklandžiai yra apsunkintas iškraipytų kognicijų ir itin intensyvių emocinių reakcijų. Kituose moksliniuose tyrimuose randamas padidėjusio sužadavimo ir intensyvių afektinių būsenų ryšys su suicidiškumu šią prielaidą sustiprina (Palmier-Claus et al., 2012), taip pat kaip ir nustatomas didesnis afektinių būsenų pasireiškimo dažnis mirusių nuo savižudybės žmonių istorijose, palyginti su kontrolinėmis imtimis (Hendin et al., 2004). Minėtos metaanalizės autoriai (Palmier-Claus et al., 2012) skatina

mokslininkus ieškoti padidėjusio sujaudinimo ir afektinių būsenų formavimosi prielaidų. Todėl šiame tyrime bus stebima, kaip priešsuicidinės kančios etape formuojasi afektinės būsenos, vėliau būdingos suicidiškumo etapui.

Galima rasti tyrimų rodančių, kad savižudybė žmogaus gyvenime turi reikšmę ir tikslą. Kartais savižudybė gali būti suprantama kaip siekis atgauti kontrolę (Orri et al., 2014; Pavulans et al., 2012). Remiantis šia idėja, galima kelti prielaidą, kad žmogus patiriantis kančią gali jaustis praradęs kontrolę ir tikėti, kad vienas iš būdų arba vienintelis būdas ją susigrąžinti yra nusižudyti. Paauglių imties tyrime užfiksuotas savižudybės kaip keršto už nepriežiūrą ir nemeilę motyvas (Orri et al., 2014). Tyrimo dalyviai teigė norintys parodyti aplinkiniams savo tikrąją savijautą ir pamokyti juos. Panašu, kad aprašytame tyrime jaunuoliai jautėsi neišgirsti, o jų skausmas nematomas. Dar viename paauglių imties tyrime (Marzetti et al., 2023) pastebėta, jog paaugliai suicidines mintis linkę laikyti racionalia reakcija į susiklosčiusias gyvenimo aplinkybes, nelaikydami jų rimtomis, kol nejaučia potraukio jas realizuoti. Kita vertus, dažnai tiems patiems paaugliams nereaguojant į pirmuosius suicidiškumo ženklus, mintys suintensyvėja. Tyrimo autorių Marzetti ir kiti (2023) teigimu, tuomet paaugliai buvo linkę savo bandymą nusižudyti vertinti kaip impulsyvų veiksma, nors suicidines mintis išgyveno jau kurį laiką. Šis tyrimas leidžia kelti prielaidą, kad kai kurie žmonės savo suicidiškumą gali patirti kaip visiškai netikėtą, nors matomi akivaizdūs suicidiškumo tāsos ženklai. Du iš trijų aprašytų tyrimų yra atlikti paauglių imtyje, tad leidžia kelti tik nutolusias ir silpnas prielaidas apie suaugusiuosius. Tyrimų apie suicidiškumo reikšmę suaugusiųjų imtyje trūksta.

Bagge ir kiti (2017) tyrė patekusių į ligoninę po bandymo nusižudyti žmonių istorijas, ieškodami afektinių būsenų būdingų savižudybės procesui patirties ypatumų ir siekdami jas suklasifikuoti. Autoriai rado keturis skirtingus tokių afektinių būsenų tipus: nusivylimo savimi, apleistumo, vienišumo ir išgąščio. Juos galima sieti su anksčiau aptartomis nusižudymo reikšmėmis (Marzetti et al., 2023; Orri et al., 2014; Pavulans et al., 2012). Pavyzdžiui savižudybės kaip siekio atgauti kontrolę samprata atitinka išgąščio afektinę būseną, išsigandus, kad gyvenimo kontrolė yra prarasta. Savižudybės kaip keršto už nepriežiūrą ir nemeilę motyvas, kai tyrimo dalyviai teigė norintys atskleisti aplinkiniams savo savijautą atitinka apleistumo afektines būsenas. Bagge ir kitų (2017) tyrimas rodo, kad afektinių būsenų turinys gali būti skirtingas, todėl svarbu atliekant tyrimus sekti ne tik turinį, bet ir už jo slypinčius mechanizmus. Taip pat randama, kad suicidiškumui būdingoms

afektinėms būsenoms yra būdingi trigerinantys įvykiai, kurie aktyvuoja afektinę būseną arba suicidinę krizę (S. H. Lee et al., 2014; Peper-Nascimento et al., 2023). Pastebima, kad dažniausiai tai tarpasmeninius santykius liečiantys įvykiai (Bagge et al., 2013). Vis dėlto, kodėl būtent tam tikrus įvykius žmonės patiria kaip trigerinančius afektinę būseną ir kodėl tarpasmeninių santykių konfliktai su suicidiškumu susiję labiausiai, nėra žinoma.

Moksliniuose tyrimuose randamas stiprus ryšys tarp suicidiškumo ir depresijos (Cai et al., 2021), tačiau nėra aišku kaip šios dvi būsenos yra susijusios. Kai kurie autoriai teigia, kad toks suicidiškumo paplitimas tarp depresija sergančių žmonių gali būti paaiškintas suicidiškumo ir depresijos sutrikimo simptomų panašumu. Tokie simptomai kaip neviltis, bevertiškumo jausmas, perdėtai neigiamos mintys, nerimas, miego sutrikimai, tiesiogiai ir netiesiogiai veikia tiek suicidiškumą, tiek depresijos intensyvumą. Negana to, psichosocialiniai faktoriai, tokie kaip romantinio gyvenimo ir šeimos santykių sunkumai reikšmingai veikia abi būsenas (Cai et al., 2021).

Mokslininkai Ille ir Huber (2003) atliko tyrimą, kuriame analizavo, kiek neigiamos psichologinės būsenos išgyvenamos patiriant suicidines mintis yra susijusios su depresijos sutrikimu, o kiek yra atskiras konstruktas. Tyrime buvo lyginamas dviejų skirtingų grupių suicidinių minčių, nevilties, neigiamo savęs vertinimo ir agresyvumo ryšiai. Pirmąją, klinikinę grupę, sudarė žmonės, kuriems diagnozuotas depresijos sutrikimas, o antrojoje, neklinikinėje grupėje, buvusiems tyrimo dalyviams jokių psichikos sveikatos sutrikimų nebuvo diagnozuota. Tyrime nustatyti ryšiai tarp suicidinių minčių, nevilties, neigiamo savęs vertinimo ir agresyvumo reikšmingai tarp klinikinės ir neklinikinės grupės nesiskyrė. Rezultatai rodo, kad žmonės, patiriantys suicidines mintis, dažnai patiria ir kitas būsenas nepriklausomai nuo to, ar jiems diagnozuotas depresijos sutrikimas ar ne. Remdamiesi šia idėja, autoriai iškelia prielaidą, kad gali egzistuoti bendras priešsuicidinis būsenų klasteris būdingas visiems žmonėms, kurių gyvenime išsivysto suicidiškumas (Ille & Huber, 2003). Depresijos šiam reiškiniui paaiškinti nepakanka (Ille & Huber, 2003; Orsolini et al., 2020).

Iš apžvelgtų tyrimų galima matyti, kad moksliniame lauke priešsuicidinės kančios etapas tiriamas retai, o aiškesniam vaizdui apie jame vykstančius procesus susidaryti trūksta duomenų. Todėl šiame disertacijos tyrime bus naudojama indukcinė prieiga kildinant fenomeno sampratą iš gyvenimiškos savižudybių patirties turinčių žmonių pasakojimų.

1.7. Tyrimo naujumas, tikslas ir uždaviniai

Tyrimo naujumas: Iš pirmosios ir antrosios kartos suicidiškumo teorijų apžvalgos aiškiai išryškėja suicidologijos mokslo raida nuo pagrindinių terminų suformavimo bei ankstyvųjų suicidiškumo kilmę aiškinančių modelių iki sudėtingesnių teorinių modelių, skiriančių suicidinių minčių atsiradimą nuo suicidinio elgesio. Šiuo moksliniu darbu siekiama identifikuoti rečiau tiriamą ir menkai teoriniuose modeliuose išplėtotą savižudybės proceso aspektą – priešsuicidinį etapą (O'Connor & Kirtley, 2018), kuriame formuojasi esminės prielaidos suicidiškumui iškilti.

Sekant šiuolaikinės suicidologijos kryptį, kurioje vis daugiau dėmesio skiriama nebe rizikos bei apsauginių veiksnių tyrimams, bet subjektyvias patirtis atspindinčių empirinių duomenų paieškai, disertacijoje pasirinkta fenomenologinė prieiga, atitinkanti šiuolaikišką požiūrį į suicidinio proceso tyrimus.

Mokslinės literatūros analizė rodo akivaizdų tyrimų trūkumą, geriau suprantant priešsuicidinės kančios etapą. Todėl disertacijoje pasirinktas indukcinis metodas fenomenui tirti, tikintis surinkti duomenų leidžiančių iškelti esminių prielaidų apie šį reikšmingą savižudybės proceso aspektą. Tokios prielaidos sudarytų pagrindą tolesniems empiriniams tyrimams ir reikšmingai prisidėtų prie suicidologijos srityje egzistuojančio tyrimų trūkumo mažinimo.

Tyrimo tikslas: Išanalizuoti priešsuicidinės kančios fenomeną, remiantis bandžiusių nusižudyti žmonių patirtimi.

Tyrimo uždaviniai:

1. Atskleisti ir aprašyti kaip patiriama priešsuicidinė kančia.
2. Atskleisti ir aprašyti prielaidas suicidiškumui iškilti.
3. Atskleisti ir aprašyti, ko labiausiai asmuo stokoja susidurdamas su priešsuicidine kančia.

2. METODIKA

2.1. Tyrimo strategijos pasirinkimas

Tyrimui atlikti pasirinkta kokybinė Interpretacinės fenomenologinės analizės (IFA) metodologija pagal J. A. Smith, Flowers ir Larkin (2022). IFA plačiai naudojama moksliniuose tyrimuose, nes yra detalai aprašyta ir lengvai prieinama tyrėjams (J. A. Smith et al., 2022). Šia metodologija atveriamą galimybę surinkti gausius ir detalius duomenis apie tiriamus nežinomus fenomenus. Ji yra pakankamai lanksti aprašant žmonių patirtis, tinkama ir etiška tiriant itin jautrias temas (Braun & Clarke, 2013), tokias kaip priešsuicidinės kančios patirtis (J. A. Smith & Osborn, 2015). IFA yra palankiausia kokybinių tyrimų strategija siekiant geriau suprasti kaip subjektyviame fenomenologiniame lauke priskiriamos reikšmės susiklosčiusiems gyvenimo sunkumams ir kaip priimami sprendimai. Ji leidžia įsigilinti į vieno žmogaus perspektyvą ir palyginti ją su kitų tyrime dalyvaujančių žmonių perspektyvomis, kai kitos kokybinių tyrimų metodikos (tokios kaip teminė analizė, grindžiamoji teorija ar diskurso analizė) tokios galimybės nesuteikia.

IFA yra ne tik struktūruota detalai aprašyta prieinama metodologija, bet ir tyrimo strategiją ir tyrėjo poziciją diktuojanti teorija. Jos pagrindą sudaro trys esminiai principai.

Pirma, fenomenologinė perspektyva, remiasi ideologija, kad žmogus yra ribotas, todėl negali pilnai patirti objektyvios realybės, o tik realybės fragmentus ir atspindžius – fenomenus, tampančius ryšio su realybe pagrindu. Visi kartu fenomenai sudaro subjektyvų žmogaus fenomenologinį lauką.

Antra teorinė pozicija, kuria remiasi IFA, yra hermeneutika. Tai reiškia, jog atliekant tyrimą, tikimasi, kad per fenomenologinį lauką realybę patiriantis žmogus yra linkęs savo patirtis interpretuoti, suteikti joms reikšmės ir išgyventi. Taip konstruojama subjektyvi fenomenologinė tikrovė ir pasaulėvaizdis.

Svarbu atkreipti dėmesį į tyrimo dalyvio, tyrėjo ir skaitytojo santykį šiuo aspektu. Atliekant mokslinį tyrimą susitinka bent trys fenomenologinės tikrovės, taigi fenomeno patirtis vyksta bent trimis lygmenimis – tyrimo dalyvis interpretuoja savo patirtis, tyrėjas interpretuoja tyrimo dalyvio sukeltą patirtį, o skaitytojas interpretuoja tyrėjo aprašiusio tyrimą sukeltą patirtį. Nors kartais fenomenologiniai tyrimai yra kritikuojami dėl šio principo, būtent jis leidžia pamatyti subjektyvų kontekstą, kuriame vyksta reikšmingi žmogaus

psichologiniai procesai, pavyzdžiui besiformuojanti priešsuicidinė kančia. Tyrėjo žvilgsnis leidžia iškelti reikšmingus aspektus, suteikti jiems lengviau suprantamą formą, o subjektyvi skaitytojo perspektyva leidžia pasirinkti vertingiausius tyrimo aspektus ir pritaikyti juos praktikoje ar asmeniniame gyvenime.

Trečia, ideografinė pozicija skatina daugiau dėmesio skirti individualių unikalių atvejų geresniam supratimui, renkantis fenomeno supratimo gylį vietoje visiems bendrų dėsnių nustatymo. Ši pozicija įpareigoja tyrėją stebėti subtilias ir konkrečias patirčių detales kaip reikšmingas patirties visumai. Remiantis ja laikoma, kad detali vieno žmogaus patirties refleksija gali būti itin vertinga geriau suprantant giluminį žmonių psichologinį pasaulį. Todėl, prieš formuojant išvadas apie visą tyrimo dalyvių grupę, IFA metodologija siūloma įsigilinti į kiekvieno žmogaus patirtį atskirai ir tik tada plėsti fenomeno pažinimą apjungiant skirtingų žmonių patirties refleksijas. Jeigu imtis yra sudaroma tinkamai, rezultatai turėtų būti interpretuojami kaip patirčių katalogas, be bandymo įvertinti, kuris iš jų yra svarbesnis už kitą (J. A. Smith et al., 2022; J. A. Smith & Osborn, 2015).

Apibendrinant, IFA teorinį pagrindą sudaro žmogaus gebėjimas patirti tik dalį realybės ir patirti ją savaip, polinkis reflektuoti patirtis, suteikti joms reikšmės ir išgyventi bei pozicija, kad detali vieno žmogaus istorijos analizė gali būti reikšminga grupei žmonių.

2.2. Tyrimo dalyviai

Tyrimo imtį sudaro 12 tyrimo dalyvių (4 vyrai, 1 nedvinarės lytinės tapatybės asmuo ir 7 moterys), paskutinį kartą bandžiusių nusižudyti ne daugiau kaip prieš vienerius metus, tyrimo metu besigydžiusių Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre, Lietuvoje. Bandymu nusižudyti šiame tyrime laikomas ne mirtinas, nukreiptas į save, save žalojantis elgesys su išreikšta intencija mirti (O'Connor et al., 2013).

Įtraukimo į tyrimo imtį kriterijai: pacientas turi būti pilnametis, paskutinį kartą bandęs nusižudyti ne daugiau nei prieš 1-erius metus, geba pakankamai gerai kalbėti lietuviškai, savanoriškai išreiškia norą dalyvauti tyrime, sutinka, kad medikamentinio gydymo poveikis reikšmingai netrukdo pokalbiui ir patirties refleksijai. Neįtraukimo į tyrimo imtį kriterijai: pacientas yra suicidiškas kvietimo į tyrimą arba susitikimo su tyrėja metu, kvietimo arba susitikimo metu pacientas patiria psichozės epizodą. Tyrimo dalyvių amžius svyravo nuo 18 iki 63 metų ($M = 29,83$; $SD = 14,6$), visi jie tyrimo atlikimo

metu buvo Lietuvos gyventojai – 3 iš jų bandymo nusižudyti metu gyveno miestelyje, 2 – miesto rajone, 7 mieste. Interviu atlikimo metu 4 žmonės buvo dirbantys, 4 studentai, 5 nedirbo, 2 turėjo negalią, 1 buvo motinystės atostogose. Kai kuriais atvejais tyrimo dalyviai turėjo du užimtumo statusus, pavyzdžiui nedirbo, nes buvo motinystės atostogose, arba buvo dirbanti studentė. 2 tyrime dalyvavę žmonės, interviu atlikimo metu, turėjo aukštąjį išsilavinimą, 1 – profesinį, 1 – aukštesnįjį, 1 – specialųjį vidurinį, 6 – vidurinį, 1 – pagrindinį išsilavinimą. 3 tyrimo dalyviai bandė nusižudyti pirmą kartą, 5 – antrą, 2 – trečią, 1 – ketvirtą ir 1 – šeštą. Kita demografinė informacija pateikta prieduose (žr. 2 priedą). Galima matyti, kad šio tyrimo imtis yra pakankamai įvairi, tačiau visus žmones sieja bendra bandymo nusižudyti patirtis.

2.3. Tyrimo eiga ir priemonės

Atlikti tyrimą buvo gautas Vilniaus universiteto atitikties mokslinių tyrimų etikai komiteto leidimas (Nr. 35/(1.13E)250000-KT-5) ir Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro administracijos leidimas atlikti tyrimą (Nr. RG-093). Dviejų skyrių – Krizių intervencijos skyriaus bei Ūmios psichiatrijos skyriaus (vyrų ir moterų poskyrių) – darbuotojai sutiko prisidėti prie tyrimo ir padėjo pasiekti šio tyrimo dalyvius. Skyrių darbuotojai buvo apmokyti, kaip pasiūlyti tyrimą pacientams, atsakyti į dažniausiai užduodamus klausimus ir registruoti atsako į kvietimą dalyvauti tyrime dažnį.

Psichikos sveikatos centro pacientai buvo kviečiami dalyvauti tyrime 2022 m. balandžio–gruodžio mėnesiais. Jeigu žmonės išreiškė norą dalyvauti tyrime, skyriaus darbuotojai suorganizuodavo paciento ir tyrėjos susitikimą. Teigiamo atsako į kvietimą dalyvauti tyrime dažnis – 65,22 % (15 iš 23). Tokia dalis žmonių, kuriems buvo pasiūlytas tyrimas, tapo tyrimo dalyviais ir pasidalino savo istorijomis. 82,61 % (19 iš 23) sutiko dalyvauti tyrime pirmo siūlymo metu, vėliau viena tyrimo dalyvė neatvyko į interviu sutartu laiku, du tyrimo dalyviai atsisakė dalyvauti tyrime susitikimo metu, viena tyrimo dalyvė nebuvo patyrusi bandymo nusižudyti. Tyrime panaudoti 12 pirmų šio tyrimo metu atliktų interviu, taupant resursus ir siekiant atitikti tokio pobūdžio darbams rekomenduojamą interviu skaičių.

Susitikimo metu buvo dar kartą pristatomas tyrimas – tikslai, procedūra, teisė neatsakyti į užduotus klausimus, sustabdyti interviu bet kuriuo metu, pasitraukti iš tyrimo bet kuriuo metu ir tyrėjų įsipareigojimas garantuoti konfidencialumą ir duomenų apsaugą. Sutikus dalyvauti tyrime, pasirašomas

informuotas sutikimas (žr. 3 priedą) ir atliekamas interviu pagal protokolą (žr. 4 priedą).

Pusiau struktūruoti interviu sudaryti šio tyrimo autorės kartu su darbo vadove. Interviu pradedamas demografinių duomenų anketa, kurią seka giluminis interviu. Pokalbis su tyrimo dalyviu pradedamas tyrėjos klausimu:

Pradžioje noriu paprašyti Jūsų trumpai papasakoti apie bandymo nusižudyti situaciją? Kas atsitiko?

Tuomet tyrimo dalyvių buvo prašoma praplėsti ir papildyti savo patirtis prisotinant jas pavyzdžiais bei buvo prašoma pasidalinti, kokius sunkumus prieš bandymą nusižudyti jie patyrė, kaip su jais buvo, kokią svarbą turėjo aplinkiniai žmonės ir ko tuo metu labiausiai trūko. Interviu pabaigoje aptarta tyrimo dalyvių savijauta, įteikti pagalbos linijų kontaktai ir išreikšta padėka už prisidėjimą prie mokslinio tyrimo. Pusiau struktūruoto interviu klausimų formuluotės ir patikslinantys klausimai pateikiami prieduose (žr. 4 priedą). Interviu struktūra ir klausimų formuluotės prieš pradedant rinkti duomenis buvo išbandyti su dviem tyrimo dalyviais ir koreguoti pagal gautą grįžtamąjį ryšį.

Interviu buvo įrašomi į diktofoną. Jų trukmė – nuo 14 iki 114 min. ($M = 43,58$ min.; $SD = 31,91$) skiriant tyrimo dalyvių istorijoms tiek laiko, kiek jie norėjo. Interviu įrašai transkribuoti ir nuasmeninti – pašalinta bet kokia informacija, galinti identifikuoti tyrimo dalyvių tapatybę. Visi tyrimo dalyvių vardai pakeisti.

2.4. Duomenų analizės metodas

Duomenų analizei taikyta J. A. Smith ir kitų (2022) IFA metodika, kurioje siekiama iškelti tyrimo dalyvių patirtis ir suformuoti asmeninius patirčių modelius, vėliau juos apjungiant į bendrą grupės patirčių modelį. Atitinkamai šiame tyrime buvo sudaryti asmeniniai priešsuicidinės kančios patirties modeliai ir vėliau apjungti į bendrą grupės priešsuicidinės kančios patirties modelį. Remiantis IFA metodika, pirmiausia atliekama vieno atvejo analizė. Pirma, susipažįstama su interviu duomenimis – perklausomas audio įrašas, transkripcija skaitoma kelis kartus siekiant priartėti prie žmogaus patirties, peržiūrimi svarbiausi komentarai tyrėjo dienoraštyje, susiję su šiuo interviu, pasižymimos naujai kylančios mintys. Antra, vyksta detalus teksto skaidymas į **prasminius vienetus** pasižymint pastebėjimus (angl. *Exploratory Noting*). Trečia, iš pastabų formuojami atvejo **patirtiniai teiginiai** (angl. *Experiential*

Statements), susiję su tyrimo tikslu ir uždaviniais. Ketvirta, ieškoma panašumų, skirtumų ir ryšių tarp patirtinių teiginių, formuojamos **individualios patirtinės temos** (angl. *Experiential Themes*). Penkta, patirtinėms temoms suteikiami pavadinimai, jos jungiamos į nuoseklų individualų patirties modelį, siekiant kad kiekviena patirtinė tema suteiktų informacijos apie pagrindinį tyrimo klausimą.

Toliau atliekama atvejų analizė su visais likusiais tyrimo dalyvių interviu taikant tuos pačius žingsnius. Galų gale, visų interviu patirtinių temų modeliai lyginami tarpusavyje. Formuojamos **grupės patirtinės temos** (GPT; angl. *Group Experiential Themes*) ir jungiamos į grupės modelį. Pasižymimi kiekvienos grupės patirtinės temos bendri bruožai ir jų skirtumai. Prieduose pateikiamas duomenų analizės fragmentas (žr. 5 priedą), o Rezultatų dalies 2 lentelėje pateiktas šio tyrimo metu sudarytas grupės patirtinių temų žemėlapis (žr. 3.1. skyrių). Tai pagrindinis šio disertacijos tyrimo rezultatas.

Tyrime taikyta atnaujinta J. A. Smith ir kitų (2022) IFA metodikos versija, kurioje detaliau ir nuosekliau aprašyti analizės žingsniai, iliustruojami gausesniais mokslinių tyrimų pavyzdžiais. Taip pat, antrame leidime kiek pasikeitė IFA terminologija. Išskylančios temos (angl. *Emergent Themes*) tapo patirtiniais teiginiais (angl. *Experiential Statements*). Braun ir Clarke (2006) pasirodžiusi publikacija kritikuoja pasyvią tyrėjo poziciją moksliniuose tyrimuose ir skatina pripažinti, kad kodai ir temos iškyla ne patys savaime, tačiau juos pastebi ir formuoja analizę atliekantis tyrėjas. Taigi, šiame tyrime taip pat laikomasi pozicijos, kad tyrimo rezultatas pasiekiamas aktyviai sisteminat duomenis. Tikėtina remiantis šia moksline prielaida, IFA autoriai buvo paskatinti pakeisti „išskylančių temų“ pavadinimą į „patirtinius teiginius“. Superordinuotos temos (angl. *Superordinate Themes*) antrame leidime buvo pakeistos į aiškesnę asmeninių patirtinių temų (angl. *Personal Experiential Themes*) pavadinimą, kurį autoriai laiko nuoseklesniu analizės metodui ir lengviau suprantamu.

2.5. Etiniai tyrimo aspektai

Šiame disertacijos tyrime buvo laikomasi etinių principų taikomų socialinių mokslų srityje atliekamiems kokybiniais tyrimais (Mirza et al., 2023). Gairėse aprašomos tyrėjų atsakomybės rūpinantis tyrimo dalyvių, akademinės bendruomenės ir visuomenės gerove bei interesais. Pabrėžiama, kad tyrimo dalyvių gerovė yra mokslininko prioritetas, o tyrimo tikslai – antrinės svarbos

klausimas (p. 442). Toliau aprašyta, kaip šiame tyrime buvo laikomasi septynių pagrindinių etinių principų.

1. **Pagarbos etika** (angl. *Ethic of Respect*). Viso disertacijos tyrimo projekto rėmuose buvo laikomasi pagarbos kitam žmogui principų, nepriklausomai nuo jo/jos amžiaus, lyties, tautybės, religinių ar politinių pažiūrų ar pasirinkto gyvenimo būdo. Šis principas buvo taikomas dirbant su tyrėjų komanda, atitikties etikos reikalavimams komisijos nariais, Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro darbuotojais ir tyrimo dalyviais. Interviu atlikimo metu tyrimo dalyviai nebuvo konfrontuojami, mokomi ar gydomi. Bet kuri tyrimo dalyvių pasirinkta savo patirties pateikimo forma buvo laikoma geriausia forma savo išgyvenimams pristatyti.
2. **Santykis su tyrimo dalyviais ir interesų konfliktas** (angl. *Relationship with Participants and Conflict of Interest*). Viso tyrimo vykdymo metu buvo saugomas tyrimo dalyvių orumas, skatinant juos dalintis savo patirtimi tik tiek kiek nori, skatinant poreikiui esant neatsakyti į klausimus ar nutraukti dalyvavimą, primenant, kad tyrimo tikslas nėra sukelti skausmą ar distresą. Interviu metu buvo siekiama kurti palaikantį, tačiau nespaudžiantį santykį su tyrimo dalyviais, siekiant, kad noras surinkti gilius ir kokybiškus duomenis turėtų kuo mažesnę poveikį interviu eigai. Tyrime negalėjo dalyvauti pažįstami ar darbiniais santykiais su tyrėja susiję tyrimo dalyviai, vengiant bet kokio interesų konflikto.
3. **Informuotas sutikimas** (angl. *Informed Consent*). Buvo siekiama, kad šiame tyrime dalyvautų tik norą išreiškę žmonės. Kadangi tyrime dalyvauti kvietė skyrių vyr. gydytojai esantys galios pozicijoje santykyje su besigydančiais pacientais, susitikimo su tyrėja metu dar kartą buvo aiškiai pristatomas dalyvavimo tyrime pobūdis ir klausama ar tikrai žmogus norėtų dalyvauti tyrime. Šiame etape atsisakė dalyvauti du pacientai. Su visais sutikusiais buvo pasirašomas informuotas sutikimas, kurio vienas egzempliorius liko tyrimo dalyviams. Informuoto sutikimo tekstą galima rasti prieduose (žr. 3 priedą).
4. **Paskata dalyvauti tyrime** (angl. *Incentives*). Tyrimo dalyviai nebuvo skatinami dalyvauti tyrime piniginėmis premijomis ar dovanomis. Kita vertus, giluminiai interviu suteikia galimybę tyrimo dalyviams pasidalinti savo perspektyva ir rūpesčiais. Tai gali didinti norą dalyvauti tyrime (Krysinska et al., 2023; Miles & Huberman, 1994). Taip pat, dalyviams buvo išreiškiama padėka už pasidalinimą savo

patirtimi, įžvalgomis bei prisidėjimą prie suikidologijos srities mokslinių tyrimų. Paprastai ši žinutė įprasmina žmonių dalyvavimą moksliniuose tyrimuose ir yra stipri motyvuojanti nuostata atvirai dalintis savo patirtimi.

5. **Konfidencialumas ir anonimiškumas** (angl. *Confidentiality and Anonymity*). Šis tyrimas nėra anonimiškas, tačiau buvo imtasi tam tikrų veiksmų tyrimo dalyvių tapatybei apsaugoti ir konfidencialumui užtikrinti. Pirma, tyrimu buvo siekiama rinkti kuo mažiau asmeninių duomenų. Mokslinis tyrimas buvo atliekamas sveikatos įstaigoje, o paciento ir tyrėjos susitikimus organizavo darbuotojai. Tokia strateginė prieiga leido nerinkti jokių asmeninių tyrimo dalyvių duomenų, tokių kaip vardas, pavardė, elektroninis paštas ar telefono numeris. Tai reiškia, kad ant informuoto sutikimo buvo prašoma nerašyti asmeninės informacijos, tik pasirašyti. Tam, kad būtų susieta demografinė anketa, interviu įrašas ir transkripcija, kiekvienam tyrimo dalyviui buvo sukuriamas unikalus identifikacinis kodas, kurį žinojo ir tyrimo dalyviai tam, kad jiems panorėjus, būtų galima pašalinti visus su jais susijusius duomenis iš tyrimo. Siekiant saugoti tyrimo dalyvių tapatybę, interviu transkribavusios studentės turėjo pasirašyti duomenų panaudojimo ir konfidencialumo saugojimo sutartį, kurioje įsipareigojo jokia asmenine informacija susijusia su tyrimo dalyviais nesidalinti, o pasibaigus sutarčiai – turimus duomenis sunaikinti. Transkribavimo metu visa asmeninė informacija, galinti padėti identifikuoti tyrimo dalyvių tapatybę, buvo pašalinta arba pakeista. Užbaigus šio mokslinio projekto ataskaitas, visi tyrimo metu surinkti audio įrašai taip pat bus pašalinti.
6. **Grįžtamasis ryšys apie tyrimą tyrimo dalyviams** (angl. *Reporting back to the Participants*). Duomenų analizės ir išvadų derinimas su tyrimo dalyviais nebuvo svarstomas siekiant kuo mažesnės tyrimo naštos tyrimo dalyviams. Taip pat, pakartotinis susisieikimas su tyrimo dalyviais reikštų papildomus metodologinius rūpesčius, tokius kaip asmeninių duomenų kaupimas, saugumo užtikrinimas išsirašius iš ligoninės.
7. **Tyrimo patikimumas** (angl. *Trustworthiness of Research*). Šiame tyrime buvo nuosekliai laikomasi IFA metodologijos gairių (J. A. Smith et al., 2022) ir kitų tyrimo kokybę užtikrinančių kriterijų taikomų psichologijos srities kokybiniam tyrimams (Barker et al., 2015; Elliott et al., 1999). Jie aptariami kitame skyriuje (žr. 2.6. skyrių).

2.6. Tyrimo kokybės kriterijai

Atliekant kokybinius tyrimus, kitaip negu atliekant kiekybinius, daugiausiai dirbama ne su skaičiais, o su prasminiais vienetais – teksto dalimis, pavyzdžiui žodžiais ar jų grupėmis, turinčiomis tam tikrą prasmę susijusią su tyrimo klausimu. Tai pakankamai lankstūs duomenys, lengvai pasiduodantys projekcijoms ir mokslininko šališkumui, todėl kokybiniuose tyrimuose svarbu skirti pakankamai dėmesio kokybės užtikrinimo kriterijams. Šiame disertacijos darbe buvo laikomasi psichologijos mokslo srityje atliekamiems kokybiniam tyrimams taikomų kokybės kriterijų (Barker et al., 2015; Elliott et al., 1999) ir publikavimo gairių (American Psychological Association, 2024), leidžiančių atspindėti darbo skaidrumą ir gautų rezultatų patikimumą. Toliau, 1 lentelėje, pateikti visiems moksliniams tyrimams taikomi kriterijai ir išskirtinai kokybiniam darbams taikomi kokybės užtikrinimo kriterijai. Aprašoma, kaip jais buvo rūpinamasi šiame disertacijos tyrime.

1 lentelė. Šiame moksliniame darbe taikytų kokybės užtikrinimo kriterijų sąrašas.

Nr.	Kriterijus	Jo atspindėjimas šiame tyrime
<i>Kriterijai taikytini kokybiniam ir kiekybiniam tyrimams</i>		
1.	Išsamiai aprašytas tyrimo mokslinis kontekstas ir prasmingai suformuluotas tyrimo tikslas	„Pratarmėje“ ir „1. Įvado“ dalyje apžvelgtas šiuolaikinis suicidologijos mokslo kontekstas, detaliai aprašyta tyrimo problema, išryškintas tyrimo naujumas, suformuotas tyrimo tikslas ir uždaviniai.
2.	Tikslingai ir tinkamai tyrime naudojami metodai	„2. Metodikos“ dalyje argumentuojamas tyrimo strategijos ir metodų pasirinkimas, detaliai aprašoma tyrimo metodų naudojimo procedūra, leidžianti skaitytojui įvertinti metodų naudojimo tinkamumą. „2.5. Etinių tyrimo aspektų“ ir „2.6. Tyrimo kokybės kriterijų“ skyriuose aprašyta, kaip buvo užtikrinamas kokybiškas metodų naudojimas.
3.	Pagarba tyrimo dalyviams	Perteikiama visame darbe. Detaliai aprašyta, kaip tyrimo metu šio principo buvo laikomasi „2.5. Etinių tyrimo aspektų“ skyriaus 1 punkte.

Nr.	Kriterijus	Jo atspindėjimas šiame tyrime
4.	Išsamus naudotų metodų aprašymas	Perteikiama „2.1. Tyrimo strategijos pasirinkimo“, „2.3. Tyrimo eigos ir priemonių“, „2.4. Duomenų analizės metodo“ skyriuose ir 3 bei 4 prieduose (informuoto sutikimo ir atlikimo protokolo pavyzdžiuose), o 5 priede pateiktas duomenų analizės fragmentas leidžia skaitytojui susidaryti įspūdį apie duomenų analizės procesą.
5.	Tinkamai ir argumentuotai aptariamai rezultatai	Perteikiama „4. Rezultatų aptarimo“ dalyje rezultatus siejant su „1. Įvado“ dalimi, kryptingai siekiant atsakyti į tyrimo tikslą ir iškeltus uždavinius, įžvalgas argumentuojant tyrimo rezultatais ir moksliniais tyrimais, išskleidžiant gautų rezultatų prasmę ir vertę.
6.	Tyrimo pateikimo aiškumas	Perteikiama visame moksliniame darbe, rūpinantis skaitytoju.
7.	Tyrimo vertė	Plačiai perteikiama „4. Rezultatų aptarimo“, „Pritaikomumo“, „Ribotumų“ ir „Išvadų“ dalyse.
<i>Kriterijai ypač svarbūs kokybiniams tyrimams</i>		
8.	Tyrėjo požiūrio perteikimas (angl. <i>owning one's perspective</i>)	„2.7. Tyrėjos refleksija“ skyriuje pateikiama svarbiausių tyrimo autorės patirčių ir nuostatų refleksija, leidžianti skaitytojui susidaryti įspūdį apie tyrėjos požiūrio vaidmenį šiam moksliniam darbui.
9.	Išsamus tyrimo imties aprašymas (angl. <i>situating the sample</i>)	„2.2. Tyrimo dalyviai“, „2.3. Tyrimo eigos ir priemonių“ skyriuose aprašoma imtis, jos sudarymo strategija ir aplinkybės. 2 priede pateikiama daugiau demografinių tyrimo dalyvių duomenų, leidžiančių susidaryti įspūdį apie tyrimo imtį.

Nr.	Kriterijus	Jo atspindėjimas šiame tyrime
10.	Argumentavimas pavyzdžiais (angl. <i>grounding in examples</i>)	„3. Rezultatų“ dalyje suformuotos grupės patirtinės temos aptariamoms ir gausiai iliustruojamos fragmentais iš interviu, padėsiančiais skaitytojui įvertinti temų kokybę bei susidaryti platų tyrimo problematikos ir rezultatų vaizdą. Taip pat, 5 priede pateiktas duomenų analizės pavyzdys, kuriame galima pamatyti kaip interviu fragmentams priskiriami patirtinių teiginių pavadinimai, šie grupuojami į individualias ir grupės patirtines temas.
11.	Patikimumo užtikrinimas (angl. <i>providing credibility checks</i>)	Instrumento efektyvumas buvo išbandytas žvalgomajame bandyme su dviem tyrimo dalyviais, siekiant įsitikinti ar juo galima iškelti patirtį apie priešsuicidinę kančią, ir buvo pakoreguotas pagal gautą grįžtamąjį ryšį; duomenų analizė pradėta tik pasibaigus duomenų rinkimo etapui, siekiant, kad duomenų analizės etapas turėtų kuo mažiau poveikio duomenų rinkimui; duomenų analizės metu buvo nuolat grįžtama prie originalaus interviu pasitikrinti ar gauti rezultatai atspindi tyrimo dalyvių pasakojimuose, siekiant išlikti kuo arčiau tyrimo dalyvių pasakojimų; buvo siekiama, kad susidarytų bent dviejų dienų tarpas tarp skirtingų tyrimo dalyvių istorijų analizės, kad vieno tyrimo dalyvio analizė kuo mažiau veiktų kito interviu analizę; viso projekto metu buvo vedamas tyrėjos dienoraštis, kuriame buvo siekiama suskliausti nuostatas ir lūkesčius; duomenų analizės procesą – interviu skaidymą į prasminius vienetus ir patirtinių teiginių formavimo tikslumą tikrino ir vertino darbo vadovė; visus duomenų analizės metu išskirtus patirtinius teiginius patikrino psichologijos bakalauro studentės.

Nr.	Kriterijus	Jo atspindėjimas šiame tyrime
12.	Tyrimo darna (angl. <i>coherence</i>)	Tyrimo „Pratarmėje“ ir „1. Įvado“ dalyje suformuluota tyrimo problema ir apžvelgta literatūra, pagrindžiant priešsuicidinės kančios tyrimo trūkumą. Iškeltam tikslui ir uždaviniams spręsti parinkta tinkamiausia tyrimo strategija. Rezultatai pateikti ir aptariami, kad skaitytojui būtų kuo paprasčiau susidaryti įspūdį apie tyrimo klausimą. Siekiama kuo tiksliau aprašyti tyrimo vykdymo aplinkybes.
13.	Bendrųjų vs. specifinių tyrimo užduočių pasirinkimas (angl. <i>accomplishing general versus specific research tasks</i>)	Šiame tyrime pasirinkta specifinė tyrimo užduotis – geriau suprasti priešsuicidinės kančios patirtį, todėl pasirinkta tyrimo strategija, kuria žmonių patirtis galima išskleisti pakankamai plačiai. O tyrimas aprašomas detalai, leidžiant skaitytojui susidaryti kuo aiškesnį įspūdį apie tyrimo klausimą ir gautus rezultatus. Šio tyrimo imtis (12 tyrimo dalyvių) atitinka rekomenduojamą imties dydį tokio pobūdžio tyrimams – 10 tyrimo dalyvių (J. A. Smith et al., 2022). Taip pat, „1.5. Kokybiniai savižudybės proceso patirties tyrimai“ skyriuje pateikiama, kaip tokio pobūdžio tyrimo rezultatai gali būti apibendrinami. „4. Rezultatų aptarimo“ dalyje diskutuojama, kaip rezultatus galima interpretuoti kitų mokslinių tyrimų kontekste, o „Rezultatų pritaikomumo galimybių“ dalyje aptariama, kaip šie duomenys gali būti pritaikyti skirtinguose lygmenyse.
14.	Rezonavimas su skaitytoju (angl. <i>resonating with readers</i>)	Visą darbą siekta rašyti kuo aiškiau, stengiantis pateikti kuo daugiau informacijos skaitytojui galinčios padėti susidaryti kuo platesnį vaizdą apie tyrimo

Nr.	Kriterijus	Jo atsispindėjimas šiame tyrime
		klausimą, tačiau tuo pačiu tausojant, nepateikiant perteklinės informacijos. Tyrime siekta skaitytoją įvesti į mokslinį kontekstą ir pristatyti rezultatus taip, kad jie turėtų vertės praktikoje. Darbe pateikta tyrėjos perspektyvos refleksija, tyrimo kokybės kriterijai turėtų skaitytojui padėti susidaryti įspūdį, kiek šio tyrimo rezultatai yra patikimi.

2.7. Tyrėjos refleksija

Siekiant geriau suprasti mano, kaip tyrėjos, poveikį tyrimo atlikimui ir gautiems rezultatams, visų doktorantūros studijų metu buvo pildomas tyrėjos dienoraštis, kuriame registruotos patirtys ir įžvalgos susijusios su tyrimo pasirinkimu, jo įgyvendinimu ir tiriamojo darbo pateikimo formos pasirinkimu. Disertacijos tyrimo vykdymo pradžioje aprašiau savo turimas žinias, įsitikinimus, lūkesčius susijusius su priešsuicidine kančia ir suicidiškumu, kokybiniais tyrimais bei šiuo disertacijos tyrimu. Nuolat registravau su tyrimu susijusius išgyvenimus, mintis, kurios ne tik padėjo geriau suprasti savo vaidmenį tyrime, rūpintis jo kokybe, bet ir padėjo pasirinkti tyrimo vystymo trajektoriją. Prieš kiekvieną interviu aprašiau savo savijautą, lūkesčius tyrimo dalyviams, interviu ir sau. Po kiekvieno interviu aprašiau, kaip man sekėsi, kurie lūkesčiai išsipildė, kurios mano naudotos technikos padėjo tyrimo dalyviams pasinerti į savo patirtį, o kurios trukdė, kaip patyriau interviu procesą. Panašiai savo patirtis registravau atlikdama duomenų analizę – prieš imantis darbo ir po jo.

Santykis su suicidiškumu. Su savižudybės procesu ir savižudybių prevencija pradėjau dirbti magistro studijų pradžioje, 2018 m., rašant baigiamąjį darbą tema „Vyrų suicidiškumo ypatumai artimųjų akimis“. Iki šio darbo tiesiogiai susidūrusi su savižudybių tema nebuvo. Magistro darbe tyriau nusižudžiusių artimųjų patirtis bei ką jos gali mums papasakoti apie nusižudžiusius vyrus. Netrukus, tais pačiais metais, įsidarbinau Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biure (dabar priklausančiam Higienos institutui). Taip pat gavau Lietuvos mokslų tarybos finansavimą vykdyti studento projektą semestro metu suicidologine tema, dalyvavau įvairiuose mokymuose, tokiuose kaip SafeTalk ir ASIST. Šios ir

vėlesnės patirtys, tokios kaip dalyvavimas mokslinėse konferencijose, kitų mokslinių tyrimų vykdymas, privati konsultavimo praktika, formavo mano požiūrį į suicidiškumą:

- Gyvybė yra vertinga ir verta pagalbos, „kad ir kas Tu bebūtum – žmogus, paukštis ar drugelis“.
- Suicidiškumas yra veiksmas, kurio šaknys slypi žmogaus asmeninėje patirtyje. Tai simptomas, tiek asmenine, tiek visuomenine prasme.
- Suicidiškumo išgyvenimas yra nuoseklus ir dinamiškas procesas, o ne statiškas ar fragmentiškas.
- Išskylantis suicidiškumas labiau susijęs su žmogaus noru gyventi kitokį gyvenimą nei mirtimi pačia savaime.
- Suicidiškumas formuojasi iš subjektyvių patirčių ir vertinimų, todėl jį geriausiai suprasti galima tiriant žmogaus subjektyviai išgyvenamas patirtis.
- Kiekvieno žmogaus patirtis yra vertinga ir gali reikšmingai prisidėti prie geresnio savižudybės proceso supratimo.

Santykis su kokybiniais tyrimais. Pirmasis susidūrimas su kokybiniais tyrimais įvyko bakalauro studijų metu. Jau tada buvo aišku, kad ši prieiga man yra įdomi, padedanti pasiekti rūpimus klausimus. Jaučiuosi dėkinga dėstytojui K. Dragūnevičiui paraginusiui mane dirbti su kokybiniais tyrimų metodais. Vėliau baigiau įvadinčius kokybinių tyrimų ir teminės analizės metodo mokymus fenomenologinių tyrimų institute, Vilniuje. Doktorantūros studijų metu mokiausi ir IFA metodo taikymo. Rašant disertacijos darbą, jau esu taikiusi skirtingus kokybinius metodus bent 7 moksliniuose tyrimuose, konsultavusi arba vadovavusi 8 studentų baigiamiesiems darbams, kuriuose taikyti kokybiniai metodai.

Nepaisant įsitraukimo į kokybinius tyrimus, nuolat nešiojuosi abejonę apie jų moksliškumą ir tai, kiek šie instrumentai gali padėti suvaldyti painią, lanksčią ir kintančią medžiagą, tokią kaip žmogaus patirtis. Ko gero dėl to šiame disertacijos tyrime atsirado skyrius apie tai, kaip kokybiniai tyrimai gali padėti suprasti savižudybės procesą (žr. 1.5. skyrių). Vis dėlto, darbas su struktūruotomis metodikomis ir asmeninės patirtys, tokios kaip pakankamai gilių išgyvenimų identifikavimas interviu medžiagoje analizės metu, prasmingų patirčių modelių generavimas ir praktinis jų pritaikomumas, leidžia matyti kokybinių tyrimų vertę man, mokslinei ir praktikų bendruomenėms.

Santykis su trauminėmis patirtimis suicidiškumui paaiškinti. Pirmuose literatūros apžvalgos darbuose, rašytuose doktorantūros studijų metu, kritiškai vertinau trauminių patirčių ir suicidiškumo ryšį. Maniau, kad

tai per paprastas paaiškinimas siekiant suprasti suicidiškumą, todėl buvau linkusi nuvertinti trauminių patirčių svarbą savižudybės procesui. Tačiau, pradėjus rašyti gautų duomenų aptarimą ir lyginti tyrimo rezultatus su kitų autorių darbais, greitai ėmė aiškėti, kad užfiksuotos patirtys atitinka kompleksinio potrauminio streso sutrikimui būdingos būsenos simptomus. Darau išvadą, kad pasikartojančių trauminių patirčių besiformuojant suicidiškumui išryškėjimas šiame tyrime didina gautų tyrimo rezultatų patikimumą, nes rodo, kad tyrimo duomenyse pavyko identifikuoti ne tik tas tyrimo dalyvių patirtis, kurias rasti noriu, bet ir tokias, kurios prieštaravo mano savižudybės proceso sampratai.

Prie disertacijos tyrimo prisidėjusių tyrėjų vaidmuo. Interviu su tyrimo dalyviais ir duomenų analizę pagal IFA metodą atlikau aš, šio disertacijos tyrimo autorė, baigusi klinikinės psichologijos magistrantūrą, kokybinių tyrimo strategijų besimokiusios Fenomenologinių tyrimų institute, Vilniuje (platesnį aprašymą žiūrėti „Gyvenimo ir mokslinės veiklos aprašymas“ dalyje). Turiu septynerių metų darbo su kokybiniais tyrimais įvairiuose moksliniuose projektuose patirtį, esu Suicidologijos tyrimų centro narė ir individualia praktika užsiimanti psichologė.

Doktorantūros vadovė prof. habil. dr. Danutė Gailienė yra Vilniaus universiteto profesorė ir mokslininkė, tyrinėjanti savižudybes daugiau nei 37 metus, su kokybiniais tyrimais dirbanti 16 metų, konsultavusi ir padėjusi išlaikyti kryptį viso projekto metu. Ji taip pat peržiūrėjo duomenų kodavimo sistemą ir teikė grįžtamąjį ryšį duomenų analizės metu, bei peržiūrėjo rankraštį, padėdama rasti tinkamiausią būdą pristatyti tyrimo projektą ir pagrindinius jo radinius.

Dvi magistrantūros studentės, rašiusios savo baigiamuosius darbus iš šio tyrimo duomenų, transkribavo visus dvylika interviu, o dvi ketvirto kurso bakalauro studentės, mokslinės praktikos metu, peržiūrėjo visus patirtinius teiginius, teikė grįžtamąjį ryšį apie reikiamas korekcijas ir perkėlė kodavimo sistemą į MAXQDA 24 programą, nes duomenų analizė šiame tyrime buvo atlikta ant popieriaus.

3. REZULTATAI

Atliktu tyrimu buvo siekiama geriau suprasti ir aprašyti priešsuicidinės kančios patirtį, kaip formuojasi prielaidos suicidiškumui iškilti ir ko susidūrus su priešsuicidine kančia žmogui gali trūkti labiausiai. Pritaikius IFA tyrimo strategiją, atlikta 12 giluminių interviu su žmonėmis, turinčiais mėginimo nusižudyti patirties. Visi 12 tyrimo dalyvių pasidalino savo istorijomis tiek, kiek norėjo, apie jiems nutikusių gyvenimo įvykių patirties raidą link bandymo nusižudyti. Toliau atskiruose skyriuose aprašoma gautų tyrimo rezultatų – suformuotų grupės patirtinių temų kiekybinė struktūra (žr. 3.1 skyrių) ir kokybinė struktūra (žr. 3.2. skyrių). Taip pateikiamas iliustratyvus rezultatų apibendrinimas (žr. 3.3. skyrių).

3.1. Suformuotų grupės patirtinių temų kiekybinė struktūra

Atlikus visų 12 interviu analizę, identifikuoti 1284 patirtiniai teiginiai, susiję su tyrimo tikslu. Iš jų suformuotos 186 patirtinės temos ir 18 **grupės patirtinių temų** (toliau **GPT**). Jos, kaip galutinis duomenų analizės rezultatas, pateiktos 2 lentelėje. Čia galima rasti visų GPT pavadinimus ir kiekybinius jų sandaros rodiklius. Kitame skyriuje (žr. 3.2. skyrių) kiekviena GPT aprašoma atskirai, siekiant atskleisti vidinę jų struktūrą – kuo joms priskirti patirtiniai teiginiai tarpusavyje yra panašūs, kuo skiriasi nuo kitų ir kokia forma šias GPT galima aptikti tyrime dalyvavusių žmonių pasakojimuose. Visos 18 GPT suskirstytos į dvi grupes.

Pirmosios 14 GPT apjungtos į nuoseklų patirties modelį, kuriame matyti žmogaus patirties raida nuo pirmųjų su suicidiškumu siečių įvykių išgyvenimo iki savižudybės atliekamo vaidmens kančios kontekste. Šios 14 GPT geriausiai atspindi kaip patiriama priešsuicidinė kančia ir formuojasi prielaidos suicidiškumui iškilti.

Likusios 4 GPT (nuo 15 iki 18) taip pat yra tarpusavyje susijusios. Didžioji dalis šioms keturioms GPT priskirtų patirtinių teiginių kilę iš klausimo – ko tyrimo dalyviams, tuo metu kai pradėjo galvoti apie savižudybę, trūko labiausiai, kad šios mintys nebūtų kilusios? Taigi, ši grupė GPT labiau atspindi tyrimo dalyvių refleksiją apie praeities įvykius, bet ne išgyventas patirtis. Iš šių keturių GPT galima matyti su kokiais poreikiais priešsuicidinę kančią patiriantis žmogus ateina į santykį su kitu žmogumi.

2 lentelė. Tyrimo metu sudarytų GPT sąrašas ir kiekybinė jų sandara

GPT pavadinimas		Priskirtų interview skaičius, vnt./12	Priskirtų patirtinių temų skaičius, vnt.	Priskirtų interview fragmentų skaičius, vnt.
Pirmosios 14 GPT geriausiai atspindi priešsuicidinės kančios patirtį ir prielaidų suicidiškumui iškilti formavimosi procesą				
1.	Prie noro nusižudyti prisideda grupė įvykių	4	4	44
2.	Kai kurie gyvenimo sunkumai, slepiantys savižudybės proceso metu, nebuvo patiriami kaip susiję su suicidiškumu	7	8	26
3.	Pasikartojantys trauminiai įvykiai formuoja ilgai išliekančius didelio trūkumo jausmus	7	12	155
4.	Sukuriamas kompensacinis mechanizmas, užpildantis didelio trūkumo jausmų išgyvenimą	7	11	87
5.	Kai kurios nesėkmės provokuoja didelio trūkumo jausmus	9	21	188
6.	Prieš iškylant suicidiškumui būdingas psichologinis skausmas	8	13	77
7.	Prieš iškylant suicidiškumui būdinga patirti palengvėjimą, o tuomet vėl nusivylimą	7	11	64
8.	Patiriamas noras išspręsti susiklosčiusius sunkumus	8	17	158

GPT pavadinimas		Priskirtų interview skaičius, vnt./12	Priskirtų patirtinių temų skaičius, vnt.	Priskirtų interview fragmentų skaičius, vnt.
Pirmosios 14 GPT geriausiai atspindi priešsuicidinės kančios patirtį ir prielaidų suicidiškumui iškilti formavimosi procesą				
9.	Išsekimo patirtis nuo pastangos palaikyti kompensacinį mechanizmą	6	8	72
10.	Pagrindinis trigerinantis įvykis tiesiogiai konfrontavo su suformuotu kompensaciniu mechanizmu	8	11	67
11.	Po pagrindinio trigerinančio įvykio kyla afektinė būseną, kurios metu patiriami kumuliacijai didelio trūkumo jausmai	9	15	98
12.	Afektinės būsenos metu disociacija patiriama kaip galinti padėti izoliuoti kančią	6	6	30
13.	Esant afektinės būsenos, mintys apie savižudybę patirtos kaip kylančios automatiškai	5	6	31
14.	Savižudybė suvokta kaip priemonė sustabdyti kančią	7	7	34
Likusios 4 GPT geriausiai atspindi tyrimo dalyvių poreikius, patiriant priešsuicidinę kančią				
15.	Pažintis su savimi patiriama kaip prevencinė priemonė, siekiant išvengti trigerinančių įvykių ir afektinių būsenų	7	7	41

GPT pavadinimas	Priskirtų interview skaičius, vnt./12	Priskirtų patirtinių temų skaičius, vnt.	Priskirtų interview fragmentų skaičius, vnt.
Likusios 4 GPT geriausiai atspindi tyrimo dalyvių poreikius, patiriant priešsuicidinę kančią			
16. Kito žmogaus artumas patiriamas kaip priemonė galinti padėti nurimti esant afektinės būsenos	7	7	25
17. Mirtis patiriama kaip vienintelis poreikis esant afektinės būsenos	2	2	4
18. Specialistų pagalba patiriama kaip reikalinga, kai kilus afektinei būsenai arba joms kartojantis nebepavyksta padėti pačiam/-iai sau	4	4	15
Formuojant GPT dalis patirtinių temų nebuvo priskirti nei vienai jų. Jų sąrašas pateiktas 6 priede			
Nei vienai GPT nepriskirtos patirtinės temos	8	16	68
Iš viso:	12	186	1284

3.2. Suformuotų grupės patirtinių temų vidinė struktūra

1. Prie noro nusižudyti prisideda grupė įvykių

4 iš 12 tyrimo dalyvių tiesiogiai įvardino, kad savižudybės krizė nutinka ne dėl vieno įvykio, o dėl grupės jiems nutikusių įvykių. Į pirmąją GPT pateko tos individualios patirtinės temos, kuriose atsispindi kumuliacinio efekto patirtis. Pavyzdžiui Elzė dalinasi:

Tai va, aš pasakyčiau, mmm... tas, vėlgi... man savižudybė kas yra, tai noras nutraukti tą kančią, kuris- kuk- kuri- ku- kuria patapo gyvenimas. Tai va. Ir nu... ir dažniausiai daug veiksmų susideda pas žmones, kurie nori nusižudyti. (Elzė)

Aiden metaforiškai iliustruoja kumuliacinio efekto patirtį:

Tai, manau, viskas tiesiog kaip į salotas susimaišė. Taip labai gerai. (Aiden)

Aiden šiame interviu fragmente pabrėžia, kad sunkumai susidėjo „*Taip labai gerai*“. Tai rodo, jog svarbi įvykių visumos patirtis ir jų išsidėstymas. Čia galima kelti prielaidą, kad yra tam tikri ypatumai kaip sunkumai turi išsidėstyti, kad sudarytų prielaidas suicidiškumui iškilti.

Deividas teigia „*viskas*“ susidėjo į vieną visumą ir išvardija prie krizės prisidėjusius įvykius:

Pirmas bandymas... Tai šiaip man viskas į vieną dieną labai susijė ir buvo man stresas atėjo. Buvo... nu man labai buvo liūdna dėl pažymių, kad neišlaikiau, paskui dėl tų perlaikymų. Buvau praleidęs dar nemažai pamokų. Kažkaip pažiūrėjau tą irgi tą dieną. Dar buvo santykių... buvau išsiskyręs ten liepos gale. Man vis tiek buvo tos mintys. Ir kažkaip tos visos dienos susidėjo, tos problemos. Ir aš taip impulsyviai paėmiau tabletes ir išgėriau. Ir norėdamas mirti. (Deividas)

Šis fragmentas iliustruoja kumuliacinio efekto patyrimą kai sunkumai tarsi susideda ir veikia visumos principu. Aiden žodžiais įvykiai susideda „*Taip labai gerai*“, o Deivido susidėję įvykiai patiriami kaip „*viskas*“. Įdomu kokie įvykiai ir kaip turi išsidėstyti, kad žmogus išgyventų visko susidėjimo į vieną visumą patirtį. Kitaip tariant, ką tyrimo dalyviai vadino viskuo?

Pirmoji GPT sudaro sąlygas aiškintis pagrindinius šio tyrimo klausimus – kaip patiriama priešsuicidinė kančia ir kaip susidaro prielaidos suicidiškumui iškilti. Ši GPT rodo, kad tyrimo dalyviai patiria susidėjus daug sunkumų, kurie veikia jų norą nusižudyti. Taip pat ši GPT leidžia kelti prielaidą, kad sunkumai turi susidėti tam tikra tvarka, kad sudarytų pagrindą suicidiškumui iškilti, o jų visuma turėtų būti patiriama kaip visa apimanti. Toliau keliamas klausimas, kas bendro būdinga susiklosčiusiems gyvenimo įvykiams, kad žmogui jie ima kelti kančią.

2. Kai kurie gyvenimo sunkumai, slegiantys savižudybės proceso metu, nebuvo patiriami kaip susiję su suicidiškumu

Tyrimo metu, atliekamų interviu pradžioje, dalyvių buvo prašoma prisiminti ir pasidalinti gyvenimo sunkumais vykusiais prieš bandymą nusižudyti. Tuomet jų buvo prašoma patikslinti, kurie sunkumai ir kaip prisidėjo prie jų suicidiškumo. 7 iš 12 tyrimo dalyvių įvardino tam tikrus sunkumus vykusius, prieš bandymą nusižudyti, kuriuos patyrė kaip nesusijusius su jų suicidiškumu. Tuo tarpu kitus, paraleliai vykusius įvykius, tyrimo dalyviai siejo su savo suicidiškumu. Pavyzdžiui, Laimonas skirtingai patyrė dviejų

panašiu metu vykstančių įvykių poveikį suicidiškumui – onkologinės ligos ir atleidimo iš darbo. Paklausus, kas labiausiai prisidėjo prie noro nusižudyti, Laimonas išskyrė savo finansinę padėtį, pasikeitusią dėl atleidimo iš darbo:

Nu kokios mintys... Pirmiausiai tai finansinė padėtis neduoda ramybės. Po to gal visas kitas. (Laimonas)

Pasitikslinus dėl onkologinės diagnozės poveikio suicidiškumui, tyrimo dalyvis atsakė:

Neeee....Onkologinis susitvarkiau <...> Nu tas onkologinė, ta onkologija tai... Susitaikėm ir viskas gerai. (Laimonas)

Iš interviu fragmentų matyti skirtinga reakcija į gyvenimo sunkumus. Laimonas, dalindamasis savo bandymo nusižudyti istorija, onkologinės ligos praktiškai neminėjo, tačiau atleidimo iš darbo keliamas bevartiškumo jausmas, finansiniai sunkumai ir šių įvykių keliami santykių sunkumai buvo patiriami kaip susiję su suicidiškumo iškilimu.

Marija, paklausta ar santykiai su artimaisiais galėjo prisidėti prie noro nusižudyti, atsakė:

Manau, kad neturi. Bent jau taip atrodo iš pirmos minties. Kad... nu... dėl daug visokių psichologinių dalykų, atrodo, ir tėvai turėjo savo įtakos, indėlio. Bet būtent dėl bandymo žudytis, nemanau kad taip tiesiogiai buvo prieita prie įtakos. <...> Nu, mano draugės dvi geriausios, dabar susipykusios, tai gal tas kažkiek veikia, nes vis tiek skaudu man yra dėl to. Bet nežinau net, tiesiog, ar galėčiau susieti. (Marija)

Fragmentuose Marija dalinasi patirianti santykio su tėvais ir draugių konflikto poveikį savo psichologiniam pasauliui, tačiau su suicidiškumu šiuos sunkumus susieti jai sunku.

Dar viena tyrimo dalyvė Lėja pasakoja:

Su finansais visą laiką, kai turi daug vaikų, yra problemos. Bet tu jas laviruoji. O su sveikata, tai aš visą laiką buvau nesveika. Vat neseniai kelio MRT pasidariau. Pasakė, kad nieko ten gero tam s- ((susijuokia)) nu ta prasme. Bet visą laiką taip ir būna. Ta prasme, aš kažkaip to nelabai... nepriimu. (Lėja)

Lėja taip pat įvardino patirianti sunkumų, tokių kaip finansiniai, sveikatos, kurių ryšio su savo suicidiškumu nepatiria.

Remiantis antrąja GPT, galima teigti, kad kai kurie sunkumai vykstantys savižudybės proceso metu patiriami kaip nesusiję su suicidiškumu, nors

paraleliai vykstantys įvykiai gali būti siejami. Ši GPT papildo pirmojoje GPT iškeltą prielaidą, kad formuojantis suicidiškumui svarbi įvykių konsteliacija, t. y. kaip ir kokios įvykių patirtys išsidėsto. Taigi, gali būti, kad visa apimančios kančios patirtį kelia tik dalis gyvenime vykstančių susiklosčiusių sunkumų. Kyla klausimas, kuo skiriasi tuo pačiu metu vykstantys įvykiai, patiriami kaip sunkumai, kurie prisideda prie suicidiškumo nuo tų, kurie patiriami kaip nesusiję.

3. Pasikartojantys trauminiai įvykiai formuoja ilgai išliekančius didelio trūkumo jausmus

Apžvelgiant trečiąją GPT, verta pabrėžti, kad visi tyrimo interviu buvo pradedami atviru klausimu „*kas atsitiko?*“, tyrimo dalyviams paliekant tiek erdvės pasidalinti savo pasakojimu, kiek jiems reikėjo. Tai reiškia, jog savižudybės proceso pradžią ir chronologinę įvykių seką rinko ir pasakojimą pagal savo patirtis struktūravo patys tyrimo dalyviai, išskirdami esminius gyvenimo įvykius, reikšmingai prisidėjusius prie bandymo nusižudyti. 7 iš 12 tyrimo dalyvių chronologinę pasakojimo pradžią žymėjo įvykiai, palikę didelio trūkumo jausmą. Daugelis šių tyrimo dalyvių (6/7) proceso pradžia pasirinko ankstyvuosius santykius su tėvais arba globėjais. Tiksliau – trauminius šių santykių motyvus. Pavyzdžiui Juliana paklausta, ar sutiktų pasidalinti, kas nutiko prieš bandymą nusižudyti, atsakė:

Jo, gal... Nežinau, viskas prasidėjo seniai, labai seniai. Nežinau, kiek man metų buvo, bet ((pauzė)) mano motina su tėvu pastoviai ((pauzė)) kivirčydavosi. Nežinau, kaip čia... konfliktavo... pasakyt. (Juliana)

Tyrimo dalyviai dalinosi, kad išgyventos trauminės patirtys paliko ryškų „randą“ asmeninėje istorijoje – iki šiol besitęsiančius didelio trūkumo jausmus, kuriuos patyrė kaip susijusius su jų suicidiškumu. Tyrimo metu užfiksuoti gilūs priėmimo, meilės, savo gyvenimo kontrolės, švelnumo, gerumo, ramybės ir pilnatvės trūkumo jausmai, kurių besitęsiantis negalėjimas užpildyti skatino nenorą gyventi savo gyvenimo.

Julianos pasakojimo fragmentas iliustruoja, kaip gilaus trūkumo patirtis buvo formuojama ir įsirižė visam laikui:

Tėvas man sako: „Aš neturiu dukros, tu man ne dukra, aš turiu tik sūnų. Ir tavo mama man yra niekas. Tu ir mama, jūs man esat niekas, aš turiu tik sūnų.“ <...> Aš to labai į galvą neėmiau, bet tai liko mano atminty įrėžta labai

labai stipriai. ((pauzė)) Baisiai. Net, net aš matau tą vaizdą, kur kurioj erdvėj jis man pasakė ir net matau, ką šone brolis veikia tuo metu ((pauzė)). (Juliana)

Šiame ir daugelyje kitų interviu fragmentų Juliana dalinosi patirtimis kaip buvo atstumta abiejų tėvų – ir tėčio, ir mamos. Fragmente justai patirties gilumas, keliama įtampa ir atsiminimo detalumas, būdingi trauminiam prisiminimams.

Keliant klausimą, kuo trauminės patirtys galėjo būti svarbios tyrimo dalyvių suicidiškumui, buvo sekamas atsiminimų emocinis krūvis. Prisimindama ir apibendrindama savo kaip vaiko ir paauglės santykio su tėvais patirtis, Juliana dalinosi:

Nežinau. Man... nu aš niekad nejaučiau tos tokios šilumos ir niekad negaudavau to dėmesio, kurio aš norėdavau. <...> Man reikėjo fizinės ir ne tik fizinės meilės ir šilumos ((ilgesnė pauzė)). Man nereikėjo tų visų ginčų. Aš netgi esu pasakius, kad eisiu į politiką vos ne tam, kad įteisint įstatymą, jog vaikų gali turėti ir susilaukti tik tie žmonės, kurie praeis tam tikrą teorinę ir praktinę dalį. Kaip ir su teisėmis. Ir tik tada galės susilaukti, įsivaikinti vaikų. Nes tikrai ne visi žmonės yra sukurti būti tėvais. (Juliana)

Iš šių fragmentų justai prisiminimų apie santykį su tėvais neigiamas emocinis krūvis kylanti ir pokalbio metu – liūdesys, apmaudas, pyktis, kuriuos Juliana tebejaučia dėl patirto meilės ir priėmimo trūkumo. Tokia emocinio krūvio tąsa rodo, kad santykiai su tėvais vaikystėje-paauglystėje paliko reikšmingą „randą“ – didelio trūkumo jausmus, veikiančius merginos fenomenologiniame lauke iki interviu atlikimo dienos.

Kita tyrimo dalyvė savo pasakojimą pradėjo tokiais atsiminimais:

Jo galiu. ((atsikosėja)) Tik kažkaip negaliu. Balsas už- užkimo. ((juokiasi)) Aaa vaikystėj kas buvo tai ((atsikrenkščia)), kai man gal buvo septyni metai, aštuoni, gimė sesė, amm... Tai mano tėvai nusprendė išsiskirti ir nuo tada viskas kaip ir žemyn pradėjo eiti. (Ona)

Toliau ji dalinasi atsiminimais apie santykį su mama:

Mm mama tai tokią kaip ir į depresiją gal įklimpo. Jinai verkdamo dažnai. Jinai mums viską užkraudavo. Viską ką jinai jaučia apie tėvą, ką blogą sakydavo – visa laiką mums. Neleisdavo su juo bendrauti. Jinai pamiršdavo... Mes būdavo pamenu antroj-trečioj klasėj... Ir žiema... Gal kokia aštuoniolika-devyniolika valanda, jau tamsu... Jinai... Laukdavom jos. Dvi valandas pralaukiame – jos nėra. Ji pamiršdavo mus pasiimti iš mokyklos ir tai

būdavo nuolat. Aaa... Jinai dar... grįžti namo... nebūdavo valgyti. Tuščias šaldytuvus. Jinai nieko negamindavo mums. Būdavo dvi dienas, kad ten nevalgydavom. Tai su sese ieškodavom centų, kad ten bulkutę kokią nusipirkti. (Ona)

Ona kitose interviu dalyse dalinasi patirianti gėdą ir kaltę naudodamasi karštu vandeniu, pirkdama sau maistą ar rūbus, niekur negalinti jaustis kaip šeimos narė, visada svetima:

Kai pas tėvą buvau jaučiau, kad nu man nepriklauso šitas maistas. Jie patys moka pinigus už tą maistą, kaip aš galiu valgyti. Nesijaučiau kaip šeimos nariai. Ir svet- kaip svetimas šiaip pakeleivis ((pauzė)), tai va.“. (Ona)

Sekant Onos pasakojimo liniją galima stebėti kaip formavosi jos apleistumo jausmas, vėliau trukdęs patirti ryšį su kitais žmonėmis ir pakartotinai išgyvenamas patiriamų gyvenimo sunkumų metu ateityje.

Apibendrinant, trečioji GPT mums leidžia geriau suprasti kaip pasikartojantys trauminiai įvykiai gali formuoti didelio trūkumo jausmus, žmoguje išliekančius labai ilgai ir pakartotinai išgyvenamus kai kuriose gyvenimo situacijose. Taigi, pasikartojančias traumines patirtis ir žmogaus fenomenologiniame lauke ilgai pasiliekančius aktyvius didelio trūkumo jausmus galima interpretuoti kaip vieną iš prielaidų suicidiškumui iškilti.

4. Sukuriamas kompensacinis mechanizmas, užpildantis didelio trūkumo jausmų išgyvenimą

Atliekant duomenų analizę buvo galima stebėti, kas toliau vyksta su patiriamais didelio trūkumo jausmais žmonių istorijose. Suformuota ketvirtoji GPT, atsiskleidusi 7 iš 12 interviu.

Daugelis tyrimo dalyvių buvo sukūrę nuo didelio trūkumo jausmų saugančią pasaulėžiūrą, t. y. tam tikrą kompensacinį mechanizmą, leidusį slopinti didelio trūkumo jausmus ir su jais gyventi toliau. Pavyzdžiui Lėja patyrusi seksualinį, fizinį ir psichologinį smurtą tiek iš šeimos narių, tiek už jos ribų, kalbėdama apie savęs kaip nereikalingos patirtį, dalinasi:

Kartais tas atsiranda tas, tas nepilnavertiškumas ((pauzė)). Dar turiu labai gerus draugus. Ką turiu, tai turiu ((abi juokiasi)). <...> pas mane draugai ateina ir labai palaiko ir... ((pauzė)), jeigu neturiu tokios stabilios šeimos gyvenime, bet aš turiu tokius gerus draugus, kad man iš tikrųjų tos šeimos kartais ir nelabai reikia, man atrodo ((pauzė)). (Lėja)

Šiuose fragmentuose matyti, kad vos prisiminusi savo nepilnavertiškumo jausmą, Lėja tuoj pat mintimis nušoka į pasakojimą apie draugus. Fragmente užfiksuotas kompensacinio mechanizmo, kurio tikslas slopinti iškylančius didelio trūkumo jausmus. Lėjos istorijoje santykis su draugais tampa atsvara skausmingam santykiui su šeimos nariais.

Kitos tyrimo dalyvės Brigitos bandymo nusižudyti istorija yra glaudžiai susijusi su gebėjimo išlaikyti kitą žmogų šalia trūkumu. Jaunystėje priklausomas nuo alkoholio tėtis paliko ją su mama dėl kitos moters. Vėliau, sukūrus savo šeimą, Brigita kelerius metus teko slaugyti sunkiai sergantį tėtį:

Aš slaugiau tėvą du metus, atsidavus visiškai jam. Tiktai kai jisai miegodavo, aš dukrą veždavau tai į šokių būrelį, tai į dailės mokyklą. Nes tetei buvo [liga] ir [liga], tai va aš jį slaugiau ((pauzė)). Aš dėjau visas pastangas... kineziterapeutai, masažistai, komfortinis invalido vėžimėlis... Žodžiu, aš dėjau visas pastangas, kad jisai atsistotų ant kojų ir jisai mirė. Ir kai jisai mirė, tada aš neprisiminiau nei savo vardo, nei pavardės. (Brigita)

Iš Brigitos istorijos žinoma, kad mirus tėčiui ji bandė nusižudyti pirmąjį kartą. Vėliau ji susilaukė traukos ankstuko, kurio gyvybei grėsė pavojus:

O aš vaiką vis vežioju – reabilitacija, reabilitacija, reabilitacija. Išsireikalavau sanatorijos, nors jisai dar nevaikšto. Metai keturi mėnesiai – nevaikšto. Jie, daktarai, ant manęs rėkia – „ko jūs norit iš to ankstuko?“ O aš sakau „nee, mano dukra jau ten kalbėjo aštuonių mėnesių, vaikščiojo metukų, aš noriu viską padaryti, kad mano sąžinė būtų rami, kad aš viską padariau vaikui“. (Brigita)

Brigitos suicidiškumo istorijoje justi baimė būti nepakankamai ir paliktai mylimų žmonių. Daugelis jos istorijoje identifikuotų fragmentų rodo, kad rūpinimasis sergančiuoju jai yra išskirtinai svarbus. Padaryti viską, kad „sąžinė būtų rami“ šiuo atveju tampa kylančios įtampos dėl nepakankamumo ir baimės būti apleista slopinančiu mechanizmu. Kiti Brigitos interviu fragmentai parodė, kad šis kompensacinis mechanizmas jai buvo toks svarbus, kad privedė prie visiško emocinio ir fizinio išsekimo.

Ši GPT atskleidžia žmonių atsparumą trauminėms patirtims, jų gebėjimą prisitaikyti prie susiklosčiusių įvykių ir keliamo didelio skausmo. Vis dėlto, tokio kompensacinio mechanizmo sukūrimas ir išlaikymas turi tam tikrą psichologinę kainą. Toliau keliamas klausimas, kaip kompensacinio mechanizmo sukūrimas, saugantis nuo didelio trūkumo jausmų išgyvenimo, gali būti susijęs su suicidiškumo iškilimu.

5. Kai kurios nesėkmės provokuoja didelio trūkumo jausmus

Penktoji GPT rasta 9 iš 12 interviu. Šią GPT geriausiai atspindi įvykių, vykusių dar neiškilus suicidiškumui, patirtis, provokavusių tyrimo dalyvių didelio trūkumo jausmus.

Daugelis tyrimo dalyvių pasidalino bent keliomis situacijomis priešsuicidiniame etape, kuriose patyrė stiprius emocinius išgyvenimus. Pavyzdžiui tyrimo dalyvis Alfredas dalinasi prisimenantis, kad prieš bandymo nusižudyti krizę vis pagalvodavo apie sunkumus randant darbą, liūdinusius jį:

Su darbu, su darbu kažkaip tai, kai invalidumą turiu, nėr taip lengva susirasti. Galbūt iš dalies tokie susiję, kad ten nieko nedirbi, liūdna, nuobodu. Kažkoks liūdesys užima ar dar panašiai. Gali būti tas šiek tiek, kad vis pagalvodavau. (Alfredas)

Tuo tarpu Aiden, kuriam labai sunku pasijusti priimtam, priešsuicidinio etapo metu kreipėsi į psichikos sveikatos centrą dėl blogėjančios savo psichologinės būsenos. Aiden dalinasi patirtimi:

Tai vienas psichiatras pasakė, kai pasipasakojau apie savo belytiškumą, jis pasi- pasisakė taip, kad „Deja, Lietuvoj dar psichiatrai negali išspręsti šito šito sutrikimo“. Na jis tai pavadino sutrikimu ir tai irgi labai už- užgavo mane. (Aiden)

Verta pastebėti, kad penktajai GPT priskirti interviu fragmentai apie patirtus įvykius tyrimo dalyvių nebuvo patiriami kaip lemiami, t. y. sukeliantys mintis apie savižudybę. Verčiau tai įvykiai, kurie provokavo slopinamus didelio trūkumo jausmus. Kita vertus, svarbu paminėti ir tai, kad tai didžiausia GPT. Jai priskirti 188 interviu fragmentai. Skaičius žymi ne tik tai, kiek skirtingų įvykių žmonės išgyveno, bet ir tai kiek daug apie juos palietusius įvykius prieš išskylant suicidiškumui jie pasakojo interviu metu dalindamiesi savo suicidiškumo istorija. Tai gali rodyti įvykių svarbą priešsuicidinės kančios patirties etapui. Paklausus Alfredo, kaip taip nutinka, kad žmogus gali taip staiga paimiti ir pabandyti nusižudyti, jis atsako:

Gal susikaupęs pyktis per ilgą laikotarpį kažkoks tai, nepaaiškinamas galbūt kartais, ir tada jisai prasiveržia į veiksmus kažkokius tai, gali būti. (Alfredas)

Fragmente Alfredas dalinasi, kad pyktis, keliamas nemalonių įvykių, gali kauptis. Taigi, patiriama emocinė įtampa kumuliuojasi ir gali būti išveikta vienu ypu.

Tyrimo dalyvių nupasakoti įvykiai, kėlę nemalonius išgyvenimus neretai sutapdavo su jų didelio trūkumo jausmais. Pavyzdžiui Alfredas nerandantis savo vietos gyvenime patiria gilų apmaudą pagalvojęs, kad negali susirasti darbo. Aiden, kurio ankstyvosios patirtys suformavo didelius priėmimo trūkumo jausmus, situacijoje su gydytoju pasijunta giliai užgautas dėl jo tapatybės nepriėmimo. Taigi, gali būti, kad priešsuicidiniame etape vykstantys gyvenimo įvykiai provokuoja didelio trūkumo jausmus. Dėl kompensacinio mechanizmo veikimo psichologinė įtampa slopinama ir kaupiasi, tokiu būdu susidaro pagrindas išveikai.

Tyrimo dalyvis Robertas papildo:

Manęs daug kartų klausė, kai čia atvažiuavau, „Kaip manai, dėl ko ta būseną kyla?“ Aš neturiu gero atsakymo į tą klausimą. Aš apie tai daug galvojau pastarąsias kelias dienas, bet... Nu, minimalūs kažkokie dalykai, buities tiesiog. Kažkas truputėlį nesigauna... Bet kartais atrodo atsiranda [ta būseną]. O kartais žymiai daugiau blogų dalykų nutinka ir nieko. Tai, žinokit, nežinau. (Robertas)

Robertas sieja suicidiškumą su specifinėmis būsenomis. Šiame interviu fragmente jis pastebi, kad prie specifinių būsenų susidarymo prisidėti gali „maži buities įvykiai“ kai rimtesni sunkumai gali visai nepaveikti. Toks požiūris papildo prielaidą, kad tik kai kurios nesėkmės prisideda prie išskylančio suicidiškumo. Tos, kurios provokuoja didelio trūkumo jausmus.

Ši GPT mums rodo, kad priešsuicidiniame etape tyrimo dalyviai patyrė pakankamai daug įvykių provokavusių didelio trūkumo jausmus ir kėlusių emocinę įtampą, kuri galėjo kumuliuotis, nes buvo slopinama kompensacinio mechanizmo.

6. Prieš išskylant suicidiškumui būdingas psichologinis skausmas

Kaip aptarta ankstesnėje GPT, tam tikri tyrimo dalyviams nutikę įvykiai kėlė intensyvius išgyvenimus. 8 iš 12 tyrimo dalyvių dalinosi psichologiniu skausmu, patirtu priešsuicidiniame etape. Pavyzdžiui Brigita dalinosi patyrusi susidėjusių įvykių spaudimą:

Ir tas buvo spaudimas tiesiog nuolatos ((pauzė)). Ir po biškį mane va taip spaudė, spaudė, spaudė, spaudė. Tą kartėli nurydavau, paverkdavau, išgerdavau [vaistų] ketvirtadalį, apsiramindavau, vėl šypsodavaus. Iš vyro nesulaukiau jokie dėmesio, jokie apsikabinimo, kai būdavo blogai, nes vis tiek sunku auginti mažuką leliuką. <...> man trūko dėmesio gal iš draugų, iš mamos, iš dukros, iš vyro... (Brigita)

Interviu fragmente Brigita tiesiogiai išsako patyrusi besitęsiantį spaudimą, kurį siejo su pagalbos trūkumu. Čia galima prisiminti Brigitos kompensacinį mechanizmą, kuriuo remiantis ji turi padaryti viską, kas įmanoma, kad pasirūpintų savo sūnumi. Pastarajame interviu fragmente galima matyti jos kompensacinio mechanizmo keliamą spaudimą ir aplinkos sąlygų, tokių kaip laiko, asmeninių resursų ir pagalbos trūkumo provokuojamus intensyvius išgyvenimus nujaučiant, kad tiek rūpintis, kiek ji norėtų gali nepavykti.

Ona pasidalino užsidariusi ir kentėjusi psichologinį skausmą po mylimų senelių mirties, nes negalėjo išgyventi netekties:

Kai seneliai mirė tai aš kažkaip save susiėmiau. Ir pamenu, kaip ir kaukę užsidėjau. Kažką savy užgniaužiau. Lyg viskas gerai. Ir ilgai, ilgai tą laikiau. Aam, nors pamenu buvo momentų, kad žiūrėdavau pro langą, galvodavau močiutė kad ateis, kad čia viskas melas, čia mane apgaudinėja. Taip metus gal tęsės. Bet šiaip, visiškai savy užgniaužiau iki pat septyniolikos metų. (Ona)

Santykį su mama ji patyrė kaip tą, kuriame negalima dalintis savo išgyvenimais, todėl ėmė formuotis stiprus neigiamus išgyvenimus slopinantis kompensacinis mechanizmas:

Kas su mama būdavo, tai jinai... aš... neišklausydavo. Aš visa tai įtraukdavau ir niekada savo jausmų nerodydavau, aš labai retai verkdavau, aplamai. Jeigu būdavo koks nors ginčas, aš visiškai rami, su viskuo sutinku arba nueinu. Niekada nesiveldavau. Tai visur tas yra, tas, kad apsistatydavau tarsi sieną ir savyje užgniauždavau. (Ona)

Vėliau Ona ėmė pastebėti psichologinės įtampos padarinius:

Ir man tik vėliau jau į paauglystės ten kažkur vat septyniolika metų, kai buvo prasidėjo po truputį panikos atakos ir tie visi jausmai vis, aš negal- nežinodavau, kodėl nerimas, bet va truputį vat, ką užgniaužiau, išeidavo. (Ona)

Ona, savo istorijoje dalinosi patyrusi daug apleistumo ir tik senelius mylėjus ją, todėl senelių netektis Onai buvo itin skaudi. Iš interviu fragmentų matyti, kad senelių netektis paskatino staigią savo skausmo jausmų izoliaciją, kuri tęsėsi ilgus metus, kol įgavo panikos priepuolių formą.

Ši GPT papildo ankstesniasias ir iliustruoja, kad priešsuicidiniame etape būdingas laike išsitęsęs psichologinis skausmas arba kančia. Tačiau, kartais jie gali būti ilgai slopinami, neįsisąmoninti.

7. Prieš išskylant suicidiškumui būdinga patirti palengvėjimą, o tuomet vėl nusivylimą

7 iš 12 interviu buvo užfiksuotos psichologinio skausmo sumažėjimo patirtys, lydimos pakartotinio nusivylimo. Didesnė dalis tyrimo dalyvių priešsuicidiniame etape patyrė psichologinio skausmo sumažėjimą, kurio įvairiomis priemonėmis siekė. Tačiau, po kurio laiko psichologinis skausmas keliantis kančią vėl sugrįždavo. Tyrimo dalyvė Ona, kentėjusi nuo apleistumo, pasakojo apie vaikiną šeimą, ją šiltai priėmusią ir besirūpinusią:

Aš pamačiau, vėlgi, kokia graži šeima yra jie. Pas juos labai gražus ryšys yra. Aa, jie pradėjo manim rūpintis kaip savo dukra. Jiems labai patikau. (Ona)

Tačiau ne už ilgo sekė nusivylimas:

Viskas buvo gražu, bet vėliau su tuo vaikinu prasidėjo problemos tokios, kad pastebėjau, kad jisai gana agresyvus dažnai būna ir jisai man po truputį, po truputį pradėdavo vis priekaištus sakyti. Tai neleisdavo šypsotis, nes nepatinka mano šypsena, tai liepdavo makiažą persidažyt, nes jam nepatinka, tai kažkokį rūbą mano išmesdavo seną, nes nepatinka, skaičiuodavo mano kąsnius kiek, kiek aš suvalgau... <...> Tai aš blogai vairuoju... nors aš lab-gerai vairavau. Ir buvo man tas kompleksas, nes na tai neseniai iš to va išsivadavau. Ir būdavo labai sunku vat pastaruuju metu. (Ona)

Šiuose fragmentuose Ona dalinasi patyrusi priėmimą ir rūpestį, kurių ji stokojo. Tokia patirtis galėjo užpildyti didelio trūkumo jausmus atsinešus iš santykio su mama ir kitais artimaisiais. Tačiau vėliau prasidėjusios problemos santykyje su vaikiną ją vėl sugražina į didelio trūkumo jausmų išgyvenimą. Ona intuityviai susieja vaikiną elgesį su mamos elgesiu sakydama „neseniai iš to va išsivadavau“ ir tiesiai pasako, kad vaikiną elgesys užgavo jos turimą kompleksą, suformuotą santykyje su mama. Taigi, priešsuicidiniame etape ji patyrė psichologinio skausmo sumažėjimą, o tuomet vėl padidėjimą. Tarsi primenančius, kad tai įprasta jos būseną.

Tyrimo dalyvė Lėja, patyrusi visų šeimos narių ir globėjų išdavystę, be galo džiaugėsi pagaliau pati sukūrusi savo šeimą ir dalinosi, kad tai laimingiausias laikotarpis jos gyvenime:

Iki dvidešimt šešių metų nuo aštuoniolikos metų gyvenau be vaistų nuo bipolinio ir kuo puikiausiai gyvenau dėl to, kad aš gimdžiausi vaikus. Ir kai aš nėščia būdavau, man labai viskas buvo gerai, fantastika tiesiog. Ir tada pasigimdžiau dar vieną vaiką, tada prasidėjo lūžiai tokie. (Lėja)

Gilinantis, kas pasikeitė Lėjos gyvenime pagimdžius paskutinįjį vaiką, ji pasidalino pradėjusi tolti nuo vyro ir justsi pasikartojantį jo atstūmimą.

Tai gal ten su vyru visas gyvenimas kartu, bet atskirai. Arba jo priekaištai. ((atsikrenkščia)) „Tu stora, niekas į tave nežiūrės“. Tarkim, ateini apkabinti – jisai tau įžnybia. Ateini atsisėst šalia – jisai tau įspiria. Tada sugalvoji pagaminti kažką valgyt, paklausi „Ar skanu?“ – būna „Valgoma“. <...> Aš manau, kad tai yra nemeilė man ir... ((pauzė)) nors tai būna, kad siūlo susitaikyt. Dar kažkas. Bet aš jau nebeinu, nes aš jam ir esu pasakius, kad ((pauzė)) „Visą meilę, kurią aš tau jaučiu, tu tiesiog išmušei iš manęs“ ((ilgesnė pauzė)). (Lėja)

Interviu fragmentuose užfiksuotas Lėjos galutinis nusivylimas šeiminiu santykiu, po kurio ji atsidavė tik santykio su draugais puoselėjimui, teigdama, kad šeimos jai praktiškai ir nebereikia.

Pastarojoje GPT atsiskleidžia dar vienas priešsuicidinio etapo patirties aspektas. Vienaip ar kitaip tyrimo dalyviai rado būdą kaip palengvinti savo kančią ir sumažinti skausmą, tačiau dėl didelio sukaupto bagažo ir susiklosčiusių gyvenimo aplinkybių, tikimybė vėl išgyventi kančią dėl turimų didelio trūkumo jausmų yra didelė. Todėl ne retai palengvėjimo patirtį lydi nusivylimas ir grįžtanti kančia.

8. Patiriamas noras išspręsti susiklosčiusius sunkumus

Aštuntoji GPT užfiksuota 8 iš 12 tyrimo dalyvių interviu. Pagal interviu protokolą, tyrimo dalyvių buvo klausama „Kaip Jūs buvote su išvardintais sunkumais?“. Didesnė dalis interviu fragmentų yra būtent iš atsakymų į šį klausimą interviu dalies ir iliustruoja tyrimo dalyvių pastangą spręsti susiklosčiusius sunkumus. Dažniausiai, nepajėgdami su patiriama kančia susitvarkyti patys, tyrimo dalyviai pagalbos kreipėsi į kitus žmones – artimuosius, draugus, emocinės pagalbos linijas, specialistus. Tyrimo dalyviai nesulaukė pagalbos, kurios tikėjosi.

Nu prieš darydamasis... ką aš, skambinau draugams ir ten linijom, nes aš žinau... Kažkas ten tai... Nes aš tiesiog turėjau jausmą, kad kažkas blogo įvyks. Ir skambinau linijom. Ir skambinau draugams visiems. Ir prašiau pagalbos. Bandžiau ten kalbėtis apie problemas, bet man kažkaip nepadėjo. Iš tikrųjų, nepadėjo išvis. <...> šiaip aš norėjau kažkaip išspręsti problemas, nenorėjau pasiduoti iš karto. Bet kažkaip kuo daugiau bandžiau, tuo daugiau man taip atrodo be reikšmės. (Deividas)

Šie fragmentai iliustruoja, kad būsenoje, kai suicidiškumas dar nebuvo iškilęs, tik tvyrojo nuojauta, kad įvyks kažkas blogo, Deividas nebuvo pasyvus, o ėmėsi konkrečių ir tikslingų veiksmų situacijai pakeisti. Tačiau gauta pagalba jam nepadėjo arba jam reikėjo kitokios pagalbos.

Kita tyrimo dalyvė dalinasi:

Aš visus tuos metus viską savy laikiau. Kartais, kai būdavo blogai, aš parašydavau sesės vyrui, bet nu jis tik nu paguosdavo ir viskas, žinai, nieko rimčiau negalvodavo, kad man yra. (Vanda)

Vanda dalinasi ilgus metus naudojusi tą patį įveikos metodą, tačiau prieš išskylant suicidiškumui sesers vyro palaikymo nepakako.

Kita vertus ne visi tyrimo dalyviai buvo linkę prašyti pagalbos. Mažesnė dalis ieškojo kitų būdų sumažinti kančią.

Aš pastebėjau, kad kai jaučiu emocinę įtampą ir skausmą, aš dažnai noriu keistis. Ir aš žinau, kad turėčiau keistis psichologiškai. Bet aš turiu tą tokį polinkį keistis fiziškai – ar ten susipjaustyti, ar pasidaryt tatuiruotę, ar nusikirpt plaukus, ar nusidažyt plaukus, ar kažkaip kitaip apsirengti, ar ten kažkokį makiažą pasidaryti. Kažkaip vis su tuo, kažkaip... Jaučiu, kad negaliu šiuo metu bent jau psichologiškai keistis, tai tada keičiuosi fiziškai. (Aiden)

Aiden dalinasi, jog susiklosčiusią situaciją yra linkęs spręsti keisdamasis fiziškai, kad sumažėtų psichologinis skausmas. Nors įprastai padėdavo, ši kartą to nepakako.

Remiantis šia GPT galime matyti, kad prieš išskylant suicidiškumui ir patiriant kančią žmonės yra aktyvūs ir linkę spręsti savo gyvenimo situaciją. Gali būti, kad dėl tam tikrų priežasčių priešsuicidinės kančios etape įprastos kančios mažinimo priemonės nesuveikė, tačiau šiai prielaidai reikia daugiau ją patvirtinančių duomenų.

9. Išsekimo patirtis nuo pastangos palaikyti kompensacinį mechanizmą

Kaip aptarta anksčiau, pasikartojančios trauminės patirtys paliko didelio trūkumo jausmus ir galėjo lemti kompensacinio mechanizmo, saugančio nuo šių jausmų patyrimo, formavimąsi. Kelios anksčiau aprašytos GPT leidžia daryti išvadą, kad daugeliui tyrimo dalyvių aplinkoje vykę įvykiai primindavo jų viduje esančius didelio trūkumo jausmus ir konfrontuodavo su kompensaciniu mechanizmu. Devintoji GPT papildoma šį paveikslą. 6 iš 12 tyrimo dalyvių tiesiogiai dalinosi patyrę išsekimo būsenas prieš išskylant

suicidiškumui. Pavyzdžiui Lėja patyrė, kad pervargimas yra susijęs su jos suicidiškumu. Apie pervargimą nuo aktyvaus savo gyvenimo ji pasakoja taip:

Tai va čia vat ir yra tas grįžimas visą laiką. Gal čia dėl to, kad aš pervargstu. <...> Tai yra tie du nuovargiai. Tai yra emocinis ir fizinis. Kai fiziškai pavargus, tai aš realiai... išsimiegi, gerai pailsi ir viskas. Bet emocinis tai yra kai per parą susitikti su kokiais penkiasdešimt žmonių, tu su jais turi visą laiką šypsotis, visą laiką bendrauti ir visa kita. Ir... ir tada tau jau ir kūnas pavargsta... (Lėja)

Šiuose fragmentuose Lėja dalinasi, kaip patiria išsekimą. Jos istorijoje identifikuotas kompensacinis mechanizmas susijęs su nuostata, jog šeimos narių ir nereikia, nes iš tiesų draugai yra tie, kurie neišduoda. Lėjos interviu užfiksuota, kad būtent aktyvus draugų rato kūrimas tyrimo dalyvę galutinai išsekino. Gali būti, kad kompensacinio mechanizmo palaikymas žmogui yra toks svarbus, jog jis yra pasiruošęs peržengti savo galimybių ribas, išeikvojant per daug resursų.

Kita tyrimo dalyvė Brigita turėjo vieną pagrindinį tikslą gyvenime – rūpintis savo vaiko augimu:

...gimė sūnus, o aš jau depresija sergu apie 10 metų. Ir kai auginau sūnelį, nebuvo jokios pagalbos – nei mama nepadėjo, vyras nuolatos dirbo ir tiesiog man, nu negražiai pasakysiu, pavažiavo stogelis nuo pervargimo. <...> [vyras sakydavo] „dieną tu turi rūpintis vaiku, tu turi daryt valgyt, tu turi plauti grindis“. Žodžiu, aš to nesugebėdavau, nes ta mano va tokia brandi motinystė man liepė atsiduoti tikrai vaikui, nes vaikas serga ir aš visą dėmesį skyriau vaikams. (Brigita)

Šiuose ir daugelyje kitų tyrime užfiksuotų fragmentų matyti kaip stipriai Brigita save sieja su atsidavimu vaikams, patirdama tokį atsidavimą kaip brandžią motinystę. Prieš išskylant suicidiškumui ji patyrė fizinį ir emocinį išsekimą nuo pastangos pasijusti besirūpinančia mama.

Tyrimo dalyvis Robertas teigia, kad jo suicidiškumo esmę sudaro sekinantys košmarai:

Ir jie dažniausiai būna kankynė ir fiziškai, ir emociškai. Ir dažnai... ((pauzė)) dažnai kartu yra blogiausia... dažnai trunka... sulėtėja laikas juose – viena naktis tam košmare gali būti metai, ((pauzė)) viena naktis realiam gyvenime metai košmare ir panašiai. Kartais kelios valandos, kartais savaitė, kartais mėnesis, o kartais atrodo vos ne amžinybė. <...> Ir jau būna nesvarbu, ar aš ten, ar aš čia iš tikro. Ir kai galų gale iš jų prabundi, tai būna visiškai prie

žemės primušta psichologinė būseną, kad... ((pauzė)) Anksčiau reikėdavo labai daug laiko, kad atsistatyti, bent jau atsikelti iš lovos. Bent pusdienio reikdavo gero, kad... kad normaliai funkcionuočiau jau. (Robertas)

Robertas savo istorijoje košmarus patiria kaip sekinančius. Jis savo gyvenime yra suvaldęs pakankamai daug kitų sunkių savo būklių ir simptomų, kurios tokios bejėgystės kaip anksčiau nebesukelia. Tačiau kaskart pabandžius suvaldyti sekinančius košmarus, tekdavo nusivilti ir vėl išgyventi bejėgystę. Šiame tyrime jo kompensacinis mechanizmas – patirtis, kad gali kontroliuoti savo ligą ir gyvenimo tėkmę. Negalėjimą suvaldyti sekinančių košmarų Robertas labiausiai sieja su iškilusiu suicidiškumu.

Taigi, devintoji GPT leidžia teigti, kad prieš išskylant suicidiškumui žmonės gali būti išsekę fiziškai ir emociškai nuo pastangos palaikyti susikurtą kompensacinį mechanizmą, saugantį nuo didelio trūkumo jausmų patyrimo. Tai reiškia, kad prieš išskylant suicidiškumui žmonės gali būti pažeidžiamesni dėl patiriamo nuovargio.

10. Pagrindinis trigerinantis įvykis tiesiogiai konfrontavo su suformuotu kompensaciniu mechanizmu

Ši GPT identifikuota 8 iš 12 interviu. Dalinantis savo patirtimi daug tyrimo dalyvių įvardino vieną pagrindinį įvykį, buvusį lūžio tašku, po kurio iškilo suicidiškumas. Būtent tokių pagrindinių trigerinančių įvykių patirtys sudaro dešimtąją GPT. Visiems pagrindiniams trigerinantiems įvykiams būdinga tai, kad jie tiesiogiai konfrontavo su kompensaciniu mechanizmu ir buvo įvardinami kaip suicidinės krizės pradžia – kai prasidėjo judėjimas link savižudybės.

Juliana susidūrusi su rimtais sveikatos sunkumais buvo tikra, kad bent tokiais atvejais jos būseną turi būti svarbi aplinkiniams ir ja turi būti pasirūpinta. Atsidūrusi psichikos sveikatos centre, Juliana jautė aplinkinių rūpestį, kurio jai trūko. Tačiau, netrukus objektyvų darbuotojo komentarą apie jos teises, Juliana interpretavo kaip įrodymą, kad iš tiesų jos likimas ligoninės darbuotojams nėra svarbus:

Aš tiesiog... man pasakė, kad jeigu <...> sako „Jeigu tu nori, tu gali bet kada nutraukti gydymą arba tu gali likti dar čia pabūt“. Sako „Jeigu tu nori, tu gali šiuo momentu vat atsikelti, išeit ir pasirašyt“. Aš atsikėliau tokia, gal net iš tokio impulso, kad „Nu ir gerai, nenori, kad... jie... čia būčiau, neprivalau aš čia būt. Tai ir gerai“. Ir nu išsirašiau. Ir sukilo viskas į krūtinę, toks sunkumas. Ir tada buvau tokia „Nu ir gerai, neprivalau aš čia būt, nu tai neprivalau aš

čia išvis ir tam pasauli būt“. Ir išvis gana čia apkraudinėt visus ir skųstis tais visais... va... tais pačiais dalykais. Tai va. Čia turbūt išėjus pro duris jau buvo viskas. (Juliana)

Iš šių fragmentų matyti, kad procedūriškai įprastas komentaras Julianai turėjo specifinę subjektyvią reikšmę. Įvykio metu mergina išgyveno tą patį nereikalingumą, kurį patyrė santykiuose su abiem tėvais, draugais, partneriais, darbdaviais. Ji dalinasi po šio įvykio prasidėjus intensyviai emociniam išgyvenimui – „*Ir sukilo viskas į krūtinę, toks sunkumas*“. Julianai teiginys, kad ji turi teisę bet kada iš liginės išsirašyti, reiškė, kad iš tiesų jos likimas net sergant sunkia liga nėra svarbus. Subjektyvus šio įvykio išgyvenimas konfrontavo su Julianos kompensaciniu mechanizmu – pasaulėvaizdžiu, kad bent kraštutiniais atvejais, pavyzdžiui turint rimtų sveikatos problemų, aplinkiniams žmonėms ji bus svarbi.

Panašiai į susirgimą reagavo Robertas, savo gyvenime besistengęs atgauti gyvenimo kontrolę ir tikėjęs, kad įsimylėjimas ir santykiai jam suteiks motyvacijos. Kai Robertas pradėjo kurti naujus romantinius santykius ir vėl įgavo motyvacijos atgauti savo gyvenimo kontrolę, ėmė planuoti kaip atkurs senus ryšius, ims dirbti, tačiau netikėtai prasidėjusi liga suveikė kaip pagrindinis trigerinantis įvykis. Robertas dalinasi kuo ši liga buvo ypatinga jo gyvenime:

Nu tiesiog... Aš jau buvau suplanavęs. Net beveik ne tai kad datom, bet susidėliojęs jau turėjau. Šiuo metu turėjau būt pradėjęs dirbti nuo gruodžio ir, kaip pasakyt... Atrodė, lyg čia paskutinis ((pauzė)) kartas, kai galiu bandyt. (Robertas)

Paklausus Roberto, ar jis mano, jog liga buvo ženklas, kad jam nepavyko, atsako:

((ilgesnė pauzė)) Ko gero ((pauzė)). Ne vien ta liga, aišku, nu bet ta liga dasidėjo stipriai prie to. Nes jau turbūt faktiškai reikėjo gultis jau į liginę vien dėl tos ligos, dėl koronos. (Robertas)

Iš Roberto interviu matyti, kad ligai priskirta specifinė subjektyvi reikšmė susijusi su jo didelio trūkumo jausmais ir kompensaciniu mechanizmu. Ji sugriovė jo lūkestį, kad romantiniai santykiai suteiks motyvacijos ir jis gebės atgauti savo gyvenimo kontrolę. Liga buvo dar vienas netikėtas gyvenimo įvykis, kuris tiesiogiai konfrontavo su kompensaciniu mechanizmu ir paliko su patirtimis, kad Robertas nėra savo gyvenimo autorius.

Deividas, skatinamas tėvų, turėjo gyvenimo kryptį, kurią troško išpildyti – sėkmingai įstoti į gerą universitetą ir ateityje turėti geresnį darbą.

Nu aš į universitetą labai noriu. Nors... Nu man visą gyvenimą tėvai sako „varyk į universitetą, gauk geresnį darbą“, žinai, ir panašiai. Man visą laiką buvo toks „nu iki ko varyt man?“ buvo visa- kaip... į universitetą varyt. Ir kai negavau tuos pažymius į universitetą varyt, man taip jautėsi kaip pasaulis taip sugriuvo ir dar ant viršaus, kad tiek sumokėjo man taip į [mokyklos pavadinimas] eiti ir ant tiek išleido ant tų mokslų, ir kad aš neturėjau ko jiems įrodyti. Dėl to buvo labai skaudu ir man, ir tėvams, ir visiems. Man buvo čia pagrindinis- mano priežastis tikrai. (Deividas)

Tai dar vienas interviu fragmentas iliustruojantis, kad vienas įvykis ir jam priskirta specifinė subjektyvi reikšmė veikia kaip griauanti jėga labai svarbiam įsitikinimui žmogaus gyvenime – kompensaciniam mechanizmui.

Vienas svarbiausių atlikto tyrimo fragmentų diktavusių duomenų analizės kryptį yra iš Lėjos interviu. Ji taip apibūdino, kas yra pagrindinis trigerinantis įvykis jos suicidiškumo istorijoje:

Tai buvo ne tik kad paskutinis lašas. Man atrodo, tai buvo ir viso to ir pradžia, ir ir ir pabaiga. (Lėja)

Savižudybės procese, įvykį, po kurio žmogus siekia nusižudyti, įprasta laikyti paskutiniu lašu taurėje. Tačiau Lėjos fragmente teigiama, kad tokio apibūdinimo nepakanka. Trigerinantis įvykis, remiantis jos patirtimi, žymi tos pačios visumos pradžią ir pabaigą. Čia galima prisiminti pirmojoje GPT (žr. 1 punktą) aprašytą „visko“ susidėjimo į vieną visumą prieš išskylant suicidiškumui patirtį. Remiantis Lėjos interviu fragmentu „viskas“ ne tik susideda į vieną krūva, tačiau tuo pačiu ir prasideda, ir baigiasi. Tokie išgyvenimai rodo subjektyvią trigerinančio įvykio svarbą žmogaus gyvenimo istorijoje. Remiantis šio tyrimo duomenimis, pagrindinio trigerinančio įvykio patirtyje sugriūna saugantis nuo nepakeliamų didelio trūkumo jausmų kompensacinis mechanizmas – tai pastangos gyventi su nepakeliamais išgyvenimais pabaiga. Tuo pačiu užplūsta trauminių įvykių sukelti didelio trūkumo jausmai. Patirtine prasme tai galima matyti kaip grįžimą į pačią pradžią.

Dešimtoji GPT siūlo į pagrindinius trigerius žiūrėti ne tik kaip į atsitiktinius įvykius, perpildžiusius „kantrybės taurę“, bet ir kaip į įvykius, kurie sugriaua žmogų nuo nepakeliamo psichologinio skausmo saugojusius mechanizmus.

11. Po pagrindinio trigerinančio įvykio kyla afektinė būseną, kurios metu patiriami kumuliuojami didelio trūkumo jausmai

9 iš 12 tyrimo dalyvių dalinosi patyrę itin intensyvią, nekontroliuojamą emocinę būseną, kuri šiame tyrime pavadinta afektine būseną ir kyla kaip reakcija į pagrindinio trigerinančio įvykio išgyvenimą. Afektinė būseną patiriama kaip susijusi su suicidiškumo iškilimu.

Brigita, konflikto metu sulaukusi žeminančių priekaištų dėl savo vaikų nepriežiūros iš artimųjų, taip pasakoja apie kilusią būseną:

Tas jausmas, žinokit, buvo toks, kad ((pauzė)) tiesiog atrodo užsidegė visas organizmas. Tiesiog pradėjo viskas kaist, kunkuliuot. Smegeninė taip, atrodo, susprogs jinai nuo tų pa- pa- pasakymų, nuo tų pastebėjimų, nuo... nuo kažko tai, nežinau, neprisimenu. Bet aš žinau, kad aš taip užviriau, kad aš pradėjau rėkt ant dukros, sakau „[dukra]...“ ten sakau „išvežk [sūnų] į lauką. Vaikas rėkia, nori miego. Tu...“ sakau „...negali pasirūpinti broliuku“. Nes šiaip mano dukra nieko nepadėjo visiškai. (Brigita)

Iš šio interviu fragmento matyti po pagrindinio trigerinančio įvykio kilusios afektinės būsenos intensyvumas. Taip pat, matyti, kad afekto turinys susijęs su Brigitos kompensaciniu mechanizmu ir didelio trūkumo jausmais – patirtimi, jog negeba pakankamai pasirūpinti savo sūnumi ir baime būti paliktai. Taigi, galima kelti prielaidą, kad afektinės būsenos turinį sudaro ilgai slopintos patirtys – didelio trūkumo jausmai.

Tyrimo dalyvis Alfredas dalinasi, kad afekto būsenos užklumpa netikėtai:

Nėra... galbūt kitiems yra... kitaip būna. Man atrodo kad tai ateina per kažkokį... netikėtumas daugiau, negu, negu suplanuota. Kažkaip taip, šitaip. Man taip buvo kaip ir netikėtumas, kad nežinau, ką darai, va kažkas tokio. (Alfredas)

Alfredo istorijoje matyti, kad afektinės būsenos kyla staiga, jam nespėjant suprasti jų priežasties ir dėsningumų. Taip pat, afektinėje būsenoje Alfredas visiškai praranda sąmoningą savo veiksmų kontrolę ir, paprastai, mažai ką teatsimena. Brigitos fragmente irgi matyti dalies afektinės būsenos neatsiminimas.

Dalis tyrimo dalyvių, kurių interviu ši GPT buvo užfiksuota (4 iš 9), tiesiogiai įvardino, jog, esant afektinės būsenos, emocijos buvo sustiprintos praeities įvykių.

Tai daug tokių visokių niuansų susidėjo ir kas, sakyčiau, pagrinde, tai kad... kai jie įskaudino, tai aš pradėjau galvoti, kaip tėvas paliko, kaip ma- mamai nesu reikalinga, kaip pamiršdavo mane, kaip senelių nebėra ir vis- viskas, kas iš praeities tuo pačiu ir grįžo su jais bendrai sudėjus. (Ona)

Tyrimo dalyvė Ona patyrė dviejų draugų išdavystę ir pažeminimą, po kurio prasidėjo afektinė būseną – užplūstančios skaudžiausios dabarties ir praeities patirtys.

Ši GPT suteikia mums informacijos apie žmonių būseną prieš pat išskylant suicidiškumui. Gali būti, kad suicidiškumas išskyla itin intensyvioje afektinėje būsenoje, kurios metu patiriami užplūstantys ilgai slopinti didelio trūkumo jausmai susipynę su dabartinės situacijos keliamu skausmu.

12. Afektinės būsenos metu disociacija patiriama kaip galinti padėti izoliuoti kančią

6 iš 12 tyrimo dalyvių nupasakojo disociaciją kilus esant afektinės būsenos, kai jie jautėsi susvetimėję su savo kūnu, jautėsi tarsi stebėtų save iš šalies, nesijautė galintys kontroliuoti savo kūno arba patyrė selektyvų įvykių įsiminimą. Pavyzdžiui tyrimo dalyvė Lėja dalinosi patirtimi po pagrindinio trigerinančio įvykio:

...aš gydytojai praeitą kartą pasakojau – tiesiog afektas, kai tu tiesiog ((pauzė)) esi strigęs savyje. Tas jausmas, kai tu... tu matai viską, bet tavo rankos daro, ką jos nori, nes č... ir atrodo veikia ir šitas, ir šitas pusrutulis – čia sveikas protas, o čia durnas protas. Ir tas durnas protas ima viršų. Ir tu tiesiog, tiesiog va, savo galvoj sėdi ir galvoji „Hm, nu tai, kas dabar mūsų laukia?“, toks nu ((pauzė)) nemoku pasakyt. (Lėja)

Nors šiame fragmente Lėja savo būseną vadina afektu, ji labiau atitinka disociacijos apibrėžimą, tokius kaip susvetimėjimo su savo kūnu patirtis, kūno kontrolės praradimas, sunkumas apibūdinti būseną apskritai.

Vandos pasakojime užfiksuota staigi disociacinės būsenos pradžia ir pabaiga:

Aš gulėjau ligoninėj, [pavadinimas] skyriuje. Ir užėjo didelis nerimas. Ir galvoju nueisiu pakvėpuot grynu oru. Ir atsisėdau. Ir tada mintis apie savižudybę prasidėjo. Ir man toks kaip jungiklis gaunasi. Ir aš atsijungiau. Ir nuėjau į mišką ir bandžiau ten surast kažkokių priemonių nusižudyti, bet neradau. Tai susiradau stiklą. Susipjausčiau rankas. Ir tada lietus labai

stipriai lijo. Aš sušlapau ir kažkaip galvot pradėjau normaliai – šviesti taip. Pasaukiau pagalbos ir surado mane. (Vanda)

Asmeninėje patirtyje Vanda pastebėjo staigų būsenos pasikeitimą – „atsijungiau“. Lygiai taip pat pastebėjo grįžtantį ryšį su savimi, kai pradėjo lyti. Abu ypatumai būdingi disociacinei būsenai.

Tyrimo dalyviui Alfredui būdinga patirti netikėtai kylančius ir lygiai taip netikėtai praeinančius „priepuolius“, kurių metu kartais kyla nevaldomas noras nusižudyti. Apie juos jis pasakoja taip:

...kad ir pačio priepuolio aš neprisimenu, kaip taip normaliai dabar, kad buvo anksčiau. Nėra lengva. Jūs galvojat kad aš viską žinau kiaurai, matau ir nu... kas... kur žingsnį... kur žingsnį... taip nėra, visiškai taip nėra. Man iš viso sunku prisimint, kad iš viso kažkoks priepuolis buvo. (Alfredas)

Alfredo afektinėms būsenoms taip būdingas disociacijos elementas. Panašu, jam būdingas selektyvus užmiršimas. Nors būseną buvo itin intensyvi, tyrimo dalyvis kelis kartus minėjo praktiškai nieko neatsimenantis, tik menkus patirties fragmentus verčiančius abejoti, priepuolis buvo ar ne. Jis dalinosi, kad lieka tik nuojauta, jog jie vyko, tačiau aiškių prisiminimų atgaminti nepavyksta.

Dvyliktoji GPT dar kartą patvirtina patiriamos afektinės būsenos intensyvumą. Panašu, psichika reaguoja į afekto būsenos metu iškilusį nepakeliamą psichologinį skausmą, kai disociacijos būdu gali būti siekiama sukurti atstumą su patiriama kančia.

13. Esant afektinės būsenos, mintys apie savižudybę patirtos kaip kylančios automatiškai

Ši GPT identifikuota 5 skirtinguose interviu iš 12. Dalis tyrimo dalyvių dalinosi afekto būsenos metu patyrę mintis apie savižudybę kilus tarsi automatiškai. T. y. didelio sužadavimo metu mintys tarsi iškildavo į sąmonę. Visi apie tai kalbėję tyrimo dalyviai dalinosi sunkumu valdyti šias kylančias mintis. Vanda pasakojo, jog kylančios mintys yra tarsi kitas asmuo, gyvenantis atskirą gyvenimą jos viduje:

Aš nenoriu mirti, noriu gyvent, bet mintys vis tiek tokios yra – savęs žalojimas ir intuicija nusižudyti, visokios vizijos... Vis tiek planai kuriasi dar, aš negaliu kontroliuoti ir to. (Vanda)

Robertas pasakoja apie šią būseną kiek plačiau:

Man būna nuotaikų kaita. Tada pasikeičia iš vieno kraštutinumo į kitą, kad šimtas aštuoniasdešimt laipsnių. Iš to, kad noriu gyventi, daryti viską, ką... ką noriu daryti, ką suplanavęs ir ką manau, kad yra gerai daryti, pasikeičia į tai, kad nenoriu nieko. Jeigu kas dar ir gerai einasi, tą sunaikinti, ir aš suprantu, kad tai negerai, bet vis tiek darau negerai. <...> Ir pagrindinis dalykas tai, kad... kad noriu mirti. <...> Ir tuo momentu buvo... ta nuotaikų kaita užėjo.
(Robertas)

Iš pateiktų Vandos ir Roberto interviu fragmentų matyti, kad mintis nusižudyti patiriama tarsi užklumpanti netikėtai. Abu tyrimo dalyviai pasidalino, jog apskritai patiriantys norą gyventi, tačiau kilus afektinei būsenai į sąmonę tarsi iškyla suicidinės mintys. Remiantis ankstesnėmis GPT, galima tik kelti prielaidą – galbūt užplūdusio psichologinio skausmo kontekste, disociacijos nepakanka kančiai sumažinti, todėl ieškoma kito efektyvaus sprendimo.

Šio tyrimo metu pavyko identifikuoti tik dviejų tyrimo dalyvių suicidinių minčių kilmę, t. y. kada tokios mintys, kurios iškyla tam tikroje situacijoje, įsirėžė tyrimo dalyvių atmintyje. Viena tyrimo dalyvė matė, kaip jos artimiausias žmogus, gyvendamas kančioje, po truputį siekė mirties nesirūpindamas savimi, kalbėdamas apie norą nebūti, atsiribodamas nuo įprasto gyvenimo. Iš tyrimo dalyvės istorijos matyti modelio pasikartojimas. Ji bandė numirti nesižudydama – neatsargiai vairuodama, eidama per gatvę neapsižiūrėjusi ir pan. Kitai tyrimo dalyvei mirti nuo savižudybės vaikystėje pasiūlė globėjai:

...aš augau su mamos giminėm, sesė – su tėčio. Ir man visą laiką aiškino, arba aš būsiu kaip mano motina, arba nusižudysiu kaip mano tėvas. Nu, ta prasme... tai tiesiog integruota yra – būti nevykėlei, kuri pastoviai bando žudytis ((Ilgesnė pauzė)) ((sušniurkščia nosimi)). Ir visi akcentuoja, kad ((pauzė)) aš turiu vaikų, vadinasi, negaliu žudytis. Bet kad tai net priklauso nelabai nuo manęs, niekas nesupranta ((verkia)) ((ilga pauzė)). (Lėja)

Interviu su Lėja fragmente taip pat matyti minčių apie savižudybę kaip „kito“ motyvas ir sunkumas kylančias mintis kontroliuoti. Gali būti, kad suicidinės mintys iškyla atmintyje kaip prisiminimas veikimo sudėtingoje situacijoje modelio, kurį žmogus turi priimti arba atmesti.

Ši GPT atskleidžia, jog kartais mintis apie savižudybę sąmoningame lygmenyje gali būti patiriama tarsi išskylanti savaime, tarsi intuityvus pasiūlymas ar logiškas situacijos sprendinys, su kuriuo susidurti tenka vienu sunkiausių gyvenimo momentų – esant afektinės būsenos.

14. Savižudybė suvokta kaip priemonė sustabdyti kančią

Keturioliktoji GPT papildo ankstesniąją. 7 iš 12 tyrimo dalyvių dalinosi siekę nusižudyti, nes norėję sustabdyti nepakeliamą kančią ir patirti ramybę. Tyrimo dalyvis Robertas, kenčiantis nuo sekinančių košmarų, pasakoja:

Ir čia kaip ir... nežinau, ar čia kažkam atrodo logiška ar ne, bet man atrodo visai logiška, kad... jeigu jau tokie dalykai, kurie yra blogesni negu mirtis, mano manymu... O aš... Mes nežinom, kas bus po mirties. Bet aš tikiuosi, kad... Nu kaip, man atrodo, kad tiesiog po mirties yra tiesiog tuštuma. Nieko nėra. Lyg tu miegotum ir nespauotum. Tu... tu kaip ir neegzistuoji. Tu tik prabundi ryte ir... ir... ir tada susivoki. Bet jeigu tu miršti, tai tu amžinai taip būni. Tai... tai būtų ramybė ir dėl ko aš jos noriu, kai užaina ta būseną. Šiuo metu nebe noriu. (Robertas)

Iš šio fragmento matyti Roberto troškimas miegoti ramiai ir savižudybės siejimas su šiuo ramiu miegu, netrikdomu siaubą ir išsekimą keliančių košmarų. Taigi, savižudybė tyrimo dalyvio suvokiama kaip instrumentas ramybei pasiekti.

Marija, pasakodama apie savo mėginimą nusižudyti, jį apibūdina taip:

Iš tikrųjų, pagrindinis tikslas kaip ir buvo va tiesiog pa- pailsėti. Nežinau. Kažkoku būdu. Gal ir visam laikui. (Marija)

Šiame trumpame fragmente Marija tiesiai išsako savižudybe ieškojusi poilsio, nepaisant to, kad siekdama šio tikslo turės mirti. Jos ir kitų dalyvių patirtys rodo, kad ramybės ir poilsio poreikis kartais, patiriant nepakeliamą kančią, yra svarbesnis už gyvybės išsaugojimą.

Elzė dalinasi norėjusi nutraukti kančią:

Tai va, aš pasakyčiau, mmm, tas, vėlgi, man savižudybė kas yra, tai noras nutraukti tą kančią kuris- kuk kuri- ku- kuria patapo gyvenimas. Tai va, ir nu, ir dažniausiai daug veiksmų susideda pas žmones, kurie nori nusižudyti. (Elzė)

Elzės interviu fragmentas papildo kitų tyrimo dalyvių išsakytas mintis. Įdomu tai, kad, paklausus, nemaža dalis tyrimo dalyvių galėjo gana tiksliai įvardinti, kokią reikšmę priskyrė savižudybei krizės metu.

Ši GPT papildo priešsuicidinės kančios kontekste išskylančio suicidiškumo paveiklo sudėtingumą. Žmogui susidūrus su nepakeliamu psichologiniu skausmu, ilgus metus slopintu kompensaciniais mechanizmais, kai norisi bet kokia kaina sumažinti patiriamą kančią, sąmonėje iškyla

sprendimas, kaip galima šią kančią nutraukti ir pasiekti ramybės. Tokioje situacijoje gali būti itin sunku surasti argumentų šia mintimi nepasinaudoti.

Pirmosios keturiolika GPT geriausiai atspindi priešsuicidinės kančios ir suicidiškumo iškilimo patirtis. Likusios keturios GPT labiau susijusios su refleksija apie tai, ko susidūrus su priešsuicidine kančia tyrimo dalyviams labiausiai reikėjo, trūko.

15. Pažintis su savimi patiriama kaip prevencinė priemonė, siekiant išvengti trigerinančių įvykių ir afektinių būsenų

Ši GPT identifikuota 7 iš 12 interviu. Dalį penkioliktajai GPT priklausančių patirtinių teiginių sudaro interviu fragmentai iliustruojantys tiesioginį tyrimo dalyvių svarstymą, jog savęs pažinimas yra būdas išvengti pasikartojančių afektų. Pavyzdžiui, apibendrindamas savo patirtį, Robertas dalinasi savo mintimis apie tai, ko jam labiausiai trūko, kad nepradėtų galvoti apie savižudybę:

((ilgesnė pauzė)) Tiesiog reikia suprasti save ir pastoviai analizuoti ((pauzė)). Kodėl aš toks ir ne kitoks, ir ką aš galėčiau padaryti, kad... kad būti ten, kur aš noriu būti. Ir kasdieną link to tikslo eiti ((ilgesnė pauzė)). Vaistai yra tik vitaminai ((pauzė)). Ir narkotikai taip pat ((pauzė)). (Robertas)

Interviu fragmente Robertas dalinasi patiriantis savęs pažinimo svarbą, kad galėtų kurti tokį gyvenimą, kokio nori. Tačiau tam reikia suprasti savo norus ir dėti pastangų jų siekti.

Kita tyrimo dalyvė antrina:

Ir svarbu turėt savo tą patį smegenų lavinimą, ir bandyt save suprasti, ir pamatyti tuos visus audros debesis prieš prasidedant audrai. (Juliana)

Juliana papildo, kad savęs pažinimas svarbus gebėjimui atpažinti beprasidedančią afektinę būseną. Kaip ji teigia, galima pastebėti įspėjamuosius ženklus – „audros debesis“.

Kita grupė fragmentų, priklausančių šiai GPT, iliustruoja labai skirtingus instrumentus, kuriuos tyrimo dalyviai taikė arba taiko siekdami sau padėti. Bendras šių instrumentų bruožas – jie gali būti parinkti krizei spręsti tik pakankamai gerai pažįstant save ir savo krizes bei jie padeda mažinti afektinių būsenų pasikartojimą. Pavyzdžiui Lėja dalinasi daugeliu būdų, kaip dabar ji stengiasi rūpintis savimi. Vienas iš jų:

Tuos trigerius pasistengiu per tuos pusę metų, iš tikrųjų, išmesti iš savo gyvenimo. Tam tikrus žmones ir panašiai. Ir vakar pastebėjau, kad žmogus

parašė būtent... būtent tas, kuris sukėlė pagrindinį triggerį ir mano širdis iškart visa tokia... ir aš tada galvoju „Reikia skambinti [vardas]“, savo geriausiam draugui ((susijuokia)). Nes mes... mes turim savą sistemą šitiem visiems triggeriam. (Lėja)

Šiame ir kituose fragmentuose Lėja dalinasi, jog atsitraukimas nuo triggerinančių įvykių padeda mažinti pasikartojančius afektus. Taip pat pokalbis ir kvėpavimo pratimas su geriausiu draugu jai padeda nurinti vos afektinėms būsenoms prasidėjus.

Robertui padėjo vaikščiojimas:

...pradžioj tai man išsivaikščiojimas... Vaikščiodavau, išsivaikščiodavau ir geriau pasidarydavo. Po to- <...> praeidavo ir stresas tas praeidavo man. Vaikščiojimas padėjo. O po to, po truputį, po truputį gerėjo... (Robertas)

Kitiems tyrimo dalyviams padėjo susitelkimas į rūpinimąsi sau svarbiais santykiais, atvirumas ir tiesos išsakymas nebepakeliant slėpimo naštos, aplinkinių žmonių reakcijų klausymasis (kai tyrimo dalyviui prastėdavo būseną, aplinkiniai padėdavo tai pastebėti), nenoras skaudinti mylimųjų. Kiekvieno tyrimo dalyvio instrumentai siekiant mažinti afektyvių būsenų dažnį arba intensyvumą skyrėsi gan stipriai.

Ši GPT leidžia stebėti tyrimo dalyvių patirties lauke iškilusį poreikį rūpintis savimi prevenciškai. Galima daryti išvadą, kad tyrimo dalyvių patirtimi, norint mažinti afektyvių būsenų keliamą grėsmę, vertingiausia pažinti save, triggerinančius įvykius, afektyvių būsenų dinamiką ir pritaikyti individualius į žmogaus afektyvės būsenos prigimtį orientuotus instrumentus. Ši GPT rodo ir intuityvią tyrimo dalyvių nuorodą į tai, kad patiriama priešsuicidinė kančia yra stipriai susijusi su subjektyviu žmogaus savo gyvenimo patirties naratyvu, nes jie dalinasi, jog savęs ir savo afektyvių būsenų pažinimas gali veikti kaip prevencinė priemonė suicidiškumo iškilimui.

16. Kito žmogaus artumas patiriamas kaip priemonė galinti padėti nurinti esant afektyvės būsenos

7 iš 12 tyrimo dalyvių dalinasi patiriantys žmogaus artumą kaip priemonę nurinti, esant afektyvės būsenos. Į pastarąją GPT pateko interviu fragmentai iliustruojantys apkabinimo, artumo, palaikymo, išklauso, meilės, buvimo kartu poreikius, kurie buvo apibendrinti į artumo temą. Pavyzdžiui paklausus Lėjos „ko tuo metu kai pradėjai galvoti apie savižudybę labiausiai trūko, kad net nebūtum pradėjusi apie ją galvoti?“, ji atsakė:

((pauzė)) Apkabinimo. Realiai tai [geriausio draugo vardas]. Jeigu jis būtų būtent buvęs kambaryje, ne per toli... nors ir buvo [didmiestyje]... bet vis tiek, aišku, sugebėjo ir greitąją suorganizuot ir visa kita... Bet man tuo metu trūko žmogaus, kuris tiesiog apkabintų ir viskas ((pauzė)). Nieko, nieko, nieko daug, nieko tokio super fancy. Jokių ten cepelinų ir panašiai ((abi juokiasi)). Tikrai tiesiog apkabinimo ir supratimo, ir leidimo išsibūti, iš tikrųjų. Ir gal būtų praėję normaliai. (Lėja)

Kilus afektinei būsenai, kurios metu Lėja mėgino nusižudyti, tyrimo dalyvei labiausiai trūko saugios psichologinės erdvės (ryšio su draugu) ir laiko, kad afektinė būseną nurimtų – „leidimo išsibūti“.

Kita tyrimo dalyvė, panašu, interviu metu pastebėjusi, kad į apkabinimo svarbą, esant afektinės būsenos, nežiūrima rimtai, pakartojo kelis kartus:

Ona: Kad kažkas apkabintu ir sakytų, kad suprantu ((ilga pauzė)). Jo, kad tiesiog žmogaus šalia.

Int.: Kada žmogus turėtų, ar kaip turėtų būti?..

Ona: Man užtektų paprasčiausio apkabinimo, jo... ((ilga pauzė)).

Int.: Stipru... Jo... ar yra dar kažkas, ko galbūt reiktų tuo metu?

Ona: Tiesa sakant, aš rimtai, tik apkabinimo būtų užtekę. Tikrai, nuoširdžiai ((nusijuokia)).

Šiame interviu fragmente Ona pabrėžia tikinti, kad tuo metu, kai kilo mintys apie savižudybę, jai būtų pakakę apkabinimo ir kylanti afektinė būseną būtų nurimusi.

Abiejų tyrimo dalyvių interviu fragmentuose matyti išreikštas artumo trūkumas kylant suicidiškumui. Taip pat, apkabinimo patyrimas kaip paprasto, neprašmatnaus būdo nurimti.

Paklausus Vandos, ko jai labiausiai trūko prasidėjus afektinei būsenai, ji dalinosi:

Žmogaus šalia, kuris padėtų viską atlaikyt. Nes visą laiką kai užaina blogai, man reikia, kad kažkas mane prižiūrėtų, paguostų. Labai mėgstu kontaktą su žmonėmis, apkabinimus ir švelnumą, nes to negavau [užsienyje] ilgą laiką. Tai... to labiausiai trūksta. (Vanda)

Vanda pasidalina įžvalga, jog kito žmogaus artumo reikia todėl, kad artumo ilgą laiką nepatyrė. Gali būti, kad artumo poreikis afektinės būsenos

metu yra susijęs su išskylančiais didelio trūkumo jausmais, su kuriais žmogus ir anksčiau buvo paliktas vienas.

Šešioliktoji GPT atskleidžia, kad artumas su kitu patiriamas kaip gydantis afektinę būseną ir stabdantis suicidiškumo iškilimą. Galima kelti prielaidą, kad suicidiškumas yra priešingybė artumui, o suicidiškumo iškilimas susijęs su artumo stoka.

17. Mirtis patiriama kaip vienintelis poreikis esant afektinės būsenos

2 tyrimo dalyviai iš 12 dalinosi, kad esant afektinės būsenos iš tiesų jiems nieko daugiau nereikėjo. Remiantis jų patirtimi, padėti galėjo tik mirtis. Pavyzdžiui Brigita, paklausus apie jos poreikius prasidėjus ūmiai afektinei būsenai, dalinosi savo įžvalgomis:

Nee, žinokit nieko. Tada... ((pauzė)) tada, iš tikrųjų, man nieko nereikėjo. Man reikėjo tik tai mirties. Nieks man nebūtų padėję. Nebent jeigu būtų buvęs vaikas šalia aš to nebūčiau padarius, nes man būtų reikėję juo rūpintis. Bet, kadangi, dukra išvažiavo su juo, tada buvo tikrai – mirt, mirt, mirt, mirt. Vaikas jeigu būtų... jeigu jinai būtų neišvežus... aš gal... bet, žinokit, aš vis tiek būčiau pradėjus... verkus, skambinus vyrui grįžt namo... Ir aš būčiau išėjus kažkur į mišką ir prisigėrus vaistų. (Brigita)

Brigita, reflektuodama apie savo patirtį, dalinosi patirtu aiškiai išreikštu noru mirti kai kitos alternatyvos jai atrodė nepakankamos norą nuslopinti.

Marija užsiminė trumpai, tačiau taip pat pasidalino, kad nemato kito būdo, kas galėjo jai padėti.

Dabar nežinau ((pauzė)). Nežinau, nežinau, ko galėjo man reikėti tuo metu. Tuo metu atrodo, kad nieko kito nereikia. ((ilga pauzė)) (Marija)

Nors Marija nesugalvojo, kas jai galėjo padėti prasidėjus krizei, kalbėdama apie kitus žmones pasidalino, kad svarbiausia tokioje krizėje išlaukti, išbūti ir viskas praeina:

Praeis. Viskas praeina. Tiek geri dalykai, tiek blogi dalykai praeina. Svarbiausia išlaukti, nes kartais ką gali padaryti – tiesiog laukti, nieko aktyviai nedaryti, bet... bet kartais to... tai būna didžiausia ką gali padaryti ir to užtenka. Neverta yra kažkaip net nusižudyti, žalotis, kažkaip bandyti užbaigti savo kančią pačiam, nors jau tikrai vyksta, aš labai taip tikiu. (Marija)

Nors Marija teigė, kad kilus afektinei būsenai ir iškilus suicidiškumui niekas negalėjo padėti, kitoje interviu dalyje ji dalinasi tikinti, jog suteiktas

laikas ir erdvė gali padėti. Panašiai kalbėjo ir Brigita. Nors viename interviu fragmente dalinosi, jog niekas negali padėti, kitame fragmente pasakojo apie tiesios išsakymo artimiesiems ar specialistų pagalbos vertę iškilus suicidiškumui. Kita vertus, svarbu pastebėti, kad momentinė žmonių patirtis gali būti tokia, jog padėti gali tik mirtis.

Nors nedaug patirtinių teiginių sudaro septynioliktąją GPT, tačiau ji yra svarbus radinys, rodantis, kad kartais susidūrus su žmogumi esančiu ūmioje afektinėje būsenoje, vienintelis jo patiriamas poreikis gali būti mirtis. Tokiais atvejais, gali būti vertinga suteikti laiko ir erdvės būsenai praėiti.

18. Specialistų pagalba patiriama kaip reikalinga, kai kilus afekotinei būsenai arba joms kartojantis nebepavyksta padėti pačiam/-iai sau

Ši GPT identifikuota 4 skirtinguose interviu iš 12. Ją sudaro interviu fragmentai, kuriose išreikštas pagalbos iš specialistų lūkestis, tikint, jog specialistų priežiūra gali mažinti suicidinių krizių dažnį. Pavyzdžiui Juliana dalinosi:

Tai po to bandymo nusižudyt ir toliau jokių vaistų, jokių gydymų aš neturėjau. Jokių visiškai... jokių psichologo vizitų galiausiai nebeturėjau. Nieko. Visiškai negydoma buvau. <...> Svarbu, svarbu nepamiršt vis tiek to gydymo. (Juliana)

Juliana dalinosi, kad dirbant su savo savižudybės rizika yra svarbi specialistų pagalba ir išreiškė apmaudą, jog pagalba jos nepasiekė.

Brigita, nemačiusi kitos išeities iš afektinės būsenos tik savižudybę, patiria, kad specialistai galėję jai padėti:

Ir aišku, man iš tikrųjų dar ką reikėjo daryti, kalbėt su psichologais. Bet vėl gi, aš skambinau daktarei, sakau „daktare, aš noriu nusižudyt, padėkit man, paguldykit į ligoninę“, „Brigita tu stipri, tu gali, tu užsispyrus, tu nesižudyk“. <...> Jinai galėjo mane paguldyt į ligoninę ir kažkaip pakoreguot vaistus ar priskirt antidepressantus, ar išmigdyt. Kažką tai galėjo padaryt. Tikrai galėjo jinai padėt. Paguldyt į lengvą skyrių ir ten papa- paleist kokio [vaistų pavadinimas]. Ar ten to... kadangi negėriau [vaistų pavadinimas]... ir ten to [vaistų pavadinimas] pagirdyt, kad aš išmiegočiau naktį ir pailsėčiau. Kažkaip slopint tą nervinę sistemą. (Brigita)

Interviu fragmentuose Brigita dalinosi, jog esant afektinės būsenos, norint apsisaugoti nuo kylančio noro nusižudyti, itin svarbu afektinę būseną mažinti. Remiantis Brigitos perspektyva, kai pačiam žmogui nurimti neišeina, o šalia nėra kito žmogaus galinčio padėti nurimti, padėti gali specialistai.

Laimono interviu identifikuota, jog tyrimo dalyvio būseną patekus į ligoninę greitai ima gerėti, o išsirašius ir grįžus namo per maždaug tris dienas jo būseną vėl blogėja. Toks patirties modelis jo pasakojime pasikartojo bent tris kartus. Apie ligoninės naudą tyrimo dalyvis pasakoja taip:

Ir vėl nežinau. Labiau nu, kaip sakyt... bet čia tai būna prieš... prieš tą... ką čia sakyt? Čia pavalgydintas ligoninėj, nu tabletė paduota. Būna tas toksai stresinis prieš dieną kiek, bet po to aš normaliai. Nu ir viskas. Išėjau. O... Kaip sakyt, optimistiškai nusiteikęs, pagerėjo, taip toliau. Nežinau kodėl vėl nu taip kažkaip taip pablogėjimas. (Laimonas)

Laimono interviu fragmente matyti, kad ligoninėje jis gauna rūpesčio ir įsikvepia optimizmo, todėl nerimas ima rimti.

Paskutiniąjį aštuonioliktoji GPT dar kartą papildė, kad esant afektinės būsenos svarbiausia suteikti erdvės ir laiko kilusiai afektinei būsenai nurimti. Kartais, kai afektinė būseną yra per intensyvi ir žmogus negali nurimti pats, kai šalia nėra žmonių galinčių padėti nurimti, žmonės patiria poreikį specialistų pagalbos.

3.3. Suformuotų grupės patirtinių temų apibendrinimas

Pirmosios keturiolika GPT geriausiai atspindi priešsuicidinės kančios formavimosi procesą ir išskylančio suicidiškumo patirtį, mėginusių nusižudyti žmonių istorijose. Todėl pirmosios keturiolika GPT apibendrinamos atskirai 3.3.1. poskyryje. Likusios keturios GPT (nuo 15 iki 18) labiau susijusios su refleksija apie tai, kokius poreikius patiria žmonės priešsuicidinės kančios ir suicidiškumo iškilimo etapuose. Šios keturios GPT apibendrinamos kitame 3.3.2. poskyryje.

3.1.1. Priešsuicidinės kančios patirties ir prielaidų suicidiškumui iškilti formavimosi modelis

Siekiant aiškiau pavaizduoti iš 12 tyrimo dalyvių pasakojimų gautų rezultatų visumą, buvo sudaryta priešsuicidinės kančios formavimosi modelį vaizduojanti schema, kurioje atsispindi nuosekli patirties raida nuo didelio trūkumo jausmų atsiradimo iki kylančių minčių apie savižudybę (žr. 2 paveikslą). Ši schema yra pagrįsta 12 giluminių interviu medžiaga, 14 GPT, 150 individualių patirtinių temų ir 1131 interviu fragmentu. Geriausiai tyrimo metu sudarytas modelis atspindi tyrimo dalyvių patirčių visumą, t. y. kokių modelių galima gauti sudėjus 12 žmonių priešsuicidinės kančios patirties

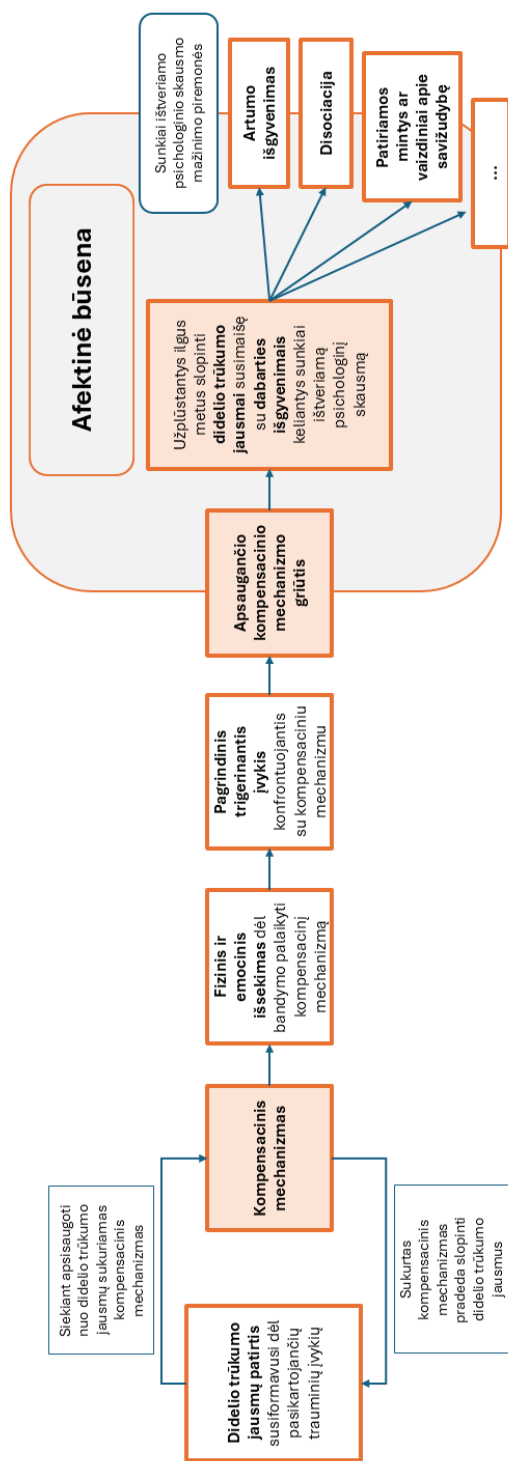
istorijas. Iš viso jis sudarytas iš 14 GPT, kiekviename interviu atsispindėjo nuo 4 iki 12 skirtingų GPT.

Remiantis sudarytu modeliu, judėjimo link bandymo nusižudyti pradžia gali būti siejama su pasikartojančiomis trauminių patirčių išgyvenimo patirtimis, kurios žmogaus viduje formuoja intensyvius didelio trūkumo jausmus. Tai gali būti priėmimo, meilės, savo gyvenimo kontrolės, švelnumo, gerumo, ramybės ar pilnatvės stoka. Ilgainiui besitęsiantis negalėjimas šio trūkumo užpildyti gali skatinti kančios patirties formavimąsi ir silpninti norą gyventi.

Siekdamas apsisaugoti nuo šių skausmingų didelio trūkumo jausmų, žmogus gali sukurti kompensacinį mechanizmą, padedantį juos slopinti ir su jais tiesiogiai nesusidurti. Pavyzdžiui, jei artimiausi šeimos nariai kelia nepakeliamą skausmą, gali susiformuoti nuostata, kad šeima nėra reikalinga, nes pakankamą pilnatvę suteikia draugai. Tokiu būdu kompensacinis mechanizmas padeda izoliuoti šeimos santykių keliamą skausmą ir apsaugo nuo vidinių didelio trūkumo jausmų.

Vis dėlto skaudžios patirtys, nors ir slopinamos, išlieka žmogaus fenomenologiniame lauke ir gali būti aktyvinamos aplinkoje vykstančių įvykių. Kiekvieno susidūrimo su trigerinančiu įvykiu metu kompensacinis mechanizmas yra išbandomas, todėl turi būti nuolat palaikomas ir stiprinamas, kad nesusilpnėtų ar nesugriūtų. Pavyzdžiui, pajutus užuominą apie draugo nepagarbą, žmogui, kuris tiki, kad draugai yra vienintelis jo vertės šaltinis, ši patirtis turi būti slopinama, kad apsauginis mechanizmas galėtų toliau funkcionuoti.

Ilgainiui, jei trigerinančių įvykių pasitaiko daug, žmogus gali fiziškai ir emociškai išsekti. Patirčių slopinimas ir kompensacinio mechanizmo palaikymas reikalauja daug vidinių resursų, todėl kuo dažniau žmogus susiduria su situacijomis, konfrontuojančiomis su susikurtu kompensaciniu mechanizmu, tuo labiau jis fiziškai ir emociškai išsenka ir tampa pažeidžiamesnis.



2 pav. Iš šio tyrimo duomenų sudarytas priešsuicidinės kančios ir suicidiškumo formavimosi patirties modelis

Anksčiau ar vėliau žmogaus gyvenime gali įvykti patirtis, kuri yra nesuderinama su kompensacinio mechanizmo nuostata ir galutinai su ja konfrontuoja. Pavyzdžiui, asmuo, tikintis, kad draugai yra jo pagrindinis vertės šaltinis, gali susidurti su netikėta kritika ar išdavyste. Tokiu atveju toks įvykis gali tapti pagrindiniu triggerinančiu įvykiu sugriaunančiu galimybę kompensaciniam mechanizmui toliau egzistuoti. Žmogus netenka apsaugos ir vienu metu susiduria su ilgus metus slopintais didelio trūkumo jausmais, kurie susipina su dabartinių įvykių keliamais išgyvenimais. Šių išgyvenimų pagrindu gali prasidėti intensyvi afektinė būseną.

Svarbu pažymėti, kad iki šio momento dar negalima teigti, jog žmogus jau yra savižudybės procese. Remiantis tyrimo rezultatais, dažniausiai pirmos mintys apie savižudybę kyla būtent afektinės būsenos metu. Galima manyti, kad tokias intensyvias afektines būsenas gali patirti kiekvienas žmogus – tiek tas, kuris niekada nepatirs savižudybės krizės, tiek tas, kuris su ja susidurs.

Patiriant tokio intensyvumo būseną, kai praeities ir dabarties įvykių sukeltas psichologinis skausmas tampa itin stiprus, žmogaus dėmesys ir energija gali susitelkti į vieną pagrindinį klausimą – kaip sumažinti nepakeliamą kančią. Tyrimo duomenys rodo, kad šiuo metu gali iškilti įvairūs sprendimo būdai: skambutis artimam žmogui, kreipimasis į specialistą, aktyvi veikla, disociacinė būseną ar mintys apie savižudybę. Dalis tyrimo dalyvių pasakojo, kad mintys apie savižudybę kilo tarsi automatiškai – kaip intuityvus sprendinys nutraukti nepakeliamą kančią, kuriam afektinės būsenos metu labai sunku pasipriešinti.

Galima daryti prielaidą, kad žmonės, kurie tokiose situacijose nepatiria suicidiškumo, randa alternatyvių būdų sumažinti nepakeliamą skausmą, o tie, kurie patiria išskylančią suicidiškumą, savižudybę gali suvokti kaip būdą patiriamą kančią sumažinti ir atgauti ramybę.

3.1.2. Priešsuicidinės kančios ir išskylančio suicidiškumo įveikos būdai

Apibendrinant tyrimo dalyvių refleksiją apie tai, ko žmogui gali labiausiai trūkti išgyvenant priešsuicidinę kančią ir išskylančią suicidiškumą, išskirti keturi įveikos būdai. Jie sudaryti iš 4 GPT (15-18), yra pagrįsti 10 giluminių interviu medžiaga, 20 patirtinių temų, 85 interviu fragmentais.

Galimi žmogaus poreikiai patiriant priešsuicidinę kančią ir suicidiškumo iškilimą:

1. Pasikartojančių afektinių būsenų prevencijai svarbiausias **savęs pažinimas**, kuriuo siekiama suprasti, kas afektines būsenas sukelia ir

kaip galima sumažinti jų intensyvumą, jeigu būseną jau prasidėjo. Itin svarbu, kad afektinės būsenos prevencinės ir intervencinės priemonės būtų parinktos konkrečiam žmogui. Remiantis tyrimo rezultatais matyti, kad kiekvienam žmogui veikia itin skirtingos priemonės. Taigi, kuo geriau žmogus save pažįsta, tuo tikslesnes prevencines ir intervencines afektinės būsenos priemones gali pasirinkti.

2. Esant afektinės būsenos, žmogui sunku kontroliuoti savo elgesį, todėl geriausiai afektinės būsenos intensyvumą sumažinti ir ją išbūti gali padėti **patiriamas kito žmogaus artumas**: apkabinimas, buvimas šalia, išklausymas, palaikymas. Svarbu, kad žmogus iš tiesų artumą patirtų ir justų, jog jam suteikiama psichologinė erdvė bei pakankamai laiko afektinei būsenai nuslopti.
3. Kartais žmogus gali patirti, kad jam **nieko kito nereikia tik mirties**. Nors tyrimo rezultatai rodo, kad galų gale žmonės gali sugalvoti alternatyvių priemonių, tačiau intensyvioje afektinėje būsenoje žmogus iš tiesų gali patirti, kad niekas kitas nebegali padėti, tik mirtis.
4. Kartais, kai žmogui pačiam ir šalia esantiems žmonėms sumažinti afektinės būsenos intensyvumo nepavyksta, tikima, kad **padėti gali psichikos sveikatos specialistai**.

Panašu, kad kiekviename savižudybės proceso etape žmogui gali reikėti kiek skirtingų priemonių. Jeigu afektinės būsenos neprasidėjusios, prevenciškai gali padėti savęs pažinimas. Jeigu afektinė būseną jau prasidėjusi – gali padėti intervenciniai instrumentai, pritaikyti specifiškai konkretaus žmogaus afektinėms būsenoms pagal jo gyvenimo istoriją ir gali padėti artumo su kitais žmonėmis išgyvenimas. Jeigu afektinė būseną, o kartu ir sunkiai ištveriamas psichologinis skausmas nemažėja, gali kilti noras nusižudyti, siekiant kančią nutraukti. Kai pačiam ir aplinkiniams afektinės būsenos sumažinti nepavyksta, gali padėti psichikos sveikatos specialistai.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Atliktu tyrimu buvo siekiama geriau suprasti žmogų ir jo patiriamą priešsuicidinę kančią, tai, kaip formuojasi prielaidos suicidiškumui iškilti ir ko tokiu metu žmogui gali labiausiai trūkti. Toliau aptariama, kaip gauti šios disertacijos tyrimo rezultatai gali padėti atsakyti į minėtus klausimus.

Gautuose tyrimo rezultatuose atsispindi pakankamai daug savižudybės proceso aspektų, diskutuojamų šiuolaikinėse suicidiškumo teorijose, kurios buvo aptariamose Įvado dalyje (žr. 1.2. ir 1.3. skyrius). Pavyzdžiui iš šio tyrimo rezultatų matyti, kad prie suicidiškumo iškilimo prisideda grupė gyvenime įvykusių ir išgyventų įvykių, o ne vienas įvykis. Tokia priešsuicidinio etapo dinamika rasta ne tik šiame tyrime, bet ir atsispindi daugelyje suicidologinių teorijų (Baumeister, 1990; Durkheim, 2005; O'Connor & Kirtley, 2018; Orbach, 2006; Rudd, 2006; Shneidman, 2002; Van Orden, 2014). Šalia to, atlikto tyrimo duomenyse galima atpažinti Shneidman (2002) ir Van Orden (2014) aprašomus blokuojamus psichologinius poreikius; psichologinio skausmo konstrukta (Orbach, 2006; Shneidman, 2002); afektinėje būsenoje galima atpažinti kitų suicidologinių teorijų autorių aptariamus žlugimo, pažeminimo ir naštos jausmus (Baumeister, 1990; O'Connor & Kirtley, 2018; Van Orden, 2014); troškimą patirti ryšį su kitais (Baumeister, 1990; Durkheim, 2005; Van Orden, 2014); spąstų ir troškimo ištrūkti patirtis (Baumeister, 1990; Durkheim, 2005; O'Connor & Kirtley, 2018; Shneidman, 2002; Van Orden, 2014)). Tyrimo duomenyse taip pat buvo identifikuota disociacija, kurią detalai aprašė Orbach (2006), ir savižudybės kaip sprendimo paieškos samprata (Shneidman, 2002). Šios disertacijos tyrimo rezultatų atitikimas šiuolaikinėje suicidologijoje taikomiems teoriniams modeliams rodo, kad tyrimu sėkmingai analizuotas mokslo lauke diskutuojamas savižudybės procesas, o gauti rezultatai gali prisidėti prie gilesnio šio proceso supratimo.

Savižudybės proceso sąvoka yra pakankamai plati, todėl vertinga aptarti, kokią jo dalį geriausiai gali padėti atskleisti gauti tyrimo rezultatai. Tam pasitelkti galima Rudd (2006) Nestabilumo-pažeidžiamumo teorinį modelį, kuriame autorius diferencijavo ūmų suicidiškumą nuo chroniško, detaliau aprašytą Įvado dalyje (žr. 1.3.3. poskyrį). Anot autoriaus, ūmi suicidinė krizė kyla dėl suicidinės būsenos aktyvacijos – ji greitai prasideda ir greitai baigiasi. Ūmios krizės gali kartotis. Antrajam, chroniškam suicidiškumui, būdinga pakankamai stabili suicidinė būsena, bėgant laikui per daug nesikeičianti. Atlikto tyrimo rezultatai geriausiai pritaikytini ūmių suicidinių krizių

sampratai. Tyrimo rezultatuose matyti, kaip formuojasi neištvieriamos kančios patirtis, kurią sužadina aplinkoje vykstantys trigerinantys įvykiai ir sukelia afektines būsenas. Tokiu būdu sudaromas palankus pagrindas suicidiškumui iškilti. Rudd (2006) modelyje tokia dinamika atitinka aprašytos suicidinės būsenos (angl. *suicidal mode*) aktyvaciją. Anot autoriaus, aplinkoje vykstantys įvykiai stimuliuoja pažeistus suicidinės būsenos komponentus ir ją aktyvuoja, sukeliant žmogui suicidinę krizę. Disertacijos tyrimo rezultatų kontekste modelis yra svarbus, nes padeda identifikuoti atskirtį tarp ūmių suicidinių krizių ir chroniško suicidiškumo, neapibendrinti rezultatų visam suicidiškumui. Taip pat, disertacijos duomenys praplečia Rudd (2006) aprašytą modelį, pasiūlydami atsakymus į tokius klausimus kaip – kokie nuostatų komponentai yra svarbiausi suicidiškumo iškilimui. Iš tyrimo duomenų matyti, kad tai subjektyviai suformuoto kompensacinio mechanizmo nuostata, kurią žmogus susikuria saugodamasis nuo didelio trūkumo jausmų. Taip pat, kodėl būtent kai kurie žmogaus gyvenimo aspektai tampa pažeisti. Iš tyrimo duomenų sužinojome, kad pažeidimas įvyksta per pasikartojančias traumines patirtis ir jų paliekamus pėdsakus – suformuotą kompensacinį mechanizmą ir poreikį jį išsaugoti. Visa, kas grasina šiai dinamikai, gali tapti trigerinančiu įvykiu.

Planuojant tyrimą, kryptingai nebuvo siekiama tirti tik ūmų suicidiškumą, tačiau parinkta tyrimo strategija galėjo padiktuoti aplinkybes, dėl kurių tyrime sudalyvavo žmonės, kuriems labiau būdingos ūmios suicidinės krizės, o ne chroniškas suicidiškumas. Tyrimas buvo atliekamas Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre, kuriame pacientai gydomi apie tris savaites. Pagal įtraukimo į imtį kriterijus, dalyvauti tyrime buvo kviečiami tie pacientai, nuo kurių paskutinio mėginimo nusižudyti nebuvo praėję daugiau nei metai, o kvietimo metu pacientai turėjo neturėti minčių apie savižudybę. Šiuos kriterijus labiau atitinka žmonės, kuriems būdingas ūmus suicidiškumas. Taigi, surinkti duomenys ir sudarytas grupės patirčių modelis geriausiai atspindi ūmių suicidinių krizių, kurios gali kartotis, patyrimą. Taip rekomenduojama interpretuoti šio tyrimo rezultatus.

4.1. Priešsuicidinės kančios patirtis ir suicidiškumo iškilimas

Šiame tyrime kelti klausimai, kaip žmonės patiria priešsuicidinę kančią ir suicidiškumo iškilimą, ko jiems tuo metu labiausiai trūksta, kad suicidinės mintys nekiltų. Klausimai buvo keliami remiantis prielaidomis, kad daugelis suicidologinių teorijų autorių suicidiškumą kildina iš susiklosčiusių gyvenimo

sunkumų, keliančių distresą, peraugantį į kančios patirtį. O'connor ir Kirtley (2018) teigimu pažeidžiamumo veiksniai kartu su aplinkos sąlygomis ir žmogui nutinkančiais gyvenimo sunkumais (įskaitant ankstyvasias gyvenimo patirtis) kumuliuojasi ir formuoja suicidiškumui iškilti palankų biopsichosocialinį kontekstą. Vis dėlto, kaip formuojasi kumuliacinio efekto patirtis ir kokie įvykiai prie jos prisideda nėra aišku. Kilęs psichologinis skausmas, kai iškreipiami arba blokuojami žmogaus poreikiai, gali tapti nepakeliamu žmogui (Shneidman, 2002) ir ilgainiui įgauti kančios mastą. Tačiau nėra aišku, kaip blokuojami ar iškreipiami poreikiai, paskatinantys suicidiškumo iškilimą ir kada nepatenkinti poreikiai tampa nebepakeliamais, vedančiais į savižudybę.

Šiame tyrime buvo siekiama dar giliau pažvelgti į aprašytą susiklosčiusių gyvenimo sunkumų bei kylančio psichologinio skausmo patyrimą. Siekta žvelgti į kančios išgyvenimą iš subjektyvios žmogaus perspektyvos ir pabandyti ją suprasti kaip nenutrūkstamą procesą vykstantį žmogaus fenomenologiniame lauke. Remiantis atlikto tyrimo rezultatais, priešsuicidinės kančios patirtį geriausiai galima suprasti per kumuliacinio efekto, pasikartojančių trauminių išgyvenimų, kompensacinio mechanizmo ir afektyvių būsenų patirtį bei jų metu vykstančių afektyvių procesų (tokių kaip pagrindinio triggerinančio įvykio sukelti išgyvenimai, disociacija ir iškylančios mintys apie savižudybę) patyrimą. Jos aptariamos toliau.

4.1.1. Kumuliacinio efekto patirtis

Šio tyrimo rezultatai rodo, kad prie sunkumų kumuliacijos patirties prisideda ne vienas, o grupė įvykių events (žr. 3.2. skyriaus 1 punktą), tačiau ne visi priešsuicidiniame etape vykstantys, net ir sunkūs, įvykiai patiriami kaip tiesiogiai veikiantys suicidiškumą, tuo pačiu ir kumuliacijos patirtį events (žr. 3.2. skyriaus 2 punktą).

Daugelyje mokslinių tyrimų patvirtinama, kad prie iškylančio suicidiškumo prisideda ne vienas, o daug įvykių (Howarth et al., 2020; Serafini et al., 2015). Toks požiūris būdingas ir teoriniams suicidiškumo modeliams (O'Connor & Kirtley, 2018; Rudd, 2006; Van Orden, 2014). Kita vertus, mano žiniomis, tyrimų, kuriuose būtų pabrėžiama, jog kai kurie sunkūs įvykiai arba aplinkybės gali būti tiesiogiai nesusiję su priešsuicidinės kančios patirtimi ir iškylančiu suicidiškumu, nėra.

Šie disertacijos tyrimo rezultatai leidžia daryti išvadą, jog prie priešsuicidinės kančios patirties prisideda grupė specifinių įvykių ar

aplinkybių, turinčių tarpusavyje kažką bendro ir tuo pačiu besiskiriančių nuo kitų panašiu metu patiriamų sunkių gyvenimo įvykių. Tyrime rasti tokie įvykiai, nesusiję su priešsuicidinės kančios patirtimi: finansų trūkumas išlaikyti šeimą, onkologinė liga, nutrūkę santykiai su romantiniu partneriu, konfliktai su šeima ir pan. Idomu tai, kad panašūs sunkūs gyvenimo įvykiai įprastai moksliniuose tyrimuose laikomi suicidiškumo rizikos veiksniais (Carrasco-Barrios et al., 2020; Fergusson et al., 2000). Taip pat ir atliktame disertacijos tyrime kai kurie pakankamai panašūs įvykiai, pavyzdžiui išsiskyrimas su partneriu arba finansiniai sunkumai, vienų žmonių istorijose buvo patiriami kaip nesusiję su iškylančiu suicidiškumu, o kitose kaip vieni esmingiausių. Tokie tyrimo rezultatai dera su moksline nuostata, kad ne tik įvykio pobūdis pats savaime yra svarbus, bet ir įvykiams priskiriama subjektyvi reikšmė (Kölves et al., 2006; Liu & Miller, 2014; Michel, Shand, et al., 2021). Taigi, atliekant mokslinius tyrimus vertinga sekti, kuriuos sunkius gyvenimo įvykius žmogus yra linkęs sieti su priešsuicidine kančia ir suicidiškumo iškilimu, o kurių ne. Rekomenduojama vengti automatinio sunkių gyvenimo įvykių priskyrimo suicidiškumo iškilimui, ypač mažesnės apimties tyrimuose.

Moksliniuose darbuose, kuriuose kiek detaliau gilinamasi į kumuliacinį efektą, teigiama, jog susiklosčiusių gyvenimo sunkumų keliama įtampa sumuojasi, taip pat dabartyje distresą keliantys įvykiai veikia kaip priminimas žmoguje jau esamo distreso (N. H. Lee et al., 2022; O'Connor & Kirtley, 2018; Townsend et al., 2016). Atlikto disertacijos tyrimo rezultatai gali padėti giliau suprasti šias prielaidas. Remiantis jais, prie kumuliacinio efekto patyrimo prisideda bent keli skirtingi neigiamų gyvenimo įvykių tipai. Pirma, pasikartojantys trauminiai įvykiai, dėl kurių išgyvenimo formuojasi didelio trūkumo jausmai. Tai atitiktų žmoguje glūdintį distresą. Antra, grupė gyvenimo įvykių, konfrontuojančių su kompensaciniu mechanizmu, nuolat primenančių apie didelio trūkumo jausmų egzistavimą ir sekinančių žmogų fiziškai bei emociškai. Trečiasis tipas – pagrindinis trigerinantis įvykis, konfrontuojantis su kompensaciniu mechanizmu ir iš esmės jam prieštaraujantis, po kurio užplūsta ilgas metus slopinti didelio trūkumo jausmai. Taigi, remiantis šio tyrimo rezultatais, kumuliacinis efektas yra kiek sudėtingesnis – jam patirti reikia bent trijų skirtingų neigiamų gyvenimo įvykių tipų – trauminių, konfrontuojančių ir atliekančių pagrindinio trigerinančio įvykio vaidmenį. Taip pat, reikalingos subjektyvios patirties sąlygos – susiklostę didelio trūkumo jausmai ir susiformavęs nuo jų saugantis kompensacinis mechanizmas, aplinkoje vykstančių įvykių patyrimas kaip

konfrontuojančių, jiems priskiriant atitinkamą reikšmę, ir vieno įvykio patyrimas kaip nesuderinamo su kompensaciniu mechanizmu. Atlikto tyrimo rezultatai leidžia kelti dar vieną prielaidą – priešsuicidinės kančios etape ne distresas kaupiasi, o silpnėja kompensacinis mechanizmas. Tai reikštų, jog dirbant su žmonėmis, išgyvenančiais priešsuicidinę kančią arba suicidiškumą, vertinga ne tik mažinti distreso patirtį, bet ir stiprinti jų kompensacinį mechanizmą.

Apibendrinant, kadangi tyrimų apie priešsuicidinės kančios etapą nėra daug, šio tyrimo rezultatai reikšmingai papildo kumuliacinio efekto patirties sampratą priešsuicidiniame etape. Remiantis rezultatais, prie sunkumų kumuliacijos patirties prisideda ne vienas, o grupė įvykių, tačiau ne visi priešsuicidiniame etape vykstantys, net ir sunkūs, įvykiai patiriami kaip tiesiogiai veikiantys kumuliacijos patirtį. Taip pat, prie kumuliacinio efekto patirties prisideda bent trys skirtingi neigiamų gyvenimo įvykių tipai (trauminiai, konfrontuojantys įvykiai ir pagrindinis triggerinantis įvykis) bei specifinės subjektyvios patirties sąlygos (tokios kaip didelio trūkumo jausmų ir kompensacinio mechanizmo susiformavimas, su kompensaciniu mechanizmu konfrontuojančių reikšmių priskyrimas aplinkoje vykstantiems įvykiams).

4.1.2. Pasikartojančių trauminių įvykių sukeltų didelio trūkumo jausmų patirtis

Moksliniai tyrimai rodo, kad potrauminio streso sutrikimas (PTSS) ir kompleksinio potrauminio streso sutrikimas (KPTSS) yra reikšmingai susiję su išskylančiu suicidiškumu bei suicidiniu elgesiu (Geleželytė et al., 2022; Jannini et al., 2023; Kira et al., 2019; LeBouthillier et al., 2015). Ypač pabrėžiama pakartotinio trauminio įvykio situacijos išgyvenimo ir vengimo simptomų reikšmė šiam ryšiui (Selaman et al., 2014). Atliktame disertacijos tyrime nebuvo siekiama tirti trauminių patirčių ir suicidiškumo ryšio patirties, tačiau, atlikus duomenų analizę, išryškėjusios patirtys ryšį patvirtina (žr. 3.2. skyriaus 3 punktą). Sudarytame grupės patirčių modelyje galima matyti pakankamai daug panašumų su KPTSS būdingais simptomais.

Tyrime dalyvavę žmonės savo suicidiškumo iškilimo istoriją dažniausiai pradėdavo pasakoti nuo įvykių, pažeidusių jų artimiausius santykius ir bazinių poreikių užtikrinimą, tokių kaip priėmimas, artumas, kontrolė, saugumas, orumas. Šis pasirinkimas rodo, kad fenomenologiniame lauke žmonės patiria susidūrimo su trauminais įvykiais ir išskylančio suicidiškumo ryšį.

Žmonėms, turintiems PTSS būdinga patirti trijų skirtingų grupių simptomus: pirma, pasikartojantį trauminio įvykio (ar įvykių) išgyvenimą dabartyje; antra, užuominų, susijusių su trauminėmis patirtimis, vengimą; trečia, pastovų padidėjusios grėsmės jausmą (Geležėlytė, 2022). Šiame disertacijos tyrime rasti didelio trūkumo jausmai (žr. 3.2. skyriaus 3 punktą) ir pasikartojantis jų išgyvenimas susidūrus su trigerinančiais įvykiais (žr. 3.2. skyriaus 5 ir 11 punktus) galėtų atitikti pirmąją PTSS simptomų grupę. Pagal gautus duomenis, kompensacinio mechanizmo sukūrimas padeda žmonėms sukurti atstumą tarp patiriamų įvykių dabartyje ir trauminių išgyvenimų (žr. 3.2. skyriaus 4 punktą), taigi, padeda išvengti užuominų apie traumines patirtis. Tai atitinka antrosios grupės simptomus. Tyrimo duomenys rodo, kad žmonės linkę justi grėsmę, jog kompensacinis mechanizmas sugrius, todėl yra linkę nuolat stengtis problemas spręsti pačiomis įvairiausiomis priemonėmis (žr. 3.2. skyriaus 8 punktą). Kartais taip aktyviai, kad išsenka fiziškai ir emociškai (žr. 3.2. skyriaus 9 punktą). Šios patirtys atitinka trečiąją simptomų grupę – padidėjusį grėsmės jausmą.

KPTSS būdingos visos PTSS simptomų grupės ir papildomai nuolat besireiškiantys sutrikusios asmenybės organizacijos simptomai: emocijų reguliacijos sunkumai; su trauminėmis patirtimis susiję įsitikinimai, kad asmuo yra sužlugdytas, nugalėtas, nevertingas; sunkumai palaikant santykius arba jaučiantis emociškai artimam su kitais žmonėmis (Geležėlytė, 2022). Šiame disertacijos tyrime emocijų reguliacijos sunkumus geriausiai atspindi emocinio išsekimo (žr. 3.2. skyriaus 9 punktą) ir kylančių afektyvių būsenų patirtis (žr. 3.2.11 poskyrį). Su trauminėmis patirtimis susijusius įsitikinimus apie žlugimą, pralaimėjimą, nevertingumą geriausiai atspindi poreikis sukurti kompensacinį mechanizmą, siekiant apsaugoti nuo nepakeliamų jausmų (žr. 3.2. skyriaus 4 punktą) ir jo griūtis kai žlunga ilgai trukusios pastangos prisitaikyti prie gyvenimo su trauminių įvykių sukeltais išgyvenimais (žr. 3.2. skyriaus 10 punktą), paliekanti žmogų su patirtimi, kad apsaugoti nuo nepakeliamos kančios nėra įmanoma kitu būdu tik savižudybe. Sunkumus jaustis emociškai artimam galima sieti su didelio trūkumo jausmais suformuotais ankstyvajame santykyje su tėvais ar globėjais (žr. 3.2. skyriaus 3 punktą). Taip pat tyrime dalyvavusių žmonių poreikis išgyventi artumą su kitu žmogumi susidūrus su afektyviomis būsenomis (žr. 3.2. skyriaus 16 punktą) rodo gilią artumo stoką jų gyvenimuose.

Aptartos patirtys rodo žmonės priešsuicidinės kančios etape patyrus būsenas atitinkančias klinikinio KPTSS simptomus. Geležėlytė ir kiti (2022) atliktu tyrimu nustatė, kad KPTSS yra vienas iš ryšių tarp patirtos seksualinės

prievartos ir suicidiškumo medijuojančių veiksnių. Tyrimo duomenys rodo, kad žmonių, kuriems buvo būdingi KPTSS būseną atitinkantys simptomai, 73% yra bent kartą savo gyvenime bandę nusižudyti. Taigi, šio disertacijos tyrimo rezultatai dera su Geležėlytės ir kitų (2022) atlikto tyrimo rezultatais, patvirtindami, jog priešsuicidiniame etape būdinga išgyventi KPTSS simptomus atitinkančias patirtis.

Bokanowski (2005, p. 256) teigia, kad trauma yra „staigus ir brutalus pasąmoninės fantazijos ir realybės susidūrimas“, sukeliantis rimtą visos psichikos sukrėtimą, turintį ilgalaikių pasekmių. Diamond (2020), remdamasis psichoanalitine paradigma, teigia, kad traumos prigimtis remiasi į savęs išsaugojimo varą (angl. *self-preservative drive*). Anot autoriaus, susidūrus su staigiu ir brutaliu įvykiu realybėje, ypač ankstyvoje vaikystėje, žmogų gali apimti ūmus baimės jausmas būti sunaikintu ir baimė nustoti egzistuoti. Anot autoriaus, priklausomai nuo žmogaus raidos lygmens, įprastos nesąmoningos fantazijos apima visiško saugumo, palaimos ar visagalybės iliuzijas. Susidūrimas su potencialiai trauminiu įvykiu sutrikdo tokias fantazijas, nes iš esmės joms prieštarauja. Teigiama, kad žmogus, siekdamas iliuzijas išsaugoti, gali imti nesąmoningai kurti (angl. *craft*) gynybos mechanizmus, siekdamas apsaugoti tiek savo egzistenciją, tiek nekaltumą. Šios disertacijos tyrimo duomenyse atsispindi panašus mechanizmas. Pasikartojantis susidūrimas su trauminiais įvykiais paskatino egzistencijai ir baziniam saugumui grėsmingus didelio trūkumo jausmus, nuo kurių saugantis imta kurti kompensacinius mechanizmus. Remiantis Diamond (2020) prieiga, kompensacinį mechanizmą galima laikyti gynybos mechanizmu saugančiu nuo patiriamos grėsmės egzistencijai. Šio tyrimo duomenys rodo, kad priešsuicidiniame etape žmonės gali įdėti neapsakomai daug pastangų, kad trauminės patirtys netrukdytų jiems gyventi. Todėl fenomenologiniame lauke kompensacinis mechanizmas ir jo palaikymas gali tapti viena iš svarbiausių sąlygų egzistencijai palaikyti.

Nors daugelis tyrime dalyvavusių žmonių patyrė ryšį tarp pasikartojančių trauminių įvykių sukeltų išgyvenimų ir iškylančio suicidiškumo, tyrimai rodo, kad, daliai KPTSS turinčių žmonių, mintys apie savižudybę niekada nekyla (Geležėlytė et al., 2022; Jannini et al., 2023). Šios disertacijos tyrimo rezultatai patvirtina tokią skirtį. Remiantis atlikto tyrimo duomenimis, suicidinės mintys nekyla tiesiogiai iš su trauma susijusių simptomų, bet atsiranda specifinių afektyvių būsenų metu, kai kančia patiriama kaip nepakeliamą ir visą apimanti. Tai leidžia manyti, kad tarp trauminių įvykių patyrimo ir suicidiškumo iškilimo vyksta ilgas ir dinamiškas procesas, kurio

metu sukuriamas, palaikomas ir galiausiai žlunga saugantis kompensacinis mechanizmas. Todėl su trauma susiję simptomai turėtų būti suprantami ne kaip tiesioginės suicidiškumo priežastys, bet kaip bendresnės priešsuicidinės kančios vystymuisi palankios sąlygos. Herman (2021) viename reikšmingiausių traumos psichologijos veikalų teigia, kad patyrus trauminį įvykį žmogus negali nei jam pasipriešinti, nei nuo jo pabėgti. Todėl vyksta patirties dezintegracija ir fragmentacija, kurios laikui bėgant gali įgauti įvairių būsenų pavidalus, nuo rigidiškų įpročių iki pačių įvairiausių psichikos sutrikimų ar būsenų, tokių kaip suicidiškumas. Tai dar kartą patvirtina, kad vien susidūrimo su trauminiais įvykiais ir KPTSS būsenai būdingų simptomų paaiškinti suicidiškumo iškilimui nepakanka. Daug svarbesnė yra viso priešsuicidinės kančios proceso eiga.

Apibendrinant, trauminių įvykių patirtis gali palikti žymę žmogaus gyvenime – didelio trūkumo jausmus, kurių užpildymas gali tapti viena svarbiausių žmogaus egzistencijos sąlygų. Remiantis tyrimo duomenimis KPTSS būdingi simptomai yra susiję su suicidiškumo iškilimu, tačiau labiau atspindi priešsuicidinės kančios ir afektinių būsenų vystymosi kontekstą. Taigi, nors trauminės patirtys ir jų sukuriami išgyvenimai prisideda prie suicidiškumo iškilimo, vien jų suicidiškumui paaiškinti nepakanka.

4.1.3. Kompensacinio mechanizmo patirtis

Kaip aprašyta ankstesniame poskyryje, kompensacinį mechanizmą galima vadinti gynybos mechanizmu (Diamond, 2020), kuriuo žmogus siekia apsaugoti savo egzistenciją, susidūrus su trauminiais įvykiais ir jų keliamais padariniais.

Iš tyrimo dalyvavusių žmonių patirčių matyti, kad didelio trūkumo jausmus pabrėžiančios nuostatos buvo pakeičiamos kitomis, labiau adaptyviomis. Pavyzdžiui, jeigu žmogus išgyveno seksualinę prievartą ir apleistumą, suformuota nuostata pabrėžiamas reikalingumas, rūpestis ir vertė, vėliau įdedant pakankamai pastangų šią nuostatą išlaikyti. Taigi, atliktame tyrimo buvo kompensuojama stoka, susiformavusi dėl pasikartojančių trauminių išgyvenimų. Tokia dinamika atitinka kompensuojančiojo gynybos mechanizmo sampratą (Bailey & Pico, 2023). Todėl šiame darbe parinktas kompensacinio mechanizmo terminas, siekiant pabrėžti kompensacijos mechanizmo vaidmenį priešsuicidiniame kančios etape. Jis ne tik padeda slopinti didelio trūkumo jausmus, užpildo susidariusią tuštumą, bet ir suteikia

žmogui kryptį, kaip gyventi su pasikartojančių trauminių įvykių sukeltais padariniais.

Egzistencinės terapijos praktikas Spinelli (2015, pp. 61–62) fenomenologinėje teorijoje apie susietumą atskiria žmogaus būtį pasaulyje – **pasaulėjimą** (angl. *worlding*) nuo **pasaulėvaizdžio kūrimo** (angl. *worldview*) proceso, teigdamas, kad tiek vienas, tiek kitas susietumo su pasauliu būdas yra žmogaus egzistencinės duotybės, praturtinančios viena kitą. Pasaulėjimas labiau atspindi buvimą ryšyje ir tapsmą kai kiekviena būties akimirka yra nauja ir unikali, nenuspėjama, procesiška. Pasaulėjimas mena nepertraukiamą susietumą su aplinka ir joje vykstančiais procesais. Autorius pabrėžia, kad pasaulėjimas, nors yra geriausia sąlyga patirti realybę, savyje talpina daug neapibrėžtumo ir žmogui gali kelti pakankamai daug egzistencinio nerimo. Tuo tarpu, pasaulėvaizdžio kūrimas labiau atspindi reflekyvią būtį, kai dabartyje vykstantys išgyvenimai yra siejami su jau esamu susikurtu pasaulėvaizdžiu, t. y. patirtis yra permąstoma. Pasaulėvaizdžio kūrimas susijęs su reikšmės suteikimu, tapatybės išgyvenimu, o pats pasaulėvaizdis yra pakankamai stabilus ir suteikia žmogui egzistencinio saugumo, ypač patiriant nerimą.

Spinelli (2015) teigia, kad pradedant refleksijos procesą, t. y. pasaulėvaizdžio kūrimą, būtini pasaulėjimo įtrūkiai ir fragmentacija. Gyvendamas savo gyvenimą žmogus balansuoja tarp pasaulėjimo ir pasaulėvaizdžio kūrimo. Atitinkamai balansuoja tarp susietumo su pasauliu, keliančio neapibrėžtumo ir nerimo išgyvenimus, bei pasaulėvaizdžio kūrimo – saugesnio, bet izoliacijos patirtį sukeliančio proceso. Spinelli (2015) teigia, kad pasaulėjimui esant per intensyviu (pavyzdžiui susidūrus su sukrečiančiais ar trauminiiais įvykiais), žmogus gali atsiremti į savo turimą pasaulėvaizdį. Tačiau, jeigu pasaulėvaizdis neatitinka pasaulėjimo patirties į jį atsiremti nepavyksta ir pasaulėvaizdis turi būti perkurtas. Tai reiškia, kad netikėti aplinkoje vykstantys įvykiai gali destabilizuoti pasaulėvaizdį, paliekant žmogų, patiriantį intensyvią egzistencinę nerimą, be saugios užuolankos.

Kai kurie pasaulėvaizdžio elementai gali tapti sedimentuoti – tai procesas, kai žmogaus suvokimas apie save, kitus ir pasaulį pamažu suragėja ir tampa tarsi savaime suprantamas, rigidiškas (Spinelli, 2015). Autorius teigia, kad siekiant išlaikyti sedimentuotas pasaulėvaizdžio dalis žmogus privalo nutraukti buvimą ryšyje su pasauliu – pasaulėjimą, disocijuoti savo išgyvenimus.

Ši teorija svarbi, nes padeda geriau suprasti priešsuicidinės kančios etape besiformuojančius kompensacinius mechanizmus, kuriuos tyrime dalyvavę

žmonės ėmė formuoti susidūrę su pasikartojančiais trauminiais įvykiais. Spinelli (2015) teorijoje tai atitinka pasaulėvaizdžio perkūrimą susidūrus su per intensyviomis patirtimis. Panašu, kad priešsuicidiniame etape gali būti sukuriamas pakankamai rigidiškas (sedimentuotas) pasaulėvaizdžio fragmentas, turintis rimtų neatitikimų su pasaulėjimo patirtimi, tačiau efektyviai slopinantis per daug egzistencinio nerimo keliančias traumines patirtis. Iš žmonių patirčių, matyti, kad kompensacinio mechanizmo nuostata yra gana rigidiška, kai labiau stengiamasi patirtį pritaikyti prie susikurto pasaulėvaizdžio, o ne integruoti naujas patirtis ir plėsti savo pasaulėvaizdį. Tai patvirtina aplinkos įvykių keliama intensyvūs išgyvenimai (žr. 3.2. skyriaus 5 ir 10 punktus), keliantys grėsmę sedimentuotai pasaulėvaizdžio daliai – kompensaciniam mechanizmui.

Sekant Spinelli (2015) mintimi, pagrindiniam trigerinančiam įvykiui konfrontuojant su kompensaciniu mechanizmu, sedimentuotas pasaulėvaizdžio fragmentas, kartu ir visas turimas pasaulėvaizdis yra destabilizuojami taip, kad nebegali žmogui suteikti saugumo, disocijuoti nepageidaujamų patirčių. Ši dinamika atitinka kompensacinio mechanizmo griūtį tyrime. Po pagrindinio trigerinančio įvykio sukeltos destabilizacijos, žmogų užplūsta visą gyvenimą slopinti didelio trūkumo jausmai ir trauminių išgyvenimų prisiminimai, egzistencinė agonija. Žmogus priverstas būti pasaulėjimo būtyje ir lieka nepertraukiamame susietume su išgyvenama kančia.

Svarbu aptarti ir tai, kad kuo ilgiau žmogus gyvena kurdamas pasaulėvaizdį, tuo mažiau pasaulėjimo ir susietumo su pasauliu patiria. Atlikto tyrimo duomenys rodo, jog priešsuicidinės kančios etape žmonės nuolat stengiasi palaikyti kompensacinio mechanizmo veikimą, nes pakankamai dažnai susiduria su jų pasaulėvaizdį provokuojančiais įvykiais aplinkoje, kol išsenka nuo pastangos. Galima kelti prielaidą, kad priešsuicidinės kančios etape žmonės gali patirti nedaug susietumo su pasauliu, nes užsiima pasikartojančia refleksija ir pasaulėvaizdžio perkūrimu.

Taigi, remiantis Spinelli (2015) teorija, priešsuicidinės kančios etape žmonės gali aktyviai užsiimti refleksija ir disociacija, siekiant išlaikyti sedimentuotą pasaulėvaizdžio fragmentą, padedantį slopinti traumines patirtis bei išgyventi saugumą. Vis dėlto, matyti, kad tokia užduotis yra sudėtinga, pareikalaujanti iš žmonių pakankamai daug fizinių ir emocinių resursų bei pažeidžianti susietumo su pasauliu patirtį.

Moksliniuose tyrimuose, kuriuose vertinamas susiklosčiusių gyvenimo sunkumų ir suicidiškumo ryšys, išskirtinis dėmesys skiriamas santykiams su

artimaisiais. Teigiama, kad fizinio, emocinio ir seksualinio smurto bei apleistumo trauminės patirtys artimoje aplinkoje yra reikšmingiausiai susijusios su bandymu nusižudyti vėlesniame amžiuje (Zatti et al., 2017), o konfliktai su artimaisiais yra dažniausiai ir arčiausiai savižudybės išsidėstę neigiami gyvenimo įvykiai (Bagge et al., 2013; Dieserud et al., 2010; Foster, 2011). Šio disertacijos tyrimo duomenys patvirtina tokį požiūrį. Trauminiai įvykiai, patirti tyrime dalyvavusių žmonių, įvyko artimiausiame santykiyje, išgyvenant smurtą, prievartą ir apleistumą, o santykių problemos dažniausiai tapdavo pagrindiniu triggerinančiu įvykiu tiesiogiai konfrontuojančiu su kompensaciniu mechanizmu ir sukeliančiu afektines būsenas. Ši perspektyva leidžia kelti prielaidą, kad suicidinė krizė yra sužeistų artimų santykių krizė. Ją papildė ir tyrime dalyvavusių žmonių išgyvento artumo poreikis patiriant afektinę būseną, kuris buvo suprantamas kaip suicidiškumo iškilimą stabdanti patirtis.

Apibendrinant, kompensacinio mechanizmo patirtis rodo, kad priešsuicidiniame etape žmonės bando prisitaikyti prie trauminių įvykių sukeltų išgyvenimų ir rasti būdą su jais gyventi toliau. Remiantis aptarta teorija ir tyrimo duomenimis matyti, kad priešsuicidiniame etape pasirenkama siekti saugumo, paaukojant susietumą su supančia aplinka. Priesuicidiniame etape žmonėms gali būti būdinga dėmesį ir pastangas sutelkti į kompensacinio mechanizmo išlaikymą, o jo griūtis gali lemti nepakeliamo psichologinio skausmo būsenos kilimą. Atsižvelgiant į ankstyvuose santykiuose sužeistą gebėjimą išgyventi artumą ir pažeistą susietumą su pasauliu, kilus nepakeliamo skausmo būsenai žmogus gali patirti itin stiprų vienišumo jausmą.

4.1.4. Afektnių būsenų patirtis

Pakankamai radikalus intensyvių patirčių slopinimas gali kelti sunkumų ateityje. Šio tyrimo duomenyse išryškėjo afektinės būsenos, kylančios prieš pat bandymą nusižudyti, kurių metu tyrime dalyvavusiems žmonėms ir kilo mintys apie savižudybę. Remiantis duomenimis, intensyvias afektines būsenas galima laikyti radikalaus patirčių slopinimo rezultatu ir viena esminių prielaidų suicidiškumui žmogaus fenomenologiniame lauke iškilti.

Yra mokslinių tyrimų, kuriuose afektinės būsenos siejamos su suicidiškumu, pabrėžiant, kad afektyvumas kaip bruožas dažniau pastebimas suicidiškumą išgyvenančių žmonių istorijose (Hendin et al., 2007; Palmier-Claus et al., 2012), o afektnių būsenų dažnis didėja stiprėjant suicidiškumui

(Bagge et al., 2017; Palmier-Claus et al., 2012; Rogers et al., 2022). Hendin ir kiti (2004) atliko nedidelės apimties psichologinės autopsijos tyrimą, kuriame buvo kalbinami terapeutai, dirbę su depresija sirgusiais ir nuo savižudybės mirusiais žmonėmis, o šių pasakojimai lyginti su terapeutų pasakojimais apie depresija sirgusius žmones, kuriems suicidiškumas nebuvo būdingas. Autorių teigimu, istorijose apie žmones mirusius nuo savižudybės buvo reikšmingai dažniau pastebimos intensyvios afektinės reakcijos, tokios kaip nevilties, įniršio, apleistumo, neapykantos sau, nerimo, lyginant su kita grupe. Tokie rezultatai dera su atlikto disertacijos tyrimo rezultatais, iš kurių matyti, kad afektinė būseną, kilusi po reikšmingo kompensacinio mechanizmo destabilizacijos, tapo svarbia aplinkybe žmonių bandymo nusižudyti istorijose.

Mary ir kiti (2020) atliko studiją, kurioje tirtas atsiminimų slopinimo poveikis žmonių patirčiai po trauminių įvykių išgyvenimo. Mokslininkai nustatė, kad automatiškai išskylančios įkyrios mintys susijusios su jas sukėlusiu įvykiu yra būtinos naujos informacijos integravimui į autobiografinę atmintį. Tačiau įkyrių prisiminimų pernelyg intensyvus slopinimas gali apkrauti atminties kontrolės mechanizmus ir lemti žmogaus išsekimą, sukelti būseną, kurioje ne tik padidėja nepageidaujamų minčių kiekis, bet ir sustiprėja emocinė reakcija į jas bei išsivysto PTSS. Iš šios disertacijos duomenų matyti, kad tyrime dalyvavę žmonės buvo linkę pasikartojančių trauminių įvykių sukeltus išgyvenimus slopinti sukuriant kompensacinį mechanizmą. Taigi, gali būti, kad išgyventas patirtis buvo sunku integruoti į autobiografinę atmintį. Iš duomenų matyti, kad kompensacinio mechanizmo palaikymas kėlė išsekimo patirtį, todėl, remiantis Mary ir kitų (2020) tyrimu, galėjo kilti specifinė būseną, kuriai būdingas intensyvesnis nepageidaujamų minčių apie trauminius išgyvenimus kiekis ir padidėjęs dirglumas. Afektinė būseną galėjo tapti aprašytos specifinės būsenos rezultatu. Ehlers ir Clark (2000) teigia, kad kuo suvokta trauminių išgyvenimų grėsmė dabartyje yra didesnė, tuo PTSS būdingi simptomai (tokie kaip pasikartojančio trauminio įvykio ar įvykių išgyvenimas dabartyje, užuominų susijusių su trauminiais įvykiais vengimas ir padidėjusios grėsmės jausmas) tampa stabilesni ir ima formuotis sutrikimas. Remiantis atlikto tyrimo duomenimis, afektinės būsenos, būdingos tyrime dalyvavusiems žmonėms formavosi nuo ankstyvųjų santykių. Taigi, tikėtina priešsuicidinės kančios etape specifinė būseną, kuriai būdingas ne tik padidėjęs nepageidaujamų minčių kiekis, bet ir sustiprėjusios emocinės reakcijos į jas, yra pakankamai stabili.

Kiti mokslininkai patvirtina, kad trauminių patirčių slopinimas sukelia grąžos efektą (angl. *rebound effect*) (Gold & Wegner, 1995; Mary et al., 2020). Tai reiškia, kuo labiau patirtis yra nenorima ir slopinama, tuo daugiau intensyvių emocinių reakcijų jos iškilimas sukelia. O ilgai neišgyvenantys prisiminimai apie įvykį galų gale sukelia sunkiai suvaldomas afektines būsenas. Iš tyrimo duomenų matyti, kad priešsuicidiniame etape žmonės patyrė itin daug įvykių, priminusių didelio trūkumo jausmus (žr. 3.2. skyriaus 5 punktą). Tai didžiausia tyrime sudaryta grupės patirtinė tema. Kilusios afektinės būsenos turinį sudarė patirtys susijusios su didelio trūkumo jausmais (žr. 3.2. skyriaus 11 punktą). Tokie rezultatai rodo, kad trauminių įvykių sukelti išgyvenimai buvo ilgą laiką slopinami, kol kompensacinis mechanizmas buvo perkrautas ir išgyvenimai grįžo vienu ypu užplūsdami žmogaus fenomenologinį lauką, remiantis grąžos efekto principu.

O'Connor ir Kirtley (2018) Integruotame motyvaciniam-valoriniam savižudiško elgesio modelyje teigia, kad priešmotyvacinėje fazėje (kuri atitinka priešsuicidinės kančios etapą šiame tyrime) pažeidžiamumo veiksniai kartu su aplinkos sąlygomis ir žmogui nutinkančiais gyvenimo sunkumais kumuliuojasi ir formuoja suicidinėms mintims iškilti palankų biopsichosocialinį kontekstą. Susidaręs kontekstas turi padidinti galimybę žmogui patirti sutriuškinimo jausmus, t. y. padidinti jautrumą situacijoms, kurios gali būti susietos su sutriuškinimo patirtimi. Vis dėlto, kaip turi susidėti biopsichosocialiniai veiksniai, kad sudarytų palankų kontekstą, nėra detalizuojama. Šios disertacijos duomenys gali modelį papildyti ir praplėsti. Remiantis tyrimo rezultatais, palankios aplinkos sąlygos suicidiškumui iškilti yra pasikartojantys trauminiai įvykiai (žr. 3.2. skyriaus 3 punktą), kiti vykstantys sunkūs gyvenimo įvykiai (žr. 3.2. skyriaus 5 punktą), mažai galimybių žmogui išgyventi artumą su kitais (žr. 3.2. skyriaus 16 punktą), prastos sveikatos sistemos sąlygos (žr. 3.2. skyriaus 18 punktą); pažeidžiamumo veiksniai – kompensacinio mechanizmo suformavimas ir ilgus metus besitęsiantis kryptingas trauminių išgyvenimų slopinimas (žr. 3.2. skyriaus 4 ir 9 punktus), fizinis ir emocinis išsekimas (žr. 3.2. skyriaus 9 punktą); žmogui nutinkantys gyvenimo sunkumai – trauminių išgyvenimų patyrimas kaip per daug grėsmingų (žr. 3.2. skyriaus 3 punktą), aplinkoje vykstančių įvykių patyrimas kaip grėsmingų kompensacinio mechanizmo palaikymui (žr. 3.2. skyriaus 5 punktą), tam tikro įvykio patyrimas kaip sugriaunančio apsauginį mechanizmą (žr. 3.2. skyriaus 10 punktą). Taigi, suicidiškumui iškilti palankiam kontekstui reikalingas specifinis veiksnų išsidėstymas.

Apibendrinant, afektinės būsenos priešsuicidiniame kančios etape patiriamos dėl pasikartojančių trauminių įvykių patirties, potrauminių reakcijų ir bandymo gyventi su žmogui nutikusiais įvykiais. Toliau aptariami trys svarbūs afektinės būsenos ypatumai.

4.1.4.1. Pagrindinio trigerinančio įvykio patirtis

Tyrimė dalyvavę žmonės dalinosi prieš išskylant suicidiškumui susidūrę su vienu pagrindiniu trigerinančiu įvykiu, sukėlusiu afektinę būseną (žr. 3.2. skyriaus 10 ir 11 punktus). Šis įvykis nebuvo vienintelė suicidiškumo priežastis, tačiau pagrindiniam trigerinančiam įvykiui skirtas išskirtinis dėmesys suicidiškumo iškilimo istorijose. Moksliniuose tyrimuose pagrindiniais trigerinančiais įvykiais prieš išskylant suicidiškumui laikomi bet kokie neigiami gyvenimo įvykiai, aktyvuojantys suicidinę krizę ir veikiantys „paskutinio lašo taurėje principu“ (Dieserud et al., 2010; S. H. Lee et al., 2014). Tačiau, remiantis šios disertacijos tyrimo duomenimis, pagrindinis trigerinantis įvykis nėra bet kuris atsitiktinai žmogui nutikęs įvykis – jis turi būti reikšmingas žmogaus istorijai savo prasme, priminti didelio trūkumo jausmus ir konfrontuoti su kompensaciniu mechanizmu jį sugriaudamas. Tai vienas iš svarbių šio disertacijos tyrimo radinių.

Spinelli (2015) teigė, kad pasaulėvaizdžio sukūrimas rizikingoje situacijoje padeda ne tik ją pergyventi, bet ir sukuria ateities perspektyvą. Tokią, su kuria žmogus gali tęsti savo gyvenimą. Šio tyrimo duomenyse kompensacinis mechanizmas leido žmonėms prisitaikyti prie trauminių patirčių ir suteikė gyvenimo kryptį. Pavyzdžiui, žmogus negalintis išgyventi jausmo, jog yra mylimas ir reikalingas, gali imti rūpintis globojamu gyvūnu tarsi tai būtų svarbiausia užduotis jo gyvenime. Tuo pačiu išgyvenamas reikalingumo jausmas ir patiriama gyvūno meilė. Griūnant kompensaciniam mechanizmui, žmogus ne tik vėl išgyvens nemeilės ir nereikalingumo jausmus, bet ir nebeturės krypties, kaip gyvenime pasijusti reikalingu ir mylimu. Šie rezultatai dera su kitų mokslininkų radiniais, patvirtinančiais neviltingą, jog situacija pasikeis, reikšmę suicidiškumo iškilimui (Burr et al., 2018; Jannini et al., 2023). Taigi, pagrindinis trigerinantis įvykis gali būti patiriamas ne tik kaip sugriauantis apsaugantį mechanizmą, bet ir kaip atimantis gyvenimo kryptį.

Moksliniuose tyrimuose išskiriami įvairūs pagrindiniai trigerinantys įvykiai, sukeliantys afektines būsenas – konfliktai artimame santykių ir patiriami tarpasmeninių santykių sunkumai, disfunkcinės šeimos situacijos,

finansinės situacijos pablogėjimas, fizinės sveikatos diagnozė ir psichikos sveikatos problemos, su darbu ar užimtumu susiję įvykiai (Bagge et al., 2013; Dieserud et al., 2010; Karasouli et al., 2014; Milner et al., 2017; Richardson et al., 2005). Disertacijos tyrime pagrindiniu trigerinančiu įvykiu taip pat tapo pakankamai įvairūs gyvenimo įvykiai, tokie kaip draugės išdavystė, susirgimas, savo teisių sveikatos įstaigoje išgirdimas, prasti baigiamųjų egzaminų rezultatai, darbo praradimas, išsiskyrimas su partneriu, konfliktas su partneriu ir tėvais, kita. Tačiau svarbiausia, kad visi šie įvykiai turėjo specifinę reikšmę žmonėms: draugės išdavystė – „išduoda ne tik šeima, bet ir draugai“; susirgimas – „niekada nebeatgausiu savo gyvenimo kontrolės“; savo teisių sveikatos įstaigoje išgirdimas – „aš nerūpiu net kai sunkiai sergu“; prasti baigiamųjų egzaminų rezultatai – „negalėsiu susirasti gero darbo“ ir pan. Šie rezultatai paaiškina, kodėl praktiškai kiekvienas sunkus gyvenimo įvykis moksliniuose tyimuose gali būti siejamas su išskylančiu suicidiškumu (Orbach, 2006) ir kodėl jų tokia didelė įvairovė (žr. 1.4. skyrių). Trigerinančiu įvykiu gali tapti praktiškai bet kuris įvykis žmogaus gyvenime, jeigu jam priskiriama atitinkama reikšmė. Didelio trūkumo jausmų, kompensacinių mechanizmų ir su jais konfrontuojančių reikšmių gali būti įvairių. Rezultatai dera ir su naujaisiais moksliniais tyrimais rodančiais, kad svarbu gilintis ne į objektyvią įvykių reikšmę, o suprasti subjektyvų patyrimą vedantį į suicidiškumą ir suicidinį elgesį (Hjelmeland, 2010; Kølves et al., 2006; Liu & Miller, 2014; Michel, Shand, et al., 2021; J. A. Smith et al., 2022).

Tyrimo rezultatai rodo, kad pagrindinis trigerinantis įvykis sugriauna kompensacinį mechanizmą ir žmogaus fenomenologiniame lauke ima kilti ilgus metus slopintos bene skaudžiausios gyvenimo patirtys. Tokie išgyvenimai gali tapti tragiškiausiu ir labiausiai nenorimu žmogaus gyvenimo scenarijumi, kurio ilgus metus žmogus bijojo ir kuris galėjo tapti baisesniu už mirtį (Sivertsev, 2020).

Apibendrinant, pagrindinis trigerinantis įvykis pirmiausia aktyvuoja afektinę būseną, o ne suicidinę krizę. Suicidiškumas iškyla kiek vėliau. Pagrindinis trigerinantis įvykis savo reikšme yra susijęs su didelio trūkumo jausmų ir kompensacinio mechanizmo reikšme, todėl tas pats įvykis vienam žmogui gali sukelti intensyvią afektinę būseną, o kitam ne. Pagrindinis trigerinantis įvykis ne tik sugriauna apsaugantį mechanizmą, bet ir ateities perspektyvą, kaip toliau gyventi su pasikartojančių trauminių išgyvenimų sukeltomis patirtimis ir didelio trūkumo jausmais. Svarbu paminėti, kad specialistams pagrindinis trigerinantis įvykis gali tapti vedliu – padėti suprasti, kokį kompensacinį mechanizmą žmogus susikūręs, kokius didelio trūkumo

jausmus išgyvena ir su kokiomis trauminėmis patirtimis jam teko susidurti. Todėl vertinga, dirbant su žmonėmis patiriančiais priešsuicidinę kančią arba jau iškilus suicidiškumui tirti pagrindinio trigerinančio įvykio reikšmės ir jų poveikį žmogui.

4.1.4.2. Disociacijos esant afektinės būsenos patirtis

Prieš du dešimtmečius Orbach (2003) iškėlė hipotezę, kad prieš išskylant suicidiškumui žmogui, susidūrus su intensyviu skausmu, gali prasidėti disociacija, siekiant patiriamo skausmo nebejausti. Disociacija sumažina ir žmogaus patiriamą fizinį skausmą, todėl savižudybė tampa labiau tikėtina. Jo ir kolegų vykdyti tyrimai parodė, kad suicidiškumas yra reikšmingai susijęs su žmonių nepasitenkinimu savo kūnu, mažesniu jautrumu jam, mažesniu tausojimu ir dažniau patiriama disociacija (Orbach et al., 2001). Taigi, tyrimas autoriaus hipotezę patvirtino. Atliktos disertacijos tyrimo rezultatai dera su Orbach ir kolegų (2001) radiniais. Tyrime dalyvavę žmonės dalinosi esant afektinės būsenos patyrę disociaciją – susvetimėjimą su savo kūnu, pojūtį tarsi stebėtų save iš šalies, pojūtį jog negali kontroliuoti savo kūno ir selektyvų įvykių įsiminimą (žr. 3.2. skyriaus 12 punktą). Ryšį tarp disociacinių būsenų ir bandymo nusižudyti bei nesuicidinės savižalos patvirtina ir kiti tyrimai, pavyzdžiui Calati ir kitų (2017) atliktos metaanalizės rezultatai.

Levinger ir kiti (2015) patvirtino ryšį ne tik tarp disociacinių būsenų ir suicidiškumo, bet ir susiejo šį ryšį su psichologinio skausmo patirtimi. Tyrimu autoriai nustatė, kad suicidiškumą išgyvenantys tyrimo dalyviai patyrė intensyvesnį psichologinį skausmą, žemesnį jo toleravimo lygį ir daugiau disociacijos, lyginant su kontrolinėmis grupėmis. Suicidiškumą išgyvenantys tyrimo dalyviai su žemesniu skausmo toleravimo lygiu pasižymėjo reikšmingai aukštesniu disociacijos lygiu ir mažiau dėmesio kreipė į įkūnytas skausmo užuominas. Vis dėlto, net kontroliuojant psichologinio skausmo kintamąjį, disociacija pasirodė turinti reikšmingą prognostinę vertę bandymui nusižudyti. Šie rezultatai rodo, kad psichologinis skausmas, disociacija ir suicidinis elgesys yra susiję, o disociacija užima svarbų vaidmenį suprantant savižudybės procesą. Remiantis disertacijos tyrimo duomenimis, tyrime dalyvavę žmonės dalinosi pirmiausia patiriantys kylančią afektinę būseną, kurios metu išgyvenamas intensyvus psichologinis skausmas. Tuomet ieškoma įvairių būdų skausmą sumažinti, tokių kaip pasivaikščiojimas, kvėpavimas, kito žmogaus artumo patirtis, specialistų pagalba, disociacija, savižudybė, kita. Disociacija yra vienas iš būdų skausmui sumažinti. Ne visais

atvejais disociacinė būseną kyla, o vienos afektinės būsenos metu gali kilti ir būti įgyvendinta keletas skirtingų būdų skausmui sumažinti. Todėl disociacija yra viena iš priemonių kaip žmogus apsaugo nuo nepakeliamo psichologinio skausmo.

Kylanti disociacija rodo emocinės reguliacijos trūkumą priešsuicidinės kančios etape. Mokslininkai teigia, kad dėl trauminių patirčių gali būti sunku pakankamai gerai reguliuoti savo emocijas (Chaplo et al., 2015; Ford & Gómez, 2015). Tokios priemonės kaip nesuicidinė savižala, disociacija padeda tvarkytis su per intensyviomis emocinėmis patirtimis. Atlikto tyrimo rezultatai papildė šiuos duomenis. Tyrimo dalyvavę žmonės dalinosi priešsuicidinės kančios etape patyrę pasikartojančias traumines patirtis ir dalinosi patirtimis rodančiomis, kad jų pasekmės reikšmingai trikėdė emocijų reguliaciją (pasikartojanti didelio trūkumo jausmų provokacija, būdinga išsekimo būsenai, kylančios intensyvios afektinės būsenos).

Nors pirminis disociacijos tikslas yra sudaryti atstumą su psichologiniu skausmu, tuo pačiu dėl disociacijos savižudybė gali tapti lengviau įgyvendinama, nes sumažinamas barjerų poveikis, paprastai slopinančių savižalą ir suicidinę elgesį. Pavyzdžiui disociacijos metu sumažėja jautrumas fiziniam skausmui ar gebėjimas išgyventi artimą ryšį (Vohs & Baumeister, 2002).

Taip pat pastebima, kad disociacinė būseną slopina vykdomąsias funkcijas, kurios naudojamos kasdieninėms užduotims atlikti. Pavyzdžiui, planavimui, problemų sprendimui ir prisitaikymui prie naujų situacijų (Giesbrecht et al., 2004; Haaland & Landrø, 2009). Tai reiškia, kad patiriant disociaciją sunkiau matyti ilgalaikę perspektyvą, išlaikyti visumos vaizdą priimant sprendimus ir kurti naujus prisitaikymo būdus prie nepažįstamų situacijų. Šiame disertacijos tyrime dalyvavę žmonės dalinosi būdami afektinės būsenos patyrę disociaciją, o vėliau, tarsi automatiškai iškylančias mintis apie. Galima kelti prielaidą, kad patiriant intensyvių psichologinį skausmą afektinės būsenos metu, kai jautrumas fiziniam skausmui ir vykdomosios funkcijos (tokios kaip ilgalaikės perspektyvos ir visumos vaizdo išlaikymas) yra prislopintos, o fenomenologiniame lauke iškyla mintys apie savižudybę, jai atsispirti gali būti itin sunku.

Apibendrinant, disociacijos patirtis esant afektinės būsenos rodo, kad priešsuicidiniame etape žmonės patiria sunkumų reguliuojant emocijas susijusias su trauminiais išgyvenimais. O prieš iškylant suicidiškumui žmonės patiria itin intensyvias emocijas ir ieško būdų kaip nuo savo išgyvenimų atsiriboti. Disociacija yra vienas iš būdų psichologinį skausmą sumažinti. Kita

vertus, disociacijos patirtis gali būti susijusi ne tik su atsiribojimu nuo savo patyrimo, bet ir su fizinio skausmo bei vykdomųjų funkcijų slopinimu, dėl kurių savižudybė tampa labiau įmanoma.

4.1.4.3. Minčių apie savižudybę iškilimo patirtis

Šiame tyrime dalyvavę žmonės dalinosi suicidines mintis patyrę tarsi išskylančias automatiškai esant afektinės būsenos (žr. 3.2. skyriaus 13 punktą). Mintis apie savižudybę žmonės prisiminė kilus tuo pačiu metu kai užplūsdavo itin intensyvūs pagrindinio trigerinančio įvykio sukelti išgyvenimai, kėlę nepakeliamą skausmą sugriuvus apsaugančiam kompensaciniam mechanizmui, ir kai kiti skausmo mažinimo būdai nepadėdavo.

Mokslininkas Klonsky (2007) polinkį save žaloti susiejo su staiga kylančia afektine būsena. Tokie rezultatai atsispindi ir šiame disertacijos tyrime. Remianti gautais duomenimis, suicidinės mintys išskyla afektinės būsenos metu kaip reakcija į nepakeliamą psichologinį skausmą. Daugelis tyrime dalyvavusių žmonių tiesiogiai dalinosi matą savižudybę kaip priemonę sustabdyti nepakeliamą kančią ir atgauti ramybę (žr. 3.2. skyriaus 14 punktą).

Ventrice ir kiti (2010) atliko kokybinį tyrimą, kuriuo tyrė mėginusių nusižudyti žmonių atsiminimus apie susidūrimą su kitų suicidiniu elgesiu. Autoriai nustatė, kad mėginę nusižudyti žmonės pasidalino daugiau patirčių kai tiesiogiai susidūrė su kitų suicidiniu elgesiu, pavyzdžiui stebėjo suicidinį veiksmą, lyginant su žmonėmis, kurie nėra mėginę nusižudyti. Taip pat, mėginę nusižudyti žmonės savižudybę buvo linkę laikyti normaliu elgesiu, lyginant su kontroline grupe, kurioje žmonės su kitų suicidiniu elgesiu nebuvo taip dažnai susidūrę. Atliktame disertacijos tyrime taip pat užfiksuota keletas atvejų kai suicidiškumo iškilimas galėjo būti susijęs su ankstesniais susidūrimais su artimųjų suicidiniu elgesiu (žr. 3.2. skyriaus 13 punktą). Taigi, tyrimai rodo kad susidūrimai su kitų suicidiniu elgesiu gali palikti pėdsakus žmonių atmintyje, padidinančius suicidinio elgesio tikimybę ateityje (Ventrice et al., 2010).

Miklin ir kiti (2019) atliko tyrimą, kuriame stebėjo žmonių, netekusių artimojo dėl savižudybės, patirtis ir besiformuojantį jų požiūrį į savižudybę. Kai kurie tyrimo dalyviai (7 iš 48) patys pradėjo galvoti apie savižudybę ir teigė supratę, kad galėtų tai padaryti. Pakankamai didelė tyrime dalyvavusių žmonių dalis teigė supratę, kad savižudybė yra kai kas tikro ir gali nutikti kiekvienam. Kita dalis teigė, niekada negalėsiantys nusižudyti. Anot autorių, susidūrimas su savižudybe pats savaime nėra pavojingas. Tačiau, ar žmogus

ims imituoti savižudybę, priklauso nuo jai priskiriamos reikšmės po susidūrimo ir aplinkinių reakcijos į ją. Taigi, gali būti, kad išgyvenantys suicidiškumą žmonės yra priskyre jam normalizuojančią reikšmę, kurią sugalvojo patys arba išgirdo iš aplinkinių. Šio disertacijos tyrimo duomenys rodo, kad savižudybei buvo priskirta palanki reikšmė – ramybės atgavimo ir kančios nutraukimo.

Atlikto tyrimo duomenys parodė, kad esant afektinės būsenos mintis apie savižudybę patiriama kaip išskylanti savaime. Moksliniai tyrimai patvirtina, kad žmonės, turintys PTSS, gali patirti įkyrius vaizdinius apie savižudybę (Holmes et al., 2007; Van Bentum et al., 2017, 2023). Vis dėlto, tokio pobūdžio tyrimų trūksta. Įkyrūs vaizdiniai apie savižudybę tyrimuose dažniau aprašomi kaip kylantys prieš atsirandant mintims apie savižudybę ir besiformuojant suicidiškumui. Remiantis disertacijos tyrimo duomenimis, afektinėje būsenoje kilusios mintys tapo besivystančio suicidiškumo pradžia. Gali būti, kad dėl turimų patirčių susiduriant su suicidiniu elgesiu mintys apie savižudybę nepakeliamo skausmo akivaizdoje išskyla dėl susikurtų asociacijų – savižudybės kaip nutraukiančios kančią ir atkuriančios ramybės.

Kai kurie tyrime dalyvavę žmonės dalinosi pirma nereagavę į kilusias mintis, tačiau jos vis grįždavo, o laikui bėgant darėsi vis sunkiau šioms mintims atsispirti. Pettit ir kiti (2009) tyrė slopinimo ryšį su suicidinėmis mintimis ir nustatė, kad bet koks slopinimas, ypač suicidinių minčių, reikšmingai susijęs su suicidiškumo stiprėjimu. Tai reiškia, kuo labiau kylančių minčių bandoma išvengti ar atsikratyti, tuo didesnė tikimybė, kad jos ims grįžti, o suicidiškumas stiprėti. Afektinės būsenos metu gali būti ypač sudėtinga rasti būdą su šiomis įkyriomis suicidinėmis mintimis būti.

Apibendrinant, išskylančias suicidines mintis galima suprasti kaip reakciją į afektinės būsenos metu kilusį nepakeliamą psichologinį skausmą. Gali būti, kad žmonės, kurių fenomenologiniame lauke išskyla suicidiškumas, praeityje yra susidūrę su kitų žmonių suicidiniu elgesiu, kurių metu buvo suformuota specifinė savižudybės reikšmė. Ji imta suprasti kaip priemonė atkurti ramybę ir nutraukti kančią. Susidūrus su nepakeliamu psichologiniu skausmu, ši mintis asociacijų principu gali iškilti ir kartotis. Tyrimai rodo, kuo labiau žmogus stengiasi suicidines mintis slopinti, tuo jos ima dažnėti ir suicidiškumas gali imti stiprėti. Esant afektinės būsenos, išgyvenant vieną baisiausių savo gyvenimo scenarijų ir patiriant ilgus metus slopintus trauminius išgyvenimus bei jų keliamą psichologinį skausmą, iškilus mintims apie savižudybę, talpinančiomis savyje kančios nutraukimo ir ramybės atkūrimo reikšmę, gali būti itin sunku atsispirti.

4.2. Įveikos būdai priešsuicidinės kančios ir suicidiškumo iškilimo etapuose

Atliktas tyrimas taip pat atskleidė, ko žmonėms reikia ar trūksta, kad suicidiškumas neimtų kilti. Tyrime identifikuotus įveikos būdus geriau galima suprasti aptariant gautą grupės patirčių modelį (žr. 2 paveikslą) ir išryškėjusias poreikių temas – savęs pažinimą ir atitinkamų prevencinių bei intervencinių priemonių pritaikymą (žr. 3.2. skyriaus 15 punktą); kito žmogaus artumo patyrimą (žr. 3.2. skyriaus 16 punktą); mirties poreikį (žr. 3.2. skyriaus 17 punktą); ir specialistų pagalbos poreikį (žr. 3.2. skyriaus 18 punktą).

Tyrime išryškėjęs priešsuicidinės kančios modelis rodo, kad kontekstas, palankus suicidiškumui iškilti, formuojasi pakankamai ilgai ir susideda iš daugelio komponentų. Tai reiškia, kad žmogus turi patirti eilę tam tikra tvarka išsidėsčiusių patirčių, kad susidarytų pagrindas suicidinėms mintims iškilti – itin intensyvi afektinė būseną. Atitinkamai, priešsuicidinės kančios raidos procese yra pakankamai daug jungties taškų, kuriuose raida gali pakrypti kita linkme, o ne į suicidiškumo iškilimą. Rudd (2006) teigė, kad suicidinės būsenos aktyvacijai (tai atitinka suicidiškumo iškilimą šiame tyrime) reikalinga intensyvi stimuliacija iš aplinkos ir pakankamai daug pažeistų patirties komponentų žmogaus viduje. Kuo jų daugiau, tuo intensyvesnė suicidinė būseną gali kilti. Tačiau, jeigu stimuliacija ir pažeistų komponentų dirginimas praeina, atslūgsta ir suicidinė būseną. Tai reiškia, kad suicidiškumo iškilimui reikia atitinkamo vidinių ir išorinių veiksnių suderėjimo. Pažeistus komponentus žmogaus viduje šiame tyrime atitinka didelio trūkumo jausmai, kompensacinis mechanizmas ir poreikis jį išlaikyti, o apsunkina fizinis ir emocinis išsekimas. Intensyvią stimuliaciją iš aplinkos šiame tyrime atitinka pasikartojančių trauminių išgyvenimų, kompensacinį mechanizmą provokuojančių įvykių patyrimas ir pagrindinio trigerinančio įvykio patirtis. Galima svarstyti, jeigu žmogus nesusidurtų su įvykiu, kurį patirtų kaip pagrindinį trigerinantį įvykį arba susidūrimas su įvykiu būtų per trumpas, suicidiškumo iškilimo tikimybė būtų mažesnė. Taip pat, jeigu nebūtų išsekimo būsenos, kompensacinį mechanizmą provokuojančių įvykių, kompensacinio mechanizmo arba jis būtų lankstus, jeigu žmogus nebūtų susidūręs su eile trauminių įvykių arba nesusiformuotų didelio trūkumo jausmų, suicidiškumo iškilimo tikimybė taip pat būtų mažesnė.

Vis dėlto, įdomu tai, kad šiame tyrime dalyvavę žmonės reflektuodami savo poreikius, ko reikėjo, kad suicidiškumas nebūtų iškilęs, nekalbėjo, kad būtų norėję, jog kai kurie įvykiai jų gyvenime nebūtų įvykę ar patirtys nebūtų išgyventos. Tokia tema šiame tyrime neiškilo. Verčiau jie dalinosi įžvalgomis kaip įveikti susikumuliavusį skausmą. Pirma, tyrime dalyvavę žmonės

dalinosi požiūriu, kad siekiant išvengti iškylančio suicidiškumo vertingiausia pažinoti save ir savo patirtis – gebėti atpažinti, kas triggerina, kelia afektines būsenas ir kokios priemonės padeda nurimti esant afektinės būsenos. Šie rezultatai dera su kitų mokslininkų įžvalga, kad suicidiškumas yra asmeniška ir kintanti patirtis, susijusi su individualiais pažeidžiamumais ir konkrečiais žmogui nutikusiais įvykiais (Hjelmeland & Knizek, 2010; Michel, Shand, et al., 2021). Taigi, kylančių afektyvių būsenų valdymas per savęs pažinimą, remiantis tyrimų rezultatais, yra vienas iš suicidiškumo įveikos poreikių.

Shneidman (2002) teigė, jeigu nėra psichologinio skausmo, nėra ir savižudybės. Šiame tyrime, psichologiniu skausmu tapo slopinami vis iškylantys trauminiai išgyvenimai bei jų keliama jausmai, ilgainiui manifestuojantys afektyvių būsenų pavidalu. Jų metu ir kildavo suicidinės mintys. Todėl kiti poreikiai susiję su jau kilusios afektinės būsenos valdymu. Be individualių priemonių išsiaiškintų pažinus savo patirtis pritaikymo, tokių kaip pasivaikščiojimas, kvėpavimo pratimas, kita, tyrime dalyvavę žmonės dalinosi, kad padeda išgyventas kito žmogaus artumas, per jautrų pokalbį, apkabinimą ar buvimą šalia. Buvo teigiama, kad kilus itin intensyviai afektinei būsenai, artumo patirtis gali padėti nurimti. Murphy ir kitų (2018) tyrimas parodė, kad apkabinimas yra reikšmingai susijęs su afektinėmis būsenomis. Apkabinimas gali sumažinti kylančios neigiamos afektinės būsenos intensyvumą, o apkabinimo poveikis gali tęstis net kelias dienas. Kiti tyrimai patvirtina išgyvento artumo ir mažesnio emocinio reaktyvumo ryšį (Duong et al., 2023; Morawetz et al., 2021). Taigi, išgyventas artumas yra dar vienas poreikis patiriant pasikartojančias afektines būsenas. Moksliniuose tyrimuose teigiama, kad terapinis darbas yra viena iš svarbiausių priemonių reikšmingai veikianti pacientų suicidiškumo mažėjimą (Michel, Gysin-Maillart, et al., 2021). Galima kelti prielaidą, kad terapiniu darbu atliepiama būtent šis žmonių suicidiškumo įveikos poreikis.

Trečiasis poreikis, kuriuo dalinosi tyrime dalyvavę žmonės – mirties poreikis. Nors tik keli žmonės dalinosi, jog prieš iškylant suicidiškumui niekas kitas jiems negalėjo padėti, tik mirtis, vertinga pabrėžti, kad kai kurie žmonės gali turėti šią nuostatą išgyvendami suicidiškumą. Spinelli (2015) teigia, kad savižudybę galima matyti kaip bandymą sugriauti nusistovėjusį pasaulėvaizdį ar jo fragmentą (kompensacinį mechanizmą šiame tyrime), jeigu jis tampa per daug rigidiškas, o naujų patirčių į jį nebeįmanoma integruoti. Išreikštas noras mirti rodo per didelę įtampą ir egzistencinį nerimą, kurio žmogus nebegali išverti. Vis dėlto, anot autoriaus, svarbu pastebėti, kad noras nusižudyti, t. y. perkurti savo pasaulėvaizdį labiau rodo norą gyventi ir prisitaikyti prie patirčių

nei norą nebeegzistuoti. Tyrime dalyvavę žmonės, pasidalinę mirties poreikiu, vis dėlto vėliau pasidalino ir būdais, kaip suicidiškumas galėjo sumažėti – išlaukiant arba pasitelkiant specialistų pagalbą.

Ketvirtasis poreikis, kuriuo dalinosi tyrime dalyvavę žmonės – specialistų pagalbos poreikis. Šie rezultatai dera su moksliniais tyrimais, kuriuose randamas ryšys tarp specializuotos pagalbos ir suicidiškumo mažėjimo (Kothgassner et al., 2021; Michel, Gysin-Maillart, et al., 2021; Ryberg et al., 2019). Įdomu tai, kad tyrime dalyvavę žmonės matė psichikos sveikatos specialistus galint sumažinti kilusią intensyvią afektinę būseną kai kitos priemonės nebegali padėti. Taigi, psichikos sveikatos specialistų pagalba yra dar vienas būdas įveikti suicidiškumo iškilimą.

Aptariant šio tyrimo rezultatus kitų mokslinių tyrimų kontekste išryškėjo dar vienas su suicidiškumo iškilimu susijęs aspektas. Ar mintis apie savižudybę nepakeliamo skausmo kontekste iškilis, gali būti susiję su tuo ar žmogui teko susidurti su kitų suicidiniu elgesiu ir susiformuoti specifinę savižudybės reikšmę. Moksliniuose tyrimuose pastebima, kad šeimos nariai linkę perimti suicidiškumą kaip problemų sprendimo būdą (Abrutyn et al., 2020), viena įvykusi savižudybė paskatina visos bendruomenės savižudybės reikšmės permąstymą (Miklin et al., 2019), žymių žmonių paviešintos savižudybių istorijos gali sukelti savižudybių rodiklių kilimą visoje šalyje (Baller & Richardson, 2002; Sisask & Värnik, 2012), o žmogaus suicidinė patirtis yra reikšmingas vėlesnio suicidinio elgesio prognostinis veiksnys (Bostwick et al., 2016). Taigi, tyrimai rodo, kad savižudybės kaip kančios mažinimo priemonės gali būti išmokstama. Tai reiškia, kad retesnis susidūrimas su kitų suicidiniu elgesiu arba savižudybės reikšmės permąstymas irgi galėtų sumažinti tikimybę suicidiškumui afektinėje būsenoje iškilti.

Apibendrinant, priešsuicidinės kančios formavimasis ir suicidiškumo iškilimas yra ilgas procesas, todėl daugelyje jungties taškų jis gali pakrypti kitokia linkme ir suicidiškumo iškilimo tikimybė gali sumažėti. Vis dėlto, tyrime dalyvavę žmonės yra labiau linkę kalbėti apie tai kaip atpažinti afektines būsenas ir nurimti joms kilus, siekiant mažinti suicidiškumo iškilimo tikimybę. Šiame tyrime buvo identifikuoti keturi suicidiškumo įveikos būdai. Savęs pažinimas kaip prevencinė priemonė, afektinėms būsenoms dar nekilus. Jeigu afektinė būseną kyla, labiausiai padeda išgyventas kito žmogaus artumas ar individualiai pritaikytos afektinės būsenos mažinimo priemonės. Taip pat, žmogus gali patirti, kad jam niekas kitas negali padėti tik mirtis. Tokiais atvejais gali padėti psichikos sveikatos specialistai.

TYRIMO RIBOTUMAI

Šis tyrimas ir jo rezultatų taikymas turi ribotumą. Tyrimo trūkumas yra tyrimo planavimo etape pasirinkimas tyrimo duomenis vėliau naudoti tik apibendrintai. Tam buvo išpareigota tyrimų etikos leidime ir informuotame sutikime. Remiantis IFA strategija, priešsuicidinės kančios modelis buvo sudarytas kiekvienam žmogui atskirai, o tada individualūs modeliai sujungti į vieną grupę bendrą modelį. Kaip tyrimo rezultatas itin vertingas ir kiekvieno tyrimo dalyvavusio žmogaus patirties modelis geresniam vaizdui apie priešsuicidinės kančios patirtį susidaryti, tačiau dėl išpareigojimo etikai ir tyrimo dalyviams to daryti nebuvo galimybės. Ateityje, ypač naudojant IFA tyrimo strategiją, rekomenduojama apsvarstyti individualių modelių, kaip tyrimo rezultato, pateikimo poreikį.

Taip pat, pabrėžtina, kad šio tyrimo rezultatai turėtų būti apibendrinami, remiantis kokybinių tyrimų rezultatams tinkamais apibendrinimo būdais (žr. 1.5. skyrių).

REZULTATŲ PRITAIKYMO GALIMYBĖS

Gautus tyrimo rezultatus praktiškai galima pritaikyti keliuose skirtinguose lygmenyse:

Priešsuicidinę kančią arba suicidiškumą išgyvenančio žmogaus lygmuo

Remiantis atliktu tyrimu, matyti, kad priešsuicidinės kančios ir suicidiškumo procesas yra ilgas ir susidedantis iš daugelio komponentų. Tyrime dalyvavę žmonės dalinosi matą, kad vertingiausia suprasti savo patirtis ir pažinti, kas afektines būsenas sukelia bei kaip jas mažinti, nes be pakankamos stimuliacijos iš aplinkos arba viduje vykstančių procesų jos praeina. Kilus afektinei būsenai vertingiausia turėti savo instrumentus padedančius ją išbūti, siekti išgyventi artumą su kitu žmogumi. Kilus suicidinėms mintims, prisiminti, kad jos gali kilti dėl išgyventų patirčių ir jomis vadovautis nėra būtina, bei rinktis kitus nepakeliamo skausmo mažinimo būdus. Kai padėti sau nepavyksta, o šalia nėra žmogaus artimam ryšiui išgyventi, rekomenduojama nedelsiant kreiptis į sveikatos specialistą arba skambinti 112. Jeigu susidūrimas su sveikatos specialistu netenkina, ieškoti kito sveikatos specialisto ar sveikatos įstaigos.

Artimojo lygmuo

Artimiesiems, gyvenantiems šalia žmogaus patiriančio priešsuicidinę kančią arba suicidiškumą vertinga rūpintis suprasti, iš kur šios būsenos kyla, vertinga stiprinti artumo išgyvenimą santykių. Taip pat, gali būti naudinga gilintis į savo afektines būsenas ir rasti efektyvius būdus jas mažinti. Tyrimai rodo, kad požiūris į skausmą ir jo įveikos būdai šeimoje ar artimoje aplinkoje persiduoda, todėl daug efektyviau rodyti žmonėms aplinkui pavyzdį kaip kančia įveikiama, o ne demonstruoti jos nebuvimą ar slopinimą.

Specialisto lygmuo

Šiame tyrime rastas modelis specialistams gali būti vertingas geriau suprantant žmogų patiriantį priešsuicidinę kančią arba išskylančią suicidiškumą. Jis gali padėti suprasti, kuriame patirties etape žmogus šiuo metu yra. Taip pat, dirbant su žmogumi išgyvenančiu pasikartojančias afektines būsenas rekomenduojama atkreipti dėmesį į pagrindinį trigerinantį įvykį ir jo reikšmę žmogui. Pagrindinio trigerinančio įvykio tyrinėjimas gali padėti atsekti, kokį kompensacinį mechanizmą ir kokius didelio trūkumo jausmus žmogus patiria. Šalia to vertinga skatinti žmogaus savo patirčių supratimą, saugų didelio trūkumo jausmų išgyvenimą, trigerinančių įvykių atpažinimą mažinant afektyvių būsenų dažnį ir ieškoti individualizuotų būdų kas gali padėti afektinę

būseną išbūti ar sumažinti. Taip pat, vertinga žmones informuoti, kad esant afektinės būsenos gali iškilti mintys apie savižudybę, tačiau nėra būtina jomis vadovautis, o afektinės būsenos visada praeina. Vertinga aptarti suicidiškumo ir savižudybės reikšmę, kuriant kuo realesnę jos sampratą.

Mokslininko lygmuo

Atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad ne visi sunkumai patiriami priešsuicidinės kančios etape yra tiesiogiai susiję su patiriama kančia. Tik specifiniai įvykiai, primenantys didelio trūkumo jausmus ir konfrontuojantys su kompensaciniu mechanizmu yra susiję su kančios patirtimi. Šis radinys gali būti svarbus planuojant mokslinius tyrimus. Rekomenduojama moksliniais tyrimais patikrinti šiame tyrime sudarytą patirčių modelį, jį patikslinant, praplečiant ar koreguojant. Taip pat, vertinga tirti šiame darbe iškeltas prielaidas. Atlikto tyrimo rezultatai apjungia priešsuicidinės kančios patirtį ir suicidiškumą, todėl suicidologijos srities mokslininkams suteikia pagrindą tirti kančios formavimosi patirtį ir kontekstą bandant geriau suprasti suicidiškumą.

IŠVADOS

1. Priešsuicidinės kančios patirtis yra būdinga savižudybės procesui:
 - a. Prie priešsuicidinės kančios patirties prisideda **daug įvykių, tačiau ne visi** panašiu metu vykstantys sunkūs gyvenimo įvykiai yra patiriami kaip keliantys šią kančią.
 - b. Išskylantį suicidiškumą galima suprasti kaip **santykio su kitais krizę** – išgyvenamo artumo stoką, kurią kadaise sutrikdė pasikartojančios trauminės patirtys.
 - c. Priešsuicidinė kančia gali būti patiriama kaip **procesas**, apimantis **pasikartojančias traumines patirtis, didelio trūkumo jausmus, kompensacinio mechanizmo** atsiradimą, aplinkoje vykstančius **įvykius provokuojančius** kompensacinį mechanizmą, pastangas jį **išlaikyti**, fizinį ir emocinį **išsekimą, pagrindinį trigerinantį įvykį** sugriaunantį kompensacinį mechanizmą, kylančią intensyvią **afektinę būseną**, kurios metu ilgai slopinti didelio trūkumo jausmai užplūsta vienu metu susimaišydami su dabartiniais jausmais ir skatina ieškoti būdų nepakeliamą psichologinį **skausmą sumažinti**.
2. Prielaidas suicidiškumui iškilti geriausiai apibrėžia priešsuicidinės kančios patirties metu kylančios **afektinės būsenos**, tampančios palankiu kontekstu suicidiškumui iškilti:
 - a. Prielaidų suicidiškumui iškilti patirtis apima: **pagrindinio trigerinančio įvykio patirtį**, kai žmogų saugojęs nuo kančios kompensacinis mechanizmas sugriaunamas ir vienu metu žmogų užplūsta ilgai slopinti **didelio trūkumo jausmai** susipynę su dabartiniais išgyvenimais. Šioje būsenoje žmogus linkęs **ieškoti būdų** kaip nepakeliamą psichologinį skausmą sumažinti. Žmogus gali patirti **disociaciją**, gali sugalvoti ir imtis **kitų būdų**. Atitinkamai, jeigu kiti būdai nepadaeda neištvėrimo skausmo sumažinti, jam gali kilti **mintys apie savižudybę**, kuriems afektinėje būsenoje pasipriešinti sudėtinga.
 - b. Pirmoji mintis apie savižudybę, esant afektinės būsenos, gali būti patiriama tarsi **išskylanti savaime**. Kuo ji labiau slopinama, tuo didesnė tikimybė, kad mintys apie savižudybę ims dažnėti, o suicidiškumas stiprėti.
 - c. Savižudybė gali turėti **ramybės atgavimo, išsivaduojant nuo nepakeliamos kančios** reikšmę, todėl esant afektinės būsenos jai gali būti sunku pasipriešinti ir ji gali būti patiriama kaip tinkamas situacijos sprendinys.

3. Žmogus savižudybės procese gali turėti skirtingus priešsuicidinės kančios ir suicidiškumo iškilimo įveikos poreikius:
- a. Pasikartojančių afektinių būsenų prevencijai svarbiausias **savęs pažinimas**, kuriuo siekiama suprasti, kas afektinės būsenas sukelia ir kaip galima sumažinti jų intensyvumą, jeigu būseną jau prasidėjo.
 - b. Kilus afektinei būsenai, geriausiai jos intensyvumą sumažinti ir ją išbūti gali padėti **išgyventas kito žmogaus artumas**, per apkabinimą, buvimą šalia, išklausymą, palaikymą.
 - c. Kilus suicidiškumui, žmogus gali patirti, kad jam **nieko kito nereikia, tik mirties**.
 - d. Kartais, kai žmogui pačiam ir šalia esantiems žmonėms sumažinti afektinės būsenos intensyvumo nepavyksta, tikima, kad padėti gali **psichikos sveikatos specialistai**.

LITERATŪRA

- Abrutyn, S., Mueller, A. S., & Osborne, M. (2020). Rekeying Cultural Scripts for Youth Suicide: How Social Networks Facilitate Suicide Diffusion and Suicide Clusters Following Exposure to Suicide. *Society and Mental Health*, 10(2), 112–135. <https://doi.org/10.1177/2156869319834063>
- American Psychological Association (2024). *APA Style Journal Article Reporting Standards - Qualitative Design*. Retrieved February 20, 2024, from <https://apastyle.apa.org/jars/qual-table-1.pdf>
- Anderson, W. (Ed.) (1995). *The truth about the truth: de-confusing and re-constructing the postmodern world*. Penguin Publishing Group.
- Anestis, M. D., Soberay, K. A., Gutierrez, P. M., Hernández, T. D., & Joiner, T. E. (2014). Reconsidering the Link Between Impulsivity and Suicidal Behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 18(4), 366–386. <https://doi.org/10.1177/1088868314535988>
- Baechler, J. (1980). A Strategic Theory. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 10(2), 70–99. <https://doi.org/10.1111/J.1943-278X.1980.TB00768.X>
- Bagge, C. L., Glenn, C. R., & Lee, H. J. (2013). Quantifying the impact of recent negative life events on suicide attempts. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 359–368. <https://doi.org/10.1037/A0030371>
- Bagge, C. L., Littlefield, A. K., & Glenn, C. R. (2017). Trajectories of Affective Response as Warning Signs for Suicide Attempts. *Clinical Psychological Science*, 5(2), 259–271. <https://doi.org/10.1177/2167702616681628>
- Bailey, R., & Pico, J. (2023). Defense Mechanisms. In: StatPearls , *NIH National Library of Medicine*. StatPearls Publishing. Retrieved January 25, 2025, from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559106/>
- Baller, R. D., & Richardson, K. K. (2002). Social integration, imitation, and the geographic patterning of suicide. *American Sociological Review*, 67(6), 873–888. <https://doi.org/10.2307/3088974>
- Bandura, A. (1976). Learning through Modeling. In Bandura, A. (Ed.), *Social Learning Theory* (pp. 22–57). Prentice Hall.
- Barker, C., Pistrang, N., & Robert, E. (2015). *Research Methods in Clinical Psychology: An Introduction for Students and Practitioners*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119154082>

- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>
- Bokanowski, T. (2005). Variations on the concept of traumatism: traumatism, traumatic, trauma. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 86(2), 251–265. <https://doi.org/10.1516/PPLT-H9DR-DW3A-X1XU>
- Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., & McKean, A. J. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1094–1100. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. Sage Publications.
- Bruno, S., Anconetani, G., Rogier, G., Del Casale, A., Pompili, M., & Velotti, P. (2023). Impulsivity traits and suicide related outcomes: A systematic review and meta-analysis using the UPPS model. *Journal of Affective Disorders*, 339, 571–583. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2023.07.086>
- Burr, E. M., Rahm-Knigge, R. L., & Conner, B. T. (2018). The Differentiating Role of State and Trait Hopelessness in Suicidal Ideation and Suicide Attempt. *Archives of Suicide Research*, 22(3), 510–517. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1366960>
- Cai, H., Xie, X.-M., Zhang, Q., Cui, X., Lin, J.-X., Sim, K., Ungvari, G. S., Zhang, L., & Xiang, Y.-T. (2021). Prevalence of Suicidality in Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Studies. *Psychiatry*, 12, 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.690130>
- Calati, R., Bensassi, I., & Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry Research*, 251, 103–114. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2017.01.035>
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (2010). The gender paradox in suicide. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 28(1), 1–23. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x>
- Carrasco-Barrios, M. T., Huertas, P., Martín, P., Martín, C., Carmen Castillejos, M., Petkari, E., & Moreno-Küstner, B. (2020).

- Determinants of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 1–24. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114115>
- Centers for Disease Control and Prevention (2022). *Suicide Prevention: Facts About Suicide*. Retrieved April 30, 2022, from: <https://www.cdc.gov/suicide/facts/index.html>
- Chaplo, S. D., Kerig, P. K., Bennett, D. C., & Modrowski, C. A. (2015). The Roles of Emotion Dysregulation and Dissociation in the Association Between Sexual Abuse and Self-Injury Among Juvenile Justice–Involved Youth. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(3), 272–285. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989647>
- Coleman, D., Kaplan, M. S., & Casey, J. T. (2011). The social nature of male suicide: A new analytic model. *International Journal of Men's Health*, 10(3), 240–252. <https://doi.org/10.3149/jmh.1003.240>
- Deisenhammer, E. A., Ing, C. M., Strauss, R., Kemmler, G., Hinterhuber, H., & Weiss, E. M. (2009). Duration of the Suicidal Process. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(1), 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.028>
- Diamond, M. J. (2020). Return of the Repressed: Revisiting Dissociation and the Psychoanalysis of the Traumatized Mind. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 68(5), 839–874. <https://doi.org/10.1177/0003065120964929>
- Dieserud, G., Gerhardsen, R. M., Van den Weghe, H., & Corbett, K. (2010). Adolescent suicide attempts in Bærum, Norway, 1984–2006: Trends, triggers, and underlying reasons. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(5), 255–264. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/A000030>
- Duong, J. B., Carta, K. E., Walters, S. N., Simo Fiallo, N., Benamu, D. I., Jumonville, G., Han, S. C., Kim, Y., Margolin, G., & Timmons, A. C. (2023). Relationship closeness as a protective factor against the sensitizing effect of adversity history. *Journal of Social and Personal Relationships*, 40(11), 3752–3780. <https://doi.org/10.1177/02654075231185043>
- Durkheim, E. (2005). *Suicide: A study in sociology*. Taylor & Francis e-Library.

- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215–229. <https://doi.org/10.1348/014466599162782>
- Elston, N. C. (2018). *Evaluating Applied Suicide Intervention Skills Training with Counselors-in-Training: Enhancing Sensitivity, Awareness, and Intervention Skills with Suicidal and Non-Suicidal Clients* [Doctoral dissertation, Georgia State University]. Georgia State University Theses and Dissertations Archive. <https://doi.org/10.57709/12068475>
- Espeland, K., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2020). “Time to Try Something New” – Professionals’ Experiences and Reflections on Suicide Prevention in Norway. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 42(6), 434–440. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000740>
- Fartacek, C., Schiepek, G., Kunrath, S., Fartacek, R., & Plöderl, M. (2016). Real-Time Monitoring of Non-linear Suicidal Dynamics: Methodology and a Demonstrative Case Report. *Frontiers in Psychology*, 7, 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00130>
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30(1), 23–39. <https://doi.org/10.1017/S003329179900135X>
- Ford, J. D., & Gómez, J. M. (2015). The Relationship of Psychological Trauma and Dissociative and Posttraumatic Stress Disorders to Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality: A Review. *Journal of Trauma and Dissociation*, 16(3), 232–271. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989563>
- Foster, T. (2011). Adverse Life Events Proximal to Adult Suicide: A Synthesis of Findings from Psychological Autopsy Studies. *Archives of Suicide Research*, 15(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/13811118.2011.540213>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors:

- A Meta-Analysis of 50 Years of Research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Gailienė, D. (1998). *Jie neturėjo mirti: savižudybės Lietuvoje*. Tyto alba.
- Gailienė, D. (2022). Suicide Rates as a “Social Thermometer”: Reading the Traumatized History of Lithuania. In V. Kivimäki & P. Leese (Eds.), *Trauma, Experience and Narrative in Europe after World War II* (pp. 299–318). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-030-84663-3_11
- Gailienė, D., Skruibis, P., Dadašev, S. ir Grigienė, D. (2022). *Savižudiškumo tendencijos ir sociokultūriniai suicidinės rizikos veiksniai Lietuvoje: rekomendacijos nacionalinę ir regioninę savižudybių prevenciją kuriančioms institucijoms*. Vilniaus universiteto leidykla.
- Galynder, I., Yaseen, Z. S., Cohen, A., Benhamou, O., Hawes, M., & Briggs, J. (2017). Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: The suicide crisis inventory. *Depression and Anxiety*, 34(2), 147–158. <https://doi.org/10.1002/DA.22559>
- Geleželytė, O. (2022). *Kompleksinis potrauminis stresas: samprata ir psichotraumatologinis įvertinimas*. Vilniaus universiteto leidykla.
- Geleželytė, O., Kvedaraitė, M., Kairytė, A., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Kazlauskas, E. (2022). The mediating role of complex posttraumatic stress and borderline pattern symptoms on the association between sexual abuse and suicide risk. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1), 1. <https://doi.org/10.1186/S40479-022-00183-Z>,
- Giesbrecht, T., Merckelbach, H., Geraerts, E., & Smeets, E. (2004). Dissociation in undergraduate students: Disruptions in executive functioning. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(8), 567–569. <https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000135572.45899.F2>
- Gold, D. B., & Wegner, D. M. (1995). Origins of Ruminative Thought: Trauma, Incompleteness, Nondisclosure, and Suppression. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(14), 1245–1261. <https://doi.org/10.1111/J.1559-1816.1995.TB02617.X>
- Grigienė, D. (2023). *Vyriškumo sąsajos su suicidiškumu [Daktaro disertacija, Vilniaus universitetas]*. Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka. <https://doi.org/https://doi.org/10.15388/vu.thesis.545>

- Grover, K. E., Green, K. L., Pettit, J. W., Monteith, L. L., Garza, M. J., & Venta, A. (2009). Problem solving moderates the effects of life event stress and chronic stress on suicidal behaviors in adolescence. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1281–1290. <https://doi.org/10.1002/JCLP.20632>
- Haaland, V., & Landrø, N. I. (2009). Pathological dissociation and neuropsychological functioning in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(5), 383–392. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.2008.01323.X>
- Heapy, C., Haddock, G., & Pratt, D. (2024). The Relationship Between Social Problem-Solving and Suicidal Ideation and Behavior in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 31(4), 419–432. <https://doi.org/10.1037/CPS0000195>
- Hendin, H., Maltsberger, J. T., Haas, A. P., Szanto, K., & Rabinowicz, H. (2004). Desperation and other affective states in suicidal patients. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(4), 386–394. <https://doi.org/10.1521/SULI.34.4.386.53734>
- Hendin, H., Maltsberger, J. T., & Szanto, K. (2007). The role of intense affective states in signaling a suicide crisis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(5), 363–368. <https://doi.org/10.1097/NMD.0B013E318052264D>
- Herman, J. L. (2021). *Trauma ir išgijimas: prievartos pasekmės - nuo buitinio smurto iki politinio teroro*. Vaga.
- Higienos institutas (2025). *Statistinių duomenų apie mirties priežastis paieškos priemonė*. Paimta vasario 8 d., 2025, iš: https://public.tableau.com/app/profile/aurelija5653/viz/Mirtiesprieasipaiekospriemon_16183214023990/Pradia
- Hjelmeland, H. (2010). Cultural Research in Suicidology: Challenges and Opportunities. *Suicidology Online*, 1, 34–52.
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2010). Why We Need Qualitative Research in Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 74–80. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.1.74>
- Holmes, E. A., Crane, C., Fennell, M. J. V., & Williams, J. M. G. (2007). Imagery about suicide in depression – “Flash-forwards”? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 423–434. <https://doi.org/10.1016/J.JBTEP.2007.10.004>

- Howarth, E. J., O'Connor, D. B., Panagioti, M., Hodkinson, A., Wilding, S., & Johnson, J. (2020). Are stressful life events prospectively associated with increased suicidal ideation and behaviour? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 266, 731–742. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2020.01.171>
- Ille, R., & Huber, H. P. (2003). Zur bedeutung von suizidgedanken in hinblick auf aggressionsbereitschaft, selbstwert und hoffnungslosigkeit bei depressiven und klinisch unauffälligen vergleichspersonen. *Zeitschrift Fur Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, 32(2), 79–84. <https://doi.org/10.1026//1616-3443.32.2.79>
- Jannini, T. B., Longo, L., Rossi, R., Niolu, C., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2023). Complex post-traumatic stress disorder (cPTSD) and suicide risk: A multigroup mediation analysis exploring the role of post-traumatic symptomatology on hopelessness. *Journal of Psychiatric Research*, 165, 165–169. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2023.07.032>
- Joiner, T. E. (2005). *Why People Die by Suicide*. Harvard University Press.
- Karasouli, E., Latchford, G., & Owens, D. (2014). The impact of chronic illness in suicidality: a qualitative exploration. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 2(1), 899–908. <https://doi.org/10.1080/21642850.2014.940954>
- Kelly-Irving, M., Lepage, B., Dedieu, D., Lacey, R., Cable, N., Bartley, M., Blane, D., Grosclaude, P., Lang, T., & Delpierre, C. (2013). Childhood adversity as a risk for cancer: Findings from the 1958 British birth cohort study. *BMC Public Health*, 13(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-767/TABLES/4>
- Kira, I., Barger, B., Shuwiekh, H., Kucharska, J., & Al-Huwailah, A. H. (2019). Cumulative Stressors and Traumas and Suicide: A Non-Linear Cusp Dynamic Systems Model. *Psychology*, 10(15), 1999–2018. <https://doi.org/10.4236/PSYCH.2019.1015128>
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2006.08.002>
- Kõlves, K., Värnik, A., Schneider, B., Fritze, J., & Allik, J. (2006). Recent life events and suicide: A case-control study in Tallinn and Frankfurt. *Social Science & Medicine*, 62(11), 2887–2896. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2005.11.048>

- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057–1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
- Kral, M. J., & White, J. H. (2017). Moving toward a critical suicidology. *Annals of Psychiatry and Mental Health*, 5(2), 1–2. <https://doi.org/10.47739/2374-0124/1099>
- Krysinska, K., Ozols, I., Ross, A., Andriessen, K., Banfield, M., McGrath, M., Edwards, B., Hawgood, J., Kölves, K., Ross, V., & Pirkis, J. (2023). Active involvement of people with lived experience of suicide in suicide research: a Delphi consensus study. *BMC Psychiatry*, 23(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/S12888-023-04973-9>
- Large, M. M. (2018). The role of prediction in suicide prevention. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(3), 197–205. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/MLARGE>
- Large, M. M., Kaneson, M., Myles, N., Myles, H., Gunaratne, P., & Ryan, C. (2016). Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: Heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PLoS One*, 11(6), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156322>
- LeBouthillier, D. M., McMillan, K. A., Thibodeau, M. A., & Asmundson, G. J. G. (2015). Types and Number of Traumas Associated With Suicidal Ideation and Suicide Attempts in PTSD: Findings From a U.S. Nationally Representative Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 28(3), 183–190. <https://doi.org/10.1002/jts.22010>
- Lee, N. H., Massetti, G. M., Perry, E. W., & Self-Brown, S. (2022). Adverse Childhood Experiences and Associated Mental Distress and Suicide Risk: Results From the Zambia Violence Against Children Survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(21–22), 21244–21265. <https://doi.org/10.1177/08862605211056726>
- Lee, S. H., Tsai, Y. F., Chen, C. Y., & Huang, L. B. (2014). Triggers of suicide ideation and protective factors of actually executing suicide among first onset cases in older psychiatric outpatients: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12888-014-0269-9/TABLES/2>

- Leenaars, A. A. (1999). *Lives and deaths: selections from the works of Edwin S. Shneidman*. Brunner/Mazel.
- Leenaars, A. A. (2010). Edwin S. Shneidman on Suicide. *Suicidology Online*, 1, 5–18.
- Levinger, S., Somer, E., & Holden, R. R. (2015). The Importance of Mental Pain and Physical Dissociation in Youth Suicidality. *Journal of Trauma and Dissociation*, 16(3), 322–339. <https://doi.org/10.1080/15299732.2014.989644>
- Liu, R. T., Kleiman, E. M., Nestor, B. A., & Cheek, S. M. (2015). The Hopelessness Theory of Depression: A Quarter Century in Review. *Clinical Psychology: A Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 22(4), 345–365. <https://doi.org/10.1111/CPSP.12125>
- Liu, R. T., & Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.006>
- Mary, A., Dayan, J., Leone, G., Postel, C., Fraisse, F., Malle, C., Vallée, T., Klein-Peschanski, C., Viader, F., de la Sayette, V., Peschanski, D., Eustache, F., & Gagnepain, P. (2020). Resilience after trauma: The role of memory suppression. *Science*, 367, 734–735. <https://doi.org/10.1126/science.aay8477>
- Marzetti, H., McDaid, L., & O'Connor, R. C. (2023). A qualitative study of young people's lived experiences of suicide and self-harm: intentionality, rationality and authenticity. *Child and Adolescent Mental Health*, 28(4), 504–511. <https://doi.org/10.1111/CAMH.12641>
- May, A. M., & Klonsky, E. D. (2013). Assessing motivations for suicide attempts: development and psychometric properties of the inventory of motivations for suicide attempts. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 43(5), 532–546. <https://doi.org/10.1111/SLTB.12037>
- McHugh, C. M., Corderoy, A., Ryan, C. J., Hickie, I. B., & Large, M. M. (2019). Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych Open*, 5(2), 1–12. <https://doi.org/10.1192/BJO.2018.88>
- Mcmanama O'Brien, K. H., Nicolopoulos, A., Almeida, J., Aguinaldo, L. D., & Rosen, R. K. (2019). Why Adolescents Attempt Suicide: A Qualitative

- Study of the Transition from Ideation to Action. *Archives of Suicide Research*, 25(2), 269–286. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1675561>
- Michel, K., Gysin-Maillart, A., Breit, S., Walther, S., & Pavlidou, A. (2021). Psychopharmacological treatment is not associated with reduced suicide ideation and reattempts in an observational follow-up study of suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, 140, 180–186. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2021.05.068>
- Michel, K., Shand, F., & Young, J. (2021). Suicide Models and Treatment Models Are Separate Entities. What Does It Mean for Clinical Suicide Prevention? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 1–9. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18105301>
- Michel, K., & Valach, L. (2011). The narrative interview with the suicidal patient. In K. Michel & D. A. Jobes (Eds.), *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient* (pp. 63–80). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12303-004>
- Miklin, S., Mueller, A. S., Abrutyn, S., & Ordonez, K. (2019). What does it mean to be exposed to suicide?: Suicide exposure, suicide risk, and the importance of meaning-making. *Social Science and Medicine*, 233, 21–27. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2019.05.019>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Sage Publications.
- Milner, A., Maheen, H., Currier, D., & Lamontagne, A. D. (2017). Male suicide among construction workers in Australia: a qualitative analysis of the major stressors precipitating death. *BMC Public Health*, 17(584), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4500-8>
- Mirza, H., Bellale, F., & Mirza, C. (2023). Ethical Considerations in Qualitative Research: Summary Guidelines for Novice Social Science Researchers. *Social Studies and Research Journal*, 1(11), 441–449.
- Morawetz, C., Berboth, S., & Bode, S. (2021). With a little help from my friends: The effect of social proximity on emotion regulation-related brain activity. *NeuroImage*, 230, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2021.117817>
- Mouseler, A. (2005). Le syndrome présuicidaire du Pr. Erwin Ringel. *L'Évolution Psychiatrique*, 70(2), 425–426. <https://doi.org/10.1016/J.EVOPSY.2005.03.001>

- Mueller, A. S., Abrutyn, S., Pescosolido, B., & Diefendorf, S. (2021). The Social Roots of Suicide: Theorizing How the External Social World Matters to Suicide and Suicide Prevention. *Frontiers in Psychology*, 12, 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.621569>
- Murphy, M. L. M., Janicki-Deverts, D., & Cohen, S. (2018). Receiving a hug is associated with the attenuation of negative mood that occurs on days with interpersonal conflict. *PloS One*, 13(10), 1–17. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0203522>
- Niveau, G., Frioud, E., Aguiar, D., Ruch, P., Auckenthaler, O., Baudraz, J., & Fracasso, T. (2019). Suicide Notes: Their Utility in Understanding the Motivations Behind Suicide and Preventing Future Ones. *Archives of Suicide Research*, 23(4), 576–589. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1480985>
- Nock, M. K. (2014). *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. Oxford University Press.
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. In R. C. O'Connor, S. Platt, & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice* (pp. 181–198). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119998556.ch11>
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373, 1–10. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- O'Connor, R. C., Smyth, R., Ferguson, E., Ryan, C., & Williams, J. M. G. (2013). Psychological processes and repeat suicidal behavior: A four-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1137–1143. <https://doi.org/10.1037/A0033751>
- Orbach, I. (2003). Suicide and the Suicidal Body. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(1), 1–8. <https://doi.org/10.1521/suli.33.1.1.22786>
- Orbach, I. (2006). The Body-Mind of the Suicidal Person. In *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 193–214). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11377-009>
- Orbach, I., Bar-Joseph, H., & Dror, N. (1990). Styles of Problem Solving in Suicidal Individuals. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(1), 56–64. <https://doi.org/10.1111/J.1943-278X.1990.TB00653.X>

- Orbach, I., Stein, D., Shani-Sela, M., & Har-Even, D. (2001). Body Attitudes and Body Experiences in Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(3), 237–249. <https://doi.org/10.1521/SULI.31.3.237.24250>
- Orri, M., Paduanello, M., Lachal, J., Falissard, B., Sibeoni, J., & Revah-Levy, A. (2014). Qualitative Approach to Attempted Suicide by Adolescents and Young Adults: The (Neglected) Role of Revenge. *PLoS One*, 9(5), 1–8. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0096716>
- Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F., Fornaro, M., Valchera, A., Tomasetti, C., Fraticelli, S., Alessandrini, M., La Rovere, R., Trotta, S., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., & De Berardis, D. (2020). Understanding the Complex of Suicide in Depression: from Research to Clinics. *Psychiatry Investigation*, 17(3), 207–221. <https://doi.org/10.30773/PI.2019.0171>
- Owen, G., Belam, J., Lambert, H., Donovan, J., Rapport, F., & Owens, C. (2012). Suicide communication events: Lay interpretation of the communication of suicidal ideation and intent. *Social Science & Medicine*, 75(2), 419–428. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2012.02.058>
- Palmier-Claus, J. E., Taylor, P. J., Varese, F., & Pratt, D. (2012). Does unstable mood increase risk of suicide? Theory, research and practice. *Journal of Affective Disorders*, 143(1–3), 5–15. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2012.05.030>
- Pavulans, K. S., Bolmsjö, I., Edberg, A. K., & Öjehagen, A. (2012). Being in want of control: Experiences of being on the road to, and making, a suicide attempt. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7(1), 1–12. <https://doi.org/10.3402/QHW.V7I0.16228>
- Peper-Nascimento, J., Rogers, M. L., Luiz, J. M., Madeira, K., Keller, G. S., Ceretta, L. B., Quevedo, J., Richards, J. A., Galynker, I., & Valvassori, S. S. (2023). Suicide Risk Moderates the Relationship Between Stressful Life Events, the Suicidal Narrative, and the Suicide Crisis Syndrome: A Brazilian Cross-Sectional Study. *Archives of Suicide Research*, 28(4), 1186–1199. <https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2282658>
- Pettit, J. W., Temple, S. R., Norton, P. J., Yaroslavsky, I., Grover, K. E., Morgan, S. T., & Schatte, D. J. (2009). Thought suppression and suicidal ideation: Preliminary evidence in support of a robust association. *Depression and Anxiety*, 26(8), 758–763. <https://doi.org/10.1002/DA.20512>

- Pompili, M., Belvederi Murri, M., Patti, S., Innamorati, M., Lester, D., Girardi, P., & Amore, M. (2016). The communication of suicidal intentions: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(11), 2239–2253. <https://doi.org/10.1017/S0033291716000696>
- Rasmussen, M. L. (2013). *Suicide among Young Men: Self-esteem regulation in transition to adult life* [Doctoral dissertation, University of Oslo]. University of Oslo Theses and Dissertations Archive. https://www.researchgate.net/publication/272748734_Suicide_among_young_men_Self-esteem_regulation_in_transition_to_adult_life#fullTextFileContent
- Richardson, A. S., Bergen, H. A., Martin, G., Roeger, L., & Allison, S. (2005). Perceived academic performance as an indicator of risk of attempted suicide in young adolescents. *Archives of Suicide Research*, 9(2), 163–176. <https://doi.org/10.1080/13811110590904016>
- Richters, J. E. (1997). The Hubble hypothesis and the developmentalist's dilemma. *Development and Psychopathology*, 9(2), 193–229. <https://doi.org/10.1017/S0954579497002022>
- Rimkevičienė, J. ir Marcinkevičiūtė, M. (2024). Vilniaus miesto savižudybių prevencijos algoritmo veikimo analizės ir rekomendacijų parengimo projekto ataskaita. Vilnius. Vilniaus universitetas, Psichologijos institutas, Suicidologijos tyrimų centras.
- Rimkeviciene, J., O’Gorman, J., & De Leo, D. (2016). How do clinicians and suicide attempters understand suicide attempt impulsivity? A qualitative study. *Death Studies*, 40(3), 139–146. <https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1096314>
- Ringel, E. (1976). The Presuicidal Syndrome. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6(3), 131–149. <https://doi.org/10.1111/J.1943-278X.1976.TB00328.X>
- Ringel, E., & Mouseler, A. (2005). Incommodités de la vie et gêne pré-suicidaire. *L’Évolution Psychiatrique*, 70(2), 427–438. <https://doi.org/10.1016/J.EVOPSY.2004.10.003>
- Rogers, M. L., Galynker, I., Yaseen, Z., DeFazio, K., & Joiner, T. E. (2017). An overview and comparison of two proposed suicide-specific diagnoses: Acute suicidal affective disturbance and suicide crisis syndrome. *Psychiatric Annals*, 47(8), 416–420. <https://doi.org/10.3928/00485713-20170630-01>

- Rogers, M. L., Jeon, M. E., Duffy, M. E., & Joiner, T. E. (2022). Thinking Too Much: Rumination as a Catalyst of the Real-Time Associations Between Affective States and Suicidal Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(9), 670–681. <https://doi.org/10.1037/CCP0000753>
- Rogers, M. L., & Joiner, T. E. (2017). Rumination, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts: A Meta-Analytic Review. *Review of General Psychology*, 21(2), 132–142. <https://doi.org/10.1037/GPR0000101>
- Rudd, M. D. (2006). Fluid Vulnerability Theory: A Cognitive Approach to Understanding the Process of Acute and Chronic Suicide Risk. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 355–368). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11377-016>
- Rudd, M. D. (2014). Core Competencies, Warning Signs, and a Framework for Suicide Risk Assessment in Clinical Practice. In M. K. Nock (Ed.), *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* (pp. 323–336). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/OXFORDHB/9780195388565.013.0018>
- Rudd, M. D., Cukrowicz, K. C., & Bryan, C. J. (2008). Core Competencies in Suicide Risk Assessment and Management: Implications for Supervision. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(4), 219–228. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.2.4.219>
- Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Adamsson, I. J., & Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PloS One*, 12(7), 1–13. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0180292>
- Ryberg, W., Zahl, P. H., Diep, L. M., Landrø, N. I., & Fosse, R. (2019). Managing suicidality within specialized care: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 249, 112–120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.022>
- Rytterström, P., Lindeborg, M., Korhonen, S., Sellin, T., Rytterström, P., Lindeborg, M., Korhonen, S., & Sellin, T. (2019). Finding the Silent Message: Nurses' Experiences of Non-Verbal Communication Preceding a Suicide. *Psychology*, 10(1), 1–18. <https://doi.org/10.4236/PSYCH.2019.101001>
- Schneider, M., Kraemmer, M. M., Weber, B., & Schwerdtfeger, A. R. (2021). Life events are associated with elevated heart rate and reduced heart

- complexity to acute psychological stress. *Biological Psychology*, 163, 1–8. <https://doi.org/10.1016/J.BIOPSYCHO.2021.108116>
- Schuck, A., Calati, R., Barzilay, S., Bloch-Elkouby, S., & Galynker, I. (2019). Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behavioral Sciences & the Law*, 37(3), 223–239. <https://doi.org/10.1002/BSL.2397>
- Selaman, Z. M. H., Chartrand, H. K., Bolton, J. M., & Sareen, J. (2014). Which symptoms of post-traumatic stress disorder are associated with suicide attempts? *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 246–251. <https://doi.org/10.1016/J.JANXDIS.2013.12.005>
- Serafini, G., Muzio, C., Piccinini, G., Flouri, E., Ferrigno, G., Pompili, M., Girardi, P., & Amore, M. (2015). Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(12), 1423–1446. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0760-y>
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. Jason Aronson.
- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. Oxford University Press.
- Shneidman, E. S. (1998). Perspectives on Suicidology: Further Reflections on Suicide and Psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(3), 245–250.
- Shneidman, E. S. (2002). Savižudžio sąmonė. Via Recta.
- Shneidman, E. S. (2015). *Definition of Suicide*. Rowman & Littlefield.
- Simon, T. R., Swann, A. C., Powell, K. E., Potter, L. B., Kresnow, M., & O'Carroll, P. W. (2001). Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32(1), 49–59. <https://doi.org/10.1521/SULI.32.1.5.49.24212>
- Sisask, M., & Värnik, A. (2012). Media Roles in Suicide Prevention: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), 123–138. <https://doi.org/10.3390/IJERPH9010123>
- Sivertsev, E. Yu. (2020). A Pre-Suicidal State: Causes and Possible Development Scenarios. A Philosophical Analysis. *Vestnik Tomskogo Gosudarstvennogo Universiteta*, 450, 93–97. <https://doi.org/10.17223/15617793/450/11>
- Smith, B. (2017). Generalizability in qualitative research: misunderstandings, opportunities and recommendations for the sport and exercise

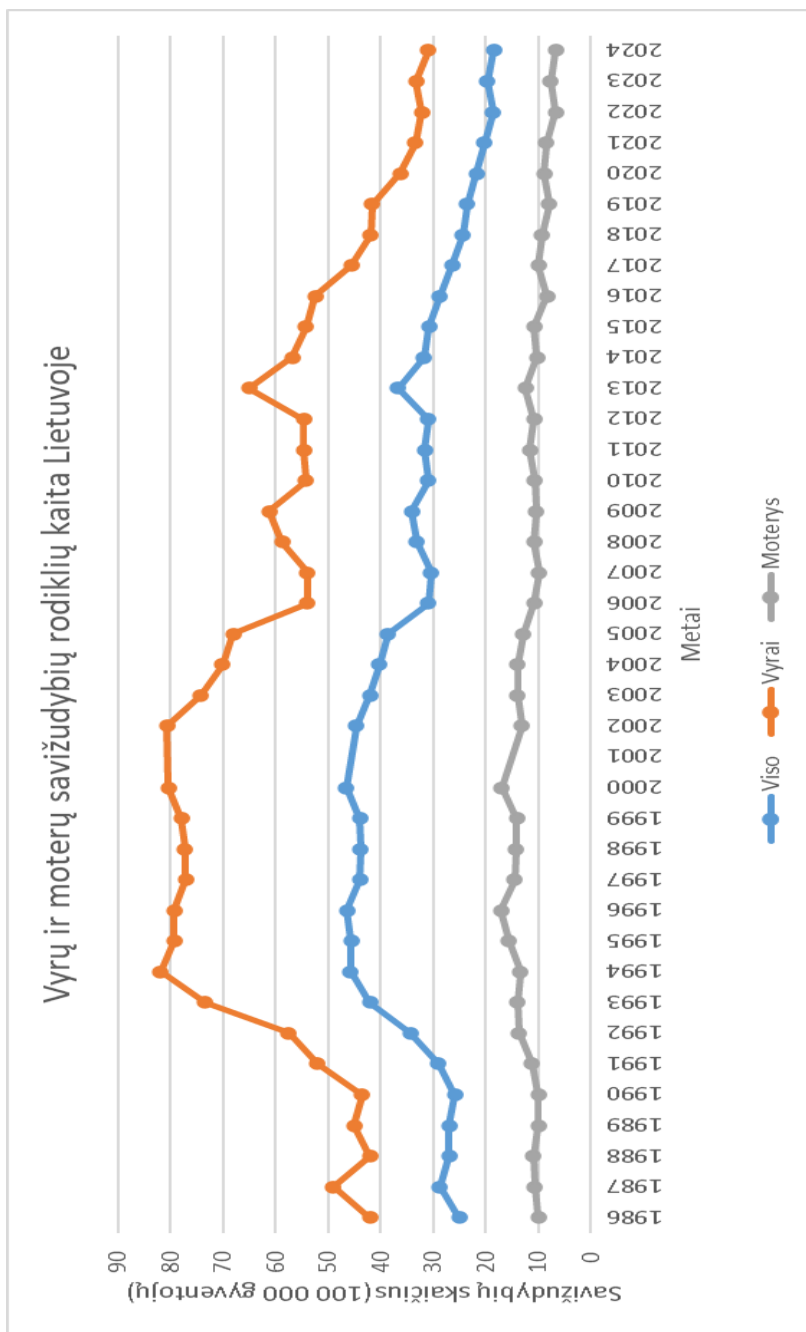
- sciences/exercise sciences. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 1(10), 137–149. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2017.1393221>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2022). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British Journal of Pain*, 9(1), 41–42. <https://doi.org/10.1177/2049463714541642>
- Spinelli, E. (2015). *Practising existential therapy: the relational world* (2nd ed.). SAGE Publications Ltd.
- Stanley, I. H., Rufino, K. A., Rogers, M. L., Ellis, T. E., & Joiner, T. E. (2016). Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD): A confirmatory factor analysis with 1442 psychiatric inpatients. *Journal of Psychiatric Research*, 80, 97–104. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2016.06.012>
- Su, S., Jimenez, M. P., Roberts, C. T. F., & Loucks, E. B. (2015). The Role of Adverse Childhood Experiences in Cardiovascular Disease Risk: a Review with Emphasis on Plausible Mechanisms. *Current Cardiology Reports*, 17(10), 1–10. <https://doi.org/10.1007/S11886-015-0645-1>
- Tiet, Q. Q., Bird, H. R., Davies, M., Hoven, C., Cohen, P., Jensen, P. S., & Goodman, S. (1998). Adverse Life Events and Resilience. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1191–1200. <https://doi.org/10.1097/00004583-199811000-00020>
- Tiet, Q. Q., Bird, H. R., Hoven, C. W., Moore, R., Wu, P., Wicks, J., Jensen, P. S., Goodman, S., & Cohen, P. (2001). Relationship between specific adverse life events and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(2), 153–164. <https://doi.org/10.1023/A:1005288130494>
- Townsend, E., Wadman, R., Sayal, K., Armstrong, M., Harroe, C., Majumder, P., Vostanis, P., & Clarke, D. (2016). Uncovering key patterns in self-harm in adolescents: Sequence analysis using the Card Sort Task for Self-harm (CaTS). *Journal of Affective Disorders*, 206, 161–168. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2016.07.004>
- Tucker, R. P., Michaels, M. S., Rogers, M. L., Wingate, L. R. R., & Joiner, T. E. (2016). Construct validity of a proposed new diagnostic entity: Acute

- Suicidal Affective Disturbance (ASAD). *Journal of Affective Disorders*, 189, 365–378. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2015.07.049>
- Valstybės duomenų agentūra (2025). *Lietuvos gyventojai: gyventojų skaičius ir sudėtis*. Paimta, liepos 19, 2025, iš: <https://osp.stat.gov.lt/paieska?q=Gyventoj%C5%B3%20skai%C4%8Dius%20ir%20sud%C4%97tis>
- Van Bentum, J. S., Kerkhof, A. J. F. M., Huibers, M. J. H., Holmes, E. A., de Geus, S., & Sijbrandij, M. (2023). The Suicidal Intrusions Attributes Scale (SINAS): a new tool measuring suicidal intrusions. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1–10. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2023.1158340/BIBTEX>
- Van Bentum, J. S., Sijbrandij, M., Huibers, M. J. H., Huisman, A., Arntz, A., Holmes, E. A., & Kerkhof, A. J. F. M. (2017). Treatment of Intrusive Suicidal Imagery Using Eye Movements. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(7), 1–14. <https://doi.org/10.3390/IJERPH14070714>
- Van Orden, K. (2014). The interpersonal theory of suicide: A useful theory? In D. A. Lamis & N. J. Kaslow (Eds.), *Advancing the Science of Suicidal Behavior: Understanding and Intervention* (pp. 41–52). Nova Science Publishers.
- Van Orden, K., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/A0018697>
- Ventrice, D., Valach, L., Reisch, T., & Michel, K. (2010). Suicide attempters' memory traces of exposure to suicidal behavior: a qualitative pilot study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(2), 93–99. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/A000013>
- Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2002). Escaping the Self Consumes Regulatory Resources: A Self-Regulatory Model of Suicide. In T. E. Joiner & M. D. Rudd (Eds.), *Suicide science: Expanding the boundaries* (pp. 33–41). Kluwer Academic Publishers. https://doi.org/10.1007/0-306-47233-3_4
- Vollhardt, J. R. (2009). Altruism born of suffering and prosocial behavior following adverse life events: A review and conceptualization. *Social Justice Research*, 22(1), 53–97. <https://doi.org/10.1007/S11211-009-0088-1/FIGURES/4>

- White, J. H., Marsh, I., Kral, M. J., & Morris, J. (2015). *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century*. UBC Press.
- World Health Organization. (2024a). *Fact sheets: Suicide*. Retrieved January 18, 2025, from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- World Health Organization. (2024b). *The Global Health observatory: Suicide rates*. Retrieved January 18, 2025, from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>
- Yöyen, E., & Keleş, M. (2024). First- and Second-Generation Psychological Theories of Suicidal Behaviour. *Behavioral Sciences*, 14(8), 1–11. <https://doi.org/10.3390/BS14080710>
- Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegaro, V. C., Freitas, L. H., Ceresér, K. M. M., Rocha, N. S. da, Bastos, A. G., & Schuch, F. B. (2017). Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Research*, 256, 353–358. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2017.06.082>

PRIEDAI

1 priedas. Vyrų ir moterų savižudybių rodiklių kaita Lietuvoje



2 priedas. Tyrimo dalyvių demografiniai duomenys

Marija		Juliana	Lėja	Alfredas	Vardas*
Moteris		Moteris	Moteris	Vyras	Lytis
21		20	30	53	Amžius
Miestas		Miestelis	Miestas	Miestas	Gyvenamoji vieta**
Gyveno su draugais		Gyveno su tėvais	Gyveno su partneriu ir vaikais	Gyveno vienas	Gyvenamoji situacija**
Vidurinis išsilavinimas		Vidurinis išsilavinimas	Profesinis mokymas	Aukštesnysis išsilavinimas	Išsilavinimas
Studentė		Studentė	Bedarbė	Bedarbis / turi negalią	Užimtumas
Pasikartojantis depresinis sutrikimas		Emociškai nestabiliaus tipo asmenybės sutrikimas ir pasikartojantis depresinis sutrikimas	Bipolinis afektinis sutrikimas	Šizofrenija	Priskirta psichikos sveikatos diagnozė

Ona	Deividas	Elzė	Vanda	Brigita
Moteris	Vyras	Moteris	Moteris	Moteris
21	18	29	21	39
Miestas	Miesto rajonas	Miestas	Miestelis	Miestas
Kita: kraustėsi gyventi su kitais	Gyveno su kitais giminaičiais	Gyveno su tėvais	Gyveno su kitais giminaičiais	Gyveno su partneriu ir vaikais
Vidurinis išsilavinimas	Vidurinis išsilavinimas	Aukštasis universitetinis	Vidurinis išsilavinimas	Aukštasis universitetinis
Studentė / dirbanti	Studentas	Dirbanti	Dirbanti	Bedarbė / motinystės atostogose
Pasikartojantis depresinis sutrikimas	-	Pasikartojantis depresinis sutrikimas ir šizofrenija	Pasikartojantis depresinis sutrikimas	Pasikartojantis depresinis sutrikimas ir šizofrenija

Laimonas	Robertas	Aiden
Vyras	Vyras	Nedvinarė
63	24	19
Miestas	Miestelis	Miesto rajonas
Gyvena su partnere	Gyvena su kitais giminaičiais	Gyveno su tėvais ir kitais giminaičiais
Specialusis vidurinis išsilavinimas	Pagrindinis išsilavinimas	Vidurinis išsilavinimas
Bedarbis	Bedarbis / turi negalią	Dirbantis
Pasikartojantis depresinis sutrikimas	Šizofrenija	Emociškai nestabilus tipo asmenybės sutrikimas ir pasikartojantis depresinis sutrikimas

*Visi vardai pakeisti; **Statusas paskutinio bandymo metu

3 priedas. Informuoto sutikimo pavyzdys



Tyrimo dalyvio Id. kodas: _____

Data: _____

INFORMUOTAS SUTIKIMAS

Vilniaus universiteto Suicidologijos tyrimų centre šiuo metu vykdomas mokslinis disertacijos tyrimo projektas „Susiklosčiusių gyvenimo sunkumų patirtys savižudybės procese: bandžiusių nusižudyti ir jų artimųjų patirtys“, kurio pagrindinė tyrėja yra dokt. Miglė Marcinkevičiūtė. Šiuo tyrimu siekiame geriau suprasti ir aprašyti, kokį vaidmenį savižudybės procese užima netikėti gyvenimo įvykiai, kaip jie įveikiami bei kokios pagalbos susijusios su netikėtais iškilusiais sunkumais žmogui gali prireikti.

Jūsų noriu paprašyti pasidalinti patirtimi ir įžvalgomis apie savo bandymą nusižudyti tiek kiek atsimenate ir norite. Tokiu būdu prisidėsite prie mūsų vykdomo tyrimo. Šio interviu metu pradžioje paprašysiu Jūsų papasakoti apie tai, kas nutiko, o tada užduosiu daugiau konkretesnių klausimų. Interviu turėtų trukti 1-1,5val.

Tyrimo metu surinkti duomenys laikomi konfidencialiais ir bus pristatyti tik apibendrintai, tai reiškia Jūsų istorijos nebus galima atpažinti. Atminkite, kad bet kada galite nutraukti šį interviu, neatsakyti į pateiktą klausimą arba galite paprašyti pašalinti Jūsų duomenis iš tyrimo net pasibaigus mūsų interviu susisiekdami su mūsų komanda el. paštu nurodytu žemiau.

Šiame dokumente niekur nerašykite savo vardo ir pavardės, pakaks parašo. Jeigu po tyrimo norėsite pasiekti informaciją susijusią su Jūsų interviu, naudokite viršuje nurodytą „Tyrimo dalyvio Id. kodą“.

Ar sutinkate dalyvauti tyrime?

- ☐ Taip
☐ Ne

Tyrimo dalyvio parašas: _____

Jeigu po tyrimo kiltų klausimų arba norėsite susipažinti su tyrimo rezultatais, galite susisiekti su tyrėja Miglė Marcinkevičiūte, tel. nr. +370 600 00000 arba el. paštu xx.xxx@fsf.vu.lt

{JRAŠO PRADŽIA}

- {JRAŠO PABAIGA}

7. Kaip jaučiatės po mūsų interviu?
8. Taip pat noriu su Jumis pasidalinti lankstinuku. Šis interviu galėjo sukelti daug minčių. Jeigu norėtumėte su kuo nors pasikalbėti mūsų baigus pokalbį, visus pagalbos kontaktus rasite čia.

[illegible]

5 priedas. Duomenų analizės fragmentas

Grupės patirtinė tema	Kai kurie paraleliai vykstantys sunkūs įvykiai nesusiję su savižudybės procesu			
	Tyrimo dalyvio	Individuali patirtinė tema	Patirtinis teiginys	Interviu fragmentas
	Lėja	Sunkumai nesusiję su savižudybės procesu	Finansinės problemos įprastos, tačiau neprisidėjo prie savižudybės proceso	<i>Su finansais visą laiką kai turi daug vaikų yra problemos, bet tu jas laviruoji. <...> Bet visą laiką taip ir būna, ta prasme, aš kažkaip to nelabai... nepriimu.</i>
			Turi kelio problemų, tačiau nesureikšmina, jų buvo visada	<i>O su sveikata, tai aš visą laiką buvau nesveika, vat neseniai kelio MRT pasidariau. Pasakė, kad nieko ten gero tam s- ((susijuokia)). Nu ta prasme. Bet visą laiką taip ir būna, ta prasme, aš kažkaip to nelabai... nepriimu.</i>
Grupės patirtinė tema	Marija	Kai kurie sunkumai nesusiję su noru mirti	Bipolinį laiko savo charakterio dalimi, geba priimti	<i>Bipolinį tai priimu kaip asmenybės bruožą. Nes, iš tikrųjų, tai ir yra asmenybės bruožas. Be bipolinio aš nebūčiau aš ir dabar gi ir čia neklidėčiau ir ne- nekalbėčiau tiek daug. Jeigu aš bipolinio neturėčiau, aš būčiau sunkaus charakterio ir tiek.</i>
			Psichologinei savijautai tėvai yra turėję įtakos, tačiau su bandymu nusižudyti tai nesusiję	<i>Manau, kad neturi. Bent jau taip atrodo iš pirmos minties. Kad, nu dėl daug visokių psichologinių dalykų, atrodo, ir tėvai turėjo savo įtakos, indėlio. Bet būtent dėl bandymo žudyti - nemanau, kad taip tiesiogiai buvo prieita prie įtakos.</i>
			Skaudu matyti susipykusias drauges, tačiau sunku tai susieti su noru mirti	<i>Nu, mano draugės dvi geriausios, dabar susipykusios, tai gal tas kažkiek veikia, nes vis tiek skaudu man yra dėl to. Bet nežinau net, tiesiog, ar galėčiau susieti.</i>

Grupės patirtinė tema	Tyrimo dalyvio	Individuali patirtinė tema	Patirtinis teiginys	Interviu fragmentas
	Brigita	Yra sunkių patirčių, kurios nesusijusios su bandymu nusižudyti	Tėčio netekties, nors buvo labai skausmingas įvykis, nesieja su BN Patiria paralyžių ir priartėja prie mirties, tačiau vedina optimizmo atsistoja ant kojų (nesieja su suicidiškumu)	<i>Int.: O taip jūs sietumėt jį su su bandymais nusižudyti?</i> <i>Brigita: Ne, ne, ne.</i> <i>Aš buvau suparalyžiuota visiškai, po [neaišku ką sako]. Galvos komplikacija man, kaip neurologas sako, „sudegė periferinė nervų... eem laideliai“ kaip jisai sako. Ir žodžiu aš nevaldžiau kojų, nevaldžiau rankų, šiaip, man buvo nežaibiška forma. Jeigu būtų buvęs žaibiška, aš būčiau per parą mirus. Bet man buvo ūmi uždegiminė forma, tai man atėmė kojas, rankas, šiek tiek buvo apsunkintas kvėpavimas. Bet plaučių neatėmė, ačiū dievui. Nereikėjo nei intubuot nei nieko, tik man darė plazmos afarezę - valė kraują ir... ir hormonus leido. Tai du mėnesiai buvau ligoninėj. Bet aš buvau optimistė ten. Aš negaliu vaikščioti, bet aš krentu iš lovos. Tipo bandau ropot, nes aš turiu dukrą penkių metų ir paskui mane išvežė į sanatoriją dar šiaip Kauno klinikose darė elektro-neuromiografiją. Ten tyr-, pavyzdžiui, elektrą leidžia, įsivaizduojat. Ranka nereaguoja. Jokio nėra ten... ten studentam buvau pavyzdys. Bet aš tokia optimistė buvau, kad man sako „tu nebevaikščiosi“. „Eikit“ sakau, "nebejuokinkit, aš va rytoj su lazdele eisiu, o poryt aš eisiu į [miesto] šokius“. Taip ir buvo. Taip ir buvo.</i>

Grupės patirtinė tema	Tyrimo dalyvio	Individuali patirtinė tema	Patirtinis teiginys	Interviu fragmentas
	Vanda	Kai kurie gyvenimo įvykiai menkai susiję su savižudybės procesu	Tėtės mirtis ne pagrindinė priežastis, reiškia yra pagrindinė	<i>Ne, ne, ne. Tėtės mirtis irgi su savižudybe ne pagrindė. Aš... Ji... Po-neištikimybė... Va kad aš ((pauzė)), kad man nutrūko meilė vyrui, susiradau kitą ir ((pauzė)), ir tas toks neapsisprendimas.</i>
			Prieš pat bandymą nusižudyti išsiskyrė su artimu draugu, tačiau liūdesys nesusijęs su bandymu nusižudyti	<i>Vanda: Turėjau gerą draugą [užsienį], nes ir ten gyvenau. Bet jis išvažiavo atgal į [gimtinę], tai biškį liūdėjau dėl to labai, nes vienintelis draugas, kurį [užsienį] turėjau. Nes šiaip draugų daugiau neturiu. Savy tokia užsisklendus visur buvau. Int.: Ar galėtumėt pasakyti, kad tai buvo susiję su kažkaip noru nusižudyti? Vanda: Ne.</i>
			Su būseną, kurią išgyveno sunkiau dirbti, tačiau tai neprisidėjo prie bandymo nusižudyti	<i>Vanda: Su- su- darbas, šiaip viskas gerai. Bet kai taip jauteisi jau darosi sunku dirbti. Bet su darbo kolektyvu viskas. Aš labai mėgstu judėti, tai su darbu viskas gerai yra. Int.: Bet darbo kažkaip situacija prie prie tų minčių ar noro ne ne neprisidėjo? Vanda: Neprisidėjo.</i>
		Ona	Būta sunkumų, kurie nesusiję su noru mirti	
			Su kitais sunkumais būtų lengvai susitvarkiusi, jei nebūtų buvę pagrindinio	<i>Int.: Buvo dar kažkokių tokių dar dalykų aplinkui, bet čia-? Ona: Nereikšmingi, jeigu nebūtų šito, ten būčiau susitvarkius.</i>
			Prieš bandymą nusižudyti neranda įsigyti automobilio kokio nori, nespėja išlaikyti	<i>Int.: Dar kažkaip kokių sunkumų buvo prieš bandymą? Ona: Aam aš dar galvoju ((pauzė)). Šiaip bendrų rūpesčių - automobilio neradau kokio nusipirkti. Toks tarsi nusivylimas. Nespėjau motociklo</i>

Grupės patirtinė tema	Tyrimo dalyvio Individuali patirtinė tema	Patirtinis teiginys	Interviu fragmentas
		motociklo teises, pradeda nesisiekti darbe, tačiau nesieja su suicidiškumu	<i>teisių išsilaikyti, nes jau kaip ir sezono pabaiga buvo. Tokie... tokios smulkmenos. Ir aišku, kadangi dėl tos situacijos man darbe pradėjo sunkiai sektis, negalėjau dėmesio sukonzertuoti. Tai jausdavau, jausdavau šioki tokį spaudimą, kad nuviliu savo komandą, aam. Bet dabar dar galvoju ir daugiau kaip ir.. Nu aišku ten su mama viskas, kas susiję. Aplamai su tais namais, jo...</i> <i>Int.: Ar Tu sietum šituos tuos va, kuriuos va išvardinai, su na noru mirti ar... čia tokie... su bandymu?</i> <i>Ona: Taip.</i> <i>Int.: Ir teisių?</i> <i>Ona: Ne, palaukit, palaukit ((nusijuokia)). Sakysčiau mama, tie namai aam, tie va... spaudimas. Ji pasakė, kad „depresija ne liga, tai yra tinginystė“ ir kad pagalvočiau, kad "čia šalimais vyksta karas ir žūsta žmonės ir aš neturiu teisės liūdėti". Tai tas sakysčiau. Dar aam [pirmas draugas], [vėlesnis draugas], vat. Kad draugė pamiršo mane, nors aš jai-. Buvo neseniai, buvo sunkus etapas ir aš ją... visą laiką aš palaikiau, nuolat rašydavau, atvažiudavau. O jinai mane pamiršo. Tai ir šitas dalykas sakysčiau. Taip va aš šitus įvardinčiau, jo.</i>

Grupės patirtinė tema	Tyrimo dalyvio		Patirtinis teiginys	Interviu fragmentas
	Individuali patirtinė tema			
	Robertas	Patiria gan intensyvių minčių srautą, kuris blaško dėmesį ir su kuriuo sunku tvarkytis, tačiau su suicidiškumu nesieja	Kita problema, kad turi labai daug minčių nuolat atsitiktinai išskylančių, su kuriomis sunku tvarkytis	<i>Dar viena problema yra man tas, kad... kad dažniausiai būna labai daug minčių galvoje. Ir jos taip greitai eina ir tiek daug. Kartais labai paprastos, kartais sudėtingos, visokių, bet, aš kaip sakau, kaip lengviausia tą apibūdinti man - tai įsivaizduokit, kad jūs žiūrit pro langą ir lyja lietus stipriai. Liūtis, galima sakyti. Tai kiekvienas lašas, kuris nukrinta yra mintis.</i>
			Atsitiktinių minčių srautas patiriamas kaip per intensyvus ir per didelis jo galkimybėms	<i>Labai sunku susitvarkyti būna, tarsi netelpu pats savo kūne ir savo mintyse, visiškai nėra pačiam vietos. Norisi ištrūkti. Bet tai būna labai retai . O, kad būtų buvęs uraganas - neprisimenu, kaip senai. Kokie gal, vos ne metai laiko.</i>
			Labai intensyvūs srautai būna retai, labiau tai ramesnė, bet pastovi būseną	<i>Bet tai būna labai retai . O, kad būtų buvęs uraganas - neprisimenu, kaip senai. Kokie gal, vos ne metai laiko.</i>
	Haliucinacijų intensyvumas, minčių srautas ir depresinės būsenos nesusiję su noru mirti		Šizofrenijos ir depresijos simptomai lydi nuo pat vaikystės	<i>Taip. Aš jums dar nieko nepasakojau apie visą šizofrenijos pusę. Ir, kaip pasakyt, tas irgi buvo nuo vaikystės, kaip ir depresija faktiškai. Aš aišku, to nesupratau tada. Galvojau, kad čia norma visiems galbūt. Bet iš tikrųjų tai ne</i>
			Šizofreniją patiria per regimąsias ir audio haliucinacijas bei košmarus	<i>Ta šizofrenijos dalis tai man pasireiškė try- trim dalykais. Nu, faktiškai, galima sakyti, dviem. Pirmas tai yra girdimosios ir matomosios haliucinacijos, o antras dalykas - tai, kurio aš nežinau kaip pavadinti iki šiol, tai mano košmarai.</i>

Grupės patirtinė tema	Tyrimo dalyvio Individuali patirtinė tema	Patirtinis teiginys	Interviu fragmentas
		Audiohaliucinacijos būdingas šaukimas arba staigus sprogo garsas ir jos trukdo išlaikyti dėmesį	<i>Tai tos audio haliucinacijos tai būna, dažniausiai, tiesiog kad kažkas šaukia. Arba būna tarsi sprogo garsas, ausyse. Labai labai garsus garsas, trunka sekundės dalį. Bet nu tiesiog apkurtina, išgąsdina ir nutraukia dėmesį nuo to, ką darai.</i>
		Vaizdinės haliucinacijos būdingos formos su veidais arba maži gyvūnai išryškėjantys tamsoje/prieblandoje	<i>Vizualinės, tai būna kartais matai arba formos tamsoje su veidais panašiais į žmonių, arba kažkokie kaip maži gi- gyvūnai. Kaip žiurkės, kaip kas atrodo, laksto. Bet irgi dažniausiai viskas tamsoje. Arba prie... arba su... kai mažai šviesos būna ((ilgesnė pauzė)).</i>
		Haliucinacijos nekelia tiek sunkumų gyvenime	<i>Su haliucinacijom sugebu tvarkytis ir anksčiau, ir dabar.</i>
		Su savo noru mirti sieja košmarus	<i>Int.: Mhm. Aa ((pauzė)). Mhm. Man gal labiau norėtusi, norėtusi tokį dar, nu, va tą susidaryti įspūdį. Prieš paskutinį bandymą... Nes aš suprantu, kad... kad, atrodo, vis- visus tuos bandymus sujungi į tokią viso savo gyvenimo istoriją ir labiausiai savo no- norą mirti sieji su būtent šiais dviem ligos aspektais - košmarais ir haliucinacijom, ar ne? Robertas: Tik tai košmarais. Int.: Tik košmarais, ne- Robertas: Haliucinacijos nesvarbu.</i>
		Haliucinacijų su noru mirti nesieja	<i>Robertas: Tik tai košmarais. Int.: Tik košmarais, ne- Robertas: Haliucinacijos nesvarbu.</i>

Grupės patirtinė tema	Tyrimo dalyvio	Individerali patirtinė tema	Patirtinis teiginys	Interviu fragmentas
			Ilgainiui priprato prie intensyvaus minčių srauto	<i>Robertas: Labai sunku susitvardyti būna, tarsi netelpu pats savo kūne ir savo mintyse, visiškai nėra pačiam vietos. Norisi ištrūkti. Bet tai būna labai retai . O, kad būtų buvęs uraganas - neprisimenu, kaip senai. Kokie gal, vos ne metai laiko.</i> <i>Int.: Mhm. Ar yra kažkoks būdas, kaip su tuo tvarkaisi?</i> <i>Robertas: Vaistai kažkiek padeda, bet pripratau prie liūties ((pauzė)).</i> <i>Viskas, ko noriu, tai ((susijuokia)) tiesiog antidepresantų truputį, bet tik tai antipsichotinių duoda ir viskas.</i>
		Laimonas Onkologiniai sunkumai nesusiję su noru mirti	Dėl onkologinių susirgimų patyrė kelias operacijas, chemoterapiją, yra stebimas, būta nežinomybės, tačiau nesieja jų su suicidiškumu	<i>Laimonas: Čia ant peties ir čia operavo, nosis visa supjaustyta.</i> <i>Dabar aš jau ir taip jau stebimas esu, nes man negalima ant saulės būti. Nu ant peties išoperavo. Prieš tai, prieš... kokį rugsėjo mėnesio. O, o nosį tai anksčiau - gal kokį birželio mėnesį.</i> <i>Dabar kas tris mėnesiai esu stebimas.</i> <i>Nu, buvo chemijos šiek tiek kur petys... nu tik tai nieko, nežinau.</i> <i>Int.: Ir tai kažkaip, jūs sakytumėt prisidėjo...</i> <i>Laimonas: Šiek tiek prisidėjo. Jo.</i> <i>Pradžioj nuu galutinai nepasakė kaip bus. Kaip sakyt, klausimas buvo ar čia progresuojanti, ar neprogresuojanti. Ten kažkaip taip.</i> <i>Int.: Galėtum pasvarstyti, kaip, kaip prisidėjo, nes atrodo vat nu kažkiek buvo lyg tai gydymasis vyko, lyg tai susitvarkė. Bet koku būdu vat prisidėjo prie to jūsų noro nusižudyti?</i> <i>Laimonas: Onkologinis?</i> <i>Int.: Taip.</i> <i>Laimonas: Tai onkologinis nee.</i>

Grupės patirtinė tema	Tyrimo dalyvio Individuali patirtinė tema	Patirtinis teiginys	Interviu fragmentas
			<i>Int.: Ne?</i> <i>Laimonas: Neeee....Onkologinis susitvarkiau, nes buvo, kaip sakyt, čia daugiau depresija buvo dar to daėję, priėję, kad nu pas mane... Jūs vis tiek psychologė. Šioje srityje žinot, kas ten būna dre- drebuliai nuo depresijos, purto. Ir buvo taip, kad, aaa. Aš jau vandens negalėjau net, aaa... praustis. Man tiesiog taip.</i> <i>Int.: Ir ką jum tai reiškia?</i> <i>Laimonas: Nu tai reiškia, ((nusijuokia)) pas-. Kaip sakyt, pastoviai įtampą ir nerimą... didelis buvo. Ir kai negali vienoj vietoj pabūti, kaip sakyt, dabar aš tik tai, d- kiek sergu tai niekad dieną nesu miegojęs, nei minutės.</i>
		Su onkologiniais sunkumais susitvarkė	<i>Neeee....Onkologinis susitvarkiau, nes buvo, kaip sakyt, čia daugiau depresija buvo...</i>
		Su onkologiniais sunkumais jis ir žmona susitaikė	<i>Int.: Tai sakėt santykių kažkokių sunkumų nebuvo?</i> <i>Laimonas: Nu tokių?.. Nebuvo.</i> <i>Int.: Netekčių kažkokių?</i> <i>Laimonas: Šiuo metu ne.</i> <i>Int.: Sveikatos sunkumų?</i> <i>Laimonas: Nu sveikatos irgi. Nu tas... onkologinė, ta onkologija. Tai susitaikėm ir viskas gerai.</i>

6 priedas. Patirtinių temų, nepriskirtų nei vienai GPT, sąrašas su iliustruojančiomis citatomis

Eilės nr.	Patirtinė tema	Priskirtų fragmentų iš interviu skaičius	Iliustruojantis fragmentas iš interviu
1.	Po bandymo nusižudyti priepuolis pasibaigė	2	<i>Ir nesuvaldomai tiesiog. Užlipau ant stalo, vat, tame įvykyje... Užlipau ant stalo, šokau ir... ir vat šita vieta trenkiaus į žemę nuo stalo krisdamas. <...> Labai stipriai. Netekau sąmonės ir po kurio laiko pabudau iš sąmonės netekimo ir va praėjo toks dalykas.</i>
2.	Prieš bandymą nusižudyti gyvenimo situacija patiriama kaip pakankamai gera	8	<i>Tuo metu irgi buvo... turėjau invalidumą. Taip kad man buvę tokių pasidaužymų, bet nu, kad nebuvo tokia jau man pati situacija, kaip nebūtų keista, neatrodė, kad... kad labai bloga mano ta gyvenimiška situacija. Būtent tas laikotarpis, neatrodė. Ir paskui atsiranda tokie priepuoliai iš niekur nieko.</i>
3.	Savižudybės proceso metu vykę įvykiai tęsiasi iki dabar	3	<i>Šiaip atrodo, kad jis [artimojo netektis] senas įvykis, bet man kiekvieną dieną atsinaujina ((graudinasi)).</i>
4.	Požiūris – mano sunkumai iš tiesų menkesni nei aš patiriu	9	<i>Jo, atrodo, kad aš visus apkraunu ir gana čia gadint visiems nervus su savo išgalvotais dalykais. Ir tegul jie ramiai gyvena be manęs ir negalvoja kur aš, kaip aš.</i>

Eilės nr.	Patirtinė tema	Priskirtų fragmentų iš interviu skaičius	Iliustruojantis fragmentas iš interviu
5.	Po sprendimo nusiziudyti patiriama asociacinė būseną	4	<i>Man jau mintis buvo „viskas, grįžus namo prisileidžiu vonią, perspjauju visas venas, arterijas, ką tik įmanoma, ties alkūnių vietom tom“. O... Ir tos paskutinės darbo valandos buvo nu žiauriai geros, man viskas buvo gerai. Aš buvau laiminga. Net dar bendradarbiui ten arbatpinigius atidaviau savo.</i>
6.	14 m. netikėtai turimų neigiamų minčių objektu tampa ji pati (prasideda depresija?)	3	<i>Aš nežinau. Niekada nežinojau. Tiesiog, kažkada, prieš daug metų, kai man buvo maždaug keturiolika, pradėjau jaustis kažkaip kitaip. <...> Nu taip, nieko naujo gal nepasakysiu, kad jis toks... Atrodo visos neigiamos mintys mano galvoj nukreiptos į mane pačią.</i>
7.	Prieš bandymą nusiziudyti į savo depresyvumą reagavo pasyviai	2	<i>Ne, kažkaip labai ramiai. Ganėtinai pasyviai.</i>
8.	Susidūrus su mintimis apie savižudybę padėti gali mintis, kad viskas praeina ir nieko nedaryti	1	<i>Praeis. Viskas praeina. Tiek geri dalykai, tiek blogi dalykai praeina. Svarbiausia išlaukti, nes kartais ką gali padaryti – tiesiog laukti, nieko aktyviai nedaryti, bet... bet kartais to... tai būna didžiausia ką gali padaryti ir to</i>

Eilės nr.	Patirtinė tema	Priskirtų fragmentų iš interviu skaičius	Iliustruojantis fragmentas iš interviu
	kartais yra labai daug		<i>užtenka. Neverta yra kažkaip net nusižudyti, žalotis, kažkaip bandyti užbaigti savo kančią pačiam.</i>
9.	Patirtis, jog prieš bandymą nusižudyti nieko ypatingo neįvyko	6	<i>Tai jau ilg- ilgą laiką aš gyvenu su ta apatija tokia, bejėgiškumu, neigiamomis mintimis, iš esmės, jausmais. Ir kažko ypatingo neįvyko. Gal kaip tik per daug buvo ramu. Ne, aš net buvau pradėjęs ieškotis darbo, nes aš tik tai ką dariau dienom, tai gulėjau ir negalėjau keltis iš lovos. Motyvacijos labai trūko ir jėgų.</i>
10.	Trumpalaikėje perspektyvoje poreikis rūpintis vaiku galėjo atidėti savižudybę	2	<i>Nieks man nebūtų padėję. Nebent, jeigu būtų buvęs vaikas šalia, aš to nebūčiau padarius, nes man būtų reikėję juo rūpintis.</i>
11.	Sveikimą po bandymo nusižudyti ligoninėje žymi seksualinis priekabiavimas	6	<i>O paskui mane perkėlė į bendrą skyrių, kur yra vyrai ir moterys. Net taip kaip pas jus atskirai, o viskas kartu. Ir aš gulėjau palatoj be jėgų,. Pas mane atėjo kažkoks ten tas recidyvistas. Nu nežinau pavadint. Jisai man pradėjo laižyt kaklą, bučiuot „uoj mažute kokio tu graži žodžiu trttt“. Ir aš rėkiu „sesutės, apsauginiai, padėkit“. Užeina sesutė „ko čia rėki, ką tau</i>

Eilės nr.	Patirtinė tema	Priskirtų fragmentų iš interviu skaičius	Iliustruojantis fragmentas iš interviu
			<i>nepatinka kad vyras prie tavęs lenda?“.</i>
12.	Abejonė dėl vienos iš savo diagnozių	2	<i>Bet man diagnozuota depresija ir paranoidinė šizofrenija. Nors aš labai dėl jos abejoju, iš tikrųjų. Čia reikėtų tyrimų kokių atlikti.</i>
13.	Prieš bandymą nusižudyti, nujaučiama, kad gali sau kažką pasidaryti	2	<i>Noras irgi buvo, bet ir nuojauta buvo, kad šįkart tikrai tą padarysiu. Buvo labai stipri nuojauta. Kažkaip buvau ties tuo labai tvirta ir ties tuo pasitikėjau savim, kad galiu.</i>
14.	Mirtį patiria per kvapą, kitų akis, nuojautą (ypatingas ryšys su mirtimi)	4	<i>Jisai yra toks specifinis. Kai žm-n- pamenu ir pas prosenelę buvo. Ir kaip po to senelis mirė, visur yra toksai specifinis kvapas. Kaip mirties. Aš negaliu apibūdinti. Aam lab- nėra, kad kaip pavyzdžiui slaugos namuose tas kvapas. Ne ne, ne toks. Ir man labai sunku apibūdinti. Aš vat jos kambary pilnai tą kvapą jaučiau, toj palatoj jaučiau. Tada vat senelis kai mirė, ir tą jaučiau tą kvapą.</i>
15.	Rūpi sesės gerovė	4	<i>Jai irgi labai sunku yra, irgi jaučiasi nesuprasta, irgi visa tai patyrus ir nuor-... Bet ne, biškį, nežinau, stipresnė gal, nebuvo tokia jautri ji. Truputį geriau. Bet aš noriu ištraukti, nuo mamos ją atitraukti. Kadangi labai</i>

Eilės nr.	Patirtinė tema	Priskirtų fragmentų iš interviu skaičius	Iliustruojantis fragmentas iš interviu
			<i>manipuliuoja. Jinai labai dažnai dėl to blogai jaučiasi. Jinai jaučias- jaučia kaltę, kad, pavyzdžiui jinai sau valgyt ten nusiperka iš savo algos ir panašiai ((pauzė)).</i>
16.	Išgyvenama generalizuojama kaltė dėl dykaduoniavimo	10	<i>Aš manau, kad... manau, kad yra iš dalies tas toks apatija žiauriai didelė. Gal irgi iš, nu, iš fizinės sveikatos. Aš kaip ir neturiu ten skausmų ar kažkokių skundų, bet, kaip sakau, žiauriai esu apatiškas. Visą dieną praguliu ir paskui atrodo, „tu neproduktyvus, tu čia nieko nepadarei, tu tik miegi“ ir gal iš dalies irgi susiję su savižudybe. Nu, mintimis apie savižudybę.</i>

Priešsuicidinės kančios patirtis yra mažai tyrinėjamas savižudybės proceso etapas. Tačiau svarbus, nes jame formuojasi prielaidos suicidiškumui iškilti. Šiame tyrime siekiama ištirti priešsuicidinės kančios fenomeną, remiantis mėginusių nusižudyti žmonių patirtimis.

Tyrimui atlikti pasirinkta kokybinės Interpretacinės fenomenologinės analizės metodologija (pagal Smith, Flowers ir Larkin, 2022). Tyrimo imtį sudaro 12 tyrimo dalyvių (4 vyrai, 1 nedvinarės lytinės tapatybės asmuo ir 7 moterys), tyrimo metu bandžiusių nusižudyti ne daugiau kaip prieš vienerius metus ir besigydžiusių Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre. Jų amžius svyravo nuo 18 iki 63 metų ($M = 29,83$; $SD = 14,6$), visi tyrimo dalyviai tyrimo atlikimo metu buvo Lietuvos gyventojai. Duomenys buvo renkami pusiau struktūruotų giluminių interviu principu ir analizuojami taikant Interpretacinės fenomenologinės analizės gaires.

Tyrimo metu buvo suformuota 18 grupės patirtinių temų iliustruojančių priešsuicidinės kančios ir suicidiškumo iškilimo patirtį. Remiantis tyrimo rezultatais, priešsuicidinės kančios patirtis apima pasikartojančių trauminių įvykių išgyvenimą bei priklauso nuo to, kaip trauminės patirtys vystysis toliau. Jeigu žmogus ima formuoti pakankamai rigidiškus mechanizmus patirtims slopinti, aplinkoje vykstantys įvykiai gali nuolat priminti trauminius išgyvenimus ir kelti kančią. Pagrindinis trigerinantis įvykis gali sugriauti išstūmimo mechanizmą ir palikti žmogų be vilties prie trauminių patirčių prisitaikyti nepakeliamo psichologinio skausmo situacijoje. Jeigu kančios kitais būdais sumažinti nepavyks, žmogui gali imti kilti mintys apie savižudybę, kuriems, esant afektinės būsenos, gali būti vis sunkiau pasipriešinti.

Apibendrinant, šio tyrimo rezultatai rodo, kad iškylantis suicidiškumas yra vienas iš galimų ilgus metus trunkančios kančios patirties rezultatų. Taip pat, iškylantis suicidiškumas gali rodyti pažeistus artimus santykius, t. y. išgyvenamo artumo stoką ir žmogaus bandymą prisitaikyti prie šią stoką sukėlusią trauminių patirčių. Pagrindinio trigerinančio įvykio tyrinėjimas kartu su patiriančiu žmogumi gali padėti geriau suprasti priešsuicidinės kančios išgyvenimus.

Pagrindiniai žodžiai: pasikartojančios trauminės patirtys, psichologinis skausmas, priešsuicidinė kančia, suicidiškumas, savižudybės procesas, interpretacinė fenomenologinė analizė

SUMMARY

1. INTRODUCTION

Michel and Valach (2011, p. 63) state that many psychological difficulties are contextual – accompanied by a personal and complex life history. This is also characteristic of the emergence of suicidality, which reflects a person's difficulties in coping with challenges that arise in life. According to the authors, people around the individual may interpret unique experiences or behaviors and intuitively connect them with suicidality, but they will not be able to understand the individual context underlying a person's suicidality without that person's active involvement. Therefore, testimonies of people who have lived experience become an important instrument for understanding the process of suicide.

Until the end of the 20th century, the foundations for contemporary suicidological research were laid, the main assumptions about suicidal behavior were formulated, and interest in the suicide process increased (Yöyen & Keleş, 2024). For example, one of the central ideas informing this dissertation is articulated by Shneidman (2002, p. 17), who stated that "...almost every suicide is caused by pain, a particular form of it that I call psychache". He further argued that without psychache, suicide does not occur. Therefore, pre-suicidal suffering constitutes a compelling focus of investigation for gaining a deeper understanding of the lived experience underlying the emergence of suicidality. This perspective is adopted in the present dissertation.

Authors of first-generation theories of suicidality relied heavily on general clinical experiences, expert judgments, and broad perspectives on human behavior when developing their theoretical frameworks. However, this approach lacked sufficient scientific rigor. As a result, these theories provided an incomplete account of the suicidal process and offered limited arguments and explanations applicable to clinical practice. In particular, they did not adequately explain the distinction between suicidal ideation and suicidal behavior (Nock, 2014; Yöyen & Keleş, 2024).

In response to these limitations, and facilitated by the expansion of methodological possibilities, the early 21st century witnessed rapid growth in empirical suicidological research and the emergence of second-generation theories of suicidality. During this period, the number of theoretical approaches, studies of prognostic factors, and typologies of suicidality

development trajectories increased substantially. Notably, new theories began to focus on explaining the transition from suicidal ideation to suicidal behavior (Yöyen & Keleş, 2024).

Contemporary research faces challenges in translating findings into practical value. Substantial evidence indicates that five decades of risk factor research have yielded limited novel findings and have not improved the prediction of suicidal behavior beyond levels achieved 50 years ago (Franklin et al., 2017). Evidence indicates that the predictive validity of suicide risk assessment instruments remains highly limited, with estimates suggesting that such tools may identify only one in five suicides (McHugh et al., 2019; Runeson et al., 2017). Consequently, there is a growing demand for new approaches to suicide research that take into account human needs, individuals' personal histories, encompassing experienced suffering and subjective experiences of life events (Hjelmeland, 2010; Franklin et al., 2017; Kølves et al., 2006; Liu & Miller, 2014; Michel, Shand, et al., 2021; J. A. Smith et al., 2022).

Therefore, this dissertation approaches suicidality from a contextual perspective, emphasizing the personal and complex life history underlying pre-suicidal suffering which might work as a background for suicidality to emerge.

Studies indicate that the transition from the pre-suicidal stage to emerging suicidality is among the least researched phases of the suicidal process (O'Connor & Kirtley, 2018). Consequently, there is a scarcity of scientific studies focusing on pre-suicidal suffering, resulting in only a fragmented understanding of individuals' experiences prior to the emergence of suicidality. Even when such studies are conducted, the pre-suicidal stage is typically examined only implicitly and rarely constitutes the primary focus of the investigation.

It is well established that suicidal ideation emerges from interacting biopsychosocial factors. Most authors of suicidological theories (Baumeister, 1990; Durkheim, 2005; O'Connor & Kirtley, 2018; Orbach, 2006; Rudd, 2006; Shneidman, 2002) agree that suicidality arises when biological, psychological, and social factors converge in a particular constellation. Another important premise is the cumulative effect (O'Connor & Kirtley, 2018; Orbach, 2006; Rudd, 2006; Shneidman, 2002), which suggests that adverse life experiences may accumulate over time and subsequently manifest in an acute or "explosive" manner.

Most authors also agree that the pre-suicidal stage is characterized by unbearable psychache and intense suffering (Baumeister, 1990; O'Connor & Kirtley, 2018; Orbach, 2006; Shneidman, 2002). Certain adverse life events may be experienced as unbearable (Heapy et al., 2024), and such events are examined in this dissertation. Internal factors, interacting with external factors, may distort cognitions and intensify emotional experiences (McManama O'Brien et al., 2019). Furthermore, suicide carries a specific meaning in the context of confronting seemingly insoluble situations (Orri et al., 2014; Pavulans et al., 2012).

Collectively, these theoretical and empirical findings informed the development of the interview protocol used to explore pre-suicidal suffering.

Research novelty:

The review of first and second generation theories of suicidality clearly highlights the development of suicidology from the formation of core concepts and early models explaining the origins of suicidality to more complex theoretical models that distinguish the emergence of suicidal thoughts from suicidal behavior. This scholarly work seeks to identify a less frequently studied and insufficiently developed aspect of the suicide process in theoretical models – the pre-suicidal stage, in which the essential preconditions for the emergence of suicidality are formed.

Following contemporary trends in suicidology, which increasingly shift attention away from the study of risk and protective factors toward the search for empirical data reflecting subjective experience, this dissertation adopts a phenomenological approach that aligns with a modern perspective on the study of the suicidal process.

Analysis of the scientific literature reveals a clear lack of research aimed at gaining a deeper understanding of the pre-suicidal suffering stage. Therefore, an inductive method was chosen in this dissertation to investigate the phenomenon, with the aim of collecting data that would allow the formulation of key assumptions about this significant aspect of the suicide process. Such assumptions would provide a foundation for further empirical research and would make a meaningful contribution to reducing the existing research gap in the field of suicidology.

Research aim:

To analyze the phenomenon of pre-suicidal suffering based on the lived experiences of individuals who have attempted suicide.

Research objectives:

1. To uncover and describe experience of pre-suicidal suffering.
2. To uncover and describe the experience of preconditions for the emergence of suicidality.
3. To uncover and describe individuals' needs when experiencing pre-suicidal suffering.

2. MATERIALS & METHODS

2.1. Selection of the Research Strategy

A qualitative Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) methodology, as outlined by J. A. Smith, Flowers, and Larkin (2022), was selected for this study. IPA is widely used in scientific research due to its detailed methodological guidance and accessibility to researchers (J. A. Smith et al., 2022). This methodology enables the collection of rich and detailed data on little-explored phenomena, providing information of substantial value to the field of psychology. It is sufficiently flexible for exploring individuals' lived experiences and is considered appropriate and ethical for researching highly sensitive topics (Braun & Clarke, 2013), such as the experience of pre-suicidal suffering (J. A. Smith & Osborn, 2015).

IPA is particularly well suited as a qualitative research strategy for gaining a deeper understanding of how meanings are constructed within the subjective phenomenological field in response to life difficulties and how decisions are made. It allows for an in-depth exploration of an individual's perspective and facilitates comparisons with the perspectives of other participants in the study – an approach not afforded by other qualitative methodologies, such as thematic analysis, grounded theory, or discourse analysis.

IPA is not only a structured, well-described, and accessible methodology but also a theoretical framework that shapes both the research strategy and the researcher's position. It is grounded in three core principles: a phenomenological perspective, hermeneutics, and an idiographic approach. In summary, the theoretical foundation of IPA rests on the assumption that individuals can experience only a partial version of reality and experience it in a unique way, on the human capacity to reflect upon experiences, assign meaning to them, and live through them, and on the view that a detailed analysis of a single person's narrative can hold significance for a broader group of people.

2.2. Sample

A sample of 12 people (4 men, 1 non-binary individual, and 7 women) who had attempted suicide in the past year was recruited through the Vilnius City Mental Health Center, Lithuania. Attempted suicide was defined as engaging

in non-fatal, self-directed, harmful actions with evidence of intent to end life (R. C. O'Connor et al., 2013). The inclusion criteria were being 18+ years old, having the last attempted suicide no more than one year ago, voluntary agreement to participate in the research, proficiency in the Lithuanian language, and participants on medical treatment agreed that medications would not significantly influence our conversations. Exclusion criteria were met if an individual was suicidal at the moment of recruitment or interview, experiencing a psychotic episode, or the last suicide attempt was more than one year ago. The participants, aged between 18 and 63 years ($M = 29.83$; $SD = 14.6$), were all residents of Lithuania. Interviews were conducted between April and December 2022. For three participants, it was their first attempt; for five, the second; for two, the third; for one, the fourth; and for one, the sixth.

2.3. Procedures and Measures

Ethical approval for the study was obtained by the Vilnius University Psychological Research Ethics Committee (Reference Nr. 35/(1.13E)250000-KT-5). Permission to proceed with the research at The Vilnius City Mental Health Center was consented to by institution representatives (Reference Nr. RG-093). Two departments (the Department of Crisis Intervention and the Department of Acute Psychiatric Conditions) consented to the collaboration. Staff members of the departments were provided with instructions on how to present the research to potential participants and answer frequently asked questions.

Potential participants, throughout the recruitment period, were invited to participate in the research. If they expressed willingness, in-person meetings with the researcher were scheduled at their convenience. The response rate to the invitation (number of completed interviews out of the number of invitations to participate in the research) was 65.22 %.

At the interview meeting, the researcher once again outlined the aim of the research, the interview procedures, the participant's right not to answer questions, stop the interview at any moment, and the researcher's commitment to confidentiality. If participants agreed to proceed, informed consent was signed, and the interview was conducted as planned.

A semi-structured interview was designed by the authors at the Centre for Suicidology, Vilnius University. The interviews were initially tested in an experimental trial and adjusted to better elicit the experience of pre-suicidal suffering and guide participants through a smoother interview experience.

Topics included in the interview were: a brief description of the circumstances surrounding the suicide attempt, reflections on adverse life events prior to the attempt, reactions to current adverse events, the importance of others during these events, possible needs during these times, and additional information that might aid the researchers.

The interviews, which were audio-recorded, lasted between 14 and 114 minutes ($M = 43.58$ min; $SD = 31.91$), allowing participants to choose the time they needed to share their story. Interviews began with demographic data collection and were followed by semi-structured, in-depth conversation. At the end of each interview, emerging feelings were discussed, flyers with helpline contacts were provided, and participants were thanked for their contribution. Interview records were transcribed, personal information was anonymized, and the names of research participants were changed. To ensure the quality of the research and an ethical approach to working with participants, the study adhered to established guidelines for conducting and publishing qualitative research (Elliott et al., 1999), as well as to ethical and methodological standards in clinical psychology research (Barker et al., 2015).

2.4. Data Analysis Method

Data analysis was conducted using the IPA approach described by J. A. Smith et al. (2022), which aims to foreground participants' lived experiences and to construct individual experiential patterns, which are subsequently integrated into a shared group experiential pattern. Accordingly, in the present study, *individual patterns* of pre-suicidal suffering were first developed and later combined into an overarching *group pattern* of pre-suicidal suffering.

In line with IPA methodology, analysis began with an in-depth examination of a single case. First, the researcher became familiar with the interview data by listening to the audio recording and reading the transcript several times to gain closer access to the participant's lived experience. Key reflections recorded in the researcher's diary in relation to the interview were reviewed, and emerging thoughts were noted. Second, *exploratory noting* proceeded, during which a detailed, line-by-line analysis of the text was conducted. Third, *experiential statements* relevant to the research aims and objectives were generated from these notes. Fourth, similarities, differences, and connections among the experiential statements were examined, leading to the development of individual *experiential themes*. Fifth, the experiential

themes were named and organized into a coherent *individual experiential pattern*, ensuring that each theme contributed to addressing the central research question.

Subsequently, the same analytic steps were applied to the interviews of all remaining participants. Finally, the experiential theme patterns derived from all interviews were compared across cases. *Group experiential themes* (GETs) were identified and integrated into a *group experiential pattern*. Both commonalities and differences across group experiential themes were documented. GETs represents the primary outcome of the present dissertation research.

2.5. Research Team and Reflexivity

My engagement with suicidality began during my master's studies while writing my final thesis under the supervision of prof. habil. dr. D. Gailienė, entitled "Characteristics of Male Suicidality from the Perspective of Close Relatives". Prior to this work, I had not been directly exposed to the topic of suicide. Soon thereafter, in the same year, I began working at the Suicide Prevention Bureau of the State Mental Health Center in Vilnius, Lithuania. I also received funding from the Research Council of Lithuania to conduct a student research project on a suicidological topic under the supervision of Dr. D. Grigienė during the academic semester. Shortly afterward, I completed SafeTalk and ASIST training programs. Thus, my work in the field of suicidology began almost simultaneously through three different projects and trainings.

These experiences, together with later ones, such as participation in scientific conferences in the field of suicidology, involvement in other research projects and clinical work as a psychologist with individuals who have lived experience related to suicide, have shaped my perspective on suicidality as follows:

- Life is valuable and worthy of help, "no matter who you are—a human being, a bird, or a butterfly".
- Suicidality is a symptom of a broader problem, both at the personal and societal levels.
- The suicide process is complex and dynamic. I understand the formation of suicidality and movement toward suicidal behavior more as a continuous movement of the human psyche than as a static state or a combination of states.

- Emerging suicidality is more closely related to a person's desire to live a different life than to dying itself.
- Suicidality is shaped by subjective experiences and evaluations; therefore, it can best be understood by examining individuals' subjectively lived experiences.
- Each person's experience is valuable for gaining a deeper understanding of the suicide process.

The interviews with study participants and the data analysis using the IPA method were conducted by me, the author of this dissertation. I hold a master's degree in clinical psychology and have received training in qualitative research strategies at the Institute of Phenomenological Research in Vilnius, Lithuania. I have seven years of experience working with qualitative methods across various scientific projects, am a member of the Suicide Research Center, and work as a psychologist in private practice.

My doctoral supervisor, prof. habil. dr. D. Gailienė, is a professor and researcher at Vilnius University who has been studying suicide for more than 37 years and has worked with qualitative research methods for 16 years. Throughout the project, she provided consultation and guidance, helping to maintain the overall direction of the study. She also reviewed the data coding system and provided feedback, and reviewed the manuscript, helping to identify the most appropriate way to present the research project and its key findings.

Two master's students who wrote their final theses using data from this study transcribed all twelve interviews. In addition, two fourth-year undergraduate students, during their research internship, reviewed all experiential statements, provided feedback on necessary revisions, and transferred the coding system into the MAXQDA 24 software, as the data analysis in this study was conducted manually on paper.

3. RESULTS

The aim of the study was to better understand and describe the experience of pre-suicidal suffering, how the preconditions for suicidality emergence form, and what a person might be needing most when confronted with pre-suicidal suffering. Using the IPA research strategy, 12 in-depth interviews were conducted with individuals who have lived experience of suicide attempt. All 12 participants shared their stories to the extent they wished, describing how their life events unfolded toward a suicide attempt. The following sections present the study results: the quantitative structure of the GETs and the qualitative structure. Also provided is an illustrative summary of the results.

3.1. Quantitative Structure of the Group Experiential Themes

The analysis of all 12 interviews identified 1284 experiential statements related to the research aim. These were used to form 186 experiential themes and **18 group experiential themes** (GETs). They are presented in Table 1 as the final outcome of the data analysis. The table provides the names of all GETs and quantitative indicators of their composition. In the next section (Internal structure of the group experiential themes), each GET is described separately to reveal its internal structure – how the experiential statements attributed to it are similar to one another, how they differ from those in other themes, and in what form these GETs appear in the narratives of the study participants. All 18 GETs are divided into two groups.

The first 14 GETs are combined into a sequential pattern of experience, showing the progression of a person's experience from the earliest events associated with suicidality to the role suicide comes to play in the context of suffering. These 14 GETs best represent how pre-suicidal suffering is experienced and how the preconditions for suicidality to emerge develop.

The remaining 4 GETs (15–18) are also interconnected. Most experiential statements assigned to these four GETs arose from the question “*What were you needing the most at the time you began thinking about suicide, such that these thoughts might not have emerged?*”. Thus, this group of GETs more strongly represent participants' reflections on past events rather than lived experience itself. These four GETs best represent the needs of a person while experiencing the pre-suicidal suffering.

Table 1. *List of GETs identified in the study and their quantitative composition*

GET Title		Number of Assigned Interviews, n / 12	Number of Assigned Experiential Themes, n	Number of Assigned Interview Fragments, n
The first 14 GETs best represent the experience of pre-suicidal suffering and the development of the preconditions for suicidality to emerge				
1.	A cluster of events contributes to the desire to die by suicide	4	4	44
2.	Some life difficulties experienced during the suicidal process were not perceived as related to suicidality	7	8	26
3.	Complex traumatic events shape long-lasting feelings of profound lacking	7	12	155
4.	A compensatory mechanism is created to suppress feelings of profound lacking	7	11	87
5.	Certain failures trigger feelings of profound lacking	9	21	188
6.	Psychache is characteristic prior to the emergence of suicidality	8	13	77
7.	Prior to the emergence of suicidality, relief is experienced, followed by renewed disappointment	7	11	64

GET Title		Number of Assigned Interviews, n / 12	Number of Assigned Experiential Themes, n	Number of Assigned Interview Fragments, n
The first 14 GETs best represent the experience of pre-suicidal suffering and the development of the preconditions for suicidality to emerge				
8.	A desire to resolve the accumulated difficulties is experienced	8	17	158
9.	An experience of exhaustion resulting from efforts to maintain the compensatory mechanism	6	8	72
10.	The main triggering event directly confronted the established compensatory mechanism	8	11	67
11.	Following the main triggering event, an affective state emerges in which accumulated feelings of profound lacking are experienced	9	15	98
12.	During the affective state, dissociation is experienced as potentially helping to isolate suffering	6	6	30
13.	During the affective state, suicidal thoughts are experienced as arising automatically	5	6	31
14.	Suicide is perceived as a means to stop the suffering	7	7	34

GET Title	Number of Assigned Interviews, n / 12	Number of Assigned Experiential Themes, n	Number of Assigned Interview Fragments, n
The remaining 4 GETs best represent participants' needs when experiencing pre-suicidal suffering			
15. Self-understanding is experienced as a preventive measure aimed at avoiding triggering events and affective states	7	7	41
16. The closeness of another person is experienced as a means that may help to calm down during an affective state	7	7	25
17. Death is experienced as the only need during an affective state	2	2	4
18. Professional help is experienced as necessary when, following the emergence or recurrence of affective states, it is no longer possible to help oneself	4	4	15
During the development of GETs, some experiential themes were not assigned to any GET			
Experiential themes not assigned to any GET	8	16	68
Total:	12	186	1284

3.2. Internal Structure of the Group Experiential Themes

1. A cluster of events contributes to the desire to die by suicide

4 out of 12 participants explicitly stated that a suicide crisis did not occur because of a single event but rather due to a group of events that happened to them. The first GET includes individual experiential themes reflecting the experience of a cumulative effect. For example, Elzè shares:

Well, I would say... suicide, for me, is the desire to end the suffering that life has become. And... usually there are many factors that come together for people who want to die by suicide. (Elzè)

Aiden metaphorically illustrates the cumulative effect:

I think everything just mixed together like in a salad. Really well. (Aiden)

Aiden emphasizes that the difficulties are “*mixed together really well*”. This highlights the importance of the whole constellation of events and their sequence. One could assume that there are specific characteristics in how difficulties must be arranged in order to create conditions for suicidality to emerge.

Deividas states that “*everything*” came together into one whole, and lists the events contributing to the crisis:

The first attempt... Everything came together for me in one day, and I felt stressed. I was very sad about my grades, that I failed, then about the exam retakes. I had also missed quite a few classes. I looked at that all on the same day. Then there were relationship issues... I had broken up in late July. I still had those thoughts. And somehow all of these days came together, those problems. And I impulsively took the pills and swallowed them. Wanting to die. (Deividas)

This fragment illustrates the cumulative effect when difficulties accumulate and act as a whole. Using Aiden’s words, events “*mix together really well*”, while Deividas experiences the accumulated events simply as “*everything*”. It raises the question of what kinds of events, and in what arrangement, lead a person to experience them as one overwhelming whole. In other words, what did participants mean by “*everything*”?

The first GET helps to clarify the key research questions: how pre-suicidal suffering is experienced and how the conditions for suicidality arise. This GET shows that participants experience many accumulating difficulties

that influence their desire to die by suicide. It also suggests that these difficulties must accumulate in a particular sequence to form a basis for suicidality, and that their totality is experienced as all-encompassing. The next question, then, is what commonalities lie behind these life events that make them sources of suffering.

2. Some life difficulties experienced during the suicidal process were not perceived as related to suicidality

At the beginning of the interviews, participants were asked to recall and share the life difficulties that occurred before their suicide attempt. They were then asked to specify which difficulties contributed to their suicidality and in what way. 7 out of 12 participants described certain difficulties occurring prior to the attempt that they did not experience as related to their suicidality, while other parallel events were linked to it.

For example, Laimonas experienced two events at roughly the same time – an oncology diagnosis and losing his job, but felt only one of them contributed to suicidality. Asked which event contributed most to his suicidal desire, he pointed to the financial difficulties caused by unemployment:

Well, first of all, the financial situation doesn't let me rest. And then everything else. (Laimonas)

When asked whether the oncology diagnosis contributed to his suicidality, he responded:

Nooo... The oncology, I handled that. We accepted it, and everything is fine. (Laimonas)

These fragments show differing emotional reactions to life difficulties. While Laimonas barely mentions cancer in his suicide story, job loss, financial strain, feelings of worthlessness, and relationship problems are experienced as directly related to suicidality.

Marija, when asked whether relationships with close relatives might have contributed to her suicidal desire, replied:

I think they didn't. At least that's my first thought. I mean, to many psychological things, my parents had their influence. But regarding the suicide attempt specifically, I don't think it directly led to that. <...> Well, my two best friends are now fighting, so maybe that affects me somehow, because it does hurt. But I don't know if I could connect it. (Marija)

Similarly, Lèja talks about difficulties she does not connect to suicidality:

With finances, when you have many children, there are always problems. But you manage them. And with health—well, I’ve always been unhealthy. Recently I had a knee MRI... they said nothing good there ((laughs)). But that’s always how it is. I just don’t... take it in much. (Lèja)

Thus, some difficulties occurring during the suicide process are experienced as unrelated to suicidality, while other parallel difficulties are experienced as directly connected. This GET supplements the assumption raised in GET 1 – that suicidality is influenced by the specific constellation of events and how they are arranged. Only part of the ongoing difficulties contribute to the experience of all-encompassing suffering. This raises the question: what differentiates the events that contribute to suicidality from those that do not?

3. Complex traumatic events shape long-lasting feelings of profound lacking

All interviews began with an open question “*What happened?*”, leaving participants free to structure their narrative of emerging suicidality by themselves. 7 out of 12 participants began their story with events that had left them with long-lasting feelings of deprivation. Most of these (6 out of 7) began with early relationships with parents or caregivers, specifically traumatic aspects of those relationships. For example, when asked what happened before her suicide attempt, Juliana replied:

Well... I don’t know, everything started a long, long time ago. I don’t know how old I was, but ((pause)) my mother and father constantly ((pause)) argued. I don’t know how to say it... quarrelled. (Juliana)

Participants shared that traumatic experiences left a deep “scar” in their personal history, long-lasting feelings of profound lacking that they experienced as relevant to their suicidality. They described long-standing unmet needs for acceptance, love, control over their lives, gentleness, kindness, peace, and fullness – needs whose persistent deprivation contributed to their desire not to live.

Juliana illustrates how lacking became deeply embedded:

My father said to me: “I don’t have a daughter, you’re not my daughter, I have only a son. And your mother is nothing to me. You and your mother are nothing, I only have a son.” <...> I didn’t take it too seriously at the time, but it stayed carved in my memory very, very strongly. Terribly. I even see the

scene where he told me this and what my brother was doing on the side.
(Juliana)

Across her interview, Juliana shares experiences of rejection by both parents. The emotional intensity, tension, and detail reflect the nature of traumatic memories.

Later she reflects:

I never felt warmth, never received the attention I wanted. <...> I needed physical and emotional love and warmth ((long pause)). I didn't need all those arguments. I once even said I'd go into politics just to pass a law that people could only have children after passing theoretical and practical training. Like getting a driver's license. Because not everyone is meant to be a parent.
(Juliana)

These reflections reveal ongoing sadness, resentment, and anger – signs that childhood relationships left a lasting scar and long-term profound lacking of acceptance.

Another participant, Ona, begins her story:

Yes, I can. ((coughs)) But somehow I can't... my voice gets stuck ((laughs)). In childhood... when I was seven or eight, my sister was born, and my parents decided to divorce. And since then everything went downhill. (Ona)

She describes her mother's emotional neglect, depression, forgetting to pick up the children from school, lack of food, and chronic abandonment. Later she describes feeling like a stranger even in her father's home:

At my father's, I felt the food wasn't mine. They pay for it, how can I eat it? I didn't feel like a family member, more like a stranger, a passerby. (Ona)

Her narrative shows how early abandonment formed her inability to feel belonging which contributed to later long-lasting suffering.

In summary, GET 3 illuminates how complex traumatic events create long-lasting feelings of profound lacking, which persist and re-emerge later in life. Therefore, these enduring feelings can be understood as one of the preconditions enabling suicidality to emerge.

4. A compensatory mechanism is created to suppress feelings of profound lacking

During data analysis, it became possible to observe what happens to feelings of profound lacking over time. The fourth GET emerged in 7 interviews.

Many participants had developed a worldview protecting them from feelings of lacking – a compensatory mechanism that helped suppress painful feelings and continue functioning.

For example, Lèja, who experienced sexual, physical, and psychological abuse within and outside her family, shares:

Sometimes that feeling of inferiority comes up ((pause)). But I have very good friends. What I have – I have ((both laugh)). <...> My friends come and support me... If I don't have a stable family life, I have such good friends that sometimes I feel like I don't even need a family. (Lèja)

Here, as soon as she recalls her inferiority, she immediately shifts to speaking about friends – a compensatory response. Her friendships become a counterbalance to the painful family dynamics.

Another participant, Brigita, developed a compensatory mechanism centered around caring for others. After a childhood marked by abandonment by her father with alcohol dependence, she later cared for him during his terminal illness:

I cared for my father for two years, completely devoted. Only when he slept would I take my daughter to dance or art school. He had [illness] and [illness], and I did everything – physiotherapists, massage therapists, a special wheelchair... I did everything so he could stand on his feet. And then he died. When he died, I couldn't remember my name or surname. (Brigita)

After his death, she made her first suicide attempt. Later she had a premature infant whose health was fragile:

I kept taking the child to rehabilitation, rehabilitation... The doctors shouted at me, "What do you expect from a premature baby?" And I said, "My daughter walked at one year old and spoke at eight months. I want to do everything so my conscience is clear, so I did everything for my child". (Brigita)

Her story shows a strong fear of being left by loved ones, and caring for others becomes her way of coping with profound lacking of being important enough to stay and fear of abandonment. However, this compensatory mechanism led her to emotional and physical exhaustion.

This GET demonstrates both human resilience and the psychological cost of compensatory mechanisms. The next question is how the creation of such

a mechanism, meant to suppress profound lacking, may relate to the emergence of suicidality.

5. Certain failures trigger feelings of profound lacking

The fifth GET appeared in 9 out of 12 interviews. It reflects events occurring before the emergence of suicidality that triggered feelings of profound lacking.

Many participants described emotionally intense situations in the pre-suicidal phase. For example, Alfredas recalls worrying about difficulties finding work, which saddened him:

With work... having a disability makes it hard to find a job. Maybe it's related that I wasn't working – this sadness, boredom. Some kind of sadness takes over. I used to think about it sometimes. (Alfredas)

Aiden, who struggles deeply with feeling accepted, describes a hurtful experience seeking mental health care:

One psychiatrist told me, when I talked about my agender identity, that "Unfortunately, psychiatrists in Lithuania cannot yet treat this disorder". He called it a disorder, and that really wounded me. (Aiden)

Importantly, these events were not perceived as decisive triggers for suicidal thoughts. Rather, they provoked the suppressed feelings of lacking.

This is the largest GET, with 188 interview fragments, suggesting both how many such events occurred and how much participants focused on them when telling their suicidality stories. Asked how it happens that a person can so suddenly decide to attempt suicide, Alfredas replies:

Perhaps it is accumulated anger over a long period of time. Something that may be difficult to explain at times. And then it breaks through into some kind of action, maybe... (Alfredas)

Participants often described how events triggered intense emotions, especially when those emotions touched upon suppressed feelings of profound lacking. For example, Alfredas, lacking a sense of place in life, feels deeply hurt by difficulties to find a job; Aiden, with profound unmet needs for acceptance, is wounded by the psychiatrist's reaction that their choice is a disease.

Thus, events in pre-suicidal stage may provoke feelings of profound lacking and the compensatory mechanism suppresses those emotional

tensions, which in long period may accumulate creating experience of suffering.

Robertas adds:

They asked me many times, “What do you think causes this state?” I don’t have a good answer. I’ve been thinking about this a lot over the past few days, but... well, just some minimal things, everyday stuff. Something doesn’t quite work out a little... But sometimes it feels like [that state] appears. And at other times, a lot more bad things happen and nothing [happens]. So, honestly, I don’t know. (Robertas)

He observes that only certain events cause the “state”, those that touch specific emotional wounds.

This GET shows that participants experienced many emotionally distressing events in the pre-suicidal phase, which triggered feelings profound lacking and accumulated suppressed tension, forming a basis for future breakdown.

6. Psychache is characteristic prior to the emergence of suicidality

As discussed in the previous GET, certain events experienced by the study participants evoked intense emotional responses, the expression of which was not directly observable in the interviews. 8 out of 12 participants reported psychological pain experienced during the pre-suicidal stage. For example, Brigita described experiencing pressure arising from a convergence of events:

And that was constant pressure ((pause)). And little by little it pressed me, pressed me, pressed me, pressed me. I would swallow the bitterness, cry, take a quarter of a [medication] pill, calm down, and smile again. My husband paid no attention to me at all, no hugs when I felt bad, even though it was really hard to raise a little baby. <...> I lacked attention maybe from friends, from my mother, from my daughter, from my husband... (Brigita)

In this interview fragment, Brigita explicitly states that she experienced ongoing pressure, which she associated with others not seeing her struggle and a lack of support. Here, Brigita’s compensatory mechanism may be recalled – her tendency to assume a caretaking role in order to avoid being abandoned by loved ones. The interview fragment illustrates that those around her did not perceive her struggle, which may have contributed to a growing tension and fear of being left by loved ones.

Ona described withdrawing and enduring psychological pain after the death of her beloved grandparents because she was unable to grieve the loss:

When my grandparents died, I somehow pulled myself together. And I remember, as if I put on a mask. I suppressed something inside. As if everything was fine. And I kept it that way for a long, long time. Aam, although I remember moments when I would look out the window thinking my grandmother would come, that it was all a lie, that they were deceiving me. It lasted maybe a year. But overall, I completely suppressed it inside until I was seventeen. (Ona)

Her relationship with her mother was one in which sharing emotions felt impossible, leading to the development of a strong compensatory mechanism centered on emotional suppression:

With my mom... she... wouldn't listen. I would just hold everything in and never show my feelings. I rarely cried, at all. If there was an argument, I would be completely calm, agree with everything, or leave. I never got involved. This was everywhere – building a wall around myself and suppressing everything. (Ona)

Later, Ona began noticing the consequences of this suppressed psychological tension:

And only later, in adolescence, around seventeen, I started having panic attacks, and all those feelings that I had suppressed started to come out. I wouldn't even know why I felt anxious. (Ona)

Ona's story reveals profound experiences of neglect and that she felt truly loved only by her grandparents, making their loss particularly painful. The interview fragment suggest that their death triggered a sudden isolation of her emotional pain, which lasted for many years until it manifested as panic attacks.

This GET complements the previous ones, illustrating that prolonged psychache or suffering is characteristic of the pre-suicidal stage. However, such pain can be long suppressed and outside of conscious awareness.

7. Prior to the emergence of suicidality, relief is experienced, followed by renewed disappointment

7 out of 12 interviews revealed periods of reduced psychological pain followed by renewed disappointment. Many participants experienced

temporary relief during the pre-suicidal stage, which they actively sought through various means. However, the suffering from unfulfilled profound lacking eventually returned.

Ona, who had suffered from neglect, spoke about her boyfriend's family, who warmly accepted and cared for her:

I saw again what a beautiful family they were. They had such a beautiful bond. They started to take care of me like their own daughter. They really liked me. (Ona)

But soon after came disappointment:

Everything was beautiful, but later problems started with my boyfriend. I noticed he was quite aggressive, and he slowly began criticizing me more and more. He wouldn't let me smile because he didn't like my smile, or he'd make me redo my makeup, throw away my clothes because he didn't like them, count my bites when I ate... <...> That I drive badly... even though I drove very well. And I had that complex, because, well, I had only recently freed myself from it. And it had been very difficult lately. (Ona)

Ona describes feeling accepted and cared for – needs she lacked in her family of origin. But later difficulties in the relationship brought back her longstanding feelings of profound lacking. She intuitively linked her boyfriend's behavior to her mother's, saying she had “just escaped that,” and directly stated that his actions triggered insecurities formed in her childhood. Thus, during the pre-suicidal stage she experienced both relief and disappointment.

Lèja, who had experienced betrayal from all family members and caregivers, spoke with great joy about creating her own family, describing it as the happiest period of her life:

From eighteen to twenty-six I lived without medication, and life was wonderful because I was having children. And when I was pregnant, everything was so good, fantastic really. And then I had another baby, and that's when the breakdowns started. (Lèja)

Exploring what changed after her last childbirth, she shared how she began to distance herself from her husband and feel recurrent rejection:

Maybe it's living together but separately. Or his criticism. ((clears throat)) 'You're fat, no one will look at you'. You go to hug him – he pinches you. Sit next to him – he kicks you. You cook something, ask 'Is it good?' – he says,

'It's edible'. <...> I think that's lack of love. ((pause)) Sometimes he tries to reconcile, but I don't go anymore, because I've told him, ((pause)) 'All the love I had for you, you knocked it out of me' ((long pause)). (Lèja)

The fragment show Lèja's final disappointment in her marital relationship, after which she invested herself only in friendships, saying she no longer needed a family.

This GET reveals yet another aspect of the pre-suicidal stage: participants often found ways to relieve their suffering, but due to accumulated emotional burdens and life circumstances, the likelihood of suffering returning was high. Thus, relief was often followed by renewed disappointment and pain.

8. A desire to resolve the accumulated difficulties is experienced

The eighth GET was identified in 8 out of 12 interviews. According to the interview protocol, participants were asked "*How did you deal with the difficulties you mentioned?*" Many interview fragments come from responses to this question, illustrating participants' efforts to resolve their problems. Often unable to manage their suffering alone, they sought help from others: family members, friends, emotional support hotlines, or professionals. Participants did not receive the help they expected.

Before doing it... what I did was call friends and the hotlines, because I knew... something bad would happen. And I called the hotlines. And I called all my friends. And I asked for help. Tried to talk about the problems, but it didn't help. Not at all. <...> I really wanted to solve the problems, I didn't want to give up right away. But the more I tried, the more pointless it all seemed. (Deividas)

This fragment shows that before suicidality emerged, when he merely sensed that "*something bad would happen*", Deividas was not passive. He took concrete steps to change the situation, but the help he received did not meet what he expected.

Another participant shared:

All those years I kept everything inside. Sometimes, when things got bad, I would text my sister's husband, but he would just comfort me a little and that's it. He didn't think anything serious was happening. (Vanda)

Vanda had relied on the same coping strategy for years, but before suicidality emerged, her brother-in-law's minimal support was no longer enough.

Not all participants sought help. Some tried other ways to relieve emotional pain:

I've noticed that when I feel emotional tension and pain, I often want to change. And I know I should change psychologically. But I have this tendency to change physically – cut myself, get a tattoo, cut my hair, dye my hair, dress differently, do some unusual makeup. Always something like that... I feel I can't change psychologically at the moment, so I change physically. (Aiden)

Aiden shares that physical change was their way of coping with emotional pain – usually effective, but not this time.

This GET shows that before suicidality emerges, people are active and motivated to improve their situation. Their usual methods of reducing suffering may fail during the pre-suicidal stage, though this hypothesis requires further evidence.

9. An experience of exhaustion resulting from efforts to maintain the compensatory mechanism

As previously discussed, repeated traumatic experiences created profound feelings of lacking and led to the development of compensatory mechanisms to protect against these feelings. Several earlier GETs suggest that events in participants' lives repeatedly triggered feelings of profound lacking and challenged the compensatory mechanism.

The ninth GET adds to this picture. 6 out of 12 participants directly reported exhaustion before suicidality emerged. For example, Lèja experienced exhaustion as closely linked to her suicidality. She described burnout caused by her active lifestyle:

This is how it always goes. Maybe because I get exhausted. <...> There are two types of exhaustion: emotional and physical. When you're physically tired, you sleep and rest and that's it. But emotional exhaustion is when you meet fifty people a day, you have to smile all the time, interact constantly. And then your body gets tired too... (Lèja)

These fragments show how Lèja experienced exhaustion. Her compensatory mechanism was identified as the belief that she didn't need her family members – only friends, who “*don't betray*”. Her active creation of a large social circle ultimately exhausted her. Maintaining the compensatory mechanism may be so important to a person that they overextend themselves, depleting their resources.

Another participant, Brigita, had one main purpose in life – caring for her child:

...my son was born, and I had already been suffering from depression for about 10 years. And when I was raising my little son, there was no help at all. My mother didn't help, my husband was constantly working, and, to put it bluntly, I completely broke down from exhaustion. <...> [my husband would say], "During the day you have to take care of the child, you have to cook, you have to wash the floors". In short, I couldn't manage that, because my kind of mature motherhood required me to devote myself only to the child, since the child was ill, and I gave all my attention to the children. (Brigita)

Many interview fragments reveal how strongly Brigita identified with being a devoted mother. Before suicidality emerged, she became physically and emotionally exhausted from trying to fulfill this identity.

Another participant, Robertas, said that the essence of his suicidality lay in exhausting nightmares:

And they are usually torture – both physically and emotionally. And often... ((pause)) often together they are the worst... often they last... time slows down in them – a single night in that nightmare can feel like a year, ((pause)) one night in real life is a year in a nightmare, and so on. Sometimes it's a few hours, sometimes a week, sometimes a month, and sometimes it feels almost like an eternity. <...> And then it no longer matters whether I'm really there or here. And when you finally wake up from them, your psychological state is completely smashed to the ground, that... ((pause)) before, it used to take a very long time to recover, at least to get out of bed. It would take at least a good half day to... to be able to function normally again. (Robertas)

Robertas experienced his nightmares as deeply exhausting. He had learned to manage many other difficult conditions in his life, but not these nightmares. Each attempt to cope with them ended in disappointment and renewed helplessness. His compensatory mechanism, the belief that he could control his illness and life trajectory, collapsed in the face of these nightmares. He associated their uncontrollability with the emergence of suicidality.

Thus, the ninth GET suggests that before suicidality emerges, people may be physically and emotionally exhausted from maintaining their compensatory mechanism, which protects them from overwhelming feelings. This exhaustion increases vulnerability.

10. The main triggering event directly confronted the established compensatory mechanism

This GET was identified in 8 out of 12 interviews. Participants named a single major event, a turning point, after which suicidality emerged. These events constitute the tenth GET. All such triggering events directly confronted the compensatory mechanism in the way it couldn't exist anymore and were described as the beginning of a suicidal crisis.

Juliana, facing serious health problems, believed that at least in such circumstances her condition should matter to others and that she should be cared for. In a psychiatric hospital, she initially felt the feeling and believed specialists care for her. Yet soon a staff member's neutral comment about her rights was interpreted as proof that her fate did not matter:

I just... they told me that if <...> they said, "If you want, you can stop the treatment at any time, or you can stay here a bit longer". They said, "If you want, you can get up right now, leave, and sign [the papers]". I got up, maybe even out of some kind of impulse, thinking, "Well, fine then, if they don't want me... them... to be here, I don't have to be here. So fine". And, well, I signed myself out. And everything rose up into my chest, this kind of heaviness. And then I was like, "Well, fine, I don't have to be here, so I don't have to be in this world at all". And really, enough of burdening everyone and complaining about all these... well... the same things over and over. So yeah. I guess once I walked out the door, that was it. (Juliana)

A standard procedural statement carried a specific subjective meaning for Juliana. She relived the same sense of not mattering that had characterized her relationships with her parents, friends, partners, employers. The emotional surge, "*everything rose into my chest*", shows how deeply the event struck her compensatory mechanism: her belief that at least in extreme situations (e.g., severe illness) people would care.

A similar reaction appeared in Robertas' story. After regaining motivation through a new romantic relationship, he planned to rebuild his life – start working, restore lost relationships, when an unexpected illness struck:

Well, it was just... I had already planned it. Not even so much in terms of specific dates, but I had already put things together. At that time, I was supposed to have started working in December, and, how to put it... it felt like this was the last ((pause)) chance I could try. ((longer pause)) (Robertas)

Asked whether he thought the illness was a sign that he failed, he responded:

Probably ((pause)). Not just that illness, of course, but that illness contributed strongly to it. Because it was already probably the case that I should have been hospitalized just because of that illness, because of COVID. (Robertas)

For Robertas, the illness carried specific meaning tied to his feelings of profound lacking and compensatory mechanism. It destroyed his hope that romantic love would give him the momentum to regain control of his life. The illness directly confronted his belief that he could be the author of his own life.

Devidas, encouraged by his parents, had a clear life goal – to enter a good university:

Well, I really want to go to university. Although... well, my parents have been telling me my whole life, “Go to university, get a better job,” you know, and things like that. I always had this feeling of, “Well, what am I even going there for?” – going to university and all that. And when I didn’t get the grades needed to go to university, it felt like my world completely collapsed, and on top of that, the fact that they had paid so much for me to attend [school name] and spent so much money on those studies, and that I had nothing to prove to them. Because of that, it was extremely painful – for me, for my parents, and for everyone. That was really my main... my main reason. (Devidas)

This interview fragment illustrates once again that a single event, laden with specific subjective meaning, can become a destructive blow to a person’s compensatory mechanism.

One of the most important fragments guiding the data analysis comes from Lèja. She described the main triggering event in her story as:

It wasn’t just the last drop. I think it was both the beginning and the end of everything. (Lèja)

In suicide research, the triggering event is often understood as the “last straw”. But Lèja’s account suggests that this description is insufficient. For her, the triggering event marked both the beginning and the end of the same whole. Here, one may recall the experience described in the first GET (see Item 1) of “*everything*” coming together into a single whole prior to the emergence of suicidality. Based on Lèja’s interview fragment, “*everything*” not only accumulates into one mass but simultaneously both begins and ends.

Such experiences indicate the subjective significance of the triggering event within a person's life history. According to the data of this study, during the experience of the main triggering event, the compensatory mechanism that had protected the individual from unbearable feelings of profound lacking collapses, marking the end of efforts to live with unbearable traumatic experiences. At the same time, feelings of profound lack, evoked by the triggering event and its meaning, surge back into the phenomenological field. Experientially, this can be understood as a return to the very beginning.

Thus, the tenth GET suggests viewing major triggers not merely as random events that "overflow the cup," but as events that destroy the mechanisms protecting a person from unbearable psychological pain.

11. Following the main triggering event, an affective state emerges in which accumulated feelings of profound lacking are experienced

9 out of 12 participants reported having experienced an exceptionally intense, uncontrollable emotional state, referred to in this study as an affective state, which emerges as a reaction to the main triggering event. The affective state is experienced as related to the emergence of suicidality.

Brigita, who during a conflict was confronted with humiliating accusations from relatives about neglecting her children, describes the state that arose:

That feeling, you know, was such that ((pause)) it felt like my whole body suddenly ignited. Everything just started heating up, boiling. It felt like my head, my brain, was going to explode from those re-, re-, remarks, from those comments, from... from something, I don't know, I don't remember exactly. But I do know that I got so worked up that I started yelling at my daughter. I said, "[daughter]" I told her "Take [son] outside. The child is crying, he wants to sleep. You..." I said "...can't even take care of your brother". Because in general my daughter didn't help at all. (Brigita)

This fragment illustrates the intensity of the affective state that followed the main triggering event. It is also evident that the content of the affective state is linked to Brigita's compensatory mechanism – her being caretaker and fear of being abandoned. Accusations from relatives and crying child may be interpreted as her being a not good enough caretaker, leading to subjective assumption she is abandoned by loved ones.

Participant Alfredas shared that affective episodes strike unexpectedly:

There isn't... maybe for others it's... different. It seems to me that it comes more as some kind of... unexpectedness rather than something planned. Something like that. For me it was kind of unexpected, like you don't really know what you're doing – something like that. (Alfredas)

From Alfredas's account it appears that affective states arise suddenly, before he has time to understand their causes or patterns. During these states he completely loses conscious control over his actions and usually remembers very little. A partial memory gap is also visible in Brigita's fragment. Some participants (4 out of 9 whose interviews contained this GET) directly stated that, during the affective state, their emotions were intensified by past experiences:

So a lot of different nuances came together, and what I would say was the main thing was that... when they hurt me, I started thinking about how my father left, how I wasn't needed by my mother, how they would forget about me, how my grandparents were no longer there. And everything from the past came back at the same time, all of it together. (Ona)

Participant Ona experienced betrayal and humiliation by two friends, after which an affective state began – an overwhelming flood of painful experiences from both the present and the past.

This GET provides insight into the psychological state immediately before suicidality emerges. It is possible that suicidality arises within an extremely intense affective state during which long-suppressed feelings of profound lacking surface and intertwine with the pain of the present situation.

12. During the affective state, dissociation is experienced as potentially helping to isolate suffering

6 out of 12 participants described experiencing dissociation during the affective state, when they felt alienated from their bodies, as if observing themselves from outside, unable to control their bodies, or experienced selective memory for the events. For example, participant Lėja described her experience after the main triggering event:

...I told the doctor about it last time – it's just an affective state, when you simply ((pause)) are stuck inside yourself. That feeling when you... you see everything, but your hands do whatever they want, because he... And it feels like both hemispheres are working – the rational mind here, and the stupid mind here. And that stupid mind takes over. And you just, you just kind of sit

there in your head and think “Hmm, so what’s waiting for us now?” It’s like, well... ((pause)) I don’t really know how to put it. (Lèja)

Although Lèja calls this state an affect, her description more closely matches dissociation – feelings of estrangement from her body, loss of bodily control, and difficulty describing the state.

Vanda’s account captures the sudden onset and end of a dissociative episode:

I was hospitalized, in the [hospital department name] ward. And I was overcome by intense anxiety. And I thought I’d go outside to breathe some fresh air. And I sat down. And then the thoughts about suicide started. And for me it’s like a switch flips. And I disconnected. And I went into the forest and tried to find some means to kill myself, but I couldn’t find anything. So I found some glass. I cut my arms. And then it started raining very heavily. I got soaked, and somehow I began to think normally again – as if things became clear. I called for help, and they found me. (Vanda)

Vanda noticed the abrupt shift “I disconnected” and likewise noticed the return of connection with herself when it started raining. Both experiences are characteristic of dissociation.

Participant Alfredas experiences sudden episodes that arise unexpectedly and pass just as unexpectedly, sometimes accompanied by an uncontrollable urge to die. He explains:

...I don’t even remember the episode itself the way I normally remember things now, like I remember what happened earlier. It’s not easy. You might think that I know everything inside out, that I see everything and, well... what... where each step is... where the next step is... but it’s not like that. Absolutely not. It’s actually hard for me to remember that there even was some kind of episode at all. (Alfredas)

Dissociation is characteristic of Alfredas’s affective states as well. He appears to experience selective amnesia. Although the state was extremely intense, he repeatedly mentioned remembering almost nothing, only faint fragments that made him question whether the episode even occurred.

This twelfth GET once again highlights the intensity of the affective state. It seems the psyche responds to unbearable pain arising during affective state by dissociating, thereby attempting to create distance from the suffering.

13. During the affective state, suicidal thoughts are experienced as arising automatically

This GET was identified in 5 out of 12 interviews. Some participants reported that during affective states suicidal thoughts seemed to arise automatically. That is, during extreme arousal, the thoughts surfaced into consciousness. All participants who spoke about this described difficulty controlling such thoughts.

Vanda said that the arising thoughts felt like another person living inside her:

I don't want to die, I want to live, but the thoughts are still there – self-harm and an urge to kill myself, all kinds of visions... Plans still keep forming as well, and I can't control that either. (Vanda)

Robertas described the state in more detail:

I have mood swings. Then it shifts from one extreme to the other – one hundred and eighty degrees. From wanting to live, to do everything that... that I want to do, that I've planned and that I think is good to do, it changes into not wanting anything at all. If something is going well, then I want to destroy it – and I understand that this is not good, but I still do what is not good. <...> And the main thing is that... that I want to die. <...> And at that moment, it was... that mood shift that came over me. (Robertas)

Both fragments illustrate that suicidal thoughts arise suddenly, unexpectedly. Both participants noted that in general they want to live, yet during an affective state suicidal thoughts surface into consciousness. Based on the previous GETs, one might speculate that in the context of overwhelming psychache, dissociation alone is insufficient to reduce the suffering, so another “solution” emerges.

Only in two cases was it possible to identify the origin of suicidal thoughts – i.e., when such thoughts had become imprinted in memory. One participant had observed her closest person gradually seeking death by neglecting themselves, speaking about not wanting to exist, withdrawing from life. A behavioral pattern appeared to repeat itself: she tried to die without overtly attempting suicide – by driving carelessly, crossing the street without looking, etc. Another participant was told in childhood by her guardians that she might kill herself:

...I grew up with my mother's relatives, and my sister with my father's. And all the time they kept explaining to me that either I would turn out like my mother, or I would kill myself like my father. Well, I mean... it's just integrated

into me – being a failure who is constantly trying to kill herself. ((longer pause)) ((sniffs)) And everyone emphasizes that ((pause)) I have children, so that means I can't kill myself. But that it doesn't really depend on me, that nobody understands ((cries)) ((long pause)). (Lèja)

This fragment further illustrates the motif of suicidal thoughts as an internal “other,” and the difficulty of controlling them. Suicidal thoughts may surface as memories of behavioral patterns for dealing with difficult situations.

This GET shows that suicidal thoughts can sometimes be experienced consciously as arising spontaneously, like an intuitive proposal or a seemingly logical solution during one of life's most difficult moments.

14. Suicide is perceived as a means to stop the suffering

The fourteenth GET complements the previous one. 7 out of 12 participants reported having attempted suicide because they wanted to stop unbearable suffering and find peace. Robertas, who suffers from exhausting nightmares, explains:

And here it's kind of... I don't know whether this seems logical to someone or not, but to me it seems quite logical that... if there are things that are worse than death, in my opinion... And I... we don't know what happens after death. But I hope that... well, how to put it, it seems to me that after death there is simply emptiness. There is nothing. Like when you sleep and don't dream. You... you sort of don't exist. You only wake up in the morning and... and... and then you realize things. But if you die, then you are like that forever. So... that would be peace, and that's why I want it when that state comes over me. At the moment, I don't want it anymore. (Robertas)

Robertas longs for peaceful sleep, and associates suicide with this uninterrupted, calm state, free from nightmare-induced terror and exhaustion. Thus, suicide is perceived as a tool for achieving peace.

Marija, describing her suicide attempt, puts it this way:

Actually, the main goal was kind of just to... to rest. I don't know. Somehow. Maybe even forever. (Marija)

Marija openly states that she sought rest through suicide, despite knowing it meant dying. Her and others' accounts show that the need for rest and peace, when experiencing unbearable suffering, can become more important than preserving one's life.

Elzè shared her wish to end the suffering:

So, I would say, umm, that again, what suicide is for me is a desire to stop that suffering which... whi- whi- which has become life. That's it, and well, and usually many factors come together in people who want to kill themselves. (Elzè)

This GET adds depth to the picture of suicidality arising in the context of pre-suicidal suffering. When a person faces unbearable psychological pain that has been suppressed for years, and seeks by any means to reduce it, consciousness may produce a solution: ending the suffering to reach peace. In such a situation, it can be extremely difficult to find arguments not to act on that thought.

The first fourteen GETs best represent experiences of pre-suicidal suffering and the emergence of suicidality. The remaining four GETs are more closely related to reflections on what participants most needed or lacked when confronted with pre-suicidal distress.

15. Self-understanding is experienced as a preventive measure aimed at avoiding triggering events and affective states

This GET was identified in 7 out of 12 interviews. Part of the statements belonging to this theme illustrate participants' direct reflections that self-understanding is a way to avoid recurring affective states. For example, summarizing his experience, Robertas shared what he lacked most to avoid suicidal thoughts:

((longer pause)) You just need to understand yourself and constantly analyze ((pause)) why I am the way I am and not different, and what I could do so that... so that I would be where I want to be. And to move toward that goal every day ((longer pause)). Medication is just vitamins ((pause)). And drugs as well ((pause)). (Robertas)

Robertas emphasizes the importance of self-understanding in order to shape the kind of life he wants. But this requires knowing his own needs and working toward them.

Another participant echoed this:

And it is important to cultivate one's own mental training, to try to understand oneself, and to notice all those storm clouds before the storm begins. (Juliana)

Juliana adds that self-knowledge is important for recognizing the onset of an affective state. She describes noticing warning signs – the “storm clouds”.

Another set of fragments illustrates the wide range of tools participants used or currently use to help themselves. These tools can be selected effectively only with adequate self-knowledge and awareness of one’s crises, and they help reduce the recurrence of affective states.

For example, Lèja described many ways she now tries to care for herself. One of them:

Over these past six months, I’ve really been trying to eliminate those triggers from my life – certain people and things like that. And yesterday I noticed that someone wrote to me. Specifically the very person who triggered the main event. And my heart immediately just... reacted. And then I thought, “I need to call [name]”, my best friend ((laughs)). Because we... we have our own system for dealing with all those triggers. (Lèja)

In this and other fragments, Lèja shared that distancing herself from triggering events helps reduce recurring affective states. She also described talking and doing breathing exercises with her best friend to calm down as soon as the affective state begins.

Walking helped Robertas:

...at the beginning, for me it was going for walks. I would walk and walk, and I would start to feel better. Then <...> it would pass, and that stress would pass as well. Walking helped. And then, little by little, little by little, things started to improve... (Robertas)

Other participants were helped by focusing on important relationships, being open and telling the truth after no longer tolerating the burden of secrecy, listening to how others reacted (when their condition worsened, close people helped them notice it), and not wanting to hurt loved ones. Each participant’s tools for reducing the frequency or intensity of affective states differed significantly.

This GET highlights the need that emerged in participants’ experience to take care of themselves preventively. Participants’ accounts suggest that reducing the threat posed by affective states requires knowing oneself, understanding one’s triggers and the dynamics of affective states, and applying individualized tools tailored to the nature of those states. This GET also reflects participants’ intuitive recognition that pre-suicidal suffering is

closely tied to a person's subjective life narrative, as they shared that knowing themselves and their affective states can function as a preventive measure against the emergence of suicidality.

16. The closeness of another person is experienced as a means that may help to calm down during an affective state

7 out of 12 participants shared that the presence of another person helps them calm down during an affective state. This GET includes interview fragments illustrating needs for hugging, closeness, support, being listened to, love, and simply being with someone, summarized under the theme of closeness. For example, when Lėja was asked, *“What did you lack most at the moment you began thinking about suicide, something that would have prevented you from even starting to think about it?”*, she answered:

((pause)) A hug. Really, it was [best friend's name]. If he had actually been in the room, not far away... even though he was in [city name] still, of course, he managed to organize the ambulance and everything else... But at that moment I was missing a person who would simply hug me, and that's it ((pause)). Nothing, nothing, nothing more, nothing super fancy. No cepelinai¹ or anything like that ((both laugh)). Really, just a hug and understanding, and permission to simply stay with it, to endure it, actually. And maybe then it would have passed normally. (Lėja)

When the affective state arose, during which she attempted suicide, Lėja lacked a safe psychological space (her connection with her friend) and time for the state to subside *“permission to simply stay with it, to endure it”*.

Another participant, noticing during the interview that the importance of hugging in an affective state might not be taken seriously, repeated it several times:

Ona: *That someone would hug me and say they understand ((long pause)). Yes, just having another person next to me.*

Int.: *When should a person be there, or how should it be?..*

Ona: *The simplest hug would have been enough for me, yes... ((long pause)).*

Int.: *That's powerful... yes... is there anything else that might have been needed at that moment?*

¹ A traditional Lithuanian dish that is difficult to prepare

Ona: *Honestly, I'm serious, just a hug would have been enough. Truly, sincerely ((laughs)).*

This fragment shows that Ona believes that at the moment suicidal thoughts arose, a hug would have been enough for her affective state to calm down.

Both participants' accounts reveal a clear sense of lacking closeness during the emergence of suicidality, and the perception of a hug as a simple, modest way to soothe the affective state.

When Vanda was asked what she lacked the most when the affective state began, she shared:

A person nearby who would help me withstand everything. Because every time things get bad, I need someone to look after me and comfort me. I really like contact with people, hugs, and tenderness, because I didn't receive that for a long time. So... that's what I miss the most. (Vanda)

Vanda reflects that she needs another person's closeness because she lacked it for a long time. It is possible that the need for closeness during an affective state is connected to the intense feelings of lacking that resurface – feelings with which the person was previously left alone.

This sixteenth GET reveals that closeness with another person is experienced as healing for the affective state and as preventing the emergence of suicidality. One may hypothesize that suicidality is the opposite of closeness, and that the rise of suicidality is related to a lack of closeness.

17. Death is experienced as the only need during an affective state

2 out of 12 participants shared that during the affective state they did not need anything else; according to their experience, only death could help. For example, Brigita, when asked about her needs at the onset of an acute affective state, shared:

No, honestly, nothing. Then... ((pause)) then, in fact, I didn't need anything. I only needed death. Nothing would have helped me. Unless a child had been nearby I wouldn't have done it then, because I would have had to take care of him. But since my daughter left with him, then there was only – die, die, die, die. If the child had been there... if she hadn't taken him away... I might have... but, honestly, I still would have started crying, calling my husband to come home... And I would have gone somewhere into the forest and taken an overdose of medication. (Brigita)

Reflecting on her experience, Brigita shared that she felt a clearly expressed desire to die when all other alternatives seemed insufficient to suppress that desire.

Marija mentioned briefly that she also did not see anything that could have helped her:

Now I don't know ((pause)). I don't know, I don't know what I might have needed at that moment. At that time, it feels like nothing else was needed, only death. ((long pause)) (Marija)

Although Marija could not think of anything that might have helped her at the onset of the crisis, when speaking about others she shared that the most important thing in such a crisis is to wait it out, to endure, and everything passes:

It will pass. Everything passes. Both good things and bad things pass. The most important thing is to endure, because sometimes what you can do is simply wait, do nothing actively, but... but sometimes that is the most you can do, and it is enough. It is not worth killing yourself, harming yourself, or trying to end your suffering on your own, even though it may truly feel like it is happening. I really believe that. (Marija)

Although Marija said that during the affective state and the emergence of suicidality nothing could have helped, elsewhere in the interview she shared her belief that time and space can help. Brigita spoke similarly. Although in one fragment she said nothing could help, in another she described the usefulness of expressing the truth to relatives or receiving help from professionals. On the other hand, it is important to note that in the moment the person's experience may be that only death could help.

Although the seventeenth GET is based on relatively few experiential statements, it is an important finding because it shows that sometimes, when encountering a person in an acute affective state, the only need they experience may be death. In such cases, providing time and space for the state to pass may be valuable.

18. Professional help is experienced as necessary when, following the emergence or recurrence of affective states, it is no longer possible to help oneself

This GET was identified in 4 out of 12 interviews. It comprises interview fragments expressing expectations for professional help, based on the belief

that professional care can reduce the frequency of suicidal crises. For example, Juliana shared:

So after that suicide attempt, I had no medications, no treatment at all. None whatsoever... in the end, I didn't even have any visits with a psychologist. Nothing. I was completely untreated. <...> It's important, important not to forget treatment anyway. (Juliana)

Juliana stated that professional help is important when working with suicide risk and expressed frustration that help did not reach her.

Brigita, who saw no other way out of the affective state except suicide, felt that professionals could have helped her:

And of course, what I really needed to do was to talk to psychologists. But again, I called the doctor and said, "Doctor, I want to kill myself, please help me, admit me to the hospital". And she said, "Brigita, you're strong, you can handle it, you're stubborn, don't kill yourself". <...> She could have admitted me to the hospital and somehow adjusted my medication, or prescribed antidepressants, or sedated me. She could have done something. She really could have helped. She could have admitted me to a low-intensity ward and given me some [name of medication]. Or, since I wasn't taking [name of medication], she could have given me that [name of medication] so that I would sleep through the night and get some rest. Somehow calm down my nervous system. (Brigita)

In these fragments, Brigita shared that during the affective state, in order to protect herself from the rising urge to die, it is crucial to reduce the intensity of that state. From her perspective, when a person cannot calm down on their own and has no one nearby to help them, professionals can help.

In Laimonas' interview, it became clear that his condition improves rapidly once he is hospitalized, but after discharge, within approximately three days, his condition worsens again. This pattern repeated at least three times in his narrative. He described the benefit of hospitalization as follows:

And again, I don't know. More like, well, how to put it... but this usually happens before... before that... how should I say it? You're fed in the hospital, you're given a pill. There's that kind of stressful period for maybe a day beforehand, but after that I'm fine. And that's it. I leave. And... how to say it – feeling optimistic, things improve, and so on. I don't know why then, again, somehow, it deteriorates like that. (Laimonas)

This fragment shows that in the hospital he receives care and becomes more optimistic, which helps his anxiety subside.

The final, eighteenth GET once again emphasizes that during an affective state the most important thing is to provide space and time for the state to settle. Sometimes, when the affective state is too intense and the person cannot calm down on their own, and there is no one nearby who can help, people experience the need for professional help.

3.3. A Pattern of the Formation of Pre-Suicidal Suffering and the Emergence of Suicidality

To present a clearer picture of the overall findings derived from the narratives of the 12 study participants, a pattern depicting the formation of pre-suicidal suffering was developed. The pattern illustrates the sequential development of experience from the emergence of deep feelings of lack to the rise of suicidal thoughts (see Figure 1). This pattern is based on material from 12 in-depth interviews, 14 GETs, 150 individual experiential themes, and 1,131 interview fragments. It best reflects the totality of the participants' experiences – that is, the pattern obtained by combining the pre-suicidal suffering narratives of 12 individuals. In total, it is composed of 14 GETs, with each interview reflecting between 4 and 12 different GETs.

According to the pattern, the beginning of movement toward a suicide attempt can be associated with the experience of recurring traumatic events that generate deep internal feelings of profound lacking – such as a lack of acceptance, love, control over one's life, tenderness, kindness, calmness, wholeness, and more. An ongoing inability to fill these profound feelings may contribute to the formation of suffering and a desire not to live.

To protect themselves from these feelings of profound lacking, a person may create a compensatory mechanism that helps suppress such feelings and avoid encountering them. For example, if immediate family members cause unbearable emotional pain, a compensatory mechanism such as "I don't need a family, my friends value me enough" may help isolate the pain caused by family relationships. Thus, a compensatory mechanism can help shield a person from intolerable internal feelings of profound lacking.

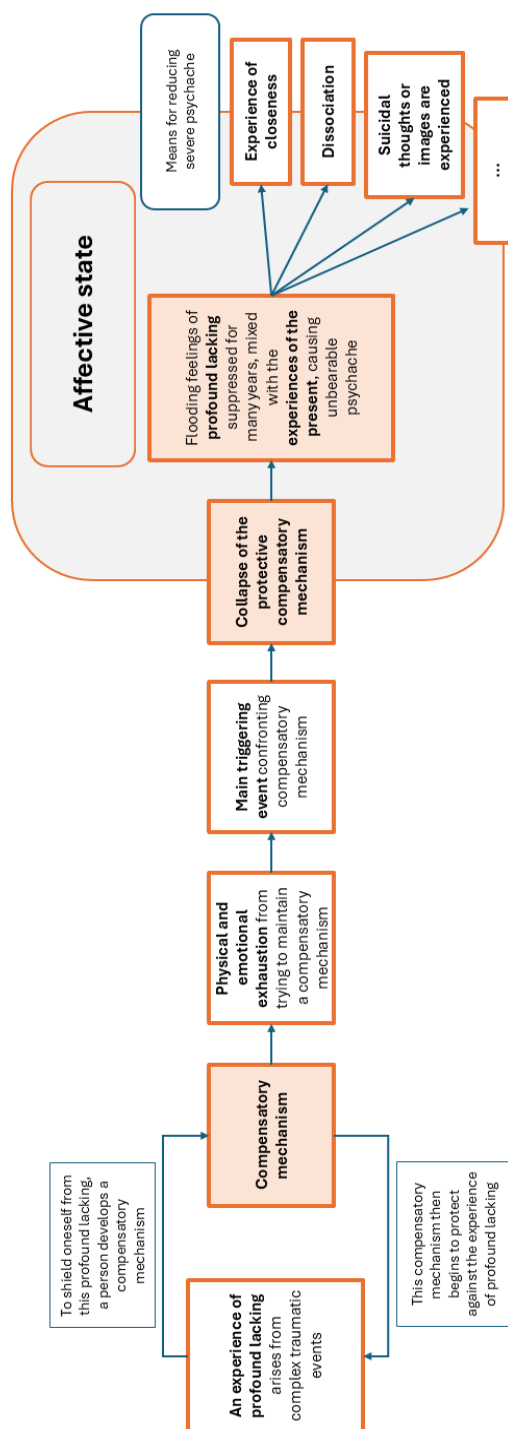


Figure 1. A pattern illustrating the experience of pre-suicidal suffering and the formation of suicidality, created from the 12 in-depth interviews of the present study

However, painful experiences, though suppressed, continue to exist within the person's phenomenological field and may be triggered by events in their environment. Each encounter with a triggering event challenges the compensatory mechanism, which then must be reinforced to prevent it from weakening or collapsing. For example, if a person senses even a hint of disrespect from a friend, believing friend to be the only people who truly value them, the experience must be suppressed so that the compensatory mechanism protecting against feelings of worthlessness can continue to function. Over time, if many triggering events occur, the person may become physically and emotionally exhausted, as suppressing experiences and maintaining the compensatory mechanism requires significant energy. The more triggering events that confront the compensatory mechanism, the more depleted and vulnerable the individual may become.

At some point in life, the person will inevitably encounter an event that is incompatible with the assumptions of the compensatory mechanism and will directly confront and undermine it. For example, a person who believes that friends are the source of their worth and appreciate their being will eventually encounter unjust criticism or betrayal. Such a major triggering event destroys the viability of the compensatory mechanism. The person loses their protection and is confronted with long-suppressed feelings of profound lacking, which surge all at once and mix with the emotions elicited by current events. This experiential turmoil may lead to the onset of an affective state.

It is important to note that up to this point it is not possible to determine whether a person is already in the suicide process, because, according to the study results, the first suicidal thoughts most often emerged during an affective state. It may be assumed that such affective states can be experienced by anyone – both those who will never enter a suicide crisis and those who will.

When experiencing such an intense state, driven by overwhelming psychache rooted in past and present events, a person may have energy for only one task: considering how to reduce the unbearable suffering. According to the data, a wide range of possibilities may arise at this moment – calling a friend, seeking help from a doctor, going for a walk, experiencing dissociation, or having thoughts of suicide. Some participants shared that suicidal thoughts emerged almost automatically – as an intuitive solution to unbearable suffering, one that is extremely difficult to resist while in an affective state. It may be assumed that those who do not experience suicidality in such situations find alternative ways to reduce their unbearable distress,

whereas those who do experience suicidality see suicide as a solution to reduce the pain caused by an affective state.

3.4. A Structure of the Needs of a Person Experiencing Pre-Suicidal Suffering and Emerging Suicidality

Summarising participants' reflections on what a person might lack most during the suicide process, four key points were distinguished. These are based on 4 GETs (15–18), material from 10 in-depth interviews, 20 experiential themes, and 85 interview fragments.

Possible needs of a person experiencing suffering during the suicide process:

1. Self-understanding is essential for preventing recurring affective states, helping a person recognise what triggers them and how to reduce their intensity once they begin. It is crucial that preventive and intervention strategies for affective states be tailored to the specific individual. The results show that different measures work for different people. Thus, the better a person understands themselves, the more accurately they can select preventive and intervention strategies for their affective states.
2. During an affective state, a person struggles to control their emotional reactions and behaviour, so the most effective means of reducing its intensity and enduring it may be the experienced closeness of another person: a hug, physical presence, listening, or emotional support. It is important that the person truly feels this closeness and senses that they are given psychological space and enough time for the affective state to subside.
3. At times, a person may feel that they need nothing except death. Although the results indicate that people ultimately can find alternative strategies, in the midst of an intense affective state a person may genuinely feel that nothing except death could help.
4. Sometimes, when neither the individual nor those around them can reduce the intensity of the affective state, there is a belief that mental health professionals may be able to help.

It appears that at each stage of the suicide process, a person may require somewhat different forms of assistance. If an affective state has not yet begun, self-understanding may serve as prevention. If the affective state is already underway, targeted interventions tailored to the person's specific history may help; closeness with others or mental health professionals may also be beneficial. However, at times a person may experience that nothing except death could help.

4. DISCUSSION

The aim of the present study was to gain a deeper understanding of the person and their experience of pre-suicidal suffering, how the preconditions for the emergence of suicidality are formed, and what a person may lack most during such periods. The following section discusses how the findings of this dissertation study help to address these questions.

The findings of this study reflect core factors described in contemporary theories of suicidality, indicating that the research successfully captured the suicide process itself. The data reveal suicidality as a cumulative and dynamic process shaped by multiple life events, psychological pain, blocked psychological needs, affective states marked by defeat, entrapment, and perceived burden, as well as dissociation and the search for suicide as a solution, as emphasized by other authors (Baumeister, 1990; Durkheim, 2005; O'Connor & Kirtley, 2018; Orbach, 2006; Rudd, 2006; Shneidman, 2002; Van Orden, 2014). The strong convergence between the study results and established theoretical models suggests that the findings are theoretically grounded and can be used to extend and deepen existing knowledge about the suicide process.

The concept of the suicide process is quite broad. Thus, it is valuable to discuss which part of it the obtained research results can best help to elucidate. For this purpose, Rudd's (2006) Fluid Vulnerability Theory can be applied, in which the author differentiated acute suicidality from chronic suicidality. According to the author, an acute suicidal crisis arises due to the activation of a suicidal mode – it begins rapidly and resolves rapidly. Acute crises may recur. Chronic suicidality, by contrast, is characterized by a relatively stable suicidal state that does not change substantially over time. The results of the present study are most applicable to the understanding of acute suicidal crises. The findings illustrate how an experience of unbearable suffering is formed, triggered by activating events in the environment and giving rise to affective states. In this way, a favorable basis for the emergence of suicidality is created. In Rudd's (2006) model, such dynamics correspond to the activation of the suicidal mode. According to the author, events occurring in the environment stimulate damaged components of the suicidal mode and activate it, thereby precipitating a suicidal crisis in the individual.

In the context of the dissertation findings, this model is important because it helps distinguish between acute suicidal crises and chronic suicidality and prevents the overgeneralization of the results to suicidality as a whole.

Therefore, it is essential to keep this distinction in mind when reading and interpreting the data.

4.1. The Experience of Pre-Suicidal Suffering and the Emergence of Suicidality

This study raised questions about how people experience pre-suicidal suffering and the emergence of suicidality, and what they most lack at that time so that suicidal thoughts would not arise. The questions were based on the assumption that many authors of suicidological theories derive suicidality from accumulated life difficulties that cause distress and grow into an experience of suffering. According to O'Connor and Kirtley (2018), vulnerability factors together with environmental conditions and life difficulties experienced by a person (including early life experiences) accumulate and form a biopsychosocial context favorable for the emergence of suicidality. However, it is not clear how the experience of this cumulative effect forms and which events contribute to it. Psychological pain that arises when a person's needs are distorted or blocked can become unbearable (Shneidman, 2002) and over time acquire the meaning of suffering. Yet it is unclear how needs are blocked or distorted in ways that promote the emergence of suicidality and when unmet needs become unbearable and lead to suicide.

This dissertation study sought to take a deeper look at the experience of accumulated life difficulties and the resulting psychological pain. The aim was to view the experience of suffering from the subjective perspective of the person and to try to understand it as a continuous process occurring in the person's phenomenological field. Based on the results of the study, the experience of pre-suicidal suffering can best be understood through the experience of the cumulative effect, recurrent traumatic experiences, the compensatory mechanism, affective states, and the affective processes occurring during them, such as experiences triggered by the main triggering event, dissociation, and emerging thoughts. These are discussed below.

4.1.1. Experience of the Cumulative Effect

The results of this study show that the experience of the accumulation of difficulties is contributed to not by a single event but by a group of events (see section 3.2. point 1). However, not all events occurring during the pre-suicidal

stage, even negative ones, are experienced as directly influencing suicidality (see section 3.2. point 2), and thus the experience of accumulation.

Many scientific studies confirm that suicidality is contributed to not by a single event but by many events (Howarth et al., 2020; Serafini et al., 2015). Such an approach is also characteristic of theoretical models of suicidality (O'Connor & Kirtley, 2018; Rudd, 2006; Van Orden, 2014). On the other hand, to my knowledge, there are no studies emphasizing that some adverse life events or circumstances may be experienced as directly unrelated to the pre-suicidal suffering and the emergence of suicidality.

The results of this dissertation allow the conclusion that the experience of pre-suicidal suffering is contributed to by a group of specific events or circumstances that have something in common with each other and at the same time differ from other adverse life events experienced around the same time. Events identified in the study as unrelated to the experience of pre-suicidal suffering were lack of finances to support a family, oncological illness, breakup with a romantic partner, conflicts with family, etc. Interestingly, similar adverse life events are typically considered risk factors for suicidality in scientific research (Carrasco-Barrios et al., 2020; Fergusson et al., 2000). Also, in a present study, some quite similar events, such as separation from a partner or financial difficulties, were experienced as unrelated to emerging suicidality in some people's stories, while in others they were among the most essential. These findings align with the scientific position that not only the nature of the event itself is important, but also the subjective meaning attributed to it (Kölves et al., 2006; Liu & Miller, 2014; Michel, Shand, et al., 2021). Thus, in scientific research it is valuable to track which adverse life events a person tends to associate with pre-suicidal suffering and the emergence of suicidality. It is recommended to avoid the automatic attribution of adverse life events to suicidality, especially in smaller-scale studies.

Scientific works, that examine the cumulative effect in more detail, state that the tension caused by accumulated life adversities adds up, and that distressing events in the present act as reminders of distress already present within the person (N. H. Lee et al., 2022; O'Connor & Kirtley, 2018; Townsend et al., 2016). The results of this study may help to understand these assumptions more deeply. Based on the findings, the experience of the cumulative effect is contributed to by at least several different types of negative life events. First, complex traumatic events, through whose experience profound feelings of lacking are formed. This corresponds to distress residing within the person. Second, a group of life events that confront

the compensatory mechanism, constantly reminding the person of the existence of profound feelings of lacking and exhausting the person physically and emotionally. The third type is the main triggering event, which confronts and fundamentally contradicts the compensatory mechanism, after which long-suppressed profound feelings of lacking flood in. Thus, based on the results of this study, the cumulative effect is somewhat more complex – it requires at least three different types of negative life events: traumatic events (see section 3.2. point 3), confronting events (see section 3.2. point 5), and a main triggering event (see section 3.2. point 10). In addition, subjective experiential conditions are required – established profound feelings of lacking (see section 3.2. point 3) and a compensatory mechanism formed to protect against them (see section 3.2. point 4), the experience of environmental events as confronting through the attribution of appropriate meanings (see section 3.2. point 5), and the experience of one event as incompatible with the compensatory mechanism (see section 3.2. point 10). The results of this study allow for another assumption: in the stage of pre-suicidal suffering, distress does not accumulate, rather, the compensatory mechanism weakens. This would mean that when working with people experiencing pre-suicidal suffering or suicidality, it is valuable not only to reduce the experience of distress but also to strengthen their compensatory mechanism.

In summary, since there is limited research on the stage of pre-suicidal suffering, the results of this study significantly enrich the understanding of the cumulative effect experience in the pre-suicidal stage. Based on the results, the experience of accumulation of adversities is contributed to by a group of events rather than a single one. However, not all events occurring during the pre-suicidal stage, even negative ones, are experienced as directly influencing the cumulative experience and emerging suicidality. In addition, the experience of the cumulative effect is contributed to by at least three different types of negative life events (traumatic, confronting, and the main triggering event) and specific subjective experiential conditions (such as the formation of profound feelings of lacking and a compensatory mechanism, and the attribution of confronting meanings to events occurring in the environment).

4.1.2. Experience of Feelings of Profound Lacking Caused by Complex Traumatic Events

Scientific research shows that post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex post-traumatic stress disorder (CPTSD) are significantly associated

with emerging suicidality and suicidal behavior (Geleželytė et al., 2022; Jannini et al., 2023; Kira et al., 2019; LeBouthillier et al., 2015). Particular emphasis is placed on the importance of re-experiencing memories of traumatic situations and avoidance symptoms in this relationship (Selaman et al., 2014). Although this dissertation study did not aim to examine the relationship between traumatic experiences and suicidality, the experiences that emerged through data analysis confirm this link. The constructed pattern of group experiences shows many similarities with symptoms characteristic of CPTSD.

Participants in the study most often began telling the story of the emergence of their suicidality with events that violated their closest relationships and the fulfillment of basic needs, such as acceptance, closeness, control, safety, and dignity. This choice indicates that in the phenomenological field people experience a link between encounters with traumatic events and the emergence of suicidality.

People diagnosed with PTSD typically experience three groups of symptoms: first, repeated re-experiencing of the traumatic event(s) in the present; second, avoidance of cues related to traumatic experiences; and third, a persistent sense of heightened threat (Geleželytė, 2022). In this dissertation study, the identified profound feelings of lacking (see section 3.2. point 3) and their repeated re-experiencing when encountering triggering events (see section 3.2. point 5 and 11) could correspond to the first group of PTSD symptoms. According to the data, the creation of a compensatory mechanism helps people create distance between events experienced in the present and traumatic experiences (see section 3.2. point 4), thus helping to avoid cues of traumatic experiences, which corresponds to the second symptom group. The study data show that people tend to feel a threat that the compensatory mechanism will collapse and therefore tend to constantly attempt to solve problems by various means (see section 3.2. point 8), sometimes so actively that they become physically and emotionally exhausted (see section 3.2. point 9). These experiences correspond to the third symptom group – a heightened sense of threat.

CPTSD is characterized by all PTSD symptom groups and additionally by persistent symptoms of disturbed self-organization: difficulties with emotion regulation; beliefs related to traumatic experiences that the person is broken, defeated, or worthless; and difficulties maintaining relationships or feeling emotionally close to others (Geleželytė, 2022). In this dissertation study, difficulties with emotion regulation are best reflected by experiences of

emotional exhaustion (see section 3.2. point 9) and emerging affective states (see section 3.2. point 11). Trauma-related beliefs about failure, defeat, and worthlessness are best reflected by the need to create a compensatory mechanism to protect against unbearable feelings (see section 3.2. point 4) and by its collapse when long-standing efforts to adapt to life with trauma-related experiences fail (see section 3.2. point 10), leaving the person with the experience that the only way to protect against unbearable suffering is suicide. Difficulties feeling emotional closeness can be linked to feelings of profound lacking formed in early relationships with parents or caregivers (see section 3.2. point 3). The participants' need to experience closeness with another person when encountering affective states (see section 3.2. point 16) also might indicate a deep lack of closeness in their lives.

The discussed experiences show that people in the pre-suicidal suffering stage experience states corresponding to clinical CPTSD symptoms. Geleželytė et al. (2022) found that CPTSD is one of the factors mediating the relationship between experienced sexual abuse and suicidality. Data show that among people exhibiting symptoms corresponding to CPTSD, 73% had attempted suicide at least once in their lives. Thus, the results of this dissertation align with those of Geleželytė et al. (2022), confirming that experiences corresponding to CPTSD symptoms are characteristic of the pre-suicidal stage. However, the present findings also clearly indicate that PTSD and CPTSD symptomatology alone is insufficient to explain the developmental trajectory toward suicidality. Although traumatic experiences and CPTSD-related disturbances appear to be a necessary context for many participants, they do not in themselves account for why suicidality emerges at a particular moment, nor why it emerges for some individuals but not for others with comparable trauma histories.

Bokanowski (2005, p. 256) states that trauma is “a sudden and brutal collision of unconscious fantasy and reality”, causing a serious shock to the entire psyche with long-term consequences. Diamond (2020), based on a psychoanalytic paradigm, argues that the nature of trauma is grounded in the self-preservative drive. According to the author, encountering a sudden and brutal event in reality, especially in early childhood, can evoke an acute fear of being destroyed and of ceasing to exist. Depending on developmental level, ordinary unconscious fantasies involve illusions of total safety, bliss, or omnipotence. Encountering a potentially traumatic event disrupts these fantasies because it fundamentally contradicts them. It is argued that in order to preserve these illusions, a person may unconsciously craft defense

mechanisms to protect both existence and innocence. Similar mechanisms are reflected in the data of this dissertation study. Repeated encounters with traumatic events evoked profound feelings of lacking threatening existence and basic safety, against which compensatory mechanisms were created. Following Diamond's (2020) approach, the compensatory mechanism can be considered a defense mechanism protecting against threats to existence. The data show that in the pre-suicidal stage, people may invest an indescribable amount of effort to prevent traumatic experiences from interfering with their lives. Thus, in their life and phenomenological field, the compensatory mechanism and its maintenance may become one of the most important conditions for sustaining existence.

Research shows that for some individuals diagnosed with CPTSD, suicidal thoughts never arise (Geležėlyte et al., 2022; Jannini et al., 2023). The present data further support this distinction, demonstrating that suicidal thoughts do not emerge directly from trauma-related symptoms but arise specifically during affective states, where suffering is experienced as unbearable and overwhelming (see section 3.2. point 13). This suggests that a prolonged and dynamic process unfolds between exposure to traumatic events and the emergence of suicidality, during which compensatory mechanisms are constructed, maintained, and eventually collapse. Therefore, trauma-related symptoms should be understood not as direct causes of suicidality, but as foundational conditions within a broader developmental process of pre-suicidal suffering.

In summary, the experience of traumatic events leaves a long-lasting sense of profound lacking, which may become one of the most important conditions shaping their ongoing existence. According to participants' narratives, these experiences are related to the emergence of suicidality. The findings indicate that pre-suicidal suffering corresponds fairly closely to CPTSD symptomatology. However, this alone is insufficient to explain suicidality.

4.1.3. Experience of the Compensatory Mechanism

As described in the previous subsection, the compensatory mechanism can be called a defense mechanism (Diamond, 2020) through which a person seeks to protect their existence when encountering traumatic events and their consequences. On the other hand, it is important to note that this is a natural reaction to a series of repetitive traumatic events.

The experiences of the participants show that worldviews emphasizing feelings of profound lacking were replaced with other, more adaptive ones. For example, if a person experienced sexual abuse and neglect, a worldview emphasizing being needed, cared for, and valued was formed, and significant effort was later invested in maintaining this worldview. This dynamic corresponds to the concept of compensatory defense mechanisms (Bailey & Pico, 2023). Therefore, the term “compensatory mechanism” was chosen in this work to emphasize the role of compensation in the pre-suicidal suffering stage.

It not only helps suppress profound feelings of lacking and fill the resulting emptiness but also provides direction for how to live with the consequences of recurrent traumatic events. Existential therapist Spinelli (2015, pp. 61–62), in his phenomenological theory of relatedness, distinguishes being in the world, *worlding*, from the process of constructing a *worldview*, arguing that both are existential givens that enrich each other. *Worlding* reflects being in relation and becoming, where each moment of being is new, unique, unpredictable, and processual. It signifies continuous connectedness with the environment and its processes. Spinelli (2015) emphasizes that although *worlding* is the best condition for experiencing reality, it contains much uncertainty and can evoke considerable existential anxiety. In contrast, *worldview* reconstitution reflects reflective being, where present experiences are related to an already created worldview. *Worldview* creation involves meaning making and identity, and the worldview itself is relatively stable, providing existential safety, especially in anxiety.

Spinelli (2015) argues that the initiation of reflection, *worldview* reconstitution, requires ruptures and fragmentation of *worlding*. Living life, a person balances between *worlding* and *worldview* creation – between connectedness with a world that evokes uncertainty and anxiety, and the safer but isolating process of *worldview* experiencing. Spinelli (2015) notes that when *worlding* becomes too intense (e.g., due to shocking or traumatic events), a person may lean on their *worldview*. However, if the *worldview* does not correspond to the experience of *worlding*, it cannot be relied upon and must be reconstructed. Unexpected environmental events can thus destabilize the *worldview*, leaving the person without a safe refuge and experiencing intense existential anxiety. Some elements of the *worldview* may become sedimented – a process in which perceptions of self, others, and the world gradually harden and become taken for granted and rigid (Spinelli, 2015). To maintain sedimented parts of the *worldview*, a person must interrupt

worlding and dissociate from experiences. Such a prolonged interruption causes a loss of relatedness to others and to the world itself.

This theory is important because it helps to understand the compensatory mechanisms formed during the pre-suicidal stage when participants encountered recurrent traumatic events destabilizing current worldview. According to Spinelli's (2015) theory, it appears that during the pre-suicidal stage, a rather rigid (sedimented) fragment of the worldview may be created, containing serious discrepancies with worlding but effectively suppressing excessively anxiety-provoking experiences of worlding. Participants' experiences show that the compensatory mechanism is rigid, with greater effort devoted to fitting experience into the constructed worldview rather than integrating new experiences and expanding it. This is confirmed by intense experiences triggered by environmental events that threaten the sedimented worldview fragment – the compensatory mechanism.

Following Spinelli (2015), when the main triggering event confronts the compensatory mechanism, the sedimented worldview fragment, and the entire worldview, are destabilized such that they can no longer provide safety or dissociate unwanted experiences. This dynamic corresponds to the collapse of the compensatory mechanism observed in the study. After destabilization by the main triggering event, long-suppressed profound feelings of lacking and memories of traumatic experiences flood in, accompanied by existential agony. The person remains in uninterrupted contact with experienced suffering.

It is also important to note that the longer a person lives by constructing, strengthening a worldview, the less worlding and connectedness with the world they experience. Study data show that during the pre-suicidal stage, people constantly strive to maintain the compensatory mechanism because they frequently encounter environmental events that provoke their worldview, until they become exhausted by the effort. It can be assumed that during the pre-suicidal stage, people experience little connectedness with the world, as they engage in repeated reflection and living their worldview.

Thus, based on Spinelli's (2015) theory, during the pre-suicidal stage people may actively engage in reflection and dissociation to maintain a sedimented worldview fragment that helps suppress traumatic experiences and sustain a sense of safety. However, this task is demanding, requiring substantial physical and emotional resources and sacrificing connectedness with the world.

Scientific studies examining the relationship between accumulated life difficulties and suicidality place special emphasis on relationships with close others. Traumatic experiences of physical, emotional, and sexual abuse and neglect in close environments are most strongly associated with later suicide attempts (Zatti et al., 2017), and conflicts with close others are among the most common and proximal negative life events preceding suicide (Bagge et al., 2013; Dieserud et al., 2010; Foster, 2011). The present study aligns with this view. Traumatic events experienced by participants occurred in close relationships involving abuse, violence, and neglect, and relationship problems often became the main triggering event directly confronting the compensatory mechanism and eliciting affective states. This perspective suggests that a suicidal crisis is a crisis of “wounded” close relationships. This is further supported by participants’ need for closeness during affective states (see section 3.2. point 16), which was understood as an experience that inhibits the emergence of affective state and suicidality.

In summary, the experience of the compensatory mechanism shows that during the pre-suicidal stage, people attempt to adapt to trauma-related experiences and find ways to continue living. Based on theory and data, during this stage people tend to seek safety at the expense of connectedness with their environment. Focus and effort may be concentrated on maintaining the compensatory mechanism, and its collapse may lead to unbearable suffering. At the same time, recurrent traumatic events, often occurring in close relationships, disrupt the ability to experience closeness. Combined with the sacrifice of connectedness to preserve safety, people in the pre-suicidal stage may feel profoundly lonely.

4.1.4. Experience of Affective States

Radical suppression of intense experiences can create difficulties later. The data of this study revealed affective states arising just before suicide attempts, during which participants experienced suicidal thoughts. Based on the data, intense affective states can be considered a result of radical suppression of experience and one of the essential preconditions for the emergence of suicidality in the phenomenological field.

There are studies linking affective states with suicidality, emphasizing that affectivity as a trait is more frequently observed in the histories of suicidal individuals (Hendin et al., 2007; Palmier-Claus et al., 2012), and that the frequency of affective states increases as suicidality intensifies (Bagge et al.,

2017; Palmier-Claus et al., 2012; Rogers et al., 2022). Hendin et al. (2004) conducted a small-scale psychological autopsy study comparing therapists' accounts of depressed individuals who died by suicide with those of depressed individuals without suicidality. Accounts of those who died by suicide more often included intense affective reactions such as despair, rage, abandonment, self-hatred, and anxiety. These findings align with the present study, which shows that affective states arising after significant destabilization of the compensatory mechanism were a crucial circumstance in suicide attempt histories.

Mary et al. (2020) examined the effects of memory suppression after traumatic events. They found that automatically arising intrusive thoughts related to the triggering event are necessary for integrating new information into autobiographical memory. However, excessive suppression of intrusive memories can overload memory control mechanisms, lead to exhaustion, increase unwanted thoughts and emotional reactivity, and contribute to development of PTSD. The present data suggest that participants tended to suppress trauma-related experiences by creating a compensatory mechanism, potentially hindering integration into autobiographical memory. Maintaining the compensatory mechanism caused exhaustion, which, following Mary et al. (2020), may lead to a specific state characterized by increased unwanted thoughts and heightened irritability. Affective states may result from this condition.

Other researchers confirm that suppression of traumatic experiences leads to a rebound effect (Gold & Wegner, 1995; Mary et al., 2020), whereby the more unwanted and suppressed an experience is, the more intense emotional reactions its emergence triggers. Over time, frequent memories may lead to difficulties to manage affective states. The study data show that during the pre-suicidal stage, people experienced many events reminding them of profound lacking (see section 3.2. point 5) – the largest group experiential theme identified. The content of affective states consisted of experiences related to profound lacking. These results suggest long-term suppression of trauma-related experiences until the compensatory mechanism was overloaded and experiences returned all at once, flooding the phenomenological field in accordance with the rebound effect.

O'Connor and Kirtley's (2018) Integrated Motivational–Volitional Model states that in the pre-motivational phase (corresponding to the pre-suicidal suffering stage in present study) vulnerability factors, environmental conditions, and life difficulties accumulate to form a biopsychosocial context

favorable to suicidal ideation. This context increases sensitivity to experiences of defeat. However, the specific configuration of these factors is not detailed. The present data can enrich the understanding of pre-motivational phase. Favorable environmental conditions include recurrent traumatic events, other difficult life events, limited opportunities for closeness, and poor health conditions. Vulnerability factors include formation of a compensatory mechanism and long-term suppression of post-traumatic experiences, as well as physical and emotional exhaustion. Life difficulties include experiencing complex traumatic events as excessively threatening, perceiving environmental events as threatening to the compensatory mechanism, and experiencing a particular event as destroying the protective mechanism. Thus, a specific arrangement of factors is required for suicidality to emerge.

In summary, affective states in the pre-suicidal stage arise due to recurrent traumatic experiences, post-traumatic reactions, and attempts to live with these events. Three important characteristics of affective states are discussed below.

4.1.4.1. Experience of the Main Triggering Event

Participants reported encountering one main triggering event before suicidality emerged, which elicited an affective state (see section 3.2. point 10 and 11). This event was not the sole cause of suicidality, but it received special emphasis in narratives. In research, main triggering events are considered negative life events that activate a suicidal crisis and function as the “last straw” (Dieserud et al., 2010; S. H. Lee et al., 2014). However, based on this study, the main triggering event is not arbitrary – it must be meaningful within the person’s life history, remind them of profound lacking, and confront and disrupt the compensatory mechanism.

Spinelli (2015) noted that creating a worldview in risky situations helps not only to survive but also to create a future perspective. In this study, the compensatory mechanism allowed people to adapt to traumatic experiences and provided life direction. For example, a person unable to feel loved or needed might devote themselves to caring for a foster animal, experiencing usefulness and love. When the compensatory mechanism collapses, the person not only re-experiences feelings of being unloved and unwanted but also loses direction for how to feel valued and loved. These findings align with research emphasizing hopelessness about change as central to suicidality (Burr et al., 2018; Jannini et al., 2023). Thus, the main triggering event may be

experienced not only as destroying the protective mechanism but also as removing life direction.

Various triggering events are identified in research, including relationship conflicts, dysfunctional family situations, financial deterioration, physical and mental health diagnoses, and work-related events (Bagge et al., 2013; Dieserud et al., 2010; Karasouli et al., 2014; Milner et al., 2017; Richardson et al., 2005). In this study, triggering events included betrayal by a friend, illness, hearing one's rights denied in healthcare, poor exam results, job loss, breakup, and conflicts with partners or parents. Crucially, each event had specific meaning for the person (e.g., *"even friends betray"*, *"I will never regain control"*, *"I don't matter even when seriously ill"*). These findings explain why almost any difficult life event can be linked to suicidality (Orbach, 2006). Virtually any event can become triggering if assigned the appropriate meaning. This aligns with research emphasizing subjective experience over objective event severity (Hjelmeland, 2010; Kølves et al., 2006; Liu & Miller, 2014; Michel, Shand, et al., 2021; J. A. Smith et al., 2022).

In summary, the main triggering event first activates an affective state, not an immediate suicidal crisis, suicidality emerges later. Its meaning is linked to profound lacking and the compensatory mechanism, so the same event may elicit intense affective state in one person but not another. It destroys both protection and future perspective. For professionals, the main triggering event can serve as a guide to understanding a person's compensatory mechanism, feelings of lacking, and trauma history. Thus, exploring its meaning is valuable in intervention.

4.1.4.2. Experience of Dissociation During an Affective State

Two decades ago, Orbach (2003) hypothesized that when confronted with intense pain before suicidality emerges, dissociation may occur to numb pain, reducing physical pain sensitivity and making suicide more likely. His and colleagues' studies showed suicidality to be associated with body dissatisfaction, reduced bodily sensitivity and care, and increased dissociation (Orbach et al., 2001). The present results align with these findings: participants reported dissociation during affective states – alienation from the body, observing oneself from outside, loss of bodily control, and selective memory (see section 3.2. point 12). Other studies confirm the link between dissociation and suicide attempts or non-suicidal self-injury (e.g., Calati et al., 2017).

Levinger et al. (2015) linked dissociation, suicidality, and psychache, finding higher psychache intensity, lower tolerance of it, and more dissociation among suicidal individuals. According to the research, even controlling for psychache, dissociation predicted suicide attempts. In this study, participants first experienced affective states with intense psychache, then sought ways to reduce emotional pain – walking, breathing, closeness, professional help, dissociation, suicide, etc. Dissociation is one such pain-reduction method.

Dissociation indicates deficits in emotion regulation during the pre-suicidal stage. Trauma can impair emotion regulation (Chaplo et al., 2015; Ford & Gómez, 2015), and behaviors like dissociation or self-injury help manage overwhelming emotions. Although dissociation aims to distance from pain, it may facilitate suicide by reducing barriers such as physical pain sensitivity and connectedness (Vohs & Baumeister, 2002).

Dissociation also suppresses executive functions – planning, problem-solving, adaptation, like holding long-term perspective and making adaptive solutions (Giesbrecht et al., 2004; Haaland & Landrø, 2009). Participants described dissociation during affective states followed by automatic suicidal thoughts. Thus, intense psychache combined with reduced pain sensitivity and executive functioning may make resisting suicide extremely difficult.

In summary, dissociation during affective states indicates difficulties regulating emotions in the pre-suicidal stage. While dissociation reduces psychache, it may also lower barriers to suicide by dampening physical pain and executive functions. It is also notable that dissociation was not described in all participants' narratives. Its prevalence and its more detailed role in the pre-suicidal affective state could be examined in future studies.

4.1.4.3. Experience of the Emergence of Suicidal Thoughts

Participants in this study shared that suicidal thoughts were experienced as emerging almost automatically during affective states (see Section 3.2. point 13). Participants recalled that thoughts of suicide arose at the same time as extremely intense experiences triggered by the primary precipitating event, which caused unbearable pain following the collapse of the protective compensatory mechanism, and when other ways of reducing suffering no longer helped.

Klonsky (2007) linked the tendency toward self-harm to suddenly emerging affective states. Similar results are reflected in the findings of this

dissertation. Based on the data obtained, suicidal thoughts emerge during affective states as a reaction to unbearable psychache. Many participants explicitly shared that they perceived suicide as a means of stopping unbearable suffering and regaining calm (see Section 3.2. point 14).

Ventrice et al. (2010) conducted a qualitative study examining the memories of people who had attempted suicide regarding their encounters with suicidal behavior through their lifetime. The authors found that individuals who had attempted suicide reported more experiences of direct exposure to suicidal behavior (for example, witnessing a suicidal act) compared to those who had not attempted suicide. In addition, people who had attempted suicide were more likely to perceive suicide as a normative behavior compared to the control group. In the present dissertation study, several cases were also identified in which the emergence of suicidality may have been related to previous exposure to suicidal behavior among close others (see Section 3.2. point 13). Thus, research suggests that encounters with suicidal behavior may leave traces in people's memory that increase the likelihood of suicidal behavior in the future (Ventrice et al., 2010).

Miklin et al. (2019) conducted a study exploring the experiences of individuals who had lost a loved one to suicide and the development of their attitudes toward suicide. Some participants (7 out of 48) reported that they themselves began thinking about suicide and realized that they could potentially do it. A substantial proportion of participants stated that they came to understand suicide as something real that could happen to anyone, while others stated that they would never be able to do it themselves. According to the authors, exposure to suicide in itself is not inherently dangerous. Rather, whether a person begins to imitate suicidal behavior depends on the meaning assigned to suicide after the encounter and on the reactions of others. Thus, it is possible that people experiencing suicidality have assigned a normalizing meaning to suicide, either constructed personally or adopted from their social environment. The data of this dissertation indicate that suicide was assigned a favorable meaning – namely, the restoration of calm and the cessation of suffering (see Section 3.2. point 14).

The findings of the present study show that during affective states, thoughts of suicide are experienced as arising spontaneously. Scientific research confirms that individuals with PTSD may experience intrusive suicidal imagery (Holmes et al., 2007; Van Bentum et al., 2017, 2023). Nevertheless, research of this kind remains limited. Intrusive suicidal imagery is more often described in studies as emerging prior to the development of

suicidal ideation and suicidality. Based on the data of this dissertation, thoughts arising during affective states marked the beginning of developing suicidality. It is possible that, due to prior experiences of exposure to suicidal behavior, thoughts of suicide arise in the face of unbearable pain through associative mechanisms – namely, suicide as a means of ending suffering and restoring calm.

Some participants shared that they initially did not react to emerging suicidal thoughts. However, these thoughts kept returning, and over time it became increasingly difficult to resist them. Pettit et al. (2009) examined the relationship between suppression and suicidal thoughts and found that suppression, especially of suicidal thoughts, is significantly associated with increasing suicidality. This means that the more a person attempts to avoid or eliminate emerging thoughts, the more likely they are to return and intensify suicidality. During affective states, it may be particularly difficult to find a way to coexist with these intrusive suicidal thoughts.

In summary, emerging suicidal thoughts can be understood as a reaction to unbearable psychache experienced during affective states. It is possible that individuals in whose phenomenological field suicidality emerges have previously encountered suicidal behavior in others, during which a specific meaning of suicide was formed – namely, as a means of restoring calm and ending suffering. When confronted with unbearable psychache, this thought may emerge and recur through associative processes. Research shows that the more a person attempts to suppress suicidal thoughts, the more frequent they may become and the more suicidality may intensify. During affective states, while experiencing one of the most frightening scenarios of one's life and confronting traumatic experiences suppressed over many years along with their associated psychache, resisting suicidal thoughts that carry meanings of relief from suffering and restoration of calm may be particularly difficult.

4.2. Needs of a Person Experiencing Pre-Suicidal Suffering and Emerging Suicidality

The data obtained in this dissertation revealed what people need during the pre-suicidal stage and the emergence of suicidality. These needs can be better understood by discussing the group experience pattern obtained (see Figure 1) and identified themes of needs: self-knowledge and the application of appropriate preventive and intervention measures (see Section 3.2. point 15); the experience of closeness with another person (see Section 3.2. point 16);

the need for death (see Section 3.2. point 17); and the need for professional help (see Section 3.2. point 18).

The pattern of pre-suicidal suffering identified in this study shows that a context favorable to the emergence of suicidality forms over a relatively long period of time and consists of many components. This means that a person must experience a series of experiences arranged in a certain sequence in order for the basis for suicidal thoughts to form – namely, an extremely intense affective state. Accordingly, in the process of the development of pre-suicidal suffering there are quite a number of junction points at which the trajectory may shift in another direction rather than toward the emergence of suicidality. Rudd (2006) stated that the activation of a suicidal state (which corresponds to the emergence of suicidality in this study) requires intense stimulation from the environment and a sufficiently large number of damaged experiential components within the individual. The more such components there are, the more intense the suicidal state that may arise. However, if stimulation and irritation of the damaged components subside, the suicidal state also diminishes. This means that the emergence of suicidality requires a certain alignment of internal and external factors. In this study, the damaged components within the individual correspond to intense feelings of lack, the compensatory mechanism and the need to maintain it and are further aggravated by physical and emotional exhaustion. Intense environmental stimulation in this study corresponds to experiences of repeated traumatic events, experiences of events that provoke the compensatory mechanism, and the experience of a primary triggering event. It may be considered that if a person did not encounter an event experienced as a primary triggering event, or if the encounter with such an event were very brief, the likelihood of the emergence of suicidality would be lower. Likewise, if there were no state of exhaustion, no events provoking the compensatory mechanism, no compensatory mechanism at all or if it were flexible, if the person had not encountered a series of traumatic events or if intense feelings of lack had not formed, the probability of the emergence of suicidality would also be lower.

Nevertheless, it is interesting that the participants in this study, when reflecting on their needs, what would have been necessary for suicidality not to emerge, did not say that they would have wanted certain events in their lives not to have occurred or certain experiences not to have been lived through. Such a theme did not emerge in this study. Rather, they shared insights on how to cope with accumulated psychache. First, the participants shared the view that, in order to avoid emerging suicidality, it is most valuable to know oneself

and one's experiences. To be able to recognize what triggers affective states, what evokes them, and which measures help to calm down when in an affective state. These results are consistent with other researchers' insights that suicidality is a personal and changing experience, related to individual vulnerabilities and specific events that have happened to a person (Hjelmeland & Knizek, 2010; Michel, Shand, et al., 2021). Thus, according to the research results, managing emerging affective states through self-knowledge is one of the coping needs related to suicidality.

Shneidman (2002) stated that if there is no psychological pain, there is no suicide. In this study, psychological pain consisted of repeatedly emerging feelings of profound lacking that were suppressed, which over time manifested in the form of affective states. Suicidal thoughts emerged during these states.

Therefore, other needs are related to the management of an affective state that has already arisen. In addition to applying individual measures identified through self-knowledge, such as walking, breathing exercises, and others, the participants shared that experiencing closeness with another person, through a sensitive conversation, a hug, or simply being nearby, was helpful. It was stated that when an extremely intense affective state arises, the experience of closeness can help to calm down. The study by Murphy et al. (2018) showed that hugging is significantly associated with affective states. Hugging can reduce the intensity of an emerging negative affective state, and its effect may last for several days. Other studies confirm the relationship between experienced closeness and lower emotional reactivity (Duong et al., 2023; Morawetz et al., 2021). Thus, experienced closeness is another need when experiencing recurrent affective states. Scientific studies state that therapeutic work is one of the most important means significantly contributing to the reduction of patients' suicidality (Michel, Gysin-Maillart, et al., 2021). It can be hypothesized that therapeutic work addresses precisely this coping need related to suicidality – relatedness.

The third need shared by the participants was the need for death. Although only a few people shared that, prior to the emergence of suicidality, nothing else could help them except death, it is important to emphasize that some individuals may hold this belief while experiencing suicidality. Spinelli (2015) argues that suicide can be seen as an attempt to destabilize an established worldview or a fragment of it (the compensatory mechanism in this study) if it becomes too rigid and new experiences can no longer be integrated into it. The expressed desire to die indicates excessive tension and

existential anxiety that the person can no longer endure. Nevertheless, according to the author, it is important to note that the desire to die by suicide, that is, to reconstruct one's worldview, reflects more a desire to live and adapt to experiences than a desire to cease existing. Participants who shared a need for death later also shared ways in which suicidality could decrease – by waiting it out or by seeking professional help. It can be observed that these alternative ways were those in which people could not act proactively.

The fourth need shared by the participants was the need for professional help. These results are consistent with scientific studies that find an association between specialized help and a reduction in suicidality (Kothgassner et al., 2021; Michel, Gysin-Maillart, et al., 2021; Ryberg et al., 2019). Interestingly, the participants perceived mental health professionals as capable of reducing an intense affective state when other measures were no longer effective. Thus, help from mental health professionals is another coping need related to suicidality.

In summary, the formation of pre-suicidal suffering and the emergence of suicidality is a long process. Therefore, at many junction points it may shift in another direction, and the probability of the emergence of suicidality may decrease. Nevertheless, the participants in this study were more inclined to speak about how to recognize affective states and calm them once they arise, in order to reduce the likelihood of the emergence of suicidality. This study identified four coping needs related to suicidality: self-knowledge as a preventive measure before affective states arise; when an affective state does arise, experienced closeness with another person or individually tailored measures to reduce affective states are most helpful; a person may also experience that nothing else can help except death; in such cases, mental health professionals can help.

LIMITATIONS

This study and the application of its results have limitations. First, a limitation of the study is considered to be the decision made at the research planning stage to later use the research data only in an aggregated form. This was committed to in the ethics approval and informed consent. Following the IPA strategy, a pattern of pre-suicidal suffering was created separately for each individual, and then individual patterns were combined into a single group-level pattern. As a research outcome, the experiential pattern of each participant would be extremely valuable for forming a clearer picture of the experience of pre-suicidal suffering. However, due to commitments to ethics and to the participants, this was not possible. In the future, especially when using the IPA research strategy, it is recommended to consider the need to present individual patterns as research results.

It should also be emphasized that the results of this study should be generalized using methods appropriate for qualitative research results (B. Smith, 2017)

PRACTICAL IMPLICATIONS

The obtained research findings can be practically applied at several different levels:

Level of the individual experiencing pre-suicidal suffering or suicidality

Based on the conducted study, it is evident that the process of pre-suicidal suffering and suicidality is long and consists of many components. The participants in the study shared that what they see as most valuable is understanding their own experiences and recognizing what triggers affective states and how to reduce them, since without sufficient stimulation these states pass. When an affective state arises, it is most valuable to have one's own tools that help endure it and to seek the experience of closeness with another person. When suicidal thoughts arise, it is important to remember that they may emerge due to experienced events and that it is not necessary to follow them, and instead to choose other ways of reducing unbearable pain. When self-help is not successful and there is no nearby person with whom closeness can be experienced, it is recommended to immediately contact a healthcare professional or call 911 (or 112 in Lithuania). If contact with a healthcare professional is unsatisfactory, one should seek another healthcare professional or healthcare institution.

Level of close others

For close relatives living alongside a person experiencing pre-suicidal suffering or suicidality, it is valuable to strive to understand where these states originate and to strengthen the experience of closeness in the relationship. It may also be useful to explore one's own affective states and to find effective ways to reduce them. Research shows that attitudes toward pain and ways of coping with it are transmitted within families or close environments; therefore, it is far more effective to show people around an example of how suffering is overcome rather than demonstrating its absence or suppression.

Level of the mental health professional

The pattern identified in this study may be valuable for specialists in better understanding a person experiencing pre-suicidal suffering or emerging suicidality. It can help to understand which stage of experience the person is currently in. When working with a person experiencing recurrent affective states, it is recommended to pay attention to the primary triggering event and its meaning for the individual. Exploring the primary triggering event may

help to trace which compensatory mechanism and which intense feelings of lacking the person is experiencing. In addition, it is valuable to encourage the person's understanding of their own experiences, the safe experiencing of intense feelings of lacking, the recognition of triggering events in order to reduce the frequency of affective states, and to search for individualized ways that may help to endure or reduce an affective state. It is also valuable to inform people that during affective states thoughts about suicide may arise, but it is not necessary to act on them, and that affective states always pass. It is valuable to discuss the meaning of suicidality and suicide, creating as realistic an understanding of it as possible.

Level of the researcher

The results of the conducted study show that not all adverse life events experienced during the stage of pre-suicidal suffering are directly related to the experienced suffering. Only specific events that evoke intense feelings of lacking and confront the compensatory mechanism are associated with the experience of suffering. This finding may be important when planning scientific research. It is recommended to test the experiential pattern developed in this study through scientific research, refining, expanding, or adjusting it. It is also valuable to examine the assumptions raised in this work. The results of the conducted study integrate the experience of suffering and suicidality, thus providing suicidology researchers with a basis for investigating the formation and context of suffering in an effort to better understand suicidality.

CONCLUSIONS

1. The experience of pre-suicidal suffering is characteristic of the suicidal process:
 - a. **Many events** contribute to the experience of pre-suicidal suffering; **however, not all** adverse life events occurring around the same time are experienced as causing this suffering.
 - b. Emerging suicidality can be understood as **a crisis of relationships with others** – a lack of experienced closeness that was once disrupted by recurring traumatic experiences.
 - c. Pre-suicidal suffering may be experienced as a **process** encompassing **recurring traumatic experiences**, intense **feelings of lacking**, the emergence of a **compensatory mechanism**, events occurring in the environment that **provoke** the compensatory mechanism, **efforts** to maintain it, physical and emotional **exhaustion**, a **primary triggering event** that demolish the compensatory mechanism, and the emergence of an **intense affective state** during which long-suppressed intense feelings of lacking flood in simultaneously, intertwining with current emotions and prompting the search for ways to **reduce unbearable psychache**.
2. The preconditions for the emergence of suicidality are best defined by the **affective states** arising during the experience of pre-suicidal suffering, which become a favorable context for suicidality to emerge:
 - a. The experience of preconditions for the emergence of suicidality includes the **experience of a primary triggering event**, during which the compensatory mechanism that previously protected the person from suffering collapse, and long-suppressed **intense feelings of lacking**, intertwined with current experiences, overwhelm the person simultaneously. In this state, the person tends to seek **ways to reduce unbearable psychache**. The person may experience **dissociation** or may devise and **engage in other ways**. Accordingly, if other methods do not help to reduce unbearable pain, **thoughts of suicide** may arise, which are difficult to resist in an affective state.
 - b. The first thought about suicide during an affective state may be experienced as **arising spontaneously**. The more it is suppressed, the greater the likelihood that thoughts of suicide will increase and suicidality will intensify.

- c. Suicide may take on the **meaning of regaining calmness and escaping unbearable suffering**. Therefore, during affective states it may be difficult to resist and may be experienced as an appropriate solution to the situation.
- 3. A person in the suicide process may have different coping needs related to the emergence of suicidality:
 - a. For the prevention of recurring affective states, **self-knowledge** is most important, aimed at understanding what causes affective states and how their intensity can be reduced if the state has already begun.
 - b. When an affective state arises, the **experience of closeness with another person**, through hugging, being nearby, listening, and support, can best help to reduce its intensity and endure it.
 - c. When suicidality arises, a person may experience that they need **nothing else but death**.
 - d. Sometimes, when neither the person themselves nor those around them are able to reduce the intensity of the affective state, it is believed that **mental health professionals** can help.

REFERENCES

- Bagge, C. L., Glenn, C. R., & Lee, H. J. (2013). Quantifying the impact of recent negative life events on suicide attempts. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(2), 359–368. <https://doi.org/10.1037/A0030371>
- Bagge, C. L., Littlefield, A. K., & Glenn, C. R. (2017). Trajectories of Affective Response as Warning Signs for Suicide Attempts. *Clinical Psychological Science, 5*(2), 259–271. <https://doi.org/10.1177/2167702616681628>
- Bailey, R., & Pico, J. (2023). Defense Mechanisms. In: StatPearls , *NIH National Library of Medicine*. StatPearls Publishing. Retrieved January 25, 2025, from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559106/>
- Barker, C., Pistrang, N., & Robert, E. (2015). *Research Methods in Clinical Psychology: An Introduction for Students and Practitioners*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119154082>
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review, 97*(1), 90–113. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>
- Bokanowski, T. (2005). Variations on the concept of traumatism: traumatism, traumatic, trauma. *The International Journal of Psycho-Analysis, 86*(2), 251–265. <https://doi.org/10.1516/PPLT-H9DR-DW3A-X1XU>
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. Sage Publications.
- Burr, E. M., Rahm-Knigge, R. L., & Conner, B. T. (2018). The Differentiating Role of State and Trait Hopelessness in Suicidal Ideation and Suicide Attempt. *Archives of Suicide Research, 22*(3), 510–517. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1366960>
- Calati, R., Bensassi, I., & Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry Research, 251*, 103–114. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2017.01.035>
- Carrasco-Barrios, M. T., Huertas, P., Martín, P., Martín, C., Carmen Castillejos, M., Petkari, E., & Moreno-Küstner, B. (2020). Determinants of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(11), 1–24. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114115>
- Chaplo, S. D., Kerig, P. K., Bennett, D. C., & Modrowski, C. A. (2015). The Roles of Emotion Dysregulation and Dissociation in the Association

- Between Sexual Abuse and Self-Injury Among Juvenile Justice–Involved Youth. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(3), 272–285. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989647>
- Diamond, M. J. (2020). Return of the Repressed: Revisiting Dissociation and the Psychoanalysis of the Traumatized Mind. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 68(5), 839–874. <https://doi.org/10.1177/0003065120964929>
- Dieserud, G., Gerhardsen, R. M., Van den Weghe, H., & Corbett, K. (2010). Adolescent suicide attempts in Bærum, Norway, 1984–2006: Trends, triggers, and underlying reasons. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(5), 255–264. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/A000030>
- Duong, J. B., Carta, K. E., Walters, S. N., Simo Fiallo, N., Benamu, D. I., Jumonville, G., Han, S. C., Kim, Y., Margolin, G., & Timmons, A. C. (2023). Relationship closeness as a protective factor against the sensitizing effect of adversity history. *Journal of Social and Personal Relationships*, 40(11), 3752–3780. <https://doi.org/10.1177/02654075231185043>
- Durkheim, E. (2005). *Suicide: A study in sociology*. Taylor & Francis e-Library.
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215–229. <https://doi.org/10.1348/014466599162782>
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30(1), 23–39. <https://doi.org/10.1017/S003329179900135X>
- Ford, J. D., & Gómez, J. M. (2015). The Relationship of Psychological Trauma and Dissociative and Posttraumatic Stress Disorders to Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality: A Review. *Journal of Trauma and Dissociation*, 16(3), 232–271. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989563>
- Foster, T. (2011). Adverse Life Events Proximal to Adult Suicide: A Synthesis of Findings from Psychological Autopsy Studies. *Archives of Suicide Research*, 15(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/13811118.2011.540213>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors:

- A Meta-Analysis of 50 Years of Research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Geleželytė, O. (2022). *Kompleksinis potrauminis stresas: samprata ir psichotraumatologinis įvertinimas*. Vilniaus universiteto leidykla.
- Geleželytė, O., Kvedaraitė, M., Kairytė, A., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Kazlauskas, E. (2022). The mediating role of complex posttraumatic stress and borderline pattern symptoms on the association between sexual abuse and suicide risk. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1), 1. <https://doi.org/10.1186/S40479-022-00183-Z>,
- Giesbrecht, T., Merckelbach, H., Geraerts, E., & Smeets, E. (2004). Dissociation in undergraduate students: Disruptions in executive functioning. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(8), 567–569. <https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000135572.45899.F2>
- Gold, D. B., & Wegner, D. M. (1995). Origins of Ruminative Thought: Trauma, Incompleteness, Nondisclosure, and Suppression. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(14), 1245–1261. <https://doi.org/10.1111/J.1559-1816.1995.TB02617.X>
- Haaland, V., & Landrø, N. I. (2009). Pathological dissociation and neuropsychological functioning in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(5), 383–392. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.2008.01323.X>
- Heapy, C., Haddock, G., & Pratt, D. (2024). The Relationship Between Social Problem-Solving and Suicidal Ideation and Behavior in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 31(4), 419–432. <https://doi.org/10.1037/CPS0000195>
- Hendin, H., Maltsberger, J. T., Haas, A. P., Szanto, K., & Rabinowicz, H. (2004). Desperation and other affective states in suicidal patients. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(4), 386–394. <https://doi.org/10.1521/SULI.34.4.386.53734>
- Hendin, H., Maltsberger, J. T., & Szanto, K. (2007). The role of intense affective states in signaling a suicide crisis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(5), 363–368. <https://doi.org/10.1097/NMD.0B013E318052264D>
- Hjelmeland, H. (2010). Cultural Research in Suicidology: Challenges and Opportunities. *Suicidology Online*, 1, 34–52.

- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2010). Why We Need Qualitative Research in Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 74–80. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.1.74>
- Holmes, E. A., Crane, C., Fennell, M. J. V., & Williams, J. M. G. (2007). Imagery about suicide in depression – “Flash-forwards”? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 423–434. <https://doi.org/10.1016/J.JBTEP.2007.10.004>
- Howarth, E. J., O'Connor, D. B., Panagioti, M., Hodkinson, A., Wilding, S., & Johnson, J. (2020). Are stressful life events prospectively associated with increased suicidal ideation and behaviour? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 266, 731–742. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2020.01.171>
- Jannini, T. B., Longo, L., Rossi, R., Niolu, C., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2023). Complex post-traumatic stress disorder (cPTSD) and suicide risk: A multigroup mediation analysis exploring the role of post-traumatic symptomatology on hopelessness. *Journal of Psychiatric Research*, 165, 165–169. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2023.07.032>
- Karasouli, E., Latchford, G., & Owens, D. (2014). The impact of chronic illness in suicidality: a qualitative exploration. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 2(1), 899–908. <https://doi.org/10.1080/21642850.2014.940954>
- Kira, I., Barger, B., Shuwiekh, H., Kucharska, J., & Al-Huwailah, A. H. (2019). Cumulative Stressors and Traumas and Suicide: A Non-Linear Cusp Dynamic Systems Model. *Psychology*, 10(15), 1999–2018. <https://doi.org/10.4236/PSYCH.2019.1015128>
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2006.08.002>
- Kõlves, K., Värnik, A., Schneider, B., Fritze, J., & Allik, J. (2006). Recent life events and suicide: A case-control study in Tallinn and Frankfurt. *Social Science & Medicine*, 62(11), 2887–2896. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2005.11.048>
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057–1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>

- LeBouthillier, D. M., McMillan, K. A., Thibodeau, M. A., & Asmundson, G. J. G. (2015). Types and Number of Traumas Associated With Suicidal Ideation and Suicide Attempts in PTSD: Findings From a U.S. Nationally Representative Sample. *Journal of Traumatic Stress, 28*(3), 183–190. <https://doi.org/10.1002/jts.22010>
- Lee, N. H., Massetti, G. M., Perry, E. W., & Self-Brown, S. (2022). Adverse Childhood Experiences and Associated Mental Distress and Suicide Risk: Results From the Zambia Violence Against Children Survey. *Journal of Interpersonal Violence, 37*(21–22), 21244–21265. <https://doi.org/10.1177/08862605211056726>
- Lee, S. H., Tsai, Y. F., Chen, C. Y., & Huang, L. B. (2014). Triggers of suicide ideation and protective factors of actually executing suicide among first onset cases in older psychiatric outpatients: A qualitative study. *BMC Psychiatry, 14*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12888-014-0269-9/TABLES/2>
- Levinger, S., Somer, E., & Holden, R. R. (2015). The Importance of Mental Pain and Physical Dissociation in Youth Suicidality. *Journal of Trauma and Dissociation, 16*(3), 322–339. <https://doi.org/10.1080/15299732.2014.989644>
- Liu, R. T., & Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 34*(3), 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.006>
- Mary, A., Dayan, J., Leone, G., Postel, C., Fraisse, F., Malle, C., Vallée, T., Klein-Peschanski, C., Viader, F., de la Sayette, V., Peschanski, D., Eustache, F., & Gagnepain, P. (2020). Resilience after trauma: The role of memory suppression. *Science, 367*, 734–735. <https://doi.org/10.1126/science.aay8477>
- McHugh, C. M., Corderoy, A., Ryan, C. J., Hickie, I. B., & Large, M. M. (2019). Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych Open, 5*(2), 1–12. <https://doi.org/10.1192/BJO.2018.88>
- Mcmanama O'Brien, K. H., Nicolopoulos, A., Almeida, J., Aguinaldo, L. D., & Rosen, R. K. (2019). Why Adolescents Attempt Suicide: A Qualitative Study of the Transition from Ideation to Action. *Archives of Suicide Research, 25*(2), 269–286. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1675561>
- Michel, K., Gysin-Maillart, A., Breit, S., Walther, S., & Pavlidou, A. (2021). Psychopharmacological treatment is not associated with reduced suicide ideation and reattempts in an observational follow-up study of

- suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, 140, 180–186. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2021.05.068>
- Michel, K., Shand, F., & Young, J. (2021). Suicide Models and Treatment Models Are Separate Entities. What Does It Mean for Clinical Suicide Prevention? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 1–9. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18105301>
- Michel, K., & Valach, L. (2011). The narrative interview with the suicidal patient. In K. Michel & D. A. Jobes (Eds.), *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient* (pp. 63–80). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12303-004>
- Miklin, S., Mueller, A. S., Abrutyn, S., & Ordonez, K. (2019). What does it mean to be exposed to suicide?: Suicide exposure, suicide risk, and the importance of meaning-making. *Social Science and Medicine*, 233, 21–27. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2019.05.019>
- Milner, A., Maheen, H., Currier, D., & Lamontagne, A. D. (2017). Male suicide among construction workers in Australia: a qualitative analysis of the major stressors precipitating death. *BMC Public Health*, 17(584), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4500-8>
- Morawetz, C., Berboth, S., & Bode, S. (2021). With a little help from my friends: The effect of social proximity on emotion regulation-related brain activity. *NeuroImage*, 230, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2021.117817>
- Murphy, M. L. M., Janicki-Deverts, D., & Cohen, S. (2018). Receiving a hug is associated with the attenuation of negative mood that occurs on days with interpersonal conflict. *PloS One*, 13(10), 1–17. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0203522>
- Nock, M. K. (2014). *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. Oxford University Press.
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373, 1–10. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- O'Connor, R. C., Smyth, R., Ferguson, E., Ryan, C., & Williams, J. M. G. (2013). Psychological processes and repeat suicidal behavior: A four-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1137–1143. <https://doi.org/10.1037/A0033751>

- Orbach, I. (2003). Suicide and the Suicidal Body. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(1), 1–8. <https://doi.org/10.1521/suli.33.1.1.22786>
- Orbach, I. (2006). The Body-Mind of the Suicidal Person. In *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 193–214). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11377-009>
- Orbach, I., Stein, D., Shani-Sela, M., & Har-Even, D. (2001). Body Attitudes and Body Experiences in Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(3), 237–249. <https://doi.org/10.1521/SULI.31.3.237.24250>
- Orri, M., Paduanello, M., Lachal, J., Falissard, B., Sibeoni, J., & Revah-Levy, A. (2014). Qualitative Approach to Attempted Suicide by Adolescents and Young Adults: The (Neglected) Role of Revenge. *PLoS One*, 9(5), 1–8. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0096716>
- Palmier-Claus, J. E., Taylor, P. J., Varese, F., & Pratt, D. (2012). Does unstable mood increase risk of suicide? Theory, research and practice. *Journal of Affective Disorders*, 143(1–3), 5–15. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2012.05.030>
- Pavulans, K. S., Bolmsjö, I., Edberg, A. K., & Öjehagen, A. (2012). Being in want of control: Experiences of being on the road to, and making, a suicide attempt. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7(1), 1–12. <https://doi.org/10.3402/QHW.V7I0.16228>
- Pettit, J. W., Temple, S. R., Norton, P. J., Yaroslavsky, I., Grover, K. E., Morgan, S. T., & Schatte, D. J. (2009). Thought suppression and suicidal ideation: Preliminary evidence in support of a robust association. *Depression and Anxiety*, 26(8), 758–763. <https://doi.org/10.1002/DA.20512>
- Richardson, A. S., Bergen, H. A., Martin, G., Roeger, L., & Allison, S. (2005). Perceived academic performance as an indicator of risk of attempted suicide in young adolescents. *Archives of Suicide Research*, 9(2), 163–176. <https://doi.org/10.1080/13811110590904016>
- Rogers, M. L., Jeon, M. E., Duffy, M. E., & Joiner, T. E. (2022). Thinking Too Much: Rumination as a Catalyst of the Real-Time Associations Between Affective States and Suicidal Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(9), 670–681. <https://doi.org/10.1037/CCP0000753>
- Rudd, M. D. (2006). Fluid Vulnerability Theory: A Cognitive Approach to Understanding the Process of Acute and Chronic Suicide Risk. In T. E.

- Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 355–368). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/11377-016>
- Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Adamsson, I. J., & Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PloS One*, 12(7), 1–13. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0180292>
- Ryberg, W., Zahl, P. H., Diep, L. M., Landrø, N. I., & Fosse, R. (2019). Managing suicidality within specialized care: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 249, 112–120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.022>
- Selaman, Z. M. H., Chartrand, H. K., Bolton, J. M., & Sareen, J. (2014). Which symptoms of post-traumatic stress disorder are associated with suicide attempts? *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 246–251. <https://doi.org/10.1016/J.JANXDIS.2013.12.005>
- Serafini, G., Muzio, C., Piccinini, G., Flouri, E., Ferrigno, G., Pompili, M., Girardi, P., & Amore, M. (2015). Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(12), 1423–1446. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0760-y>
- Shneidman, E. S. (2002). Savižudžio sąmonė. Via Recta.
- Smith, B. (2017). Generalizability in qualitative research: misunderstandings, opportunities and recommendations for the sport and exercise sciences/exercise sciences. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 1(10), 137–149. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2017.1393221>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2022). *Interpretative Phenomenological Analysis : Theory, Method and Research* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British Journal of Pain*, 9(1), 41–42. <https://doi.org/10.1177/2049463714541642>
- Spinelli, E. (2015). *Practising existential therapy: the relational world* (2nd ed.). SAGE Publications Ltd.
- Townsend, E., Wadman, R., Sayal, K., Armstrong, M., Harroe, C., Majumder, P., Vostanis, P., & Clarke, D. (2016). Uncovering key patterns in self-harm in adolescents: Sequence analysis using the Card Sort Task for

- Self-harm (CaTS). *Journal of Affective Disorders*, 206, 161–168.
<https://doi.org/10.1016/J.JAD.2016.07.004>
- Van Bentum, J. S., Kerkhof, A. J. F. M., Huibers, M. J. H., Holmes, E. A., de Geus, S., & Sijbrandij, M. (2023). The Suicidal Intrusions Attributes Scale (SINAS): a new tool measuring suicidal intrusions. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1–10. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2023.1158340/BIBTEX>
- Van Bentum, J. S., Sijbrandij, M., Huibers, M. J. H., Huisman, A., Arntz, A., Holmes, E. A., & Kerkhof, A. J. F. M. (2017). Treatment of Intrusive Suicidal Imagery Using Eye Movements. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(7), 1–14. <https://doi.org/10.3390/IJERPH14070714>
- Van Orden, K. (2014). The interpersonal theory of suicide: A useful theory? In D. A. Lamis & N. J. Kaslow (Eds.), *Advancing the Science of Suicidal Behavior: Understanding and Intervention* (pp. 41–52). Nova Science Publishers.
- Ventrice, D., Valach, L., Reisch, T., & Michel, K. (2010). Suicide attempters' memory traces of exposure to suicidal behavior: a qualitative pilot study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(2), 93–99. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/A000013>
- Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2002). Escaping the Self Consumes Regulatory Resources: A Self-Regulatory Model of Suicide. In T. E. Joiner & M. D. Rudd (Eds.), *Suicide science: Expanding the boundaries* (pp. 33–41). Kluwer Academic Publishers. https://doi.org/10.1007/0-306-47233-3_4
- Yöyen, E., & Keleş, M. (2024). First- and Second-Generation Psychological Theories of Suicidal Behaviour. *Behavioral Sciences*, 14(8), 1–11. <https://doi.org/10.3390/BS14080710>
- Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegaro, V. C., Freitas, L. H., Ceresér, K. M. M., Rocha, N. S. da, Bastos, A. G., & Schuch, F. B. (2017). Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Research*, 256, 353–358. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2017.06.082>

PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS

Disertacijos tema:

- Marcinkevičiūtė, M., Vilutytė, L., & Gailienė, D. (2024). Experience of pre-suicidal suffering: insights from suicide attempt survivors. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 19(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2370894>
- Marcinkevičiūtė, M., & Gailienė, D. (2024). Afektinės būsenos savižudybės procese: patirtys ir formavimosi prielaidos. *Psichologija*, 71, 84-103. <https://doi.org/10.15388/Psichol.2024.71.5>

Kitos publikacijos:

- Čepulienė, A. A., Dadašev, S., Grigienė, D., Marcinkevičiūtė, M., Uržaitė, G., Rimkevičienė, J. ir Umbrasaitė, I. (2021). Specialistų, dirbančių regionuose ir dalyvaujančių savižudybių prevencijos sistemoje, darbo Covid-19 pandemijos metu ypatumai. *Psichologija*, 64, 23-37. <https://doi.org/10.15388/Psichol.2021.38>
- Marcinkevičiūtė, M., Lygytė, A., Lukšytė, A., Kairys, A., Vaiciukynaite, E., Sadauskaitė, R., Ivleva, V., & Wittmann, M. (2021). 5th International Conference on Time Perspective. Vilnius University Proceedings, 16, 1–121. <https://doi.org/10.15388/TIMEPERSPECTIVES.2021>
- Petružytė, D., Marcinkevičiūtė, M., Germanavičius, A. ir Rušinaitė, G. (2017). Kiekybinis pacientų psichometrinių rodiklių tyrimas. Iš Petružytė, D. ir Šumskienė, E. (Sud.) *Psichikos sveikatos ir gerovės paradigmos kaita Lietuvoje* (p. 86-140). Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.

Disertacijos tema:

- Marcinkevičiūtė, M. ir Gailienė D. (2025). Priešsuicidinės kančios fenomenas mėginusių nusižudyti žmonių perspektyva. Iš 10-oji Vilniaus savižudybių intervencijos metodų konferencija. Nuotolinė nacionalinė konferencija. (žodinis pranešimas)
- Marcinkevičiūtė, M., Stumbrienė, A., Rimkevičienė, J., Grigienė, D., & Kisieliūtė, V. (2025). Communities as Sources of Meaningful Connections: Insights from Individuals with Lived Experience of Suicidality. Iš 13th European Conference of Mental Health. Antverpenas, Belgija, tarptautinė konferencija. (žodinis pranešimas)
- Marcinkevičiūtė, M ir Gailienė, D. (2023). Why might sometimes psycheache become overwhelming? Iš International Association for Suicide Prevention 32nd World Congress. Piranas, Slovėnija, tarptautinė konferencija. (žodinis pranešimas)
- Marcinkevičiūtė, M ir Gailienė, D. (2023). Why to hug a suicidal person? Iš 18th European Congress of Psychology: Psychology Uniting communities for a sustainable world. Braitonas, Jungtinė Karalystė, tarptautinė konferencija. (stendinis pranešimas)
- Marcinkevičiūtė, M ir Gailienė, D. (2023). Sunkumų patirtys prieš bandymą nusižudyti: ką verta išgrsti specialistui. Iš Lietuvos psichologų kongresas 2023: žiebiame psichologijos kibirkštį. Vilnius, Lietuva, nacionalinė konferencija. (žodinis pranešimas)

Kiti pranešimai:

- Marcinkevičiūtė, M. (2024). Kodėl verta kalbėti apie tarpinstitucinį bendradarbiavimą savižudybių prevencijos kontekste? Iš Bendras žingsnis į priekį: asmeninės ir institucijų patirtys savižudybių prevencijoje. Vilnius, Lietuva, nacionalinė konferencija. (žodinis pranešimas)
- Marcinkevičiūtė, M. (2022). Savižudybių prevencijos sistemos veiksmingumo tyrimo savivaldybėse 2019–2021 metais rezultatai. Iš Lietuvos pažanga mažinant savižudybių ir priklausomybių problemą. Vilnius, Lietuva, nacionalinė konferencija. (žodinis pranešimas)

- Marcinkevičiūtė, M. (2022). Rajonų su didžiausiais savižudybių rodikliais Lietuvoje pagalbos sistemos veiksmingumo tyrimo rezultatai. Iš 6-oji Vilniaus savižudybių intervencijos metodų konferencija. Nuotolinė nacionalinė konferencija. (žodinis pranešimas)
- Marcinkevičiūtė, M. (2020). Psichologinė autopsija: nusižudžiusių artimųjų pasakojimo specifiška. Iš Studentų mokslinės konferencijos 2020, organizuojamos Lietuvos mokslų tarybos. Vilnius, Lietuva, nacionalinė studentų konferencija. (žodinis pranešimas)
- Marcinkevičiūtė, M. (2020). Vyrų suicidiškumo ypatumai: artimųjų perspektyva. Iš XVII-oji Jaunųjų mokslininkų psichologų konferencijos „Mokslas be sienų“. Vilnius, Lietuva, VU Filosofijos fakulteto Psichologijos instituto studentų konferencija. (žodinis pranešimas)
- Marcinkevičiūtė, M. ir Railė, A. (2018). Integruotos psichologinės terapijos principai psichosocialinėje. Iš Sveikimas ir atsistatymas: psichikos sutrikimais sergančiųjų, specialistų ir bendruomenės dialogas. Vilnius, Lietuva, nacionalinė konferencija. (žodinis pranešimas)

GYVENIMO IR MOKSLINĖS VEIKLOS APRAŠYMAS

Miglė Marcinkevičiūtė migle.marcinkeviciute@fsf.vu.lt	
Išsilavinimas	
2020 – 2026	Socialinių mokslų srities, Psichologijos mokslo krypties doktorantūros studijos Vilniaus universitetas Filosofijos fakultetas
2018 – 2020	Klinikinės psichologijos magistras Vilniaus universitetas Filosofijos fakultetas
2013 – 2017	Psichologijos bakalauras Vilniaus universitetas Filosofijos fakultetas
Darbo patirtis	
2022 – dabar	Jaunesnioji asistentė Psichologijos bakalauro studijų programa, Psichologijos universitetas, Filosofijos fakultetas, Vilniaus universitetas Universiteto g. 9, Vilnius
2021 – dabar	Psichologė Privati konsultavimo praktika Mindaugo g. 15-1, Vilnius
2017/10 – 2019/02	Jaunesnioji specialistė Savižudybių prevencijos biure, Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras Parko g. 21, Vilnius.
2018 – 2019	Partnerė Projektas „Pagalba artimiesiems“ Be adreso
2016/09 – 2017/01; 2017/07 – 2018/01	Savanorė Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras Psichosocialinės reabilitacijos skyrius Vasaros g. 5, Vilnius

Projektinė veikla	
2025 – dabar	Projekto vykdytoja Pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems asmenims Lietuvoje sistemos ir jos stebėsenos analizės ir rekomendacijų parengimas. Užsakovas: Higienos institutas; Sutarties numeris: Nr. DP-67, Vadovė dr. Jurgita Rimkevičienė, Vykdytojai: dokt. Miglė Marcinkevičiūtė.
2024 09 – dabar	Projekto vykdytoja Asmens santykio su bendruomene savižudybės procese analizė: kur slypi prevencijos galimybės? Finansuotojas: Lietuvos mokslų taryba; Sutarties numeris: P-MIP-24-203; Vadovė dr. Jurgita Rimkevičienė, Vykdytojai: dr. Dovilė Grigienė, dokt. Miglė Marcinkevičiūtė, Aušra Stumbrytė, Vakarė Kisieliūtė.
2019/10 – 2020/05	Projekto vykdytoja Tyčinio žalojimosi ir savižudybės grėsmės atvejų registravimo medicinos dokumentuose praktikos žvalgomoji analizė. Užsakovas: Higienos institutas; Sutarties numeris: Nr. DP-47, Vadovė dr. Jurgita Rimkevičienė, Vykdytojai: dokt. Miglė Marcinkevičiūtė.
2024 04 – 2025 03	Projekto vykdytoja Vilniaus miesto savivaldybės savižudybių rizikos valdymo algoritmo įvertinimas ir rekomendacijų parengimas, Užsakovas: Vilniaus m. savivaldybė, Sutarties numeris: 2024-04-09 Nr. A475-1381/24(2.2.5.3E-SVE); Vadovė dr. Jurgita Rimkevičienė, Vykdytojai: dokt. Miglė Marcinkevičiūtė.
2020/09 – 2021/04	Jaunesnioji mokslo darbuotoja Savižudybių prevencijos sistemos veiksmingumo tyrimas savivaldybėse. Finansuotojas: Valstybinis visuomenės sveikatos stiprinimo fondas; Sutarties numeris: Nr.: S-172/(1.78)SU-1732; Vadovas doc.

	dr. Paulius Skruibis; Vykdytojai: dr. Jurgita Rimkevičienė, dr. Said Dadašev, dr. Dovilė Grigienė, dokt. Miglė Marcinkevičiūtė, dr. Austėja Agnietė Čepulienė.
2024 04 – 2024 12	Praktikantė Suicidologijos tyrimų centre vykdytame projekte: „Vaikų ir suaugusiųjų savižudybių įvykusių 2018 m. lapkričio–2019 m. spalio mėnesiais Vilniaus mieste analizė“.
2016/11 – 2017/07	Savanorė Lietuvos mokslų tarybos finansuojamame projekte „Psichikos sveikatos paradigmos kaita: empiriškai valida modelio link“ (No. GER-15070).

PADĖKA

Dėkoju Suicidologijos tyrimų centro kolegoms kuriantiems pakylėjančią ir horizontus plečiančią aplinką. Taip pat vadovei prof. habil. dr. Danutei Gailienei už palydėjimą, palaikymą doktorantūros studijų metu ir kvietimą būti drąsiai.

Šis disertacijos tyrimas nebūtų įvykęs be kolegų iš Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro pagalbos, sudariusių sąlygas susitikti su tyrimo dalyviais ir užtikrinusiems tyrimui įgyvendinti reikiamas sąlygas. Jaučiuosi dėkinga jiems. Taip pat reiškiu padėką visiems tyrimo dalyviams, pasidalinusiems savo asmeninėmis istorijomis ir sudariusiems galimybę daugeliui žmonių pamatyti priešsuicidinį etapą iš labai arti. Ačiū Jums.

Jaučiu dėkingumą Jūratei Rapalavičiūtei, taip pat lydėjusiai doktorantūros studijų metais ir padėjusiai užtikrinti, kad formalūs reikalavimai netaptų studijų našta. Jos buvimas ir parama kiekvieną kartą pasimetus man buvo labai svarbi.

Taip pat dėkoju Psichologijos srities doktorantūros komitetui ir dviem pirmiesiems recenzentams – prof. G. Gudaitei bei prof. P. Skruibiui už tai, kad gilinosi į rankraštį ir padėjo savo išvalgomis sustiprinti šį disertacijos darbą. Dėkoju penkiems gynimo tarybos nariams – pirmininkei prof. dr. Nidai Žemaitienei, doc. dr. Jonui Eimontui, prof. dr. Neringai Grigutytei, prof. dr. Gražinai Gudaitei ir prof. dr. Heidi Hjelmeland.

Dėkoju draugams, skaičiusiems mano disertacijos rankraštį – Ianui, Justinai, Justui ir Ingmarui. Dėkoju trenerei Agotai, mokiusiai kvėpuoti ir judėti taupiu režimu, Faustui niekada nieko neklaususiam, bet visad buvusiam šalia.

Taip pat dėkoju mylimajam Justui už įkvėpimą, kūrybiškumą, palaikymą ir kvietimą matyti visumą.

Darbą skiriu tėvams Ingai ir Raimundui bei broliui Lukui, leidusiems augti šalia, formavusiems mano požiūrį ir vertybes. Ačiū Jums.

UŽRAŠAMS

UŽRAŠAMS

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